

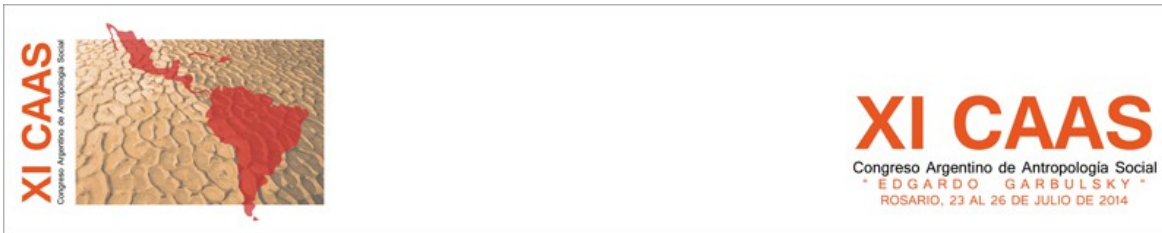
Etnografía colaborativa con profesionales de la salud: estudiando una curricula innovada de Medicina.

Milstein, Diana y Lacarta, Gabriela Lucía.

Cita:

Milstein, Diana y Lacarta, Gabriela Lucía (2014). *Etnografía colaborativa con profesionales de la salud: estudiando una curricula innovada de Medicina*. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/1427>



XI Congreso Argentino de Antropología Social

Rosario, 23 al 26 de Julio de 2014

GRUPO DE TRABAJO

GT 67: "Trabajo de campo antropológico: Desnaturalización de supuestos, producción de conocimiento y modos colectivos de trabajo"

TÍTULO DE TRABAJO

Etnografía colaborativa con profesionales de la salud: estudiando una currícula innovada de Medicina.

1

Nombre y apellido. Institución de pertenencia.

Diana Milstein. Universidad Nacional de la Matanza.

Gabriela Lacarta. Universidad Nacional de la Matanza.

El desafío en sus comienzos

En esta ponencia presentamos las dinámicas de interacción y de interpretación colectiva y los modos colaborativos adoptados para construir datos en una experiencia de trabajo de un equipo interdisciplinario de investigadores que desarrolla un proyecto de investigación con enfoque etnográfico¹, cuyo objetivo es estudiar la puesta en marcha de un currículo de formación de médicos y médicas.

El escenario de dicha investigación es la carrera de Medicina, implementada a partir de febrero de 2012 en la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM), Argentina. Esta Carrera de Medicina es parte de las ofertas del recientemente creado Departamento de Ciencias de la Salud de la UNLaM. El currículo de la misma está encuadrado en el nuevo paradigma de formación de los profesionales de salud (Almeida, 1999; Almeida, Feuerwerker y Llanos, 1999; Arruda, 2001; Barrantes, 1994; Ilizástigui, 1985; Langone, 1995; Luppi, 1997; Ospina Lugo, 2000; Ospina Lugo; Giraldo Samper, y Rendon Valencia 1999/2000; Pera, 1997; Petersen y Bunton 1997; Rodríguez et al, 1991; Venturelli, 2003; Tizon, 2009; Kaufman, 2003; Escanero Marcen, 2007) que ha producido un cambio profundo y radical en el campo de la educación médica². Los estudiantes de esta carrera, de manera similar a los de las otras carreras de esta universidad, residen en su mayoría en el partido de La Matanza y otros aledaños, todos

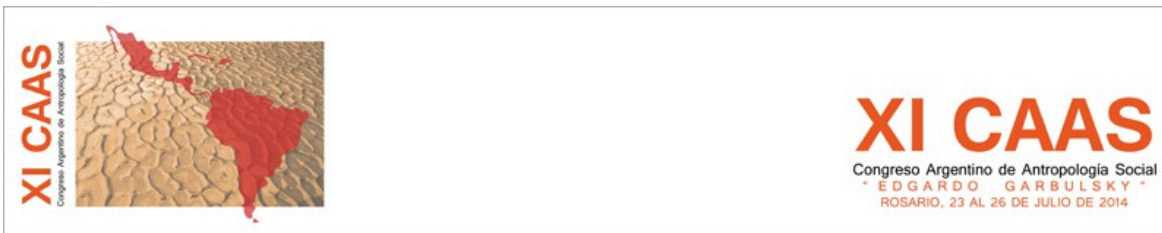
2

¹ El desarrollo de este proyecto está en su segunda etapa. Durante 2012 y 2013 se llevó adelante con el título "La educación médica innovada; cotidianeidad, debates y experiencias educacionales en la implementación de una nueva carrera" (E001), la segunda etapa se desarrolla desde el 2014 con el título "La educación médica innovada. La construcción del cuerpo como materialidad, discurso y experiencia en la implementación de una nueva carrera" (E005). Ambos están dirigidos por Diana Milstein e integrados por un equipo numeroso de investigadores. Ambos están subsidiados por la Universidad Nacional de la Matanza.

² "Este modelo implica el contar con recursos humanos formados y capacitados científica y técnicamente, con una visión integral del proceso salud-enfermedad, con énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, tanto a nivel individual como colectivo, con conocimientos de diferentes problemas de salud de las comunidades a las cuales van a prestar sus servicios. De tal forma que sus acciones estén orientadas a contribuir a mejorar la calidad de vida de sus pobladores" (García, 1995).

situados en el sector oeste del conurbano bonaerense. La Matanza es el partido más extenso y más densamente poblado de la denominada región metropolitana que incluye la Ciudad de Buenos Aires. Su población es de 1,8 millones de habitantes, alrededor del 13% de la población de la región metropolitana. Se trata de un área que presenta serias desigualdades de orden económico, social y cultural, un porcentaje alto de población migrante de países limítrofes y de provincias del interior del país, incluye zonas urbanas –una parte importante con modos de vida precarios y condiciones serias de contaminación- y rurales. De ahí que también resultan importantes las diferencias entre los pobladores en el ejercicio del derecho a la educación y a la salud. La carrera de medicina de la UNLaM se planteó como desafío formar profesionales capaces de responder a las necesidades de esta población. En este sentido, se pensó en una currícula innovadora que tendiera a plantear quiebres frente a la conocida y mentada dicotomía entre aprendizaje académico y competencias necesarias para la práctica médica en los servicios de salud. Para ello, el proceso de formación profesional, incluye un cambio sustancial en las experiencias de aprendizaje de los estudiantes. Se procura enfatizar modos de aprender situados, en pequeños grupos, tutorados, entre pares. Con este mismo propósito, se busca incorporar desde el inicio a las y los estudiantes a circunstancias análogas a las esperadas en una práctica profesional diversificada y compleja. En función de alcanzar estas formas innovadoras de formar médicos, la currícula presenta una serie de propuestas que abarcan desde la incorporación inédita de asignaturas - por ejemplo Interculturalidad y salud y Prevención e investigación acción en salud, en los años de formación básica- la reconfiguración de la mayoría de las asignaturas clásicas de las carreras de Medicina, la diversificación de escenarios de aprendizaje – tales como Campo, tutorías, laboratorios³ - y la incorporación de

³ Campo es el nombre del escenario de aprendizaje en el que los estudiantes en grupos de 10, orientados por un tutor o tutora, toman contacto a través de actividades muy diversas con las prácticas de salud pública en los distintos niveles de atención. Tutorías es el nombre del escenario de aprendizaje en el que los estudiantes en grupos de 10, orientados por un tutor o tutora, desarrollan estudios teóricos a partir de problemas y casos. Laboratorios es el nombre genérico que incluye el conjunto de actividades que realizan los estudiantes en tres



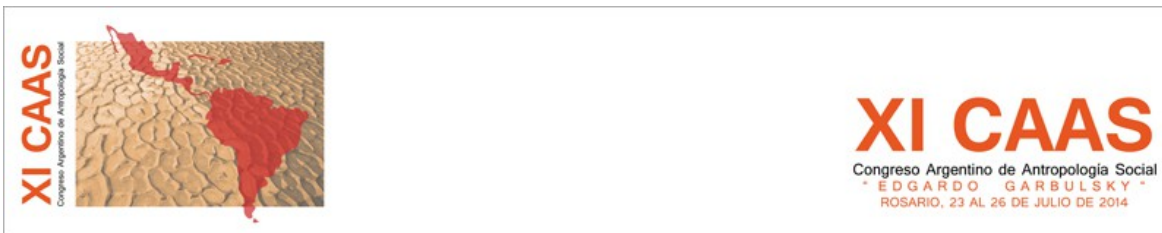
grupos interdisciplinarios de docentes en todas las asignaturas para evitar la tendencia a fragmentar conocimientos y prácticas y para ampliar el horizonte de contacto con experiencias por parte de los estudiantes.

Tomando en cuenta que, como señala Frida Díaz Barriga Arceo (2005), los nuevos modelos y propuestas curriculares que surgieron en los años noventa fueron poco investigados respecto a su puesta en marcha, los modos en que son llevados a la práctica y sus resultados⁴, en esta carrera de Medicina, se optó por acompañar la puesta en marcha de la carrera con un proyecto de investigación de la misma, proyectado y desarrollado por un equipo de docentes de la propia carrera. El problema de investigación apunta a preguntarse sobre cómo acontecen los procesos de cambio que se pretenden producir en la formación de médicos en el primer tramo de la formación básica en esta carrera.

Entre los desafíos que nos planteó este proyecto señalamos dos, por la relevancia que tienen para este trabajo. En primer lugar, la necesidad de explorar modos de descripción y análisis de la combinación de innovaciones contenidas en la propuesta curricular y su puesta en práctica. A sugerencia de la directora del proyecto y con la aceptación del equipo de investigadores, se optó por realizar un estudio etnográfico. En segundo lugar, el hecho que esta investigación se iniciara casi en forma concomitante con la implementación del primer año de la carrera, planteó la exigencia de conformar un equipo numeroso y a la vez, interdisciplinario. Los y las investigadore/as, tenían antecedentes muy variados en investigación, en algunos casos muy escasos y con muy poco conocimiento sobre Etnografía. Así, esta investigación se propuso como parte de sus objetivos consolidar el equipo docente de la carrera, enriqueciéndolo en el terreno de investigación y aportar una experiencia colectiva de formación de recursos humanos para fortalecer un crecimiento adecuado a las necesidades que en la

espacios específicos: laboratorio de habilidades clínicas, de microscopía y de morfofisiología.

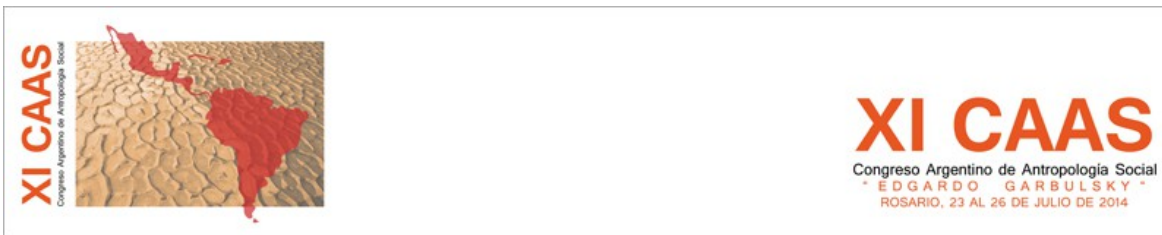
4



actualidad plantea la formación de profesionales de la salud. Este segundo desafío motivó la redacción de este trabajo.

El equipo se conformó con docentes de la carrera que provenían de diferentes formaciones disciplinares (ciencias de la salud, sociales y humanas, diseño y arquitectura). La principal premisa para la conformación del mismo fue el interés en participar de la investigación y de capacitarse en este campo. De los 18 integrantes del equipo, algunos tenían experiencia en investigaciones cualitativas y conocían la etnografía, pero no habían realizado investigaciones con este enfoque. La mayoría de estos integrantes manifestaron interés porque consideraban que una gran falencia de la formación médica era la falta de preparación para la actualización permanente y la investigación, y este proyecto se presentaba como una oportunidad en este sentido. Diana, coautora de este trabajo y directora del proyecto era antropóloga, había realizado estudios etnográficos enfocados a procesos educativos y compartía como un reto interesante esta posibilidad de trabajar con profesionales, que se consideraban no investigadores, reunidos para producir innovaciones profundas en la formación médica. De ahí que uno de los objetivos específicos del proyecto era promover la formación en investigación social de docentes de la carrera de Medicina.

Se aspiraba, de esta manera, a que la experiencia impactara también en el proceso de transformación del cuerpo docente, al incorporarnos a una investigación que nos interpelaba en lo que observábamos, hacíamos y pensábamos, y proponía ámbitos colectivos para problematizar el propio proceso de innovación. Por eso no era extraño que en las reuniones de investigación se entremezclaran diversas temáticas relativas a la carrera que parecían no tener que ver directamente con el proyecto de investigación, pero nos interrogaban, asombraban y confrontaban como docentes, comprometidos todos como estábamos (o estamos) con la implementación de esta currícula. Consideramos que la escritura de esta ponencia es parte de este proceso colectivo. Como se

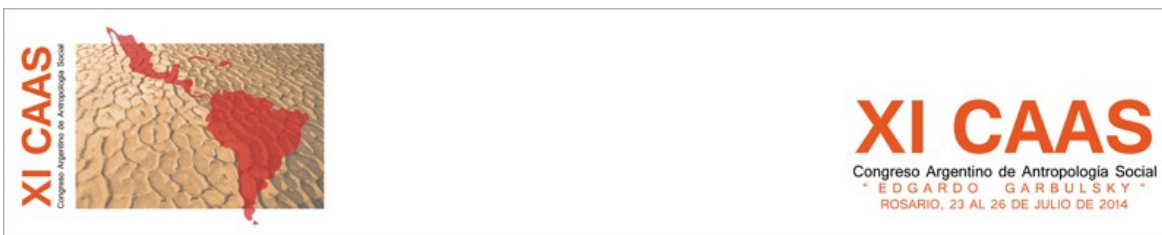


verá en su desarrollo hay fragmentos en que utilizamos la primera persona del plural y otros en singular: habla Gabriela o Diana.

El trabajo colaborativo

Los debates que se han abierto con relación a la colaboración en la investigación etnográfica han girado sobre todo alrededor de las relaciones colaborativas entre los pobladores –llamados habitualmente nativos, sujetos de la investigación o, más clásicamente, informantes- y los investigadores. A través de estos debates se ha puesto en evidencia la relevancia del involucramiento de quienes participan en los procesos de investigación durante el trabajo de campo, el potencial que esta participación tiene para nutrir el pensamiento antropológico y los grados y matices de involucramiento durante el trabajo de campo, en los análisis, en la producción de trabajos –formas de coautoría- así como en los espacios que, siguiendo a Jeanne Rappaport (2007: 198) “abre al proceso de coteorización con los grupos que estudiamos, proveyendo tanto a nuestros interlocutores como a nosotros mismos con nuevas herramientas conceptuales para dar sentido a las realidades contemporáneas”. Desde esta perspectiva, Rapaport-antropóloga estadounidense- llevó adelante sus investigaciones etnográficas, incorporando a activistas de comunidades indígenas colombianas como intelectuales con quienes entablaba conversaciones interpretativas y explicativas de mutuo beneficio.

Esta experiencia inspiró a Diana para imaginar y diseñar estrategias de trabajo colaborativo con el equipo de profesionales de la carrera de Medicina, con quienes puso en marcha el proyecto de investigación sobre educación médica. Esto supuso pensar estrategias para lidiar con la falta de experiencia en investigación etnográfica y para encontrar formas de diálogo orientado por las ganas de participar en una interpretación conjunta, que aprovechara los conocimientos y perspectivas críticas de los integrantes del equipo. Esto último fue



fundamental desde las primeras reuniones, dado que las formaciones disciplinares y profesionales diversas, podían operar reproduciendo relaciones de autoridad consolidadas en los equipos de salud. A la vez, la presencia de una única voz autorizada como antropóloga, que además tenía por función dirigir el proyecto, podía también operar encuadrando el conjunto de perspectivas dentro de la Antropología, subordinando otras miradas, enfoques y perspectivas de análisis.

El punto crucial era encontrar estrategias adecuadas para desarrollar una investigación, donde el diálogo y la colaboración fueran ejes que atravesaran el conjunto de tareas durante todo el proceso, sin producir divisiones en las tareas y fragmentaciones en la construcción de conocimiento. En ese sentido, Diana imaginó un proceso continuo donde el diálogo interdisciplinar y las experiencias académico culturales diferentes estuvieran presentes de manera constante. En tanto las distintas formaciones disciplinares constituyen en las personas diferentes modos de percibir e interpretar los fenómenos, apoyándose en los diálogos se potenciaría el estudio, a la vez que generaría encuentros de miradas y puntos de vista y disonancias entre las mismas. Así, la participación integrada en el equipo de diferentes puntos de vista permitiría profundizar la mirada utilizando las distintas categorías construidas a través de los años por diferentes disciplinas y profesiones y enriquecer el proceso de investigación en las diferentes etapas.

En una de las primeras reuniones del equipo de investigación, Diana propuso que cada integrante contara qué lo motivaba a participar de esta investigación. Ciertamente, el interés común era la motivación por reflexionar en torno a la nueva currícula que comenzaba a implementarse y el gran entusiasmo que producía formar parte de esta experiencia, considerada muy singular al compararla con sus experiencias como estudiantes, profesionales y en ciertos casos, docentes. Este fue un punto de encuentro que permitió plantear que, con este proyecto, se abría el camino hacia otra experiencia. Era otra porque intentábamos encontrar modos que nos permitieran formular interrogantes sobre

nuestras vivencias como docentes y recuperarlas y describirlas para comprender en qué consistía la innovación que llevábamos a cabo.

Pensar las propias vivencias como extrañas, objetivarlas e interrogarlas fue y sigue siendo una dificultad para todo el equipo. Muchos de los integrantes del equipo expresaron que venían esperando una oportunidad para poder hacer investigación, pero esperaban lineamientos metodológicos, hipótesis certeras, adjudicación de tareas y actividades precisas. Varios de los médicos del equipo manifestaron que no se sentían capacitados para investigar y fundamentaban esta apreciación, como parte de una suerte de carencia en la formación de grado y de posgrado y en el ejercicio profesional. “Los médicos contestamos, no nos preguntamos”, afirmó uno de los integrantes. “Los médicos no leemos”, agregó otro, “y escribimos muy poco”, completó otra. Ante esta situación la mayoría coincidió en que necesitaban tener un aprestamiento previo al desarrollo del proyecto.

8

Diana propuso que todos leyeran un trabajo de Rosana Guber -“Etnografía. Método, campo y reflexividad”- y también planteó la necesidad de comenzar a documentar como una manera de aprender a investigar. Propuso que los integrantes del equipo comenzaran a realizar registros escritos de situaciones en las que estuvieran participando como docentes, observadores, tutores, acompañantes, etc. Las anotaciones y registros fueron leídos y comentados en reuniones grupales. Estas reuniones resultaron muy importantes para generar confianza, porque se analizó sobre todo el punto de vista de los investigadores y los supuestos que abrían y cerraban posibilidades para mirar y escuchar. Al mismo tiempo hacíamos hincapié en encontrar en los documentos escritos por estos investigadores aquello que provocaba cierta sorpresa, perplejidad.

Por ejemplo, una investigadora se extrañó de sí misma al leer el registro que había escrito. Sin darse cuenta, había asumido un lugar de evaluadora de lo que veía y escuchaba y al leer su escrito pudimos discutir los supuestos que orientaban esa mirada evaluativa. Además, a partir de las preguntas que le

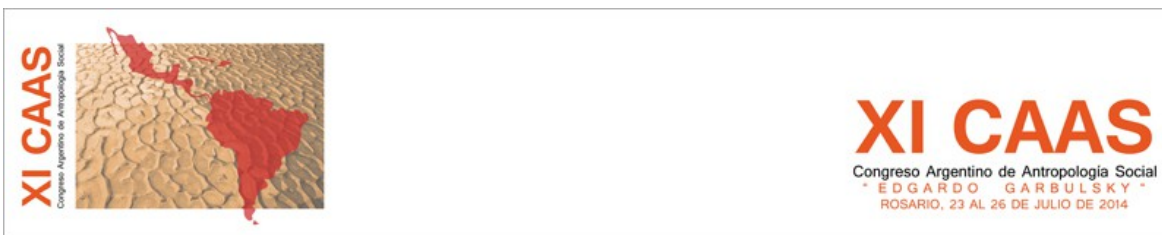
hacíamos los demás para tratar de imaginar la situación que había registrado, ella pudo contar todo lo que había visto y escuchado y no estaba escrito. Una parte importante de lo no escrito, pero contado en el diálogo con el equipo, nos hizo ver la relevancia que tenían los comentarios no registrados de los estudiantes durante esa situación de clase, porque parecían situarse “fuera de tema”. La tarea de leer y analizar registros permitió también entender para qué servían estos documentos.

Algunos investigadores se sorprendieron por la variedad de formas de escritura y no lograban comprender cómo podían aceptarse documentos tan diversos. Parecía “poco seria” una investigación científica que no contara con un formato que unificara la documentación. Y parecía que contar con un formato estandarizado daba tranquilidad a los investigadores ¿De dónde surgía esta necesidad de estandarizar formatos? ¿Qué experiencias sostenían este punto de vista? Estas preguntas primero sorprendieron a los investigadores, pero después abrieron un diálogo que giró alrededor de experiencias profesionales, de las dificultades que implicaban sostener situaciones de incertidumbre dado que “nos hemos acostumbrado a trabajar con certezas” y de los supuestos sobre lo que era investigar: “no tenemos instrumentos para recolectar datos y no entiendo cómo puede ser que cada uno arme el suyo como se le ocurra”. Estos, así como otros modos de reflexionar con los puntos de vista y las concepciones de los integrantes del equipo fueron y son el motor del trabajo colaborativo. La riqueza de la colaboración está en las posibilidades de interactuar con la alteridad al interior del propio equipo de investigadores sin intentar superar contradicciones. Más bien se trata de explicitarlas, ponerlas en tensión y analizar cómo constituyen las realidades que estudiamos. Recorriendo este camino era posible que el proceso de colaboración permitiera que cada uno de los integrantes encontrara, a través de su exploración, el modo de construir la pregunta antropológica, tarea central para llevar adelante este proyecto. Requeríamos que cada uno de los integrantes del equipo, acompañado por modos colaborativos de trabajo, pudiera enunciar preguntas por los aspectos singulares y por la totalidad del proceso de enseñanza

y aprendizaje que estábamos protagonizando y estudiando. Necesitábamos también entender los procesos que estudiábamos como propios, familiares y como extraños. La lectura y discusión colectiva de los registros resultó un buen entrenamiento para aprender a jugar con las distancias y las cercanías y para generar preguntas por significados, formas, transformaciones en las que al estar implicados como docentes, resultaban difíciles de apresar.

En este proceso, por ejemplo, Tomás –médico pediatra- describió el aprendizaje en el escenario Campo como “El cuerpo vivo en el proceso de la cercanía. La aproximación inicial de poner el cuerpo vivo, en y con la comunidad se produce en el laboratorio de habilidades clínicas, donde los estudiantes aprenden sobre y con sus propios cuerpos vivos. Luego se completa con las experiencias en Campo. Sucede allí el encuentro corporal- vivencial-comunicativo con la comunidad y los pacientes que la integran. El aprendizaje, se completa poniendo el cuerpo. Esta inmersión del grupo de estudiantes en la comunidad, desencadena en forma progresiva y constante un proceso de acercamiento que denominamos el proceso de la cercanía. El concepto de cercanía está relacionado directamente con la actitud que toman los estudiantes en el desarrollo de sus actividades dentro de la comunidad y el centro de salud. Es una actitud que dinamiza el contacto interhumano entre tres colectivos que son: la comunidad de estudiantes, el centro de salud u hospital y la comunidad de personas que desarrollan su vida en el escenario.” El término cercanía le permitió a Tomás comprender el aprendizaje en Campo como un proceso de familiarización para los estudiantes.

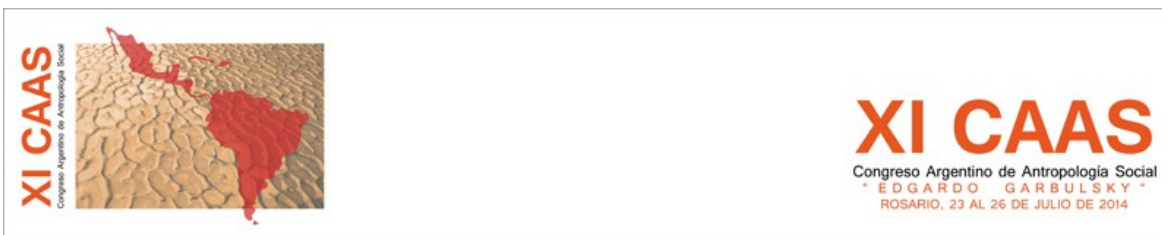
Así, las experiencias condicionaban los modos de registro. Dar lugar a que cada uno experimentara con su escritura, permitía conocer el lugar, el punto de vista, la perspectiva, desde donde cada uno percibía e interpretaba. Esto provocaba que los investigadores se encontraran en lugares, puntos de vista y perspectivas comunes, lo que permitía objetivarlas para poder tomar distancia de



las mismas. Y, al mismo tiempo, ir comprendiendo la importancia de registrar “todo”, o más bien, evitar descartar de antemano acciones, objetos, diálogos, etc.

Otro tipo de diálogos que generaban estas discusiones sobre las observaciones y las experiencias que cada uno iba teniendo, era sobre la propia currícula. Mientras se realizaba un entrenamiento en observación, registro y análisis para construir datos, se problematizaba la propia marcha de la currícula, es decir se elaboraba conjuntamente preguntas cada vez más cercanas al campo de la educación médica. Otras veces sucedía que la reunión de investigación se convertía en reunión de planificación de actividades, de evaluación del proceso. Todo esto era inevitable ya que el equipo estaba conformado por docentes y, el encuentro como investigadores, también era ocasión para enterarse cómo se iba implementando la currícula, qué sucedía en cada situación de clase.

Como reflexiona Gabriela al pensar en la experiencia colectiva. Todos nosotros seguimos estando inevitablemente enmarcados en determinadas coordenadas personales que conforman nuestros registros y nuestras reflexiones, pero nuestra mirada fue cambiando a lo largo del proyecto. En las primeras reuniones analizamos juntos registros y a lo largo del proyecto esta práctica se fue repitiendo en pequeños grupos. Luego comenzamos a reflexionar sobre los registros, entre todos al principio y en esos pequeños grupos luego. Al ser docentes e investigadores al mismo tiempo reflexionamos sobre nuestra propia práctica y podíamos pensar también, cómo modificarla. Podíamos palpar el impacto de la currícula en vivo y en directo. Podíamos compartirlo y entusiasmarnos con esto. “Se trata, entonces, de pensar la Formación Profesional como una «ecología de la acción»; un proyecto de investigación que se mantiene vigilante durante el proceso de creación organizacional de saber, de forma que la información que se vaya obteniendo del sistema, nos permita cuestionar, alterar, modificar o reconstruir lo planificado”(Fernández Rodríguez, 2009:41)



El escenario Campo y la construcción colaborativa de una interpretación

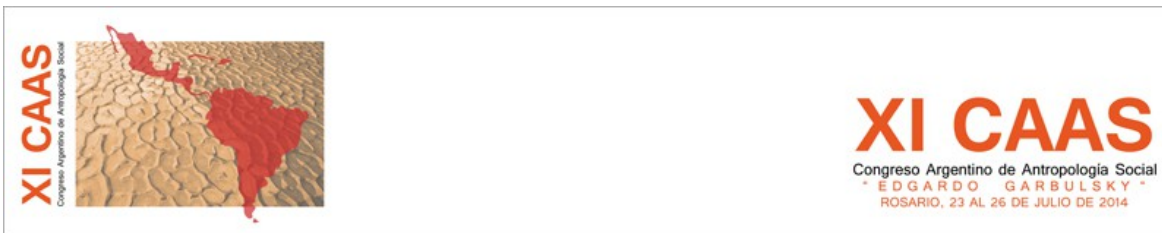
Gabriela decidió ir a realizar observaciones al escenario Campo, en el cual no participaba como docente. El escenario Campo desarrolla sus actividades en Centros de Salud, escuelas, otras instituciones barriales, calles, plazas y casas de familia. Los estudiantes se agrupan en comisiones de 10 coordinadas por un/a tutor/a que es docente de la carrera de Medicina y profesional de salud del Centro de Salud de referencia. Las actividades se desarrollan durante cinco horas matutinas una vez por semana. Durante el primer año de la carrera hubo doce comisiones trabajando en siete lugares diferentes.

Diana le propuso trabajar junto a Tomás que también estaba interesado en entender la innovación tal como se produce en Campo, pero a diferencia de Gabriela, él era docente de este escenario y participaba desde el inicio en la organización del equipo que coordina este equipo de trabajo. Tomás es médico pediatra desde hace más de tres décadas. Gabriela es médica psiquiatra desde hace menos de una década. Ambos son docentes de la carrera de Medicina por primera vez.

Cuenta Gabriela:

Durante nuestro primer encuentro, Tomás me contó cuál era su idea para el escenario, qué actividades estaban planificando. Aporté mi mirada, mis opiniones. A ambos nos convocaba el escenario. A Tomás le interesaba particularmente el encuentro entre los estudiantes y la comunidad. Ese espacio que él llamaba el nivel cero de atención⁵. De ese primer encuentro llevamos una propuesta sobre campo a la reunión de investigación. Esta propuesta se basaba fundamentalmente en preguntas y en un cronograma para comenzar a realizar observaciones. Las

⁵ Se denomina primer nivel de atención en salud al conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados para resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de una población dada. Este primer nivel es considerado la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. El nivel 0 considera a todas las personas que no ingresan en este primer contacto con el sistema de salud



preguntas eran las siguientes: ¿Cómo se modifican los estudiantes luego de participar de actividades comunitarias? ¿Qué diferencia este tipo de experiencias (o estas vivencias) con la comunidad de las experimentadas dentro de los centros de salud/ hospitales? ¿Cómo se modifica la comunidad con este tipo de actividades?

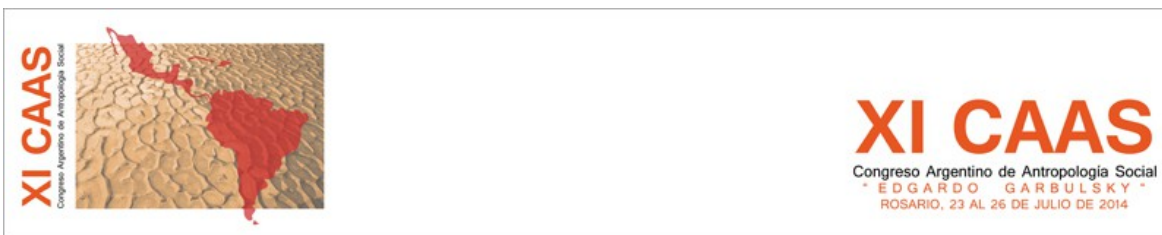
Nos propusimos comenzar con dos observaciones cada uno y compartir los registros en las reuniones de investigación. Realicé las observaciones, tomé notas y Tomás acercó como material los cuadernos de campo de los estudiantes. En estos cuadernos los estudiantes registran las actividades semanales que realizan en Campo. Compartimos los registros en las reuniones y la lectura desató diálogos y preguntas por parte de otros integrantes del equipo. A mí me ayudó especialmente a estar más atenta sobre lo que observaba. También continuamos reuniéndonos con Tomás. Leíamos juntos los registros nuestros y los de los estudiantes. Discutíamos en base a lo que leíamos. Eran charlas de reflexión en torno al escenario, íbamos encontrando términos recurrentes que nos orientaban por donde seguir: encuentros, descubrimientos, aprendizaje reflexivo. En una reunión de equipo nos detuvimos en el término *encuentro* y nos propusimos indagar ¿en qué consisten los encuentros en los que se aprende y se enseña en Campo? Releímos las notas que habíamos tomado en las que los estudiantes se referían a estos encuentros y había comentarios como estos:

“Se modificaron de buena forma mis relaciones, habilidades y capacidades. Logramos hacer buen trabajo en equipo, que es fundamental. Mejoramos la relación y la comunicación entre nosotros. El buen trato con nuestros pares nos sirve a futuro como profesionales, para el buen trato del paciente. En lo que respecta a comportamiento y relaciones interpersonales, también crecí mucho en el sentido de que confío en las capacidades de los demás a la hora de tener dudas, realizamos intercambios de conocimientos productivos. Y mis capacidades aumentan cada día al aprender cosas nuevas”.

“Fue impactante porque pude darme cuenta de cosas que suceden cerca del lugar en el que vivo y que antes de la visita a ese lugar no sabía que pasaban. Siempre viví en LaFerrere y hasta ese día nunca supe que hay barrios en los que cuando llueve se inundan y se destruyen las casas de muchos vecinos, teniendo éstos que ser evacuados. Me impactó tanto el relato de estas personas que después busqué en internet noticias sobre inundaciones y pude ver que esto es un tema grave”.

“La que más me impactó fue una entrevista en sala de espera con un paciente diabético, donde le pregunté una serie de cuestiones relacionadas con la institución y él me contestó que padecía de diabetes tipo I. Por esto le comento de los talleres Prodiaba y de la Podóloga que asiste al centro para pacientes diabéticos, con el fin de facilitarle un servicio que podría serle de mucha ayuda. Pero el señor muy fastidiado, me contestó que aunque él tuviera diabetes tiene que trabajar porque la situación del país no lo favorece y mucho menos su jubilación mínima, y que aunque se sienta mal no puede dejar de trabajar para asistir a un taller o a una asistencia de salud. Esto me shockeó mucho porque de por si me generaba mucha vergüenza de alguna manera acercarme a la gente de la sala de espera por miedo a molestarlos y esto me dejó fría, pero pude aprovechar la situación pensándola desde que es la realidad del sistema de salud, que existan personas que no pueden asistir o que no les interesen por diversas razones, pero no por eso hay que dejar de crear servicios o asistencias a quienes lo necesitan”.

Estos y otros comentarios de los estudiantes nos ayudaban a entender en qué consistían esos encuentros y a la vez impactaban nuestro propio proceso de aprendizaje como investigadores. Della Freeth (Freeth, 2010) considera que las teorías sobre aprendizaje resaltan la importancia motivacional del *gap* entre lo que la gente cree saber y lo que la gente piensa que necesita saber. Los estudiantes en Campo nos permitieron ver, en ocasiones, ese *gap* y esto estimuló “descubrimientos” que vivimos con ellos no por estar ahí, sino por crear las



condiciones para desarrollar un ámbito reflexivo con ellos que nos y los enriquecía. Ahí estaba el valor educativo que nos sugirió que el término *encuentro* no sólo daba significado a lo que sucedía en campo, sino también a lo que nos sucedía como investigadores.

Dándonos una licencia para hipotetizar, podríamos pensar que en los primeros momentos de la llegada de los estudiantes a los centros de salud, los profesionales de los mismos creían que los estudiantes eran demasiado jóvenes y que iban desde la perspectiva clásica a aprender, como “tablas rasas” a incorporar conocimientos. “Muchos médicos piensan que los chicos de primer año no deberían venir al centro de salud porque no tienen base”, comentaba el director de un centro de salud, antes de comenzar a recibir estudiantes. Pero la realidad que nosotros vimos con Tomás fue diferente. Cada estudiante iba a la práctica con su cuaderno de campo en donde anotaba sus observaciones y sus sensaciones. Claramente sus escritos mostraban no sólo lo que aprendían, sino también lo que ya sabían. Cooke, Irby y O’Brien (2010) consideran que la formación profesional ocurre a través de la relación con los pacientes y que dicha relación involucra, desde los primeros momentos de la carrera hasta la práctica profesional, experiencias que quedan fijadas, con emociones intensas o resolución de puntos de vista conflictivos o dilemas éticos. En estas relaciones intensas de colaboración se produce el saber. Vimos así que *encuentros* se iba constituyendo en una categoría que ayudaba a pensar un aspecto de la innovación que estábamos estudiando.

15

El Laboratorio de Habilidades Clínicas y el cuerpo

Ricardo es médico clínico neumonólogo desde hace aproximadamente cuatro décadas. Fue profesor de otra carrera de Medicina, en su especialidad, por más de treinta años. En esta carrera es profesor del Laboratorio de Habilidades Clínicas y nunca había estado a cargo de una actividad como esta.

En el Laboratorio de habilidades clínicas los estudiantes a través de la simulación de acciones asistenciales, la observación y el análisis de las mismas, desarrollan habilidades y destrezas técnicas y comunicacionales propias de la práctica médica. Muchas de estas simulaciones las realizan los estudiantes utilizando modos teatralizados en los que, alternativamente, actúan como médicos, pacientes y público. Durante una de las reuniones del equipo de investigación, Ricardo mencionó un episodio que le había sucedido con una alumna el primer año durante una clase en el laboratorio, que lo había conmovido mucho. Tiempo después lo relató:

“Inicialmente me encontré con un grupo de jóvenes, predominantemente, diría interesados, atentos, que compartían conmigo la falta de experiencia previa en trabajar en este espacio. Rápidamente se estableció un buen diálogo con los estudiantes y los docentes y empezamos a trabajar en un ambiente, "prestado", laboratorio de enfermería y que resultaba por un lado pequeño, pero por otro, disponía de espacios pasibles de ser usados con cierta privacidad que inicialmente fueron útiles y a los que algunos grupos de alumnos y alumnas accedían, en forma preferencial, independientemente del género, pero los hubo solo de hombres y solo de mujeres y otros que fueron mixtos o trabajaron en ambiente amplio y de mayor visibilidad. Prontamente en la actividad práctica se comenzó a experimentar que en el desarrollo de la misma los estudiantes comenzaron a reconocer, observar, palparse entre sí. En uno de esos prácticos, desde un grupo de estudiantes, una alumna me requirió diciendo que no encontraba su pulso femoral!. Yo le indiqué el sitio y cómo palparlo mostrándole su ubicación luego de palpar yo mismo su pulso femoral. Minutos después me dije que lo que acaba de hacer era una experiencia inédita en mi vida y que naturalmente actué como quien le muestra a un estudiante como palpar el pulso femoral en un paciente pero, en realidad, había yo palpado la arteria de la alumna y pensé que ello requería de una explicación para evitar malos entendidos en el futuro. Al cierre de la actividad lo comenté con el grupo entero de estudiantes y

docentes de ese día y los insté a que en el futuro tomemos la actividad con la idea de "como sí" estuviéramos en un consultorio médico donde profesionales médicos hombres o mujeres examinan y tienen contacto físico con pacientes independientemente de su género. Comenté en la reunión de referentes [reunión de profesores responsables de cátedras] el tema y se habló del mismo habiendo parecido correcto mi comentario. Desde ese momento puse atención en ese aspecto- del contacto físico entre los alumnos y de docentes con los alumnos- y empecé a observar con mayor detenimiento ese aspecto de la tarea. Las actividades programadas fueron haciéndose más complejas al avanzar los temas y requiriéndose más y más frecuentemente el contacto físico entre los estudiantes.”

Cuenta Diana:

17

Durante las primeras conversaciones que tuvimos con Ricardo advertí que este episodio era singular para nuestra investigación porque había despertado un gran asombro en él mismo. Como si la situación vivida, una vez que había superado la posibilidad de lo que él llamó un mal entendido, le permitía a él y al equipo palpar un punto nodal en la formación de los médicos. Este modo de enseñar a palpar la arteria femoral para aprehender el pulso estaba para mi, antropóloga y extranjera entre los médicos, muy vinculado a una dimensión corporal de la innovación en esta currícula.

Ricardo también se preocupó por entender más acerca del episodio que había registrado. Le interesaba particularmente saber más acerca del cuerpo y el contacto físico. Le sugerí que leyera textos sobre lenguaje corporal y proxemia y se interesó sobre todo en un libro clásico de Edward Hall (1972), en el que analiza la comunicación humana focalizando y conceptualizando el uso y la percepción que hacemos del espacio físico, la intimidad en los juegos de interacción social. Como él comentó, la lectura lo llevó a entender situaciones de la vida cotidiana más allá de las clases en laboratorio. Y también a tratar de comprender, en

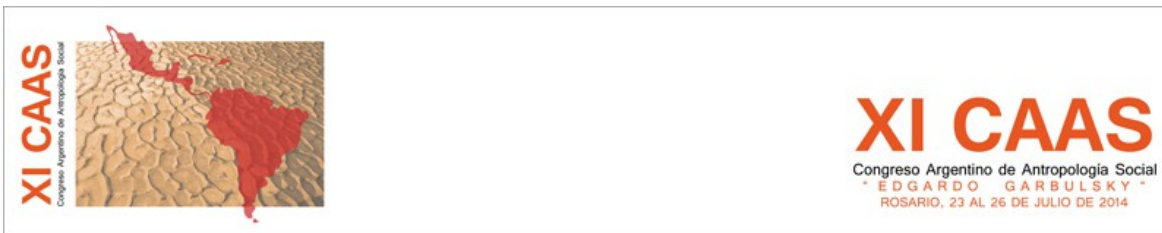
términos de Ricardo, “cómo se producen hechos con ciertas semejanzas y cómo, sin advertirlo, sus protagonistas se comportan ante el hecho que ocurre naturalmente, en la actividad habitual”.

El laboratorio de habilidades clínicas era, además de un espacio donde el aprendizaje se desarrollaba en situaciones del “como sí”, un espacio donde era posible registrar procesos de naturalización de actividades que para los médicos son habituales. El proceso de desnaturalización/extrañamiento de una actividad que Ricardo realizaba habitualmente con los pacientes, al ponerla en práctica en una interacción social diferente –en lugar de médico /paciente, profesor/alumna – pudo objetivar la importancia del contacto físico y la comunicación corporal en la formación de un médico/a.

El tema tal como se estaba interrogando interesó a varios integrantes del equipo. Ricardo continuó pensando en el tema, filmando situaciones de clase y haciendo entrevistas a los estudiantes para conocer los modos en que experimentaban los *comos si* del laboratorio.

Dos investigadoras del equipo –Alicia y Mirta- comenzaron a leer otros materiales sobre el tema y a observar y registrar clases en el laboratorio. Sus primeras descripciones las llevaron a considerar que “la incorporación a la currícula de un espacio en encuentro dialogal con el cuerpo concretizaría la valiosa posibilidad de experimentar y encontrarse con el cuerpo vivo como el eje sobre el que se construyen los saberes; además reportaría la capital experiencia de encontrar el sentir y el pensar actuando conjuntamente como motorizadores de los procesos de enseñanza –aprendizaje, sumado a la invaluable posibilidad de concretizar la promoción de enfoques menos limitados que posibiliten en los futuros profesionales de la salud un mejor ejercicio del rol; al tiempo que habiliten el pasaje de actividades psicoterápicas de enfermo - curación a objetivos psicosigiénicos de mayor envergadura, trascendencia y significación”.

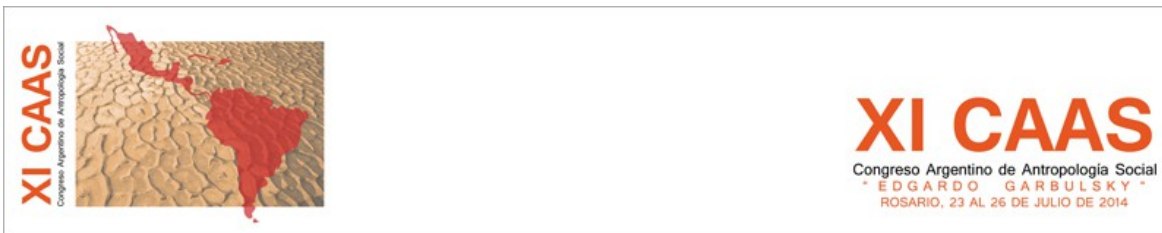
Otras dos investigadoras –Clarisa y Lilia- que estaban observando clases tutoriales notaron que en sus registros “los estudiantes ponían mucho el cuerpo”, a



pesar de tratarse de clases “teóricas”. Se apoyaron en la lectura de los registros para describir “cómo emergen las narrativas con y sobre el cuerpo en las que los estudiantes anclan sus saberes para estudiar y analizar los problemas que les presentan en las tutorías, para sensibilizarse con los problemas, para construir nuevos saberes”.

Gabriela contó que una clase tutorial del escenario Aprendizaje Basado en Problemas en la que ella participó se convirtió sin que nadie lo previera en un “pequeño laboratorio de habilidades clínicas, en donde, sobre una mesa convertida en camilla, un estudiante hacía maniobras sobre el cuerpo de otro como si evaluara un cuadro meníngeo, mostrando en qué posición debía realizar una punción lumbar... El recorrido nos lleva a poner el cuerpo, por ahí seguimos investigando y reflexionando.

El interés creciente que fue tomando el tema del cuerpo vivo era muy sugerente. Desde el momento en que había ingresado como profesora e investigadora en la carrera de Medicina, había escuchado en oportunidades diferentes que en esta carrera no se comenzaba a estudiar con cadáveres y los argumentos que se esgrimían tenían que ver con formar “médicos humanistas”. Sin embargo, no había hasta el momento nada desarrollado sobre los modos de aprender con y en los cuerpos. Mis trabajos de investigación habían comenzado a fines de los años 80 interesada en los cuerpos de los niños de escuela primaria y me re encontraba, 24 años después, con los cuerpos de los estudiantes de Medicina. Retomé escritos, trabajos, notas y busqué bibliografía y antecedentes. Lo más llamativo fue que hasta el momento no encontré ningún trabajo de educación médica innovada que incorpore las dificultades implicadas en los modos de estar y narrar los cuerpos, ni la problematización del cuerpo como objeto de conocimiento, ni las representaciones del cuerpo, para la formación médica.



Cierre provisorio

Este trabajo muestra el recorrido que fuimos haciendo el grupo de investigadores que al mismo tiempo somos los docentes de esta carrera de Medicina. Este proyecto nos va acompañando en nuestros pensamientos, en nuestras reflexiones sobre los espacios de enseñanza aprendizaje. Investigación y práctica docente se van constituyendo como dos facetas de una misma experiencia, que se intercambian y modifican mutuamente. “Cada vez se va poniendo más el cuerpo, cada vez se van integrando más los espacios, los estudiantes los integran, en sus propios cuerpos y nosotros docentes también”, comenta Gabriela.

Con este equipo de investigadores podríamos haber organizado un trabajo colaborativo del tipo complementario. Es decir, una colaboración basada en la complementariedad de las experticias, los conocimientos disciplinares y los roles de cada integrante a través de una división del trabajo que intenta aprovechar al máximo las posibilidades profesionales y cognitivas de cada uno de los miembros del equipo. Esta forma de trabajo colaborativo podría haber sido rápidamente incorporada, porque es afín a los modos en que trabajan los equipos de profesionales en atención primaria de la salud (APS). La opción por la Etnografía produjo la posibilidad de desarrollar otro tipo de colaboración en la que todos los investigadores se involucran en el proceso completo de investigación. Esto permitió que algunos de los investigadores experimentaran el proceso de interrogar/problematizar, documentar, construir datos, analizarlos y describir/narrar con otros sin fragmentar las acciones y la producción de conocimiento, ni distribuirse partes del trabajo. La experiencia está en marcha y esperamos poder avanzar con análisis sobre el trabajo colaborativo que impacten también en las discusiones sobre la colaboración en los equipos de salud.

Bibliografía

Almeida, M., Feuerwerker, L., Llanos C., M. (1999). "La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica: teoría y práctica de un movimiento de cambio". São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial

Arnold, Denise. (1992). "La casa de adobe y piedras del inka. Género, memoria y cosmos en Qaqachaka". En D. Arnold, D. Jiménez y J. D. Yapita (Eds.), Hacia un orden andino de las cosas. La Paz: HISBOL/ILCA.

Arruda, B. (2001). "A educação profissional em saúde e a realidade social". Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP. Ministério da Saúde

Cooke, M. Irby D. O'Brien B. (2010). "Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency". San Francisco: Ed. Jossey-Bass.

21

Díaz Barriga Arceo, F. (2005) "Desarrollo del currículo e innovación: modelos e investigación en los noventa". En: Perfiles educativos N°27(107): 57-84. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982005000000004&lng=es&tlng=es consultado el 17 de junio de 2014.

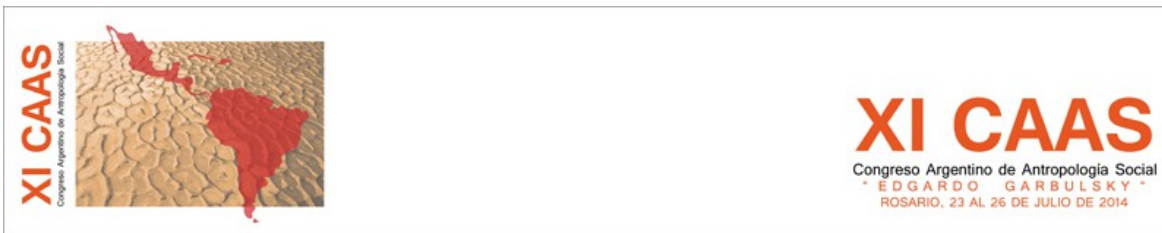
Fernández Rodríguez, Eduardo (2009). "Aprendizaje experiencial, investigación-acción y creación organizacional de saber: la formación concebida como una zona de innovación profesional". En: REIFOP N°12 (3): 39-57

Freeth, D. (2010). "Interprofessional education". En Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice. Oxford: Ed. Swanwick, p.53-68.

García, Orlando (1995) "Una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud". En: Boletín Médico de Postgrado N°2(11). Ed. Decanato de Medicina Barquisimeto-Venezuela.

Hall, E. (1972). "La dimensión oculta". México: Siglo XXI.

Ospina Lugo, J. E. [et al.] (1999-2000). "Las facultades de medicina en Colombia: 1980-1998 características". 1a ed. Santafé de Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME



Ospina Lugo, J. E. [et al.] (2000) "Recurso humano en medicina: formación, distribución y bases para una propuesta política". Santa fe de Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME

Petersen, A. y Bunton, R. (eds) (1997). "Foucault, health and medicine". New York : Routledge,.

Pera, C. (1997) "La formación de las actitudes en la educación del médico" en *Jano*, N° 1207 (52).

Rappaport, Joanne (2007). "Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía en colaboración". En: *Revista Colombiana de Antropología*, N° 43: 197-229.

Rodríguez, M. I. [et al.] (1991). "Formación en salud: la articulación del conocimiento básico". Lima: Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP, impresión.

22

Tizón JL (2009). "Sobre la formación integral del médico: aportaciones de las primeras Jornadas estatales de estudio y reflexión sobre el tema". En: *Ediciones Médicas* N° 12 (4): 209 – 221.

Venturelli, J. (2003). "Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos". Washington: OPS.