

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA**  
**ESPECIALIZACION EN DOCENCIA UNIVERSITARIA**  
**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

---

**HACIA LA FORMACIÓN DE MÉDICOS**  
**PARA LA PREVENCIÓN Y LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**  
Relanzamiento de una propuesta de enseñanza para favorecer la  
integración teoría-práctica y la reflexión- acción en pediatría

Área temática: Los procesos de formación en la Universidad desde una dimensión pedagógico- didáctica. Proyecto de innovación educativa

Tipo de trabajo: Diseño de Intervención Académica

Directora: Esp. Silvina Lyons

Co director: Dr. Prof. Luis A Fumagalli

Med. Pérez Federico Ernesto

2017

## ÍNDICE

---

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>3 -4</b>
<b>CARACTERIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA Y SUS PROBLEMÁTICAS</b>	<b>5-22</b>
Contexto internacional	
La educación médica en el contexto nacional	
El caso de la Facultad de Medicina de La Plata	
Cátedra A de Pediatría	
Desempeño personal docente	
<b>EJES PARA REPENSAR LA FORMACIÓN DE MÉDICOS: HACIA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD</b>	<b>23-32</b>
Eje 1: La promoción de la salud como contenido a ser enseñado	
Eje 2: La salud, la comunidad y los estudiantes como protagonistas del proceso enseñanza y aprendizaje	
Eje 3: La articulación teoría-práctica y acción-reflexión como centro de la propuesta docente	
<b>RELANZAMIENTO DEL TRABAJO DE CAMPO DE LA CATEDRA DE PEDIATRIA A</b>	<b>33-42</b>
a. El proceso de evaluación colectiva de la experiencia hasta el 2017	
b. La reconstrucción de la propuesta del Trabajo de Campo	
<b>PRESENTACION DE LA CONSIGNA DEL TRABAJO DE CAMPO 2018</b>	<b>43- 51</b>
<b>CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES</b>	<b>52-54</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>55-58</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>59-60</b>

## **PRESENTACIÓN**

La intención de este trabajo es proponer en la Cátedra A de Pediatría, correspondiente al último año de la Carrera de Ciencias Médicas-UNLP, una actividad de revisión de una parte de su propuesta de enseñanza, teniendo como horizonte la prevención y protección de la salud para una sociedad más justa e igualitaria. Para tal fin se propone evaluar el camino transitado en la cátedra y relanzar un trabajo de campo en el que se articule teoría y práctica, y a su vez se estimule en los alumnos la reflexión-acción, focalizando en la prevención.

En la medicina actual predomina un enfoque orientado a la atención de la enfermedad; ya sea en su diagnóstico, como en su tratamiento. La enseñanza y el ejercicio profesional de la misma giran en torno a la patología. Es común que los programas de las facultades de medicina tradicionales e incluso los programas de salud ministeriales mencionen la importancia de los aspectos preventivos y cuidados de la salud; pero la realidad es que la mayor cantidad de los recursos son utilizados para enseñar y luego tratar con las enfermedades. En lo que respecta a la enseñanza de la medicina existen predominantemente actividades teóricas y las prácticas muchas veces están desarticuladas; por lo tanto, no se favorece la integración de los contenidos.

En primer lugar se mencionan aspectos históricos y presentes sobre la educación en Medicina que hacen que actualmente la misma tenga una concepción ahistórica, irreflexiva, asocial, con conocimientos fragmentados; teniendo los egresados la tendencia hacia la especialización. Consecuentemente el perfil del egresado es teórico asistencialista, debiendo completar su formación en aspectos prácticos en posgrados (residencias, carreras de posgrados, concurrencias). En los mismos se reafirma el asistencialismo y la hiperespecialización, quedando relegados los perfiles generalistas y preventivos. Por lo tanto, la medicina que predominantemente se ejerce en el país es organicista y onerosa en concordancia a lo que el mercado y el poder hegemónico impone.

Los propósitos de la intervención realizada estuvieron ligados a poner la mirada en la prevención y en el protagonismo activo del alumno reflexivo en su accionar, favorecer la articulación de los conocimientos teóricos que traen los alumnos, con la investigación bibliográfica, el abordaje de los mismos en ambientes reales y estimular el pensar y actuar con compañeros. Se buscó favorecer una perspectiva educativa crítica y constructivista, con un abordaje del aprendizaje basado en la solución de problemas, el acompañamiento docente en la modalidad de tutor y estimulador del alumno para el desarrollo profesional futuro del mismo, haciéndolo ganar autoconfianza y autonomía en sus pensamientos y decisiones, además de favorecer el trabajo en equipo.

## **CARACTERIZACIÓN DE LA EDUCACION MÉDICA Y SUS PROBLEMÁTICAS**

### **Contexto internacional**

A principios del siglo pasado predominaba en Norteamérica una gran cantidad de escuelas de medicina cuya proliferación obedecía a razones principalmente económicas y políticas, con una formación de médicos deficitaria en calidad. Así fue que la Fundación Carnegie contrata a Abraham Flexner para realizar un estudio sobre la educación médica norteamericana. Flexner estudió las escuelas de medicina europeas, principalmente las alemanas que eran las más avanzadas por aquellos años e inspirado en lo que ve en ellas, las compara con las de su país y realiza un informe con una serie de conclusiones y recomendaciones (Flexner,1910).

Este informe ha tenido y aún tiene un alto impacto en la historia de las Escuelas de Medicina. Flexner propone una educación médica ordenada, responsable y científica, con importante impronta en la higiene, prevención y compromiso social. Sin embargo se toma una parte de la misma, la del orden y el cientificismo, y se la despoja de su parte humanística, preventiva y social; colocando como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la “departamentalización” o territorialidad del conocimiento y la especialización de la práctica médica. De esta forma se pierde la visión integral del hombre. Se hace girar la propuesta alrededor del rol del médico en el tratamiento de la enfermedad, tanto que se llega a plantear que si no existiera la enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico.

La medicina norteamericana de esta manera se enfoca en el biologicismo y positivismo de la propuesta y la impone al resto del mundo en el transcurso del siglo XX: asumiendo que al aplicar los principios de las disciplinas biológicas y clínicas se puede formar un buen médico. Tanto en Norteamérica como en América Latina surgieron pensamientos y corrientes que cuestionan esa visión parcializada y tergiversada del modelo flexneriano. La educación médica norteamericana gira aún en torno al legado epistemológico parcializado de Flexner. Cualquier intento de cambio curricular empieza con su reconocimiento.

También le otorgó extrema importancia al espacio “hospital” como centro de experimentación, llegando a proponer que cada universidad tuviera su propio hospital.

En los años cincuenta surgió en América Latina un movimiento de reforma de la educación médica cuyos postulados referían que se debía favorecer las actividades prácticas, crear departamentos de medicina preventiva, los cuales debían dictar cursos a lo largo de toda la carrera y que el alumno tenía que estar en contacto directo con la familia y la comunidad. Algunas escuelas de medicina realizan una propuesta educativa con ejes en colocar al alumno en contacto con la realidad para que esto sea un importante estímulo de análisis, reflexión y solución de problemas de salud. Hubo programas que intentaron un cambio de enfoque novedoso, se recuerdan las experiencias brasileñas entre las cuales se destacan la Universidad de Brasilia (1966), el programa experimental de medicina de la Universidad de Sao Paulo (1966), el currículo de la facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais en Belo Horizonte (1965), la carrera de medicina de la escuela J.M.Vargas de la Universidad Central de Venezuela (1963) y el currículo de la Universidad de San Carlos, Guatemala (1969). En los años 70 se sumaron otros centros con este enfoque social, se recuerdan las experiencias mexicanas como el Programa de medicina Experimental A-36 (1974), las Escuelas Nacionales de Estudios profesionales (ENEP) (1975), Zaragoza e Iztacala, la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (1974), el centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del IPN y la Facultad de Medicina de Guadalajara a partir de 1974. También existieron otros esfuerzos en Cuba, Chile, Colombia, Perú y Centroamérica.

La mayoría de las experiencias latinoamericanas que formularon propuestas diferentes de organización del conocimiento en unidades de enseñanza, módulos o bloques, se generaron a partir del modelo de enseñanza integrado desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Western Reserve y el de la Universidad de Stanford. Los procesos educativos de los setenta fueron impactados, por la meta de extensión de cobertura legitimadas en el Plan Decenal de Salud de 1972 y más tarde por la adopción a nivel mundial de la meta de Salud

para Todos (STP2000) con su estrategia básica de Atención Primaria. Cabe señalar que esta última meta no ha sido incorporada en una gran proporción de programas educativos del continente, en parte, por las contradicciones que genera ante sistemas de salud organizados sobre la base de una altísima especialización del conocimiento y de la propia práctica médica.(Borrell Bentz, 2005)

El currículo basado en la comunidad (PAC) es considerado como un método educativo novedoso de enseñanza, los cuales se ponen en práctica enviando a los alumnos de primer o segundo año a un centro de salud no hospitalario durante un período breve, requiriendo que el alumno participe en “proyectos” en y con la comunidad. Desde 1979 existe una red de instituciones educativas orientadas hacia la comunidad, a la cual se han adherido desde entonces más de 200 escuelas de todo el mundo, incluidas muchas de América Latina.

La Universidad de MacMaster, en Canadá, desarrolló a fines de los años sesenta el método de ASP (aprendizaje basado en la solución de problemas). Este método intenta desarrollar el razonamiento y conocimiento para la búsqueda de solución, a partir de aprender a formular preguntas, desarrollar hipótesis, sintetizar información, defender opiniones o tesis con ideas claras, buscar respuestas; en definitiva, formar decisores. Utiliza la información como herramienta de trabajo, busca estimular la curiosidad y permite al estudiante aprender a trabajar en grupo. Se fundamenta en “casos problemas” y el docente hace las veces de tutor. En 1984 la Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos (AAMC), presenta su informe sobre “Médicos para el siglo XXI”, cuyas recomendaciones tienen una fuerte influencia del programa de la Universidad de MacMaster, llamando la atención de las escuelas de medicina de todo el mundo. En 1986, la facultad de Medicina de la Universidad de Harvard inició su sección de ASP y pocos años después convirtió todo su programa a una orientación ASP, lo cual ha significado un reconocimiento de legitimidad para que otras escuelas de América del Norte y más tarde, América Latina siguieran su ejemplo. Más de la mitad de las escuelas de medicina de Canadá se han plegado al ASP y el resto está en proceso de cambio, existiendo programas en Estados Unidos, los Países Bajos, Alemania, Inglaterra, Suecia, España, Italia, entre otros. En 1994 se calculaba que de las

1350 escuelas de medicina que existían en el mundo hasta ese momento, 60 (4.4%) eran escuelas ASP. En la actualidad, también tienen programas con este enfoque Brasil, Argentina y Chile. (Borrell Bentz, 2005)

Reflexionando a través del recorrido de la especialización, se puede observar que muchas de estas escuelas promueven un aprendizaje integrado y no fragmentado que “se sustenta en una teoría del aprendizaje que sostiene que el verdadero conocimiento sólo se adquiere cuando el individuo puede manipular el objeto de estudio para analizarlo por sí mismo y reconstruirlo” (Ausubel, 2002).

La teoría del aprendizaje significativo propuesta por Ausubel en los años 70, nos habla de un aprendizaje activo, creativo y en contacto con la realidad concreta de quien aprende. El mismo se lleva a cabo a través del análisis y resolución de problemas directamente ligados a la actividad profesional y no a través de disciplinas. En su teoría del aprendizaje, Ausubel hace referencia a que el aprendizaje significativo involucra la modificación y evolución de la nueva información, así como de la estructura cognoscitiva envuelta en el aprendizaje. Estas escuelas de medicina utilizan esta teoría para enseñar a sus alumnos.

Las estrategias trazadas no han podido cumplir del todo con los compromisos y acuerdos internacionales. Las estructuras mentales y los poderes de los modelos de práctica médica obstaculizan en gran parte la transformación que en el plano educativo se necesita (Borrell Bentz, 2005). El poder hegemónico, el mercado, la falta de visión, el corporativismo médico, la visión tradicional que la sociedad tiene sobre el médico, son solo algunos de los obstáculos que existen hoy en día para realizar una transformación tanto en el plano educativo como en el ejercicio de la profesión médica.

### **La educación médica en el contexto nacional**

Los primeros antecedentes que tienen que ver con el ejercicio de la medicina en Argentina y de la sanidad pública datan de los años 1700, dependiendo del Protomedicato de Lima con una delegación en Buenos Aires (UBA, Facultad de Medicina). A principios de los 1800 se inician los cursos de la



Escuela de Medicina del Protomedicato. Médicos europeos y norteamericanos enseñaban en ella.

El Dr. Cosme Mariano Argerich presenta a la Asamblea de 1813 el plan de estudios que dio origen al Instituto Médico Militar, cuya función primordial era proveer más y mejores médicos y cirujanos para los ejércitos independentistas. El Instituto dejó sentadas las bases para la organización de la enseñanza médica universitaria en nuestro país. El material de enseñanza era de origen francés e italiano.

En los años 1950 y 60 se pasa de la Universidad de elite a la de masas. En aquellos años existía un estado fuerte y planificador, con formación del recurso humano para las necesidades del aparato productivo y el crecimiento nacional (Krotsch, Tenti Fanfani 1993).

La doctrina sanitaria de Ramón Carrillo (Ministro de Salud de los años 50) enfocaba principalmente estrategias de combate contra la enfermedad, la organización del sistema de servicios y las bases doctrinarias de la profesión médica. El plan de salud propuesto para el período 1952-1958 insiste en la organización de la profesión conforme con el sistema de médicos de familia, aprobado por ley, aunque no aplicado, por la inexistencia de un clima suficiente entre los médicos. (Borrell Bentz, 2005). Aparecen más facultades de medicinas tanto públicas como privadas, intentando absorber la mayor demanda. Se profesionaliza la docencia y la investigación.

A la década del 80 se la conoce como la década de pérdida social y económica con una importante crisis fiscal luego del periodo militar en donde el ingreso a medicina estuvo restringido. Con la vuelta a la democracia el ingreso se hace irrestricto; pero con la severa crisis económica se hacía muy difícil llevar la educación médica hacia adelante. Comienza a haber ajuste y privatización por la globalización de los 80 a 90. Ya en los años 90 la autonomía es evaluada, hay crisis del estado de bienestar, aumento de competitividad, ajuste fiscal y económico del exterior.

La Globalización y neoliberalismo se imponen en casi todo el mundo y Argentina no es la excepción. Aparecen los organismos reguladores nacionales e internacionales y organismos intermedios de regulación, articulados con el Banco Mundial. Esto deriva en que en 1995 se promulgue la ley de educación superior. Aparece la CONEAU con funciones de: coordinar, evaluar, acreditar carreras de grado y postgrado y opinar sobre la creación de nuevas instituciones. Es un organismo de gobierno que evalúa y acredita. Esta institución afecta y moldea el perfil y el carácter de las universidades y el sistema. Es influido por el poder político y está asociado al Ministerio de Educación.

Pero la CONEAU no logró expresar los intereses de la Universidad y la sociedad; y solo se cree que fue la correa de transmisión del estado y su oscura relación con el poder hegemónico (Krotsch, Tenti Fanfani 1993).

Hay burocracias fuertes, instaladas y funcionando. Hay fragmentación de los diferentes actores, con sus intereses propios, y sus posiciones e ideas e intereses particulares. No hubo voluntad del gobierno ni de las universidades de cambiar; se mantuvo la inercia de los 90, un simple maquillaje. Hubo “no toma de decisiones”, se mantuvo el Status Quo (Chiroleu 2006). Este Status Quo, es el resultado de un conjunto de decisiones y acciones realizadas por diversos actores públicos, sindicales, sociales y privados que han ido sucediendo en distintas etapas históricas de las últimas décadas (Borrell Bentz, 2005).

En nuestras Facultades tradicionales de Medicina, se han alargado los programas y las carreras como forma de resolver los problemas y cuestiones de relaciones entre grupos académicos. Esto tiene que ver con el espíritu conservador de las mismas. Todo lo recién mencionado en el ámbito nacional repercute en la confección y aplicación del curriculum médico, por lo tanto, afectará la forma de aprender y luego ejercer la profesión médica (Puiggrós, 1993).

En resumen, la educación médica en Argentina desde su nacimiento estuvo influenciada por múltiples factores exógenos y endógenos que repercuten en las instituciones, su curriculum, los docentes, los alumnos, la forma de enseñar y de

aprender la medicina. En la actualidad la enseñanza es predominantemente teórica y asistencialista. El médico recién egresado debe completar su formación práctica en los postgrados. En ellos adquieren la práctica para ejercer la profesión médica; pero se reafirma el perfil asistencialista y la tendencia a la superespecialización (Borrell Bentz, 2005).

### **El caso de la Facultad de Medicina de La Plata**

La Facultad de Medicina de La Plata recorrió varios procesos conforme a los vaivenes político económicos nacionales e internacionales repercutían sobre la educación superior de la región; pasó desde un ingreso restringido por un exigente examen (gobierno militar), en donde la mayoría de los estudiantes se recibía de médico. Luego con la democracia el ingreso fue irrestricto, entraban más de 3000 alumnos y un gran porcentaje de ellos abandonaba en los 1ros años, y la facultad manejaba con dificultad esa cantidad de estudiantes. Luego hubo cursos de ingreso como forma de filtro y hasta hace poco también se ingresaba en forma restringida. Aproximadamente se presentaban unos 1500 alumnos y luego de un exigente curso anual, terminaban ingresando unos 300 alumnos, los cuales en su mayoría se terminaban recibiendo. En el último año se ha vuelto al ingreso irrestricto, habrá que ver qué es lo que sucede con los alumnos y qué estrategias emplea la facultad para su manejo.

La facultad cuenta con otras carreras relacionadas con la salud, en forma completa hay unos 9300 alumnos y 1045 docentes, cuenta con una relación de 9 alumnos por docente (no están contabilizados los docentes ad honorem). De los docentes sólo el 6,8% tiene dedicación exclusiva. En la Facultad de Medicina predomina la docencia con baja carga horaria, donde el profesional se dedica más a su profesión particular (García de Fanelli, 2008).

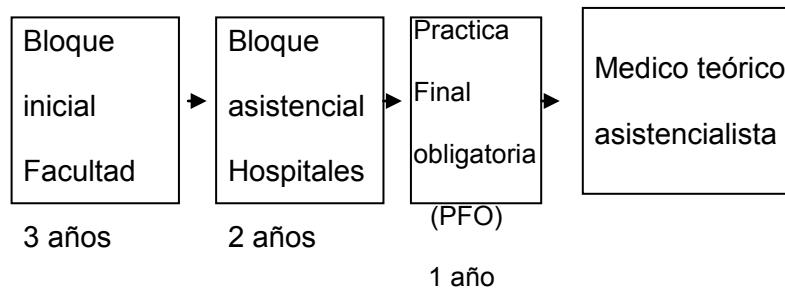
El alumno que ingresa a la facultad pasa por 2 bloques. Un bloque básico inicial que se cursa predominantemente dentro de la facultad y consta de materias como Anatomía, Histología, Fisiología, Farmacología, Patología, además de otras materias como Epidemiología y Salud, Medicina y Sociedad, Ecología Humana y

Promoción de la Salud, En este bloque prácticamente no hay contacto con la población. El escenario de aprendizaje mayormente son las diferentes aulas que tiene la facultad, donde cursan los 3 primeros años de la carrera. En el 1er bloque, el profesional docente se destacará por lo que investigue y publique en la investigación básica. Las materias que hacen investigación son Fisiología, Farmacología y Biología que están vinculadas a centros de investigación.

Luego de este 1er bloque donde hay materias troncales y otras que no, se pasa al 2do bloque que es asistencial y extramuros de la facultad. Acá la mayoría va a cursar las diversas materias en diferentes hospitales de la región dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Las troncales son las Clínicas, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

El bloque asistencial con la práctica final obligatoria (PFO) incluida, se cursa en los diferentes hospitales. La modalidad de cursada de la mayoría de las materias en este bloque son los teóricos sobre las patologías que cada especialidad considera como más importantes, y la parte práctica está dada por los médicos asistenciales en los diferentes hospitales y unidades sanitarias con las patologías de quienes están internados o los enfermos que acuden a los centros de salud. En un menor porcentaje se hacen controles de salud y todo lo referente a tareas preventivas con la población. En el 2do bloque el prestigio del docente profesional pasa más por ser titular o adjunto de cátedra y ser jefe de servicio o director de un hospital.

El camino que recorre el estudiante en su carrera es lineal y sin retorno, el 2do bloque no se interconecta con el 1ro, el estudiante empieza, cursa y termina con un perfil de medico teórico y asistencialista.



Es muy común que, para completar la formación médica o especializarse en alguna rama de la medicina, el médico recién recibido intente ingresar en el sistema de residencias médicas dependiente del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs. As. para completar su práctica.

De la descripción anterior se desprende que existe una compleja problemática que se intentará enumerar, describir y desarrollar. **El perfil del egresado es asistencialista**, es decir enfocado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Ya en el 1er bloque comienza a haber materias que son más importantes que otras, y estas tienden desde el inicio a favorecer dicho perfil, haciendo un *imprinting* sobre el alumno. Las materias que realizan estudios de investigación son Fisiología, Farmacología y Biología que están vinculadas a centros que realizan la misma. Tanto para la investigación básica como para la investigación aplicada como clínica, se necesitan recursos económicos, humanos y de equipamiento. El investigador necesita de todo esto para poder trabajar, y una vez que lo consigue, precisa publicar sus investigaciones en revistas de interés para ser reconocidos en el campo que investigan. Algunos centros, institutos y laboratorios de investigación que funcionan en la facultad son: Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (CENEXA), Instituto INIBIOLP (Instituto de Investigaciones Biológicas de La Plata), CIC - Centro de Investigaciones Cardiovasculares, CINIBA - Centro de Investigaciones Inmunológicas Básicas y Aplicadas, CUFAR - Centro Universitario de Farmacología, Laboratorio de Cirugía Mininvasiva, Laboratorio de Investigaciones Morfológicas Aplicadas, Laboratorio de Trasplante de Órganos.

Pues bien, aquí está uno de los problemas ya que si bien muchos de estos centros realizan algunos trabajos con enfoque preventivo, la investigación estará dirigida y subvencionada por el poder hegemónico (Bourdieu, 1999). Por ejemplo en CENEXA participa la industria Farmacéutica (Sanofi-Aventis, Lilly Argentina, Merck Sharp & Dohme [MSD], Bristol Myers Squibb [BMS], NovoNordisk Pharma y Astra Zeneca). Las interacciones con BMS, MSD y NovoNordisk generaron respectivos convenios de cooperación a través del CONICET. En el CIC y como servicio a terceros se puede solicitar turno para utilizar el microscopio confocal (*Marca Carl Zeiss modelo LSM 410, es un microscopio invertido con tres líneas de laser (488nm, 543nm y 633nm) con tres canales y objetivos 5X y 63X (inmersión)* que es un aparato muy costoso. En el INIBIOLP están los Servicios Tecnológicos de Alto Nivel (STAN) comprenden actividades tales como ensayos, análisis, asistencia técnica y capacitación que utilizan el equipamiento, la infraestructura y los recursos humanos especializados del INIBIOLP y se brindan a distintos sectores de la sociedad. Es un equipamiento costoso y muy sofisticado. Por ejemplo analizan el poder insecticida para los insectos que afectan los cultivos de cereales. En lo referente al trasplante, también se utilizan medicaciones inmunosupresoras muy onerosas y un equipamiento médico sumamente sofisticado.

Al poder hegemónico le es funcional el perfil asistencialista enfocado en las enfermedades y sus tratamientos, ya que de esta forma se activa el consumo de medicamentos, utilización de aparatología, etc. Por lo tanto, intentará por todos los medios favorecer y hacer avanzar a la asistencia médica por sobre la prevención. Esto es claro en el porcentaje de recursos que se otorga a las materias socio humanístico durante la carrera de medicina, o las partidas presupuestarias para prevención y conservación de salud que no superan el 10% del total. La precariedad del desarrollo de la atención primaria de la salud en el país ha dificultado en gran parte las orientaciones presupuestarias del sector público en salud, donde un porcentaje mayoritario es consumido por el sector hospitalario (especialmente, de mediana y alta complejidad) y ha sido poco lo destinado a cubrir la atención primaria en salud. De esta manera, las universidades del país se

han adaptado y acomodado al sistema de salud y han orientado la formación también hacia un modelo basado en la especialización (Borrell Bentz, 2005).

Por otro lado, **en el 2do bloque de la formación, el perfil del médico docente es netamente asistencialista.** Los docentes somos los médicos que trabajamos en el sistema de salud predominantemente público. Se hace, en general, con las patologías que van a requerir los servicios de salud. Se hace algo de prevención y controles de salud; pero esto es poco comparado con el acento que se pone en la enfermedad. Por lo tanto, el estudiante se preparará en dicho sentido. Es muy interesante la descripción que hace el Dr. Silberman de la Cátedra de Epidemiología que se dicta en el 2do año de la carrera; en su trabajo sobre la opinión de la importancia de las diferentes materias de la carrera se ve cómo las materias biológicas están muy por encima de las materias sociales y humanísticas (también hay que tener en cuenta la diferencia de horas curriculares que hay a favor de las biológicas, y la no conexión que hay entre unas y otras) y la imagen que tienen del médico, más ligada con el prestigio y la remuneración económica, que con el servicio a la comunidad (Silberman, 2012).

Sobre **el perfil del alumno, si bien en este segundo bloque está en contacto con el paciente, el mismo dista mucho de adquirir la habilidad y los conocimientos necesarios para la atención de la gente.** En general tienen una actitud pasiva, miran el desempeño de los profesionales, interactúan con las personas y demás, pero esto no es suficiente. Teniendo conocimiento de esta situación es que se creó la PFO (práctica final obligatoria) que si bien es un progreso, no permite que salgan de ese rol pasivo que traen de años anteriores; por lo tanto no adquieren la práctica necesaria para el ejercicio profesional. El médico que egresa de la facultad, no está en condiciones de atender correctamente a la gente y para completar sus saberes que son predominantemente teóricos, es que tiene que recurrir a una instancia más práctica como es el ingreso a las residencias. Las mismas dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As, y lamentablemente no existe conexión alguna entre Ministerio y Facultad de Medicina. Durante las diferentes residencias, este perfil, teórico-asistencialista, no sólo se mantiene, sino que se reafirma. Luego de

las residencias se hacen incluso segundas residencias de subespecialidades (Neumonología pediátrica, Endocrinología clínica, etc.). Esto lo podemos ver en el trabajo de Vojkovic sobre la trayectoria de 35 profesionales solo 11 de esos 35 eligieron los perfiles generalistas (clínica y pediatría). Se tiende a la súper especialización y los motivos son diversos (Vojkovic M.C, 2011).

Al no existir conexión entre Ministerio y Facultad, no existe ningún tipo de acuerdo ni consenso, no hay orientación, ni discusión de lo que se forma, ni para qué, ni para quién, ni para dónde. Se debería saber la verdadera capacidad para recibir estudiantes que tiene nuestra facultad y también la cantidad de médicos que se necesitan, en qué ramas y en qué lugares del país. Actualmente no existe planificación, ni control de lo antedicho. No se pueden poner a debatir cuestiones fundamentales como son: la formación integral del médico, su perfil, su futura inserción laboral, donde más se los necesita, en qué ramas y especialidades, etc. Se crea un caos y desorden, se dilapidan recursos que son del pueblo. **La facultad no forma los médicos que la sociedad en su conjunto necesita y las residencias tampoco lo hacen en la forma correcta, o por lo menos no hay impacto en cuanto a la prevención de las diferentes patologías.**

¿Qué clase de médico, se forma en nuestra facultad, un médico generalista o un médico especialista? El perfil de médico que la facultad refiere que pretende es el de médico generalista, y con el que realmente sale es el de un médico teórico asistencialista quien frecuentemente luego a través del sistema de residencias, se especializa e incluso se superespecializa. La PFO (práctica final obligatoria) es un débil intento para adquirir dicha práctica. En la mayoría de las residencias que existen, pese a lo que se diga, se sigue manteniendo y alentando el perfil asistencialista que se trae desde la facultad (Borrell Bentz, 2005).

En la enseñanza de la medicina en la carrera predomina un estilo Tradicionalista, con un claro hincapié de la teoría por sobre la práctica, con transmisión de conocimientos por parte del profesor hacia el alumno, y el docente como centro de la actividad. El énfasis se pone en la enfermedad y no en la prevención. Esto es muy claro en el bloque inicial, los primeros 3 años intramuros



de la Facultad; pero luego, en el bloque asistencial, también predomina la carga teórica. En las especialidades se dictan teóricos de las principales patologías que deben conocer de la misma e incluso a veces no llegan a tener nada de actividad práctica. Lucarelli reconoce en su trabajo que luego del ciclo biomédico que se cursa predominantemente en la Facultad, el ciclo clínico refuerza la construcción de conocimientos teóricos de diversa índole para ser la base de la atención de los pacientes. El modelo curricular de la carrera de Medicina es “aplicacionista” en el sentido de posponer el contacto de los estudiantes con pacientes una vez finalizado el ciclo de formación en contenidos iniciales. La llegada a las Unidades Docentes Hospitalarias despierta un sinfín de reacciones de ansiedades y angustias diversas que se han podido percibir de “primera mano”. Es “el ingreso al final del camino” y, como tal, una prueba, un desafío, a veces una complicada red de significaciones puestas al desnudo en el final cercano (Lucarelli, 2009).

En resumen en la Facultad de Medicina de la UNLP existe una visión biologicista, orientada hacia la especialización y una constante incapacidad para generar conocimientos tendientes a la solución de problemas de salud desde una perspectiva más abarcadora, lo que hace que se incorpore a una práctica hegemónica divorciada, en su mayoría, de la realidad que afecta a los sectores mayoritarios de la población.

Habría que contemplar las presiones originadas por el mercado de trabajo médico y la deformación de la práctica médica, influenciada por la industria farmacéutica, la industria de equipamientos, la empresa médica, el propio sector médico y el predominio de la especialización. En cuanto a los docentes existe un alto porcentaje de docentes de dedicación simple y ad honorem, realizando la docencia como parte de su trabajo hospitalario. Muchos docentes son especialistas no asumiendo el perfil generalista que refiere la facultad que debe tener el egresado de Medicina.

Como se apuntó, la precariedad del desarrollo de la atención primaria de la salud en el país ha dificultado en gran parte las orientaciones presupuestarias del sector público en salud, donde un porcentaje mayoritario es consumido por el

sector hospitalario (especialmente, de mediana y alta complejidad) y ha sido poco lo destinado a cubrir la atención primaria en salud. De esta manera, las universidades del país se han adaptado y acomodado al sistema de salud y han orientado la formación también hacia un modelo basado en la especialización.

Existen otras Facultades de Medicina que intentan integrar los conocimientos del alumno enfocando el curriculum de modo diferente, desde otra perspectiva, no tan fragmentada, sino más integral, con trabajo colaborativo entre especialidades y en otros ámbitos más comunes como son los barrios y unidades sanitarias. Además, se pone a los estudiantes prácticamente desde el inicio en contacto con las personas en sus barrios. De esta forma se favorece la articulación teoría- práctica y la reflexión acción, porque lo hacen desde el comienzo de la carrera. Un ejemplo de este tipo de propuesta de enseñanza de la Medicina, que hace eje en la prevención, y en el rol activo y reflexivo del estudiante es el programa de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

### **La Cátedra A de Pediatría de la UNLP**

La primera cátedra de Medicina Infantil comienza su actividad el 16 de marzo de 1935. El Dr. Fernando Schweizer fue su primer profesor. La sede de la cátedra funcionó en el Hospital de Niños de La Plata y sirvió de estímulo para la formación de pediatras en la ciudad de La Plata. Ya desde sus inicios, la cátedra de pediatría tuvo en claro la importancia trascendental que tiene en la formación de un médico. Siempre existió la preocupación de cómo se enseña la pediatría, y en los talleres de enseñanza de ella se extraen párrafos como los siguientes:

“La Pediatría no es una especialidad médica, sino toda la medicina que abarca la quinta parte de la vida del hombre” (Profesor Titular Dr. Julio A. Mazza 1967 al hacerse cargo de la titularidad de la Cátedra A).

“La formación del recurso humano médico para la atención del niño está a cargo de las Cátedras de Pediatría de las Facultades de Medicina. En el caso de las Cátedras de Medicina Infantil hay que señalar la escasa relación con la

realidad socio-sanitaria, el insuficiente tiempo que se le asigna en los programas curriculares, los exiguos recursos humanos, la inadecuada comunicación docente-alumno y el uso de metodologías pedagógicas que no conciben con la naturaleza del conocimiento actual en educación médica, conspiran contra la calidad de la enseñanza” (Taller sobre Enseñanza de la Pediatría, La Plata, 13-16 sept. 1993).

Pediatría está en el último año de cursada de la Facultad de Medicina. La Cátedra de Pediatría, está compuesta por el profesor titular, 4 adjuntos, 5 jefes de trabajos prácticos, los ayudantes rentados y los ad honorem (colaboradores) que en total suman más de 20. El plan 2004 contempla para la cursada de Pediatría una carga horaria de 190 horas, divididas teóricamente en 60% práctica y 40% teoría que se da en el aula. La Cátedra considera que una buena formación debe preparar al estudiante en el conocimiento teórico en equilibrio con la actividad práctica y el desarrollo de una actitud crítica y reflexiva para ejercer en el primer nivel.

La modalidad de “clase magistral” ha tratado de ser reemplazada por actividades en la que se busca la participación activa del estudiante en el aprendizaje (clases teórico- prácticas). Las dificultades que hay con esto es que el estudiante desconoce el tema y por lo tanto se le dificulta su participación, opta en general por un rol pasivo y de receptor que es lo que vino haciendo durante la carrera donde ha recibido predominantemente clases magistrales. Actualmente las clases teóricas se desarrollan los días lunes de 8.30 a 12h durante las 8 semanas de cursada. Los Ateneos: se desarrollan los días martes y miércoles de 10.30 a 12h

Los horarios están muy comprimidos y en función de eso, el docente es el principal protagonista, relegando al estudiante en su participación y en su reflexión, ya que el tiempo apremia y el estudiante demora más tiempo. Además, se recurre a: ateneos clínicos en los que se recorre el proceso diagnóstico, desde el motivo de consulta hasta el diagnóstico definitivo; taller de resolución de problemas; y mostración de imágenes y su “lectura” por el estudiante.

Los Temas de las clases teóricas son: Clase informativa: Cómo se practica la pediatría. Recién nacido normal: el cuidado de la salud y sus patologías más frecuentes. Lactante normal: el cuidado de la salud y sus patologías más frecuentes. Preescolar y escolar: el cuidado de la salud y sus patologías más frecuentes. Infecciones respiratorias agudas altas. Fiebre: su significado, manejo y controversias. Infecciones respiratorias bajas. Asma infantil. Diarrea aguda, deshidratación y rehidratación. Diarrea crónica, constipación, hemorragia digestiva. Obesidad y desnutrición. Cardiología infantil. Anemia y purpuras. Convulsiones y síndrome meníngeo. Síndrome nefrítico y síndrome nefrótico. Medio ambiente y cáncer en pediatría. Urgencias y problemas quirúrgicos más frecuentes.

Las actividades prácticas se realizan en Salas de internación, Sala de Guardia, Consultorios externos, Consultorios de especialidades, Unidades Sanitarias y en las Subsedes. Se desarrollan 3 veces por semana de 8.30 a 10.30. En el práctico se evidencian dificultades relativas a la construcción de conocimientos. Si bien son grupos pequeños y esto favorece la interacción entre los estudiantes y el docente, lo que se observa es que los primeros recogen los datos (la anamnesis) y suelen quedarse ahí, teniendo problemas en interconectarlos, sumado a las dificultades semiológicas, les es muy difícil arribar al diagnóstico, plan de estudios y terapéutica. Entonces el docente explica y pasa a tomar el protagonismo del caso. Acá también hay otro problema que es cederle el protagonismo al estudiante; se suele enseñar como se ha aprendido.

El enfoque queda en la patología y no se avanza en la reflexión del por qué sucedió, ni en aspectos preventivos realizados por los estudiante. También hay que tener en cuenta dónde se realiza la práctica, que son ambientes a los que recurre el niño enfermo, ya que se trabaja en los hospitales o en unidades sanitarias.

## **Desempeño personal como docente**

Soy ayudante y estoy en Pediatría A desde el año 2000. También estoy en la instructoría de la residencia de Pediatría en el Hospital de Niños de La Plata desde comienzos del 2000. Todos estos años he podido observar cuestiones inquietantes en cuanto a la formación de los estudiantes y de pediatras habiéndolas compartido con compañeros de cátedra e instructores.

Mi tarea es dar los prácticos a los estudiantes que asisten al hospital. Esto se realiza con los niños y sus familias que están internados en la sala 3 del Hospital de Niños de La Plata. Hace unos 6 años le sugerí a la titular en ese momento (Dra Irma Saldungaray) una práctica diferente en la cátedra que hasta ese momento no existía y que venía a reemplazar a una monografía obligatoria que tenían que presentar los estudiantes como uno de los requisitos para aprobar la cursada.

Es así que la propuesta que se efectuó fue la de un **trabajo de campo** en donde el estudiante investiga con sus pares en forma conjunta y colaborativa, una serie de temas relacionados con la protección de la salud y no tanto con las enfermedades. Luego confeccionan un material de difusión, el cual es supervisado con su docente-tutor y por último es compartido con la comunidad. La cátedra tomó la propuesta y la implementó. Esta experiencia fue positiva sobre todo en sus comienzos, teniendo aceptación y buena crítica por parte de los estudiantes y de los docentes que habían aceptado llevarla adelante.

La cátedra B también había tenido buenas experiencias con estudiantes trabajando en la comunidad, además de los hospitales. En las encuestas que se realizaron se referían a que, al acercarse a la realidad, los sensibilizaba y daba otra mirada ya no tan enfocada a la patología; sino más a la prevención. Esto se puede ver reflejado en el trabajo de la Dra Vojkovic en el ítem de valoraciones de la cursada por parte de los estudiantes de la Cátedra B de Pediatría (Vojkovic 2011). También en el trabajo de Schwarcz sobre el aprendizaje en servicio en Desde el aula a la comunidad social. En dicho trabajo se refiere que los estudiantes adquirieron la sensibilidad para transmitir a la comunidad la

importancia de la prevención, mostrando interés en hacerse entender y respeto hacia las personas encuestadas, con las que establecieron una adecuada relación médico-paciente, en un contexto diferente al habitual. Integraron a través de esta experiencia conceptos de epidemiología, microbiología, bioquímica, atención primaria, ética y fueron introducidos en la investigación científica a la vez que valoraron el trabajo en equipo. También pudieron evaluar la situación socioeconómica del barrio y se involucraron en los problemas sanitarios. La comunidad resultó beneficiada en tanto comprendió la importancia de la prevención y la de realizar el estudio, recibió la devolución de los resultados y los pacientes diagnosticados con la Enfermedad de Chagas Mazza recibieron el tratamiento. La evolución positiva se pone de manifiesto en que al principio de la experiencia el equipo de trabajo tuvo que salir a explicar a la comunidad la necesidad del estudio y en la actualidad son los habitantes del barrio los que llegan al Centro de Salud a buscar información y a solicitar la realización del análisis. (Schwarcz 2014)

Pero esto sólo no alcanza, el trabajo necesita ser mejorado en varios aspectos, en cómo se implementa, su seguimiento y evaluación del mismo por parte de todos los actores intervinientes (estudiantes, docentes y comunidad). Tampoco puede estar aislado en el contexto, el eje articulador debe ser el niño sano, en su comunidad y la prevención de las enfermedades. Hoy esto no es así, el foco está en las patologías, el niño enfermo, el ambiente es el hospitalario, quedando en segundo plano las cuestiones preventivas y reflexivas del porque adquirió la enfermedad y si la misma podría haber sido evitada.

## **EJES PARA REPENSAR LA FORMACION DE MEDICOS: HACIA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD**

A partir de las problemáticas abordadas en el apartado anterior, se proponen a continuación tres ejes para repensar y mejorar el trabajo de campo descripto.

### **Eje 1: La promoción de la salud como contenido a ser enseñado.**

La incorporación de escenarios de enseñanza diferentes al aula y a la Sala del Internación, más cercanos a la comunidad, ayudaría a poner la prevención en el centro de la disciplina médica. Tanto el programa de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de La Plata, como el de Pediatría, mencionan la importancia de la promoción de la salud, como el de la prevención de las enfermedades. Para entender los mismos, vamos a definirlos.

La promoción de la salud se refiere a las acciones de educación y concientización ofrecidas por equipos de salud, preferencialmente interdisciplinarios, dirigidos a la comunidad, con el objetivo de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida saludables y fomentar el auto cuidado y la solidaridad. Integra las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar acciones para la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos del ambiente, y del comportamiento; para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables. Estas actividades pueden ser a nivel individual, familiar o comunitario. La prevención de la enfermedad es la reducción y control de los riesgos que atentan contra la salud de las personas y de la población con el fin de evitar la aparición de la enfermedad. (Jauregui, Suarez., 2004)

Pese a la importancia con la que se lo menciona, la realidad es otra: el enfoque prioritario y los escenarios, tienen mucha más relación con la enfermedad que con la salud.

La medicina se ha tornado compleja, hoy los problemas de salud más importantes son cuestiones que tienen varias aristas, multifactoriales y muchos de ellos requieren un enfoque multidisciplinario, como ejemplo de esto tenemos una temática variada como puede ser: obesidad, hábitos de vida saludables, violencia y maltrato, calidad de aire interior, prevención de accidentes, prevención de embarazo adolescente, prevención de adicciones, bullying, prevención de enfermedades crónicas desde la infancia, lactancia, vacunación, etc..

Como se puede apreciar son problemas complejos, no son enfermedades particulares. Los mismos tienen múltiples formas de abordaje, se los puede trabajar de diversas maneras, incluso utilizando diferentes métodos de enseñanza y superponiéndolos.

Para enfocarnos en la Promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, también nos deberíamos cuestionar en cómo enseñamos y cómo aprenden nuestros estudiantes. El perfil de egresado que pretende la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP es el de un médico general. Refiere que se necesita formar un profesional comprometido con la realidad socioeconómica del país, que incorpore conocimientos, prácticas y actitudes que permitan darle al fenómeno de salud - enfermedad, la complejidad que presenta. Lo recién mencionado está referido en la página electrónica de la Facultad De Medicina en el perfil del médico a formar en la UNLP

(Perfil del médico a formar UNLP en <http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/secretarias/asuntos/65-informacion/info-secretarias/asuntos-academicos/201-perfil-del-medico-a-formar>)

Sin embargo, existen discrepancias al respecto. En cuanto a la prevención, la responsabilidad social, el trabajo en el primer nivel de atención, nada de eso está favorecido cuando los escenarios son los hospitales de alta complejidad, con los enfermos internados y los docentes especialistas. Hay poca reflexión de por



qué suceden las enfermedades y cómo se pueden evitar. El futuro profesional debe ser capaz de incorporar la compleja realidad que determina el binomio salud-enfermedad desde el comienzo de la carrera, con las prácticas y los ámbitos que la favorezcan. Si incorporamos estrategias didácticas en las que la prevención sea lo prioritario, se articule la teoría con la práctica y en las que exista reflexión para la acción, estaremos mejorando la formación del futuro profesional y en definitiva la sociedad se vería beneficiada. También sería importante incorporar otros escenarios de enseñanza más reales o comunes. Por otro lado, desplazar los ejes: de enfermedad hacia el de salud; y del profesor como centro, al del estudiante y la sociedad como protagonistas.

## **Eje 2: La salud, la comunidad y los estudiantes como protagonistas del proceso**

El desplazar el eje del profesor como centro, al del estudiante y la sociedad como protagonistas, sería de utilidad en la concepción y autonomía del futuro médico. Es por ello que la incorporación de experiencias de trabajo en terreno en el proceso de la formación, resulta fundamental, en la medida que acerca al estudiante a la realidad que modela los procesos de salud-enfermedad de las personas y grupos humanos. Esto refuerza la necesidad de contar con los conocimientos teóricos y prácticos que brindan las Ciencias Sociales.

Existen antecedentes de intervención y de trabajos con comunidad y estudiantes enfocados en la salud, en nuestra Facultad de Medicina.

En la Cátedra A hace seis años que estamos realizando trabajos de campo con los estudiantes con temas prevalentes enfocados a la prevención y cuidados de la salud en la comunidad. Hasta la elaboración de este proyecto de intervención, en la primera clase informativa se les mencionaba que deberían realizar durante la cursada un trabajo grupal de campo, se los invitaba a conformar grupos de 5 estudiantes y se les ofrecía una lista de temas y un tutor para su

acompañamiento. La lista de temas era la siguiente: Obesidad, Hábitos de vida saludable, Violencia y maltrato, Calidad de aire interior, Prevención de accidentes, Prevención de embarazo adolescente, Prevención de adicciones, Bullying, Prevención de enfermedades crónicas desde la infancia, Lactancia, Vacunación.

Al ser temas de baja estructuración, estos temas invitan al trabajo grupal y multidisciplinario; a la reflexión y a la acción. Son temas que tienen múltiples aristas y se lo puede trabajar de muy diversas maneras. No existe una solución ni una respuesta única. Son problemas de salud pública infantil importantes que a su vez generan múltiples patologías en diferentes grupos etarios. Por otro lado, si el grupo de estudiantes consideraba un tema importante para trabajar, el tutor lo podía tener en cuenta y abarcarlo.

En otra instancia se hacía una presentación preliminar al tutor, se realizaban los ajustes finales, y por fin se lo compartía con la población en un ambiente predeterminado (escuelas, salas de espera, centros culturales o de fomento). Por último, se hacían las consideraciones finales con respecto a la experiencia. Todo esto se trabajaba durante las 8 semanas que duraba la cursada.

En un comienzo hubo entusiasmo y buena crítica tanto de docentes como de estudiantes que realizaban el trabajo (Saldungaray, 2010; Pérez 2012). Por su parte la comunidad en general estaba conforme y agradecida por el acercamiento que existía y los consejos que se le brindaban. Pero estas actividades hay que sostenerlas en el tiempo, mejorarlas, evaluarlas y darles la importancia que verdaderamente tienen para que no se hagan monótonas, rutinarias y el entusiasmo comience a decrecer en todos los que participamos en ellas, tampoco pueden estar aisladas del contexto de la enseñanza de la medicina.

Hubo también otras experiencias previas de prácticas comunitarias en otras cátedras de la Facultad, por mencionar alguna de ellas: los relevamientos socio-sanitarios en Salta y Jujuy, Diagnóstico de parasitosis en el Gran La Plata, Potabilidad del agua (conjuntamente con la Facultad de exactas), promoción de salud en plazas públicas. A todos estos proyectos les faltó continuidad, pues están aislados del contexto pedagógico dominante.

Es muy interesante la descripción que hace el Dr Silberman en su trabajo con respecto a experiencias que tuvo la cátedra de Epidemiología de Medicina de la U.N.L.P. El proyecto PANDELAS (Programa de Atención Nominalizada de la Salud), consistió en la realización de un diagnóstico social y Sanitario en Ensenada. En otro trabajo se hizo el seguimiento de embarazadas en un centro de salud de la ciudad de La Plata. A los estudiantes les pareció una experiencia positiva, dándoles una visión que hasta ese momento no habían tenido en la carrera, coincidían en general en la importancia que tienen los factores socioeconómicos culturales en el proceso salud-enfermedad. Por otra parte, los estudiantes no consideraban que la profesión médica tuviera injerencia en la política y en las cuestiones socio económico culturales; y que existen materias más importantes que requieren mayor dedicación, hasta había estudiantes que lo consideraban como una pérdida de tiempo.

Estos esfuerzos se diluyen en el verdadero perfil teórico asistencialista que tiene nuestra facultad. Tanto en ámbitos de grado, como de postgrado los factores y las cuestiones socio-económicos y culturales pasan a un segundo nivel con respecto a lo biológico y muchas veces ni siquiera se tienen en cuenta. Las materias humanísticas y sociales figuran en los últimos puestos en la valoración que tienen los estudiantes sobre ellas con respecto a las materias biológicas. La mayoría de los estudiantes se proyectan como sub especialistas incluso antes de ingresar a la facultad; y esta brecha se hace aún más notoria al egresar (Silberman 2011).

En el imaginario del estudiante o el médico joven, cuestiones que tienen que ver con el prestigio médico, el rédito económico o lo sacrificado y arriesgado que ven a los perfiles generalistas hacen que se vuelquen hacia la mayor especialización posible. Como agravante de esta situación, quienes eligen residencias con perfil generalista, como por ejemplo Pediatría, al finalizar las mismas, optan por subespecialidades pediátricas. (Pérez, 2011).

### **Eje 3: Teoría-práctica y acción-reflexión como articuladores de la enseñanza y el aprendizaje**

La incorporación de estrategias didácticas en las que se articule la teoría con la práctica y en las que exista reflexión para la acción, mejoraría la formación del futuro profesional y en definitiva la sociedad se vería beneficiada. Se necesita incorporar esos conocimientos a las competencias que debe adquirir el futuro profesional de la práctica médica. Por lo tanto, hay que modificar parte de la modalidad de enseñanza y vincularla a la problematización de hechos reales.

La educación médica ha seguido a través de los años un modelo clásico en el cual el educador presenta una serie de contenidos, los cuales esperan que sean adquiridos por los estudiantes. El estudiante se convierte en un depositario del conocimiento teórico vertido por los docentes; esto fue mencionado por Paulo Freire en su libro Pedagogía del oprimido, cuando se refirió a la educación en general (Freire, 1969).

Existen dificultades en relación a la adquisición del conocimiento en Medicina en cuanto a vincular o articular la teoría con la práctica, esto tiene que ver con la estructura actual de la carrera de Medicina. En la misma se puede observar las siguientes cuestiones:

- Fragmentación del conocimiento: Cada materia es un compartimento desconectado de las demás no existiendo prácticas que verdaderamente sean integradoras.
- Priorización de aspectos teóricos: Las materias ponen más el acento en la teoría que en la práctica, tanto en la cursada (más clases teóricas que practicas) como en la forma de evaluar (exámenes parciales con múltiple choice y exámenes finales con exposición oral).
- Énfasis en la patología y no en la prevención: En los programas de las materias ocupan mayor porcentaje los temas que tienen que ver con las enfermedades, que aquellos que abarcan aspectos preventivos.

- El protagonismo lo tiene el docente que transmite conocimientos. El estudiante los recibe pasivamente y en forma irreflexiva. La medicina se transforma en biológica, ahistórica, irreflexiva y asocial.
- El ambiente predominante es el hospital y no la comunidad, que es donde se genera la patología y donde se la puede prevenir, existe desarticulación entre la teoría y la práctica, con una mayor preponderancia a favor de la primera. Tampoco se favorece la reflexión. Existe una tradición y un poder hegemónico que tiende a que las cosas no cambien. Solemos enseñar cómo nos enseñaron.

Mencionaré asimismo cuatro artículos de la Revista Argentina de Educación Médica Volumen 6 - Nº 2 - Julio 2014:

En el artículo de Ángel Centeno “Las ciencias del aprendizaje: su potencial influencia en la enseñanza de la medicina”, se hace un énfasis especial al referir a la reflexión como herramienta de aprendizaje. Los pasos requeridos son la obtención de información y su reflexión; la creación de nuevos conceptos (relaciones entre conceptos), y la prueba o aplicación de lo aprendido (Centeno, 2014).

En otro artículo de la misma revista, Ronaldo Flugelman titula “Habilidades relacionales: una estrategia para su enseñanza”. Aquí se menciona que la formación en habilidades relacionales no suele ser parte de las propuestas planificadas en la formación de profesionales de la salud y habla sobre saber establecer una relación personalizada, responder adecuadamente, educar terapéuticamente al paciente y su familia en aquéllos auto cuidado. Saber abordar con el paciente sus necesarios cambios de hábitos de vida: cesación tabáquica, inclusión de actividad física, restricciones alimentarias, evitación de conductas de riesgo. Saber interactuar y funcionar integradamente en su equipo de trabajo. Implica conocer y aceptar su rol y el de los otros, y adquirir la vivencia del trabajo en grupo como potenciador y contenedor de los aportes individuales. El estudiante va desarrollando habilidades, lo realiza tomándose a él mismo como instrumento de su práctica, no serán entonces sólo saberes a aplicar sino un compromiso

personal en las maneras del uso e integración de las variadas habilidades necesarias. Este es el núcleo del dispositivo. Evidencia para los estudiantes las diferencias entre el “creer saber”, el “saber hacer”, el “saber en acción” y la “reflexión desde la acción” (Flugelman, 2014).

En otro artículo, “Enseñanza en medicina de la metodología del diagnóstico clínico en pequeños grupos con interacción pautada” de Pablo Olavesgoscochea, refiere que se favorecía y acrecentaba la confianza a la hora del debate en el pequeño grupo. Asimismo, la sistematización en la técnica utilizada en la enseñanza de este grupo permitió observar cómo los estudiantes se organizaban en forma democrática, ordenando el debate y respetando los tiempos de cada uno tanto en la dinámica intra-grupal como en los plenarios. Posiblemente, esta organización de las interacciones grupales esté en la base de las resoluciones exitosas de los casos desde el inicio del proceso de enseñanza de la metodología del diagnóstico clínico. Promover modalidades de participación democrática intra y entre grupos en la enseñanza de grado de la medicina es fundamental para el desarrollo de las prácticas propias de su futura profesión, la cual tiende cada vez más al trabajo en equipo. La satisfacción de los estudiantes acerca de los aprendizajes alcanzados con estas propuestas de enseñanza de la metodología diagnóstica, revelaron que son valoradas como altamente positivas. Resulta muy importante incluir en el grado esta metodología de enseñanza como una metodología de enseñanza del razonamiento clínico (Olavesgoscochea, 2014).

En otra publicación, “Desde el aula a la comunidad social: un modelo de aprendizaje centrado en la enfermedad de Chagas” de Martha Schwarcz, se presenta el aprendizaje-servicio como un modelo educativo que integra el aprendizaje con servicio a la comunidad en una actividad articulada, coordinada y coherente. Todo proyecto de aprendizaje-servicio lleva implícito tres objetivos: el pedagógico de mejorar la calidad del aprendizaje, y el solidario de ofrecer una respuesta a una necesidad social de la comunidad y empoderarla en lo referente a la respuesta. El aprender-haciendo tiene como ejes conductores el compromiso social y la prevención. Los estudiantes previamente capacitados realizaron las actividades de campo y el análisis estadístico de los resultados. La experiencia

benefició a los estudiantes al resignificar los contenidos académicos, a la comunidad, mejorando las condiciones de vida y a la Universidad al realizar una transformación socioeducativa (Schwarcz, 2014).

Por otro lado la Dra. Vojkovic María en su estudio exploratorio sobre las valoraciones, incidencias y trayectorias profesionales (año 2011), demuestra la satisfacción de los egresados de Medicina con respecto a los trabajos con la comunidad que hacían cuando cursaron como alumnos en la Cátedra B de Pediatría de la UNLP (Vojkovic, 2011).

Con el trabajo de campo, como practica de intervención, se propone un viraje de la educación tradicional hacia una perspectiva crítica de la misma (Freire, 1969). Con la misma se busca aumentar la autonomía y el compromiso social del estudiante. El mismo debe ser un constructor activo de su conocimiento, el docente debe guiarlo hacia la reflexión conjunta entre ambos y estimular el trabajo en equipo; pero el profesor de ninguna manera debe imponer su conocimiento como ocurre en el modelo tradicional. Se debe estimular la investigación de la propia práctica y la reflexión para la acción (Schon, 1992). Los escenarios deben estar acordes para tales circunstancias. El trabajo en equipo es fundamental para construir un profesional solidario y que sepa trabajar incluso desde la diferencia reconociendo la otredad (el reconocimiento del otro, compartiendo y sin imponerse) (Remedí, 2004).

En este tipo de perspectiva los resultados son inciertos, e incluso los caminos son variados y pueden cambiar en el transcurso del proceso. La sociedad, que sería la beneficiada en este tipo de perspectiva, debe también ser partícipe necesario de este tipo de proceso; por eso es fundamental que el estudiante trabaje con y para ella, reconociendo los problemas reales de la población y teniendo como prioridad realizar los intentos necesarios para tratar de mejorar las realidades de las personas. La praxis inventiva es una práctica que incluye la producción de algo nuevo, a través de la resolución intencional de un problema; y refiere que es en este campo donde opera predominantemente el pensamiento en sentido estricto. En la perspectiva crítica, la innovación implica

protagonismo de todos los sujetos; rupturas con las prácticas habituales y búsqueda de resolución de problemas. El protagonismo de los sujetos de esta práctica no sólo busca la gestación; sino también la propagación de la experiencia. Son protagónicas en el sentido que sus creadores, son los personajes principales de la acción (Lucarelli, 2009).

Schön (1992) arguye que la praxis docente se caracteriza por la complejidad, la incertidumbre, la inestabilidad, la singularidad y el conflicto de valores. La profesión docente debe entenderse como una actividad reflexiva y artística con algunas aplicaciones técnicas. Saber cómo y qué hacer. Pensar qué hacer y a la vez hacerlo. El conocimiento en la acción es dinámico, podemos reflexionar sobre la acción, una vez finalizada la misma; o en el medio, el pararse a pensar. Incluso reflexionar en la acción y modificarla. El conocimiento en la práctica se ejercita en los ámbitos correspondientes. Se puede aprender participando en un *practicum* que es una situación preparada, pensada y dispuesta para aprender una práctica. Aprender haciéndose cargo de proyectos, interaccionando con sus compañeros, con los tutores, reflexionando sobre este aprendizaje experiencial. Los *practicum* reflexivos ayudan al estudiante a ser eficaces y a tener autonomía. Hay diálogo recíproco y reflexivo entre el tutor y el estudiante.



## **RELANZAMIENTO DEL TRABAJO DE CAMPO DE LA CATEDRA A DE PEDIATRÍA**

Esta intervención, consistente en la evaluación colectiva y el relanzamiento del trabajo de campo, fue impulsada por quien escribe y desarrollada con todo el equipo de la Cátedra. El trabajo de campo fue propuesto y aceptado hace 6 años, hubo acuerdo entre los integrantes de la Cátedra y el mismo tiene coherencia con lo que propone el perfil de medico a formar por la facultad. Pero ahora precisa ser relanzado con algunas mejoras para ser verdaderamente útil y cumplir con sus objetivos. Esto se concretó a través del rediseño y escritura de la consigna del trabajo de campo, incluyendo las voces de los docentes de la cátedra, ex estudiantes que realizaron el trabajo anteriormente, y la comunidad que comenzara a participar más activamente del mismo. Los aspectos sobre los que se trabajó en el diseño del relanzamiento son:

- Selección de temas que permitan abordar la complejidad de la práctica pediátrica en la prevención.
- Cronograma anticipado de las etapas del trabajo de campo con consignas claras a los estudiantes.
- Contactos con las instituciones en las que se desarrollara el mismo.
- Instancias de acompañamiento docente (tutorías)
- Qué se espera como producción de los estudiantes y cómo van a ser evaluados.
- Encuestas escritas a estudiantes, docentes y comunidad. (En el anexo se pueden encontrar las encuestas)

Como propósito general este proceso de evaluación y relanzamiento buscó favorecer el enfoque preventivo durante la cursada mediante una mejora en la propuesta de enseñanza, y de esta manera contribuir a que haya mayor coherencia con el perfil de Medico General. Para esto se realizaron cambios en la propuesta del trabajo de campo para que la misma tienda a promover la articulación entre teoría y práctica y la reflexión acción en Pediatría con la finalidad

de que el docente pueda construir conocimiento con sus estudiantes, con una práctica reflexiva y para la acción. Y de esta forma, que el estudiante pueda recuperar conocimientos aprendidos en otros tramos de la carrera y construya nuevos aprendizajes orientados a la promoción de la salud.

Los objetivos que persigue la propuesta es que los estudiantes logren obtener aprendizajes significativos para su futura práctica profesional, que ésta beneficie a la sociedad y que se reflexione al respecto; pensando a la medicina como una práctica social, situada en un contexto real e influenciado por cuestiones sociales, políticas y económicas. Y en coherencia con esto aprender a trabajar en equipo, incluso desde la diferencia, para enriquecerse mutuamente, desde el debate reflexivo y constructivo.

Por otro lado, que los docentes podamos reflexionar críticamente sobre nuestra práctica, buscando siempre mantener la coherencia entre lo que se declama y lo que hace. Siendo agentes constructores del conocimiento y no solamente un transmisor del mismo. Inculcando el valor del trabajo en equipo y los beneficios del trabajo en conjunto, sobre todo con los problemas complejos que actualmente hay en salud, que necesitan del trabajo multidisciplinario.

Por último, mencionar a la comunidad, un actor fundamental y que suele quedar relegado. Deben ser partícipes activos en la formación del médico y no solo objeto pasivo del estudio de los mismos, ya que verdaderamente son los primeros interesados en ayudar a crear profesionales que defiendan los intereses de la población y no los del mercado como lo es en la actualidad.

### **El proceso de evaluación colectiva de la experiencia hasta el 2017**

En una de las últimas reuniones generales de cátedra que se hizo hace alrededor de un año, se mencionó que el trabajo de campo estaba sufriendo problemas y sin llegar a mencionarse se pudo dudar de su continuidad. No se ahondó en especificar exactamente cuáles eran los verdaderos problemas que tenía el trabajo y lo poco que se refirió tenía que ver con subjetividades y

pensamientos que tenía cada uno al respecto. Igualmente se decidió continuar con el mismo. En ese momento me di cuenta que se necesitaba un cambio, el trabajo necesitaba mejorarse y que esto no podía ser una tarea individual.

Hacia 6 años había hablado con la titular de la cátedra la Dra Saldungaray para proponer la incorporación del trabajo de campo. En esta oportunidad tuve que hablar con el titular actual, el Dr Fumagalli, para ver si opinaba que el trabajo había que sostenerlo, ambos concluimos que sí, pero coincidimos que necesitaba mejorarse. Esta tarea me la encomendó a mí. Por cuestiones laborales no somos una cátedra que se reúna con asiduidad, los contactos los hacemos vía mail o en los pasillos y salas del hospital en la que trabajamos la mayoría de los docentes. Igualmente a los docentes que trabajan fuera del hospital, los podemos contactar fácilmente.

Puedo decir que si bien tuve que realizar el trabajo más arduo, para mi grata sorpresa tuve el apoyo y la colaboración de toda la cátedra, desde el titular hasta la secretaria de la cátedra. Todos colaboraron con su tiempo, valiosos consejos y sugerencias en las diferentes etapas del trabajo (contestar encuestas, sugerir modificaciones de las mismas, ampliar los temas para los alumnos, comprometerse con la continuidad y acompañar todo el camino recorrido en este tiempo). Estos aportes de mis compañeros los iba teniendo en entrevistas personales, acompañadas de encuestas escritas, interactuando con cada uno de ellos. En esos momentos pudimos reflexionar esas cuestiones que debían ser mejoradas en el trabajo, se las pudo visualizar. Una de ellas era qué opinaban los estudiantes.

Se encuestó a 46 estudiantes que participaron de los trabajos de campo cuando fueron implementados, en el transcurso de 6 años y ahora en la actualidad. En las encuestas se preguntó sobre: la valoración que hacían del trabajo, el aporte a su formación como médico, tema elegido, apoyo de tutor, si estaba en concordancia con la propuesta pedagógica de la cátedra, aspectos positivos y negativos del mismo.

Lo que se pudo analizar a partir de esta consulta es que en los primeros

años el trabajo tenía una valoración positiva de alrededor del 85% y en la actualidad es del 60% aproximadamente. Esto puede tener que ver con la novedad y el entusiasmo en general en sus comienzos y que últimamente ambos hayan decaído producto de la rutina, la falta de motivación y de modificaciones, mejoramientos y actualizaciones. A continuación, se transcriben algunas frases de los estudiantes:

Frases positivas:

*“nos pareció muy útil el trabajo, nos acerca a la realidad y a la población le sirve mucho”; “me gustó el entusiasmo de los alumnos (población) y su interés fue maravilloso”; “me hizo investigar y profundizar sobre el tema”; “investigue sobre un tema que no tenía incorporado”; “estuvo bueno porque ese tema no lo habíamos visto en la cursada y aprendimos sobre él”; “hubo mayor aprendizaje sobre el tema e interacción con la gente fuera del hospital”; “me dio confianza”; “presentación en público como entrenamiento, manejo de grupos, entender códigos generacionales distintos para transmitir información”; “poder tener contacto con la población y brindar conocimientos que le sirven para disminuir enfermedades prevalentes”*

Frases negativas:

*“no me sirvió para nada”; “perdimos el tiempo y tenemos muchos parciales y finales de otras materias para estudiar”; “no sentí el apoyo del tutor”; “no todas las madres mostraron interés”; “incoordinación con el grupo y desorganización administrativa”; “no sirve hablarle a un grupo de madres, hay que llegar a toda la población”*

Se realizó asimismo una consulta los docentes de la cátedra. Unos 15 docentes somos los que participamos más activamente del trabajo, haciendo de tutores de los estudiantes, pero toda la cátedra apoya el trabajo de campo. El mismo tuvo el aval de la Dra Saldungaray (ex titular de la Cátedra) cuando se lanzó como propuesta hace 6 años, y actualmente lo sigue teniendo del titular en el relanzamiento del mismo, el Dr Luis Fumagalli, quien es además el codirector

de este trabajo final.

Los docentes en sus encuestas consideraron en su totalidad que el trabajo es positivo (no hubo una sola encuesta que considere que hay que eliminar el trabajo de campo). Voy a hacer referencia a las consideraciones positivas acerca del mismo:

*“Es una experiencia útil, acerca al estudiante a tener una mirada más integral”; “Gratificante”; “Es hermoso entrar a una escuela con niños sanos y comunicarte en grupo”; “Extensión de la cátedra a la comunidad”; “Contribución a la comunidad”; “Conocimientos sobre temas relevantes y de actualidad”; “Estimula al estudiante trabajar sobre factores de riesgo, promover estilos de vida saludables y fundamentalmente a realizar un enfoque participativo y comunitario con énfasis en la prevención”; “Personas en su ámbito y como ente biopsicosocial. Integra aspectos académicos con los sociales, reconoce al niño sano en su entorno”; “Mirada más amplia, no solo lo orgánico, lo patológico, la enfermedad”; “Participes activos en las tareas de promoción y protección de la salud”; “Son verdaderos protagonistas. Ponerse en los zapatos del médico”; “Trabajo en equipo, auto aprendizaje”; “Lo viven como una carga, pero luego de darlo se dan cuenta de lo bien que se sintieron y lo valioso que fue. Al realizar la presentación, se muestran motivados, luego refieren la satisfacción como si reconocieran y entendieran lo importante de la actividad”; “Observo el interés que muestra la mayoría de los estudiantes en desarrollar y transferir el trabajo a la comunidad”. “La comunidad lo recibe con interés y entusiasmo. Respuesta positiva de la comunidad”; “Con cada grupo aprendo y me ayuda a ser mejor docente. Profundizo sobre el tema como docente, me hace estudiar”; “Está alineado con la propuesta pedagógica de la cátedra”; “Me obliga a buscar material bibliográfico sobre el tema”; “Relación más fluida docente estudiante. Interacción docente estudiante muy cercana”; “Bien explicada, con consignas claras, con los lugares ya contactados y con docentes motivados, es una experiencia sumamente útil que debe continuar”.*

De la misma manera, los docentes señalaron aspectos a mejorar en la propuesta:

*“Tener lugares fijos de antemano (centros de salud, escuelas)”*

*“A veces no se realiza en tiempo y forma”*

*“Difícil coordinar horarios y lugar para realizarlos”*

*“Charla introductoria con consignas más claras para su realización. Pautas claras al inicio”*

*“Algunos estudiantes no le dan importancia”*

*“Mayor hincapié en la organización”.*

*“Supervisión docente continua”.*

*“Cuando hacemos el trabajo en las salas de espera de la guardia, no siempre la gente está bien predispuesta”.*

*“A veces hacen un copie y pegue en el trabajo escrito”.*

Sin duda es uno de los mayores desafíos que tiene esta propuesta es incorporar la visión de la comunidad, y donde más debemos trabajar. Para ello hay que recuperar la voz de la comunidad y eso es lo que aún falta. Voy a transcribir una de las frases de uno de los docentes para poder reflexionar

*“Observo el interés que muestra la mayoría de los estudiantes en desarrollar y transferir el trabajo a la comunidad. La comunidad lo recibe con interés y entusiasmo”*

El principal objeto de estudio (en este caso la población) no puede ser sujeto pasivo del mismo, debe participar activamente. La palabra “transferir” remeda a lo que Paulo Freire comentaba en su obra sobre Pedagogía del Oprimido, en el sentido en que va el médico con sus conocimientos a “depositar” a la población su saber erudito e indiscutible. Esta concepción bancaria del conocimiento es algo que se debe comenzar a discutir y ver cómo se construye conocimiento con una comunidad partícipe.

Uno de los problemas del trabajo de campo es que no se encuestaba a los pobladores, este es uno de los cambios que hemos instituidos a partir del año 2018 con la intención de hacerlos partícipes, ver qué opinan, si les sirve, que mejoramientos incluiría, si pudo participar y entender de lo que le hablaron. “*La comunidad lo recibe con interés y entusiasmo*”: Esto en general es así, pero puede ser subjetividad tanto del estudiante como del docente. Habría que demostrarlo y objetivar si verdaderamente le sirve a la población. También para esto es útil la encuesta.

Otro de los problemas que se puede identificar y mejorar, es el de otorgar consignas claras para el trabajo. Para ello se consultó bibliografía didáctica sobre la construcción de consigna y su evaluación (Anijovich 2013)

Una consigna clara es según Anijovich (2013) el por qué y para qué de la tarea. El docente debe explicitar lo que hay que realizar y el estudiante descubrir el sentido de lo que se le pide que aprenda. Las consignas claras favorecen la autonomía del estudiante. La consigna puede ser que promueva a la resolución de un problema, como por ejemplo: Imagínese como encargado de salud de su ciudad o de una unidad sanitaria, que información o como encararía el problema de: Tabaco, obesidad, violencia, bullying, etc. Además de informar e interactuar con la población, al estudiante le daría un “plus” ya que le permite revisar y reflexionar sobre las consignas e integrar el conocimiento.

“En la década del 90’ proliferan términos evaluativos fuertemente ligados a la evaluación formativa, así surge la evaluación auténtica” (López Pastor, 2009). La evaluación auténtica se alinea al currículum por competencias y se centra en las competencias que se pretenden desarrollar en contextos significativos a través de la acción pedagógica y forma parte del proceso de enseñanza y aprendizaje. Es decir que “las prácticas de evaluación auténtica se oponen a las situaciones artificiales de evaluación, alejadas de la práctica real o de la aplicación real de dichos conocimientos” (López Pastor, 2009)

En la evaluación autentica se plantea a los estudiantes las situaciones problemas a resolver en las que tienen que poner en juego conocimientos y

estrategias individuales y con otros. Por medio de la resolución de consignas, los estudiantes demostraran sus aprendizajes. Se les debe aclarar el desempeño que se espera de ellos, margen de libertad y aspectos en los que pueden decidir, formas de producción final, contexto, rol, tiempos de trabajo. (López Pastor, 2009) Esta propuesta está centrada en el paradigma que considera al estudiante como autónomo, ubicado en un contexto que desafía a resolver situaciones de aprendizaje significativas y complejas. (Anijovich R 2014).

Podemos utilizar una consigna con libertad, en donde hay libertad para elegir el tema y luego se los orienta en la tarea: porque eligió ese tema, que implicancias trae aparejada en la población, cuáles son las dificultades más importantes a enfrentar, que factores socioculturales y económicos están implicados, que actores imagina para enfrentar dicho problema (psicólogos, asistentes sociales, maestros, políticos, ingenieros, arquitectos, autoridades y socios de clubes barriales, jóvenes de instituciones religiosas, etc.) Y aclarar fuentes de donde obtuvo la información. La consigna puede formular preguntas: ¿Cómo resolverías el problema de...? ¿Qué harías con respecto a....? Si tuvieses la posibilidad y los medios para resolver el problema de..., ¿qué harías? En la evaluación de este tipo de consignas es necesario agregar instancias de retroalimentación y orientación. A la hora de evaluar aprendizajes de estudiantes, el problema es diseñar estrategias que permitan diferenciar aprendizaje construido del simplemente almacenado (Litwin, 2008).

Por último, para realizar el trabajo, no se necesitaron recursos extraordinarios, con los mismos ya contamos en la actualidad. En el trabajo de campo hay confección de materiales que son los que se comparte con la comunidad, estos están a cargo de los estudiantes, esto se les dice al iniciar la cursada; pero los mismos no suelen ser onerosos, ya que se trata de afiches, volantes, material de power point, representación con títeres o pequeñas obras de teatro de tipo educativo. Por lo tanto, el recurso económico no es un impedimento, solo se necesita la concientización, el entusiasmo, la imaginación, el compromiso y la participación de todos los implicados en el.



## **La reconstrucción de la propuesta del TC**

Estando informado y de acuerdo el titular de la cátedra, se trabajó a través de reuniones particulares y comunicaciones con los integrantes del equipo de cátedra sobre los ítems a mejorar. También se exploró quiénes querían seguir participando más activamente en lo que es la tutoría y acompañamiento de los estudiantes durante el trabajo.

Aproximadamente son 40 estudiantes por bimestre, por lo tanto serían unos 8 grupos conformados por 5 personas cada grupo, necesitándose 8 tutores para cada uno de ellos. El resto de la cátedra y el titular participan en otros momentos especialmente a la hora de evaluar resultado, hacer balances y reflexiones grupales en las reuniones o comunicaciones de cátedra. Las instituciones con las que se puede trabajar son: Escuelas, centros de salud, municipios, centros de fomento y clubes.

Las Actividades que se fueron desarrollando para el relanzamiento de la propuesta fueron:

### *1) Comunicación al equipo de cátedra del relanzamiento del trabajo de campo*

Hubo una presentación de la Propuesta de intervención al titular y adjuntos, y luego se compartió la propuesta con toda la cátedra. Esto no fue dificultoso, ya que el trabajo se venía desarrollando con anterioridad y también se percibía que se necesitaban modificaciones para sostenerlo.

### *2) Relevamiento de la información para mejorar el trabajo de campo:*

Se encuestó a docentes participantes, a estudiantes y no se pudo encuestar a la comunidad que participó de los trabajos anteriores. Esta parte fue muy valiosa porque se pudo establecer objetivamente lo que fue sucediendo con el trabajo a través del tiempo. Resulto fundamental observar que la totalidad de los docentes apoya la continuidad del mismo, de no haber sido así, era prácticamente imposible seguir con el mismo; los estudiantes también lo hacen en general y los cuestionamientos pasan por otro lado (exceso de tareas, cuestiones organizativas, etc.).

### *3) Diseño con otros docentes de la cátedra de la consigna del trabajo de campo*

Nos pudimos poner de acuerdo con los temas, que se fueron agregando a lo que fue la plantilla original de los mismos. También fue clave ordenar con el cronograma los tiempos en los que se debía ir realizándolo. Ahora se va a tener material objetivo mediante las evaluaciones escritas a todos los que participamos del trabajo, y esta va a ser una herramienta de monitoreo constante para seguir mejorando y modificando año a año lo que sea necesario.

### *4) Armado final de la propuesta y puesta en consideración de la cátedra. Escritura del reporte final.*

Se reescribió la consigna con mayor claridad para los estudiantes, a quienes se les entregará una guía cuando se propone al principio de la cursada que debe realizar un trabajo de campo. Esa guía para estudiantes se puede ver en el apartado siguiente junto con la propuesta de desarrollo acordada con el resto de los docentes, y una propuesta para la evaluación y seguimiento de la consigna en vistas a realizar ajustes y mejoras en el futuro.

## PRESENTACION DE LA CONSIGNA DEL TRABAJO DE CAMPO 2018

Se consensuó en la cátedra poner orden a las actividades con los plazos correspondientes; si bien todo lo que se va a desarrollar a continuación ya existía, no tenía la claridad necesaria para que el trabajo se desarrolle correctamente.

### Cronograma propuesto para el trabajo de campo

Semanas	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	6ta	7ma	8va	Docente a cargo
Clase introductoria	X								Titular y presentador de las consignas
Elección de tema/conformación de grupos		X							Tutor
Desarrollo del trabajo			X	X	X	X			Tutor
Presentación preliminar							X		Tutor
Presentación formal								X	Tutor
Evaluación								X	Tutor y Cátedra

A continuación, se detallan los pasos:

#### 1) Clase introductoria

La 1ra clase es informativa donde se describe cómo va a ser la cursada. La clase inaugural está a cargo del titular de la cátedra y luego hay un espacio de unos 30 minutos donde se explican las consignas para realizar el trabajo de campo, el cual igualmente se les enviará a sus casillas de correo electrónico. Allí

se les presenta una lista de temas que la cátedra consideró importantes para la salud pública y especialmente para la salud infantil por su especial vulnerabilidad. Los temas propuestos no se tratan específicamente durante la cursada. Al ser temas de baja estructuración, invitan al trabajo grupal y multidisciplinario; a la reflexión y a la acción. Son temas que tienen múltiples aristas y se los puede trabajar de muy diversas maneras. No existe una solución ni una respuesta única. Son problemas de salud pública infantil importantes que a su vez generan múltiples patologías en diferentes grupos etarios. Además se los estimulará a que reflexionen y propongan algún otro tema que crean importante y prevalente que quieran investigar y desarrollar; si el mismo es viable y de interés no hay ninguna objeción para trabajarlo. Se los invita a que conformen los grupos, lo que recomienda la literatura es que sean de 5 o 6 personas (Marcelo García; 2001).

## *2) Elección de tema y conformación de grupos*

Para la 2da semana deben tener elegido el tema y conformado el grupo e informar esto a la cátedra. Por su parte, la misma le otorgará un tutor el cual tendrá disponibilidad vía mail y personalmente para cualquier inquietud de los estudiantes. Esto último es posible ya que todos los docentes trabajamos en hospitales o centros de salud donde los estudiantes nos pueden encontrar para que seamos consultados. El responsable aquí, es el docente tutor. Se deben pautar de entrada al menos dos encuentros obligatorios con el tutor durante el desarrollo del trabajo, para ir conversando sobre los avances del mismo.

## *3) Desarrollo del trabajo*

De la 3ra a la 6ta semana estarán con el desarrollo del trabajo grupal, consultando la bibliografía recomendada e incluso incorporando material que ellos consideren conveniente y pertinente para el tema elegido. El tutor estará disponible para cualquier duda u orientación que sean necesarias como bibliografía, corrección de borradores, elección del lugar al que van a ir, etc. El grupo que desarrolla el trabajo tiene acceso a su tutor personalmente en los lugares de nuestro trabajo, o por vía mail.

#### *4) Presentación preliminar*

Ya para la 7ma semana deben tener el trabajo desarrollado y presentarle un informe preliminar al tutor. Este informe debe tener unas 10 páginas de extensión, debe constar el título del trabajo, los integrantes, el docente tutor. Una introducción que refleje la relevancia y justificación del tema elegido (se le entrega al estudiante una guía orientadora de preguntas), objetivos del trabajo, bibliografía y fuentes de información.

Por otro lado se debe confeccionar el material para ser compartido con la población, este puede tener diferentes formas (folletos, afiches, juegos didácticos, obras de teatro, presentación en power point, etc), también al estudiante se lo guía con una situación o pregunta orientadora (esto se puede ver en la guía que se le entrega a los estudiantes). Con el tutor se elige el lugar y día de presentación.

Cabe aclarar que en todo momento el tutor está disponible siguiendo lo desarrollado por los estudiantes. Con el visto bueno del tutor e intercambiando ideas y con los últimos ajustes realizados; se confecciona el material definitivo para compartir con la población y la estrategia con la cual va a ser ese encuentro con la población. Esta misma es elegida por el grupo de estudiante, los cuales son muy imaginativos. Puede ser folletería, afiches, power point, obras de títeres o de teatro. Los ámbitos elegidos son: escuelas, centros de salud, centros de fomento, salas de espera de hospitales, etc. El responsable aquí, también es el tutor a cargo.

#### *5) Presentación formal*

En la 8va semana el grupo de trabajo constituido por los estudiantes y por su profesor, van al encuentro de la población. Por el momento esto es así, pero con el tiempo se verá de trabajar con la población en instancias previas y no al final. Ese encuentro tiene variados escenarios ya pactados de antemano con los estudiantes de acuerdo al tema; pueden ser escuelas, salas de espera de centros

de salud, vacunatorios, salas de internación de hospitales, clubes, centros de fomento, centros culturales, etc.

Llega el momento crítico y de más tensión que es el de la presentación formal del trabajo. Se les recomienda que se presenten y que digan de qué se trata el mismo. Luego lo desarrollaran, en general con la participación activa de la gente, interviniendo, haciendo preguntas, etc. Se le puede dejar material a la gente para que lo comparta con el resto de la comunidad; y también se puede desarrollar una encuesta a la población con la que se compartió el trabajo de campo para que opinen sobre lo que les fue presentado en cuanto a su utilidad para proteger la salud. La idea es que el tutor esté de apoyo por cualquier eventualidad o inconveniente que se presente, pero de ninguna manera que adquiera protagonismo, ya que el mismo debe ser de la población y de los estudiantes.

## *6) Evaluación*

Una vez finalizado esto y habiéndose despedido de la gente, se compartirá con los estudiantes un momento de reflexión y de evaluación final (cómo se sintieron, qué dificultades encontraron, si les parece que esto es útil, cómo lo mejorarían, y a su vez se le hace una devolución de cómo uno los vio trabajar y desenvolverse). Se exploran algunas sensaciones y sentimientos que se tuvieron en la presentación y durante el desarrollo anterior. Acá se hacen las reflexiones finales, que la intención es que la hagan los estudiantes y no que las imponga el profesor. Se da lugar a que de los dos lados se diga lo positivo y lo que hay por mejorar. Además, en forma anónima se les entrega una encuesta a los estudiantes para que opinen al respecto con la intención de realizar las mejoras que sean necesarias. Estas encuestas luego se analizarán en las reuniones de cátedra para ir puliendo y perfeccionando el proyecto.

## Guía para Estudiante

### Trabajo de campo

Esta es una guía para la realización del trabajo de campo

Se espera una producción escrita (informe) de 10 páginas de extensión con título del trabajo, integrantes, docente tutor, introducción que refleje y justifique la importancia y relevancia del tema escogido. Objetivos y consignar fuentes de información.

Por otro lado se debe confeccionar, en base al tema elegido, el material y la forma en que se lo va a compartir con la población.

Tanto el informe como la confección del material, tendrán la supervisión del tutor docente.

1) Elija un tema de interés de la siguiente lista:

- Obesidad
  - Hábitos de vida saludables
  - Violencia y maltrato
  - Calidad de aire interior
  - Prevención de accidentes
  - Prevención de embarazo adolescente
  - Prevención de adicciones
  - Bullyng
  - Prevención de enfermedades crónicas desde la infancia
  - Lactancia
  - Vacunación, etc.
- O proponga un tema que le parezca importante y coméntelo a su tutor.

2) Conformen un grupo de 4 o 5 personas a quienes les interese tratar el tema.

3) Investiguen en la literatura sobre la temática propuesta. Intente contestar las siguientes preguntas: ¿Por qué eligieron el tema y qué implicancias trae aparejadas en la población? ¿Cuáles son las dificultades más importantes a enfrentar? ¿Qué factores socioculturales, políticos y económicos están implicados? ¿Qué otros actores imaginan trabajando para resolver dicho problema (Nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, periodistas, comunicadores sociales, etc.)?

6) Aclare las fuentes de información en el informe confeccionado por el grupo

7) Confeccionen un material y decida la forma en que se va a compartir con la población (afiches, charla abierta a la comunidad, obra de títeres o de teatro, folletos, etc.) Como ayuda imaginen que son parte del equipo de la Secretaría de Salud de su ciudad o trabajan en una unidad sanitaria, ¿cómo se podría abordar con la comunidad la problemática asociada al tema elegido?

8) Decidan conjuntamente con su tutor el lugar y día de presentación del trabajo.

9) Presenten el trabajo compartiéndolo con la comunidad acompañados por el tutor. Entregue a las personas que participen de la presentación la encuesta proporcionada por la cátedra.

10) Participen de una instancia de reflexión junto al tutor inmediatamente luego de la presentación para intercambiar opiniones y sensaciones de todo el proceso recorrido.

11) Por favor, contesten de manera individual la encuesta sobre este trabajo de campo.

***Adjuntamos cronograma de trabajo y ambas encuestas (para alumnos y población)***

***Comuníquese de manera frecuente, en cada etapa, con su tutor para aclarar dudas e informar sobre la marcha del trabajo, según el cronograma entregado por la cátedra.***

***Cronograma:*** Elección de tema/conformación de grupos, semanas 1 y 2 .

Desarrollo del trabajo, semanas 3 a 6.

Presentación preliminar, semana 7

Presentación formal y evaluación, semana 8



## **Modalidad de seguimiento y evaluación de la implementación en 2018**

### *Evaluación de la propuesta de enseñanza*

La propuesta de enseñanza será seguida y evaluada en forma periódica con los informes que se vayan obteniendo en las diferentes actividades que se desarrollan en la cátedra. En las reuniones y comunicaciones de cátedra se elevarán dichos informes para realizar las modificaciones que se crean pertinentes para mejorar la calidad de la enseñanza.

Se propondrá una evaluación participativa; la evaluación deja de ser del docente hacia el estudiante solamente con un número y se hace más completa, global. El estudiante también evalúa el trabajo de campo y las diferentes actividades que desarrolla en la cátedra. También pedimos que ellos mismos se autoevalúen en el trabajo de campo ya que esto les servirá para reforzar y mejorar su autonomía de cara al futuro desarrollo profesional.

Los estudiantes evaluarán la utilidad del proyecto, lo harán en forma anónima mediante una encuesta, para expresarse con mayor libertad, dirán si se sintieron apoyados por su tutor.

También la población evaluará el proyecto, si fue bien presentado, si le pareció útil pertinente, la interacción que tenemos con ella y cualquier sugerencia que les parezca de relevancia a través de una encuesta de opinión sobre el trabajo acerca de la calidad y utilidad del mismo.

En las reuniones de cátedra se tomarán todos los informes (encuestas a estudiantes y a la población acerca del trabajo de campo) y evaluaciones para mejorar en aquellos puntos en los que se necesitan modificaciones para realizar las reformas necesarias para la mejora de este proyecto de innovación

La evaluación debe ser continua, diagnóstica de las actividades y cuestiones que surjan en la cátedra. Estas modificaciones no serán permanentes, sino que están sujetas a variaciones a través del tiempo. A fin de año se hará la evaluación final del año lectivo, se reflexionará sobre las mejoras que se crean

necesarias para encarar el próximo año y de esta manera, seguir progresando.

. La primera operación de la evaluación, consiste en recoger información, la segunda en analizar e interpretar la información recogida, esto conduce a la construcción de juicios de valor característicos de su función didáctica (Camilloni, 1998) (Carreras, 1995). En definitiva, se obtendrá información de todos los implicados, ya que se recogerán informes de estudiantes, docentes y de la población.

Es conveniente utilizar varios métodos de recogida de información y realizar una triangulación para mayor información (Carreras, 1995)

Con todos estos elementos analizados se evaluará en reunión de cátedra, respondiendo a cuestiones simples: ¿Qué ha pasado? ¿Por qué? ¿Qué obstáculos ha habido? ¿Qué conclusiones podemos adelantar? (Carreras, 1995).

De esta manera podemos ir realizando las mejoras necesarias para que este proyecto de intervención cumpla con su misión fundamental que es la de colaborar, aunque sea humildemente, al bien común.

#### *Evaluación del desenvolvimiento del estudiante en el trabajo de campo:*

Respecto a la evaluación de la producción de los estudiantes, los materiales que confeccionan los estudiantes para compartir con la comunidad serán evaluados por los tutores que en el transcurso del desarrollo de su elaboración, van acompañando la misma para realizar un seguimiento adecuado y las modificaciones que sean necesarias.

Durante la cursada el tutor irá evaluando el transcurso del trabajo. No lo hará al final, sino durante el proceso observando la implicancia, pertinencia y desenvolvimiento del estudiante. También se irán intercambiando ideas con los estudiantes, quienes libremente podrán describir lo positivo, pero a la vez las dificultades que vayan teniendo.

¿Cuándo evaluar?, en nuestro caso la intención es realizar una evaluación

formativa, de seguimiento, esto lo haremos mediante las tutorías, en un principio durante el desarrollo del trabajo en las semanas 3ra a 7ma y luego al final del mismo en la semana 8va. Acá el docente evalúa el desempeño de los estudiantes interactuando con la población, se le hace una devolución de lo observado, el estudiante también se expresa en forma oral con su tutor. Esta charla es reflexiva y se tiene inmediatamente al concluir la interacción con la población, su carácter es sobre todo reflexivo

No se evalúa el resultado solamente, es necesario evaluar procesos y no solamente resultados, no solo evaluar conocimientos sino además las actitudes y habilidades, incluir tanto resultados previstos como no previstos, efectos observables como no observables o implícitos, la evaluación debe estar al servicio de los procesos de cambio acompañando los tiempos del proceso educativo (Bertoni ,1997). Entonces estaremos viendo: la implicación de los estudiantes, sus valores, motivación, la forma de desenvolverse, la utilización y recuperación de la bibliografía, cómo lo plasman en el trabajo y luego cómo lo comparten con la población.

La evaluación es una condición para que la intervención sea reflexiva y, a la vez, generadora de capacidades para el futuro. Se construye colectivamente, su diseño requiere y exige a sujetos implicados desarrollar conocimientos y habilidades.

## CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES

El trabajo realizado ubica a la promoción de la salud como contenido primordial a ser enseñado siendo coherente con el perfil de médico general enunciado por la facultad y también con lo que declama nuestra cátedra. Actualmente la enseñanza de la medicina está enfocada en la enfermedad, en su diagnóstico y tratamiento, dejando relegado cuestiones sociales, culturales, políticas y económicas que muchas veces son los causantes de las diversas patologías. Los aspectos preventivos también están en un segundo plano y los escenarios de enseñanza principales, son los hospitales muchas veces de alta complejidad. Lo que se buscó con este proyecto fue poner a la prevención en el centro de la escena.

Asimismo, se desplazó el eje de protagonismo del docente hacia los verdaderos protagonistas que son la comunidad y los estudiantes interactuando en escenarios de enseñanza más reales, y que los protagonistas principales sean quienes aprenden, que tengan un rol activo y crítico. También pretende hacer partícipe a la población que en definitiva debería ser el centro de nuestra preocupación y en nuestros planes de estudios muchas veces está olvidada o solo es objeto de estudio y con un papel totalmente pasivo. El médico en formación al estar en contacto (en un contexto de enseñanza crítica y reflexiva) con la población sana y en el lugar donde vive podrá tener otro panorama y comprensión sobre la génesis de las enfermedades. Esto le dará otra perspectiva y quizás despierte un compromiso diferente para con la comunidad.

Por último, la teoría/práctica y la acción/reflexión se combinan y van corriendo por el mismo carril durante el desarrollo del trabajo. La forma tradicional de enseñar es principalmente la de transmisión y acumulación de conocimientos, donde el rol protagónico y activo lo tiene quien enseña. En el trabajo de campo hay una concepción diferente de la enseñanza, se ubica al estudiante otra posición, ya no es más un receptor pasivo de contenidos teóricos, pasa a ser un constructor activo y reflexivo de conocimientos, los utiliza en la práctica y observa

el funcionamiento junto a su equipo de trabajo. Alentar el trabajo en equipo y colaborativo es fundamental para el verdadero desarrollo profesional de hoy en día.

En este trabajo se aspira a que incorporando estrategias didácticas en las que se articule la teoría con la práctica y en las que exista reflexión para la acción, se mejore la formación del futuro profesional y en definitiva la sociedad se vea beneficiada. No se busca el conocimiento puro ni de memoria, lo que se busca es la integración, la reflexión y la acción, la visión global de la salud de la población, el compromiso con la misma y con sus problemas, atacar los mismos desde sus raíces haciendo enfoque en la prevención.

Es muy significativo que el encuentro con la población se haga en donde la misma vive y estando en salud o al menos no estando internados. Esto tiene su sentido y significado; el médico ya no espera pasivamente en el centro de salud o el hospital a que el enfermo venga a recuperar su salud; sino que en forma activa va a su encuentro, al ambiente real donde vive esta población, y la idea es prevenir que se desarrollen las enfermedades. Esta preocupación en general es muy bien vista por la ciudadanía porque la misma no sólo espera de los médicos que sepamos tratar las enfermedades; sino que los aconsejemos y actuemos para evitarlas. Es bueno que los estudiantes puedan vivenciar esto, aunque a mi humilde entender se debería trabajar con más frecuencia y desde los inicios de la carrera.

Tenemos que tener en cuenta que todo esto es un proceso en construcción y que la misma debe ser con todos los que somos protagonistas del mismo, la comunidad se incorpora y hace sentir su voz, nos interpela y nos enseña. Con el estudiante sucede algo similar, es evaluado, pero también nos evalúa. Por último, el docente ya no se limita a enseñar contenidos teóricos, ahora es un facilitador que tutoriza y ayuda en la construcción del conocimiento, en una relación mucho menos asimétrica que la que poseía con anterioridad.

Fue importante y motivador constatar el apoyo de toda la cátedra, y el

compromiso de seguir trabajando juntos, y también observar que los estudiantes en líneas generales están de acuerdo con el trabajo. Los desafíos a futuro del trabajo: al ser temas complejos, con múltiples aristas, uno de los desafíos más grandes y un anhelo sería trabajar estos temas en forma continuada con la comunidad en su conjunto, con otras disciplinas que aporten desde su campo y sumen en la construcción del conocimiento. No como charlas expositivas sino como talleres. El conocimiento debe ser concebido como construcción social, un dar y recibir, escuchando todas las voces, donde la reflexión, humildad, servicio y compromiso deben estar presentes en todo el proceso. Dar sentido a la práctica y producción multidisciplinaria de la misma.

Los cambios son dificultosos por las resistencias naturales y de toda índole que los mismos generan; por lo tanto, los cambios no deben ser ni bruscos, ni demasiado extensos, pues así generarán aún mayor resistencia. Deben buscar el consenso y la participación, aceptando la crítica y buscando siempre las mejoras necesarias. Cada tarea, cada acto, cada pensamiento, debe estar guiado por la búsqueda del bien común, por más humilde que esto sea, buscando ser éticos y coherentes con lo que uno ha elegido ser.

Para finalizar, quisiera recordar algunas frases del médico sanitarista argentino Ramón Carrillo, que en cierta forma deberían inspirar nuestra tarea médica docente:

*“De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por los medios adecuados. Frente a las enfermedades que produce la miseria, frente a la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causa de enfermedad, son unas pobres causas. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud. No puede haber política sanitaria sin política social. Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad biológica, psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana.”* (Carrillo y Carrillo, 2005)

## BIBLIOGRAFIA

- Anijovich R. Gestionar una escuela con aulas heterogéneas. Enseñar y Aprender en la diversidad. Buenos Aires: Paidós, 2014
- Anijovich R. Consignas claras (cap 5) Evaluar para aprender. Conceptos e instrumentos. Editorial AIQUE.2013.
- Ausubel, D. P. (2002). Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva. Paidós, Barcelona.
- Barraza Macías Arturo. Una conceptualización comprehensiva de la innovación educativa. Innovación Educativa, vol. 5, núm. 28, septiembre-octubre, 2005, pp. 19-31, Instituto Politécnico Nacional. México
- Bertoni A., Poggi M (1997) Evaluación. Nuevos significados para una práctica compleja. Ed. Kapeluz. Argentina.
- Borrell Bentz, María Rosa. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2005.336 p.
- Bourdieu, Pierre. (1999). "El campo científico" en Intelectuales, política y poder. EUDEBA. Buenos Aires.
- Camilloni A., Celman, S., Litwin E. (1998). La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Ed. Paidós. Bs. As., Barcelona.
- Carreras J., Nieto J. (1995) Evaluación de programas y proyectos educativos o de acción social. Fac. De Educación. Universidad de Murcia.
- Carrillo, Arturo, y Carrillo Augusto Raúl. "Ramón Carrillo. El hombre... El médico... El sanitarista" Electroneurobiología vol. 14 (1), pp. 33-65, 2005.Disponible en [http://electroneubio.secyt.gov.ar/Arturo\\_y\\_Ramon\\_Carrillo.pdf](http://electroneubio.secyt.gov.ar/Arturo_y_Ramon_Carrillo.pdf)
- Centeno Ángel Las ciencias del aprendizaje: su potencial influencia en la enseñanza de la medicina A Revista Argentina de Educación Médica Vol 6 - Nº 2

Julio 2014.

-Chiroleu, A. Políticas de educación superior en Argentina y Brasil: de los '90 y sus continuidades. Revista, Buenos Aires, v. 2, n. 3, p. 563-590, 2006.

-Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report of The Carnegie Foundations on the Advancement of Teaching. 1910.

-Flugelman Ronaldo titula Habilidades relacionales: una estrategia para su enseñanza. Revista Argentina de Educación Médica Vol 6 - Nº 2 - Julio 2014

-Freire Paulo .Pedagogía del Oprimido..Editorial Tierra Nueva.1969.

-García de Fanelli, Ana María; Profesión académica en la Argentina..., cap 1:"La docencia universitaria como profesión". CEDES 2008.

-Jáuregui, Suarez. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 2da edición, editorial Panamericana, 2004)

-Krotsch, Carlos P. y Tenti Fanfani, Emilio. (1993). Universidad y sistemas productivos. En Tenti Fanfani, Emilio. Universidad y empresa. Miño y Dávila. Buenos Aires.

-Litwin Edith. El oficio de enseñar. Condiciones y contexto. BsAs. Paidós (2008).

-López-Pastor, V. M. (coord.) (2009). *Evaluación formativa y compartida en educación superior. Propuestas técnicas, instrumentos y experiencias*. Madrid: Narcea.

-Lucarelli, E.; Finkelstein, C.; Donato, M. E. y otros (2009). Informe final. Los espacios de formación para aprendizajes complejos de la práctica profesional en las carreras de grado de la Universidad de Buenos Aires: el caso de Odontología. Buenos Aires, IIICE, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

-Marcelo García Carlos; El proyecto docente, una ocasión para aprender. En Didáctica Universitaria. Madrid: La Muralla, 2001, p 45-77.



- Martínez Bonafe, J (1997) “Marco y componentes de un proyecto curricular”  
Proyectos curriculares y práctica docente. Editorial Díada
- Olavegogeoascoechea Pablo y col Enseñanza en medicina de la metodología del diagnóstico clínico en pequeños grupos con interacción pautada Revista Argentina de Educación Médica Vol 6 - Nº 2 - Julio 2014
- Pérez Federico, Saldungaray Irma, Fumagalli Luis Educación activa y creativa. Trabajo libre .32 Seminario Nacional de Enseñanza de la Pediatría.2012.
- Perfil del médico a formar publicado en la Página de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P, disponible en:  
<http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/secretarias/asuntos/65-informacion/info-secretarias/asuntos-academicos/201-perfil-del-medico-a-formar>.
- Puiggrós, Adriana, (1993) Universidad, proyecto generacional y el imaginario pedagógico. Bs. As. Paidós. Cap. I.
- Remedí, Eduardo (2004) “La intervención educativa “Conferencia Reunión Nacional de Coordinadores de la Licenciatura en Intervención.
- Saldungaray I., Fumagalli L., Pérez F. Los alumnos de Pediatría van a la escuela. II Jornada de Educación Médica .octubre de 2010 Cátedra “Pediatría “A” Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de La Plata
- Schwarcz Martha y col Desde el aula a la comunidad social: un modelo de aprendizaje centrado en la enfermedad de Chagas Revista Argentina de Educación Médica Vol 6 - Nº 2 - Julio 2014.
- Schön, D. (1992). La formación de profesionales reflexivos. Barcelona, Paidós.
- Silberman Martín (2012) “Diseño de una propuesta pedagógica de “trabajo de campo” para el aprendizaje de prácticas preventivas en la Cátedra de Epidemiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP”
- Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra de

Medicina Infantil "B". 1º Taller sobre Enseñanza de la Pediatría: modelos educativos centrados en Crecimiento y Desarrollo, La Plata, 13-16 sept. 1993.

-Universidad Nacional Arturo Jauretche <https://www.unaj.edu.ar>.UBA Facultad de Medicina. <http://www.fmed.uba.ar/facultad/resena/historia/1780.htm>.

-Vojkovic María C Estudio exploratorio de las valoraciones de los egresados de la carrera de Medicina acerca de la incidencia en su práctica médica y su trayectoria profesional de la experiencia formativa realizada en la asignatura Pediatría B de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de La Plata. Año 2011.

## ANEXOS

### Encuesta sobre la experiencia del trabajo de campo (para estudiantes)

Estimado estudiante, esta encuesta le llevará unos pocos minutos contestarla, es muy valiosa su opinión.

- 1) ¿Qué tema eligió?
- 2) ¿Considera que tiene impacto en la prevención en la comunidad?
- 3) ¿Dónde realizó su trabajo de campo?
- 4) ¿En qué año?
- 5) ¿Qué material utilizó (afiches, folletería, audiovisual, etc.)?
- 6) ¿Qué apreciaciones podría hacer con respecto a la experiencia del trabajo de campo? ¿cree que es una experiencia que aporta para su formación?  
Sí / No ¿Por qué?
- 7) ¿Le parece mejor una clase teórica o una lectura sobre el tema? Sí /No
- 8) ¿Qué aportes hace el trabajo de campo a su formación como medico?
- 9) El trabajo de campo le pareció:
  - a. Interesante Sí /No
  - b. Novedoso Sí /No
  - c. Aplicable Sí /No
  - d. Motivador Sí /No
  - e. No le aportó nada para su formación Sí /No
- 10) ¿Cree que el trabajo de campo está alineado con la propuesta pedagógica de la cátedra? Sí /No
- 11) ¿Puede señalar tres aspectos positivos del trabajo de campo?
- 12) ¿Puede señalar tres aspectos negativos del mismo?
- 13) ¿Se sintió apoyado por la tutoría docente? Sí /No
- 14) ¿Puede brevemente hacer una conclusión de dicha propuesta?

Gracias por su tiempo y aportes para mejorar la enseñanza

### **Encuesta a la población**

Te pedimos que contestes esta encuesta, es muy importante y valiosa tu opinión

- 1) ¿Sobre qué tema le hablaron?
- 2) ¿Fue de utilidad para usted la información que le dieron? Sí /No
- 3) ¿Fue clara la exposición, pudo entenderla? Sí /No
- 4) ¿Tuvo oportunidad de hacer preguntas y de aclarar dudas? Sí /No
- 5) ¿Puede señalar 3 aspectos positivos de lo que le fue presentado?
- 6) ¿Puede señalar 3 aspectos negativos?
- 7) ¿Cómo mejoraría o qué piensa que le faltó a lo que le comentaron?
- 8) ¿Puede brevemente hacer una conclusión de lo presentado?

Gracias por su tiempo y aportes.

### **Encuesta trabajo de campo (para docentes)**

- 1) ¿Qué apreciaciones podría hacer con respecto a la experiencia del trabajo de campo? ¿cree que es una experiencia útil?
- 2) ¿Qué aportes hace el trabajo de campo a usted como docente?
- 3) ¿Cree que el trabajo de campo está alineado con la propuesta pedagógica de la cátedra?
- 4) ¿Puede señalar tres aspectos positivos del trabajo de campo?
- 5) ¿Puede señalar tres aspectos negativos del mismo?
- 6) ¿Cómo mejoraría esta propuesta de trabajo de campo?
- 7) ¿Puede brevemente hacer una conclusión de dicha propuesta?

Gracias por su tiempo y aportes para mejorar la enseñanza

