

# **Aportes a la Promoción de salud desde las curriculas innovadas en medicina: experiencia en Argentina**

**Adrián E. Alasino<sup>1</sup>**

*“The significant problems cannot be solved at the same level of thinking with which we created them.”*

*Albert Einstein.*

## **Introducción**

Se han obtenido buenos resultados en la formación profesional en promoción de la salud en Latinoamérica, el Caribe y otros países; el movimiento de Universidades promotoras de salud<sup>(1)</sup> como se puede ver en otros capítulos de esta obra, ha contribuido junto a otras estrategias, a esta tarea; a la vez que se trabaja en programas de Maestrías y Doctorados, que posibiliten el desarrollo de profesionales en esta temática, no obstante se considera necesario ampliar la formación de los talentos humanos desde el inicio en las carreras de las Ciencias Médicas.

Oportuno y pertinente resulta incluir en las curriculas desde los primeros años de la cursada los contenidos y habilidades vinculadas con el cuidado de la salud y ofrecer herramientas útiles para el futuro trabajo, con el objetivo de mejorar el desempeño profesional, de los futuros egresados y prepararlos para ofrecer una atención integral a las poblaciones, a las personas sanas, familias y comunidades, sin descuidar la prevención de enfermedades y la atención integral a quienes sufren algún padecimiento o sus secuelas; siempre acompañado de un enfoque holístico del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado<sup>(2)</sup> y mediante una modalidad de enseñanza aprendizaje que posibilite y propicie una participación activa de estudiantes y profesores de diferentes disciplinas. Es importante que los docentes sean capaces de acompañar a los estudiantes en una experiencia dinámica que desarrolle la participación, el debate y la construcción junto al otro. También es fundamental que estos contenidos sean iniciados desde los primeros años de las carreras y mantenidos después de su egreso, a través de posgrados acordes a

---

<sup>1</sup> Médico Especialista en Medicina General. Profesor Titular de Promoción de Salud Crítica y Educación para la Salud. Escuela Superior de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.  
Director. Escuela Superior de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata.  
Mail: aalasino@mdp.edu.ar

los intereses y necesidades de la población asignada, con un perfeccionamiento continuo que garantice servicios de salud integrales, de calidad y excelencia en la atención a la población.

Las facultades y escuelas de medicina que impulsan diseños curriculares innovadores o de cambio, promueven la formación de un médico general, que mire al hombre en toda su dimensión, que no esté centrado exclusivamente en la enfermedad o en el individuo enfermo únicamente, que supere el reduccionismo y el mecanicismo prevalente y el uso abusivo de la tecnología; que desarrolle un espíritu científico de pensamiento crítico, con proyección social y baluarte de una medicina humanizada.

### **La Educación Médica en América Latina**

Durante los últimos cien años, el modelo educativo que predominó en las escuelas y facultades en la enseñanza de la medicina de toda América fue el denominado “modelo Flexneriano”, desarrollado por el educador y académico Abraham Flexner<sup>(3)</sup> y cuyas características principales pasaban por la dimensión biológica de la enfermedad, la atención individual, el trabajo en hospitales con enfermos como centro de la medicina y con escasa ponderación de lo que sucede en los entornos comunitario-sociales.

Este modelo sin duda hizo contribuciones en diversas áreas de la medicina, sobre todo en las especializaciones, pero se ha generado un cierto consenso en la idea de que poco ha contribuido a favorecer una visión integral del hombre. Ha sido tan fuerte este paradigma que a muchos educadores médicos no se les ocurre enseñar de otra manera y hasta algunos no saben que su pensamiento y práctica en la enseñanza de la medicina representa a este modelo.

Como contraposición a esta lógica, surgió un modelo educativo en medicina que propuso incorporar, además, los factores políticos, económicos, la estratificación social, el entorno geográfico y comunitario, los procesos históricos sociales de la persona y su familia en la valoración de la problemática del complejo salud-enfermedad-atención-cuidado. A fines de la década de los 60 aparecieron las primeras publicaciones que revisaban cuánto de la enseñanza de la medicina preventiva y social en América Latina se incluía en los programas de enseñanza de las facultades y escuelas de medicina. La iniciativa, motorizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estuvo a cargo del Dr. Juan César García<sup>(4)</sup>, uno de los profesionales que más ha aportado a un modelo que ha permanecido en construcción y discusión, al que se lo conoce como “paradigma crítico”<sup>(5)</sup>.

Mientras esto sucedía, la práctica médica entraba en una serie de procesos de transformación, con la incorporación de enfoques de visión preventiva y miradas diferentes de la enfermedad<sup>(6)</sup> que incluían lógicas provenientes de diversos campos disciplinares. En este marco, se destacan en América Latina los aportes de la epidemiología crítica latinoamericana desde la perspectiva de la determinación social de salud<sup>(7)</sup>; los avances en el campo de la Salud Colectiva<sup>(8)</sup> y la Medicina Social<sup>(9)</sup>, como así también los aportes desde la promoción de salud emancipatoria<sup>(10)</sup> que al ser introducidos en la formación médica aportan un fuerte sustento para salir del paradigma flexneriano.

En la Conferencia Mundial de Educación Médica de 1988 se acordó la necesidad de una reforma de la enseñanza de la medicina, expresada en una declaración final conocida como Declaración de Edimburgo<sup>(11)</sup>. Allí, se planteaba la necesidad de asegurar la formación de médicos que promuevan la salud de toda la población y se enfatizaba que la educación debe integrar la salud y considerar a las personas como un todo; a la vez se resaltó la utilización de métodos activos en la enseñanza, la participación activa de los estudiantes en el proceso de aprendizaje y la necesidad de que desarrollen habilidades comunicativas. También el Área de Recursos Humanos de la OPS, dirigida por la Dra. María Rosa Borrel<sup>(12)</sup> da cuenta en diversos trabajos, de las diferentes iniciativas de escuelas y facultades de medicina en toda la región de las Américas tendientes a introducir cambios en las currículas y orientarlas a la Atención Primaria de Salud y a las comunidades.

Al trasladar este modelo a la educación médica, se verifican avances en los planes de estudio desde el primer año de las carreras de medicina, incorporando varias asignaturas de perfil socio-médico, con objetivos y contenidos que están dirigidos al logro de conocimientos y habilidades para promover salud. Además, resultó necesario articular en forma temprana los procesos formativos con las prácticas en salud, es decir que los estudiantes salieran de los muros de la universidad y del sistema de atención de la enfermedad para transitar los espacios habituales de la comunidad, realizar trabajo en ella, reconocer su complejidad, incorporar la mirada de las ciencias sociales y trabajar desde el inicio con “gente sana y su entorno”, incluyéndolas en su aprendizaje. Entonces comenzó a destacarse que los procesos de enseñanza-aprendizaje deben desarrollarse también en escenarios fuera de los hospitales, que hasta ese momento eran los únicos sitios para la preparación de profesionales en las Ciencias Médicas<sup>(5)</sup>.

Esto ha tenido un impacto reconocido en países como Cuba<sup>(13)</sup> México<sup>(14)</sup> Ecuador<sup>(15)</sup> y Argentina<sup>(16)</sup> entre otros países que desarrollan experiencias desde las curriculas innovadas. Cuba extiende la experiencia a otras carreras, como Odontología. Allí, las y los estudiantes visitan las comunidades y realizan con sus docentes actividades de promoción de la salud desde el inicio en escuelas, centros de salud, instituciones barriales y de la sociedad civil<sup>(17)</sup>. En 2012, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Oklahoma, Tulsa, se realiza una conferencia que se tituló “Beyond Flexner: misión social en educación médica”. Esto dio lugar a lo que posteriormente se transformó en un movimiento que incluso tomó su nombre, “Beyond Flexner” y que ha promovido numerosas reuniones en Albuquerque, Miami y Atlanta.<sup>(18)</sup>

### **La Educación Médica en Argentina**

Argentina posee 108 Instituciones universitarias: 57 son de gestión estatal y 51 de gestión privada. Según los últimos datos publicados por el departamento de información universitaria de la Secretaria de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación (año 2017) el sistema universitario nacional tiene 2.005.152 estudiantes de los cuales el 80% asiste a universidades públicas estatales y el 20 % a universidades privadas. En cuanto a carreras de Medicina, 21 son de universidades de gestión pública y 22 de gestión privada. El 84% de los estudiantes matriculados están incorporados al sistema de gestión estatal.<sup>(19)</sup>

A partir del movimiento reformista estudiantil de 1918 ocurrido justamente en la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba , se abre una etapa de democratización de la educación universitaria expresada en el manifiesto liminar<sup>(20)</sup>. A partir de ese momento se inicia un proceso con varios momentos a lo largo de los años, pero encuentra en 1949 un fuerte avance con la sanción del decreto presidencial de “*gratuidad*”<sup>2</sup> universitaria<sup>(21)</sup> que establece que ningún estudiante de Universidad Nacionales pagará por estudiar en las universidades estatales, decreto vigente que ha cumplido recientemente 70 años. Este elemento, junto a la autonomía, al cogobierno universitario, el laicismo y el ingreso irrestricto son los “pilares” sostenidos fuertemente por todos los miembros de la comunidad universitaria argentina, (trabajadores universitarios, docentes, estudiantes y autoridades).

---

<sup>2</sup> Si bien el Decreto de origen menciona en su texto la “gratuidad”, actualmente hablamos de “no arancelamiento”, en tanto es el Estado quien financia a las Universidades Nacionales a partir de un ítem específico del Presupuesto Nacional.

La Organización Panamericana de la Salud organizó para fines de 2012 una reunión sobre Educación Médica en Buenos Aires<sup>(22)</sup> con la participación de varios representantes de Facultades de Medicina de países de la región, donde el FAFEMP (Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas) integrado por la totalidad de “*carreras públicas*” (sinónimo de gestión estatal) de medicina del país. En su presentación, resalta la necesidad de que Argentina avance hacia estos modelos; sugiere un perfil del “médico que el país necesita” y realiza una declaración orientada hacia ese perfil. A la fecha aproximadamente la mitad de estas facultades y escuelas públicas llevan adelante planes de estudio con curricula innovada.

En los avances de los planes de estudio innovados de medicina se destaca el trabajo del pediatra y sanitarista Mario Róvere<sup>(23)</sup>. Decano Organizador de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza (2011), fue un gran impulsor de este tipo de curricula en las universidades públicas argentinas, donde varias jóvenes carreras tomaron como base sus aportes para desarrollar estas experiencias. Entre éstas está la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP), Provincia Buenos Aires, Argentina, que desde hace cuatro años ofrece la carrera de medicina en la Escuela Superior de Medicina (ESM)<sup>(24)</sup> con un plan de estudios que ofrece una malla curricular enfocada hacia la formación de profesionales con una mirada más integral y una sólida preparación en promoción de la salud, en especial cuando el objetivo es formar médicos comprometidos y convencidos del encargo social. Además, el ingreso irrestricto para todas las carreras de grado que se dictan en la UNMdP incluye a Medicina, que tiene a la fecha una matrícula de 4.500 estudiantes.

### **Escuela Superior de Medicina en la Universidad Nacional de Mar del Plata**

La propuesta curricular recoge las tendencias mundiales actuales en educación médica que hacen hincapié en un nuevo “objeto de estudio”, pues se pasa del individuo enfermo como objeto único y exclusivo, a la prevención y promoción de la salud de la persona sana y en la comunidad; en la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo, en la integración docente asistencial, que articula a las entidades formadoras con las instituciones prestadoras de salud y la comunidad, así como en la reincorporación de las ciencias sociales y el humanismo, un volver al médico humanista, el que fue reemplazado por el médico técnico y reduccionista, casi exclusivamente organicista.

El perfil busca que el graduado entienda sobre el ser humano sano, su familia y comunidad desde una perspectiva integral y contextualizada, desde el nivel de organización molecular hasta el entorno medioambiental en un continuo; que entienda la práctica médica desde la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, pasando por el diagnóstico y tratamiento hasta la rehabilitación en cada una de las etapas de la vida. Pretende formar profesionales que estén educados en la utilización de las ciencias básicas aplicadas a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. En fin, es un proyecto que se orienta hacia la consolidación de nuevas tecnologías, los nuevos métodos educativos con énfasis en el constructivismo, que caracteriza los procesos de enseñanza-aprendizaje privilegiando los problemas prevalentes y que replantea de manera permanente las metodologías docentes, los ámbitos de estudio y los conceptos, habilidades, destrezas y actitudes, teniendo en cuenta los patrones cambiantes de las enfermedades, las prácticas de salud y los nuevos modelos políticos y económicos.

La conformación de un claustro interdisciplinario es sin lugar a duda una estrategia necesaria que busca ir perfeccionándose, sumando nuevos aprendizajes, nuevas y valiosas experiencias importantes y que deben ser compartidas. El propósito es que cada estudiante acceda desde el primer año a un espectro amplio de estrategias, con un cuerpo docente abierto a dialogar en forma permanente acerca del carácter dinámico del proceso enseñanza-aprendizaje y si fuera necesario introducir en él cambios planificados; de este modo, los estudiantes logran apropiarse de conocimientos y herramientas a lo largo de la carrera con una mirada diferente, que les posibilitará transitar por los caminos de la promoción de la salud, contribuir a mejorar sus conocimientos y habilidades; además se debe mantener un constante perfeccionamiento aún después de egresar. Ellos y ellas necesitan incorporar herramientas y experiencias sobre cómo planificar, qué temas incluir y cómo realizar actividades de promoción de salud; es fundamental que posean habilidades en el trabajo con los otros, en el equipo, en lo interdisciplinario, pues estos aspectos constituyen una fortaleza para trabajar mejor, de forma integral e intersectorial, con las personas, sus familias y las comunidades.

La realidad profesional pone en evidencia que muchos profesionales no poseen estas habilidades, pues han transcurrido sus años como estudiantes en facultades de medicina con currículas tradicionales y profesores que se han formado bajo un paradigma biologicista, con métodos tradicionales y centrados en un proceso de enseñanza-aprendizaje orientado hacia las

enfermedades y a la atención de pacientes en contextos exclusivamente hospitalarios. Por ello es que se busca que los nuevos profesionales aprendan y ejerciten una mirada integral del proceso salud enfermedad atención cuidado y resalten la importancia de promover salud.

Los mecanismos de enseñanza aprendizaje también deben ser diferentes: aprender a aprender, construir saberes junto a los otros, analizar las diversas situaciones, trabajar con sus docentes, con sus pares y con profesionales de diversas disciplinas, comprender y analizar cómo interactúan los procesos macroestructurales, como la economía, la política y la cultura, además de los aspectos socioeconómicos, ambientales, biológicos y psicológicos en la vida de las comunidades. Todo ello nos obliga a comprender lo relevante de un análisis diferente, contextualizado, holístico de las curriculas innovadas.

En estos modelos es muy importante el rol del docente, pues si se mantiene aferrado a su formación clásica y no emprende el desafío que tiene por delante, si no transforma su forma de construir conocimientos junto a sus estudiantes, no puede lograr los objetivos. Tiene que existir un movimiento que transforme a estudiantes y docentes. Si los profesores no son capaces de integrar las asignaturas de los ejes y de los diferentes ciclos vitales, los estudiantes no lo harán, ello va ligado a un cambio de paradigma<sup>(25)</sup>.

### **Nuestra experiencia curricular**

Se presenta a continuación la malla curricular (*Figura 1*) explicando con colores su funcionamiento. En color verde oscuro sobre el lado izquierdo se encuentran los ejes y se leen en sentido horizontal. Consecutivamente se encuentran las asignaturas de la carrera, siguiendo una línea temporal desde el primero hasta el sexto año. Inicia la columna del “Ciclo Inicial” con sus dos asignaturas, luego las tres columnas correspondientes al “Ciclo Básico” y a continuación las últimas cuatro columnas que pertenecen al “Ciclo Clínico” incluyendo en esta a la Práctica Final Obligatoria. También en un verde intermedio en la parte superior las asignaturas electivas y transversales; en el mismo color y sobre la parte inferior del gráfico los escenarios de aprendizaje. Este tipo de malla curricular es la que permite trabajar de una manera integrada; porque cada parte necesita de la otra para funcionar y hay procesos de trabajo que las vinculan todo el tiempo como se presentará.

E J E S D E A S I G N A T U R A S	Asignaturas Transversales		Inglés I, II, III y IV						Escuela Superior de <b>MEDICINA</b> Universidad Nacional de Mar del Plata
	Asignaturas Electivas		Tecnologías de la Información y Comunicación en Salud I y II						
			Psicoadicciones			Medicina Social			
			Historia de la Salud Argentina y Latinoamericana			Ecología			
CICLO VITAL	Aproximación a la Carrera de Medicina	Concepción y Formación del Ser Humano I y II	Nacimiento, Crecimiento y Desarrollo	Desgaste y Envejecimiento	Salud Integral de la Mujer	Salud del Niño, Niña y Adolescente	Salud del Adulto Mayor	PRÁCTICA FINAL OBLIGATORIA Medicina Interna Cirugía General Pediatría Ginecología y Obstetricia Medicina General	
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE		Articulación Básico Clínico Comunitaria I y II	Articulación Básico Clínico Comunitaria III	Articulación Básico Clínico Comunitaria IV	Medicina Interna y Campos Clínicos I	Medicina Interna y Campos Clínicos II	Clínicas Quirúrgicas y Emergentología		
PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN	Taller de Introducción a la Vida Universitaria	Hábitat, Ecología y Salud	Agentes, Mecanismos de Defensa y Nutrición	Epidemiología Crítica, Social y Comunitaria	Salud Colectiva y Comunitaria	Salud Mental	Bioética y Derechos Humanos		
CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO MÉDICO		Psicología Comunitaria, Social e Institucional	Prevención e Investigación Acción en Salud	Tamizaje y Ciencias del Diagnóstico	Terapéutica y Farmacología	Medicina General I	Medicina General II y Rehabilitación		
APS Y ORIENTACIÓN COMUNITARIA		Promoción de Salud Crítica y Educación para la Salud	Interculturalidad y Salud	Redes y Sistemas de Salud	Salud del Trabajador y Medicina del Deporte	Programas de Salud	Medicina Legal y Toxicología		
ESCENARIOS	Simulados	Laboratorio de Morfofisiología Laboratorio de Microscopía Laboratorio de Habilidades Clínicas			Laboratorio de Habilidades Clínicas Laboratorio de Simulación Clínica			Hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud	
	Reales	Campo: Escuelas, Comunidad Centros de Salud			Prácticas Asistenciales Tempranas: Espacios Laborales, Ámbitos Deportivos, CAPS, Hospitales				

Figura 1: Malla Curricular de la Carrera de Medicina, ESM -UNMDP

Aquí se conjugan y articulan diversas metodologías de enseñanza como el modelo orientado a las etapas del ciclo vital individual, que se engrana con el ciclo vital familiar, posibilitando un enfoque educativo profesional hacia la Atención Primaria de Salud<sup>(26)</sup> y que aporta elementos para el perfil del Médico General Familiar<sup>(27)</sup>. Otro modelo utilizado es el organizado por niveles de prevención que enfoca a la promoción de la salud<sup>(28)</sup>. En tercer lugar, se trabaja sumando los dos criterios anteriores, en un modelo híbrido, que busca orientar la construcción de los conocimientos del estudiante en función de cómo se van transitando estos ciclos. Finalmente se aplica un modelo de currícula integrada que pretende que el estudiante conozca la realidad y produzca un conocimiento proveniente de la acción, de los contenidos del campo de la práctica, al decir de la Profesora María Cristina Davini<sup>(29)</sup>, desde un lugar clásicamente considerado de menor importancia, porque habitualmente se prioriza el conocimiento académico tradicional por sobre el que proviene de la acción. La idea es que las asignaturas, denominadas “*Unidades de Aprendizaje*”, se conviertan en verdaderas experiencias de aprendizaje y comprometan en este hacer, a todas y todos los involucrados, docentes y estudiantes.



Al suponer la integración y la transversalidad de los contenidos, este modelo requiere que los espacios de intercambio se multipliquen, por ello es importante la carga extra áulica de la labor docente, particularmente las reuniones y el trabajo grupal. El propósito de estas estrategias es lograr acuerdos y reflexionar para preparar adecuadamente la experiencia de aprendizaje de los estudiantes, definir qué es lo que se aspira construir como conocimiento y al mismo tiempo, procurar establecer un contrato con el estudiante para promover una participación activa en la construcción del conocimiento. La propuesta es abrir arcos de aprendizaje donde el propio equipo docente se integre a esa exploración de su hacer. Si los profesores no se encuentran, la curricula no se integra. No se puede esperar que el estudiante sea quien integre la curricula. Las tensiones propias de este modelo se resuelven a través de la generación de un entramado en el que el objeto de intervención predomina sobre la especialidad que interviene, de modo que se impone una práctica interdisciplinaria y transdisciplinaria.

### **El cuerpo docente**

Está conformado de forma interdisciplinaria a lo largo de toda la carrera, siendo en los primeros tres años, los correspondientes al ciclo básico, entre el 40 y 50% compuesto por profesionales no médicos. (*Figura 2*) porcentaje que, a partir de cuarto año se reduce por la necesidad de una mayor especificidad disciplinar en las asignaturas.

Los hay en la categoría de Profesores y también de Docentes Auxiliares y provienen de 20 (veinte) disciplinas, conteniendo miradas variadas y perspectivas diferentes, como Licenciados en Biología, en Trabajo Social, en Psicología, en Enfermería, en Nutrición, en Kinesiología, en Antropología, en Genética, en Terapia Ocupacional, en Políticas Sociales y en Filosofía; además de Odontólogos, Bioquímicos y Farmacéuticos, entre otros.

Los profesionales médicos pertenecen a más de 20 especialidades diferentes (*Figura 3*) siendo los provenientes de las denominadas especialidades básicas como Medicina General y Familiar, Pediatría, Medicina Interna; Toco-Ginecología y Cirugía los más numerosos.

Todo el cuerpo docente tiene en su carga horaria participación necesariamente en más de un escenario a la vez, es decir que combinan horas de dictado de seminario con recepción en terreno de grupos, con coordinación de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y/o actividades grupales de laboratorio. De esta manera se busca romper con los compartimentos estancos que

muchas veces son las asignaturas, planificando, integrando, escuchando y accionando en los diferentes entornos educativos.

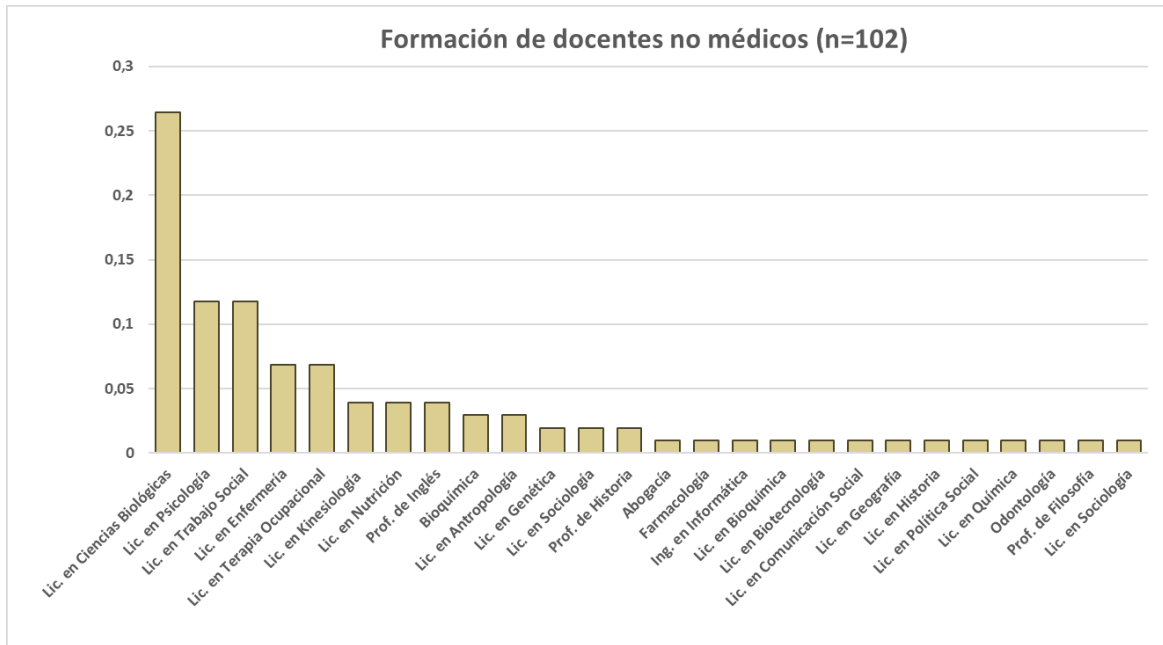


Figura 2. Formación de docentes de disciplinas no médicas. ESM-UNMDP

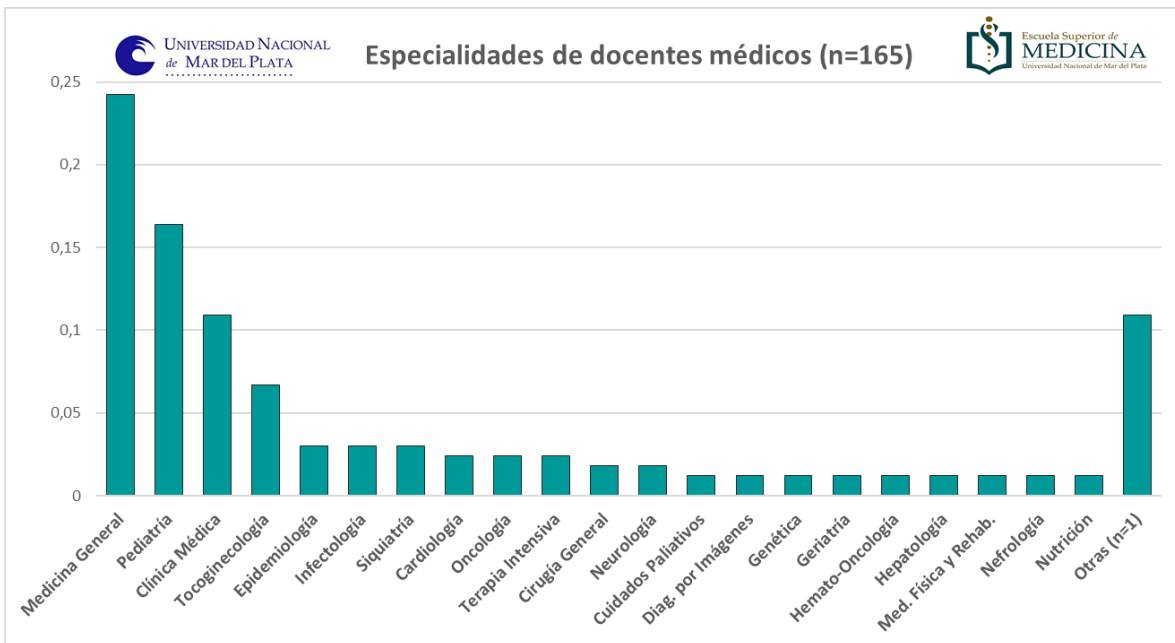


Figura 3. Formación de docentes médicos por especialidad. ESM-UNMDP

## **Programa de formación continua e innovación pedagógica para el cuerpo docente**

Anualmente se realiza un programa tanto para los profesionales que son parte del cuerpo docente de la Escuela Superior de Medicina (ESM), independientemente de la disciplina de la que provengan y de su recorrido académico personal; como para aquellos que buscan sumarse a ese cuerpo, pues la formación docente aspira a transformar de modo significativo, la mirada acerca de las prácticas de enseñanza y su relación con la producción de nuevos conocimientos y aprendizajes.

El Programa es una propuesta modificadora de vinculación con las y los docentes que permite ampliar los modos de concreción de proyectos académicos con una mirada transversal, interdisciplinaria y socialmente comprometida.

El curso para profesionales aspirantes a pertenecer al cuerpo docente tiene como propósito el de repensar la enseñanza como fundamento central en la formación. Desde una perspectiva situada, establece marcos de referencia que permiten a las y los docentes ir construyendo de manera autónoma y colectiva, el conjunto de teorías para su continuo posicionamiento como enseñante, pedagogo y profesional.

A lo largo de su desarrollo, trabaja desde la hipótesis de la complejidad de la situación de enseñanza y de la necesidad de un abordaje de esta desde múltiples referencias teóricas. Ello significa que para comprender una situación, es necesario efectuar lecturas provenientes de disciplinas y teorías diversas.

La inclusión de distintas perspectivas tiene por objeto brindar a las y los participantes herramientas conceptuales en torno a los debates didácticos, a través de una actitud crítica orientada a su interpretación, problematización y transformación de la realidad educativa, pivoteando sobre ejes que le permitan repensar las prácticas y transformarlas.

Se entiende de este modo que el trabajo de enseñar reside en proporcionar andamiajes que faciliten el aprendizaje. Plantea, además, la necesidad de que quien asume la tarea docente tenga que problematizar y definir qué tipo de sociedad contribuye a construir a través de la transmisión educativa, qué concepción de aprendizaje lo orienta, qué posturas epistemológicas adopta de acuerdo con el campo de conocimiento elegido, qué valores se sostienen en las experiencias de aprendizaje de las y los estudiantes, que ética profesional caracteriza el oficio de enseñar.

En esta línea, se trabaja sobre la idea de transmisión como un acto de creación y producción que permite el contacto con las diferentes culturas, no como un ejercicio de control disciplinador,

sino como una experiencia que legitime los saberes del estudiante, reconociéndolo y permitiendo que integre su experiencia con los nuevos conocimientos.

Actualmente dirigido por un grupo interdisciplinario de docentes de la Escuela Superior de Medicina, en este curso se realizan además actividades vivenciales, lúdicas, en su mayoría grupales y cuenta con la participación de estudiantes que relatan sus experiencias con la curricula, construyéndose un entorno amigable que desafía a los futuros docentes. El proceso culmina con la evaluación de trabajos grupales aplicados.

### **Las asignaturas**

Como en todo plan de estudios, las asignaturas tienen una carga horaria semanal/anual establecida. El 50% de esa carga es para desarrollar núcleos de aprendizaje teóricos y el otro 50% es para desarrollar competencias prácticas durante los primeros 3 años (ciclo básico) y se amplía a 60% para la práctica y 40% para la teoría en los últimos 3 años (ciclo clínico)

Para el desarrollo de la carga horaria de teoría se utilizan dos estrategias pedagógicas: el Seminario tradicional, que utiliza la mitad del tiempo asignado y el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) para la otra mitad de la carga teórica.

Para el desarrollo de la carga horaria para las prácticas, la mitad se realiza en los laboratorios de prácticas (morfofisiología; habilidades clínicas, microscopía y simulación). El porcentaje restante de las prácticas se desarrolla en la comunidad, en lo que se conoce como el escenario “Campo” donde las y los estudiantes van a la comunidad y desarrollan actividades vinculadas al territorio con una guía de campo y un tutor docente. (*Figura 4*)

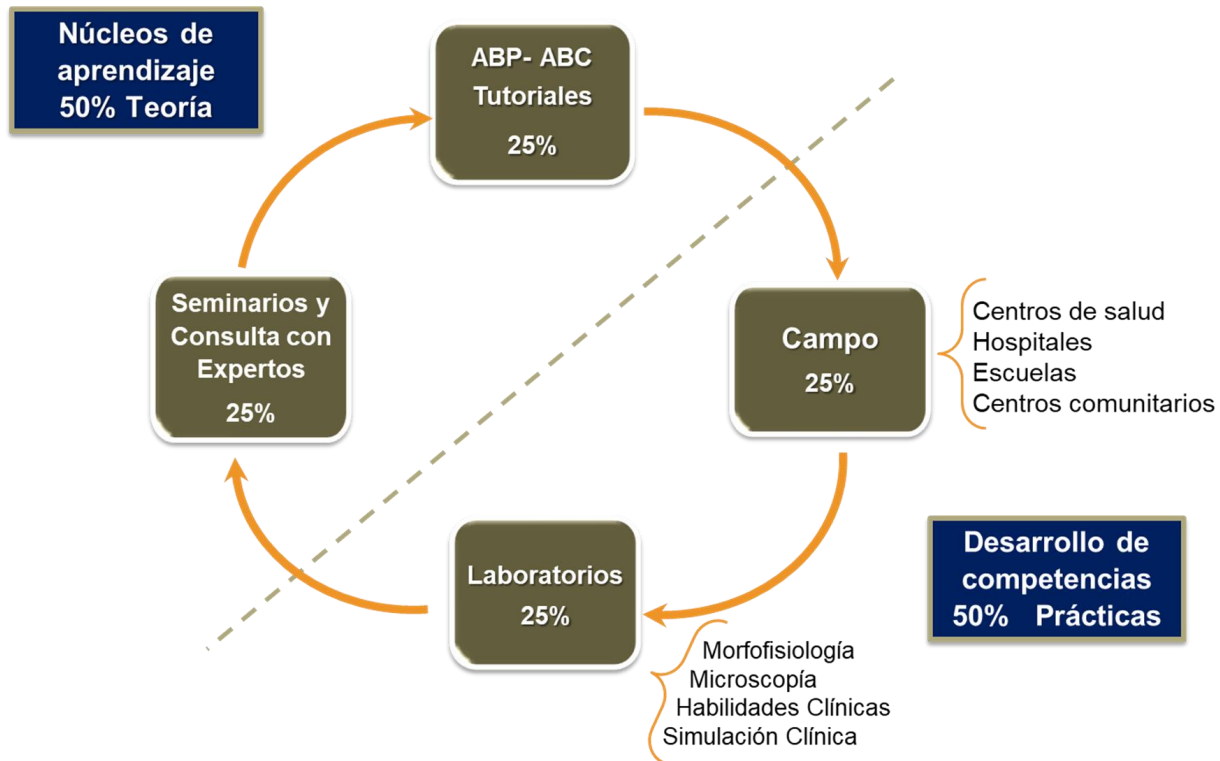


Figura 4: La distribución de la carga horaria de las y los estudiantes en la totalidad de asignaturas del ciclo básico. ESM-UNMDP

### Los laboratorios

Los laboratorios son espacios fundamentales para la articulación entre los conocimientos teóricos incorporados y la adquisición de competencias vinculadas al perfil profesional del médico/médica. En ellos se recrean/simulan condiciones, que permitan fomentar el desarrollo de habilidades semiológicas, clínicas, relacionales, actitudinales y comunicacionales.

El trabajo en el laboratorio y el uso de técnicas de simulación de bajo, mediano y alto grado de desarrollo van de acuerdo con el año que se cursa de la carrera. Son recursos educativos que permiten cumplir no sólo una formación adecuada de los futuros trabajadores de salud, sino también responder a las exigencias actuales que presenta la situación de salud de las comunidades. El *Laboratorio de Habilidades Clínicas (LHC)* es un espacio de simulación que engloba aspectos técnicos, psicomotores, como también dominios afectivos, comunicacionales y cognitivos.

Para la Escuela Superior de Medicina, la simulación es un escenario controlado donde se reproduce un hecho de la realidad con posibilidad de repetición indefinida, que permite el análisis crítico de los desempeños, disminuye algunos condicionantes y evita la exposición de las personas (pacientes) a riesgos y sufrimiento evitable.

Las personas que asisten a los servicios de salud son importantes partícipes en la enseñanza de Ciencias de la Salud, pero en la actualidad se requiere que las y los estudiantes tengan un nivel aceptable de preparación previa, antes de ponerse en contacto con ellas en tareas asistenciales. Todo esto condiciona y limita las oportunidades de aprendizaje práctico; por eso el LHC brinda la posibilidad de un espacio de prácticas similar a las condiciones reales, de modo de lograr que las y los estudiantes adquieran competencias, en especial en técnicas invasivas. De este modo se reducen los riesgos de los pacientes y, a la vez, se mejoran las prestaciones médicas, se desarrollan capacidades para observar, para registrar y para comunicarse, entre otras.

Teniendo en cuenta que el ejercicio de la profesión médica requiere adquirir una serie de competencias imprescindibles para la atención de los pacientes y sus familias, en contextos socio sanitarios complejos y diversos, se buscará crear un entorno protegido por un encuadre de trabajo, en grupos y con un tutor/tutora. Se utiliza una dinámica que les permita a las/los estudiantes poner en juego lo que saben y lo que no, mediante un proceso interactivo y de complejidad creciente con los recursos necesarios a su alcance: camillas, simuladores, maniqués y fantasmas (partes de un maniquí). El uso de simuladores brinda mayores oportunidades de aprendizaje a través de la adquisición de experiencias. También brinda seguridad para los pacientes, cumplimiento de principios éticos, aprendizaje del reconocimiento de errores, análisis, corrección y repetición indefinida, oportunidades de trabajo grupal colaborativo y devoluciones de parte de docentes y de compañeros.

Las simulaciones de consultas forman parte de las técnicas didácticas usadas en el laboratorio, en las cuales los/las estudiantes pueden vivenciar, analizar y reflexionar sobre los contenidos de las simulaciones. Las prácticas semiológicas entre pares son también otros medios didácticos implementados, en los que el estudiante ejercita entre compañeros/as las habilidades buscadas, aprendiendo a partir de las intervenciones sobre sí mismos y sobre los demás.

En resumen, se considera fundamental la creación y sostenimiento de un escenario de enseñanza-aprendizaje con estas características dentro una currícula innovada, que pretende un cambio paradigmático en la concepción de la relación médico paciente, desde antiguos patrones de

asimetría del saber-poder, donde la variable biomédica prima por sobre las demás y el ser humano (paciente) es segmentado de su psicología, de su afectividad, de su condición social-histórica, de su institucionalidad y comunidad de pertenencia; para devenir un sujeto considerado integralmente, atravesado por múltiples inscripciones y a su vez activo en la construcción del proceso salud enfermedad atención cuidado.

El *laboratorio de morfofisiología (LMF)* es un espacio que promueve la utilización de modelos anatómicos y de maquetas, que ha sustituido el empleo de cadáveres. La evolución tecnológica hace posible la construcción de estos elementos, como así también la realización de simulación electrónica de procesos anatomo fisiológicos. En este sentido, la ventaja es que se puede observar tridimensionalmente los diferentes sectores del cuerpo, sus relaciones más relevantes y la biomecánica del cuerpo humano y compararlo con imágenes médicas. La elaboración de dispositivos y modelos sencillos (experimentos) que permiten la simulación de los conceptos teórico-prácticos más importantes es un escalón más en la enseñanza de la fisiopatología.

El *laboratorio de microscopía (LM)* es un espacio que permite a los estudiantes encontrarse con un conjunto de técnicas y métodos destinados a hacer visible los objetos de estudio que por su pequeñez están por fuera del rango de resolución del ojo humano, según la propia definición de microscopía y permite la comprensión de los procesos fisiológicos y patológicos que se desarrollan en el cuerpo humano. En este escenario se desarrollan contenidos y prácticas de unidades de aprendizaje vinculadas al mundo microbiológico y a los procedimientos para la detección de enfermedades.

### **La integración curricular**

Las principales características de la educación médica innovadora incluyen la currícula integrada<sup>(30)</sup> y centrada en el estudiante<sup>(31)</sup>, la articulación del conocimiento básico y aplicado, la orientación comunitaria, el recurso del aprendizaje basado en problemas (ABP)<sup>(32)</sup>, el prácticum reflexivo<sup>(33)</sup>, el aprendizaje por competencias, la evaluación formativa<sup>(34)</sup> y multidimensional y la consistencia curricular.

El desarrollo de una *currícula centrada en el estudiante*<sup>(35)</sup> ofrece durante la carrera experiencias de aprendizaje significativo; se tienen en consideración los pre-requisitos con los que cuenta cada estudiante y cómo se vincula con los contenidos necesarios para su formación.

Además, toda la preparación se hace en permanente referencia al contexto real del ejercicio profesional donde el estudiante se desempeñará en el futuro y se refuerza una inserción en una práctica profesional diversificada y compleja. A su vez, la práctica profesional de la medicina no es estática, se encuentra en permanente deconstrucción debido a que, por un lado, se modifica el perfil epidemiológico de la población y cambian las expectativas de la sociedad, y por el otro, porque el devenir científico, con sus múltiples transformaciones incide de manera diferente en las capacidades diagnósticas y terapéuticas.

En este escenario, la currícula de medicina debe favorecer instancias de formación que respondan a una realidad cambiante y favorezcan una actitud de aprendizaje activa y comprometida por parte de las y los estudiantes. El docente es un facilitador del aprendizaje y constituye un puente entre el conocimiento científico y las nuevas generaciones de profesionales. *La Articulación básico-clínica* pretende que se conecten fluidamente conocimientos básicos y aplicados, práctica y teoría. Se comienza por ello con problemas reales de probable y frecuente ocurrencia en la práctica profesional, que los estudiantes deben activamente investigar en sus dimensiones y redes explicativas sociales, psicológicas, biológicas y culturales, entre otras. Se cuenta con el apoyo de expertos disciplinares, recursos didácticos y materiales a los que podrán acceder en la biblioteca y los laboratorios. A partir de los conocimientos adquiridos, las y los estudiantes, deben construir un conjunto de saberes y explorar sistemáticamente qué otras circunstancias o problemas de salud son resueltos o explicados por esos conocimientos.

En cuanto a la *orientación comunitaria* se tiende a articular en forma temprana los procesos educativos con las prácticas en salud, es decir, que los y las estudiantes transitan fuera de los muros del sistema de salud los espacios habituales de la comunidad, reconociendo su complejidad e incorporando a las ciencias sociales, trabajando desde el inicio con “gente sana y su entorno”. Este es el tipo de trayecto formativo que propicia el desarrollo de aptitudes y actitudes en promoción de salud. Además, al visitar a las familias en sus comunidades las y los estudiantes desarrollan siempre algo más que lo planeado, pues su visión cambia inmediatamente, ya que la currícula propicia la comprensión del proceso de salud enfermedad atención cuidado y la determinación social de la enfermedad.

Uno de los aportes fundamentales a la integración curricular lo constituye el *Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)* en el que las y los estudiantes analizan un problema simulado hasta dar con su plena complejidad y multicausalidad. Estas formas didácticas hacen posible que los



estudiantes gestionen el trabajo conjunto y participen activamente en la resolución de problemas construyendo saberes. En esta herramienta los docentes tutores operan como facilitadores y no como fuente de consulta lo que hace posible evaluar el nivel de conocimientos previos sobre el problema, descubrir las necesidades de aprendizaje, desarrollar capacidades para el trabajo en equipo, mejorar las habilidades comunicacionales y de argumentación y motivar el aprendizaje favoreciendo la autonomía y disciplina en el estudio.

Ya se ha podido evaluar en estos años lo importante que resulta poder ofrecer a la sociedad no solo un graduado capaz de dar respuestas adecuadas a cada circunstancia, sino que además posea inclinaciones de aprender y actualizarse durante toda su vida profesional. Por ello vale hacer hincapié en otro de los objetivos de este escenario: enseñar a aprender, es decir, brindar herramientas para que los estudiantes aprendan a aprender estimulando la autonomía, el trabajo colectivo entre pares y la rigurosidad crítica en la selección de los instrumentos de trabajo.

La habilidad para resolver problemas implica desarrollar estrategias que permitan explicar y relacionar los fenómenos. Las y los estudiantes han tenido la oportunidad de ser protagonistas y han experimentado los procesos y mecanismos que constituyen la base de los problemas planteados. La práctica de ABP trasciende el trabajo sobre los contenidos porque se relaciona principalmente con el proceso de aprendizaje, a partir de ejercitar los mecanismos que permiten *explicar, relacionar e integrar*. Esta modalidad genera fuertes incertidumbres en todos los actores, tanto estudiantes como facilitadores. Es un espacio disruptivo con la mayoría de las actividades áulicas que han practicado en sus trayectorias escolares y académicas anteriores para gran parte de ellas y ellos, dado que deben partir de la complejidad real de la problemática y comenzar a ensamblar, integrar y poner en diálogos diversos conocimientos. Además, se ponen en juego competencias vinculadas a la escucha activa, armada sobre los aportes de los compañeros, la toma de la palabra, la exposición clara de los argumentos, el debate y contraargumentación para abrir discusiones y construir el conocimiento de manera colectiva, respetando la pluralidad de voces en relación con un tema y ejercitando la rigurosidad crítica en la búsqueda bibliográfica y manejo de fuentes de información.

El facilitador también desempeña un rol teñido por incertidumbres. El escenario implica disociar su práctica del modelo de clase magistral y su presencia directiva en el aula. Ser facilitador se vincula con un trabajo de guía, hombro a hombro, de manera horizontal con el

equipo de estudiantes. Las tareas del facilitador se relacionan con invitar permanentemente a la reflexión crítica, solicitar que se profundicen los cómo y por qué de las exposiciones de las y los estudiantes, colaborar para que se apoyen en sus conocimientos previos y sean capaces de intervenir para romper con el sentido común y recuperar la mirada crítica en el desarrollo de la resolución del problema.

La tarea más importante para todos los actores que componen el escenario es la de *ejercitar la escucha activa* y estructurarla a partir de los conocimientos previos y de las búsquedas bibliográficas. Recién a partir de ese rol, estudiantes y facilitadores tendrán la habilidad para intervenir, dinamizar, explicar e integrar los conocimientos que se trabajan para responder a los objetivos. La meta principal del escenario es que aprendan a aprender y que aprehendan los mecanismos que vehiculizan la resolución de problemas concretos, reales, contextualizados socio-históricamente y atravesados por los conflictos de las sociedades complejas y contemporáneas en los que desarrollaran su práctica profesional.

Las actividades del escenario ABP<sup>(36)</sup> han ofrecido a las y los estudiantes centrar su razonamiento en las causales de los procesos de salud enfermedad atención cuidado, pero lo hacen con una mirada integral e intersectorial. La característica multidisciplinar e interdisciplinar del equipo docente ha aportado riqueza a las discusiones. Los diferentes temas que se involucran: educación, salud, agua potable, cultura, deportes, entre otros, tienen aportes siempre importantes y el estudiantado puede analizar y debatir, tomando una dinámica que enriquece a todas y todos los participantes y los hace trascender.

En cada análisis y debate esto se perfecciona y se añaden experiencias valiosas de cada participante, se generan nuevas ideas y se plantean diversidad de soluciones para los problemas identificados. Ello facilita una mirada de promoción de salud, que deberá incluir herramientas como la educación para la salud y una certeza de que solo podrán ser efectivas sus acciones si las realizan con la participación de los diferentes sectores y disciplinas.

Antes de compartir las experiencias en los escenarios de aprendizaje extra áulicos hablaremos de la importancia para la integración curricular del *prácticum reflexivo*. La presencia de las y los estudiantes en las instituciones barriales y municipales genera situaciones que movilizan y obligan a la reflexión sobre el rol y las competencias de la universidad en su interacción con el medio. Se considera importante desarrollar la competencia reflexiva en la educación superior dado que estimula justamente el desarrollo de una instancia que permite

repensar un aprendizaje en servicios, que no devenga en un aprendizaje clonador de prácticas, que no siempre coinciden con los estándares deseados. Mediante la realización de este espacio planificado para reflexionar, se persigue consolidar una formación que estrecha vínculos entre la teoría y la práctica, el comprender que el conocimiento está en la dimensión teórica y en la dimensión práctica y ambas dimensiones deben vivirse de manera entrelazada.

En numerosas experiencias latinoamericanas mencionadas precedentemente se lleva a estudiantes de medicina desde los primeros años a las comunidades y a los centros de salud, donde son convocados a participar en acciones de promoción de salud activamente y no como espectadores. En el caso de Cuba se habla de “educación en el trabajo” como una manera de propiciar que participen junto a la comunidad en el cómo accionar en la promoción de salud y también en la atención integral a personas sanas y enfermas de diferentes edades y contextos<sup>(37)</sup>, sin olvidar sus familias y dónde viven. También estudiantes y profesores de la Escuela Superior de Medicina y de otras universidades de Argentina han participado activamente en actividades de promoción de salud y estas experiencias se han presentado y publicado los resúmenes de la reunión anual de 2018 del Foro de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas<sup>(38)</sup>. Los estudiantes no solo observan sino participan. Así lo recoge un antiguo documento citado por Robert Myers<sup>(39)</sup> “Enseña mostrando Aprende haciendo”

### **Los escenarios de aprendizaje en la malla curricular**

La medicina constituye una de las carreras que requieren generar aprendizajes que van desde habilidades manuales hasta el desarrollo de un verdadero ethos profesional en contextos y escenarios específicos y muy diferenciados. En este modelo se le denomina “Escenarios” a espacios-tiempos curriculares regulados de forma distinta a los de las “clases convencionales”, que se presentan como espacios de práctica integradora de saberes en el que la experiencia es la “articuladora”. De esta forma, dejan de referenciarse solo en un “espacio modelo idealizado” y permite aprovechar lo que sucede en las prácticas reales de los servicios de salud y territorios comunitarios.

La experiencia vivencial del estudiante y el docente son elementos principales de estas actividades, que les permitirá reflexionar acerca de la realidad, intentando visualizar y/o pensar en estrategias de abordaje de los problemas de salud más importantes de los individuos y las comunidades. Entre ellos podemos distinguir los denominados *escenarios simulados* como ABP

y las prácticas en los laboratorios de simulación, desarrollado anteriormente en este capítulo, de los *escenarios reales* cuyos ejemplos más importantes se desarrollan a continuación al describir o relatar el “escenario campo” y la denominada “semana de integración”.

Ambas actividades se realizan en espacios físicos distintos a los espacios áulicos de la Escuela de Medicina, que pueden ser: Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), escuelas, instituciones comunitarias, polideportivos, centros de jubilados, espacio público, y todos aquellos que permitan problematizar los contenidos curriculares de las diferentes unidades de aprendizaje.

La *semana de integración* se realiza dos veces por año, una vez por cuatrimestre, durante una semana completa del calendario. En ese momento el dictado habitual de clases y actividades programadas de toda la Escuela de Medicina se interrumpen, para redirigir el trabajo a un tópico de salud elegido entre estudiantes y docentes que debe ser de alto impacto sanitario y comunitario.

Las actividades se realizan colaborativamente entre las y los docentes y estudiantes de todas las asignaturas, donde cada una de ellas intenta aportar desde sus contenidos una actividad relacionada con la temática elegida. Todo se planifica para interactuar con la comunidad e instituciones de la sociedad civil en espacios públicos como plazas, clubes, polideportivos, esquinas importantes, centros comerciales, etc. Las consignas están orientadas a promoción y prevención de la salud, en el marco de la estrategia de la atención primaria de la salud, lo que permite a los participantes constituirse como actores para la acción en la realidad sociosanitaria de la ciudad. Así, pueden vivenciar y llevar a la práctica contenidos de planificación, gestión y evaluación de proyectos colectivos y de esta manera adquirir competencias específicas de educación, elaborar proyectos de acción comunitaria, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y visibilizar los valores de equidad, solidaridad y salud como derecho humano.

Hay grupos de estudiantes que participan desde la etapa preparatoria con sugerencias que han partido de su participación en ocasiones anteriores, lo que constituye una fortaleza y una oportunidad para las y los estudiantes y para toda la universidad. A medida que han transcurrido los años, se han perfeccionado las actividades y actualmente la participación supera los 2500 estudiantes con más de 80 propuestas diferentes cada año y una gran cantidad de instituciones de la sociedad civil alcanzadas por las mismas.

A continuación, se comparten ejemplos de las temáticas abordadas y acciones realizadas. Por ejemplo, cuando se eligió y abordó las lesiones no intencionales como *“siniestralidad en la vía pública”*, las y los estudiantes de primer año de la asignatura promoción de la salud construyeron posters de diversas aristas con este problema de salud. Realizaron recorridos por la ciudad y grabaron en sus teléfonos celulares, a personas que caminaban por las calles escribiendo en su móvil, otros desatendían conduciendo su paso por semáforos y lugares de riesgo en la localidad y realizaron búsquedas y conformaron sus propios materiales para compartir. Construyeron, con el apoyo de sus docentes, los posters e infografías que imprimieron y después llevaron a las plazas de la ciudad para compartir con las personas que se encontraban.

En otra oportunidad, la semana de integración trató la importancia de la *“lactancia materna: una responsabilidad social”* que fue abordada desde diversas aristas y con actividades creativas y participativas como un concurso de fotografía donde los participantes prepararon una exposición con las fotos tomadas que fueron expuestas de manera impresa y posterior votación de las mejores escenas. Las fotos ganadoras reflejaban la participación del padre en el proceso de amamantar y la necesidad de empezar desde la infancia temprana con juegos de roles que propicien el rescatar la cultura de amamantar<sup>3</sup>. Prácticas de este tipo han permitido que el estudiantado de medicina se constituyera como actor en la realidad sociosanitaria de la ciudad y pudiera vivenciar y llevar a la práctica contenidos de planificación, gestión y evaluación de proyectos colectivos. Además, han contribuido a que estudiantes adquirieran competencias específicas de educación y participaran en proyectos de acción comunitaria, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Sin lugar a dudas la semana de integración constituye un elemento a considerar en todas las universidades, como espacio que consolida conocimientos, habilidades, valores y posibilita que el estudiante integre y participe activamente como actor en la promoción de salud desde las universidades.

---

<sup>3</sup> En un enlace a continuación se puede ver en pocos minutos el desarrollo de varias de estas actividades que incluyen temas como *“donación de órganos, una ola de donantes”*; *“enfermedades de transmisión sexual”* y *“modos de vida saludable ¿Qué comemos? ¿Cómo nos movemos?”*  
[https://www.youtube.com/watch?v=q\\_tXfxXLDQc](https://www.youtube.com/watch?v=q_tXfxXLDQc)

## Escenario Campo

En el escenario campo las y los estudiantes toman contacto temprano con la realidad comunitaria y asisten 4 horas por semana durante todo el año académico a las comunidades. Esas horas son cedidas en diferentes porcentajes por asignaturas, desde el primer año y hasta tercer año de la carrera, hasta alcanzar parte de sus objetivos de formación en este espacio. El punto de encuentro es el Centro de Salud (primer eslabón del sistema sanitario público) que varía en tamaño, cantidad de profesionales y disciplinas según la dimensión del área de influencia/programática en que se encuentra, pudiendo ser urbano o semi rural según el sector de la ciudad.

Los estudiantes asisten en grupos que permanecen estables todo el año, de diez estudiantes por comisión, coordinados por un tutor (profesional del centro de salud, médico, trabajador social, enfermero, nutricionista u otros) que implementan “*guías de trabajo de campo*” con actividades escalonadas en complejidad de acuerdo con la instancia de la carrera en la que se encuentra<sup>4</sup>. En ese contexto son interpelados no solo por los determinantes biológicos de la salud, sino también por aquellos de orden social, político y medio ambiental. La presencia de las y los estudiantes en las instituciones barriales y municipales genera situaciones que movilizan y obligan a la reflexión sobre el rol y las competencias de la universidad en su interacción con el medio.

El proceso de trabajo que se cumple en el escenario campo se ha debatido y reformulado constantemente en encuentros con estudiantes a tal fin, donde se analizan y debaten las experiencias y vivencias alcanzadas, luego compartidas en presencia del resto de sus compañeros en forma de papelógrafos, haciendo aportes para mejorar. Algunos han declarado lo que valoran estas experiencias porque les permitió conocer zonas de la ciudad en las que ellos mismo viven, u otras que no conocían y vivenciar problemas complejos, como el consumo problemático de sustancias, la pobreza estructural, los basurales a cielo abierto, entre otras determinaciones sociales de la salud. Estar allí les permite con más facilidad asimilar y comprender lo importante de los diversos problemas socioeconómico-culturales vinculados a las personas que demandan atención médica. Frecuentemente las personas acceden al centro de salud de su comunidad por un síntoma asociado o producido por realidades posibles de conocer sólo en el primer nivel de

---

<sup>4</sup> Las guías se encuentran disponibles en la página web de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP.  
<http://medicina.mdp.edu.ar/>

atención y que no llegan a los Hospitales. Ello propicia una mirada diferente, amplia, además de favorecer la integralidad y la intersectorialidad.

El cambio de escenario es una herramienta de inigualable valor en la formación integral de los estudiantes, futuros profesionales de las ciencias médicas por lo que lograr su correcto articulado con otros espacios académicos es un desafío importante que requiere disponer del acompañamiento de los docentes de la Escuela Superior de Medicina de las diferentes asignaturas, que se trasladan a estos espacios en calidad de facilitadores y acompañan a las y los estudiantes en el proceso de alcanzar los objetivos académicos.

### **Prácticas Asistenciales Tempranas**

A partir del cuarto año, las y los estudiantes inician en el marco del ciclo clínico lo que denominamos “*prácticas asistenciales tempranas*”, como plataforma previa y preparatoria para la práctica final obligatoria (PFO) que ocupa el último año de la carrera.

Las prácticas tempranas transcurren para cuarto año mayoritariamente en los centros de atención primaria estatales (CAPS) y se completan en servicios de consultorio externo de instituciones privadas como clínicas y sanatorios, para que puedan tener las diferentes experiencias del funcionamiento de la red de atención de los subsectores público y privado.

La atención de los problemas de salud más frecuentes de la población, su seguimiento a lo largo de la vida y de las diferentes etapas del ciclo vital se da en el primer y segundo nivel de atención donde por prevalencia y complejidad se resuelven el 80% de los mismos, situación epidemiológica que demuestra que este es el entorno adecuado para las prácticas tempranas.

En quinto se incorpora además de lo anterior como escenario los consultorios externos de los hospitales, internación general y prácticas menores en guardias de emergencias.

Durante cuarto y quinto año se realizan prácticas en el laboratorio del Centro de Simulación Clínica, que cuenta con ambientes de recreación para escenarios de simulación clínica diversa, incluyendo simuladores de alta complejidad y equipamiento tecnológico adecuado para lograr alcanzar las habilidades prácticas requeridas utilizando el aprendizaje por competencias.

El sexto y último año de la carrera es un año de prácticas en servicios por las denominadas especialidades básicas, para lo cual se utilizan los centros hospitalarios estatales, hospitales, clínicas y sanatorios privados.

## **Influencia de los médicos Especialistas en Medicina General y Familiar en esta currícula**

La *especialidad de Medicina General y/o Medicina Familiar* es una fortaleza para conducir, planificar y desarrollar una promoción de salud integral desde diferentes lugares<sup>(40)</sup>. Se incentiva la formación de estos especialistas en todos los escenarios en que se necesite un experto de perfil amplio y una visión holística e integral, con capacidad de gestionar, conducir, desarrollar y participar activamente en diferentes contextos. La *Atención Primaria de Salud* es más necesaria que nunca<sup>(41)</sup>, como estrategia de respaldo a las comunidades y a las diferentes iniciativas que de ellas emanan, como municipios saludables, escuelas o universidades promotoras de salud, movimientos en los cuales se comparten experiencias interdisciplinarias en las que el médico generalista debería estar siempre presente. En la fundamentación de esta especialidad, se destaca la preparación de los profesionales de acuerdo con las necesidades de la población y su entrenamiento para resolver los problemas prevalentes de salud por los cuales las personas demandan en los servicios de atención; poseen herramientas que les permiten ofrecer una atención integral y longitudinal en el tiempo, acompañando los procesos del ciclo vital individual, familiar y comunitario. Ofrecen una mirada hacia la salud, no sólo al individuo aislado, sino en el contexto de su familia y de la comunidad donde vive, trabaja y se desarrolla. Integra lo social a lo biológico y analiza las circunstancias de cada uno en contexto real.

En los últimos años han cambiado varias concepciones relacionadas con el proceso salud–enfermedad–atención–cuidado y además la estrategia de Atención Primaria de Salud resulta pertinente en este momento; también la Especialización en Medicina General Familiar pues formará profesionales capaces de desarrollar su labor con pensamiento crítico y explicar la determinación social de la enfermedad, con verdaderos cambios hacia nuevos paradigmas. En Latinoamérica, el Caribe y en otros lugares del mundo, en los últimos años los sistemas de salud vigentes, han decidido impulsar la formación de Especialistas de Medicina General y/o Familiar<sup>(41)</sup>. Estos intentos deben tener como denominador común que las y los estudiantes participen activamente desde las comunidades, colocando la mirada en las necesidades reales de la comunidad, buscando acciones interdisciplinarias e intersectoriales en todas las etapas desde su planificación y concepción, hasta su ejecución y evaluación.

En muchos países se han realizado modificaciones en la forma de enseñar y de aprender en los posgrados, incorporando diferentes y amplias miradas, nuevas especialidades, pero existe la imperiosa necesidad de empezar a compartir estas experiencias y divulgarlas para ampliar las



oportunidades de cambio y que no sean solo meros enunciados en la letra escrita de los planes de estudio, sino verdaderas propuestas con vocación de construir cambios. Si se logra entrelazar la formación de estos especialistas con la formación de grado en medicina en modelos de currículas innovadas, se puede resaltar que su participación en los procesos docentes es fundamental y deberían integrar los cuerpos académicos porque hay un hilo conductor común. En el siglo XXI se impone el desarrollo de posgrados que respondan a las necesidades de la sociedad actual y cuyos egresados puedan contribuir a mejorar el estado de salud de la comunidad, ya que ese es su *encargo social*.

En Argentina la Medicina General Familiar como especialidad tiene un fuerte desarrollo sobre todo en el subsector estatal con más de 6 mil especialistas distribuidos a lo largo de todo el país, formados a partir de plazas ofertadas anualmente por los ministerios de salud provinciales y nacional en el marco del Sistema Nacional de Residencias de Profesionales de la Salud que ofrece anualmente un importante número de vacantes remuneradas por el estado a través de concursos públicos.

La Federación Argentina de Medicina General (FAMG)<sup>5</sup> es la sociedad científica que nuclea mayoritariamente estos profesionales dado que tiene un perfil institucional con fuerte inclinación al sector de gestión estatal, lugar donde trabajan la mayoría de sus profesionales miembros. Revindica el rol del Estado como garante de la salud, el fortalecimiento del sistema público de atención, el acceso no arancelado de la atención en salud y el fortalecimiento el primer nivel de atención, como escenario del trabajo interdisciplinario de los equipos de salud. Estos elementos, sumados a la importante red de infraestructura de “servicios públicos de salud”<sup>6</sup> con la que cuenta el país, son eslabones que permiten avanzar en el desarrollo de currículas de este tipo y fortalecer a la salud como derecho humano.

Se presenta aquí la oportunidad para las nuevas generaciones de profesionales de tener una mirada amplia hacia la salud y la determinación social, con un alto sentido de responsabilidad social del rol que debe desarrollar todo profesional de la salud, no solo individualmente sino colectivamente, sociedad a la que debe ofrecer herramientas para favorecer el autocuidado y cuidar. Si se desea que la promoción de salud sea una realidad, los estudiantes deben salir a “actuar”, a convertir el discurso en acción y ello implica que exista *participación de*

---

<sup>5</sup> [www.famg.org.ar](http://www.famg.org.ar)

<sup>6</sup> En Argentina, sinónimo de servicios de salud de gestión estatal.

*todos*, pues la construcción deberá ser de personas comprometidas, con deseos de formar parte, de ser parte y tener parte con el otro, es decir participar activamente con acciones concretas.

Los cambios de paradigmas son muy difíciles y no se logran de un día para el otro, por ello es necesario que sea analizado como algo que se produce cuando las personas comienzan este proceso de crecimiento como seres humanos, pues ya no miran solo sus necesidades sino las de los otros.

## Referencias

1. Arroyo H. El movimiento de Universidades promotoras de la salud. Rev Bras Promoc Saúde. out/diez2018;31(4):1-4.
2. Michalewicz, Alejandro<sup>1</sup>; A, Pierri, C, Ardila Gómez S. Del proceso salud enfermedad/ atención al proceso de salud /enfermedad/ cuidado: elementos para su conceptualización. Anu Investig. 2014;XXI,2014:217-24.
3. Vicedo Tomey A. Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. Educ Médica Super. junio de 2002;16(2):156-63.
4. Juan César García. Características generales de la educación médica en la América Latina [Internet]. [citado 9 de junio de 2020]. Disponible en: <https://scielosp.org>
5. Pinzón CE. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Acta Médica Colomb. marzo de 2008;33(1):33-41.
6. Berlinger, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial Buenos aires. 1994;
7. Breith J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(Supl 1):S 13-S 27.
8. Granda E. ¿A qué llamamos Salud Colectiva hoy? Rev Salud Pública. 2004;30(2).
9. Iriart C, Howard W, Breilh J, Merlhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panamericana de la Salud. 2002;12 (2).
10. Chapela Mendoza M del C. Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. Disponible en: [proinapsa.UIS.edu.co](http://proinapsa.UIS.edu.co). pdf
11. Conferencia Mundial de Educación Médica. Declaración de Edimburgo [Internet]. 1988 ago p. 3. Disponible en: <https://files.sld.cu>

12. Borrell Bentz RM. “La educación médica. Es posible cambiarla”. Carta Comunitaria. 17 de agosto de 2017;24, número 139:2.
13. Nuria Liset Pupo, Hechevarria Toledo Suiberto. Características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Latinoamérica. Rev Med Gen Integral. 30(4):449-59.
14. Patricia González Flores, Verónica Luna de la Luz. La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). Revista Investigación en Educación Médica [Internet]. 23 de noviembre de 2018; Año 9 número 34 abril-junio 2020. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/922>
15. Luis Fernando Cabrera Proaño, Juan Carlos Cazar García. Hacia una educación de excelencia: el rediseño curricular de medicina aprobado en 2017 genera nuevos cambios. Revista Digital.uce.edu.ec 18 de diciembre de 2018;43 (1):81-91.
16. Buedo Paola, Silberman Pedro P. Currículas Innovadoras en Medicina: cómo incluir la dimensión bioética como competencia en la formación profesional. 3 de agosto de 2019;1(1). Disponible en: <https://revistasalutem.com/wp-content/uploads/2019/08/3-Salutem>
17. de la Mella SF, Quintero Fleites E.J. Program educational of buccal health in the primary attention of health from the Medical University [Internet]. Novena Conferencia Mundial de Promoción de salud; 2016 nov; Shangai. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/events/2016/health-promotion/es/>
18. Flexner B. "Beyond Flexner: misión social en educación médica". Disponible en: <https://beyondflexner.org/>
19. Anuarios estadísticos universitarios | Argentina.gob.ar [Internet]. 2017 [citado 9 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/educacion/universidades/informacion/publicaciones/anuarios>
20. Universidad Nacional de Córdoba. Manifiesto Liminar [Internet]. 1918. Disponible en: <https://www.unc.edu.ar/sobre-la-unc/manifiesto-liminar>
21. Giménez G, Compilado Villanueva Ernesto VE. La conquista de un Derecho: reflexiones a 70 años de la gratuidad universitaria en Argentina [Internet]. Disponible en: <https://www.compartirpalabramaestra.org>
22. OPS Relatores Rosa Maria Borrel y Rodolfo Kauffman. Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto. Buenos Aires Argentina: OPS; 3-5 diciembre.
23. Mario Róvere. Práctica innovadora en la educación de los médicos [Internet]. [citado 9 de junio de 2020]. Disponible en: <https://observatiorh.org> > pdf
24. Plan de Estudio y Diseño curricular de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP [Internet]. 2017. Disponible en: [medicina.mdp.edu.ar](http://medicina.mdp.edu.ar)

25. Quintero Fleites EJ. Nuevos paradigmas en nuevos escenarios docentes: formación integral de profesionales de la salud. Internet 30 Años Educ Medica Centrada En Comunidad 6465 disponible En 30 Años Docencia HttpssedisiUnlPeduar 30 Años Educ Medica Centrada En Comunidad :64,65.
26. Horwitz Campos N, Florenzano Urzúa R. Familia y salud familiar, un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 98(2). 1985;
27. Gutiérrez Herrera Raúl F G, Ordóñez Azuarab, Yanetsy Y, Gómez Gómez C, Ramírez Arandad JM, Méndez Espinosa F. Medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. Rev Med La Paz, 25(1); junio de 2019;25(1).
28. Quintero Fleites EJ, de la SF, Gómez L. La promoción de salud y su vínculo con la atención primaria de salud. Revista Medicentro electrónica. junio de 2017;21(2):101-11.
29. Davini MC. Acerca de las prácticas docentes y su formación. Ministerio de Educación Presidencia de la Nación [Internet]. Disponible en: <https://www.bnm.me.gov.ar>
30. Davini María Cristina. Currículo integrado [Internet]. Disponible en: [lagarto.ufs.br/paths/pdf](http://lagarto.ufs.br/paths/pdf)
31. Venturelli J. Educación Médica: objetivos generales. En Educación Médica Nuevos enfoques, metas y métodos. 4-23 p.
32. Morales Bueno Patricia P, Landa Fitzgerald Victoria. Aprendizaje Basado en Problemas. Rev Theoria. 2004;13:145-57.
33. Schön Donald A. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan [Internet]. 1987. (Temas de Educación Paidós). Disponible en: <https://practicareflexiva.pro...PDF>
34. Camilloni ARW de, Celman S, Litwin E, Maria del Carme Palou de Maté. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo [Internet]. Tirant; Disponible en: <https://www.editorial.tirant.com>
35. José Venturelli. Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. OPS; 2000. (Paltex Salud y Sociedad; vol. Volumen 5).
36. Travieso Valdes Dayana, Ortiz Cárdenas Tania T. Aprendizaje basado en Problemas y enseñanza por proyectos. Rev Cubana Edu Superior. 2018;377 n1(1):124-33.
37. Quintero Fleites EJ, Romero Monteagudo Edgar R, Díaz Véliz Martínez Esther. Atención ambulatoria: forma fundamental de educación en el trabajo. Medicentro Electrónica [Internet]. 2000; Disponible en: [www.revmedicentro.sld.cu](http://www.revmedicentro.sld.cu)
38. Foro de Universidades y Escuelas de Medicina Públicas (Resúmenes) [Internet]. <http://mdp.edu.ar>. 2019. Disponible en: <http://www2.mdp.edu.ar/index.php/Fafemp.net> FAFEMP-2019

39. Myers Robert. Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el tercer mundo. [Internet]. 1993. 592p p. (Publicación Científica de OPS). Disponible en: <https://www.scielo.br/scielo>
- 40.. González Calbano Agustín, Padula Anderson María Inez, Tamez Rodríguez Abraham R, Godoy Ana Carolina. Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. Rev Panamericana de la Salud [Internet]. septiembre de 2018;42,1 2018. Disponible en: [https:// www.scielosp.org](https://www.scielosp.org)
41. Graciela Armijos, Vaca Luisa., Aguilera Luis L, Casado Verónica, Sánchez Galo, Alvear Susana. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. Revista Brasileira de Medicina de Familia comunidade. marzo de 2016;11(1):47-60.