



# **12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

## **La Plata, junio y septiembre de 2021**

GT60: Debates y problemas teórico-metodológicos en antropología de la salud

### **Construcción del proceso salud – enfermedad –atención en la Carrera de Medicina de la UNS. Aportes desde un enfoque etnográfico de los espacios de aprendizaje (ABP).**

Quiroga, Ana Florencia. Dpto. Economía y Dpto. Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur (UNS). [ana.flor.quiroga@gmail.com](mailto:ana.flor.quiroga@gmail.com)

Noceti María Belén. Dpto. Economía, y Dpto. Ciencias de la salud, Universidad Nacional del Sur (UNS) - Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS) CONICET. [mbnoceti@uns.edu.ar](mailto:mbnoceti@uns.edu.ar)

#### **Resumen**

El siguiente trabajo forma parte de un Proyecto de Grupo de Investigación (PGI) denominado “Caracterización antropológica de los procesos de salud-enfermedad-atención en el contexto de formación de médicos de la Carrera de Medicina, UNS”, subsidiado a través de la Secretaría General de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional del Sur (UNS). En esta ponencia presentamos resultados parciales de una etnografía realizada en espacios hospitalarios vinculados a la Carrera de Medicina de la UNS, centrada en el análisis de la construcción médica del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA), en el contexto de escenarios de aprendizaje en las rotaciones médicas, del Ciclo de Desarrollo Profesional, correspondiente al 4to año de la Carrera. El trabajo de campo se realizó en dos etapas, entre los años 2018 y 2019, en dos hospitales de la ciudad de Bahía Blanca, donde se implementan espacios de aprendizaje. Implicó la observación, con

distintos grados de estructuración y participación, de la dinámica de la resolución de casos clínicos que transcurre en tales escenarios de aprendizaje. La unidad de análisis seleccionada fue el caso clínico y las maneras en que el mismo es construido. En tanto que la unidad de estudio refirió al encuentro de aprendizaje basado en problema (ABP) correspondiente a cada espacio de aprendizaje de rotación por los servicios. Se analiza la configuración de una situación de salud enfermedad en problema de resolución médica, la delimitación espacio-temporal de la presentación del caso, y criterios y atributos de la situación seleccionados durante la definición de diagnósticos y planes de tratamiento. Se discuten valores y limitaciones de la técnica de observación participante como estrategia de investigación privilegiada en los espacios de aprendizaje hospitalarios.

**Palabras claves:** *etnografía; carrera de medicina; observación participante; proceso salud-enfermedad-atención.*

El trabajo que aquí se presenta se desprende 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”<sup>1</sup>, 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 al 4to y 5to año del Ciclo de Desarrollo Profesional de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur (UNS).

En la ciudad de Bahía Blanca, la Carrera de Medicina está radicada en el Departamento de Ciencias de la Salud de la UNS. La misma tiene su sede central en el Hospital Militar de Bahía Blanca y sostiene convenios con la Secretaría de Salud

---

<sup>1</sup> Subsidiado a través de la Secretaría General de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional del Sur, código 80020160100091SU

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 abordar los 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 están organizados en *Unidades Educativas* (a diferencia del formato tradicional de carreras en las que se organiza por asignaturas) atravesadas por cinco *Ejes Temáticos Integradores*, a saber: Análisis Epidemiológicos de los Determinantes de la Salud, Área Biológica, Ciencias del Comportamiento, Área Clínica, y Salud Individual y Colectiva. Estos ejes, reúnen diversas disciplinas, de forma tal que el Área Ciencias del Comportamiento por ejemplo está integrada por contenidos de Economía, Filosofía, Sociología, Antropología y Salud Mental.

La Carrera se basa en tres características: la integración curricular, el aprendizaje basado en problemas y centrado en el/la estudiante, y el aprendizaje basado en la comunidad. El *aprendizaje basado en problemas* (ABP) resulta así 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.

El Plan de Estudios está dividido en tres partes de diferente duración cada una, a saber: Ciclo Inicial (1er a 3er año), Ciclo de Desarrollo Profesional (4to y 5to año) y, Práctica Final Obligatoria (6to año). Además, comprende variados escenarios de aprendizaje, los cuales difieren entre los ciclos de formación. A dichos escenarios referimos a continuación.

A lo largo de los tres primeros años que integran el Ciclo Inicial, se distribuyen las Unidades Educativas, las cuales en total suman 13. En este Ciclo, los escenarios de aprendizaje 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.

El Ciclo de Desarrollo Profesional (que corresponde a 4to y 5to año) está compuesto por rotaciones por servicios médicos en hospitales de la ciudad: Clínica y Cirugía en 4to año; Clínica Pediátrica, Obstetricia y Ginecología y, Salud Mental en 5to año. Los espacios de aprendizaje durante las rotaciones se fundan en los postulados del ABP. Con la particularidad de que se cambian 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 incluyen: Aprendizaje Basado en la resolución de Problemas (ABRP), Reflexión en la práctica, Ateneos, Journals Club, Discusión de casos. Asimismo cada hospital puede programar actividades propias que están relacionadas con actividades del servicio (por ejemplo pases de sala y ateneos de servicio).

Finalmente la Práctica Final Obligatoria (6to Año) se integra por: Medicina Crítica y de Urgencias, Cuidado Integral de la Madre y el Niño, y Medicina Familiar y Comunitaria.

El Primer Ciclo se orienta 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 propósitos: poner en práctica las habilidades y conocimientos adquiridos en el Ciclo Inicial, continuar comprendiendo los procesos de salud-enfermedad y, adquirir conceptos de prevención y manejo desde la perspectiva de los diferentes escenarios de la práctica médica (Gutierrez, 2004). Conceptualmente el Ciclo Clínico debe ser coherente con el Ciclo Inicial, lo cual significa que debe mantener la perspectiva de las cinco áreas que atraviesan el currículo, debe priorizar el aprendizaje centrado en lxs estudiantes y la base comunitaria<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> "Aspectos comunes a todas las rotaciones del Ciclo Clínicas", Guía de la Rotación de Clínica, UNS.

En este trabajo presentamos resultados preliminares de una etnografía realizada durante los años 2017 al 2019, 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).

Caracterizamos cómo se construye la enfermedad en el espacio hospitalario durante el desarrollo de los encuentros de ABRP en las rotaciones, a partir de aspectos como: la configuración de una situación de salud enfermedad en problema de resolución médica, y la selección de los atributos de la situación recortados durante la definición de diagnósticos y planes de tratamiento. Discutimos los resultados focalizando en la forma cómo se configura el mundo de la medicina y la mirada médica en dicho contexto institucional durante el curso de aprendizaje. Asimismo, relacionado con lo anterior, señalamos los aportes del enfoque etnográfico y de la técnica de observación participante para la investigación en los espacios seleccionados.

Nuestra mirada tiene como punto de partida la consideración de la enfermedad no como un hecho natural en el mundo sino como producto del discurso médico el cual, a su vez, refleja el modo de pensamiento, la episteme dominante en una sociedad.

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 al orden biológico, desplazando las dimensiones sociales, culturales, psicológicas (Bonet, 2004). Este énfasis biologista, junto a la idea de enfermedad como anormalidad estructural, el encadenamiento causal para explicar su aparición y desarrollo, son ideas que remiten al 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 un proceso socio-histórico y en una categoría social (Biagini, 1996; Le Breton, 2002; Ferrero, 2004).

Los trabajos de Byron Good (2003) y Octavio Bonet (2004) resultan antecedentes relevantes, dados nuestros objetivos de investigación.

Byron Good (2003) analiza cómo los estudiantes aprenden 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. Concibe la medicina como una forma simbólica a través de la cual la realidad (el cuerpo, la enfermedad) se formula y organiza de una manera culturalmente específica, a través de prácticas formativas, es decir modos especializados de ver, escribir y hablar. 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.

Por su parte, Octavio Bonet (2004) realiza una etnografía sobre la formación de los residentes de Clínica Médica en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires, 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 hábitos del trabajo médico, de pensamiento para la construcción de diagnósticos. Y describe y analiza el desarrollo de un proceso que favorece la manifestación de una tensión entre dos dominios distintos, la cual denomina como tensión estructurante, entre el saber ligado al conocimiento científico propiamente dicho, y el sentir ligado a las emociones y cuidado del paciente.

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 seguimos su propuesta analítica. 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). Entonces en una primera etapa, el relato de casos se presenta como una unidad adecuada para la consideración del proceso en que las prácticas médicas de 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. 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.

### **Metodología**

La investigación se realizó siguiendo las pautas del diseño de investigación cualitativo, bajo 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) respectivamente, en dos hospitales de la ciudad de Bahía Blanca, donde se desarrollan las prácticas de formación médica 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. El abordaje etnográfico implica el estudio *en* los espacios de aprendizaje y no *de* tales espacios. De esta manera, la organización y funcionamiento de este espacio de aprendizaje reviste interés para nosotras en la medida en que nos 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. 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 los datos se realizó codificando, categorizando y agrupando fragmentos de texto pertenecientes a una misma dimensión de análisis, siguiendo los postulados de la teoría fundamentada (Glaser, B. & Strauss, 1967). Los datos provienen del análisis de cinco problemas o situaciones de salud.

## **Resultados**

### *Lo cotidiano del espacio de aprendizaje*

Conceptualmente en las tutorías de ABRP, además de detectar los conocimientos necesarios para comprender situaciones de padecimiento de la salud y constituir las en problemas, se exploran posibles alternativas de resolución médica. Dichas situaciones remiten a contextos reales vivenciados en las prácticas que integran la rotación clínica.

De estos espacios participan no más de 10 estudiantes y, un tutor docente 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, ubicada 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 circunstancian, lo temporalizan (De Certau, 2000). Caracterizamos a continuación tales operaciones.

En el escenario de ABRP, el mobiliario al interior del aula, se dispone configurando un anfiteatro. El grupo de estudiantes y tutor/a – médico/a se dispone en el aula alrededor de la mesa, formando un semicírculo, cuyo diámetro se orienta hacia un pizarrón. Este último constituye un objeto central durante cada encuentro, en el que los/as estudiantes, presentan la resolución de cada situación devenida en problema de salud.

El espacio de ABRP tiene una duración de dos horas. Durante el transcurso de cada estancia de campo se abordó una situación de salud, en torno a la cual identificamos



el desarrollo de una serie de acciones que acontecen en el mismo orden, tanto a lo largo del tiempo de duración de la reunión como del espacio, en tanto las mismas son registradas en el pizarrón por algún o alguna estudiante. Además dichas acciones se repiten frente a cada situación de salud.

Agrupamos dichas acciones en etapas; unas y otras son las siguientes:

1) Presentación y 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 de la situación en tanto problema a ser abordado médicamente (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 ABRP sigue una constitución ritualizada; en tanto se desencadena una serie de acciones, ejecutada en el contexto de ciertos roles de actores predeterminados 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 concepto médico de enfermedad en las rotaciones médicas de clínica y pediatría*

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

El análisis de la presentación discursiva de casos permite acceder al conocimiento y prácticas involucrados en la comprensión y resolución del problema de la enfermedad (Crivos, 2007), tales 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 agrupados bajo rótulos, siguiendo un orden secuencial a lo largo del tiempo y en el espacio (siempre referido al pizarrón). Tal como refiere una estudiante, frente al problema: “Lo podemos sincronizar, en base a datos positivos, examen físico y antecedentes, hacer algunos diagnósticos” (Est1).

La presentación del caso se inicia con las características del paciente: nombre y edad de la persona atendida 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

tanto respuestas inmediatas luego del ingreso del/la paciente al centro de salud, como 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 rencauzado 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 está grave... Internada, entonces al ingreso hacen esto, no empecemos 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... (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” (Est. 2).

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 los y las estudiantes de medicina adquieren hábitos de pensamiento para la construcción de diagnósticos; en lo que prima la exigencia de un pensamiento y accionar metódico, secuencial y racional frente al paciente y el problema de salud. 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)

El diagnóstico tiene dos significados, es tanto proceso como resultado (Bonet, 2004). Entendido como proceso, aquellas metáforas 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”. 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).

La discusión de casos clínicos proveen 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”.

Solo en uno de los cinco problemas, se tomaron en consideración características del contexto familiar, socioeconómico, medio ambiental, entre otros, 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) dice: “¿Alguna otra causa pensando en algo no orgánico?... **Desde lo social** ¿saben lo que son los determinantes sociales de la salud?”

El tutor N de manera enfática intervino durante la discusión y análisis del caso por parte de los y las estudiantes y les dijo:

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, qué 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**” (MR).

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: condiciones de vida, de los servicios y políticas de salud, entre otros; es decir el conjunto de condicionamientos 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**” (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; de manera que la formación académica 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.

## **Discusión**

Nuestra investigación se encuentra en curso y por tanto las conclusiones deben ser tomadas de manera provisoria. Queremos destacar la potencialidad que tiene la etnografía para el estudio de las formas 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 nosotras una ventana que nos permite acercarnos al proceso de aprendizaje de medicina y, a través de ello comprender las formas como construye la medicina sus objetos durante el curso de aprendizaje.

El diseño curricular de la Carrera de Medicina (UNS) se fundamenta en el abordaje de 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 integral u holística donde lo social, lo cultural y lo ambiental, entre otros, 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 biológico de la salud-enfermedad.

No obstante, a partir de los datos observacionales en escenarios de aprendizaje de las rotaciones de clínica y pediatría advertimos que, en la mayor parte de los encuentros de ABRP se hace hincapié en el orden biológico, en desmedro de la pretendida integralidad. Registramos una preocupación mayor en la enfermedad (patología) que en la persona que la padece. La enfermedad aparece en los relatos como una entidad que puede ser vista como una cosa, objetiva, independientemente de la evaluación humana por parte de quien la distingue. Se define de forma separada de una persona que la padece, ubicada en cierto tiempo y espacio, atravesada por diferentes condicionamientos: de género, clase, etario, étnico; dimensiones analizadas a lo largo de las unidades curriculares correspondientes al Ciclo Inicial de la Carrera.

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 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.

De esta manera advertimos la existencia de una brecha o quiebre entre estos dos ciclos que componen la formación de grado, en cuanto al abordaje del PSEA. En este sentido, destacamos el siguiente relato por parte de un estudiante de medicina acerca de su percepción de la organización 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 ¿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 del/la docente tutor/a médico/a es un factor que influye en la impronta dada al abordaje del PSEA, alentando o desalentando una mirada integral, en los espacios de aprendizaje hospitalarios del Ciclo Clínico de la Carrera. Y a posteriori en la integración o no de contenidos de las diferentes áreas o ejes temáticos en el análisis de las situaciones de salud.

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 lo hacen en función del 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 estuvieras 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 3 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, no habrá cambios hasta que el hospital deje de conformarse como una institución total



## Referencias bibliográficas

- 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.
- Bonet O. (2004) *Saber y sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Certau, de M. (2000) *La invención de lo cotidiano*, México, Universidad Iberoamericana
- 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.
- Goffman E (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. "Como construye la medicina sus objetos". En *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Cambridge. 2003.
- Gutiérrez, R (2004) Programa de Medicina para la UNS. Planificación de una Carrera de Medicina basada en nuevos paradigmas. Bahía Blanca.
- Le Breton (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Edición.
- 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.
- Taussig, M. (1992) "La reificación y la conciencia del paciente". En *Un gigante en convulsiones*. Barcelona, Gedisa.