

LA ENSEÑANZA de la **MEDICINA** en debate:

prácticas formativas en la realidad social y su impacto en las representaciones de los estudiantes sobre el rol profesional.

Martin Salvador Silberman*.
Universidad Nacional Arturo Jauretche (Argentina)

María Raquel Pozzio**.
Universidad Nacional de La Plata (Argentina)

RESUMEN

El artículo problematiza las distintas visiones sobre lo que debe ser la enseñanza en las carreras de medicina. Los autores sostienen que las escuelas de Medicina deben adecuar sus programas de estudio profundizando y complejizando el fenómeno de salud y enfermedad, analizándolo como un fenómeno social. Sin embargo, reconocen que la resistencia a dicho cambio es producto de fuerzas contrapuestas desiguales en el campo de la salud que se materializan en la distribución desigual de recursos entre materias y en las concepciones de salud dominantes que reproducen las prácticas formativas.

A partir de estas ideas, el artículo expone una investigación realizada en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, que los modelos dominantes permean las representaciones de los alumnos sobre el perfil profesional hacia un modelo biologicista y superespecializado. El aporte del trabajo de investigación que el artículo resalta, es que estas representaciones de los alumnos acerca de la profesión médica pueden modificarse implementando estrategias de trabajo en terreno, para ello se muestra información correspondiente a dos experiencias en terreno vinculando el conocimiento teórico con la práctica en escenarios reales.

PALABRAS CLAVE

Escuelas de medicina -
Práctica profesional -
Condiciones sociales

Las carreras de medicina son las formadoras de los recursos humanos prioritarios de los sistemas de salud. Por lo tanto, no están fuera de las discusiones en torno al papel que juegan los diferentes sectores en la determinación de la salud de los individuos, grupos y comunidades. Por ello tienen un gran desafío por resolver: ¿Qué tipo de profesional formar, para qué tipo de práctica y en qué sistema ideal de inserción?

Los sistemas de salud, en nuestro medio y en el mundo son centro de debates permanentes en torno a su organización, efectividad y financiación. Dicho debate se actualiza en la medida en que los sistemas de salud no consiguen responder adecuadamente a los nuevos y complejos problemas de salud que afectan a las sociedades. Las características de estos problemas y la complejidad de las estructuras sociales y políticas de los diferentes países y regiones han configurado un mosaico irregular de respuestas sanitarias en función de diferentes concepciones de lo que es la salud y la organización estatal de su cuidado.

Por otro lado, las universidades en las que funcionan las facultades o escuelas de medicina tienen estructuras características que definen perfiles propios (Hasenfeld, 1990), muchas veces alejados de los problemas de salud y de las organizaciones encargadas de su resolución. Esto a veces es visto como una ventaja en la

formación de profesionales, en lo relativo a la autonomía y libertad de pensamiento; y otras veces, es visto como un aspecto negativo, criticándosele a las universidades su escaso compromiso en el desarrollo social y político de las sociedades que le dan sustento (Cordera Campos & Sheimbaum Lerner, 2008).

Ahora bien, en el presente artículo nos proponemos discutir el papel que cumplen las carreras de medicina en la formación del perfil de profesionales. El trabajo analiza puntualmente, los impactos en las representaciones de los estudiantes de la carrera de medicina acerca de la profesión médica y de la salud, de una propuesta de enseñanza en un área específica de la formación médica (la Epidemiología) centrada en el trabajo en terreno en comunidades concretas, que busca reorientar la formación hacia el componente social, histórico y cultural que determina los procesos de salud y enfermedad en personas, grupos y comunidades. De esta manera, la mencionada propuesta debe ser entendida también en el marco de la disputa dentro del campo de la salud; esto es, como una estrategia de acumular capital social y simbólico en aras de fortalecer las posiciones de los actores que intentan revertir la hegemonía del campo. Es decir, quienes escriben se reconocen como integrantes del campo en cuestión y al trabajo como parte de esa estrategia.

La propuesta utiliza la herramienta de enseñanza vinculada a la práctica en terreno como modo de adquisición de aprendizajes significativos en escenarios reales, donde se desarrollan y cobran sentido las ideas de “Determinantes sociales” en la producción de los procesos de salud y enfermedad.

A partir del desarrollo de esta propuesta de formación práctica de aproximación al terreno en comunidades concretas, es que se indaga en las representaciones de los estudiantes de la carrera de medicina, con la finalidad de comparar las diferencias en estas representaciones con anterioridad y posterioridad al desarrollo de la experiencia de formación en la comunidad.

FORMACIÓN UNIVERSITARIA, CONCEPCIONES DE SALUD Y MODELOS MÉDICOS EN DISPUTA.

Para llevar a cabo ese objetivo, hemos considerado pertinente remitir a algunos conceptos de la sociología de Pierre Bourdieu. Así, consideraremos a la salud pública como un campo en el que coexisten diferentes modelos médicos en pugna por la hegemonía (Spinelli, 2010). En la idea de campo podemos observar la existencia de capitales en juego: capital simbólico y cultural -el del saber y/o paradigma sobre lo que debe ser la salud y lo que debe ser un médico, saberes consagrados en títulos, credenciales y prestigio. La posesión y administración de estos capitales posibilita a su vez el control y acceso a capital económico, recursos, etc. A su vez, estos capitales son disputados por distintos actores que, con distintos intereses, pelean por esos recursos y la definición y resolución de los problemas propios del campo. En éste, entonces, cada uno de los actores (políticos, académicos, profesionales, corporaciones) lucha por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más de los capitales en pugna. A través de esta categoría de Bourdieu, podemos ver las reglas propias que rigen en el campo de la salud y la gran autonomía relativa que el mismo posee. De allí que para modificar posiciones, los actores deben aprender y aceptar las reglas del juego y en base a ello, acumular capital con las lógicas propias del campo. (Bourdieu & Wacquant, 2005).

Como plantea Bourdieu (1990), es importante definir las posiciones que ocupan los agen-

tes en el campo. Estas posiciones van desde las jerarquías dominantes –por ejemplo decanos, directores de hospital, sociedades científicas, y otras-, a las subordinadas –por ejemplo médicos de base, u organizaciones ligadas a la salud, centros de estudiantes, entre otros- de acuerdo a las cantidades de capitales que posea cada uno (capital económico, social, cultural o simbólico).

En este sentido, plantear la noción de campo de salud permite ubicar al Modelo Médico Hegemónico, tal como es caracterizado por Eduardo Menéndez (2005), como el modelo de quienes tienen la posición dominante del campo y pretenden, entre otras cosas, reducir las interpretaciones de la salud al radio de acción del individuo y a sus elecciones. En el otro polo, entre quienes disputan la hegemonía del mismo, en una posición subalterna y hasta marginal, los actores esgrimen representaciones de salud que se encuentran fuertemente posicionadas en lo colectivo (Pozzio, 2010).

Esta noción colectiva de la salud otorga un lugar central a los determinantes sociales de la salud, (Linares-Pérez & López Arellano, 2008) (Spinelli, 2005) a los que sitúa en el campo de la lucha política –en términos bourdieanos, en el campo de poder- que es donde se configuran y distribuyen dichos determinantes. Por lo tanto, para las posiciones subalternas dentro del campo de la salud, esos determinantes van mucho más allá de los aspectos biofisiológicos del individuo -como lo plantearían las posiciones hegemónicas-, por cuanto limitarse a estos aspectos es una forma reduccionista de abordar la complejidad de los problemas de salud y enfermedad (De Sousa Minayo, 1997).

Es importante señalar que los sistemas de salud reproducen los modelos hegemónicos mediante su accionar cotidiano, moldeando las ideas de lo que un profesional de la salud debe ser -tanto al interior de las organizaciones formadoras como de la propia comunidad-. Generar un modelo hegemónico justamente significa eso: que todos los actores, consciente o inconscientemente, hacen suyo ese modelo y así lo replican (Bourdieu & Passeron, 1996).

Por ello es tan difícil modificar esa situación, es decir, romper con la reproducción e introducir modificaciones que trabajen en la reorientación de los sistemas de salud y la formación de sus profesionales hacia un modelo más social. Estas modificaciones deben partir también de las facultades o escuelas de medicina, de-

safiando el perfil de formación profesional, lo cual contribuiría a romper con la espiral reproductivista que se da actualmente entre estas instituciones y los sistemas de salud.

Es posible señalar, en este sentido, que el modelo de formación liberal, biologicista y acrítico de la práctica de la profesión médica se observa con regularidad en las diferentes facultades o escuelas de Medicina de Argentina y se enmarca dentro de lo que se ha denominado como Modelo Médico Hegemónico (MMH), (Menéndez,1990). El MMH se genera y se reproduce en el seno de la formación médica, a través de la práctica docente de médicos y no médicos, y tiene su continuidad en la práctica profesional, construyendo así una hegemonía que intenta excluir y marginar otros modelos de atención.

Al sostenerse como dominante a lo largo del tiempo, ha generado en el campo de la salud lo que Bourdieu (1993) denomina *habitus*, en tanto sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, que funcionan como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones. Es posible señalar que este *habitus* es también reproducido por los actores universitarios a través de las prácticas docentes. Allí se ubica uno de los escenarios de disputa del campo de la salud, en el que se estructuran las ideas sobre lo que la práctica profesional ha de ser, ideas que son incorporadas por los estudiantes. Es así como alumnos y docentes van naturalizando esta forma de entender el ejercicio de la medicina que es parte constitutiva de su experiencia cotidiana, reproduciendo con sus representaciones, actitudes y prácticas, la hegemonía del modelo asistencial dominante (Bourdieu & Passeron, 1996).

De esta manera, la formación de profesionales de la salud dentro de las facultades de medicina se configura como una arena específica del campo de la salud. Es en el ámbito de la formación en estas facultades, donde cada actor realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir los capitales que pueden ser tanto simbólicos, como sociales o económicos (horas docentes, cargos jerárquicos, financiamiento, mayor cantidad de materias o capacidad de gestión) cuya adquisición y/o acumulación les sirven para posicionarse en el campo más amplio de la salud.

Es en esta arena específica -la formación de

médicos- donde debemos generar mecanismos para dar un debate en torno a las posiciones de los modelos y en ese sentido se presenta la propuesta de enseñanza que analizamos en este artículo.

FORMACIÓN, PRÁCTICAS SOCIALES EN SALUD Y REDEFINICIÓN DEL PROFESIONAL MEDICO

La definición del perfil de egresado de las escuelas de medicina se encuentra en debate permanente (García, 1972) (Brissón & Galli, 2005): por un lado, una minoría de actores universitarios y profesionales actúan por fuera de los claustros, traccionando hacia el objetivo de formar egresados más sensibles a la realidad o a las necesidades que la sociedad requiere o proponiendo capacitación permanente en el trabajo (Merhy, Feuerwerkwr, & Ceccim, 2006). Por otro lado, los herederos de la tradición hegemónica (directivos de las corporaciones profesionales y universitarias) rechazando estos intentos y conservando las relaciones de poder tal como están. Y en medio de estos dos sectores en pugna por la hegemonía del campo -los que la tienen y luchan por no perderla y los que la disputan, ofreciendo un modelo contrahegemónico- en medio, decíamos, están los otros actores del campo que si bien no podemos considerar como parte de los herederos de la tradición, sí contribuyen a su reproducción.

Para comprender esto, remitimos nuevamente al concepto de *habitus* de Bourdieu (1993): la mayoría de los miembros del campo quizá no se ven beneficiados -ni material ni simbólicamente- con la hegemonía actual, es decir, con un modelo de profesional especializado, liberal y acrítico. Sin embargo, al haber sido socializados en el campo, al pertenecer al mismo, son moldeados por el *habitus* que naturaliza ese modelo de profesional como el único posible (Castro, 2010). Como plantea Bourdieu (1993), el *habitus* son estructuras estructurantes y estructuradas; estructuradas en tanto vienen dadas -y por eso, parecen obvias y naturales-; y estructurantes, porque nos permiten percibir, aprehender el mundo y por ende, actuar (Lahire, 2005).

Esta última característica es la que permite pensar en la transformación de esos *habitus*, sin lo cual no sería posible la lucha y la transformación de la hegemonía en el campo. Si-

guiendo con esta lógica, la postura de los actores que intentan promover otro modelo de profesional debe apuntar a la enseñanza en tanto instancia que posibilita la modificación de ese habitus, ya que es allí, en la formación médica de grado donde el mismo se estructura. Para los actores tradicionales, sostener el modelo actual es una manera de sostener esa naturalización que por un lado les permite tener el apoyo tácito e incorporado de la mayoría de los miembros del campo y por el otro, como decíamos más arriba, mantener sus propias posiciones de poder.

En este sentido, se observan numerosas instituciones (desde escuelas de medicina como la de la Universidad Nacional del Sur, La Universidad Nacional de La Matanza, La Universidad Nacional de Rosario y hasta la propia Organización Panamericana de la Salud) que se encuentran trabajando en la elaboración de estrategias educativas que reorienten el perfil profesional hacia la posición contrahegemónica (OPS/OMS, 2008).

La ausencia de una mirada más humana, integral y holística de la medicina por parte de los egresados tiene parte de su origen en la mirada recortada, restringida de las escuelas formadoras y en las escasas oportunidades brindadas por dichas escuelas para permitir un contacto más amplio con la realidad social (OPS/OMS, 2007). Este “contacto” con la realidad social -donde se produce el proceso de salud-enfermedad-atención- es un punto clave desde el cual generar un diálogo entre la realidad y la teoría, diálogo que permita sensibilizar al estudiante a través de su experiencia. Y aquí consideramos esa experiencia no sólo como lo vivido y percibido de forma primaria y sensible, sino como la mediación de eso vivido, que ya contiene de por sí una reflexión que articula el relato que se hace de esa misma experiencia y por lo tanto, la complejiza (Scott, 2001). Esta experiencia del contacto con la realidad pone al docente y al alumno en un punto de reflexión y articulación de la teoría y la práctica, conceptos fundamentales de la propuesta analizada.

En el modelo vigente, la necesidad de la práctica en la carrera de medicina no está puesta en duda, pero se la reduce a la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas necesarias para realizar prácticas específicas vinculadas exclusivamente a tratamientos o procedimientos sobre los cuerpos de los pacientes.

Se enseña a tomar la presión o suturar una herida, pero se desconoce la dimensión “actitudinal,” por ejemplo las reacciones e interacciones con el paciente.

Para incorporar lo actitudinal a la enseñanza se debe vincular teoría y práctica con el fin de desarrollar un practicum, entendido como una situación pensada y dispuesta para aprender una práctica en la que el estudiante aprende a evaluarla, debe diseñar y realizar su propia percepción de ella, reflexiona sistemáticamente sobre lo realizado y sus fundamentos, analiza casos o zonas indeterminadas de la misma (Candrea, 1999). Este punto resulta clarificador del papel que deben desempeñar en el currículo las prácticas del trabajo en terreno, como un espacio de contacto y de reflexión de la práctica y no limitado al aprendizaje de un acto mecánico.

De acuerdo a esto, se deben recuperar las experiencias -en el sentido que le dábamos más arriba- ligadas a la práctica, para encuadrar los resultados obtenidos y poder producir un conocimiento sistemático sobre lo que implica enseñar y aprender una práctica profesional. Por ello es necesario trabajar en una lógica de problemas y no una lógica de soluciones, haciendo que los problemas hallados en las prácticas provoquen a los textos (Spinelli, 2010).

En este marco, el trabajo del que se da cuenta aquí buscó conocer si una propuesta pedagógica con una fuerte impronta en la determinación social de los fenómenos de salud enfermedad logra impactar

a nivel de las ideas preconcebidas (habitus) en los alumnos, para generar conciencia de la necesidad de reorientar los recursos y los capitales social y simbólico hacia otro modelo profesional.

LAS PRÁCTICAS EN LA REALIDAD SOCIAL Y LAS TRANSFORMACIONES EN LAS REPRESENTACIONES DE LOS ESTUDIANTES SOBRE EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Desde esta perspectiva centrada en posibilitar que los procesos de formación generen la problematización de las representaciones

Este “contacto” con la realidad social -donde se produce el proceso de salud-enfermedad-atención- es un punto clave desde el cual generar un diálogo entre la realidad y la teoría, diálogo que permita sensibilizar al estudiante a través de su experiencia.

dominantes al interior del campo de la formación médica, es que se procedió a evaluar el impacto que, en esas mismas ideas, puede tener la implementación de una propuesta pedagógica basada en prácticas en terreno, las que se realizaron desde la cátedra de Epidemiología de primer año, en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

Se buscó rastrear las ideas y representaciones que tienen los alumnos acerca de la profesión, de su importancia en la sociedad, y de los conocimientos que debe brindarles la facultad. Esto suma información esencial acerca de cómo forma su perfil profesional, rescatando elementos que el mismo alumno considera fundamentales para definirse como buen médico. Desde allí consideramos que es posible inferir cómo el currículo en su organización, genera no solo conocimientos y herramientas sino también valoraciones y niveles jerárquicos de importancia entre las materias.

Para ello se presentan las conclusiones obtenidas a partir de la información recabada, correspondiente a dos experiencias en terreno realizadas por la cátedra de Epidemiología con los alumnos, vinculando el conocimiento teórico con la práctica en escenarios reales. Estas experiencias se incorporaron a las actividades obligatorias de la cátedra, por lo que los alumnos debían cumplir los objetivos de las mismas como parte de sus compromisos para aprobar la materia. Ambas experiencias buscaron relacionar la presencia de enfermedades en personas y familias que asisten a centros de primer nivel de atención de la salud, con condiciones y modos de vida que favorecen la aparición de esas enfermedades. Se propició la vivencia por parte de los estudiantes, situándolos en los mismos lugares de reproducción de las familias y grupos, fuera de los muros protectores de la facultad. A pesar de tener objetivos diferentes, los dos trabajos coincidieron en la utilización de herramientas epidemiológicas para abordar problemáticas sanitarias y en la salida de los alumnos y docentes a campo.

El primero, en el año 2006, fue el Programa de Atención Nominalizada de la Salud (PANDELAS) (Marín, Silberman, & Etchegoyen, 2008). Se trató de un diagnóstico sociodemográfico y sanitario de la localidad de Ensenada, Provincia de Buenos Aires, y la georreferenciación de familias con problemas sanitarios o sociales en un software informático. Los alumnos realizaron entrevistas, casa por casa, a fin de conocer la relación de los problemas

de salud con determinantes como la estructura de las viviendas, las condiciones de vida y características del barrio en el que las personas desarrollan su vida. Luego se debatió con los propios médicos del centro de atención primaria, el rol de estos determinantes en la distribución de enfermedades. En el aula, se expusieron los problemas encontrados, así como aspectos significativos vivenciados por los estudiantes que requirieron la conceptualización por parte de los docentes.

El segundo trabajo en terreno fue realizado en el año 2009. En el mismo, los alumnos de la misma cátedra de Epidemiología tuvieron que realizar entrevistas a pacientes embarazadas de los centros de salud del municipio de La Plata. Muchas de estas entrevistas fueron administradas en los propios hogares de los pacientes consultantes a dichos centros. Estas pacientes fueron seleccionadas por el personal de los centros de salud, en base a la necesidad de atención evaluada por ellos. Aquí los alumnos, en grupos reducidos, debían recontactar a las pacientes con el centro de salud y a la vez buscar variables que relacionaran algunas características de su estado de salud con las condiciones de vida de las familias y del medio ambiente en el que vivían. En relación con los profesionales de obstetricia de los centros de salud seleccionados, trabajaron en casos problemáticos en los que se combinaba el embarazo con situaciones problemáticas tales como violencia, adolescencia y pobreza, entre otras.

Este apartado busca dar cuenta de las similitudes o diferencias en las representaciones de los alumnos, antes y después de realizar el trabajo en terreno y entrar en contacto directo con las familias y sus problemáticas. Se intenta llegar a conocer las ideas que subyacen en el ideario de los alumnos -ya sea como parte del imaginario colectivo de la sociedad o como producto del breve paso por la Facultad- acerca de la práctica profesional, los efectores, la población, etc. Luego se pretende observar si la estrategia pedagógica utilizada logró impactar en ese imaginario incorporando conceptos relacionados con el origen social de las enfermedades.

Mediante cuestionarios semi-estructurados individuales aplicados a los alumnos y estrategias de grupos focales, se buscó obtener información de las ideas y representaciones de los estudiantes, previa y posteriormente a las

experiencias pedagógicas (ciclo lectivo 2006 y 2009) se indagó acerca de:

- Nivel de prioridades en el currículo: se les pidió que ordenaran las materias por orden de importancia y que indicaran aquellos conocimientos considerados fundamentales para la práctica profesional.
- Modelo profesional: se les preguntó sobre intereses profesionales, sobre cuál sería el ámbito deseado de desempeño una vez recibidos, y que expresaran sus ideas acerca de aquellas especialidades médicas que deben ser mejor remuneradas y por qué.
- Modelos explicativos del proceso salud enfermedad: se les preguntó por qué la gente se enferma, cómo se distribuyen los problemas de salud entre la población, cómo podemos prevenir enfermedades y cuál es el rol de los médicos frente a los problemas de salud de la población.

Una vez obtenida la información de los cuestionarios y de los grupos focales, se procedió a realizar análisis de contenido para obtener la información correspondiente.

Aspectos éticos: se realizaron sesiones a los grupos, informando los objetivos y alcances de la investigación, se garantizó la confidencialidad y el anonimato en el manejo de los datos, siendo la participación en las encuestas y entrevistas absolutamente voluntaria. Cabe aclarar que todos los alumnos presentes decidieron participar, quedando fuera quienes por diferentes motivos se ausentaron de la clase.

IDEAS DE LOS ALUMNOS ACERCA DE LOS CONTENIDOS CURRICULARES DE MAYOR RELEVANCIA EN SU FORMACIÓN CON ANTERIORIDAD A LA PRÁCTICA EN LA COMUNIDAD

Esta valoración se tomó mediante una encuesta realizada a los alumnos el primer día de clases en la que debían realizar un listado de materias por orden de importancia. En la misma se observa el prestigio que tienen las materias de la rama biológica por sobre las sociales, ya que las materias vinculadas con la rama social aparecen ubicadas en promedio en el puesto 26,4. Solamente el 5% de los alumnos ubica una materia relacionada a lo social dentro de las 10 primeras en prioridad. Un 15% ubica en el último lugar a una de estas materias.

Cuando se indaga acerca de estos resultados aparecen una serie de cuestionamientos acerca de la forma en que se dan estas materias y surgen frases como “son aburridas”, “no sirven para curar a las personas”, “no se ponen de acuerdo entre las cátedras” (haciendo alusión a que diferentes autores pueden tomar en forma diferente los conceptos del campo social, o al menos no estrictamente iguales, a diferencia de las materias biológicas). También relacionan estas materias con cierta facilidad, ya que creen que articulando algunos conceptos acerca de factores relacionados a problemas sociales, se da por sabida la materia.

Modelo profesional: en la encuesta administrada a los alumnos en el ingreso a la facultad, se les realizaron preguntas acerca del imaginario del desarrollo profesional. En la misma, todos sin excepción mencionan áreas de desempeño asistencial exclusivo, ligado en su mayoría a especialidades y sub-especialidades. De los 745 alumnos encuestados, el 35% (261 alumnos) eligieron especialidades (cirugía, pediatría, clínica, oftalmología, etc.), mientras que el 65% restante eligió subespecialidades (terapia neonatal, cirugía plástica, neurocirugía, endocrinología infantil, etc.). Lo interesante de la encuesta es que los que eligen especialidades refieren que lo hacen con un espíritu de “ayuda”, de servicio a la gente, mientras que los que optan por subespecialidades lo vinculan más al prestigio o al rédito económico. También esta división de servicio/prestigio, se observa en relación al género, mientras que las mujeres optan más por las especialidades (68% de las mujeres) y son las que vinculan al trabajo con el servicio, los hombres en mayor medida se vuelcan a las subespecialidades (75%).

Es interesante observar que tanto los que eligen especialidades como los que se inclinan por las subespecialidades, imaginan como lugar de trabajo al sector privado -u hospitales públicos en el mejor de los casos-. En ningún momento surge la idea de los Centros de salud como posible lugar de desempeño laboral.

Cuando se indaga acerca de cuál debe ser la remuneración entre las diferentes especialidades, ordenándolas de mayor a menor, la rama de las cirugías es la que se lleva los mayores dividendos, seguida por las subespecialidades y por último, las demás especialidades. Siempre surge la idea del quirófano en donde la vida del paciente está “en las manos del médico”,

“no se puede cometer errores”, asociando estas ideas con una mayor remuneración.

Modelos explicativos del proceso salud enfermedad: en este punto se buscó recoger las ideas que tenían los alumnos sobre los modelos explicativos de las enfermedades, antes de la salida a terreno. En las comisiones se intentó generar debate mediante grupos focales proponiendo que se discutiera acerca de las “causas” que favorecen la aparición de enfermedades. Es interesante ver como la discusión se desarrolló básicamente en torno de las causas estrictamente biológicas -del cuerpo como agente dañado, órganos que se deterioran, gérmenes que invaden el cuerpo, personas siempre recostadas en una cama de hospital, en general graves y en las que su vida depende exclusivamente del correcto accionar del médico y sus habilidades-. Sólo en casos extremos, como la desnutrición infantil, aparecen las condiciones económicas, sociales y educativas en la explicación. Pero allí aparece la idea de que la medicina tiene poco o nada que hacer, no existen tratamientos o medicamentos que solucionen lo social, por lo tanto no pertenece a su ámbito de acción. Siempre enmarcado en el terreno de las generalidades y de la imposibilidad de accionar en otro sentido que no sea el estrictamente asistencial, “... nosotros vamos a poder diagnosticar y tratar, en lo social ya no podemos hacer nada”.

IDEAS DE LOS ALUMNOS ACERCA DE LOS CONTENIDOS CURRICULARES DE MAYOR RELEVANCIA EN SU FORMACIÓN CON ANTERIORIDAD A LA PRÁCTICA EN LA COMUNIDAD

En términos generales todos los grupos coincidieron en que la salida a terreno fue positiva porque les permitió conocer realidades sociales desconocidas personalmente, además de incorporar fuertemente la idea de los centros de salud como lugares de práctica profesional. Por supuesto que sigue latente la tensión con las materias “duras”, ya que en las salidas a terreno aparecen comentarios como: “...se pierde mucho tiempo”, “los lugares quedan lejos...”, “...con ir un par de veces estaría bien”, haciendo referencia al lugar secundario de este tipo de experiencias en relación a lo que para los alumnos es importante (anatomía, fisiología, bioquímica, etc.).

En cuanto al nivel de prioridades del currículo, no se observan cambios importantes, aunque se repiten expresiones como “importancia de los problemas sociales”, “concientización de los médicos”, “los compañeros que no vieron esto, sería importante que lo hagan”. Si bien se enmarcan dentro de una suerte de vocación benéfica y no dentro de las responsabilidades profesionales, se nota que la experiencia los ha hecho reflexionar y criticar los límites de la formación clásica.

En torno al modelo profesional, no han modificado su idea de la especialidad a seguir, salvo en un pequeño número de casos, lo que sí se ha modificado es que cobra existencia y relevancia el profesional que trabaja en los centros de salud de primer nivel y se estima que su paga debiera ser igualada con las demás especialidades. Esto, si bien genera una apertura en torno a igualdad en la remuneración, no tiene impacto en el prestigio, ya que muy pocos alumnos son los que incorporan al primer nivel como su lugar de desarrollo profesional. Luego de la experiencia, el mayor impacto se observa en la función de los modelos explicativos del proceso salud enfermedad. Aquí los alumnos se plantean el peso real de los problemas sociales sobre los fenómenos de salud y enfermedad. También se observa como positivo el cambio de percepción en torno de la responsabilidad sobre estos problemas de salud, sacándolos del ámbito personal/individual hacia otras instituciones sociales con poder (gobierno, estado, políticos, sistema económico). Acompañada a esta idea, se observa la necesidad manifiesta de tener herramientas de las ciencias sociales para dar cuenta de dichas problemáticas complejas. Este es otro cambio importante que da al profesional médico una responsabilidad real en la problemática, incorporando el problema al área de su incumbencia, considerando los aportes de las ciencias sociales como herramientas válidas para el posterior desarrollo profesional. Se comienzan a dar explicaciones rudimentarias acerca de conceptos sociales: “...las mujeres pobres, sin educación tienen hijos cada vez más jóvenes, así no pueden estudiar y no les queda otra que trabajar de lo que sea, tienen más hijos y ya los crían pobres”.

DISCUSIÓN

Es posible observar en los últimos treinta años una tendencia mundial estable hacia la

formación de profesionales especializados y superespecializados en disciplinas médicas. Según datos (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2012) del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, las residencias en las que quedan cargos sin ocupar son aquellas denominadas básicas: pediatría, clínica y medicina general. Mientras tanto, las vacantes son insuficientes en aquellas residencias relacionadas a mayor complejidad: neonatología, terapia intensiva, anestesiología, entre otras.

Dada esta situación, es necesario reorientar el perfil profesional del egresado de las escuelas de medicina en sintonía con las necesidades sanitarias de las diferentes regiones del país. Esta reorientación no debe basarse exclusivamente en cambios de contenidos curriculares, sino que deben acompañarse de estrategias pedagógicas que impacten en las diferentes dimensiones de la formación –en lo actitudinal, en las prácticas y conocimientos- y que tengan un importante aporte de las ciencias sociales.

Es importante señalar que se hace el foco en las ciencias sociales ya que -frente a una concepción puramente biologicista- éstas posibilitan generar un conflicto cognitivo (Sánchez Inesta, 1995) mostrando la superficialidad de los esquemas tradicionales y sus déficits explicativos. Las ciencias sociales permiten incorporar la complejidad que complementa y enriquece estos esquemas. Por ello, la visión de la medicina y de la salud, se vuelve más compleja: no se trata de anexar materias de las ciencias sociales a la línea “dura”, sino de revisar la concepción general que se tiene de la salud en la totalidad del Plan de Estudios.

El nuevo perfil del egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, por ejemplo, establece formalmente la necesidad de formar un profesional comprometido con la realidad socioeconómica del país, que incorpore conocimientos, prácticas y actitudes que permitan darle al fenómeno de salud y enfermedad la complejidad que presenta (Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. [Internet], 2012).

Sin embargo, no se evidencian en la realidad académica expresiones concretas que permitan avizorar la estrategia educativa para lograr ese “producto” final. Además la realidad es un tanto diferente, ya que el tipo de inserción laboral predominante en los nuevos profesionales se dirige a la súper especialización

de la práctica, lo cual es reforzado por los modelos de rol del staff docente.

Se observa una contradicción -con múltiples interpretaciones- entre lo que pretende formar el currículo -expresada en el perfil profesional- y lo que finalmente resulta como producto final egresado. En relación a ello, vemos que los conocimientos y materias que se vinculan con disciplinas de las ciencias sociales (sociología, antropología e historia) son subalternos y hasta marginales de lo que constituye el núcleo principal de formación del profesional médico.

Además, se observa en los alumnos que en ciertos problemas de salud como la obesidad, los problemas cardiovasculares y los niños sin vacunación, una tendencia a culpabilizar al paciente. Tendencia que impide la cabal comprensión del problema de salud y que sería factible de ser erradicada mediante herramientas de las ciencias sociales.

Para realmente alcanzar un perfil de profesional de la salud con sentido social, se requeriría además introducir espacios de crítica a los modelos profesionales hegemónicos y que estos espacios puedan disputar los recursos disponibles en el ámbito de la enseñanza. Lo que supone confrontaciones en el plano intelectual, político y educativo, en torno a las finalidades de cada contenido, espacio curricular y teórico; confrontación necesaria en función de las relaciones asimétricas de poder al interior del campo de la salud.

La experiencia de prácticas en terreno a que hemos referido, muestra el impacto positivo a nivel de modificar modelos explicativos de los procesos de salud enfermedad atención (PSEA) que tenían los alumnos, generando aperturas hacia explicaciones más complejas luego de las experiencias vividas y la discusión generada por dicha experiencia.

La posibilidad de que los alumnos incorporen la complejidad de los PSEA, así como la necesidad de analizarlos en función de un contexto que lo determine es un punto crucial a la hora de avanzar en la discusión del modelo médico para modificarlo. La incorporación de la complejidad de los PSEA pone en crisis aspectos medulares del modelo, aspectos de por sí difíciles de poner en tela de juicio, tanto a nivel de la práctica profesional como de la regulación estatal de la misma.

En nuestra experiencia no se han observado cambios sustanciales en los niveles de priori-

dades en el currículo definidos por los alumnos luego de haber atravesado la práctica. Esto, a pesar de que refirieron necesitar conocimientos de las ciencias sociales para dar sentido al origen de los PSEA. Esta situación tampoco se vio reflejada en modificaciones en la relevancia de estas materias y su distribución a lo largo de la carrera. Resulta de una gran complejidad la relación entre las expectativas de formación de los alumnos, la realidad que ofrece la estructura curricular de la carrera y las necesidades de perfil profesional actual. Si bien los alumnos ya ingresan a la formación con expectativas coincidentes a lo que ofrece el currículo, se deben potenciar espacios de crítica en ellos que reorienten sus expectativas a las necesidades sanitarias. Este debate debería formar parte de una discusión más amplia en la que todos los actores estén representados; una discusión acerca de los fines de la enseñanza y su vinculación con la práctica profesional en el contexto social y político en los que se desarrollan.

En cuanto a la valoración de las especialidades y súper especialidades por parte de los alumnos, la práctica desarrollada no modificó el orden de importancia que asignan a las súper especialidades en primer lugar, seguidas de cerca por las especialidades hospitalarias, muy por encima de aquellas especialidades asociadas al primer nivel. Se debe trabajar en la articulación entre materias y conocimientos del ciclo clínico y las materias relacionadas con aspectos sociales, de manera que se equiparen en importancia, prestigio y estructura.

El dato que sugiere un cambio en la categoría prestigio profesional es la modificación de la remuneración, –quedando de manifiesto la relación entre capital económico y capital simbólico–, por lo que sería importante igualar el salario de los profesionales del primer nivel de atención con los de los demás profesionales. También apareció en la idea de los alumnos el primer nivel de atención como escenario posible de la práctica profesional que a priori se encontraba ausente. Es sumamente importante este aspecto en cuanto a la posibilidad de contar con profesionales que respondan a las necesidades de las políticas públicas. Lo cual resulta de mucho interés para la inserción profesional de los egresados en áreas de necesidad de recursos y de interés por las organizaciones de salud estatales que reclaman profesionales capaces de inser-

tarse en centros de salud de primer nivel.

En las dos experiencias descritas, realizadas en diferentes años y con diferentes alumnos, no hemos hallado alguna de las barreras a la implementación de actividades de campo descritas por otros autores (Cronholm, Margo, Bazelon & otros, 2009). A pesar de realizar las prácticas en locaciones alejadas del casco urbano, e incluso en otras localidades, este punto no fue un punto importante de discordia entre los alumnos. Tal como remarcamos, surgió solo en el momento en que debían dedicarse a otras materias. Tampoco fue un tema de debate la seguridad de los mismos en relación a las zonas marginales (el contacto y apoyo de autoridades locales y policiales hizo que este temor no apareciera).

Un punto muy importante a analizar en futuras investigaciones es el papel y el peso que tienen las características de los docentes –trayectoria laboral, profesión, tipo y grado de formación– y los resultados de las prácticas en terreno en sus diferentes niveles y dimensiones, así como la articulación de la práctica en terreno durante el ciclo clínico profesionalizante con las especialidades hospitalarias. Esto, debido a que se observó cierta reticencia por parte de algunos docentes en la puesta en práctica de la actividad, refiriendo algunos temores en relación a la seguridad de los alumnos, la propia, la de los vehículos, similar a lo reportado por otros investigadores (Wayne, 1995). Al mismo tiempo, se notó cierta incomodidad en algunos de estos docentes, cuyos sitios habituales de trabajo son diametralmente opuestos a lo que se vivió en terreno. Por ello, sería importante evaluar los intereses de los docentes, e incorporar a la enseñanza a profesionales que ya estén trabajando en esos lugares. Esto permitiría disminuir las barreras establecidas de antemano por los propios docentes ante la incertidumbre de ingresar a un ámbito desconocido y aceptar los mecanismos de entrada y permanencia en el escaso tiempo disponible para la práctica.

CONCLUSIONES

El campo de la salud tiene varios escenarios de disputa. Uno de ellos es, claramente, la formación de profesionales en las escuelas de medicina. Estos profesionales –formados y en formación– tienen incorporado el modelo de

profesional hegemónico, ya que es en la formación donde se da esta incorporación. Incorporación que no es más que la producción y reproducción del habitus médico liberal, acrítico, que basa su práctica en un modelo biologicista. Este es el modelo vigente y mantenerlo o transformarlo es el objeto de la disputa.

A lo largo del artículo describimos lo que consideramos una experiencia significativa en el proceso de formación de profesionales, que debe ser comprendida en el marco de esa disputa. Este tipo de experiencias estimulan reflexiones propias de los alumnos y no "naturalmente" impuestas por los actores dominantes del campo. La propuesta de enseñanza que analizamos debe entenderse como parte de la acumulación de capital simbólico y social de los actores que -teniendo como objetivo primario la formación en las escuelas de medicina-, aspiran -aspiramos- a modificar las relaciones de fuerza en el campo de la salud. Para lograr este objetivo, es necesario transformar el modelo de profesional médico, tarea que no es simple porque pone de relieve los distintos intereses que se disputan en el campo. A pesar de que la tarea no es simple, es necesaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida Filho, N. (2000). "La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología". Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bourdieu, P. (1990). "Algunas Propiedades de los campos". En P. Bourdieu, *Sociología y cultura* (págs. 109-114). México: Conaculta y Grjalbo.
- (1993). "El sentido Práctico". Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. (1996). "La reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza". México: Distribuciones Fontanara.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2005). "Una invitación a la sociología reflexiva". Buenos Aires: Siglo XXI.
- Brissón, M., & Galli, A. (2005). "Conferencia Argentina de Educación Médica: agendas, aportes y temas emergentes". Educación Médica, 8 (1), 38-47.
- Candrea A., M. G. (1999). "El curriculum Universitario: Entre la teoría y la Práctica". En M. T. (coord.), "Un currículum de ciencias sociales para el siglo XXI: qué contenidos y para qué". Madrid: Diada Editora, S.L.
- Castro, R. (2010). "Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México". En R. Castro, & A. López Gómez, "Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional". (págs. 49-72). México: UNAM, CRIM.
- Cordera Campos, R., & Sheimbaum Lerner, D. (2008). "Los retos de la autonomía universitaria en la sociedad del conocimiento". Universidades, LVII.
- Cronholm, P., Margo, K., Bazelon, G., Bream, K., Benett, I., & Barg, F. (2009). "Student attitudes: potential barriers to implementing a Community Medicine Field activity". Family Medicine, 41 (1), 22-27.
- De Sousa Minayo, M. C. (1997). "El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud". Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. [Internet]. (15 de Abril de 2012). Obtenido de http://www.med.unlp.edu.ar/secretaria_asuntos_academicos.php?idbot=2&i-temi=perfil_medico
- García, J. C. (1972). "La educación Médica en América Latina". OPS/OMS. Washington: OPS/OMS.
- Hasenfeld, Y. (1990). "Organizaciones al servicio del hombre". México: Fondo de cultura económica.
- Lahire, B. (2005). "El trabajo sociológico de Pierre Bourdieu. Deudas y críticas". Buenos Aires: Siglo XXI.
- Linares-Pérez, N., & López Arellano, O. (2008). "La equidad en salud: propuestas

conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva". *Medicina social*, 3 (3), 247-259.

Marín, G., Silberman, M., & Etchegoyen, G. (2008). "A personalised health care programme". *Salud Pública*, 10 (2), 203-214.

Menéndez, E. (1990). "Morir de alcohol. In Saber y hegemonía médica". México: Conaculta.

----- (2005). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32.

Merhy, E., Feuerwerk, L., & Ceccim, R. (2006). "Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micro-política del trabajo en salud". *Salud colectiva*, 2 (2), 147-160.

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. (15 de Abril de 2012). Residencias/cupos. Obtenido de dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Anexo: Cupos de residentes ciclo 2012: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/Cupos_2012.pdf

OPS/OMS. (2007). "Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015". En: 27.a. Conferencia Sanitaria Panamericana. OPS/OMS, 59.a sesión del Comité Regional. (CSP2hhhh7/10) Washington: OPS/OMS.

----- (2008). "La Formación en Medicina

Orientada hacia la Atención Primaria de Salud" (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas) OPS/OMS. Washington D.C.: OPS.

Pozzio, M. (2010). "De soldados a espías: resignificaciones y conflictos en torno de la definición de APS en la implementación de políticas públicas". In E. Bohoslavsky, & G. Soprano, "Un estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en la Argentina". Buenos Aires: Prometeo - Universidad de General Sarmiento.

Sánchez Inesta, T. (1995). "La construcción del aprendizaje en el aula. Colección respuestas educativas". Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.

Scott, J. (2001). *Experiencia*, (13), 42-73.

Spinelli, H. (2005). "Laberintos". *Salud Colectiva*, 1 (1), 7-7.

----- (2010). "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina *Salud Colectiva*". *Salud Colectiva*, 6 (3), 275-293.

UNLP, F. d. (2010). Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. Recuperado el 23 de Septiembre de 2010, de <http://www.med.unlp.edu.ar/>

Wayne K, D. P. (1995). "Moving Medical Education from The Hospital to The Community". eport of the Seventh Cambridge Conference on Medical Education, Cambridge Conference on Medical Education, Michigan. *Médico. Magíster en Salud Pú

NOTAS

I Con esto, no pretendemos establecer diálogos con las más complejas elaboraciones del autor sino generar un análisis que interpele el campo de la salud pública

II Campo: En términos analíticos, un campo puede definirse como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de distribución de los diferentes tipos de poder (o de capital) cuya posesión gobierna el acceso a los beneficios específicos que están en juego en el campo y, al mismo tiempo, por sus relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)

III En la lógica de Bourdieu es posible distinguir cuatro tipos de capital: 1. El capital económico,

constituido por los diferentes factores de producción (tierras, fábricas, trabajo) y el conjunto de los bienes económicos: ingreso, patrimonio, bienes materiales. 2. El capital cultural, correspondiente al conjunto de las calificaciones intelectuales, sean producidas por el sistema escolar o transmitidas por la familia. 3. El capital social se define en esencia como el conjunto de las relaciones sociales de las que dispone un individuo o grupo. 4. El capital simbólico corresponde al conjunto de los rituales (como la etiqueta o el protocolo) ligados al honor y el reconocimiento

IV Es interesante ver cómo los actores del campo se apropian de las teorías elaboradas sobre el campo mismo, en lo que se denomina "efecto de teoría". Para un análisis de cómo el modelo de Menéndez se convierte en teoría nativa de los actores del campo de la salud, ver Pozzio, María (2010)

V Con espiral reproductivista hacemos referencia a la idea de una relación que mutuamente se potencia generando un in crescendo de sus efectos.

VI Un aspecto central en este sentido lo configura la distribución diferencial de cargas horarias al interior de los Planes de Estudio de las carreras de medicina. Así por ejemplo, los autores realizaron un análisis cuantitativo de las materias de la carrera de la UNLP en 2010, separando las asignaturas en dos categorías principales según su objeto de estudio. Las materias consideradas "Duras" son aquellas que tienen su base en los procesos biológicos que asientan en el cuerpo sin tener elementos teóricos relacionados con otras variables que expliquen los fenómenos de salud enfermedad. En los discursos de estas materias, la enfermedad "comienza" y "ataca" por factores externos a la voluntad, como si fueran fenómenos naturales sin relación con determinantes sociales o culturales. Este discurso se da en materias troncales como Fisiología, Bioquímica, Anatomía, Patología, Clínica, y todas las materias del ciclo clínico. En contraposición, se categorizaron como "Sociales" a aquellas materias que en su programa introducen contenidos relacionados con las ciencias sociales para explicar y complejizar el fenómeno de salud y enfermedad. Para ello se analizaron los programas de contenidos de dichas materias, para poder categorizarlas de acuerdo a los objetivos del trabajo. Una vez categorizadas las materias en "Duras" y "Sociales", se realizó un análisis de la cantidad de cada una de ellas, la cantidad de horas asignadas a las mismas y de la cantidad de materias consideradas obligatorias para cumplir con los contenidos curriculares. Sumado a ello, se buscó identificar las diferencias entre estas materias en función de la cantidad y jerarquía del plantel docente de cada una de ellas. Se intenta de esta manera identificar niveles de importancia implícitos de las diferentes materias, mediante el otorgamiento de la mayor estructura. Un análisis estructural, permite ver que del total de materias (60), el 70% corresponden a la categoría "dura", relegando a las materias "sociales" al 21.6% del total de materias (el 8% restante quedan para materias llamadas Talleres de integración que no pueden ser incluidas en las dos categorías anteriores). Si analizamos a partir del total de horas del currículo (4640 horas) este número se incrementa sustancialmente llegando al 82% del total de horas para las "duras", y un 13.3% restante para las "sociales". El 4.7% restante del total de horas corresponde a los mencionados Talleres de Integración.

VII Estas dos posiciones tan dicotómicas -la minoría y los herederos de la tradición- se distinguen sólo a fines analíticos, para que quede clara la disputa dentro del campo. Esto no significa desconocer que en el campo de la salud, se distinguen posiciones intermedias que agrupan a un abanico amplio de profesionales, asociaciones, etc.

VIII La participación en las prácticas en terreno por parte de los alumnos fueron obligatorias en el marco de las actividades para aprobar la cursada. Su participación como informantes de la investigación ya sea completando los cuestionarios o participando de grupos focales fue voluntaria.

IX Aludir a incorporación hace referencia a la adquisición que se da durante la formación del habitus profesional, lo que no quita que la formación médica esté acorde con las representaciones sociales acerca de los médicos que traen consigo los estudiantes al ingresar a la carrera.

CV

**Médico. Magíster en Salud Pública y Especialista en Docencia Universitaria, UNLP. Doctor en Gestión y políticas de Salud, UNAM. Profesor asociado, Instituto de Ciencias de la Salud, UNAJ.*

*** Licenciada en Sociología. Magíster en Antropología Social, UNSAM. Doctora en Antropología Social, UAM. Docente de la asignatura Antropología Cultural y Social, Facultad de Psicología, UNLP.*

Contacto: silbermanmartin@gmail.com

Contacto: maria Pozzio@gmail.com