

# **Atención primaria orientada a la comunidad: relato de experiencia de implementación de la enseñanza-aprendizaje en un currículo de medicina integrado.**

Andrés Pereira y Leila Yasmín Garipe.

Cita:

Andrés Pereira y Leila Yasmín Garipe (2019). *Atención primaria orientada a la comunidad: relato de experiencia de implementación de la enseñanza-aprendizaje en un currículo de medicina integrado*. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/515>

**Atención primaria orientada a la comunidad: relato de experiencia de  
implementación de la enseñanza-aprendizaje en un currículo de medicina  
innovado**

AUTORES/AS: Andrés Martín Pereira, Mariano Granero, Natividad Burdisso, Leila Yasmín Garipe, Daniel Accorinti, Ana Mines y Gastón Sena.

EJE TEMÁTICO: Estado y políticas públicas

MESA N°88: Políticas, proyectos y acciones en salud

INSTITUCIÓN: Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires

CORREO ELECTRÓNICO: [andres.m.pereira@gmail.com](mailto:andres.m.pereira@gmail.com)

RESUMEN: El presente trabajo presenta el relato de experiencia de la planificación e implementación de un proceso de enseñanza-aprendizaje de prácticas y marcos teóricos de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) el cual es llevado a cabo con estudiantes de grado durante los tres primeros años de la carrera de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (IUHIBA). A lo largo del trabajo se realiza una breve descripción de las características de las innovaciones introducidas en la reforma de la carrera de medicina y el lugar que ocupan las prácticas, herramientas y marcos teóricos de la APOC en este marco. En segundo lugar, se describe la planificación e implementación de las acciones llevadas a cabo, a lo largo del primer año y medio en el cual se está desarrollando esta experiencia.. En tercer lugar, se identifican las tensiones y contradicciones que produce este tipo de experiencia de construcción de intervenciones en salud comunitaria en el grupo de estudiantes, en particular en el imaginario sobre el rol del médico/a, y en general el marco más amplio de la carrera de medicina del IUHIBA como institución que engloba todo este proceso. Finalmente, se despliegan interrogantes que se disparan de la puesta en práctica de esta experiencia y de la planificación a futuro como desafío que se propone la formación de profesionales de la salud con una perspectiva comunitaria y poblacional.

PALABRAS CLAVE: Educación Médica, Atención Primaria Orientada a la Comunidad, Aprendizaje basado en competencias

### **Introducción y coordenadas de la propuesta:**

A partir de la reforma de la Carrera de Medicina en el IUHIBA realizada en el año 2017, la cual propone virar de un currículum tradicional fragmentado en materias a un currículum integrado, se han llevado adelante fuertes modificaciones en la estructura curricular y en las prácticas educativas para la enseñanza de la Medicina (Boccalatte, 2017). El currículum integrado propone generar espacios de aprendizaje en grupos reducidos de estudiantes los cuales son guiados por un tutor o tutora para la construcción de aprendizajes situado en contexto de forma integrada. Esta nueva propuesta curricular, deja de lado las materias o asignaturas que se dictaban en el plan anterior de la carrera de Medicina (Biofísica, Ciencias Humanas I, Ciencias morfológicas, Fundamentos de la Investigación Científica en Medicina, Informática Médica, Informática Médica, Inglés Médico e Introducción a la Medicina I). Éstas se reemplazan por cuatro nuevos por espacios de aprendizaje centrales: Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), Laboratorio de Práctica Orientada (LPO), Laboratorio de Práctica Profesional (LPP) y Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) y un espacio adicional de apoyo denominado Laboratorio de Gestión de la Información (LGI). Si bien no es objetivo de este trabajo realizar una descripción exhaustiva de todas las particularidades de estas modificaciones, resulta pertinente explicitar que la experiencia de APOC forma parte de este nuevo currículum.

En este sentido, el espacio de APOC está planificado para los tres primeros años de la Carrera de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (IUHIBA). Actualmente se encuentra en la fase de implementación del segundo año de carrera. Este espacio de aprendizaje, se lleva a cabo en seis comisiones de alrededor de 10 estudiantes. Cada comisión, a diferencia de los espacios mencionados anteriormente, tiene asignado un territorio diferente, los cuales tienen sede en distintos centros de la red de atención ambulatoria del Plan de Salud del HIBA, los cuales se ubican geográficamente tanto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como en el Conurbano Bonaerense. Este tipo de experiencia de implementación resulta novedosa no solo por enmarcarse en un proceso más amplio de modificación de la carrera, sino también porque lleva por objetivo el desarrollo de la misma en centros periféricos del HIBA. Este tipo de centros, llamados “periféricos”, denotan una jerarquía tácita en la división del trabajo en salud en donde lejos del centro se encuentra la periferia. Este tipo de tensiones son las que a lo largo de la experiencia de enseñanza-aprendizaje realizada

desde el espacio de APOC enfrentan el desafío de valorizar estos centros como lugares en donde construir experiencias de aprendizaje valiosas.

El ciclo de APOC que se planifica realizar en los tres años toma como base la metodología que aporta el mismo modelo, la cual permite dar solidez al trabajo que busca dar respuestas a la necesidades de la comunidad y mejorar su nivel de salud. Desde este lugar, se propone lograr en el primer año la caracterización de una población, comunidad o territorio a partir de la ubicación de un centro de salud perteneciente al HIBA. Desde este punto un primer objetivo es poder construir y reconocer de manera participativa problemas de salud y activos de salud (Cofiño et al, 2016). En este sentido, se pretende incorporar no solo una mirada poblacional y comunitaria sobre los problemas de salud (Zurro, 2011) , sino también la perspectiva de la salutogénesis y la promoción de la salud (García et al, 2017).

Esta identificación, co-construida con referentes comunitarios va seguida de un proceso de priorización (Sánchez-Ledesma, 2018), que en el ciclo de APOC al que se hace referencia se realiza a finales del primer año o a comienzos del segundo año dependiendo de la realidad de cada contexto. De esta forma se pretende que el problema priorizado sea identificado a inicios de segundo año para que puedan continuar con la metodología propuesta por APOC. El principal objetivo de aprendizaje propuesto para este año es que los alumnos puedan diseñar un proyecto de intervención comunitario mediante la planificación estratégica y que puedan implementarlo en conjunto con referentes comunitarios, institucionales y/o de organizaciones presentes en el territorio.

### **Modificaciones en los programas de las carreras de medicina:**

La introducción de innovaciones educativas en las disciplinas de la salud puede entenderse en un marco más amplio recuperando el concepto de “campo” de Bourdieu (1997 y 1999). El sistema de salud en Argentina es entendido como el conjunto de efectores de salud que integran tanto la oferta pública, la privada y las obras sociales. Hablar de sistema, siguiendo la propuesta de Spinelli (2010), implica suponer tácitamente cierta funcionalidad e integración entre los efectores de salud que se encuentra en el territorio argentino. Si bien no forma parte de los objetivos de este trabajo problematizar la conformación histórica del sistema de salud en Argentina o su composición en la actualidad, nos resulta relevante visibilizar que buena parte de los procesos de formación de profesionales y especialistas se produce en efectores de salud

en donde se llevan adelante prácticas asistenciales, preventivas, de promoción y educación para la salud entre otras. Por otro lado, el proceso de formación de profesionales médicos implica necesariamente su inserción posterior en efectores y servicios de salud a futuro en el marco de comunidades específicas, por lo que la modificación en un proceso impacta directamente en el otro. Frente a ello el concepto de “campo de la salud” (Spinelli, 2010) permite incorporar la convergencia de actores, recursos, intereses que conforman una red de relaciones en la que diferentes agentes disputan por diversos capitales simbólicos. Un ejemplo en esta línea son los llamados capitales culturales entendidos como el conjunto de saberes y prácticas legitimados por una comunidad científica en relación a la educación médica. En este punto la introducción de innovaciones pedagógicas y reforma de planes de estudio puede comprenderse como parte de un tablero de juego en donde se disputan distinciones, prestigio, formas de organización y conocimientos considerados legítimos para la formación de futuros/as profesionales de la salud. Las modificaciones e innovaciones curriculares en medicina tendrán necesariamente un impacto a futuro en la conformación y los perfiles de los servicios de salud. De esta forma podemos desde un marco amplio, observar la incorporación de prácticas y estrategias educativas en relación a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad, como una pequeña parte de un proceso de modificación más amplio de la educación médica en Argentina y en el mundo (Rovere, 2014).

Este proceso de innovación educativa, en el marco más amplio de los procesos de reforma curricular de la educación médica en Argentina, ha sido caracterizado por un crecimiento lento y sostenido de una “cultura de la evaluación” (Galli, 2009). En el marco de las grandes modificaciones de los “currículos en acción” (Camillioni, 2001) en educación médica, también es posible observar modificaciones menores de planes de estudio. Toda esta serie compleja de movimientos, innovaciones y modificaciones, con mayor o menor grado de impacto institucional y de generación de condiciones para la construcción de una nueva política académica, forman parte de un marco más amplio atravesado por fuertes modificaciones históricas en la educación médica en general. Son múltiples las dimensiones que atraviesan este proceso de innovación curricular, como por ejemplo aquellas que están vinculadas con la complejidad creciente de los conocimientos producidos por la biomedicina a partir de la hiper-especialización, la aparición de nuevas especialidades médicas, la transformación del mosaico epidemiológico de las poblaciones a partir del incremento significativo de las

enfermedades crónicas y el cambio climático, el envejecimiento poblacional, la expansión del complejo médico-industrial a partir de nuevas terapéuticas y tecnologías de diagnóstico, etc. La consideración de la necesidad de la “educación médica continua” (Venturelli, 1997) está vinculada no solo a las modificaciones de los currículos y programas de formación de las universidades, sino también a la transformación del sistema de salud en pos de integrar la formación en torno a la definición de las necesidades de la población en materia de salud. En este gran escenario, en el caso más específico de Argentina, podemos ubicar algunas de las experiencias de innovación curricular en educación médica desarrolladas en el seno de Universidades Nacionales como el caso de Tucumán, de Cuyo, del Sur, de Rosario, del Litoral, del Centro, de La Matanza (Rovere, 2014). Aún con este panorama las modificaciones de los modelos de educación médica en Argentina se ven retrasadas por la resistencia al cambio de las instituciones y con la fuerte influencia de los ámbitos laborales con énfasis en las especializaciones como factores de competencia (Humberto de Espínola, 2000). En este sentido, las reformas educativas quedan retrasadas en relación a las necesidades de las poblaciones y los cambios en los mercados laborales del sector salud.

En este marco amplio de modificaciones curriculares, uno de los cambios que se presenta como parte de este gran movimiento es la estrategia de enseñanza-aprendizaje llamada “Aprendizaje Basado en Problemas” (ABP) (Galli, 2006). Los orígenes de este tipo de estrategia es ubicada en la Escuela de Leyes de Harvard en Estados Unidos y la primera introducción a la formación médica en la Universidad de McMaster en Canadá finales de la década de los 60. Entre los objetivos que se propusieron con esta innovación educativa era formar profesionales de la salud que fueran capaces de afrontar el abordaje de problemas, que pudieran adaptarse al trabajo en grupos multidisciplinares y que tuvieran herramientas para el aprendizaje continuo a lo largo de la vida. Entre las ventajas que se le reconocen a esta estrategia pedagógica, basada en una perspectiva constructivista del aprendizaje, se menciona la facilidad para la integración de contenidos (Venturelli, 1997). En esta dirección, se señalan la potencialidad que presente la integración de contenidos de las ciencias básicas con la práctica clínica frente a la enseñanza compartimentada, al mismo tiempo que se promueve el interés del propio estudiante como forma de estimular las destrezas educacionales de manera continuada. La selección de problemas y la coordinación del trabajo en subgrupos pequeños son las tareas que se subrayan como necesarias para garantizar que esta estrategia funcione. Por otro lado, el papel del docente aparece

redefinido a partir de varios roles que intentan fortalecer las destrezas de búsqueda y gestión de la información por parte del grupo de estudiantes. El lugar central lo ocupa la figura del tutor/a que facilita el aprendizaje en pequeños subgrupos de discusión e intercambio a partir de problemas seleccionados y contruidos que son considerados desencadenantes del proceso de aprendizaje. Otro de los puntos que se coloca como central tiene que ver con las habilidades de comunicación interpersonal entre estudiantes, con pacientes y familiares. El foco central de esta estrategia está colocado en el fortalecimiento del aprendizaje sobre el proceso de aprender y plantear problemas de manera colaborativa.

### **Supuestos pedagógicos:**

En el marco de un proceso de formación de profesionales de la salud no solo resulta de importancia visibilizar las prácticas, sino también en primer lugar identificar qué supuestos están presentes en esas prácticas y en segundo lugar qué consecuencias se evidencian en el proceso de aprendizaje de los y las estudiantes.

Para llevar adelante la tarea de revisar algunos de los supuestos, resulta clave comprenderlos como parte de las teorías que atraviesan toda práctica docente (Camilloni, 2007). Toda actividad docente supone una teoría del aprendizaje, una respuesta a la pregunta: ¿cómo se aprende? Las prácticas de enseñanza en líneas generales se caracterizan como prácticas voluntarias e intencionales en donde se persigue por un lado la transmisión de un conocimiento y por el otro el aprendizaje significativo de los y las estudiantes. De esta forma el hecho de que haya prácticas de enseñanza no siempre garantiza que haya un aprendizaje significativo, en algunas ocasiones las prácticas docentes solo inciden de manera indirecta y lo hacen a través de las tareas de aprendizaje que realiza el/la propio/a estudiante. Por ello no corresponde hablar de un proceso de enseñanza-aprendizaje como una unidad sino que es necesario problematizar las relaciones que se establecen entre dos procesos distintos (Camilloni, 2001). En este sentido el hecho de que se pretenda enseñar un conocimiento no garantiza que el aprendizaje suceda o que se limite pura y exclusivamente a ese contenido que se pretende transmitir. Por ello existe siempre en la enseñanza una mediación de carácter cognitiva resultante de los procesos psicológicos mediante los cuales se produce una representación mental del nuevo conocimiento y una mediación de carácter social que nos remite por ejemplo al contexto en el cuál se producen las

prácticas de enseñanza, a los vínculos que la posibilitan (Basabe y Cols, 2007). El “aprendizaje significativo” fue definido por David P. Ausubel (Palmero, 2010) como aquel que se provoca y se genera en la mente humana cuando se incorporan nuevos contenidos a partir de una relación triádica entre docente, estudiante y materiales educativos del currículum. Esta conceptualización implica la significatividad lógica de los materiales y la presencia de ideas anclajes en la estructura cognitiva de quien aprende. De esa forma el contenido se encadena y se interrelaciona necesariamente con conocimientos previos que portan los y las estudiantes. A diferencia de otros aprendizajes superficiales o memorísticos, el aprendizaje significativo es durable y permanece en tanto permite al estudiante posicionarse reflexivamente en la estructura social y cultural de la que forma parte. Desde esta óptica se considera al error, en el marco del proceso de enseñanza-aprendizaje, como una oportunidad a aprovechar y como un paso natural en el proceso de aprehender información y su puesta en práctica. En este sentido el favorecer procesos de reconocimiento de errores, el trabajar en la resolución de problemas que representen un desafío genuino permite el reconocimiento de verdaderos “retos cognitivos” (Roig y Lipsman, 2015) cambiando de esta forma también la perspectiva de la evaluación como mera reproducción de conocimientos aislados. Este tipo de perspectiva es el que permite enriquecer el trabajo realizado con los grupos estudiantes en terreno y en diálogo con otros actores a partir de la experiencia de APOC, la percepción de los obstáculos y la identificación de objetivos en contextos situados y particulares enriquece la experiencia

Otro de los puntos clave para problematizar en el análisis de esta experiencia es el desarrollo de competencias entendidas como las capacidades de reflexión, autocrítica y el aprendizaje autodirigido (Villa Sánchez y Poblete Ruiz, 2007). Las competencias profesionales en el campo de la salud son conceptualizadas no solo como las capacidades que el/la profesional pone en juego para solucionar problemas complejos que se presentan en la práctica cotidiana, sino también como la capacidad reflexiva de la propia práctica. El concepto de “meta-competencias” (Fornells, s/f) apunta en esa dirección al señalar a las competencias genéricas como por ejemplo el trabajo en equipo o la capacidad de tener una actitud autónoma y proactiva en relación al propio aprendizaje. En este marco las estrategias pedagógicas basadas de competencias no apuntan exclusivamente a determinar si los contenidos o información fueron comprendidos y aprehendidos, sino si el/la futuro/a profesional ha incorporado habilidades y actitudes necesarias para enfrentar problemas singulares en ámbitos de

trabajo reales. De esta forma uno de los desafíos de la experiencia de APOC está vinculado con la singularidad del espacio de prácticas en dónde la organización grupal y la reflexión sobre las acciones necesarias a realizar son competencias fundamentales.

### **Formación de competencias y de los aprendizajes reflexivos**

En relación a la estrategia del ABP, el espacio de APOC también puede observarse en el marco de la implementación del modelo del “aprendizaje basado en competencias” (ABC) entendido como un modelo de enseñanza-aprendizaje para la formación de profesionales de diferentes campos que es considerado un “cambio transformacional” (Villa Sánchez y Poblete Ruiz, 2007) en tanto implica modificaciones en profundidad y en extensión en las organización de las instituciones universitarias. Este modelo ha sido desarrollado en el marco del proceso de revisión de la formación universitaria y profesional global en el marco del proyecto de la Unión Europea de creación de un “Espacio Europeo de Educación Superior” (Villa Sánchez y Poblete Ruiz, 2007). No es el objetivo de este trabajo desarrollar las implicancias de este tipo de propuestas regionales, sino simplemente visibilizar el marco en el que se introduce el modelo de la ABC en las disciplinas de la salud. En este sentido entre los elementos que se mencionan como parte de estas propuestas de ABC podemos subrayar por ejemplo el énfasis en las competencias a desarrollar por futuros/as profesionales no solo a nivel de las actividades a desarrollar, sino también el impacto en las prácticas de evaluación que otorgan un mayor protagonismo a los/as estudiantes (Canalejas-Pérez, 2010). En este sentido se coloca el acento en los distintos tipos de competencias que se pretende que los y las estudiantes desarrollen durante su formación. Por un lado las llamadas competencias “genéricas o transversales” (Villa Sánchez y Poblete Ruiz, 2007), consideradas interpersonales y sistémicas, que engloban a varias profesionales. Y por otro lado aquellas competencias específicas a cada profesión.

Este proceso de modificación de los currículos y la implementación de un modelo de ABC, sustentado al igual que las estrategias de ABP en una perspectiva constructivista del aprendizaje, ha tenido lugar en diversas instituciones universitarias en varios países de Latinoamérica (Ayala Aguirre y Medina Aguilar, 2006; Riquelme y Benjamin, 2011; Delgado Ramírez y Gómez Restrepo, 2012; Champin, 2014). En Argentina también podemos recuperar reflexiones en torno a experiencias de desarrollo

de currículos basados en competencias en la formación de profesionales en la formación médica de grado y posgrado (Jacovella, 2015).

Dentro de las competencias que se mencionan (Villa Sánchez y Poblete Ruiz, 2007; Jacovella, 2015) podemos agrupar como por ejemplo el desarrollo y estímulo de la autonomía y la capacidad de aprender a aprender. Al mismo tiempo podemos observar una fuerte crítica a los modelos de enseñanza aprendizaje centrados en la memorización de conocimientos escindidos de las prácticas y de los contextos reales de la práctica profesional. En esta dirección se subraya la necesidad de revisar las prácticas de enseñanza y especialmente las de evaluación, haciendo énfasis en los resultados del aprendizaje son las competencias comprobadas y evaluadas efectivamente (Nolla-Domenjó, 2009).

Uno de los supuestos de estas competencias es el ejercicio del aprendizaje reflexivo. Uno de los referentes en esta línea es Donald Schön (1992) y uno de sus aportes reside en subrayar que el conocimiento principalmente sucede en la práctica. A partir de una concepción de la educación experiencial se subraya el aprender haciendo de los y las futuros/as profesionales de diversas disciplinas, como por ejemplo la medicina. En este marco la práctica profesional reflexiva permite la construcción de conocimientos a partir de la superación de obstáculos que solo están presentes en una práctica real y situada. De esta forma se produce la construcción de un conocimiento desde las acciones e intervenciones que implica necesariamente un proceso de toma de decisiones. La utilización de metodologías y estrategias para intervenir reflexivamente implica un aprendizaje permanente y una innovación constante sobre la propia práctica profesional. La reflexión como una competencia metacognitiva, siguiendo a Schön (1992), puede ser comprendida a partir de tres componentes. En primer lugar la reflexión antes de la acción, que implica el reconocimiento de los objetivos, la comprensión de las metodologías a utilizar en relación a los objetivos y la búsqueda de experiencias previas. En segundo lugar la reflexión durante la acción implica la capacidad de revisar la propia práctica en el momento en que está sucediendo, esta habilidad permite reorientar la práctica a partir de los emergentes que se presentan en contextos reales de intervención profesional. En tercer lugar la reflexión sobre la acción implica una mirada retrospectiva, una sistematización de las prácticas ejecutadas y de los resultados alcanzados. En este tercer momento se puede tener una mirada de proceso que permita visibilizar los nuevos aprendizajes construidos sobre la práctica.

Otros autores subrayan la importancia de la reflexión guiada o feedback (Sandars, 2009; Fornells et al, 2008), como un elemento que fomenta y facilita la reflexión sobre la propia práctica en el proceso de formación de profesionales. La retroalimentación o feedback implica también la transformación del perfil docente en tanto el rol definido como tutor o mentor. Esta figura implica por una lado el abandono de la imagen del profesor que controla todas las dimensiones del proceso de enseñanza-aprendizaje y por otro la necesidad de la construcción de un vínculo de confianza y mayor cercanía con el/la estudiante, tal que permita revisar la propia práctica y el análisis de los “incidentes críticos” (Sandars, 2009; Quesada Jiménez, 2006). Lejos de una mirada centrada en la búsqueda exclusiva de errores, se parte del supuesto del error o incidente como oportunidad de aprendizaje que es necesario aprovechar en el marco de la práctica real. Desde esta perspectiva estos incidentes no son críticos en términos de la gravedad, sino que son los que permiten y provocan el relevamiento de las dudas, malestares, y la observación de los resultados inesperados. A partir de este registro, se puede extraer estos incidentes de la propia práctica para someterlos al análisis y observación reflexiva. A partir de este proceso es posible la construcción de la planificación del propio aprendizaje por parte del/la estudiante con apoyo del tutor/a y la observación de las diversas rutas que siguen los/as estudiantes para la adquisición de las competencias (Canalejas-Pérez, 2010). En esta dirección existen experiencias de utilización de herramientas de evaluación y tutorización, tanto en el posgrado como en el pre-grado de la formación médica (Arnau Figueras et al, 2008).

Otro grupo de competencias que podemos subrayar en este apartado son las que subraya la dimensión de la ética y el abordaje de la equidad en la salud pública (Goude y Borrel, 2012). Esta perspectiva puede observarse con claridad en el informe de la “Conferencia Beyond Flexner”, realizada en Estados Unidos, que subraya también la mirada poblacional en el marco de la misión social de la educación médica en tanto se señala como un deber del futuro/a profesional en medicina contribuir a incrementar la salud de la comunidad en la que está inserto. En este sentido se añade una dimensión ética al desarrollo de las competencias de los/as profesionales médicos/as en tanto ayuden a cumplir la misión social de la medicina y a obtener resultados que puedan ser medibles y comparables en relación con una comunidad en específico. El aprendizaje en contextos comunitarios y el trabajo directo con comunidades concretas también es rescatado como parte de la reforma en el campo de la educación médica. Otro eje que aparece desarrollado como un desafío para la educación médica es el aprendizaje

interprofesional y el trabajo en equipo (Goude y Borrel, 2012). Estos elementos forman parte de los objetivos que se propone el espacio de APOC en el marco de la formación e médicos/as en contextos comunitarios.

Otra de las formas de categorizar las competencias profesionales en la educación médica es a partir de las prácticas de evaluación. Hay un consenso en el hecho de que la evaluación de los aprendizajes de las competencias es considerada una de las prácticas clave para garantizar el logro de las competencias profesionales y también en la necesidad de una implementación de una multiplicidad de métodos (Durante, 2006; Van Tartwijk y Driessen, 2009; Delgado Ramírez y Gómez Restrepo, 2012). En esta dirección el concepto de “sistemas de evaluación” (Nolla-Domenjó, 2009) que implica pensar en un conjunto de herramientas o del uso del “principio de triangulación” (Van Tartwijk y Driessen, 2009) que supone la combinación de diferentes métodos de evaluación a lo largo de la trayectoria del estudiante como forma de trabajo con datos procedentes de diversas fuentes. Por otro lado también es importante incorporar una mirada procesual en tanto la puesta en valor del trabajo puede realizarse a lo largo del tiempo, y no solo está dirigida a estudiantes aislados.

Una de las propuestas más citadas y difundidas en el ámbito de la educación médica es la llamada Pirámide de Miller (1990). Este modelo fue pensado como ordenador de las competencias clínicas que se deben incorporar a lo largo de la educación médica. En la base de la pirámide se encuentra el saber, que representa el componente del conocimiento, lo que el/la estudiante conoce en términos de información o contenido. Es decir la persona en este nivel debe ser capaz de reproducir un conocimiento puntual y los métodos de evaluación más comúnmente citados para ello son los exámenes de opción múltiple escritos y exámenes orales. Sobre la base de la pirámide, en el siguiente nivel, se apoya el saber como. En este nivel se espera observar la aplicación de un conocimiento de la base de la pirámide al poner en práctica habilidades, en este nivel pueden utilizarse métodos de evaluación similares al nivel 1 pero que apunten no solo a la reproducción de contenidos o información, sino que permitan demostrar la utilización de un razonamiento o aplicación en alguna situación hipotética. El tercer nivel de la pirámide es el de demostrar como. En este punto se pretende realizar evaluaciones de desempeño con pacientes en contextos simulados o de laboratorio, lo que ha sido llamado evaluación de la práctica in vitro (Nolla-Domenjó, 2009). En este nivel uno de los métodos de evaluación más tradicionales son los exámenes orales, el llamado caso largo o extenso del modelo flexneriano (Durante,

2006), desplazado actualmente por el Examen Clínico Objetivo y Estructurado (ECO). Este último método ha ganado mucho espacio y supone una combinación de diversos instrumentos para la evaluación de la competencia clínica. Se trata de una prueba con formato flexible basado en la demostración de habilidades específicas con pacientes en escenarios simulados o estandarizados. Finalmente en la cima de la pirámide se encuentra el hacer, el más complejo de todos los elementos del modelo de Miller en tanto supone la observación de estudiantes en contextos reales y es en donde es posible observar los emergentes de la práctica profesional. En este último nivel es en donde podemos identificar la propuesta de APOC en tanto se propone como objetivo el desarrollo de un ciclo en donde la evaluación es parte de todo el proceso. Si bien al final del ciclo, en el tercer año se propone la realización de una evaluación se trata de la incorporación de una mirada constructiva y crítica sobre las experiencias realizadas.

### **Tensiones en torno al rol del médico/a:**

El desarrollo y la implementación de la experiencia de APOC provoca cuestionamientos y tensiones en relación a la enseñanza de la medicina. A lo largo del desarrollo de la misma como parte del equipo docente hemos podido identificar tensiones en los grupos de estudiantes que pudimos evidenciar a lo largo de los encuentros y clases que hemos desarrollado desde el 2017 a la fecha.

Algunas tensiones que hemos podido atravesar nos interpelan como equipo docente y nos llevan a repensarnos. En primer lugar la experiencia de APOC tensiona imágenes y representaciones dominantes del/la médico/a en tanto los contenidos y competencias a desarrollar no encajan en el “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 2003). De esta forma muchas de las características de la biomedicina, como campo de saber, entran en tensión a partir de la práctica concreta en el espacio de APOC.

Esta experiencia implica necesariamente el trabajo en grupo y la necesidad de acordar objetivos de intervención que no están predefinidos de antemano. Al atravesar el proceso de diagnóstico, construcción de problemas, priorización y planificación de intervenciones para llevar adelante en un territorio específico, no hay una trayectoria predefinida de antemano sino que se construye a partir del trabajo en equipo y en conjunto con un tutor/a que facilita en terreno. De esta forma el proceso de aprendizaje en la práctica invita a romper con el individualismo subyacente en los modelos de

enseñanza-aprendizaje tradicionales y con la separación teoría/práctica como característica dominante de la biomedicina (Menéndez, 2003).

Otro punto a subrayar en el marco de las tensiones que despierta esta experiencia residen en el lugar dado al diálogo y a la relación con referentes comunitarios. La vinculación con otros/as no se prioriza solo a través del escenario jerárquico que se verifica en un consultorio o una sala de internación. La escucha que se estimula implica el registro de los problemas y las demandas como parte de un entramado comunitario atravesado por los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Los escenarios en que se llevan adelante estos diálogos presentan la oportunidad para el desarrollo de la escucha activa y la reflexión sobre los discursos de los/as referentes comunitarios en relación a los objetivos del espacio de APOC.

Las tareas a desarrollar a su vez presentan el desafío de la necesidad de una actitud proactiva por parte del grupo de estudiantes que no necesariamente llegan con experiencias previas, ni con conocimiento de los territorios en donde se desarrollan las prácticas del espacio de APOC. En este sentido en muchas oportunidades la ansiedad e incertidumbre forma parte de los obstáculos a superar en el proceso de conformación de grupos de trabajo.

Finalmente la visibilidad de las trayectorias y aprendizajes realizados es una estrategia para fortalecer las propias experiencias de intervención hacia dentro del propio IUHIBA y hacia afuera en la vinculación con instituciones estatales, referentes comunitarios y organizaciones sociales. La transformación de los modelos de atención y de la conformación de los servicios de salud se presenta como un desafío a largo plazo que pretende un ensanchamiento del campo de acción y de las capacidades de los equipos de salud. En este camino encontramos algunos de los pasos e interrogantes que comenzamos a transitar desde hace más de un año y medio. Los interrogantes sobre los resultados, los alcances y la evaluación de esta experiencia educativa nos deja con mas preguntas que respuestas.

**Bibliografía:**

ARNAU FIGUERAS, J., y BRAILOVSKY, C. (2008). Introducción del portafolio formativo como instrumento de tutorización de residentes de Medicina Interna:revisión de una experiencia piloto,2005-2006. RevClinEsp , 208 (9): 447-454. Recuperado en: <http://www.revclinesp.es/es/introduccion-del-portafolio-formativo-como/articulo/S0014256508760168/>

AYALA AGUIRRE, F. y MEDINA AGUILAR, G. (2006). Herramientas de Apoyo: El Portafolio (La experiencia de la Escuela de Medicina de Tec de Monterrey). Educación Médica, 9(Supl. 2), 56-60. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S157518132006000700011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157518132006000700011&lng=es&tlng=es).

BASABE, L. y COLS, E. (2007). Capítulo 6: La enseñanza. En: El saber didáctico. Buenos Aires: Paidós.

BASSAN, N.D y D´OTTAVIO. (2010). Reflexiones sobre cambios curriculares médicos. Revista de Educación en Ciencias de la Salud. 7(1): 7-11. Recuperado en: <https://docplayer.es/10364829-Recs-revista-de-educacion-en-ciencias-de-la-salud.html>

BOCCALATTE, L. (2017) Cambio curricular en Medicina y experiencia pedagógica en el Laboratorio de Práctica Orientada: puntos fuertes, debilidades y estrategias de mejora. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. 38 (2):52-55. Recuperado en: [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/58456\\_52-55-HI2-8-Carta%20al%20editor-C.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/58456_52-55-HI2-8-Carta%20al%20editor-C.pdf)

BOURDIEU, P. (1999). El campo científico. En: *Intelectuales, política y poder* (pp. 75-110). Buenos Aires: Eudeba.

BOURDIEU P. (1997) Espacio social y espacio simbólico.En: Razones Prácticas. Barcelona: Anagrama.

CAMILLONI, A (2001). Modalidades y proyectos de cambio curricular. En: Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

CAMILLONI, A (2007). Capítulo 3: Los profesores y el saber didáctico. En: El saber didáctico. Buenos Aires: Paidós.

CANALEJAS-PEREZ (2010). El portafolio como herramienta didáctica: un estudio en escuelas universitarias de enfermería. EDUC MED, 13 (1): 53-61.

CHAMPIN, DENISSE. (2014). Evaluación por competencias en la educación médica. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 31(3), 566-571. Recuperado en 04 de agosto de 2018, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342014000300023&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342014000300023&lng=es&tlng=es).

COFIÑO, R., AVIÑÓ, D., BENEDÉ, C.B., BOTELLO, B., CUBILLO, J., MORGAN, A., PAREDES-CARBONELL, J.J., MARIANO HERNAN. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?. Gaceta Sanitaria, Vol. 30: 93-98. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org/es-promocion-salud-basada-activos-como-articulo-S021391111630125X>

DELGADO RAMÍREZ, M., & GÓMEZ-RESTREPO, C. (2012). Evaluación en educación médica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 79S-86S. Recuperado en: [Fecha de consulta: 29 de julio de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80625873010>

DURANTE, E. (2006). Algunos métodos de evaluación de competencias: Escalando la pirámide de Miller. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*. 26(2):55-61. Recuperado de: <http://www.saidem.org.ar/docs/Uces2015/Durante.%20Escalando%20la%20piramide%20de%20Miller.pdf>

HUMBERTO DE ESPÍNOLA, B.R. (2000). La educación médica y los cambios en el sector salud. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2000*. Universidad Nacional del Nordeste. Recuperado en: [www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2000/1\\_sociales/s\\_pdf/s\\_015.pdf](http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2000/1_sociales/s_pdf/s_015.pdf)

FORNELLS, J.M. (Sin Fecha). Capítulo 28.1. Portafolio. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut. Recuperado en: <http://www.saidem.org.ar/docs/Uces2015/Fornells%20J%20M%20Portfolio.pdf>

FORNELLS, J.M., JULIA, X., ARNAU, J., & MARTÍNEZ-CARRETERO, J.M. (2008). Feedback en educación médica. *Educación Médica*, 11(1), 7-12. Recuperado en 30 de julio de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S157518132008000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157518132008000100003&lng=es&tlng=es).

GALLI, A. (2006). Aprendizaje basado en problemas (ABP). Recuperado de: <http://www.saidem.org.ar/docs/mbts.php>

GALLI, A. (2009). Situación actual de la educación médica en Argentina. *Educación Médica*, 12(1), 3-5. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S157518132009000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157518132009000100002&lng=es&tlng=es).

GARCÍA, M.H., CARDO MIOTA, A., BARRANCO TIRADO, J.F., BELDA GRINDLEY, C., PÁEZ MUÑOZ, E., RODRÍGUEZ GÓMEZ, S., LAFUENTE ROBLES, N. (2017) Salud Comunitaria basada en Activos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado en: [https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2019/01/EASP\\_SaludComunitariaActivos-FUM-05-12-18.pdf](https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_SaludComunitariaActivos-FUM-05-12-18.pdf)

GOUDE, C. y BORREL, R.M. (2012) Ideas principales de la conferencia *BeyondFlexner: Misión Social de la Educación Médica*. OPS/OMS. Recuperado en: <https://www.observatoriorh.org/ideas-principales-de-la-conferencia-beyond-flexner-mision-social-de-la-educacion-medica>.

JACOVELLA, P. (2015). Reflexiones sobre educación médica. *Inmanencia. Revista Del Hospital Interzonal General De Agudos (HIGA) Eva Perón*, 4(2). Consultado de: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/view/6241/5622>.

MENÉNDEZ, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

MILLER, G.E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65 (Suppl 9): S63-7. Recuperado en 29 de julio de 2018 de: <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>

NOLLA-DOMENJÓ, M. (2009). La evaluación en educación médica: Principios básicos. *Educación Médica*, 12(4), 223-229. Recuperado en 29 de julio de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S157518132009000500004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157518132009000500004&lng=es&tlng=es).

PALMERO, M.L. (2010). La teoría del aprendizaje significativo en la perspectiva de la Psicología Cognitiva. Barcelona: Ediciones Octaedro. Recuperado en: <https://elibros.octaedro.com/appl/botiga/client/img/10112.pdf>

PRADOS CASTILLEJO, J.A. (2005). Preguntas sobre la evaluación de las competencias y alguna respuesta: portfollio. *Atención Primaria*. 36 (1): 3-4. Recuperado en: <https://medes.com/publication/17189>

QUESADA JIMÉNEZ, F. (2006) ¿Qué es el portfollio? En Martínez, J.A.: Documentos de Opinión para Atención Primaria (pp- 61-76). El Tutor de Medicina de Familia. Madrid: SEMERGEN.

RIQUELME, A., BENJAMIN, M., DE LA FUENTE, P., PADILLA, O., BENAGLIO, M.S. y LABARCA, J. (2011). Desarrollo y validación de encuesta de percepción del portfollio en estudiantes. *Revista medica Chile*, 139: 45-53. Recuperado en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000100006)

ROVERE, M. (2014). La educación médica en revisión. *Revista Argentina de Medicina*. 2(3):25-26.

ROIG, H. y LIPSMAN, M. (2015) La evaluación en perspectiva crítica y creativa. Relecturas a los aportes de Edith Litwin para la evaluación del aprendizaje y la enseñanza(pp. 69-80). Revista del IICE/37.

SÁNCHEZ-LEDESMA, E., PÉREZ, A., VÁZQUEZ, N., GARCÍA-SUBIRATS, I., FERNÁNDEZ, A., NOVOA, A. M., & DABAN, F. (2018). La priorización comunitaria en el programa Barcelona Salut als Barris. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 187-192. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112018000200018](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000200018)

SANDARS. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide N° 44. *Medical Teacher* , 31:685-695.

SCHÖN, D. (1992). La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Ediciones Paidós.

SPINELLI, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 6 (3):2753.

TANEVITCH, A.; BATISTA, S.; LLOMPART, G.; ABAL, A.; PEREZ, P.; FELIPE, P.; LICATA, L.; LLOMPART, J.; MORANDO, G. ; DURSO, G. (2014). Estrategias de enseñanza para el aprendizaje significativo de contenidos histológicos y embriológicos en una asignatura de la carrera de Odontología. *U.N.R. Journal*. 2: 1923-1931. Recuperado en: <http://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/3273/103-424-1-PB.pdf?sequence=1>

VAN TARTWIJK, J., y DRIESSEN, E. (2009). Portfolios for assessment and learning.AMEEGuideN° 45. *Medical Teacher*. 31(4) : 790-801. Recuperado en: <http://www.erikdriessen.com/index.php/publications/portfo>

VENTURELLI, J. (1997). Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000. 5. Organización Panamericana de la Salud. Organización Muncial de la Salud. Washington. E.U.A.

VILLA SÁNCHEZ, A. y POBLETE RUIZ, M. (2007) Aprendizaje basado en Competencias. Una propuesta de evaluación de las competencias genéricas. Ediciones Mensajero. Universidad de Deusto. Bilbao.

ZURRO, M.A. (2011). Atención Familiar y Salud Comunitaria. España: Ediciones Elseiver.