

Salud-enfermedad ¿abordaje biologicista o integral? Etnografía de la educación médica

Health-disease, biologicist or integral approach?
Ethnography of medical education

Ana Florencia Quiroga¹
María Belén Noceti²

RESUMEN

En la ciudad de Bahía Blanca, el diseño curricular de la Carrera de Medicina se funda en la consideración del ser humano como unidad bio-psico-socio-cultural. Y tiene por objetivo, formar profesionales médicos que sean capaces de abordar el proceso de salud enfermedad atención (PSEA) desde una perspectiva integral que contemple dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

En el marco de un Proyecto de Grupo de Investigación en curso nos propusimos indagar las formas en que se construye el PSEA en espacios de aprendizaje de las rotaciones hospitalarias que integran el Ciclo de Desarrollo Profesional de la Carrera.

En este trabajo presentamos resultados parciales de una etnografía realizada en tales espacios, correspondiente al 4to y 5to año de la Carrera de Medicina. Hacemos hincapié en el análisis de la forma como se construye la noción de enfermedad, teniendo en cuenta la configuración de una situación de salud en problema de resolución médica, y atributos de la situación seleccionados durante la definición de diagnósticos y planes de tratamiento.

El trabajo de campo se realizó en dos etapas, entre los años 2018 y 2019, en dos hospitales de la ciudad de Bahía Blanca. Implicó la observación, con distintos grados de estructuración y participación, de la dinámica de la resolución de casos clínicos. La unidad de análisis seleccionada fue el caso clínico. En tanto que la unidad de estudio refirió al encuentro de aprendizaje basado en la resolución de problema (ABRP) correspondiente a cada espacio de aprendizaje de rotación por los servicios.

Palabras clave: Carrera de Medicina – Educación Médica - PSEA – Etnografía – Aprendizaje Basado en Problemas.

ABSTRACT

In the city of Bahía Blanca, the curricular design of the Medicine Degree is based on the consideration of the human being as a bio-psycho-socio-cultural unit. And its objective is to train medical professionals who are capable of approaching the health-disease-care process (PSEA) from an integral perspective that considers biological, psychological, social and cultural dimensions.

Within the framework of an ongoing Research Group Project, we set out to investigate the ways in which the PSEA is built in learning spaces of hospital rotations that make up the Career Professional Development Cycle.

Recibido el 29 de junio de 2021. Aceptado el 20 de septiembre de 2021.

1 Antropóloga, Dra. En Ciencias Naturales, Asistente de Docencia Antropología Médica y Cátedra de Sociología, Departamento de Ciencias de la Salud y Departamento de Economía, UNS

Correspondencia: ana.flor.quiroga@gmail.com

2 Antropóloga, Dra. En Ciencias Naturales, Prof. Asociada Cátedra de Sociología Investigadora Adjunta- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur- CONICET

In this work we present partial results of an ethnography carried out in such spaces, corresponding to the 4th and 5th years of the Medicine Degree. We emphasize the analysis of the way in which the notion of disease is constructed, taking into account the configuration of a health situation in a problem of medical resolution, and attributes of the situation selected during the definition of diagnoses and treatment plans.

The field work was carried out in two stages, between 2018 and 2019, in two hospitals in the city of Bahía Blanca. It involved the observation, with different degrees of structuring and participation, of the dynamics of the resolution of clinical cases. The unit of analysis selected was the clinical case. While the unit of study referred to the learning encounter based on problem solving (ABRP) corresponding to each learning space in rotation through the services.

Keywords: Medicine Career - Medical Education - PSEA - Ethnography - Problem Based Learning.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que aquí se presenta forma parte de un Proyecto de Grupo de Investigación (PGI) en curso denominado “Caracterización antropológica de los procesos de salud-enfermedad-atención en el contexto de formación de médicos de la carrera de medicina, UNS”³, dirigido por la Dra. María Belén Noceti. Entre los objetivos generales formulados, se propone indagar las formas en que se construyen las representaciones sociales acerca de pacientes y del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) en los escenarios de rotación médica, correspondientes 4to y 5to año del Ciclo de Desarrollo Profesional de la Carrera de Medicina de la UNS.

En la ciudad de Bahía Blanca, la Carrera de Medicina está radicada en el Departamento de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional del Sur (UNS). La misma tiene su sede central en el Hospital Militar Bahía Blanca y sostiene convenios con la Secretaría de Salud del Municipio, con hospitales públicos y privados de dicha localidad, con el fin de desarrollar prácticas de formación médica en tales ámbitos.

Según el Programa de Medicina de la UNS, la Carrera tiene entre sus objetivos el abordaje de problemas y situaciones de salud desde una

perspectiva biológica, psicológica, social y cultural, contribuyendo a solucionarlos con enfoques adecuados a la época (Gutiérrez, R. 2004).

En el diseño curricular los contenidos a ser impartidos, no están organizados por asignaturas sino en *Unidades Educativas*, las cuales son atravesadas transversalmente por cinco *Ejes Temáticos Integradores*. Tales ejes son: Análisis Epidemiológicos de los Determinantes de la Salud, Área Biológica, Ciencias del Comportamiento, Área Clínica, y Salud Individual y Colectiva. Estas áreas reúnen diversas disciplinas, de forma tal que el Área Ciencias del Comportamiento por ejemplo está integrada por Economía, Filosofía, Sociología, Antropología y Salud Mental.

El Plan de Estudios está dividido en dos Ciclos, denominados Ciclo Inicial y Ciclo de Desarrollo Profesional o Ciclo Clínico, de tres y dos años de duración respectivamente; y por último, una Práctica Final Obligatoria. Las Unidades Educativas, las cuales en total suman 13, se distribuyen a lo largo de los primeros tres años que componen el Ciclo Inicial.

El Ciclo Clínico (que corresponde a 4to y 5to año) se compone de rotaciones por servicios médicos en hospitales de la ciudad, prolongadas, que permitan seguimiento longitudinal de pacientes, introduciendo habilidades propias de las especialidades a través de las rotaciones. Tales rotaciones médicas son: Clínica, Clínica Pediátrica, Clínica Quirúrgica, Obstetricia y Ginecología, y Salud Mental. Finalmente, Medicina Crítica y de Urgencias, Cuidado Integral de la Madre y el Niño, y Medicina Familiar y Comunitaria conforman la práctica final obligatoria correspondiente al 6to año de la carrera.

El primer Ciclo está orientado al estudio del ser humano en sí mismo, su relación con el medio y la preservación de la especie humana. En tanto que el segundo Ciclo tiene como propósito principal la puesta en práctica de las habilidades y conocimientos adquiridos en el Ciclo Inicial, en los diferentes escenarios de la práctica médica. Conceptualmente el Ciclo Clínico debe ser coherente con el Ciclo Inicial, es decir que debe mantener la perspectiva de las cinco áreas que atraviesan el currículo.

La Carrera se ha planteado desde el punto de vista curricular con tres características diferenciales: la integración curricular, el aprendizaje basado en problemas y centrado en el/la estudiante, y el aprendizaje basado en la comunidad.

³ Subsidiado a través de la Secretaría General de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional del Sur, código 80020160100091SU

El *aprendizaje basado en problemas* (ABP) es uno de los pilares del diseño curricular, aprendizaje que integra la teoría con la práctica desde el primer año. Este formato se basa en la exploración de los problemas de salud, mediante el trabajo en pequeños grupos de estudiantes, y se orienta al desarrollo de habilidades de autoaprendizaje con la orientación, consulta, y evaluación formativa continua del proceso educacional a cargo de la figura del/la docente-tutor/a.

La Carrera comprende variados escenarios de aprendizaje, los cuales difieren entre los ciclos de formación. En el Ciclo Inicial, los escenarios son: la tutoría de aprendizaje basado en problemas (ABP), los tres Cursos de Relación Médico - Paciente (RMP I, II y III), los espacios de Trabajo en Terreno (TT), tutorías desarrolladas en Centros de Atención Primaria de la Salud y, los espacios teórico - prácticos desarrollados en el Laboratorio Morfo-funcional y en las aulas convencionales de clases teóricas.

En el Ciclo de Desarrollo Profesional o Ciclo Clínico, los espacios de aprendizaje durante las rotaciones por servicios médicos en hospitales, se fundan en los postulados del ABP. Con la particularidad de que se transforman las tutorías clásicas con situaciones preparadas por pacientes reales, y apuntan a la resolución del problema como fuente para la identificación de objetivos de aprendizaje. En esta instancia de la Carrera el conjunto de estudiantes se introduce en el conocimiento de la atención de los pacientes, en el contexto de las Prácticas Hospitalarias del Plan de Estudio de Medicina. Los escenarios de práctica son: Aprendizaje Basado en la resolución de Problemas (ABRP), Reflexión en la práctica, Ateneos inter-hospitalarios, Journals Club, Discusión de casos.⁴ Asimismo, cada hospital puede programar actividades propias que están relacionadas con actividades del servicio (por ejemplo pasajes de sala y ateneos de servicio). Además, considerando las circunstancias actuales de impacto social y educativo en el contexto de pandemia por COVID-19, dada la suspensión de actividades presenciales, se proponen escenarios de práctica alternativos frente a la imposibilidad de llevar adelante el aprendizaje en los escenarios convencionales. Tales como Telemedicina y Entrevista conviviente.

En este trabajo presentamos resultados parciales de una etnografía realizada en escenarios de aprendizaje, de las rotaciones de clínica médica y

pediatría, correspondientes al 4to y 5to año de la Carrera de Medicina, específicamente en las tutorías de aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABRP) y en el espacio de reflexión sobre la práctica.

Nos proponemos caracterizar cómo se construye la noción de enfermedad en el espacio hospitalario durante el desarrollo de aquellas rotaciones, teniendo en cuenta la configuración de una situación de salud enfermedad en problema de resolución médica, y los atributos de la situación seleccionados durante la definición de diagnósticos y planes de tratamiento.

Nuestra mirada tiene como punto de partida la consideración de la enfermedad no como un hecho natural en el mundo sino como resultante de la evaluación humana (Freidson, 1978) y producto del discurso médico el cual, a su vez, está permeado por la episteme dominante en una sociedad y tiempo determinados.

Todos los conjuntos sociales elaboran representaciones y prácticas tendientes a explicar el proceso salud-enfermedad; en el cual se ponen en relación dos órdenes de realidad: biológico y social. Mientras unas sociedades postulan la interrelación entre ambos para explicar el proceso salud-enfermedad, otras dan preeminencia a uno de esos; tal es el caso de la sociedad occidental moderna, que dio predominio a la biología, desplazando las dimensiones sociales, culturales, psicológicas, en las explicaciones sobre la causalidad de los padecimientos y las formas terapéuticas utilizadas (Bonet, 2004; Menéndez, 1978). Este énfasis biologicista, tiene raíces en el conjunto de cambios acontecidos en torno a la visión de hombre, naturaleza, mundo, en los siglos XVI y XVII. Visto así, la enfermedad no es entonces una entidad patológica por naturaleza sino que se convierte en una categoría social y resultado de un proceso socio-histórico (Biagini, 1996; Le Breton, 2002; Ferrero, 2004).

Los trabajos de Byron Good (2003) y Octavio Bonet (2004) son antecedentes relevantes dados nuestros objetivos de investigación. Byron Good (2003) concibe la medicina como *una forma simbólica a través de la cual la realidad se formula y organiza de una manera culturalmente específica* (Good, 2003; 135). El autor propone que la medicina formula el cuerpo y la enfermedad de una manera culturalmente específica a través de prácticas formativas. Good describe cómo los estudiantes aprenden

⁴ Journal Club (Revisión Bibliográfica) es un espacio en que se comparten conocimientos bajo el formato de apreciación crítica de la lectura, que dan respuestas a preguntas clínicas que el estudiantado debió hacer previamente, referidas a una situación útil para el aprendizaje.

medicina en universidades de Norteamérica, y basa sus argumentaciones en la noción de “*procesos formativos*”, a través de los cuales la medicina construye la dimensión del mundo a la cual refiere el conocimiento médico. En el espacio de la Facultad de Medicina las “prácticas formativas” remiten a modos especializados de *ver, escribir y hablar*, a partir de los cuales construyen sus objetos aquellos que estudian medicina. Good concluye que a través de estas prácticas formativas la medicina formula la enfermedad desde una perspectiva materialista e individualizadora, concibiéndola básicamente como una entidad biológica, siendo los aspectos relativos al comportamiento y a la experiencia, considerados como independientes del objeto de la práctica médica.

Ya no en la formación de grado pero sí en la que acontece durante las residencias médicas, Octavio Bonet (2004) realiza una etnografía de la biomedicina con el objetivo de acompañar el proceso por el cual un grupo de recién formados en medicina, residentes, llegan a ser médicos. A partir del trabajo de campo realizado en un hospital escuela de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, Bonet describe de qué manera los médicos residentes adquieren, en la práctica, los *habitus* del trabajo médico, de pensamiento para la construcción de diagnósticos. Y se desarrolla un proceso que favorece la manifestación de una tensión que el autor denomina como “tensión estructurante”, entre el saber y el sentir.

Nuestro trabajo de investigación se realiza siguiendo la modalidad de estudio de caso. En esta línea, recuperamos el trabajo de Marta Crivos (2007) en el que explora el potencial heurístico del análisis de la narrativa acerca de episodios de enfermedad o casos y seguiremos su propuesta analítica. La autora afirma que, en una primera etapa, el relato de casos se presenta como una unidad adecuada para la consideración del proceso en que las prácticas médicas se adquieren y actualizan en la experiencia del grupo en estudio.

En este sentido, frente a la situación de salud enfermedad es posible explorar la secuencia de acciones orientadas a la resolución de la enfermedad como problema práctico, la aplicación de criterios de diagnóstico y, el desarrollo de procesos de toma de decisiones respecto a tipos de intervención terapéutica y al uso de recursos disponibles.

Agrega que en una segunda etapa, el caso provee el contexto para la identificación de componentes relevantes a la consideración de la enfermedad como categoría simbólica. Así, las categorías de enfermedad pueden ser entendidas

como imágenes que condensan: red de palabras, situaciones, síntomas, sentimientos asociados de las que extraen su significado.

De esta manera, la estructura narrativa del caso según Crivos (2007) “*permite tanto delimitar rasgos pertinentes a las decisiones involucradas en la identificación, categorización y resolución del problema de la enfermedad como entender la forma por la cual esta adquiere significado para los actores sociales*” (Crivos, 2007: 96).

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se realizó siguiendo las pautas del diseño de investigación cualitativo, a través de un abordaje etnográfico.

El trabajo de campo se realizó entre los años 2017 y 2019, con distintos lapsos de estancia en los espacios de aprendizaje de las rotaciones de clínica médica y pediatría, correspondientes al 4to y 5to año de la Carrera de Medicina (UNS), en dos hospitales de la ciudad de Bahía Blanca, donde se desarrollan las prácticas clínicas en el marco de la Carrera.

La unidad de análisis es el caso clínico. En tanto que la unidad de estudio refiere al encuentro de ABRP y de reflexión sobre la práctica; la organización y funcionamiento de tales espacios de aprendizaje revisten interés en la medida en que permite identificar aspectos de la práctica médica que allí se desenvuelven.

Respecto a las técnicas de relevamiento de información se optó por el uso de la técnica de observación con distintos grados de participación a lo largo de nuestra presencia en el campo; abierta y semi-estructurada a través de la implementación de una grilla de observación sistemática de acuerdo a los objetivos planteados.

Las observaciones fueron realizadas en las aulas al interior de los hospitales, donde tienen lugar las actividades de ABRP y reflexión sobre la práctica. Se interactuó con grupos de diez estudiantes y un/a docente-tutor/a médico/a; en total cuarenta estudiantes y tres docentes tutores.

La información de campo fue registrada en forma escrita a través de cuadernos de campo y grillas observacionales; registro fotográfico y grabación digital cuando las circunstancias en el campo la favorecían.

El análisis de la información recopilada se apoya en los postulados de la Semiótica de Enunciados desarrollada por Magariños de Morentin (1998). Esta metodología consiste en la aplicación de una serie de operaciones analíticas las cuales brindan un procedimiento lógico- semántico para el

tratamiento de los textos resultantes de la des-grabación de los discursos recolectados. Dichas operaciones son: normalización del texto, segmentación, elaboración de definiciones conceptuales y construcción de ejes conceptuales, redes secuenciales y contrastivas. Los datos provienen del análisis de cinco problemas o situaciones de salud. Las dimensiones de análisis son: secuencia de acciones orientadas a la resolución de enfermedad, criterios de diagnóstico y de intervención terapéutica.

RESULTADOS

Lo cotidiano del espacio de aprendizaje

Conceptualmente en las tutorías de ABRP, además de detectar los conocimientos necesarios para comprender el problema, se exploran posibles alternativas de solución. Tales problemas no remiten a situaciones simuladas, sino que refieren a problemas reales que provienen de las prácticas realizadas en las actividades que integran la rotación. La reflexión sobre la práctica comprende la realización de debates, con la orientación del/la docente tutor/a, acerca de expectativas, adquisiciones, dificultades del conjunto de estudiantes con que se enfrentan en sus actividades diarias.

De estos espacios participan no más de 10 estudiantes y, un/a docente-tutor/a médico/a quien acompaña el proceso de aprendizaje. El grupo así constituido se reúne una vez por semana, en un día y hora fijo, en una sala, a modo de aula, ubicado en el interior del hospital, destinada a ese objetivo de aprendizaje. El aula tiene sillas individuales, una mesa y un pizarrón.

Entendemos por espacio al “lugar practicado”, es decir, resultante de las operaciones que lo orientan, lo circunstan, lo temporalizan (De Certau, 2000).

En el escenario de ABRP, el mobiliario al interior del aula, se dispone en el espacio de una forma tal que configura un anfiteatro. Allí el grupo de estudiantes y tutor – médico/a se dispone en el aula, alrededor de la mesa, formando un semi-círculo, cuyo diámetro se orienta hacia un pizarrón. Este último constituye un objeto central durante cada encuentro, en el cual los/as estudiantes, de manera conjunta, representan la resolución de cada problema o situación de salud. Durante el transcurso de cada estancia de campo se abordaron cinco problemas de salud, alrededor de cada uno de los cuales se repitió la misma serie de acciones que describimos a continuación.

El espacio de ABRP tiene una duración de dos

horas. Frente a cada situación de salud identificamos el desarrollo de una serie de acciones, las cuales se suceden una a otra siempre en el mismo orden, a lo largo del tiempo de duración de la reunión y del espacio, en tanto las mismas son registradas en el pizarrón por algún o alguna estudiante. Además, se repiten frente a cada problema o situación de salud. Agrupamos dichas acciones en etapas; unas y otras son las siguientes:

1) Presentación del problema (situación de salud), comprendida por:

- Lectura del problema (en voz alta, a cargo de un/a estudiante); continúa con el análisis del mismo, en forma conjunta, registrando en el pizarrón aquellos elementos de la situación que revisten interés para el conjunto de estudiantes, a través de una lluvia de ideas;

2) Delimitación del problema: definición del problema (a partir de los elementos identificados); formulación de hipótesis o explicaciones acerca del problema de salud (las cuales se registran en el pizarrón); elaboración de una lista de aquello que se conoce y se desconoce acerca del problema. Esta etapa culmina con lo que en la Carrera se denomina “elaborar un plan de aprendizaje”, a partir del cual el conjunto de estudiantes selecciona el/los tema/s que quieren estudiar, los cuales son presentados en forma de pregunta.

3) Autoestudio: que implica la revisión de fuentes de información a partir de las cuales dar respuesta a los interrogantes planteados.

4) Resolución del problema: discusión grupal de los recursos y fuentes de información hallada individualmente (estudio de la información y cotejo de la misma); discusión de la información en relación al problema en estudio; presentación de la información seleccionada como relevante.

A partir de los datos observacionales, desde una mirada antropológica, se propone que el espacio de ABP sigue una constitución ritualizada; en tanto se desencadena una serie de acciones, ejecutada en el contexto de ciertos roles de actores pre-determinados y, que no se modifica en el tiempo, es posible visualizar un esquema abstracto preestablecido con antelación a los sujetos intervinientes. Dicho esquema se constituye de la consideración de un deber ser, que no es cuestionado por los actores, sino que de alguna manera es normatizado, en tanto única forma de garantizar el proceso de aprendizaje, aprehendida desde inicio de la Carrera.

Cada etapa entonces se presenta estipulada por una serie de acciones que se repiten de continuo en el mismo orden, tienen una duración temporal

pre establecida y, las personas que interpretan cada rol actuado van variando pero ninguno de ellos modifica tales acciones; de allí el carácter de normatización y la posibilidad de referirlas en tanto etapas de un esquema ritualizado (Noceti et.al, 2019).

Secuencia terapéutica y noción médica de enfermedad en las rotaciones médicas de clínica y pediatría

En el contexto de este espacio, la enfermedad es definida como problema y moviliza una serie de recursos para su resolución. Consideramos que las etapas descritas comprenden una secuencia terapéutica, es decir una secuencia de acciones orientadas a la resolución de enfermedad.

El análisis de la presentación discursiva de casos permite acceder al conocimiento y prácticas involucrados en la comprensión y resolución de tal problema (Crivos, 2007), como la aplicación de criterios de diagnóstico y, el desarrollo de procesos de toma de decisiones respecto a tipos de intervención terapéutica y al uso de recursos disponibles.

La presentación discursiva del caso implica el recorte, por parte de los/as estudiantes, de atributos del problema (situación de salud). Tales atributos no se presentan de manera aleatoria sino agrupadas bajo rótulos, siguiendo un orden secuencial a lo largo del tiempo y en el espacio (siempre referido al pizarrón) y en el tiempo. Tal como refiere una estudiante, frente al problema: *“Lo podemos sincronizar, en base a datos positivos, examen físico y antecedentes, hacer algunos diagnósticos”* (Estudiante 1).

La presentación oral del caso se inicia con el nombre y edad de la persona implicada devenida paciente, características físicas (peso, talla); seguido por información referida al examen físico, antecedentes personales (de enfermedades y/o internaciones previas) y antecedentes familiares.

Posteriormente, a partir de esas informaciones, se proponen diagnósticos diferenciales. Y finalmente un esquema de “tratamiento” acorde a las hipótesis diagnósticas como respuestas tentativas a la afección. Este esquema de tratamiento comprende la definición de respuestas para superar la afección, las cuales son divididas en “manejo inicial” y “ambulatorio”. Y el denominado “manejo inicial” incluye respuestas inmediatas luego del ingreso del/la paciente al centro de salud y estudios complementarios que contribuyan a dilucidar y resolver el problema de salud.

Esta forma de organizar la presentación del

caso tiende a seguir siempre esa misma secuencia; y cuando se altera el orden durante la discusión del caso, el mismo es recauzado a través de la intervención del/la tutor/a médico/a, tal como acontece en el siguiente relato a partir de uno de los casos discutidos:

*“Esperen, a ver, estamos mezclando otra vez todo. Hicimos la entrevista, le preguntamos a la madre, revisamos a la nena, preguntamos antecedentes familiares, decidimos que se interna, porque esta grave... Internada, entonces al ingreso hacen esto, no empezamos porque si la madre tenía alergia... todo eso (señalando pizarrón) lo hicimos ya... **en este punto nos paramos ahora.** La nena grave internada, que se hace...gasometría, placa de tórax, hemograma, **ya eso lo hicimos en la otra etapa.** Ya la revisamos, el examen físico ya se lo hicimos, pero **en esta parte** (señalando pizarrón). Acá ya tenemos que comenzar con respuestas...no es que quiera cortar la lluvia, pero si **ordenarlos** y que quede un poquito más organizado...”* (Docente-tutora) (Subrayado nuestro).

La presentación de los atributos agrupados del caso tiene también una cierta duración temporal la cual es recurrentemente señalada por estudiantes cuando por alguna razón se altera, como por ejemplo en el siguiente fragmento: *“ya dijimos bastante de diagnóstico y **estamos demorando, tendríamos que pasar a tratamientos**”* (Estudiante 2) (subrayado nuestro).

Recuperamos la propuesta de Byron Good y diremos que la institución de enseñanza de Medicina con sus espacios de aprendizaje y de prácticas son lugares donde se configura el mundo de la medicina de un modo culturalmente específico. En este sentido reproducimos un relato por parte de un tutor que llamamos A:

*“La carrera y los espacios de aprendizaje son **ambientes de enculturación**, donde se adquiere conocimiento, hábitos, valores, conductas, comportamientos”* (Tutor A).

De esta manera, la presentación oral de casos representada, configura un modo específico de hablar, es decir, una de las prácticas formativas a través de las cuales la medicina formula la realidad médica.

Siguiendo a Octavio Bonet (2004) diremos que estos escenarios de aprendizaje se configuran como espacios en que el estudiantado de medicina adquiere hábitos de pensamiento para la construcción de diagnósticos; en donde prima la exigencia de un pensamiento y accionar metódico, secuencial y racional frente al problema de salud y las personas devenidas en pacientes. Lo cual se advierte en metáforas de planificación y decisión de parte de tutores- médico/

as tales como:

“Armemos un árbol de decisiones con sus fundamentos, pidan lo que se les dé la gana (acerca de estudios complementarios para confirmar diagnósticos), después vemos si se justifica o no, al caso tenemos que pensarlo, de acuerdo a lo que leyeron, volver al caso y pensarlo, ...tenemos que ver racionalmente cómo llegamos al diagnóstico de este paciente...” (Tutora B)

El diagnóstico tiene dos significados, es tanto proceso como resultado (Bonet, 2004). Entendido como proceso, aquella metáfora (árbol de decisión) brindan una imagen del diagnóstico como trabajo de elaboración en base a decisiones fundadas, como algo a lo que se “llega” y que requiere juicio crítico de parte de estudiantes de medicina y médico/as.

Sin embargo, la referencia al diagnóstico como resultado, implica su imagen como cosa que está expuesta en el cuerpo para que uno lo vea, omitiendo así toda referencia al trabajo de elaboración en el que participan tanto médico/a como paciente: *“la disminución de entrada del aire nos habla de broncoespasmo”, “...eran muy raros los datos del líquido cefalorraquídeo”* (Estudiantes). Tales fragmentos de los relatos de estudiantes ilustran la apariencia de patologías como realidades pre-existentes, independientes del observador, y su juicio clínico, quien por lo tanto no intervendría en la elaboración del diagnóstico. De esta manera, la enfermedad adquiere un carácter de objetividad fantasmal (Taussig, 1992).

En cuanto a la toma de decisión respecto a las intervenciones terapéuticas, los resultados de exámenes físicos, y fundamentalmente bioquímicos (punción lumbar y evaluación de líquido cefalorraquídeo, extracción y análisis de sangre, entre otros), determinan la definición de esquemas de tratamiento de las enfermedades, los cuales se basan en la prescripción de medicamentos farmacéuticos.

La discusión de casos clínicos provee el contexto para la identificación de componentes relevantes a la consideración de la enfermedad como categoría simbólica; a partir de ellos se pueden trazar redes de palabras y experiencias, que provee una “visión de la estructuración del código cultural” (Crivos, 2007: 108).

Considerando el conjunto de casos observados, la enfermedad es vinculada a palabras como: “datos positivos”, “signos físicos”, “síntomas”, “causas orgánicas”, “causas neurológicas”, “causas metabólicas”, “cuadro clínico”. De esta manera parece como entidad fundamentalmente biológica separada de sujetos, grupos y contextos.

Solo en uno de los cinco problemas, se tomaron en consideración las características del contexto familiar y socioeconómico, medio ambiental, en que se inscribe la persona afectada y el problema de salud.

En esa situación puntual, el tutor – médico que moderaba el ABRP (denominado por nosotras N) intervino durante la discusión y análisis del caso por parte de los y las estudiantes y dijo: *“¿Alguna otra causa, pensando en algo no orgánico?...Desde lo social ¿saben lo que son los determinantes sociales de la salud?”* (Tutor N).

El tutor N de manera enfática agregó:

*“más que comprender la **patología por sí misma**, el objetivo es que ustedes **logren interpretarla en un contexto**, de la paciente, de su comunidad, del rol que tiene el sistema de salud, que acceso tiene esta paciente al sistema de salud, y entender el porqué del chico que está enfermo en una guardia”* (Tutor N).

Consideramos que esta forma de abordaje del problema de salud difiere de la observada respecto a la discusión de otro caso clínico diferente, dirigida por otra tutora médica (denominada MR); cuando un estudiante pregunta: *“¿Tenemos que pensar los casos como de unidad sanitaria o de hospital?”* (Est.3), y la Tutora MR responde: *“se enfocan como **lo que son, paciente sea donde sea**”* (Tutora MR).

A partir de las observaciones realizadas, registramos entonces dos maneras de posicionarse frente a la salud-enfermedad y de abordar el PSEA: enfocarse en la patología en sí misma, o bien interpretarla considerando el entorno de la persona: dimensiones culturales, condiciones de vida, de los servicios y políticas de salud, entre otros; es decir el conjunto de condicionamientos estructurales (Menéndez 2018) que atraviesan la vida de las personas.

Durante la observación de aquel ABRP moderado por el tutor N, él invita al conjunto de estudiantes a:

“Volver al ciclo inicial y no olvidarlo; y volver a traerlo y pensar que se están desarrollando en un primer nivel de atención, y que ven la realidad; la ven como puede influir en una bronquiolitis que puede llegar al primer nivel de atención” (Tutor N).

Destacamos la percepción de una tutora médica acerca de esta segunda forma de abordaje del PSEA escogida por parte del tutor N. Ella le comenta al conjunto de estudiantes que: *“han abarcado mucho. Determinantes sociales...la forma en que lo hicieron, seguramente no es al azar **porque (el tutor N) tiene muy buena formación para esto**”* (Tutora MR).

Este breve relato contribuye a iluminar los posibles factores que interfieren en la resignificación de contenidos de las diferentes áreas o ejes temáticos que integran la Carrera en las rotaciones médicas. Concretamente, la formación profesional médica del/la docente tutor/a influye en las maneras de abordaje del PSEA en los escenarios de aprendizaje. En el caso de N, es el único tutor formado en una carrera de medicina centrada en ABP, aprendizaje centrado en el estudiante y basado en la comunidad.

DISCUSIÓN

El diseño curricular de la Carrera de Medicina (UNS) se funda sobre la necesidad de abordar los problemas y situaciones de salud desde una perspectiva que contemple las dimensiones biológica, psicológica, social y cultural de manera integrada. Es decir, una mirada holística donde lo social, lo cultural y lo ambiental se convierten en espacios fundamentales para entender la enfermedad, salud y atención. En esta línea, desde el primer año correspondiente al Ciclo Inicial de la carrera se plantea un cuestionamiento al reduccionismo biologicista de la salud-enfermedad del modelo médico hegemónico.

No obstante, a partir de las observaciones realizadas en escenarios de aprendizaje seleccionados de las rotaciones de clínica y pediatría (Ciclo de Desarrollo Profesional), advertimos que en el análisis de los problemas de salud se hace hincapié en el orden biológico, en desmedro de la pretendida integralidad del PSEA.

Registramos una preocupación mayor en la enfermedad en sí, que en la persona que la padece. La enfermedad aparece en los relatos como una cosa, con existencia propia independientemente de la evaluación humana. Y de forma separada de la persona que la padece, ubicada en cierto tiempo y espacio, atravesada por diferentes condicionamientos: de género, clase, etario, étnico; dimensiones que son analizadas a lo largo de las unidades curriculares correspondientes al Ciclo Inicial de la Carrera. Entonces la persona devenida en paciente aparece como mera portadora de la enfermedad, lo cual denota una disociación entre cuerpo – persona (le Breton, 2002). Y la enfermedad se define a partir de una causalidad biológica, en tanto que los procesos psicológicos, sociales, culturales y económico-políticos que resultan significativos para explicar la causalidad, quedan reducidos a un plano anecdótico y secundario, cuando no ausentes.

Esto contrasta con la mirada holista que se promueve en el Ciclo Inicial de la Carrera, a partir de la integración de las cinco áreas o ejes temáticos en el diseño de las unidades curriculares. Diremos entonces que en el Ciclo Clínico, en los escenarios de aprendizaje observados, no se mantiene la perspectiva de las cinco áreas que atraviesan el currículo y contenidos del Ciclo Inicial, tal como se plantea en los fundamentos de la Carrera.

Advertimos la existencia de un quiebre entre estos dos ciclos de formación de grado, en cuanto a la forma de abordar el PSEA. En este sentido, destacamos el siguiente relato por parte de un estudiante de medicina acerca de su percepción de la organización y funcionamiento de la Carrera: *“creo es un tsunami de conceptos durante los tres primeros años y después de que entramos en el ciclo clínico es algo que se pierde; no sé si en cierta forma es a propósito o nosotros nos damos cuenta de ese cambio brusco: te damos las herramientas y después te metemos en el medio del hospital que hay de todo. Entonces no sé si es un déficit de la carrera que no da espacio a estos momentos o si con esos tres años es suficiente para meternos el chip a nosotros”* (EST.A).

Pero entonces nos preguntamos ¿qué pasa con todos esos conceptos que se estudian y discuten durante los tres primeros años, al entrar en el ciclo clínico? ¿En qué sentido se pierden y por qué?

En cuanto a esta situación, podemos plantear como hipótesis que la formación profesional del médico tutor resulta un factor que influye en la impronta dada al abordaje del PSEA, en los espacios de aprendizaje hospitalarios del Ciclo Clínico de la Carrera; ya sea alentando una mirada integral, o bien desalentándola cuando el/la médico/a carece de formación profesional sobre los procesos socio-culturales y económico-políticos que inciden en la causalidad y desarrollo de los padecimientos (Menéndez, 2016). Y a posteriori en la integración o no de contenidos de las diferentes áreas o ejes temáticos en la resolución del problema de la enfermedad.

En este sentido, consideramos que el enfoque etnográfico en los escenarios de aprendizaje de la carrera de Medicina contribuye a poner en evidencia la variedad de representaciones del PSEA.

La lógica de aprendizaje basada en problemas parte de la consideración de que una situación *x* puede ser convertida en una problemática determinada; lo interesante aquí radica en como docente y estudiantes construyen tal problemática. Y advertimos que la forma en que lo hacen

guarda relación con el espacio de acción que presumen remite a un espacio de acción médica. En este punto es icónica la pregunta del estudiante, enunciada más arriba: ¿lo abordamos como si estuviéramos en unidad sanitaria o en hospital? Porque tal situación les remite el espacio de acción y el abanico de posibilidades y de poder de determinación. En la Unidad Sanitaria, donde se despliegan los tres primeros años de la carrera, el espacio de acción es la comunidad y la interrelación constante con la misma. Pero en el hospital existe una barrera en el vínculo del/la médico/a con esa comunidad. Dentro del hospital las reglas son las médicas, no así en la Unidad Sanitaria donde las reglas suponemos resultan de una negociación constante. El hospital es una institución total (Goffman, 2001), se comporta con un efecto de clausura hacia el exterior, de allí que resulta muy difícil que en la propia definición del problema aparezca el componente sociocultural. Se evidencia entonces una discontinuidad en el aprendizaje pero entendido desde la lógica de funcionamiento del paradigma médico solo se estaría reflejando el contexto de ejercicio de la práctica profesional misma. En este sentido, suponemos que no habrá cambios hasta que el hospital, bastión de la biomedicina, deje de conformarse como una institución total.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Queremos destacar la potencialidad de la etnografía para el estudio acerca de cómo se configura el mundo y objeto de la medicina en contextos institucionales, tales como los Departamentos o Facultades de Medicina.

En este sentido, la etnografía en espacios de ABRP constituye para nosotros una ventana que nos permite adentrarnos al proceso de aprendizaje de medicina Y, a través de eso, comprender las formas cómo la medicina construye su objeto, durante el curso de aprendizaje.

El trabajo de campo sobre el que se funda esta presentación y los resultados descritos, remite a escenarios de aprendizaje correspondientes a dos de las cinco rotaciones médicas que integran el ciclo de desarrollo profesional. Por lo tanto, las reflexiones derivadas de aquellos, deben ser tomadas con carácter preliminar y referidas a los espacios observados, sin generalizar más allá de estos.

Esperamos continuar con esta labor en el marco de otras rotaciones médicas, que integran la

Carrera; así como en los escenarios de aprendizaje virtuales diseñados ante las condiciones actuales que impone la pandemia por COVID-19. Actualmente, año 2021, el trabajo de campo está enfocado en escenarios virtuales, concretamente de telemedicina, desarrollado en el contexto de la rotación de clínica médica. Asimismo se espera en el año 2022 continuar y profundizar la investigación acerca de las formas que asume el abordaje del PSEA entre estudiantes en diferentes tramos educativos, en las restantes rotaciones médicas hospitalarias correspondientes a la Carrera así como entre egresado/as que se encuentren realizando la residencia médica, a través de un estudio comparativo en Universidades de Argentina, Chile y Ecuador.

REFERENCIAS

1. Biagini G (1996) "El campo de la salud y el desarrollo del conocimiento científico. Procesos sociales y estructuración del paradigma médico", Publicación interna, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
2. Bonet O. (2004) *Saber y sentir: una etnografía da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
3. Camargo Jr (2005) "A biomedicina". En *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Río de Janeiro, 15 (suplemento); 177-201.
4. Certau, de M. (2000) *La invención de lo cotidiano*, México, Universidad Iberoamericana
5. Crivos, M (2007) "El estudio de la narrativa de casos: una propuesta para el abordaje etnográfico de las alternativas médicas". En Idoyaga Molina A. (editora) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*, Buenos Aires CAEA-IUNA.
6. Freidson E. (1978) *La profesión médica*, Barcelona, Península.
7. Goffman E (2001) *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Buenos Aires: Amorrortu.
8. Good, B. "Como construye la medicina sus objetos". En *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Cambridge. 2003.
9. Gutiérrez, R (Editor) Programa de Medicina para la UNS. Planificación de una Carrera de Medicina basada en nuevos paradigmas. Bahía Blanca, Buenos Aires. 2004.
10. Le Breton (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Edición.
11. Magariños de Morentin (1998). "Manual operativo para la elaboración de Definiciones

- contextuales' y 'Redes Contrastantes', en Signa. Revista de la Asociación Española de Semiótica, N° 7, pp. 233-253.*
12. Menéndez E. (2018) "Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente profesional", Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.
 13. Menendez E. (1978) "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: Basaglia et al. *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México, D.F, Nueva Imagen.
 14. Noceti, MB et.al. (2019) "Formación Médica integral en espacios hospitalarios de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur. Enfoque desde la antropología de la salud", Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca, vol. 29, nro 1.
 15. Taussig, M. (1992) "La reificación y la conciencia del paciente". En *Un gigante en convulsiones*. Barcelona, Gedisa.