

“Armar conocimiento”: la experiencia de una asignatura en Ciencias de la Salud.

por *María Pozzio*

Universidad Nacional de La Plata / Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina
 mariapozzio@gmail.com

María Cecilia Scaglia

Universidad de Buenos Aires / Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina
 marichescaglia@gmail.com

Recibido: 27/11/2017 - Aceptado: 05/02/2018

Resumen

El artículo describe la experiencia de la creación de una asignatura denominada Conocimiento y Ciencias de la Salud, perteneciente al Ciclo Común en Salud, en el primer año de las carreras del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Se analiza la experiencia en el marco más general de la problemática relación entre ciencias sociales y salud, debatida de manera continua desde hace cuarenta años en América Latina. A partir de la narración de reformulación de ciertos contenidos, las autoras, docentes de la asignatura, concluyen que la noción de historicidad y de cuerpo les han permitido en una materia de tipo epistemológica y dictada por un cuerpo de docentes que provienen de distintas disciplinas, lograr los objetivos pedagógicos, tanto a nivel de los contenidos como de las competencias.

Palabras claves

ciencias sociales, salud, cuerpo, epistemología, enseñanza

‘Build knowledge’: the experience of a subject in health sciences.

Abstract

This article describes the experience of the creation of Knowledge and Health Sciences, a subject belonging to the Common Cycle in Health -first year careers- of the Institute of Health Sciences of the Arturo Jauretche National University. The analysis is developed in the more general framework of the problematic relationship between social sciences and health, debated continuously for forty years in Latin America. Authors conclude that the notion of historicity and body have allowed them to achieve the pedagogical objectives, both at the content level and the competences.

Keywords

social sciences, health, body, epistemology, teaching

1. Ciencias sociales y salud: un repaso

Este artículo surge de la necesidad de reflexionar en torno a una experiencia docente sobre la incorporación de contenidos sociales y epistemológicos, en el primer año de las carreras de ciencias de la salud que se dictan en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). Quienes escribimos, venimos de las ciencias sociales y nuestra relación con el campo de la salud proviene de nuestra experiencia como investigadoras cuyo “objeto” de estudio y reflexión ha sido el proceso salud-enfermedad y los saberes profesionales y no profesionales que intervienen en el mismo. Este punto de vista del que partimos, ha signado nuestra experiencia docente y seguramente guíe las reflexiones que siguen.

Si bien hace ya muchos años, George Rosen en su libro clásico escribió en torno a las dimensiones sociales de la medicina, llegando incluso a plantear que la medicina era una ciencia social¹; aquí nos centraremos sobre los vínculos entre ciencias sociales y salud en perspectiva latinoamericana. Siguiendo a García, es en la década de 1950² que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comienza a propiciar seminarios sobre ciencias sociales y de la conducta, en lo que por entonces se denominó medicina preventiva y social (García, 1986). Es decir, hace décadas que en nuestro continente se trabaja en torno de las posibilidades de vincular ciencias sociales y salud sobre todo a nivel de la enseñanza; y a pesar de ello, la relación entre ambos campos sigue siendo objeto de reflexión y debate. Es Everardo Duarte Nunes (2005), quien afirma que el rol de las ciencias sociales dentro del campo de la salud produjo que éstas sean caracterizadas como “críticas y actuantes”; “críticas”, sobre todo a partir de las décadas de 1960-1970, cuando la sociología de la salud y la antropología médica comienzan a dar lugar a corrientes estructuralistas/marxistas (De Souza Minayo, 2004); y “actuantes”³, por cuanto se proponen como una forma de denunciar y criticar el biologicismo en la enseñanza de la medicina. Este replanteo coincide con un momento de emergencia de movimientos sociales en clave revolucionaria en la región, que dará un rasgo particular a la relación entre ciencias sociales y salud. Este cuerpo de pensamiento, en clave latinoamericana, denominado como Medicina Social -y hoy, en clave sobre todo brasileña, Salud Colectiva- produjo un corpus importante de trabajos y reflexiones, figuras de renombre, y una red de instituciones como Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)⁴, que dieron cuerpo y permanencia a este movimiento intelectual (de Souza Minayo, 2005 y Duarte Nunes, 1986). Sin embargo, como plantea Borrell Bentz (2001), la enseñanza médica de grado ha seguido atada el paradigma flexneriano. Este modelo, propuesto por el médico norteamericano Abraham Flexner, se basó en un estudio comparativo de las escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá, que buscaba mejorar la calidad de dichas escuelas; Flexner propuso como un eje central en la educación médica, la formación en ciencias básicas. El modelo entonces se fundamenta en la formación biomédica, la experiencia clínica e individual y la formación en el hospital; el informe que dio origen al modelo es de 1910, sin embargo, se fue imponiendo en América Latina y 100 años después, sigue vigente en la mayoría de las escuelas de medicina. Al respecto, Bentz apunta que, a pesar de los señalamientos hechos por las corrientes críticas y el fomento de la Atención Primaria de la Salud (APS), el modelo flexneriano perdura y “Podría pensarse que el paradigma está cristalizado, en el sentido de que a una buena parte de los educadores médicos no se les ocurre enseñar de otra manera y posiblemente, no saben que su pensamiento sobre la enseñanza de la medicina se inclina hacia este paradigma” (Borrell Bentz, 2001:26). Quizá por ello, y a pesar de los esfuerzos en sentido contrario, en las carreras de grado la introducción de contenidos de ciencias sociales estuvo por mucho tiempo vinculada a la concepción de un saber humanístico y erudito que “barnizaba” la formación médica (Silberman y Pozzio, 2015). Recluidas en materias sin importancia o leídas a través de lentes positivistas, las ciencias sociales no fueron una preocupación que horudara las discusiones y tuviera alguna centralidad en el campo de la formación en salud, sobre todo, en el grado, donde la innovación y crítica del modelo flexneriano vinieron de la mano de la Medicina basada en problemas⁵. Este sucinto recorrido nos permite dar cuenta del largo alcance y la complejidad heredados en cada nuevo intento pedagógico

de introducir contenidos sociales en las carreras sanitarias. Una de las figuras centrales en esta tarea ha sido Juan César García, quien escribió hace ya muchos años:

Las ciencias sociales podrían, mediante un trabajo conceptual, ayudar a transformar los elementos ideológicos, contenidos en la medicina, en conocimientos teóricos. Esta práctica teórica, en la que pueden colaborar las ciencias sociales, traería a la enseñanza un enfoque crítico que permitiría una renovación del conocimiento que hoy día constituye la base sólida aparente de la práctica médica. (Borrell Bentz, 2001:164)

Un viejo desafío que se vio renovado en la última década cuando comienza a darse, nuevamente, importancia a la salud comunitaria en las políticas y los discursos sobre la salud⁶ -momento en que surgieron, en Argentina, algunas carreras de medicina de currícula innovada (Milstein et al, 2012)-. Este marco general le brinda un contexto más amplio a la experiencia micro que describiremos a continuación (el armado de la asignatura Conocimiento y Ciencias de la Salud) a la vez que es ese mismo marco el que la hace pertinente e inteligible.

2. El contexto de la experiencia: el proyecto educativo UNAJ

La creación de la UNAJ y la relevancia asignada en su organización institucional al Instituto de Ciencias de la Salud (a partir de aquí, ICS) debe ser analizada en la confluencia e interacción entre la historia social y política del cordón sur del conurbano bonaerense; las políticas universitarias de los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner (2003-2015); y las políticas sanitarias de la democracia.

Entonces, es preciso considerar algunas particularidades sociales y culturales de la región, especialmente del distrito de Florencio Varela. Entre estos aspectos cabe reseñar el proceso de urbanización⁷, propio de muchos distritos del segundo cordón y las características socioeconómicas que lo ubican como uno de los municipios más pobres de la región. Precisamente por esa condición, sus habitantes han desplegado las más diversas estrategias de reproducción, resistiendo el proceso de pauperización al que se vieron sometidos por el desarrollo del modelo de acumulación neoliberal. Además, Florencio Varela muestra la existencia de prácticas participativas constituyentes de un modelo de gestión local, que en el sector salud asumió diferentes formas de acuerdo con los distintos momentos históricos (Scaglia, 2012).

Quienes han estudiado las políticas universitarias de los últimos gobiernos (2003-2015) plantean que la creación de nuevas universidades en regiones desfavorecidas social y/o geográficamente, constituye un correlato en el ámbito universitario de las políticas de inclusión llevadas adelante en otros ámbitos. Aunque también hay quienes plantean que estas nuevas universidades responden a objetivos de reforma del sector sin afectar los equilibrios políticos del sector universitario (Chiroleu, Marquina y Rinesi, 2012). Más allá de las interpretaciones de ese contexto y sosteniendo objetivos de calidad, inclusión y permanencia, en el año 2010 se abrieron nuevas universidades nacionales en regiones que no contaban con oferta de educación superior, entre ellas la Universidad Nacional Arturo Jauretche (Itchart, Donati y González Velasco, 2017).

Ya desde los primeros años la matrícula creció exponencialmente alcanzando en la actualidad alrededor de 20.000 estudiantes, transformándose así en la universidad más numerosa de las creadas en la última década. Podemos sugerir que esto “sorprendió” a los funcionarios de la gestión de la UNAJ, y así fue como se terminó asociando en el discurso institucional el concepto de inclusión al de masividad, obligando tanto a las autoridades como a la totalidad del cuerpo docente a construir mecanismos que permitieran gestionar esta matrícula y que contribuyeran a la permanencia de los estudiantes.

Una de las características de los estudiantes de la UNAJ, asociada a las condiciones socioeconómicas, tiene que ver con las deficiencias que traen de sus trayectorias educativas. Son una preocupación central de todo el cuerpo docente los graves problemas de lectura comprensiva y escritura que presentan los estudiantes. Esta situación obligó al diseño de estrategias pedagógicas innovadoras, que compensaran estas dificultades y posibilitaran un desarrollo académico exitoso.

Para el equipo docente de la asignatura Conocimiento y Ciencias de la Salud, el imperativo de una universidad inclusiva y de calidad se funda en una convicción política e ideológica compartida. En este marco, consideramos que no se construirá verdadera inclusión social si los títulos que otorga la UNAJ, terminan siendo devaluados en el mercado de saberes profesionales. Uno de los principales riesgos que se identifican en este sentido, es terminar produciendo graduados de segunda categoría, reproduciendo en forma ampliada la situación de desigualdad social de la que se parte. La experiencia de trabajo docente en la UNAJ está fuertemente atravesada por este imperativo, que incluso ha llegado a convertirse en una cuestión gremial⁸, política e ideológica.

Paralelamente, las autoridades de la Universidad han tomado medidas tendientes a que la actividad docente se constituya en la principal de los docentes⁹ para que estos puedan dedicar parte de sus actividades a desarrollar nuevas estrategias de enseñanza y acompañamiento de los estudiantes. Las políticas no solamente incumben el aspecto salarial, también se desarrollan cursos de capacitación docente y se trabaja en la realización de concursos para la regularización de los planteles.

En relación al tercer punto que hemos planteado al comienzo de este apartado, es preciso detenerse en la creación del Instituto de Ciencias de la Salud y la importancia que tiene en el desarrollo de la UNAJ. Las organizaciones sociales que se constituyeron en promotoras de la creación de la Universidad, plantearon en sus fundamentos la importancia dada a la formación en salud. Esto estaba asociado por una parte, al desarrollo del sistema de salud en el distrito y también a la creación del Hospital en Red El Cruce “Néstor Carlos Kirchner”¹⁰.

Entonces, al crearse el instituto¹¹, se estructuró su oferta educativa en dos tipos de carreras: “carreras de ciclo corto” relacionadas con la demanda regional de formación técnica que respondían a las necesidades de inserción laboral; y “carreras de ciclo largo” que se proponían como una oportunidad de calificación y jerarquización profesional para el personal que se desempeñaba en el sector salud” (UNAJ, 2013:61). Así, inicialmente, se dictaron las licenciaturas de Enfermería¹², Bioquímica y Kinesiología y Fisiatría, y la tecnicatura en Farmacia Hospitalaria. Luego, se crearon la licenciatura en Organización y Asistencia de Quirófanos y las tecnicaturas en Emergencias Sanitarias y Desastres e Información Clínica y Gestión de Pacientes. El cuerpo docente del Instituto se fue conformando principalmente con profesionales de la salud que trabajaban en la región y conocían el territorio. Además, la cercanía con el Hospital El Cruce facilitaba el diseño de ámbitos de formación práctica.

Finalmente en el año 2015 se abrió la inscripción para la carrera de Medicina y se comenzaron a modificar todos los planes de estudios de las demás licenciaturas del Instituto, y se crea además, el Ciclo Común en Salud. La carrera de medicina pretende cubrir la demanda de la región de profesionales con las competencias necesarias para desempeñarse en el primer nivel de atención, con una fuerte orientación en la perspectiva social y comunitaria. Como el diseño de su plan de estudios se hizo atendiendo los estándares de acreditación de la CONEAU, se dio un fuerte énfasis en las competencias que trascienden la práctica clínica y que incorporan el trabajo en equipos interdisciplinarios, el pensamiento científico y la comprensión de la dimensión social del proceso salud-enfermedad¹³. Este proceso fue lo que condujo al establecimiento del Ciclo Común en Salud para todas las licenciaturas, basándose en la convicción de que este primer año común a todas las carreras podría favorecer el desarrollo de una perspectiva integral del conocimiento y del trabajo en salud, que contribuyera a la adquisición de competencias para el desempeño en equipos interprofesionales.

De este modo, estas variadas herencias confluyen en los docentes del Instituto, y hacen que esta experiencia contenga muchos desafíos. El primero de ello, en términos políticos e ideológicos, y que es garantizar una formación inclusiva y de calidad, tal como lo propone la UNAJ. A ello se agrega un desafío que es, al mismo tiempo, pedagógico y político, y que parte de la demanda del campo sanitario, de formar profesionales orientados hacia un nuevo paradigma que piensa la salud en términos integrales y complejos y que busca privilegiar el abordaje comunitario. Repensar el lugar de las ciencias sociales en la enseñanza de las carreras en salud así concebidas, constituye el último desafío, que a la vez, sintetiza los anteriores. Así, la reflexión en torno del lugar y el modo

de enseñar ciencias sociales en carreras sanitarias supone un espacio privilegiado para encausar estos desafíos planteados previamente. En el siguiente apartado, intentaremos dar cuenta de cómo transitamos estos procesos, a través de la experiencia que los sujetos concretos que formamos el equipo docente de esta asignatura, realizamos entre 2014 y 2016.

3. La experiencia de “Conocimiento”

3.1. Conocimiento y Ciencias de la Salud: del programa y el equipo docente a la diagramación de los trabajos prácticos

En el marco de la puesta en funcionamiento del Ciclo Común en Salud para todas las carreras que se dictan en el Instituto de Ciencias de la Salud, a finales de 2014 fuimos convocadas un grupo de sociólogas y antropólogas con experiencia previa de investigación en el campo de las salud, las ciencias y las profesiones, a “armar” una materia de ese ciclo que se llamaba Conocimiento y Ciencias de la Salud (a partir de aquí “Conocimiento”) y tenía un programa ya aprobado en el Plan de Estudios en vías de acreditación. “Armar la materia” significaba que, en el lapso de dos meses de verano, teníamos principalmente dos tareas: a- convertir los contenidos mínimos y unidades temáticas del programa en bibliografía y materiales adaptados a la población estudiantil según lo planteado en el punto anterior ; y b- reclutar a un equipo docente que pudiera llevarlo a cabo.

El desarrollo analítico de los contenidos mínimos del programa aprobado contemplaban una parte de epistemología clásica (teoría del conocimiento, objeto y sujeto del conocimiento, diferencias y mediaciones entre ciencia y sentido común); otra, de historia de la ciencia (la construcción histórica del saber científico; revoluciones científicas, paradigmas); y por último, una parte de contenidos de ciencias sociales y salud (interculturalidad, proceso salud enfermedad atención -dentro de los parámetros clásicos de materias de tipo antropológicas- y otro de tipo más sociológico sobre profesiones y el campo de la atención de la salud).

Además de “adaptar” estos contenidos -lo cual significaba dosificar su complejidad y hacerlos atractivos y comprensibles para ingresantes universitarios- debíamos producir materiales que permitieran a los docentes que se sumarían -contratados en febrero- comenzar a dar clases en marzo; estas clases serían teórico-prácticas, dictadas dos veces por semana, con una carga horaria total de 4 horas. Fue entonces que se decidió que convertiríamos las unidades temáticas del programa original, en tres módulos -uno epistemológico, otro historiográfico y otro de ciencias sociales- donde estaría descrita la lectura y la actividad, clase por clase. Si bien discutimos mucho esta idea de que los materiales de lecturas estuvieran tan orientados y editados y las actividades de clase tan pautadas, decidimos que era lo mejor que en una primera etapa los módulos funcionaran como una guía. Los módulos, entonces, fueron una forma provisoria de comenzar a trabajar, y la idea era que funcionaran como un mapa para poder guiarnos -docentes y estudiantes- en esta primera etapa “inaugural”, tomando nota desde el principio de las posibilidades de modificación. Éstas se irían realizando a medida que la materia madurara y el equipo docente fuera construyendo, sobre ese mapa “original”, una ruta propia.

Para hacer los módulos teníamos dos consignas que el coordinador de la asignatura y el coordinador del Ciclo Básico nos habían planteado. Una de esas consignas era que Conocimiento no quedara identificada como una asignatura de contenidos exclusivos de ciencias sociales; y la otra, una idea fuerza de todo el Ciclo Básico, era dar relevancia al aprendizaje por competencias. Esta idea atravesaba todo el espíritu del mencionado Ciclo, a partir de la creación del mismo con la carrera de Medicina- y de las carreras de salud con currícula innovada-; además, el aprendizaje por competencias era requerido para este tipo de carreras profesionales por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). Fue así que para darle la envergadura requerida, en una materia como Conocimiento, concebimos la idea de los Trabajos Prácticos Integradores. Estos trabajos prácticos, uno por cada uno de los módulos, buscaban que los estudiantes desnaturalizaran saberes propios y que pudieran vincularlos con tipos de conocimiento, que aprendieran a realizar una búsqueda bibliográfica con sentido científico, que trabajaran en grupo y se propusieran llegar a consensos y a trabajar colaborativamente; y que, por último,

podieran exponer su trabajo de manera escrita y oral, dándole al aspecto comunicativo de la labor, una peso importante como habilidad a ser aprendida. Así, por ejemplo, en el primer Trabajo Práctico, pedíamos que eligieran una práctica de salud, que la describieran, que luego investigaran los tipos de conocimiento sobre los que la misma se basaba, que pudieran ver cuánto había en ella de científico y cuánto no y que todo eso, después, lo presentaran al resto de la clase de manera sucinta y clara. Esperábamos con ello que los Trabajos Prácticos funcionaran de forma que, en su realización, los estudiantes pudieran apropiarse y poner en práctica algunas cuestiones ligadas al quehacer científico, y las convirtieran en herramientas, en “saberes hacer” que ellos podrían reconocer como características del conocimiento científico, pero también como habilidades propias.

Que la materia no fuera identificada sólo como una materia de ciencias sociales contenía dos demandas: por un lado, significaba alejarnos del modelo de cátedra general, esto es, de cátedras/materias que brindan los contenidos centrales de un cuerpo disciplinar; por otro lado, implicaba evitar que los contenidos sociales quedaran recluidos en una materia aislada, sin conexión ni diálogo con otras asignaturas. Además, desde la creación del Ciclo Básico de Salud se aspiraba a formar un profesional preparado para el trabajo en equipo, sobre todo orientado a la APS y la comunidad (lo que requiere entender en parte a esa comunidad, sus condicionamientos, sus necesidades) y que tuviera la capacidad de trabajar colaborativamente, de manera interprofesional e interdisciplinar¹⁴. Todas estas cuestiones sumaron complejidad y una de las maneras en que enfrentamos estos múltiples desafíos superpuesto fue el reclutamiento de los docentes: desde un principio quedó planteado que era importante lograr una gran diversidad en los perfiles disciplinares y por eso el equipo de veinte docentes quedó conformado por: médicos/cas (dos pediatras, dos psiquiatras y una traumatóloga), tres psicólogos, tres sociólogos/as, cuatro antropólogos/as, un filósofo, una politóloga y dos biólogos/gas¹⁵.

Enseñar qué eran las ciencias de la salud con un equipo tan heterogéneo ayudó mucho a mostrar la diversidad del fenómeno de la salud humana. Al mismo tiempo, brindar los rudimentos de la investigación científica desde tradiciones disciplinares tan heterogéneas y experiencias de investigación tan distintas como la de un biólogo en el laboratorio de la Facultad de medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y una antropóloga haciendo trabajo de campo en zonas periurbanas, fue fundamental para mostrar a la ciencia como una actividad variada, con variados marcos teóricos y metodologías de trabajo e investigación muy diferente. Al mismo tiempo, para que esta diversidad convergiera en un proyecto común y se pudieran aceptar tanto el funcionamiento del equipo como de la materia, se armaron tres sub-equipos de docentes, coordinados por una de las docentes convocadas en el “armado” de la asignatura¹⁶, que sirvieron para ir acompañándonos en un proceso continuo de reuniones y charlas. A esta continuidad de la reflexión en torno de la actividad docente, se le sumaron las actividades del ciclo común del primer año.

Las actividades del ciclo común de primer año, eran organizadas por la Coordinación y fueron centrales para pensar y llevar a la práctica la interdisciplina. Estas reuniones convocaban a todos los docentes del primer año de salud: docentes de físico- química, biología, salud pública y “conocimiento”. Una actividad era acompañar las salidas de campo de los estudiantes del primer año, que se realizaban en días sábado, tres veces por cuatrimestre. En esas salidas, los estudiantes hacían un relevamiento de las condiciones sociosanitarias de barrios de los partidos de la región y/o actividades de promoción de salud (por ejemplo, la última salida de 2016 fue relativa a difusión de la prevención de dengue). Cada asignatura debía colaborar en algo específico de su campo: por ejemplo, “Conocimiento” ayudó a confeccionar un guía de observación que los estudiantes debían completar. Otra de las actividades era en la universidad y exclusivas para los docentes. Una de ellas consistía en una reunión o plenario general, donde se nos proponía un tema relacionado con la salud humana -por ejemplo, la basura- y luego, en pequeños grupos de docentes conformados por las distintas materias, se debía discutir sobre la cuestión, mostrar los diversos aspectos que cada materia “miraría” sobre el problema y se proponían formas de abordarlo en clase. Luego, cerrando la actividad en plenario general, se mostraban las propuestas y se compartían las discusiones. Con esta actividad, se fomentaba la interdisciplina y la integración de conocimientos de una manera práctica -debíamos ponerla en juego cada uno de los docentes-, a la vez que se alentaba una

identidad grupal y solidaridad en torno a un proyecto educativo que se proponía como nuevo, crítico e innovador.

3.2. La asignatura que fue tomando cuerpo

Terminado el primer cuatrimestre de cursada, estábamos en condiciones de hacer un primer balance: algo que había funcionado muy bien y daba identidad a la asignatura, eran los trabajos prácticos -evaluado así tanto por los docentes, como por los estudiantes¹⁷. Esto fue considerado positivo, debido, en gran medida, a la insistencia por trabajar en torno de las competencias -el saber hacer que los estudiantes debían adquirir-. Los trabajos prácticos nos permitieron, también, acercar a los estudiantes a los contenidos de las ciencias sociales de una manera que no fuera tan “teórica” y lejana. Esto es algo poco frecuente, ya que muchos antes que nosotros han planteado que lo que suele suceder con las materias de ciencias sociales en las carreras sociosanitarias es que tienden a ser valoradas respecto a los contenidos “generales”, pero infravaloradas en lo tocante a habilidades concretas (Duarte Nunes, 1986).

Al finalizar el segundo cuatrimestre, es decir, dos cursadas en el primer año de existencia de la asignatura, otra cuestión que quedó clara fue cuáles eran los núcleos temáticos del programa, es decir aquellos contenidos imprescindibles, que se articulaban formando el esqueleto principal de los temas a desarrollar. Así, de los temas del programa original (ver página 3), “Conocimiento” quedó conformada con una primera unidad claramente epistemológica (donde los estudiantes debían aprender qué es el conocimiento y qué tipos de conocimiento existen); una segunda unidad que fue adquiriendo, cada vez más, un carácter historiográfico (donde los estudiantes debían poder comprender e identificar la noción de historicidad en los procesos de salud-enfermedad); y un último módulo de síntesis donde a partir del concepto de cuerpo, trabajábamos la complejidad del objeto de estudio de las ciencias de la salud.

A continuación, entonces, nos proponemos describir cómo fue este proceso de reformulación de módulos y de maduración de una asignatura que, sin dudas, pudo producirse por el contexto de libertad en el que trabajamos los docentes y la clara intención de poder trabajar de forma interdisciplinaria y colectivamente durante todo el proceso. Describiremos especialmente la reformulación de los módulos 2 y 3, ya que el primero, conservó sus lecturas y actividades, como una introducción general que fue resignificándose y llenándose de contenido, en los módulos subsiguientes.

Módulo 2: Puliendo la “historicidad”

En la primera versión de la asignatura, los ejes más importantes fueron trabajar sobre las mediaciones del sujeto de conocimiento, en tanto obstáculos epistemológicos, y la noción de paradigma. Respecto de la primera, además de las dificultades de la bibliografía, encontrábamos problemas en la misma idea de “obstáculo”, que se leía como algo negativo, algo que impide el conocimiento científico. Así, en lugar de entender la necesidad de situar al sujeto de conocimiento en su lugar y su tiempo histórico -que era el objetivo- se terminaba entendiendo que estas mediaciones hacían del conocimiento producido, algo menos científico. Decidimos hacer mayor hincapié en la historia, como el lugar desde el cual los sujetos conocen; elegimos una práctica de salud que perdurara en el tiempo para que se pudieran ver sus variaciones y con ello, la importancia del contexto social en la generación del conocimiento. La práctica de salud elegida fue la sangría¹⁸ - que existe desde la Antigüedad- y esperábamos que conocer la historia de esta práctica pudiera mostrar cómo la misma era producto de su contexto sociohistórico -de la existencia, desarrollo y producción de ciertos saberes y técnicas- como también un devenir -la sangría perduró durante siglos y sin embargo en el transcurso de ese tiempo fue variando su uso, su eficacia, sus técnicas, etcétera- lo que podría mostrar cómo todas las prácticas y conocimiento sobre la salud y la enfermedad, cambian con el tiempo. El problema de esta propuesta era que la mayoría de los estudiantes se quedaban con el dato anecdótico sobre las características de la sangría y persistía una visión de la historia de la práctica como una acumulación de errores previos a la llegada de la

verdad, otorgada por los conocimientos científicos. La primera conclusión fue que debíamos situarnos en la historia para que se entendiera cómo ésta -como contexto y como devenir- condiciona y hace posible el conocimiento. Pero no bastaba para ello centrarnos en una práctica de salud que los estudiantes leían como “antigua”, “exótica”, “equivocada”.

Respecto al segundo eje, la noción de paradigma, la veíamos básicamente a partir de la lectura de algunos fragmentos de *La estructura de las revoluciones científicas* de Kuhn (1971). Al respecto, la dificultad que teníamos era que los estudiantes memorizaban el circuito Ciencia normal-anomalías-revolución científica- sustitución de paradigma como “la dinámica” de la ciencia, pero no podían relacionar esto como un acontecer historiográfico. Para poder acercarlos a la historia de la ciencia - y situar e ilustrar qué era eso de “la revolución científica”- utilizamos textos de manuales escolares, que describían la era de las revoluciones científicas y el giro copernicano; insistíamos en que este “giro” era la muestra cabal de lo que era, en términos de Kuhn, un cambio de paradigma. Pero no era posible que los estudiantes lo relacionaran con lo que habíamos visto antes acerca de la influencia de la historia -en tanto contexto y devenir- sobre el conocimiento: por más que insistiéramos en volver a traer los cambios en la práctica de la sangría y en su posterior abandono con un cambio de paradigma debido principalmente a la aparición de la anatomía moderna de Vesalio y los descubrimientos de la circulación de la sangre de William Harley (1578-1657) -quien describió por primera vez la circulación de la sangre y las propiedades de ésta. El significado de estos cambios como “revolución científica” y creación de un nuevo paradigma, no quedaban claros y los ejes del módulo quedaban separados: primero decíamos que el sujeto de conocimiento estaba influido por la historia, y luego cuando mostrábamos esto *en* la historia, reiterábamos -sin quererlo- una mirada de la historia de la ciencia como la acumulación de errores y engaños hasta la llegada de la revolución científica, entendida como el éxito de algunos descubrimientos individuales realizados por unos científicos que les seguían pareciendo, a nuestros estudiantes, sujetos ajenos, extraños y lejanos.

Así, de los fallos de este primer intento, surgió una idea clara: historizar una práctica de salud. Esto, por cuanto más allá del ejemplo de la sangría, era claro para todos los docentes, más allá de nuestros propios conocimientos sobre historia de la ciencia, sabíamos y podíamos transmitir la idea de que nuestros saberes y prácticas, en general pero sobre todo, nuestros saberes de la salud y de la enfermedad, tenían una historia. Entendimos que, para que se comprendiera el modo en que la historia influye, condiciona, hace a los cambios científicos, debíamos poder traer la idea del “giro copernicano”, de la revolución en su llano sentido historiográfico, a la historia y el devenir de la salud y la enfermedad con cuestiones que a las y los estudiantes les resultaran menos ajenas. En este marco, decidimos buscar ejemplos que nos permitieran ver la historicidad en el corto plazo y a partir de fenómenos que fueran más cercanos en el tiempo y resultaran más familiares. De este modo fue como el módulo 2 comenzó a tener como centro la idea de la historicidad: pasamos de la idea de la historia/dinámica de la ciencia, a la historicidad -como contexto y como devenir- de los conocimientos sobre la salud y la enfermedad, encarnándolos en casos concretos. Primero, propusimos un Trabajo Práctico, donde los mismos estudiantes tenían que averiguar cómo habían ido cambiando las ideas sobre una práctica de salud y para ello, elegimos una práctica de salud que todos conocían: la lactancia¹⁹. Haber elegido la lactancia nos permitía acercar a los estudiantes la idea de la historicidad a sus experiencias familiares y cotidianas. Así, en grupos, ellos debían poder averiguar cómo la lactancia había ido modificándose en el lapso de las distintas generaciones (tres generaciones, incluyéndolos) y cómo esos cambios se relacionaban con cuestiones que podían pensarse como “paradigmas” o modelos de saber; pero donde el cambio entre un tipo de saber y conocimiento por otro, también podía ser relacionado con aspectos sociales como intereses económicos, cuestiones laborales, de género, etcétera (así, también podían apropiarse de una idea tan general como *contexto social* o *condiciones sociohistóricas*, pero vistas más en concreto).

Para la reformulación de los materiales de lectura durante el verano, nos centramos en dos objetivos: evitar que los estudiantes se quedaran en lo “anecdótico” -como había sucedido con la sangría- y elegir un problema de salud actual y cercano, para ver cómo se había ido convirtiendo en “problema”, cómo una enfermedad se explica también por su contexto social e histórico, y cómo

las formas de investigar e intervenir en torno de la misma se van modificando, y estas transformaciones tienen que ver con paradigmas o modelos teóricos. Nos interesaba llegar a la idea de paradigma, pero no partir del mismo, justamente para que -usáramos los términos de la teoría de Kuhn o no- se entendiera la idea de la dinámica histórico-científica. Para ello, elegimos el tema “Chagas”, enfocándolo claramente desde las perspectivas que plantean las teorías la producción y uso social del conocimiento. Buscamos como materiales de lectura textos más y menos complejos -dejamos de editarlos y nos enfrentamos a la tarea de trabajar en clase las complejidades de la lectura, con una guía de lectura fuerte-.

Así, podemos decir que el contenido central quedó consolidado en torno de la idea de entender la historicidad, y la competencia, aprender a ubicar un problema de salud enfermedad en su contexto socio-histórico. Trabajamos, entonces, con dos recursos: la línea de tiempo y el entramado, pidiéndoles que los estudiantes pudieran plasmar en un póster, de manera gráfica, esta línea/entramado y que después, como modelo de análisis, pudieran utilizarlo con otro problema de salud-enfermedad. En el segundo cuatrimestre de 2016, la consigna fue trabajar/historizar algún aspecto, dimensión o periodo de alguna de las enfermedades transmitidas por el mosquito *aedes aegyptis*.

Módulo 3: Interpelando al objeto

Durante el primer cuatrimestre de cursada, en el último módulo concentramos los contenidos referidos a las ciencias sociales y salud, a partir de dos vertientes: una primera línea que podríamos inscribir en el campo de la antropología médica referida a los distintos saberes en salud y la crítica al saber biomédico; y otra línea más orientada hacia conceptos de tipo sociológicos, referida al surgimiento de las distintas profesiones de la salud y la importancia de una perspectiva interdisciplinaria para el abordaje de los problemas en salud.

El trabajo práctico correspondiente a esta parte fue que trabajaran en grupo la reconstrucción de un evento de salud-enfermedad, que le hubiera acontecido a algún miembro del grupo o bien a alguna persona muy cercana a su entorno. En esta reconstrucción los estudiantes debían identificar los diferentes momentos que había atravesado este sujeto, identificando los diferentes saberes puestos en juego y su articulación con el saber biomédico. El producto de este trabajo práctico debía ser la realización de un póster que sintetizara este proceso y que propusiera alternativas de abordaje que pusieran en juego las perspectivas de las diferentes profesiones, correspondientes a las carreras elegidas por los estudiantes. El póster como recurso nos permitía ver la capacidad de síntesis, de organización y colaboración grupal, a la vez que las habilidades de comunicación que acompañan su presentación. Los objetivos de este trabajo práctico eran no solamente poner en juego y simular un abordaje interprofesional, sino también reconocer en la realización de un póster, un formato posible de comunicación de resultados de una investigación científica. Para ello se trabajó también en el análisis de diferentes modelos de póster científico y se insistió con que aprender a realizar un póster y leer los resultados de investigaciones ajenas en ellos, es una de las habilidades que la actualización permanente en salud les demandará en su vida profesional.

La crítica al saber biomédico realizada a partir de los contenidos de este módulo temático, puso en tensión las diversas perspectivas de las que se nutría el equipo docente. Las tensiones más importantes surgieron a partir de las críticas a la centralidad de lo biológico en el abordaje del proceso salud – enfermedad – atención. Aquellos docentes cuyas trayectorias venían del campo de las profesiones médicas se vieron interpelados; es posible pensar que si bien reconocían ciertos límites dados por su propia formación, no habían llegado aún a cuestionarse la dicotomía positivista entre cuerpo y mente en la que se fundan las ciencias de la salud. También es posible pensar que vivieran como un ataque a su propio saber la crítica epistemológica a la centralidad de la perspectiva biologicista.

En nuestros debates se hacía mención a la escasa importancia atribuida desde el pensamiento hegemónico en salud a los determinantes sociales y a los factores psicológicos como también a las relaciones asimétricas, y de poder, en las que se funda la relación médico-paciente. Sin embargo, seguía planteándose que el campo de las ciencias sociales era un campo del saber que había que

adicionar a la formación en salud, para completar un saber que había resultado insuficiente para resolver con eficacia los problemas de salud.

Otro aspecto que vale la pena señalar, es que en estas discusiones -producidas en reuniones de equipo- seguía surgiendo una perspectiva positivista que mantenía la separación entre cuerpo/espíritu/cultura, reproduciendo, de este modo, la noción de que el objeto de la salud tiene que ver con el cuerpo entendido como una entidad estrictamente biológica y como un sustrato común para todos los seres humanos. Uno de nosotros afirmaba enfáticamente “un hígado es un hígado acá y en la China” como queriendo reafirmar esta idea respecto de la homogeneidad de los procesos fisiológicos y el carácter contingente de los aspectos socioculturales. Y las preguntas que surgían a su alrededor eran, “¿todos los hígados son iguales, no importa qué alimentos filtren, ni cuáles sean las diversas pautas alimentarias?; ¿todos los conjuntos sociales identifican, clasifican y denominan los órganos del cuerpo humano del mismo modo que el pensamiento occidental?”

Estas discusiones epistemológicas al interior del equipo docente, pudieron ser resignificadas a partir de darnos la posibilidad de replantear los contenidos de la materia. Un aspecto importante a tener en cuenta, como fue dicho, era evitar que la materia quedara recluida como una asignatura de contenidos sociales exclusivamente, y para ello resultaba de fundamental importancia el aporte de los docentes provenientes del campo de las profesiones médicas. También cabe señalar, que más allá de los debates, los estudiantes señalaban en sus evaluaciones que esta última parte de la materia les permitía introducirse en los problemas propios de las ciencias de la salud, más allá de los problemas del conocimiento científico en general, y que recién entonces comprendían cabalmente los temas de los dos primeros módulos (el epistemológico y el historiográfico) a partir de lo trabajado en este último.

Dadas estas discusiones y diagnósticos, para el segundo cuatrimestre de cursada, se introdujeron modificaciones que tenían que ver con cuestiones de énfasis diferenciales. Así, se puso el acento en la complejidad del campo de la salud, y la importancia de un abordaje interdisciplinario e interprofesional de esta complejidad, y se mantuvieron los contenidos referidos a la crítica al saber biomédico y su articulación con otros saberes y formas de atención de la salud.

Luego del receso de verano comenzamos la tarea de revisar en profundidad este último núcleo temático. Fue así que nos planteamos abordarlo desde la definición del objeto de estudio: resolvimos que la noción Proceso salud enfermedad atención y cuidados nos resultaba insuficiente para profundizar en los problemas de la definición del objeto de estudio. Parafraseando a Juan Samaja (2016) nos animamos a cuestionar que el objeto de las ciencias de la salud deba limitarse al conocimiento acerca de “hechos del mundo de las cosas reales o naturales” sino que supone construcciones discursivas y representaciones acerca de lo que debería ser la salud, atendiendo también a las interacciones sociales. Es decir, surgía ante nosotros con claridad que la definición del objeto supone una “batalla ontológica”, en tanto la salud y la enfermedad no se corresponden necesariamente con hechos del mundo de las cosas reales.

Así, en el tercer módulo, propusimos comenzar revisando la noción de *enfermedad*, como objeto de las ciencias de la salud, a partir de los diferentes modelos explicativos de la misma, que se habían ido sucediendo: de las explicaciones monocausales a los multicausales, hasta llegar a la producción de modelos complejos que explican las múltiples determinaciones de los problemas de salud enfermedad. Llegados a este punto, incluimos el planteo de Mario Testa en *Pensar en Salud* (2014) para anclarnos en el *cuerpo* como objeto del trabajo médico. Este texto posibilita un análisis de los múltiples significados del cuerpo, y una crítica al reduccionismo que opera en la sociedad capitalista al considerarlo como una máquina -que es la concepción que domina el campo de las ciencias de la salud. Testa propone un análisis que considera al cuerpo como productor de significados y como arma en la batalla por la felicidad colectiva. Esta propuesta de salud, entendida como el conjunto de cuerpos viviendo en sociedad, buscando la felicidad colectivamente, permite a los estudiantes correrse de las perspectivas biologicistas hegemónicas, e inscribir el aprendizaje de las profesiones de la salud en un espacio social inherente a la definición del objeto de estudio.

Desde este punto de vista, resulta luego más sencilla la comprensión de parte de los estudiantes de que el concepto proceso salud – enfermedad – atención (PSEA) contiene la variabilidad social e

histórica. La crítica al biologicismo y a la a-historicidad del saber biomédico, resulta entonces inteligible y explícita la centralidad de los sujetos sociales en la toma de decisiones a partir de sus propios saberes -mostrando también fácilmente el peso que tiene la autoatención y los cuidados (y los trabajos en torno a ambas) en el PSEA²⁰. Finalmente, el análisis de la complejidad, y el abordaje interdisciplinario e interprofesional de los problemas de salud de las poblaciones, resulta se deriva de esta reflexión en torno del objeto de las ciencias de la salud.

4. Repasando la experiencia: reflexiones finales

Hasta aquí hemos narrado el “armado” de la asignatura “Conocimiento” en el marco de los debates respecto al lugar de las ciencias sociales en la enseñanza de las carreras de salud y en el contexto social y político nacional y regional que dieron lugar al ICS de la UNAJ. Este recorrido nos permite sacar algunas conclusiones de la experiencia concreta que tienen que ver fundamentalmente con algunos desafíos pendientes; así como extraer algunas reflexiones más generales que permitan aportar a ese marco de debate.

De esta experiencia nos queda la convicción de que se trata de un proyecto inacabado, y que aún queda mucho camino por recorrer. En este sentido destacamos, por ejemplo, las dificultades en el proceso de enseñanza para dar cuenta de la complejidad de un concepto como historicidad, sobre todo en lo relativo a la dinámica de las ciencias, que tiende a ser vista como un proceso acumulativo y de progreso continuo. ¿Cómo lo vemos? En los estudiantes, en la repetición mecánica que hacen de los conceptos de la teoría de Kuhn, entendidos casi como un ciclo “natural” y lineal hacia la “verdad científica”. Y en la tarea docente, en dos aspectos: por un lado, para encontrar un texto adecuado, que no quite complejidad a la problemática pero que a la vez sea accesible y comprensible; por otro, en el mismo proceso de enseñanza, donde el trabajo docente -a falta de textos adecuados- pueda redoblar la apuesta y ser él mismo quien elabore y permita hacer asequible la noción de historicidad.

En relación a esto último, pero ya pensando en los aportes que nuestra experiencia micro pueda hacer a una reflexión más general sobre la enseñanza de contenidos sociales en las carreras sanitarias, una cuestión central a seguir problematizando es cuánto compromiso hay de parte del proyecto pedagógico de realmente incluir estos contenidos en dialogo e igual jerarquía con los demás contenidos. Y además ¿quiénes deben dictarlos?, ¿solamente profesores que vengan de las ciencias sociales? Al mismo tiempo, en el caso que describimos, donde el compromiso de lo interdisciplinar es institucional, es importante no olvidar que aún los proyectos que buscan innovación -con planes de estudio de currículo innovada y todo el apoyo institucional- deben hacer frente a que los que se suman al mismo -docentes y estudiantes- no siempre comparten un pensamiento crítico y una mirada diferente a la hegemónica respecto a la enseñanza en salud, más bien lo contrario. Las implicancias de esto suman dificultades tanto a nivel pedagógico como didáctico y no debe ser subestimada.

Por último, queremos afirmar que si bien “adicionar” contenidos de ciencias sociales a los contenidos “de salud” hubiera sido quizá la tarea más sencilla, el carácter epistémico de la asignatura y la vocación del Ciclo Básico de no hacer de las asignaturas compartimentos estancos, nos dio la posibilidad de discutir el estatus y naturaleza del objeto de estudio de ciencias de la salud. Si a esto le sumamos la conformación diversa e interdisciplinaria del equipo docente y la voluntad de superar las dicotomías biológico/ social -que como atajos, siempre están disponibles-, el discutir y reflexionar en torno del objeto de las ciencias de la salud nos permitió llegar al cuerpo como una síntesis. Esto es, la idea del cuerpo, resume, contiene, supera y complejiza la idea de la salud como un objeto en disputa entre dos campos divergentes. Llegamos a esta conclusión, a partir de la práctica docente, esto es, surgida de los interrogantes e insatisfacciones que quedan en algunas clases, de las preguntas y demandas de los estudiantes, de las lecturas nuestras realizadas una y otra vez. Quizá no sea tanto la idea del cuerpo como objeto síntesis de las ciencias de la salud la conclusión más importante de esta experiencia, sino el proceso por el cual llegamos a ella.

Bibliografía

- Borrell Bentz, R. (2001).** *La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: OPS.
- Chiroleu, A. & Marquina, M. (2012).** Introducción. En Chiroleu, A., Marquina, M. & Rinesi, E. (comp.). *La política universitaria de los gobiernos Kirchner: continuidades, rupturas, complejidades* (9-24). UNGS: Los Polvorines.
- De Souza Minayo, M. C. (2004).** *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Donati, J., Itchart, L. & González Velasco, C. (2017).** *Curso de preparación universitaria: taller de vida universitaria*. Florencio Varela: UNAJ.
- Duarte Nunes, E (ed.) (2005).** Ciências Sociais em Saúde: uma reflexão sobre sua história. En Souza Minayo, M. C. de & Coimbra Jr. C. E. A. (org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* (19-31). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Duarte Nunes, E. (ed.) (1986).** *Ciencias sociales y salud en la América Latina, Tendencias y perspectivas*. Montevideo: OPS-CIESU.
- García, J. C. (1986).** Presentación. En Duarte Nunes, Everardo (ed.). *Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas* (s/d). Montevideo: CIESU, OPS.
- Kuhn, T. (1971).** *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- Medina, A. & Nadorowski, P. (2005).** *Estado, integración y salud. La gestión en red de un hospital público*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Menéndez, E. (2009).** *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Milstein, D. et al (2012).** La educación médica innovada: Cotidianeidad, debates y experiencias educacionales en la implementación de una nueva carrera. *Jornadas Interdepartamentales*. La Matanza: UNLaM.
- Rodríguez M., S. L. (2014).** El aprendizaje basado en problemas para la educación médica: sus raíces epistemológicas y pedagógicas. *Revista Med*, 22(2), 32-36.
- Rosen, G. (1985).** *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Samaja, J. (2016).** *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar.
- Scaglia, M. C. (2012).** "Curarse en salud". *Saber en atención primaria de la salud: la implementación del programa Médicos Comunitarios en Florencio Varela, Argentina*. Tesis doctoral. Buenos Aires: UBA.
- Silberman, M. & Pozzio, M. (2015).** La enseñanza de la Medicina en debate. Prácticas formativas en la realidad social y su impacto en las representaciones de los estudiantes sobre el rol profesional. *Trayectorias universitarias*, 1, 83-95.
- Stolckiner, A. (1999).** La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo Psi*, s/d. Disponible en <http://www.campopsi.com.ar>
- Testa, M. (2014).** *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- UNAJ (2013).** *Universidad Nacional Arturo Jauretche: Una comunidad en movimiento. Memoria fundacional. 2010-2013*. Florencio Varela: UNAJ.

Notas

¹ El autor plantea que la medicina es una actividad social que se lleva a cabo en el contexto de las necesidades humanas y que por lo tanto la medicina como la atención de la salud se pueden estudiar por cualquiera de los medios que se usan en la investigación de las instituciones sociales (Rosen, 1985:61). En otro ensayo del mismo libro, que si bien en la época moderna aparece una clara conciencia de los estrechos lazos entre condiciones sociales y los problemas médicos, es recién en el siglo XIX que se desarrolla la idea de la medicina como ciencia social y que tal idea era un sentido común de época y no pertenecía, exclusivamente como se cree, a Virchow (Ibidem:77).

² Este diagnóstico general vale en tanto una mirada macro ya que, si uno se detiene en las historias de los países, el positivismo de las generaciones que contribuyeron a conformar los Estados Nacionales en algunos países de América Latina, como Argentina, desde los inicios del siglo XX y aún antes, dialogaba con un campo de nociones de lo social y su impacto en la salubridad. Aunque no podríamos hablar de ciencias sociales, el reformismo higienista de Ramos

Mejía, Coñi y demás, propicia y es un antecedente de las formas en que se articularon cuestiones sociales y cuestiones médicas.

³ “Actuantes” constituye una españolización que introdujimos las autoras del término portugués que utiliza el autor “atuantes”.

⁴ ALAMES es la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, que fue constituida durante el III Seminario Latinoamericano de Medicina Social en la ciudad de Ouro Preto, Brasil, en Noviembre de 1984, con el fin de profundizar en el conocimiento de las relaciones entre salud y sociedad, teniendo como base los avances obtenidos en la enseñanza de Posgrado en el área de la Salud Colectiva y la consolidación de esta área de investigación en proyectos coordinados por investigadores en América Latina (<https://alamespy.wordpress.com/historia/>).

⁵ El aprendizaje basado en problemas contribuye a la adquisición de habilidades cognitivas de alto nivel. En el caso de la educación médica, principalmente al razonamiento clínico, la solución de problemas y el aprendizaje auto dirigido; adicionalmente también ayuda al desarrollo de competencias médicas de tipo profesional como el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, el respeto hacia los demás y la responsabilidad ética. Esta metodología busca mejorar el modelo tradicional mostrando nuevas opciones para optimizar la práctica docente, ya que la educación médica se había caracterizado por seguir un patrón intensivo de clases expositivas y conductistas (Rodríguez, 2014). Esta propuesta, adoptada por muchas de las escuelas de medicina y ciencias de la salud (inspirado en el modelo MacMaster de Canadá) está pensada para la adquisición de competencias y el aprendizaje de los contenidos de la clínica, ya que se trata, principalmente, de una estrategia pedagógica. La discusión en torno a la relación de las ciencias sociales y la salud, si bien contempla la dimensión del aprendizaje, también va más allá, ya que, como iremos planteando a lo largo del artículo, además de ser una cuestión pedagógica, se trata de una cuestión epistemológica.

⁶ El programa Médicos Comunitarios, creado en 2004 e implementado por el Ministerio de Salud de la Nación y la progresiva aparición de posgrados enfocados a la Salud Comunitaria, como los de la Universidad Nacional de Lanús, son una muestra de esto.

⁷ Se trata de un distrito que recibió y sigue recibiendo sucesivas oleadas migratorias -la principal fue en la década del 70-, principalmente de países limítrofes y de provincias del interior del país, por el atractivo que resulta de su disponibilidad de tierras cercanas a Buenos Aires. En esa década se lotean grandes extensiones de tierras en el conurbano sur y se venden a bajos precios y financiados. Sin embargo estos loteos no contaban con infraestructura urbana, y se vendieron sin escriturar

⁸ Afirmamos esto ya que el eje “inclusión con calidad” fue uno de los puntos del temario en un plenario de afiliados al gremio docente

⁹ Promoviendo que los cargos sean mayoritariamente de dedicación semi exclusiva y exclusiva.

¹⁰ En el año 2009 se inauguró el Hospital en Red El Cruce construido con presupuesto nacional y co-administrado por la Nación y la provincia bajo el régimen SAMIC. Este hospital corresponde a un tercer nivel de atención y se encuentra localizado en la intersección de tres distritos: Florencio Varela, Quilmes y Berazategui, y funciona en red con los hospitales provinciales de cada uno de estos distritos y con el hospital del distrito de Almirante Brown (Medina y Narodowski, 2015).

¹¹ La organización académica de la UNAJ se estructura en torno a los Institutos que son unidades académicas con fines de docencia ya que de ellos dependen las carreras que se dictan en el grado, investigación, transferencia y extensión.

¹² En el año 2009 se declara la emergencia nacional de los recursos humanos en enfermería y se dispone que todas las universidades deberían incorporar en sus carreras la de enfermería universitaria.

¹³ Véase la resolución 1314/07 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.

¹⁴ En este sentido concebíamos la distinción entre interdisciplina e interprofesión siguiendo el planteo de Alicia Stolckiner (1999:s/d) para quien: “diferencia entre equipos interdisciplinarios de investigación y equipos interdisciplinarios de asistencia, es que estos últimos se constituyen por distintas profesiones (y se da por supuesto que cada una representa una disciplina). Este deslizamiento (de disciplina a profesión) es un claro deslizamiento hacia el campo de prácticas”.

¹⁵ Esta composición fue variando un poco de un año a otro, porque varios docentes pasaron a otras asignaturas de la carrera de medicina. Se fueron tres médicas, pero entró una pediatra, más un sociólogo y una politóloga más.

¹⁶ Que éramos las dos autoras de este artículo y nuestra compañera, la Lic. Magalí Turkenich.

¹⁷ Todas las cursadas, la mayor parte de los docentes, realizamos evaluaciones abiertas de parte de los estudiantes en algunas comisiones.

¹⁸ La sangría es una práctica médica que consiste en realizar cortes en venas periféricas y dejar sangrar para el alivio de dolencias.

¹⁹ Además esta práctica vinculaba el módulo con el tema integrador del Ciclo Básico para ese cuatrimestre: el capítulo sobre la leche del libro de Golombek, D. & Schwarzbau, P. (2005). *El cocinero científico (cuando la ciencia se mete en la cocina)*. *Apuntes de alquimia culinaria*. Buenos Aires: Siglo XXI.

²⁰ Estas categorías se trabajaron desde el primer momento a partir de un texto de Eduardo Menéndez (2006).