

Educación basada en la comunidad a partir de la asignatura “Epidemiología Crítica, Social y Comunitaria” en la carrera de Medicina

Community-Based Education Derived from the Subject “Critical, Social and Community Epidemiology” in the Medical Degree

Fecha de recepción: 17/10/2023

Fecha de aceptación: 22/03/2024

Fecha de publicación: 10/06/2024

<https://doi.org/10.48102/if.2024.v4.n1.335>

María Victoria Sordini*

msordini@mdp.edu.ar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5984-3948>

Doctora en Ciencias Sociales

Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales;

Universidad Nacional de Mar del Plata

Argentina

Natalia Julieta Sordini**

nsordini@mdp.edu.ar

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2741-0818>

Maestranda en Educación para Profesionales de la Salud

Universidad Nacional de Mar del Plata

Argentina

* Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA), licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), becaria postdoctoral en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INHUS-CONICET). Docente de Epidemiología Crítica, Social y Comunitaria en la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP. Investiga sobre las políticas sociales, el hambre y la salud colectiva desde la sociología del cuerpo y las emociones.

** Licenciada en Nutrición por la Universidad FASTA; maestranda en Educación para Profesionales de la Salud en el Instituto Universitario del Hospital Italiano; especialista de nivel superior en Políticas y Programas Socioeducativos por el Instituto Nacional de Formación

Camila Esteban***

camilaesteban99@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6600-514X>

Universidad Nacional de Mar del Plata

Argentina

Resumen

En Argentina, las experiencias de innovación curricular en educación médica se están desarrollando en el seno de las universidades nacionales. Esta investigación se sitúa en la carrera de Medicina que se creó en la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) en 2017. El currículo de la carrera, con articulación clínico-básica y orientación comunitaria, permite ampliar la definición médica clásica y convencional con el análisis desde variables sociales, psíquicas, económicas, culturales e históricas. El objetivo de este artículo es compartir y extender los modos en los que se planifican y ofrecen actividades de enseñanza que promueven el aprendizaje experiencial en el marco de un currículo orientado en la comunidad y en un contexto masivo estudiantil. Se usa el caso de la asignatura Epidemiología Crítica, Social y Comunitaria, que corresponde al eje Proceso Salud, Enfermedad, Atención y Cuidado, del tercer año de la carrera.

Palabras clave

Educación basada en la comunidad, aprendizaje experiencial, currículo integrado, medicina

Abstract

In Argentina, curricular innovation experiences in medical education are being developed within national universities. This research is situated in the career of Medicine that was created at the Higher School of Medicine of the National University of Mar del Plata (UNMDP) in 2017. The curriculum of

Docente del Ministerio de Educación (INFoD). Profesora de nivel secundario y superior en paramédicas y auxiliares de la medicina. Docente de Promoción de la Salud Crítica y Educación para la Salud en la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP. Investiga sobre la educación basada en la comunidad y los procesos de aprendizaje.

*** Estudiante de medicina en la UNMDP. Adscripta a la docencia en Epidemiología crítica social y comunitaria en la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP. Becaria de extensión en la Escuela Superior de Medicina. Becaria de investigación por el Consejo Interuniversitario Nacional. Investiga sobre las estrategias de promoción de la salud desde la epidemiología crítica y comunitaria.

the career, with clinical-basic articulation and community orientation, allows us to expand the classical and conventional medical definition with analysis from social, psychological, economic, cultural, and historical variables. The objective of this article is to share and extend the ways in which teaching activities that promote experiential learning are planned and offered within the framework of a community-based curriculum and in a context of student massiveness. It uses the case of the subject Epidemiology, critical, social and community, which corresponds to the “Health, Illness, Attention and Care Process” axis, in the third year of the degree course.

Keywords

Community-based education, experiential learning, integrated curriculum, medicine

Introducción

Las nuevas propuestas curriculares en medicina generarán un impacto a futuro en la conformación y en los perfiles de los servicios de salud. Por lo tanto, las estrategias de enseñanza que consideran actividades orientadas a la comunidad forman parte de un proceso de modificación más amplio de la educación médica en Argentina y en el mundo (Rovere, 2014). Actualmente, en Argentina, las experiencias de innovación curricular en educación médica se están desarrollando en el seno de las universidades nacionales como las de Tucumán, de Cuyo, del Sur, de Rosario, del Litoral, del Centro, de La Matanza, de Mar del Plata, de Salta y de José C. Paz.

Este trabajo se sitúa en la carrera de Medicina (OCS 1314/20) que se creó en la Escuela Superior de Medicina (ESM) de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) en el año 2017. La carrera tiene como misión contribuir a la concreción del derecho a la salud de la población a través de una formación profesional caracterizada por la rigurosidad científica, el compromiso social, sólidos valores éticos y la vocación de servicio para desempeñarse con una visión integral de la salud, con la capacidad de realizar un análisis crítico de la realidad sanitaria, tanto en forma individual como grupal, con el fin de buscar soluciones a los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad que le toque servir al egresado.

La propuesta curricular de la carrera de Medicina de la UNMDP hace hincapié en varios puntos: en un nuevo “objeto de estudio”, puesto que se pasa del individuo enfermo como objeto único y exclusivo, a la prevención y

promoción de la salud de la persona sana y en la comunidad; en la interdisciplinariedad, privilegiando el trabajo en equipo; en la integración docente asistencial, articulando a las entidades formadoras con las instituciones prestadoras de salud y la comunidad; en la reincorporación de las ciencias sociales y el humanismo, volviendo al médico humanista que fue reemplazado por el médico técnico y reduccionista.

El currículo de la carrera de medicina en la UNMDP, con articulación clínico-básica y orientación comunitaria, permite ampliar la definición médica clásica y convencional con el análisis desde variables sociales, psíquicas, económicas, culturales e históricas. El currículo integral, con la incorporación de aspectos comunitarios y con la integración de dimensiones clínicas y de habilidades interpersonales (Brailovsky y Centeno, 2012) constituye un medio para lograr la pertinencia educativa para las necesidades de la población y, en consecuencia, para implementar un programa educativo orientado en torno a la misma.

Camilloni (2013) refiere que se promueve el aprendizaje experiencial cuando intencionalmente se crean propuestas que relacionan el aprendizaje académico con la vida real. Así, se le propone al estudiante realizar actividades en las que, a partir de esa conexión con la práctica, ponga a prueba en situación auténtica, es decir, en la vida real, las habilidades y los conocimientos teóricos que posee, que evalúe sus consecuencias, enriquezca esos conocimientos y habilidades, identifique nuevos problemas y fije prioridades en cuanto a las urgencias de su solución. En este tipo de propuesta de formación, es fundamental que, para la construcción de su significado, se propicie el proceso reflexivo, el cual no puede realizarse sino por el propio sujeto. Es un proceso por el cual una vivencia o un conjunto de vivencias se convierte en “experiencia” y ésta en un aprendizaje re-conocido como tal. Cuando se trabaja en el marco de situaciones reales, observar, comprender, razonar, dudar y decidir deben convertirse en habilidades inescindibles entre sí. Anticipar y mirar hacia el pasado de cada situación, avanzar y retroceder cuando sea necesario.

La metodología de acompañar las experiencias preprofesionales tempranas en la formación de médicos con prácticas reflexivas, y como parte del aprendizaje de la estrategia de la Atención Primaria de Salud en el marco de la comprensión integral del proceso salud-enfermedad-atención es indudablemente una innovación en el campo de la educación médica (Lacarta et al., 2014). El objetivo de este artículo es compartir y extender los modos

en los que desde la ESM se planifican y ofrecen actividades de aprendizaje a estudiantes en el marco de un currículo basado en la comunidad y en contexto de masividad estudiantil. Se toma el caso de la asignatura Epidemiología, Crítica, Social y Comunitaria que corresponde al eje curricular Proceso Salud, Enfermedad, Atención y Cuidado, ofertado en el tercer año de la carrera.

La estrategia argumentativa se organiza de la siguiente manera: a) se reseñan algunas notas conceptuales sobre la salud colectiva y sus requerimientos en la formación del perfil profesional médico; b) se propone el marco referencial sobre educación médica basada en la comunidad; c) se describe el contexto de masividad estudiantil que caracteriza a la carrera de medicina de la UNMDP y los modos de implementar la educación basada en la comunidad (EBC); e) se detalla la estrategia de enseñanza que se implementó en Epidemiología Crítica, Social y Comunitaria en los años 2022 y 2023 para la EBC, y, finalmente, e) se comparten las reflexiones finales.

Notas sobre la salud colectiva, la epidemiología crítica y el perfil profesional médico

En la realidad social se produce el proceso salud-enfermedad-atención (PSEA); en éste se cristalizan los modos de vida de los grupos humanos que, situados en un contexto histórico, político, económico y cultural, configuran los modos de vivir, enfermar y morir. La salud colectiva comprende la salud de los grupos sociales desde una perspectiva histórica, holística y relacional. Así, contempla las condiciones de vida que determinan la salud: desde el ámbito micro social —como la familia o la vivienda— y la organización en clases sociales, hasta las formas de división internacional del trabajo y las condiciones materiales del capitalismo periférico (Briceño-Leon, 2003).

La salud colectiva y la perspectiva médico social emergen cuando se cuestionan los límites de los modelos sanitarios (higienista, preventivista y multicausal) para enfrentar los problemas de la salud poblacional (López Arellano, 2016). La mirada convencional que sostiene al modelo biomédico se centra en la enfermedad y privilegia la tecno-intervención para reducirla (López Arellano, 2016). Siguiendo a Menéndez (2005), cuando el saber médico reduce la mirada a la enfermedad “en sí”, excluye la red de relaciones sociales y culturales que intervienen en el PSEA. El modelo médico hegemónico se fundamenta en su biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Menéndez, 2005).

De esta forma, el modelo médico se inscribe en el método positivista y se orienta al estudio de los factores que afectan la salud de la población (biológicos, ambientales, conductuales o sociales) con el propósito de modificar las exposiciones riesgosas (Bertolozz y Torre Ugarte, 2012; Menéndez, 2005, 2015; López Arellano, 2016). Así, la biomedicina tiende a ubicar el riesgo de enfermedad y la responsabilidad por el mantenimiento de la salud en las acciones del sujeto enfermo o potencialmente enfermo, ocluyendo las condiciones estructurales de los procesos económico, político, cultural e ideológico que, en parte, también constituyen a esos problemas (Menéndez, 2015). Se refuerza la individuación de la autorresponsabilidad, autocontrol y autoculpabilización de los riesgos de enfermar.

El pensamiento epidemiológico latinoamericano que se enmarca en la salud colectiva propone una ruptura con el empirismo lineal porque cuestiona la asociación causa-efecto como organizadora principal de la epidemiología (Breilh, 2013). La epidemiología crítica estudia la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud, y observa estos fenómenos con una mirada holística e integral que permita comprender cómo las personas viven en su entorno más inmediato y cómo están condicionadas y determinadas por los contextos más estructurales (Breilh, 2013, 2015).

La reflexión sobre el quehacer de la salud colectiva y de la epidemiología como instrumento de investigación, planeación, monitoreo, control de las condiciones de salud, de las acciones y programas no puede deslindarse de la epidemiología como praxis (Breilh, 2015). Entender a la epidemiología como ciencia y como praxis resulta clave para definir los contenidos y metas de la acción para mejorar las condiciones de salud de la población. Además de comprender las causas, los determinantes sociales (Moiso, 2007) y la operación de éstos en el PSEA en contextos específicos (Breilh, 2015), esta disciplina demanda un firme compromiso para contribuir a transformar la realidad social.

Es compromiso de la epidemiología, en tanto ciencia y praxis, intervenir para mejorar los niveles de ciudadanía y de ampliación de derechos de salud. Esta postura epistemológica implica una perspectiva dialéctica entre las dimensiones singulares, particulares y generales que inciden en la salud y la vida cotidiana de las personas, manteniendo una articulación constante entre los estilos de vida y factores de riesgo particulares y los contextos y determinaciones generales de los procesos sociales, económicos, políticos e históricos (Breilh, 2015; Menéndez, 2015; Spinelli et al., 2016). Para ello, es esencial concebir el mosaico epidemiológico como un mapa complejo de

múltiples elementos que expresan los distintos modos de vivir y de morir en función de las condiciones de vida (Spinelli et al., 2016) para construir conocimiento sobre el PSEA con un enfoque práctico e integral que vehiculice la transformación de las situaciones en las que prima la salud como mercancía, en detrimento de la salud como derecho (Spinelli et al., 2016). De esta manera, construir un proyecto alternativo para la salud colectiva implica tres dimensiones del análisis de la lucha social: recuperar la memoria colectiva, reconstruir al sujeto histórico y fortalecer un proceso solidario de alternativas emancipadoras (Hidalgo, 2000, citado en Breilh, 2015).

Desde los aportes de la epidemiología comunitaria, los sujetos de las comunidades deben percibirse como quienes poseen, manejan y controlan las herramientas que permiten describir, comprender y apropiarse de los conocimientos de sus vidas, para compartir la responsabilidad de tomar decisiones que incrementen su autonomía (Tognoni, 2018). De esta manera, la salud se concibe como un espacio para la pluralidad de voces —sin reducirse únicamente a la intervención de los y las profesionales de la salud— porque cada persona es un sujeto activo de su salud; la mirada se transforma desde el colectivo en el que se interviene sobre las causas que erosionan las condiciones de vida. Desde este lugar, la “epidemiología comunitaria se define y se mide por la capacidad de hacer que lo que se declara como un derecho de salud-vida pueda ser accesible y disfrutado por los individuos y la colectividad” (Tognoni, 2011, p. 17).

En este marco, cobra relevancia reorientar el perfil profesional de las personas egresadas de las escuelas de medicina con herramientas y habilidades que tiendan a la comprensión de la determinación social de la salud y las realidades colectivas (Silberman et al., 2012). Siguiendo a Espinosa de Restrepo (2001), los trabajadores y trabajadoras de la salud necesitan redefinir su papel para impulsar la participación de las organizaciones comunitarias, ya que no han contado con preparación para asumir un papel de liderazgo que ofrezca respuestas adecuadas a las necesidades de la población.

Comprender la interrelación entre la promoción de la salud, el cambio social, la construcción de capital social, la política y la distribución del poder es esencial para orientar las acciones hacia el mejoramiento de la calidad de vida y de salud de la población. (Espinosa de Restrepo, 2001, p. 41)

En este sentido, cuando se planifica e implementa el trabajo territorial en la comunidad, es nodal comprender que la subjetividad que se plantea se construye intersubjetivamente en relación con las otras personas. Ello requiere trabajar desde “el punto de vista del actor” (Menéndez, 2015), ejercitando una escucha activa y armada (teóricamente) con vigilancia epistemológica (Bourdieu, 2008). Este aspecto es fundamental porque aquello que el personal de salud define como problema de salud no siempre es un problema para las personas que viven en esa comunidad (Sy, 2021). En este contexto, el uso de las ciencias sociales en salud muestra potencialidad para pensar estas problemáticas; además, la presencia de las ciencias sociales en las carreras de salud desde el inicio de éstas otorga las herramientas para construir una mirada más amplia y compleja sobre la realidad (Sy, 2021).

Para ello, las estrategias pedagógicas que impacten en lo actitudinal, en las prácticas y en los conocimientos, a través del aporte de las ciencias sociales, permitirán revisar y complejizar la concepción general de la salud en todo el plan de estudios (Silberman et al., 2012). La comunidad debe ser un escenario de aprendizaje en todo el recorrido de la carrera que ofrezca un esquema concreto de adquisición espiralada de competencias, que, a su vez, constituyan un modo de evaluación que dé cuenta de la experiencia de aprendizaje, en la que se reflexione sobre el propio proceso de aprendizaje y sus fundamentos. Entonces, una propuesta pedagógica con una impronta en la determinación social del PSEA impactará en las ideas preconcebidas para generar conciencia en la necesidad de construir otro modelo profesional orientado a la salud colectiva y a la promoción de la salud emancipadora (Silberman, et al., 2012; Silberman, 2021).

La educación médica basada en la comunidad: una aproximación teórica

Haciendo un poco de historia, Brailovsky y Centeno (2012) refieren que, en la educación médica de la época moderna, el mayor impacto había estado dado por la presentación, hace más de cien años, del informe Flexner. Por mucho tiempo prevaleció el enfoque biomédico: fue relevante para explicar y curar enfermedades, pero, con el tiempo, fue considerado incompleto, insuficiente e insatisfactorio.

Magzoub y Schmidt (2000) destacan que ese modelo llevó a un aumento del conocimiento de datos médicos y un enfoque disciplinario para los problemas de salud. Casi todo el proceso de enseñanza se daba durante

las clases, en laboratorios o en hospitales universitarios. Como resultado, los autores refieren que los graduados de dichas instituciones saben muy poco de los problemas comunitarios que prevalecen y no están preparados para trabajar en áreas rurales o remotas.

En función de los principios enunciados en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata —organizada en Kazajistán en 1978— y en la Conferencia Mundial sobre Educación Médica —realizada en Edimburgo en 1998—, se elaboraron un conjunto de recomendaciones para que se diseñara un currículum basado en las necesidades de salud, enfocado en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, con aprendizaje activo durante toda la vida, basado en la competencia, con profesores capacitados como educadores e integración de la ciencia en la práctica clínica. A esta necesidad de considerar la responsabilidad social que tienen las universidades, se le suma la revisión del enfoque pedagógico de las carreras de Medicina, que revela la urgencia de priorizar un enfoque constructivista que promueva el aprendizaje autónomo, activo e independiente.

Brailovsky y Centeno (2012) siguen a Harden et al. (1984) para describir el modelo de análisis de estrategias curriculares SPICES. La propuesta de este modelo, que desarrolla Harden et al. (1984), se caracteriza por: a) aprendizaje centrado en el estudiante; b) aprendizaje basado en problemas; c) enseñanza integrada; d) electivas; e) ser sistemático; f) educación basada en la comunidad (EBC). Los autores refieren que esta propuesta surge ante la necesidad de superar el modelo biomédico clásico y erigir uno más centrado en la persona —y en la sociedad—. El currículum tiende a ser más completo e integral con la incorporación de aspectos comunitarios, con la integración de dimensiones clínicas y de habilidades interpersonales. Tiene seis competencias centrales: los conocimientos médicos, el cuidado de los pacientes, las habilidades interpersonales y de comunicación, el profesionalismo, el aprendizaje basado en la práctica y la práctica basada en sistemas. Con diferente grado de convicción, la mayoría de las dos mil quinientas escuelas de medicina en todo el mundo aceptan alguno o todos estos aspectos.

En una educación basada en la comunidad, las y los estudiantes de medicina reciben su formación en un entorno comunitario (Harden et al., 1984). La educación de orientación comunitaria se define como “educación dirigida a las personas y poblaciones teniendo en cuenta las necesidades de

salud de la comunidad” (Schmidt et al., 1991, p. 260; traducción propia). Esto significa que las necesidades y los problemas de salud de la comunidad están representados y se utilizan en las actividades educativas del programa educativo de orientación comunitaria (Refaat y Norman ,1989).

Talaat y Ladhani (2013) destacan que

La educación basada en la comunidad se trata de facilitar el aprendizaje en, con, para y de la comunidad, brindando resultados de aprendizaje relevantes, significativos y mutuamente acordados para los profesionales y servicios de salud para las poblaciones en un entorno comunitario. La EBC promueve la ciudadanía activa y la responsabilidad social en los estudiantes, ya que se basa en asociaciones y reciprocidad entre las comunidades y las instituciones educativas. En última instancia, la EBC busca producir graduados que estén disponibles para mejorar el acceso y mejorar la atención médica de calidad para todos. (p. 22; traducción propia)

Harden et al. (1984) mencionan que los objetivos de un programa orientado a la comunidad variarán según factores como la etapa del plan de estudios en la que las y los estudiantes ingresan a la comunidad, la cantidad de tiempo que éstos tienen que pasar en el entorno comunitario y las necesidades de la comunidad en ese momento en particular. Durante su formación en la comunidad, las y los estudiantes pueden aprender sobre los aspectos sociales y económicos de la enfermedad, así como sobre los servicios de salud en su comunidad, o pueden adquirir habilidades clínicas como resultado de sus contactos con los pacientes. También se abre la posibilidad de aprender sobre el enfoque adoptado por el personal de salud en ejercicio, al tratar con los problemas de los pacientes que encuentran, o sobre la frecuencia y los tipos de problemas que se hallan fuera del ámbito hospitalario. Las y los estudiantes pueden trabajar con el personal de salud para promover la salud de los pacientes que ven.

La indagación en torno a la educación basada en la comunidad: algunos antecedentes

La educación basada en la comunidad (EBC) es objeto de indagación y reflexión en diversos espacios académicos del ámbito internacional y en Argentina. Numerosas investigaciones reúnen y sistematizan experiencias de

la EBC en universidades de distintos países con el propósito de extender las experiencias y su implementación en otras universidades. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (2008) realizó un sondeo para identificar las experiencias de las universidades de América Latina, el Caribe y Estados Unidos que trabajan con la EBC. Posteriormente, Talaat y Ladhani (2013) invitaron a colaboradores de instituciones educativas de Bangladesh, Brasil, Egipto, India, Pakistán y Sudáfrica que representaban diferentes estilos de implementación de la EBC. En 2014, se sistematizó la experiencia en la Universidad Federas de Ceará, Brasil. En primer lugar, estos acercamientos retoman la perspectiva de las personas que participaron en la elaboración de las políticas y en la gestión del proceso de inducción y fomento de la EBC. En segundo lugar, recuperan las experiencias de implementación de los currículos y prácticas que incorporaron y amplificaron los principios y bases de la EBC (Bollela et al., 2014).

También se identificaron investigaciones que indagan sobre el impacto de la EBC en el proceso de aprendizaje y de formación profesional. Dornan y Bundy (2004) realizaron una revisión sistemática en setenta y tres estudios que mostraban evidencia empírica sobre los efectos de la experiencia temprana en educación médica; entre sus resultados, se destaca que la estrategia motiva a las y los estudiantes y los ayuda a aclimatarse a entornos clínicos, a desarrollarse profesionalmente, a interactuar con pacientes con más confianza y menos estrés, a desarrollar habilidades de autorreflexión y evaluación, y a desarrollar una identidad profesional. Otro trabajo estadounidense comparó las diferencias en el rendimiento de los residentes de medicina interna capacitados en programas basados en la comunidad (CBP por sus siglas en inglés) y programas basados en la universidad (UBPs por sus siglas en inglés); el trabajo evidencia una diferencia de rendimiento a favor de los primeros programas: se identificaron mejoras en el asesoramiento del paciente, investigación y comportamiento de los residentes (Rehman, 2018).

Por su parte, en Canadá se evaluó la transición de un currículo tradicional a un currículo de aprendizaje basado en problemas y orientado a la comunidad en la Universidad de Sherbrooke y tres escuelas de medicina tradicionales; los resultados muestran que la transición a un plan de estudios de aprendizaje basado en problemas y orientado a la comunidad presentó mejoras sustanciales y estadísticamente significativas en la atención preventiva e integral, sin una disminución en el diagnóstico y la gestión; los médicos que se graduaron de las escuelas de medicina tradicionales en el

mismo período no exhibieron la misma mejora en el desempeño (Tamblyn et al., 2005).

Respecto a las experiencias y percepciones de las y los estudiantes en la EBC, se identificó el trabajo de Ahmed et al. (2019), quienes analizaron las percepciones de los estudiantes sobre la administración, organización y experiencias de aprendizaje de los viajes de estudio como parte de un curso de medicina comunitaria realizado en el Uttara Adhunik Medical College (UAMC), en Dhaka, Bangladesh; los resultados subrayan que el contacto comunitario genera una actividad solidaria y contribuye a desarrollar competencias de atención primaria de salud, necesarias para el desempeño profesional. También, el trabajo de Sebastian et al. (2021), realizado en Kerala, India, tuvo como objetivo explorar las experiencias de estudiantes de medicina sobre la formación comunitaria en hospitales rurales durante la primera fase de exposición clínica.

Respecto al contexto argentino, se analizaron propuestas pedagógicas orientadas a la EBC en las escuelas de medicina, haciendo hincapié en la mirada de las y los estudiantes. En el artículo de Silberman et. al, 2012, se comparan las experiencias de prácticas en terreno realizadas en 2006 y 2009 en la asignatura Epidemiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata (provincia de Buenos Aires); se indagó en las ideas y representaciones que tenían las y los estudiantes antes y después de la experiencia pedagógica; entre los resultados se encontró que las y los estudiantes replantearon los modelos explicativos del PSEA y la magnitud de los problemas sociales sobre los fenómenos de salud y enfermedad.

Otro ejemplo de este enfoque es el de Lacarta et al. (2014), quienes, mediante un estudio cualitativo y etnográfico, ofrecen reflexiones sobre cómo se aprende en el escenario “campo” y en el prácticum reflexivo entre estudiantes junto con docentes, equipos de salud y la comunidad, y entre alumnos entre sí en la carrera de medicina de la Universidad Nacional de La Matanza; entre los resultados, se explicita que las prácticas preprofesionales tempranas son beneficiosas e indispensables para la formación de profesionales idóneos y comprometidos con la realidad de la población a la que van a atender; las y los estudiantes (in)corporan —hacen-cuerpo— la experiencia con una visión amplia del rol del médico en atención primaria de salud.

También, en el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires, se indagó la voz de las y los estudiantes de medicina con un perfil de la EBC que cuentan con un espacio formativo denominado Aten-

ción Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que ocupa los primeros tres años de la carrera: durante el primer año, deben realizar un diagnóstico de problemas prevalentes y una priorización participativa con su comunidad; en el segundo, planifican e implementan una intervención que aborde esos problemas y, finalmente, evalúan los resultados de la intervención y sistematizan la experiencia en el tercer año. El objetivo de la investigación fue identificar y comunicar los principales aprendizajes obtenidos de una experiencia de la EBC a partir de los registros sistemáticos de las actividades realizadas; el artículo aporta que la experiencia de la EBC genera una importante resistencia al inicio y que la reflexión sobre la experiencia fue la herramienta que favoreció que las y los estudiantes pudieran evolucionar desde un aprendizaje estratégico a uno profundo y situado (Granero et al., 2023).

Asimismo, en la provincia de Tucumán, se indagó sobre las percepciones que las y los estudiantes que cursaron el primer año de medicina en la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino tienen acerca de sus experiencias en la EBC y sobre la valoración que le otorgan al contacto precoz con la comunidad; los resultados muestran que se estimula el aprendizaje reflexivo, facilita la práctica del proceso clínico centrado en la persona y su contexto, así como el inicio de un compromiso social (Hurtado, 2023).

Otros trabajos en Argentina analizan los aportes a la promoción de la salud desde el currículo integrado y basado en la comunidad, haciendo hincapié en el programa de formación continua e innovación pedagógica para el cuerpo docente que lo lleva adelante (Alasino, 2020). La investigación de Silberman (2021), en particular, examina lo que se llama el “modelo de la medicina comunitaria” respecto de los currículos universitarios, las formas de evaluación y los espacios de práctica profesional, y profundiza en la cuestión de la comunidad como escenario de enseñanza y aprendizaje.

Este recorrido, aunque no es exhaustivo, muestra un interés por la educación basada en la comunidad a nivel global desde inicios del siglo XXI. Se destacan las indagaciones cualitativas y etnográficas en el relevamiento de representaciones y percepciones sobre el proceso de aprendizaje, como también se observa el análisis de las experiencias de implementación de la EBC a nivel institucional. En menor cantidad se observaron antecedentes que indaguen el rol docente de la EBC. El presente artículo se inserta entre los trabajos que comparten y extienden una propuesta de enseñanza de la EBC que presenta dos particularidades, respecto a los antecedentes rese-

ñados: se trata de una estrategia de enseñanza que articula dos asignaturas distintas y se implementa en un contexto de masividad estudiantil que requiere de una logística y planificación particular, tanto para la planificación docente como para el impacto en la comunidad.

Educación basada en la comunidad en contexto de masividad estudiantil

La carrera de medicina de la UNMDP ofrece espacios-tiempos curriculares que se denominan “escenarios”. Éstos se regulan de un modo diferente a las “clases convencionales”, ya que se presentan como espacios de práctica integradora de saberes, en los que la experiencia es la “articuladora”. De esta forma, dejan de referenciarse sólo en un “espacio modelo idealizado” y permiten aprovechar las prácticas reales de los servicios de salud tal cual están sucediendo hoy.

En la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP, los escenarios son cuatro: “Escenario Campo”, “Semana de Integración”, “Aprendizaje Basado en Problemas y Aprendizaje Basado en Casos” y, finalmente, “Laboratorios” (Morfofisiología, Microscopía y Habilidades Clínicas y Simulación). La “experiencia vivencial” del estudiante y del docente es un elemento principal de estas actividades, lo que les permite reflexionar acerca de la realidad para visualizar o pensar en estrategias de abordaje de los problemas de salud más importantes de los individuos, las familias y las comunidades.

El “Escenario Campo” está constituido por los centros de salud y los ambientes en los que estos centros están insertos en el ciclo básico (de primero a tercer año); el espacio asistencial (consultorios en centros de atención primaria y secundaria de salud) se utiliza para las prácticas clínicas contextualizadas de ciclo clínico (cuarto y quinto año). En este artículo, se profundiza en la experiencia en el ciclo básico; allí, la presencia de las y los estudiantes en las instituciones barriales y municipales genera situaciones que interpelan y obligan a la reflexión sobre el rol y las competencias de la universidad en su interacción con el medio; a su vez, permite problematizar los contenidos curriculares de las diferentes asignaturas.

Desde el inicio de la carrera en 2017 y hasta 2021, la organización de la participación de las y los estudiantes en el escenario ocurría fuera del horario de las asignaturas; si bien se consideraba la integración de contenidos mediante una guía de actividades del escenario de campo confeccionada por un equipo de docentes de distintas asignaturas, las y los estudiantes

asistían a la comunidad con docentes (en el rol de facilitadores) y eran recibidos en los centros de salud por los profesionales de salud (en el rol de tutores). Los facilitadores no eran los mismos docentes que los acompañaban en las comisiones de las asignaturas que cursaban. De este modo, los docentes de la Escuela Superior de Medicina tenían a su cargo una comisión de estudiantes en los encuentros en el aula y otro grupo de estudiantes diferente que acompañaban en las actividades prácticas territoriales.

La carrera registra desde 2017 un ingreso aproximado de entre 2500 y 2800 estudiantes,¹ generando un contexto de masividad para la organización de ésta. Para el equipo de coordinación de las actividades de la EBC en particular, esto implica una gran logística para articular con los espacios territoriales. De 2017 a 2020, ésta fue la forma en la que operaron: en el primer año, se organizaron salidas a campo en el segundo cuatrimestre a veinticuatro destinos dentro del partido de General Pueyrredón y diez destinos en ciudades aledañas a Mar del Plata, tales como Ostende, Valeria del Mar, Santa Clara del Mar, Miramar, Lobería, Partido de la Costa y Balcarce; en total, se organizaron setenta y siete comisiones de diez o doce estudiantes cada una, quienes asistieron cada quince días a distintos espacios comunitarios en el territorio. Para el segundo año, se organizaron cuarenta y cinco comisiones de diez o doce estudiantes cada una, que acudieron cada quince días. Durante el tercer año, se organizaron treinta comisiones. Luego, durante la pandemia, en 2020 y 2021, se planificaron actividades virtuales mediante las cuales grupos de entre veinte y cuarenta estudiantes realizaron entrevistas grupales y presenciaron charlas y talleres con referentes comunitarios.

Para el año 2022, con el retorno a la presencialidad, a las dificultades de logística y organización precedentes se sumó que la primera cohorte —que inició en 2017— ya transitaba cuarto y quinto año. Ello implicaba que sus prácticas clínicas contextualizadas debían implementarse también en centros de primer nivel de atención para la asignatura Salud del Niño, Niña y Adolescente —de cuarto año— y en el segundo nivel de atención para las asignaturas Medicina Interna y Campos Clínicos I y II —de cuarto y quin-

1 En Argentina, la Ley de Educación Superior 24.521 indica que el ingreso es libre e irrestricto. Pueden existir procesos de nivelación y orientación, pero en ningún caso deben tener un carácter selectivo excluyente o discriminador (Ministerio de Justicia de la Nación, s. f.).

to año, respectivamente—. Ello requirió rediseñar las intervenciones en el territorio para no saturar los espacios comunitarios y de primer nivel de atención ante la masividad de estudiantes para cada año curricular y la organización de sus intervenciones prácticas.

De este modo, a partir de 2022 se comenzó a implementar el escenario campo en el ciclo básico en el horario curricular de las asignaturas, ampliando una hora más la cursada de las mismas. Al quitar la carga horaria que se asignaba por fuera de las asignaturas, ese tiempo de cursada se incorporó a aquéllas que articulaban con el escenario campo. En ambos modelos de organización, se garantiza la carga horaria del plan de estudios. Esta decisión también propone potenciar y favorecer el tiempo de diálogo e intercambio entre docentes y estudiantes al compartir tanto la experiencia en los encuentros en el aula como la salida a campo mediante un vínculo estrecho entre los temas de la asignatura y la propuesta docente para la actividad territorial.

La experiencia de la EBC en la asignatura Epidemiología Crítica Social y Comunitaria

El giro en la modalidad de implementación del escenario campo propuso otro modo de pensar en la integración curricular. A partir de los contenidos de la asignatura, se diseñaron propuestas para articular lo que se desarrolla en modalidad de seminarios en el aula con actividades para prácticas en el territorio, teniendo en cuenta también las intervenciones de las otras asignaturas. Siguiendo a Anijovich y Mora (2010), las estrategias de enseñanza son las decisiones que toma el equipo docente para orientar la tarea de enseñar y promover el aprendizaje; de este modo, se reflexiona sobre qué queremos que las y los estudiantes comprendan, por qué es relevante ese contenido atado a determinada estrategia y para qué lo diagramamos de ese modo. Por su parte, Camilloni (1998) propone enfatizar la asociación inescindible entre contenidos de la asignatura y la forma de abordarlos; es decir, las estrategias de tratamiento didáctico que se implementan. En esta clave, poner en marcha un currículo centrado en las y los estudiantes implica pensar en cuál es la manera más conveniente para que éstos trabajen sobre y aprehendan los contenidos y objetivos de aprendizaje.

En este apartado detallaremos la estrategia de enseñanza (Camilloni, 1998; Anijovich y Mora, 2010) que se implementó en Epidemiología Crítica, Social y Comunitaria en los años 2022 y 2023. La asignatura

corresponde al eje curricular Proceso Salud, Enfermedad, Atención y Cuidado que se ofrece en el tercer año. En 2019, se dictó por primera vez y desde allí se sostiene en una matrícula aproximada de trescientos sesenta estudiantes.

En la asignatura se toma la perspectiva de la epidemiología comunitaria, entendida como la herramienta de visibilidad y de “toma de palabra” de las comunidades individuales (Tognoni, 1997). Siguiendo el Programa de Trabajo Docente, los contenidos para la actividad de la EBC se desarrollan en los núcleos de aprendizaje “Las epidemiologías” —que incluye la perspectiva de la epidemiología crítica y comunitaria— y “Diseños de estudios epidemiológicos”. También se trabajan temas como determinación social de salud, análisis de estructuras poblacionales y uso de técnicas de indagación cualitativas. En este marco, se implementa una actividad que propone vivenciar la experiencia de los primeros pasos de un análisis de situación de salud (ASIS).

El ASIS es un estudio epidemiológico de análisis integral y comprensivo de los distintos factores que inciden sobre los individuos, las organizaciones y el territorio como determinantes y condicionantes de la salud. Pretende caracterizar, medir y explicar el PSEA de una población, identificando los problemas de salud existentes a partir de datos, analizando sus causas y efectos, y asignándoles un orden de prioridad. De este modo, aporta al diseño de acciones y proyectos que contribuyan a reducirlos. El ASIS se basa en hechos cotejables con fuentes confiables y válidas, que se ponen en diálogo con las percepciones de los actores. Se trata de una indagación sobre fuentes secundarias y primarias, implementando metodologías de investigación cuantitativas y cualitativas, así como estrategias de investigación y acción participativa. El proceso de elaboración implica la recolección de datos, su lectura e interpretación para generar información que permita mejorar la toma de decisiones (Chuit y Liborio, 2010; Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, 2018).

El objetivo general de la actividad es realizar un diagnóstico socio-sanitario y mapeo del barrio para revelar los problemas de salud de la zona y priorizar los mismos junto con la comunidad. Esta propuesta se logra mediante los objetivos específicos de: a) desarrollar un diagnóstico de la situación socio-sanitaria del territorio; b) construir un mapeo colaborativo y colectivo del barrio siguiendo los contenidos de las clases 6 y 7, y c) reconocer en el territorio los usos de la epidemiología desarrollados en

el inciso 1. El propósito es que las y los estudiantes construyan hombro con hombro con referentes barriales la priorización de problemas sociosanitarios para que esta propuesta se utilice después como insumo para diseñar las actividades territoriales en la asignatura Redes y Sistemas de Salud, que se dicta en el segundo cuatrimestre del tercer año. De esta manera, se implementa la integración curricular con una asignatura del mismo año y de otro eje curricular, a saber, el eje Atención Primaria de la Salud y Orientación Comunitaria.

Para cumplir el objetivo de la actividad, se asignó un área programática a cada una de las siete comisiones. Mediante los Centros de Extensión Universitaria,² se establecieron los lazos con referentes barriales que manifestaron interés en la propuesta y consideraron adecuado y pertinente implementar un dispositivo para priorizar problemas sociosanitarios.

Toda la propuesta implicó tres experiencias en el territorio y cinco encuentros en el aula, de los cuales dos se desarrollaron bajo la modalidad de “prácticum reflexivo”, lo que permitió repensar la experiencia, analizar los sentires producto del intercambio y repasar la producción acorde a lo propuesto en cada jornada.

Toda la actividad se organizó en las siguientes seis etapas:

1) Relevamiento de datos secundarios

El primer paso consistió en buscar, revisar y sistematizar datos sociodemográficos, sanitarios y ambientales disponibles de cada barrio particular y del municipio en general. Las y los estudiantes debían buscar y sistematizar todos los indicadores de morbilidad disponibles para el municipio y la zona. El desafío era recuperar lo que se conoce sobre la zona programática asignada. Además de consultar las páginas web institucionales con datos estadísticos, podían buscar reportes de investigaciones realizadas en la zona y trabajos de investigación de la UNMDP situados en barrios específicos de la ciudad. Algunos de los datos recolectados fueron la pirámide poblacional, la tasa de natalidad y el crecimiento en los períodos intercensales; así

2 Los Centros de Extensión Universitaria tienen como objetivo generar un nuevo ámbito de articulación entre la universidad y la comunidad, construido colectivamente y asumiendo la educación como generadora de oportunidades y equidad. Funcionan en sedes universitarias ubicadas en diferentes barrios de la ciudad, donde se trabaja en la articulación de actividades y proyectos de extensión con las diversas demandas territoriales.

como la caracterización de los grupos que son objeto de acciones específicas (mujeres en edad fértil, niños, niñas y adolescentes) y la dinámica poblacional, teniendo en cuenta la presencia de población indígena, la relación entre población urbana y rural y los procesos migratorios. Es decir, dentro de las posibilidades, buscaron toda la información disponible para caracterizar la zona.

Asimismo, era de interés conocer los principales rasgos de la organización político institucional del municipio que influyen en el diseño y la implementación de las políticas de prevención y promoción, destacando la existencia de un plan estratégico, un plan de salud o sociosanitario, así como un presupuesto participativo. Finalmente, este apartado debía dar cuenta de cuáles son las principales actividades económicas de la zona. Este proceso permite conocer la relación entre la organización municipal y las estructuras barriales para poder comprender no sólo los datos aislados sino cómo influyen o se determinan dialécticamente en los modos de implementar políticas públicas.

2) Observación no participante

La segunda etapa se desarrolló durante el primer encuentro territorial; consistió en un proceso de observación no participante donde los datos previamente analizados se complementaron con lo registrado a partir del recorrido de las distintas calles del barrio. El objetivo fue describir el área programática, considerando instituciones, organizaciones y actores que intervienen en la vida cotidiana de las personas que viven en la zona. Para ello, el equipo docente construyó una guía de observación no participante semiestructurada (Giroux y Tremblay, 2004), en la que debían describir cada uno de los ítems indicados: instituciones (culturales, deportivas, educativas, sociales), infraestructura urbana, medio ambiente, organizaciones comunitarias (infraestructura, dimensiones, personas que trabajan, antigüedad, alcance de la intervención realizada) y otras observaciones relevantes. La consigna indica que la descripción debe realizarse con el mayor detalle posible y sin utilizar adjetivos. El propósito de esta última indicación es poner en práctica el ejercicio de, al menos intentar, no cargar la descripción de los prejuicios y valoraciones que cada una de las personas que observan tiene a partir del propio recorrido biográfico, académico, posición de clase o experiencias previas, en clave de realizar vigilancia epistemológica sobre la propia práctica (Bachelard, 1984; Bourdieu, 2008).

3) *Prácticum reflexivo*

La semana siguiente al encuentro en el territorio, se realizó el *prácticum reflexivo* en el aula, donde se compartieron las descripciones detalladas que resultaron de la observación no participante. En la lectura atenta de cada una, los equipos de estudiantes analizaron los sesgos propios y colectivos, y vivenciaron la importancia del registro de notas de campo como herramienta para hacer vigilancia epistemológica permanente y constante en los procesos de investigación (Bachelard, 1984; Bourdieu, 2008). La consigna fue repensar la carga de sentido que constituye a cada adjetivo que utilizaron; por ejemplo, “el barrio es peligroso”, “las esquinas están sucias”. Este ejercicio pretende revisar cómo los lentes con los que ellos observaron el territorio se cargó de su posición y disposición de clase y académica. La actividad invita a realizar notas de campo que permitan distanciarse de sus prenociones y prejuicios para disponerse a escuchar y observar con atención las problemáticas que se constituyen como tales para las personas que allí viven a diario.

Sobre la base de los estudios realizados por Schön (1992), el currículo se propone aplicar el concepto de *prácticum reflexivo*, que estimula el desarrollo de una distancia óptima para el aprovechamiento de un aprendizaje en servicios que no devenga en un aprendizaje donador de prácticas, que no siempre coinciden con los estándares deseados. Mediante el espacio de *prácticum reflexivo*, se persigue consolidar una formación que estrecha vínculos entre la teoría y la práctica, al comprender que el conocimiento está en la dimensión teórica y en la dimensión práctica y ambas dimensiones deben vivirse de manera entrelazada (Universidad Nacional de Mar del Plata, 2022).

El *prácticum reflexivo* se propone como un elemento clave en la preparación de profesionales. Su efectividad depende de un diálogo reflexivo y recíproco entre el tutor y el alumno; es por ello por lo que el *prácticum* será reflexivo en tanto que persiga ayudar a las y los estudiantes a saber cómo llegar a ser eficaces en un tipo de reflexión en la acción (Acosta Rodríguez, 2010).

Acosta Rodríguez (2009) sigue a Schön (1992) para destacar que “el aprendizaje a través de la exposición y la inmersión, el aprendizaje experiencial, con frecuencia se desarrolla sin un conocimiento consciente, aunque los estudiantes puedan llegar a ser conscientes de ello más tarde cuando cambien de contexto” (p. 5). En este sentido, el aprendizaje experiencial refleja la importancia de la acción; es decir, la concepción cons-

tructurivista, en la que se considera al práctico como alguien que construye las situaciones de su práctica, no sólo en el ejercicio del arte profesional sino en todos los restantes modos de la competencia profesional y personal, lo que propicia el desarrollo de las personas, contribuyendo así a la igualdad social.

4) *Mapeo territorial*

Se propuso la elaboración conjunta de un mapeo territorial colaborativo de un área programática. El mapeo consiste en un soporte gráfico y visual donde se visibilizan las problemáticas del territorio, identificando responsables, conexiones entre las mismas y sus consecuencias. Ello implica relevar la ubicación del barrio y las vías de acceso, así como los principales rasgos de la geografía, tomando como base las siguientes categorías de registro: manejo de desechos, aire libre, ambiente, espacios colectivos, trabajo, espacios de culto, calles y espacio público, espacios de significación simbólica y otras dimensiones que sean detectadas como focos de interés. También se propone identificar en los mapas las áreas de organización institucional y su trama social, las organizaciones sociales comunitarias y las organizaciones no gubernamentales que contribuyen o pueden contribuir en esta tarea.

La actividad de mapeo tuvo tres etapas: una previa a la jornada en territorio, en la cual se trazaron las rutas de caminata de los diferentes equipos, horarios de salida y de regreso y puntos de encuentro. La segunda consistió en el registro propiamente dicho, en donde las y los estudiantes provistos de mapas de la zona consultan a vecinos y vecinas para pedirles opinión sobre determinados temas, sumado a lo percibido por los sentidos de cada uno; también se sugirió el registro fotográfico —sin tomar fotos de personas o casas particulares sin consentimiento informado— como herramienta para “relevar la capa histórica del barrio” y contrastar con los datos previamente recabados. El registro se realizó sobre una plataforma digital editable para que, una vez finalizado el período de campo, quedara disponible para los vecinos, pusiera ser intervenido y corregido según fuera necesario; el propósito es que esta producción se conserve como una herramienta mutable acorde a las necesidades de cada comunidad en particular. Finalmente, la tercera etapa fue el siguiente encuentro en el aula, en el que se analizaron las producciones realizadas, que mostraron los recorridos y abrieron el espacio para consultas y debates referentes al tema.

Consideramos que el recurso del mapeo participativo como metodología de investigación participativa permite la producción creativa de un recurso visual a partir del cual surgen nuevas formas de comprender el territorio y reconocer dónde y cómo transcurre la historia subjetiva de las personas que allí viven.

Es un proceso de creación que subvierte el lugar de enunciación para desafiar los relatos dominantes sobre los territorios, a partir de los saberes y experiencias cotidianas de los participantes. Sobre un soporte gráfico y visual se visibilizan las problemáticas más acuciantes del territorio identificando a los responsables, reflexionando sobre conexiones con otras temáticas y señalizando las consecuencias. Esta mirada es complementada con el proceso de recordar y señalar experiencias y espacios de organización y transformación, a fin de tejer la red de solidaridades y afinidades. (Risler y Ares, 2013, p. 12)

A partir del uso de este tipo de recursos, surgen formas ampliadas de comprender, reflexionar y señalar diversos aspectos de la realidad cotidiana, histórica, subjetiva y colectiva. Se abre el juego a que los participantes puedan crear nuevas formas de representación a partir de la realidad conocida, los significantes, sentidos compartidos y la experiencia común. Los límites y zonas del barrio se delimitan a partir de la voz de las personas que narran sus experiencias cotidianas y biográficas.

5) Entrevistas en profundidad

Recuperar la voz de quienes viven en el barrio requirió implementar la técnica de entrevista en profundidad (Piovani, 2007). Para ello, el equipo docente, junto con los Centros de Extensión Universitaria, identificó a referentes barriales con interés y consentimiento en participar. Se entregó a cada grupo de estudiantes el contacto de algún informante clave para pausar un encuentro, preferentemente presencial, con el objetivo de identificar problemas o necesidades de salud del barrio. En el aula, se desarrolló un taller sobre entrevista en profundidad (Oxman, 1998; Piovani, 2007; Scribano y De Sena, 2015) y reflexividad en el trabajo de campo (Guber, 2005). Se profundizó sobre la técnica de entrevista en profundidad como herramienta de recolección de datos, sus cuestiones técnicas, recomendaciones para su ejecución (Piovani, 2007) y las etapas de la entrevista (Oxman, 1998). De

este modo, se abordó la pertinencia de la presentación de la entrevista, el ingreso al campo y los registros de campo (Guber, 2005). También se elaboró una guía de preguntas semiestructurada y flexible a partir de una lista de temas que permitieran responder al objetivo de identificar los problemas sociosanitarios de la zona (Baeza Rodríguez, 2002). Además, se trabajó en la realización del diseño del consentimiento informado con las correspondientes recomendaciones éticas.

En esta tarea fue clave la articulación con los Centros de Extensión Universitaria y la red de contactos, ya que se buscó constituir con las y los referentes barriales una simulación de una mesa interseccional de la zona programática. Es central en la implementación de ASIS construir el diagnóstico con todas las voces, con representación de todos los espacios que constituyen a la comunidad de esa zona. Un error en el muestreo implicaría un error sistemático en todo el diseño cualitativo. Entonces, se implementó un muestreo por conveniencia para contactar a los referentes; a su vez, cada grupo de estudiantes implementó la técnica de bola de nieve (Baeza Rodríguez, 2002), ya que la primera persona entrevistada orientó la realización de una segunda entrevista a otra persona de la comunidad.

Cada grupo realizó dos o tres entrevistas; luego las transcribió siguiendo las pautas que les ofreció el equipo docente. Las voces de las personas entrevistadas se analizan en el aula para completar los mapeos territoriales e identificar los problemas sociosanitarios de la zona programática. Aquí se retoma, en modalidad de prácticum reflexivo, el concepto de vigilancia epistemológica (Bourdieu, 2008) para repensar las distancias y aproximaciones que emergen entre la percepción estudiantil y la realidad cotidiana narrada por las personas entrevistadas.

6) Identificación de problemas y diseño de la herramienta para priorizarlos

En el aula se llevó a cabo la sistematización de todo el relevamiento realizado en las semanas previas. Las voces de las entrevistas permitieron simular en el aula un diálogo de una mesa intersectorial de la zona programática e identificar todas las problemáticas enunciadas por los distintos actores entrevistados. Se generó así un listado de problemas. Se trabajó en cómo se definen los problemas, lo que requirió de vigilancia epistemológica.

La enunciación del problema debe considerar los indicadores que dan cuenta del problema, su relevancia según la comparación de sus indicadores, la población afectada, el nivel de gestión gubernamental implicado, el lugar de ocurrencia, el período de ocurrencia, las fuentes de datos y la calidad de los registros (Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, 2018). Una vez identificado el listado de los problemas emergentes en el relevamiento, se construyó una herramienta para priorizarlos.

La priorización se realizó en la semana siguiente, en el territorio, con la presencia de las personas entrevistadas y otras y otros vecinos dispuestos a participar. La herramienta se diseñó en el aula antes de este encuentro. Entonces, diseñar la herramienta con la que se priorizan los problemas implica realizar una síntesis valorativa que permita visibilizar las principales problemáticas mediante un análisis comparativo de los indicadores de salud (Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, 2018), teniendo en cuenta las siguientes categorías:

- Magnitud: refiere a la cantidad de población que está afectada por el problema.
- Tendencia: alude a la evolución que se espera para los próximos años si no se actúa.
- Daño: refiere a la gravedad del problema.
- Posibilidades de reducción: alude a si el problema es efectivamente modificable favorablemente desde acciones de prevención primaria.
- Posibilidades de solución: desde el punto de vista institucional, financiero, comunitario.
- Grado de interés: expresa el interés del gobierno municipal y de un espectro más amplio de actores en abordar su solución o reducción. (p. 33)

Cada grupo construyó una herramienta adecuada a la comunidad en la que realizó el relevamiento. Se agregaron o desestimaron categorías a las propuestas por la bibliografía de la asignatura. Luego, se construyó una escala de medición para asignar un puntaje a cada categoría. Por ejemplo, para medir la “Tendencia del problema para los próximos años”, cada participante debía valorar entre: “Creciente: 4 / Levemente creciente: 3 / Inestable: 2 / Estable: 1 / Decreciente: 0”; para medir las “Posibilidades de ocasionar daños importantes que ese problema involucra”, cada participante debía valorar entre: “Muy alta: 4 / Alta: 3 / Media: 2 / Baja: 1 / Ninguna: 0”. A continua-

ción, se presenta un ejemplo de una de las herramientas que se diseñaron para implementar en uno de los barrios.

Figura 1. Criterios y puntajes para priorizar problemas de salud socio-ambiental

| Valores | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|--|------------|---------------------|-------------------|----------------|--------------|
| Ubicación del problema | Barrio | Zona sur | Municipio | Provincia | Nación |
| Cantidad de población en riesgo por el problema | La mayoría | La mitad | Menos de la mitad | Pocos | Muy pocos |
| Tendencia al futuro: alude a la evolución que se espera para los próximos años si no se actúa | Creciente | Levemente creciente | Inestable | Estable | Decreciente |
| Posibilidades de ocasionar daños | Muy alta | Alta | Media | Baja | Ninguna |
| Posibilidades de reducir daños con acciones concretas desde acciones de prevención primaria | Muy alta | Alta | Media | Baja | Ninguna |
| Grado de interés en solucionar el problema: expresa el interés de la comunidad y de un espectro más amplio de actores en abordar su solución o reducción | Muy alta | Alta | Media | Baja | Ninguna |
| Posibilidad de solución financiera | Muy alta | Alta | Media | Baja | Ninguna |
| Posibilidad de solución institucional | Bajo costo | Costo medio | Alto costo | Muy alto costo | Sin recursos |

Fuente: Elaboración en el aula de Epidemiología Crítica Social y Comunitaria de la Escuela Superior de Medicina - UNMDP, 2023

Una vez definido el instrumento final, se realizaron los preparativos para la reunión en el territorio en la siguiente semana.

7) Priorización de problemas en el territorio

La tercera jornada en el territorio implica el momento de realizar la priorización de problemas junto con las y los referentes barriales. Requiere de planificación previa sobre el lugar de encuentro y extender la convocatoria a todas las personas entrevistadas y a quienes les interese participar. También, cada grupo de estudiantes llevó los materiales para poder puntuar cada una de las problemáticas identificadas.

Las reuniones se desarrollaron en sociedades de fomento, espacios comunitarios como comedores o espacios de usos múltiples de los centros de atención primaria. Se implementó el instrumento elaborado por las y los estudiantes, quienes también coordinaron todo el encuentro. Se en-

tregaron planillas individuales a cada referente y se inició la dinámica de priorización. Ante cada problema identificado, cada referente de la zona programática estableció su puntaje individual. Luego, se abrió el debate que moderaron las y los estudiantes, y se unificaron las puntuaciones en una cartelera y presentación digital. Cada problema obtuvo un puntaje según el grado de afectación de cada una de las variables valoradas; es así como en cada barrio se obtuvo un problema de salud dominante y prioritario para la comunidad afectada y plausible de ser abordado de alguna manera por la ESM.

El trabajo realizado en la asignatura finalizó en este punto; sin embargo, las y los estudiantes continuaron trabajando en la unidad de aprendizaje Redes y Sistemas de Salud en la realización de un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de cada área, en un árbol del problema seleccionado y, por último, en el diseño de una propuesta de promoción de la salud emancipadora.

Consideraciones finales

Desde nuestro rol docente, contribuir al currículo integrado con actividades significativas y orientadas a la comunidad es todo un desafío. En la propuesta para habilitar el proceso de aprendizaje es clave considerar el diseño de la guía territorial para evitar la fragmentación de las experiencias de aprendizaje y la sobre intervención en la comunidad. En este marco nos preguntamos: ¿Qué propuestas para el escenario campo pueden responder a una demanda genuina de la comunidad? ¿Cómo evitar que múltiples grupos de estudiantes se acerquen al mismo espacio barrial a trabajar sobre el mismo tema? ¿Cómo dar continuidad y coherencia entre la experiencia en las instituciones de referencia barriales y los diversos estudiantes que los transitan? ¿Cómo evitar la sobre intervención en la comunidad y cómo garantizar una trayectoria de aprendizaje integral en la que se complementen y complejicen las diversas asignaturas y experiencias de aprendizaje?

La planificación previa fue nodal para el desarrollo de la actividad. Parte del equipo docente de la asignatura, junto con el equipo de coordinación de campo de la ESM, trabajó durante dos meses en construir lazos con referentes barriales, coordinar junto con ellos los espacios físicos y horarios disponibles, diagramar las zonas programáticas y los contactos para que los grupos de estudiantes realizaran las primeras entrevistas. Además, se requirieron reuniones semanales con todo el equipo docente para presentar la consigna, subrayar las herramientas pedagógicas y la bibliografía pertinente.

La puesta en marcha requirió de seguimiento permanente y toma de decisiones ante imprevistos que dificultaron la realización de algunas actividades programadas; por ejemplo, alertas meteorológicas que demandaron la reprogramación de las actividades de toda una comisión. También tuvo un rol fundamental la vigilancia epistemológica, por parte del equipo docente, vinculada a la experiencia previa en actividades territoriales de este tipo. Entre los desafíos más importantes y sobre los que se realiza un seguimiento particular, aparece el ejercicio de escuchar al otro, escuchar las demandas genuinas de la comunidad. Ello implica realizar vigilancia epistemológica permanente sobre los lentes con los que miramos el mundo para dar lugar a y escuchar con atención la voz de las personas que viven en la zona programática.

A modo de reflexión final, consideramos que tener una aproximación significativa al ASIS desde la formación de grado permite repensar la forma de ser estudiante, despertar inquietudes y continuar el proceso de reflexión y cuestionamiento de la propia praxis médica propuesto por el currículo innovado. Relevar los problemas con y desde la comunidad abre la puerta a reconocer el propio sesgo, superar las barreras hegemónicas que nos constituyen y trascender al plano de la construcción desde la participación comunitaria genuina, acompañando los procesos que surgen en cada comunidad sin imponer ni invadir, aspirando a alcanzar los mayores niveles de autonomía posibles.

La aproximación significativa al ASIS vehiculiza las primeras experiencias de campo en territorio para las y los estudiantes de la cohorte 2022. Desde la asignatura, se trasciende el espacio de las aulas y se le enlaza con los demás escenarios (prácticas clínicas, semana de integración, actividades de extensión, investigación) propuestos por la currícula innovada, abriendo nuevas posibilidades dentro del recorrido académico que nos permiten repensarnos como estudiantes y docentes activos y transformadores de la comunidad de la cual formamos parte.

Bibliografía

Acosta Rodríguez, M. (2009). *Acercamiento a los planteamientos de Donald Schön. Igualdad social*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

- Acosta Rodríguez, M. (2010). El prácticum reflexivo en el aprendizaje de las ciencias experimentales. Un acercamiento a los planteamientos de Donald Schön. *Revista Ciencias de la Educación*, 20(36), 136-151. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n36/art07.pdf>
- Ahmed, S. M. M., Hasan, M. N., Kabir, R., Arafat, S. M. Y., Rahman, S., Haque, M., y Majumder, M. A. A. (2019). Perceptions of medical students regarding community-based teaching experiences: An observation from Bangladesh. *Rural Remote Health*, 19(3), 4614. <https://doi.org/10.22605/rrh4614>
- Alasino, A. (2020). Aportes a la promoción de salud desde las currículas innovadas en medicina: Experiencia en Argentina. *Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). Promoción de la Salud en la Región de las Américas. Caja de herramientas*. <https://www.promocionsaludregionamericas.com/procesos-y-practicas>
- Anijovich, R., y Mora, S. (2010). Estrategias de enseñanza: Otra mirada al quehacer en el aula. Aique Grupo Editor.
- Bachelard, G. (1984). *La formación del espíritu científico*. Siglo XXI editores.
- Baeza Rodriguez, M. (2002). *De las metodologías cualitativas en investigación científico-social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido*. Universidad de Concepción.
- Bertolozz, M. R., y Torre Ugarte Guanilo, M. C. de la. (2012). Salud colectiva: Fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), 24-36.
- Bollela V. R., Germani, A. C. C. G., Campos, H. H., y Amaral, E. (eds.). (2014). Educación basada en la comunidad para las profesiones de la salud: Aprendiendo con la experiencia brasileña. Universidad Federal de Ceará.
- Bourdieu, P. (2008). La ruptura. En P. Bourdieu, J. Chamboredon y J. Passeron, *El oficio de sociólogo* (pp. 27-50). Siglo XXI Editores.
- Brailovsky, C., y Centeno, A. M. (2012). Algunas tendencias actuales en Educación Médica. *Revista de Docencia Universitaria*, 10, 23-33. <https://doi.org/10.4995/redu.2012.6091>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Breilh, J. (2015) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Editorial Lugar.
- Briceño-León, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: Un diverso y mutante campo teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 33-45. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100004>

- Camilloni, A. (1998). La programación de la enseñanza de las Ciencias Sociales. En B. Aisenberg y S. Alderoqui (comps.), *Didáctica de las ciencias sociales II* (pp. 183-219). Paidós.
- Camilloni, A. (2013). La inclusión de la educación experiencial en el currículo universitario. En G. Menéndez, *Integración docencia y extensión. Otra forma de enseñar y de aprender* (pp. 11-21). Universidad Nacional del Litoral.
- Chuit, R., y Liborio, M. (2010). *Epidemiología. Módulo 2*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Dornan, T., y Bundy, C. (2004). What can experience add to early medical education? Consensus survey. *BMJ*, 329(834). <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7470.834>
- Espinosa de Restrepo, H. (2001). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 41-56.
- Giroux, S., y Tremblay, G. (2004). La observación. Más allá de las apariencias. En S. Giroux y G. Tremblay, *Metodología de las Ciencias Humanas* (pp. 179-219). Fondo de Cultura Económica.
- Granero M., Rousseau Portalis, J. C., Mercadal, M. A., y González, C. V. L. (2023). Percepciones, reflexiones y aprendizajes de estudiantes de Medicina sobre una experiencia de educación basada en la comunidad de tres años. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 43(1), 12-16. <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/217>
- Guber, R. (2005). El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento. En R. Guber, *El salvaje metropolitano*. Paidós.
- Harden, R. M., Sowden, S., y Dunn, W. R. (1984). Educational strategies in curriculum development: The SPICES model. *Medical Education*, 18(4), 284-297. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1984.tb01024.x>
- Hurtado, M. del C. (2023). *La educación basada en la comunidad (EBC) desde las percepciones de estudiantes. Un estudio cualitativo* [tesis de maestría]. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Lacarta, G. L., Milstein, D., Schwarcz, T., Dakessian, M. A., y Cattani, A. (2014). “Campo” en la educación médica: Un escenario para poner en perspectiva prácticas de Salud y Educación. *Interface*, 18(51), 785-794. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.1030>
- López Arellano, O. (2017). Salud colectiva y salud pública. ¿Se está hablando de lo mismo? En M. C. Morales Borrero (ed.), *Salud colectiva y salud*

- pública. *¿Se está hablando de lo mismo?* (15-26). Universidad Nacional de Colombia. <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-18.pdf>
- Magzoub, M., y Schmidt, H. (2000). Some principles involved in community-based education. En H. Schimtd, M. Magzoub, G. Feletti, Z. Nooman y P. Vluggen (eds.). *Handbook of Community-Based Education. Theory and Practice* (pp. 27-38). Network Publications.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- Menéndez, E. L. (2015). *De saberes, sujetos y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Editorial Lugar.
- Ministerio de Justicia de la Nación. (s. f.). Ley de Educación Superior. *Información legislativa y documental*. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm>
- Moiso, A. (2007). Determinantes de salud. En H. Barragán, A. Moiso, M. D. L. Mestorino y O. Ojea, *Determinantes de la salud. Fundamentos de la Salud Pública* (pp. 161-189). Edulp.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31318>
- Oxman, C. (1998). *La entrevista de investigación en Ciencias Sociales*. Eudeba.
- Piovani, J. (2007). La entrevista en profundidad. En A. Marradi, N. Archenti y J. Piovani, *Metodología de las Ciencias Sociales* (pp. 215-225). Emecé Editores.
- Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables. (2018). *Guía metodológica para el análisis de situación de salud en municipios saludables*. Ministerio de Salud.
- Refaat, A., y Norman, Z. (1989). A model for planning community-based medical school curriculum. *Annals of Community-Oriented Education*, 2, 7-18.
- Rehman, Y. (2018). Training and Performance Differences in US Internal Medicine Residents Trained in Community-and University-Based Programs -- A Systematic Review. *Journal of curriculum and teaching*, 7(2), 98-111. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1198784>
- Risler, J., y Ares, P. (2013). *Manual de mapeo colectivo: Recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa*. Tinta Limón.

- Rovere, M. (2014). La educación médica en revisión. *Revista Argentina de Medicina*, 2(3), 25-26. <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/18>
- Schmidt, H. G., Neufeld, V. R., Nooman, Z. M., y Ogunbode, T. (1991). Network of community-oriented educational institutions for the health sciences. *Academic Medicine*, 66(5), 259-263. https://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/1991/05000/network_of_community_oriented_educational.4.aspx
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Paidós.
- Scribano, A., y Sena, A. De. (2015). La entrevista: Una mirada sobre la escucha desde dos experiencias. En A. De Sena, *Caminos cualitativos* (pp. 19-40). Ciccus.
- Sebastian, S., Mathew, G., Johnson, A. K. S., Chacko, A., Babu, B. P. y Joseph, M. R. (2021). Perceptions on the impact of a structured community-based training model in undergraduate medical training during the first phase of clinical exposure: a qualitative study from Kerala. *Indian Journal of Public Health*, 65(3), 291-293. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_1265_20
- Silberman, M. S., Silberman, P., y Pozzio, M. (2012). Evaluación de una propuesta pedagógica de enseñanza de la Medicina. *Salud colectiva*, 8, 175-189. <https://doi.org/10.18294/sc.2012.157>
- Silberman, P. (2021). La enseñanza de la salud comunitaria en carreras de medicina. En M. Silberman e I. Lois (comps.), *La salud comunitaria en debate* (pp. 58-69). Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Spinelli, H., Alazraqui, M., y Cecco, V. di. (2016). ¿La salud como derecho o como mercancía? Desigualdades y políticas. En A. Jaramillo y M. Espasande, *Atlas histórico de América Latina y el Caribe. América Latina en el siglo XXI: la edad de los derechos en la patria de la justicia* (pp. 102-107). <http://atlaslatinoamericano.unla.edu.ar/assets/pdf/tomo3/05-la-salud-como-derecho-o-como-mercancia-desigualdades-politicas.pdf>
- Sy, A. (2021). Las ciencias sociales y la enseñanza en salud comunitaria. En M. Silberman e I. Lois (comps.), *La salud comunitaria en debate*. Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Talaat, W., y Ladhani, Z. (2013). *Community Based Education in Health Professions: Global Perspectives*. The Eastern Mediterranean Regional Office of the World Health Organization.

- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Girard, N., Bartlett, G., Grand'Maison, P., y Brailovsky, C. (2005). Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ*, 29(331). <https://doi.org/10.1136/bmj.38636.582546.7C>
- Tognoni, G. (1997). *Manual de epidemiología comunitaria*. Cecomet.
- Tognoni, G. (2011). *Manual de epidemiología comunitaria: El camino de las comunidades*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Tognoni, G. (2018). Actualidad de la epidemiología comunitaria (EPICOM) en los escenarios globales. *Voces en el Fénix*. <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/actualidad-de-la-epidemiologia-comunitaria-epicom-en-los-escenarios-globales/>
- Universidad Nacional de Mar del Plata. (2022). Ordenanza de Consejo Superior. OCS - 2022 - 799. *Boletín Oficial*. <http://digesto.mdp.edu.ar/archivos/66535.pdf>