

## **Mejoramiento de la educación médica en la Universidad Nacional de Cuyo**

Reta de de Rosas, A. M.

Asesoría Pedagógica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

### **Abstract**

La Universidad Nacional de Cuyo, después de un proceso de autoevaluación en 1994-95, realizó un cambio curricular muy importante en su carrera de medicina, que se inició en el ciclo lectivo 1997. Los principios que guiaron el nuevo diseño curricular fueron: Enfoque científico-antropológico-social, Integración, Significación, Flexibilización, Protagonismo en el aprendizaje y Evaluación continua. El curriculum incluye: Cursos Biomédicos intensivos, integrados por varias disciplinas y trabajado con la metodología de Aprendizaje Basado Sobre Problemas; Cursos Longitudinales de formación humanística; Rotaciones Clínicas intensivas y un año de Práctica Final Obligatoria en internación, atención ambulatoria y emergencias. La mayor parte del tiempo de clases se trabaja en grupos pequeños de alumnos y hasta en una relación docente/alumno = 1/1, sin haber aumentado la planta de personal docente. El Plan de Estudios incluye dos Pruebas Globales: una al finalizar el ciclo básico de tres años –sin aprobar la cual, el alumno no puede ingresar al ciclo clínico- y otra al finalizar el ciclo clínico, cuya aprobación es indispensable para obtener el diploma.

El rendimiento de los alumnos en el nuevo curriculum es superior (diferencias altamente significativas) al que se observaba en el tradicional, dado que un muy alto porcentaje de alumnos comienza cada año de la carrera habiendo aprobado todas las asignaturas del año anterior. En marzo de 2003 han recibido su diploma de Médico los primeros 46 egresados del nuevo Plan de Estudios (37,40 % de los ingresantes en 1997). De los restantes, el 28,45 % rendirán la Prueba Global final el próximo octubre,

cuando sumarán un 65,85 % los estudiantes graduados durante el año siguiente a la finalización teórica de la carrera. Estas cifras reducen el desgranamiento de la cohorte a un 34,15 % y mejoran por amplio margen las cifras de duración real de la carrera, desgranamiento y deserción, obtenidas durante la autoevaluación de 1994-95. Por otra parte, las Pruebas Globales son instancias integradoras, que evalúan las estructuras de conocimiento, trabajadas en redes, a través de la necesidad de recuperar la información y aplicarla a la solución de casos clínicos complejos. Además, la Prueba Global de Ciclo Clínico incluye una instancia oral estructurada con pacientes estandarizados, que evalúa las habilidades clínicas, actitudes y destrezas de los alumnos. De modo que estas pruebas son, además, garantía de calidad de los futuros médicos.

## **Introducción**

La Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo tuvo, por casi 50 años y con mínimas variaciones, un plan de estudios convencional, similar al vigente en otras Universidades del país, con un ciclo básico compuesto por disciplinas biomédicas, un ciclo clínico de aplicación de los conocimientos a los pacientes y un internado como práctica final obligatoria.

Durante 1994 y parte de 1995, la Facultad de Ciencias Médicas llevó a cabo un proceso de autoevaluación institucional, con énfasis en la función docencia. Este proceso, que culminó con un Informe Final, permitió un profundo y crítico diagnóstico de situación y la formulación de algunas estrategias de mejoramiento. Los evaluadores externos, Dr. Carlos Fernández de la Universidad de Tucumán y Dra. Miriam Wetzel de la Universidad de Harvard, coincidieron en el diagnóstico realizado durante la autoevaluación. Las debilidades más importantes, detectadas en esa autoevaluación fueron:

## **Matrícula**

- Relación ingresantes/egresados = 2,2/1 (Ingresantes=120; Egresados=55). Esto es una deserción de más del 50 %.

- Competencias al ingreso: Excelentes en relación con:
  - Eficiencia intelectual
  - Aptitudes académicas (razonamiento verbal y matemático)
  - Memoria asociativa
  - Estrategias de aprendizaje y estudio: actitud general hacia el estudio, responsabilidad y tareas concretas de estudio, administración eficiente del tiempo, concentración en el estudio, elaboración y organización del aprendizaje con sentido, capacidad de seleccionar ideas y usar ayudas para apoyar el aprendizaje significativo, estrategias de preparación y rendimiento de los exámenes.

### **Plan de Estudios**

- Duración teórica = 6,5 años – Duración real promedio = 9,4 años – Duración real según Moda = 8 años.
- Estructura: 3 años de ciclo básico + 3 años de ciclo clínico + 6 meses de internado.
- Características: Rigidez (Inexistencia de cursos optativos. Incapacidad de modificaciones). Carencia de actividades, cursos o evaluaciones integradoras, entre las asignaturas del ciclo básico, entre las del clínico y entre ambos ciclos.

### **Proceso de enseñanza-aprendizaje**

- Esquema tradicional de teóricos y prácticos en laboratorio, en el ciclo básico, y con pacientes, en el clínico (En su mayoría, pacientes de internación, pocos pacientes ambulatorios y falta de atención a temas preventivos y de salud comunitaria).
- Aprendizaje pasivo, reproductivo, sin significación, baja motivación, poco uso de fuentes de información.
- Muy baja interacción formal e informal entre docentes y alumnos.
- Carencia de trabajo interdisciplinario e interprofesional.
- Exceso de información en detrimento de habilidades, destrezas y actitudes profesionales.

### **Desempeño académico de los alumnos**

- Realizan la carrera en 7 años: 11,8 % de los egresados.

- Desgranamiento de aproximadamente un 75 %. Ejemplo del grupo ingresante en 1989:

- 28 % de los ingresantes cursaron año a año.
- 20 % invirtieron 1 año más en el cursado
- 22 % invirtieron 2 años más en el cursado
- 9 % invirtieron más de 2 años más en el cursado
- 21 % perdieron la matrícula

**Egresados:**

- Competencias al egreso, según juicio de los docentes del ciclo clínico:

Competencias al egreso	Muy buena/ Buena (%)	Mediocre/ Mala (%)	Ns/Nc
Actitud científica	48.7	39.8	11.5
Capacidad para programar tareas preventivas	25.7	62.1	12.2
Habilidad para el diagnóstico	54.2	28.8	17.0
Capacidad para programar tratamiento	41.5	45.2	13.3
Relación con el paciente	54.3	32.0	13.7
Capacidad para trabajar en equipo	40.7	44.2	15.1
Capacidad para detectar necesidades sociales	26.2	60.6	13.2

- Juicio de los empleadores: No contratan recién graduados. Exigen una residencia o experiencia de algunos años en la especialidad o, por lo menos, en clínica médica.

El Informe Final de la Autoevaluación, su discusión y consideración en reuniones con considerable participación de docentes y alumnos y el trabajo de

cinco comisiones, coordinadas por la Asesoría Pedagógica durante 1995, dieron lugar a un proyecto de cambio curricular muy significativo en la carrera de medicina.

En 1996 el Consejo Directivo designó una Comisión Ejecutiva de Curriculum, que desde entonces funciona semanalmente y que elaboró un proyecto de Plan de Estudios, aprobado por el Consejo Directivo ese mismo año y por el Consejo Superior de la Universidad a principios de 1997.

El nuevo Plan de Estudios entró en vigencia a partir del ciclo lectivo 1997 para todos los alumnos del ciclo básico: Primer año completo; segundo y tercero con un plan de transición. Sus resultados han sido la variable más importante en la acreditación total de la carrera, otorgada por CONEAU en el 2000.

El financiamiento para la adecuación de los espacios físicos y el equipamiento, necesarios para la implementación del nuevo rumbo curricular, provino fundamentalmente de fondos concursados de FOMEC a través de cinco proyectos dirigidos por la Asesoría Pedagógica.

El propósito de este trabajo es describir las características fundamentales del nuevo curriculum de la carrera de medicina y brindar algunos resultados de su aplicación, para que puedan servir de modelo para el mejoramiento de la calidad de la oferta educativa de cualquier carrera universitaria.

### **Descripción del nuevo curriculum de la Carrera de Medicina (1997-2003)**

Las características del nuevo curriculum se derivan de los principios para él establecidos, que aprovechan los aportes de la Psicología Cognitiva y tienen en cuenta los requerimientos del perfil profesional elegido. Los principios acordados para el nuevo rumbo curricular y su aplicación al desarrollo del curriculum son:

**Enfoque científico-antropológico-social:** en función de garantizar este enfoque, el curriculum incorpora:

- Cursos anuales relacionados con las dimensiones humanas y sociales de la

medicina, en todos los años de la carrera, superpuestos a los cursos y rotaciones clínicas intensivos sobre contenidos científico-técnicos.

- El tratamiento de los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos, que se concreta no sólo en estos cursos anuales, sino también en el análisis de cada caso particular que, semana a semana, se estudia en los módulos científicos con el método del ABSP (aprendizaje basado sobre problemas).
- Cursos optativos sobre estos temas.

**Integración:** se concreta a distintos niveles:

- En el tratamiento conjunto de los temas científico-técnicos y de los temas antropológico-sociales, en ocasión de cada caso clínico estudiado.
- En la oferta de cursos integrados por contenidos de diversas disciplinas, cuya afinidad intrínseca permite que sean agrupadas, para superar la atomización del conocimiento.
- En el uso y reiteración de contenidos de todas las disciplinas, a lo largo de la carrera completa.
- En la utilización de la metodología de aprendizaje basado sobre problemas (ABSP) para permitir la integración, en la mente del alumno, de los contenidos de las distintas disciplinas que conforman cada módulo, al tiempo que la incorporación de contenidos clínicos en el ciclo básico.
- En la obligatoriedad de cursos que inician el desarrollo de habilidades clínicas, desde la primera semana de clases, con el fin de preparar al alumno para ingresar al segundo ciclo.
- En la oferta de cursos optativos de ciencias básicas en el ciclo clínico, de acuerdo a la orientación profesional e intereses de cada alumno.

**Flexibilización:** se garantiza a través de la obligatoriedad de los cursos fundamentales y comunes, en función del perfil profesional, y la existencia de espacios para cursos optativos.

Al mismo tiempo, la flexibilización implica la posibilidad de variar la duración y ubicación de los cursos obligatorios, así como la renovación de los optativos, de acuerdo con el seguimiento permanente y los resultados de la evaluación

del currículum; de modo que el mismo está sujeto a las modificaciones que dispongan las autoridades de la Facultad.

**Significación:** la mayor significación del aprendizaje, durante el ciclo básico, se logra a través de la utilización de casos clínicos en el ciclo básico (ABSP), que permiten al alumno construir su aprendizaje de las ciencias básicas en un contexto clínico, en función de su aplicación profesional. Esto aumenta, también, la motivación para aprender.

Además, esta metodología de ABSP obliga a los alumnos a trabajar en pequeños grupos, que permiten una construcción colectiva, más significativa y motivadora del conocimiento.

Por otra parte, los módulos del ciclo clínico garantizan no sólo la adquisición de conocimientos, sino también el logro de las habilidades médicas explicitadas en el perfil profesional.

Esta oferta de acción en el aprendizaje, en reemplazo de la pasividad tradicional, promueve un aprendizaje más significativo y, por tanto, más motivador y duradero.

**Protagonismo en el aprendizaje:** todo el currículum está orientado a promover el protagonismo en el propio aprendizaje. El mismo se refleja en:

- La metodología de ABSP, elegida para el ciclo básico, que cubre un 30% de las prácticas de enseñanza-aprendizaje y se trabaja en grupos de 10 alumnos con un tutor.
- Los trabajos prácticos de laboratorio o en terreno, que cubren otro 30 % de las actividades y también se trabajan en grupos pequeños con un JTP.
- La relación docente/alumno de 1/1-3 que se ofrece en el ciclo clínico, para garantizar que las rotaciones no se limiten a mostración de pacientes, sino que permitan el desarrollo de las habilidades y actitudes profesionales, a través de la práctica activa.
- El tiempo protegido de estudio independiente (Las actividades presenciales toman entre 4 y 5 horas diarias) y la obligatoriedad del estudio diario para desarrollar las tareas del día siguiente.

El sentido de este protagonismo es el de desarrollar actitudes y habilidades para el aprendizaje, que permitan al estudiante continuar aprendiendo el resto de su vida. Al mismo tiempo se pretende una mejor construcción de los conocimientos.

**Evaluación continua:** ésta es una de las innovaciones más importantes de este diseño curricular, pues existe la convicción de que la evaluación de los aprendizajes dirige todo el curriculum, en el sentido de que alumnos y docentes ponen su máximo esfuerzo en el camino trazado por los momentos y modos en que se realiza la evaluación. En este Plan de Estudios:

- Se suprimen los turnos tradicionales de examen final.
  - Se incluye el examen final de cada curso en la última semana del mismo.
  - La calificación final en cada curso incluye la evaluación del desempeño del alumno en sesiones tutoriales de ABSP y en trabajos prácticos, elevada en forma de Informe del Tutor o del Jefe de Trabajos Prácticos.
- El sentido de la evaluación continua es apoyar permanentemente el progreso del estudiante, dándole retroalimentación suficiente como para garantizar resultados. Por otra parte, se espera que, al invertir el tiempo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, antes que en la preparación de exámenes, se mejore la calidad de dicho proceso.

La aplicación de estos principios al desarrollo del curriculum ha dado lugar a un Plan de Estudios en que los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales están organizados en distintos tipos de cursos/rotaciones:

- **Cursos biomédicos intensivos**, de primero a tercer año, que integran dos o más disciplinas y se desarrollan uno a continuación de otro, con dedicación casi exclusiva del alumno a los mismos.
- **Cursos humanísticos longitudinales**, a lo largo de toda la carrera, que son anuales o semestrales, con una intensidad de una sesión semanal –salvo Relación Médico-Paciente III, que tiene dos sesiones semanales.
- **Rotaciones clínicas intensivas** –cuarto año por especialidades y quinto por asignaturas integradoras- en que el alumno concurre diariamente al mismo servicio asistencial, supervisado por un docente que presta asistencia y ofrece

docencia simultáneamente.

- **Práctica final obligatoria**, en sexto año, en donde se ofrece a los alumnos la integración a servicios asistenciales –predominantemente de atención ambulatoria/primaria y de emergencias- en las cuatro materias troncales de la carrera: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia.

Como instancias integradoras más abarcativas y, especialmente, para garantizar la calidad del conocimiento y habilidades de los alumnos que van a iniciar el ciclo clínico y de los que, terminando el mismo, comenzarán su ejercicio profesional, se toman dos evaluaciones globales durante la carrera:

- **Prueba Global de Ciclo Básico:** Es elaborada por una Comisión estable de profesores de todos los cursos del ciclo básico y revisada por un Comité de Examen, antes de su aplicación. Consiste en una prueba escrita, con 8 casos clínicos seguidos de preguntas abiertas (100 preguntas en total). Se toma a los alumnos al finalizar el tercer año y se ofrece en dos oportunidades (febrero y julio), de modo que los alumnos que no han completado sus exámenes o aprobado la prueba en la primera oportunidad, pueden rendirla en la segunda. Es obligatoria su aprobación para comenzar el ciclo clínico.

- **Prueba Global de Ciclo Clínico:** Como la anterior, también es elaborada por una Comisión estable de profesores de clínicas, que representan las grandes especialidades, y revisada por un Comité de Examen. Tiene dos instancias:
  - Un examen escrito, de aplicación de conocimientos, constituido por cien preguntas, de las que el 70 % son de opción múltiple (cada una un caso clínico) y el 30 % son de respuesta abierta, sobre casos clínicos.
  - Un examen oral, con pacientes estandarizados, en que a lo largo de siete situaciones clínicas el alumno demuestra su desempeño en habilidades para interrogar y examinar al paciente, solicitarle exámenes complementarios, realizar un diagnóstico y encarar un tratamiento.

## **Resultados y discusión**

Siendo el 2003 el séptimo año de aplicación del nuevo curriculum, ya se ha obtenido información para evaluar algunos resultados. En un trabajo anterior (1) se compararon cuatro camadas recientes del plan de

estudios tradicional (1991-1994) con las cuatro primeras del nuevo plan curriculum (1997-2000). En los ocho grupos, los alumnos habían sido seleccionados al ingreso a la carrera. El dato a comparar fue el número de alumnos de cada año y de cada cohorte, que aprobaron el examen final de todas las asignaturas correspondientes a ese ciclo lectivo, antes de comenzar el siguiente. La información obtenida se consigna en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Cantidad de alumnos que aprobaron todas las asignaturas del ciclo lectivo anterior antes de iniciar el siguiente, en el Plan de Estudios tradicional y el actual.

Año de la carrera	Porcentaje de alumnos que aprobaron todas las asignaturas del ciclo lectivo, antes de iniciar el siguiente		Significación de las diferencias
	Plan de estudios tradicional (1991-1994)	Plan de estudios actual (1997-2000)	
1°	65.3	96.9	Altamente significativas (p<0.0001)
2°	61.7	96.4	
3°	46.3	92.4	
4°	43.2	95.2	

Estos datos demuestran que el nuevo Plan de Estudios mejora considerablemente los índices de desgranamiento y deserción, que probablemente disminuyen debido a que se trata de un curriculum que ofrece ABSP, trabajo en grupo pequeño, evaluación permanente y evaluaciones finales revisadas por un Comité de Examen.

En marzo de 2003 se tomó, por primera vez, la Prueba Global de Ciclo Clínico. Pudieron rendir, de los 123 ingresados en 1997, sólo aquéllos que habían aprobado todas las asignaturas y la Práctica Final Obligatoria. En octubre de este mismo año se ofrecerá la segunda oportunidad anual de la misma prueba.

En el Cuadro 2 aparecen datos relacionados con los alumnos del nuevo curriculum y con esta prueba.

Cuadro 2. Cantidad de alumnos ingresados en 1997 y su situación en relación con la finalización de la carrera.

Situación académica	123 alumnos ingresados en 1997	
	Cantidad	Porcentaje
Rindieron la PG de CC en Marzo/2003	46	37.40
Aprobaron la PG de CC en Marzo/2003	46	37.40
Rendirán la PG de CC en Octubre/2003	35	28.45
Total de alumnos que rinden la PG en 2003	<b>81</b>	<b>65.85</b>
Retrasados, que aún no comienzan la PFO	38	30.89
En readmisión por mal rendimiento	4	3.25

*Nota: la primera Prueba Global de Ciclo Clínico fue rendida por 59 alumnos, de los cuales 13 habían comenzado antes de 1997 y se incorporaron en algún momento al Plan actual. De esos 13, todos aprobaron el examen escrito y dos desaprobaron la instancia oral de habilidades clínicas.*

No hay duda de que los datos presentados en los Cuadros 1 y 2 hablan a las claras de una mayor eficiencia en el nuevo Plan de estudios, con una considerable disminución de los índices de desgranamiento y deserción y, consecuentemente, con una duración real de la carrera más próxima a la duración teórica. De hecho, si los rendimientos en la Prueba Global de Ciclo Clínico se mantienen en la próxima fecha, el 65,85 % de los estudiantes concluirán su carrera en el año siguiente al último de cursado. Dado que sólo el 11,8 % de los estudiantes terminaban su carrera durante el séptimo año, en el Plan de Estudios tradicional, y sólo del 25 al 30 % cursaban la carrera año a

año, estos datos significan una considerable mejoría en los indicadores de eficiencia y efectividad. Es más, sólo el 3,25 % de los alumnos están en readmisión, con posibilidades aún de concluir su carrera, contra el 21 % ejemplificado en la camada ingresada en 1989, durante el Proceso de Autoevaluación de 1994-95.

Sin embargo, no son sólo éstos los resultados alentadores. También es importante consignar una mejora en los resultados relacionados con la calidad de los aprendizajes de los estudiantes, tanto al momento de comenzar su ciclo clínico, como al egreso de la carrera. Para ello se presentan, en el Cuadro 3, resultados obtenidos en las Pruebas Globales de fin de ciclo, que ya se han descrito como instancias integradoras de los conocimientos, habilidades y actitudes de los alumnos.

Cuadro 3. Resultados del examen escrito de las Pruebas Globales de fin de ciclo.

	Pruebas Globales de Ciclo Básico				PG de Ciclo Clínico
	2000	2001	2002	2003	2004
Alumnos aprobados	97.1 %	94.5 %	86.7 %	86.6 %	100 %
Media	73.3 %	71.0 %	60.5 %	64.5 %	79.1 %

*Nota: en las Pruebas Globales de Ciclo Básico de 2002 y 2003 se incrementó la dificultad del examen. Después del análisis estadístico de la Prueba Global de Ciclo Clínico, se considera aumentar la dificultad en algunas especialidades de las que componen el examen escrito.*

No se incluyen, en el Cuadro 3, datos del examen oral estructurado de habilidades clínicas con pacientes estandarizados, correspondiente a la Prueba Global de Ciclo Clínico (2). Al respecto, se informa que de los 59 alumnos que rindieron esta prueba, desaprobaron el examen oral –y por tanto la prueba completa- dos alumnos ingresados antes de 1997. En este examen oral, sin embargo, los rendimientos de los alumnos han sido inferiores a los del examen

escrito. Esta información será útil para corregir defectos en las prácticas de enseñanza-aprendizaje del ciclo clínico.

A partir de estos datos se puede inferir que la gran mayoría de los estudiantes demuestran haber construido, tanto a lo largo de los tres años de ciclo básico como muy especialmente durante los tres del ciclo clínico, una red de conocimientos tal que les permite, ante casos clínicos problema, recuperar la información y aplicarla a la solución de dichos casos. Los alumnos que no aprueban, no pueden seguir adelante en la carrera ni egresar de la misma. Es así que la aprobación de estas pruebas, sea para cursar el ciclo clínico o para egresar, son garantía de calidad de los egresados del nuevo curriculum.

## **Conclusiones**

Los resultados obtenidos hasta el momento permiten concluir que el nuevo diseño curricular –que ofrece mayor integración entre disciplinas y entre ciclos, mayor significación y participación en el aprendizaje, un énfasis en los aspectos humanísticos de la carrera, trabajo supervisado en grupo pequeño en la mayor parte de las prácticas de enseñanza-aprendizaje y una evaluación continua del aprendizaje- está demostrando ser:

1. Más eficiente en el uso de los recursos, ya que –con la misma cantidad de docentes y alumnos- aproxima la duración real de la carrera a la duración teórica, retiene la mayoría de los alumnos en el sistema y disminuye considerablemente el desgranamiento de los estudiantes.
2. Más efectivo en relación con la calidad de los aprendizajes de los alumnos, ya que demuestran poseer, al momento del egreso, conocimientos estructurados en redes que les permiten recuperar la información y aplicarla a la solución de un problema, así como habilidades clínicas suficientes para iniciar su labor profesional.

## **Referencias**

1. Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Cuyo. “Informe

- Final de Autoevaluación". Mendoza, Abril de 1995.
2. Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Cuyo. "Informe Final de Autoevaluación". Mendoza, Mayo de 2000.
  3. Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Cuyo. "Plan de Estudios de la Carrera de Medicina" (Ord. N° 8/96-CD). Mendoza, Diciembre de 1996.
  4. Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Cuyo. "Distribución curricular, ordenamiento cronológico, régimen de evaluación, promoción y correlatividades en el ciclo básico" (Ord. N° 6/97-CD). Mendoza, Febrero de 1997.
  5. Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Cuyo. "Distribución curricular, ordenamiento cronológico, régimen de evaluación, promoción y correlatividades en el ciclo clínico" (Ord. N° 3/00-CD). Mendoza, Febrero de 2000.
  6. Reta de de Rosas, A. M., Maneschi, E. M. T. y López, M. J. "Rendimiento de los alumnos en el Plan de Estudios tradicional y en el Nuevo Curriculum de la Carrera de Medicina de la UNCuyo" Presentado a la III Conferencia Argentina de Educación Médica y 3er. Festival Internacional de Cine Médico. Córdoba, 25 al 27 de octubre de 2001 y a las VII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, UNCuyo. Mendoza, 5 y 6 de abril de 2002. Resumen publicado en Libro de Resúmenes, pág. 62.

## **Citas**

(1) Reta de de Rosas, A.M., Maneschi, E.M.T. y López, M.J., "Rendimiento de los alumnos en el plan de estudios tradicional y el nuevo curriculum de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Cuyo". Córdoba, 2001.

(2) La complejidad de los datos obtenidos en las planillas de evaluación han impedido su procesamiento estadístico completo. Serán informados en una comunicación posterior.