



**Universidad Nacional de Lanús
Departamento de Humanidades y Artes**

Maestría en Metodología de la Investigación Científica

TÍTULO: El centro de salud como aula universitaria: análisis de los centros de atención primaria de la salud como espacio educativo de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

TESISTA: Med. Esp. Natalia Deluca

DIRECTORA DE TESIS: Mg. Daniela Álvarez

INDICE

Nómina de abreviaturas	4
Agradecimientos.....	5
Introducción	7
<u>PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO</u>	14
Capítulo 1: La Epistemología de la Intersección: acerca de Obstáculos y Rupturas	14
1.1. De obstáculos epistemológicos y rupturas del objeto de estudio.....	14
1.2. Puntos de partida para construir la perspectiva epistemológica del objeto de estudio	14
Capítulo 2: perspectivas teóricas del espacio	19
2.1. Aportes desde la geografía.....	19
2.2. Aportes desde la filosofía.....	22
2.3. Aportes desde la pedagogía	26
Capítulo 3: Los paradigmas de educación médica: del modelo biomédico al enfoque basado en la comunidad	32
3.1. De Flexner a los Modelos Latinoamericanos.....	32
3.2. La educación médica: reflejo de la Atención Primaria de la Salud	38
3.3. Eventos clave en la evolución de la Educación Médica Basada en la Comunidad.....	41
3.4. De los fundamentos de la APS a la currícula de educación médica	46
Capítulo 4: Enseñanza y aprendizajes situados en la educación médica basada en la comunidad: el enfoque desde el currículum y la didáctica	53
4.1. Enfoques teóricos sobre el currículum: desde el campo de la educación a la educación médica.....	53
4.2. La didáctica como disciplina en la educación médica basada en la comunidad.....	58
Capítulo 5: Experiencia y Reflexión: claves en la enseñanza y aprendizajes situados de la EMBC	64
6.1. Marcos conceptuales para comprender la experiencia.....	65
6.2. Acerca de la reflexión de la práctica, rol docente y habitus	68
Capítulo 6. Reflexiones y análisis desde la intersección teórica.....	75
6.1. El proceso de significación de la experiencia	75
6.2. La experiencia espacial: Un análisis desde la mediación semiótica	78
<u>SEGUNDA PARTE: ENFOQUE METODOLÓGICO</u>.....	81
Capítulo 7: De la problematización al diseño metodológico	81
7.1. El problema de investigación.....	81

7.2. Diseño metodológico	82
7.3. Pertinencia.....	85
7.4 Técnicas, Métodos y Análisis del Objeto de estudio	86
<u>TERCERA PARTE: EL CENTRO DE SALUD COMO AULA</u>	
UNIVERSITARIA: LA INTERPRETACIÓN DE LA EXPERIENCIA	90
Capítulo 8: Resultados y Conclusiones de la investigación	90
8.1. Acerca de las condiciones y componentes del centro de salud como espacio educativo	90
8.1.a. Proximidad y accesibilidad a la UNAJ	95
8.1.b. Espacio Físico:	95
8.1.c. Equipos de Salud de los centros de salud universitarios.	96
8.1.d. Centros de Salud con médicos especialistas en Medicina General y residencias del equipo de salud.....	96
8.1.e. Centros de Salud con MG sin residencias	97
8.2 Análisis de las Prácticas Desarrolladas en los Centros de Salud	98
8.3. Acerca del proceso de significación que los actores atribuyen a la experiencia educativa en el centro de salud	103
8.3.a. Lo simbólico del centro de salud y el proceso de significación en estudiantes	104
8.3.b. Significado de las experiencias de los graduados en relación con el aprendizaje en el centro de salud y su impacto en su formación profesional.	110
8.3.c. Concepciones de los docentes acerca del rol del centro de salud en contexto de la currícula de educación médica basada en la comunidad y las estrategias didácticas utilizadas.	113
8.3.d. Relación docente-experiencia educativa desde la experiencia de estudiantes y graduados	115
8.4. Acerca de la interpretación de los significados que se construyen sobre el centro de salud como espacio educativo	115
8.5. Conclusiones	121
8.6. Reflexiones. Nuevas preguntas y perspectivas	127
Bibliografía	129
Fuentes documentales	135
Anexo I	136
Anexo II.....	138

NÓMINA DE ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de la Salud

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

UNAJ: Universidad Nacional Arturo Jauretche

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

EMBC: Educación Médica Basada en la Comunidad

EMOC: Educación Médica Orientada hacia la Comunidad

CONEAU: Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria

MG: Medicina General

PFO: Práctica Final Obligatoria

AGRADECIMIENTOS

No es posible pensar que este trabajo este signado por el azar, representa mi camino de aprendizaje y de enseñanza. La medicina general como especialidad médica, integral, comprometida y maravillosa ha sido transitada en un centro de salud, mi propio proceso de significación está vinculado a una experiencia significativa y valiosa.

A mi directora, Daniela Álvarez, quien supo orientarme y acompañarme a llevar adelante esta Tesis.

A mi amiga Victoria D'Elia, y a través de ella a todas aquellas personas que a la distancia creyeron en mí y me motivaron en cada etapa de este trabajo.

A mi querida amiga Soledad Ramírez, mi gran compañera en este camino, por su amor y su tiempo dedicado a las lecturas y su incondicional apoyo.

A Mimi, Elizabeth Cabrera, y a través de su ejemplo, a todas las personas que me enseñaron que la salud es la comunidad

A mis compañeras y compañeros docentes de Articulación Comunitaria, de la carrera de Medicina de la UNAJ. Juntas/os nos hemos propuesto transformar la educación médica en nuestra región, enfrentando desafíos incesantes con dedicación y entusiasmo. Nuestra valoración compartida por el centro de salud nos ha unido de manera sostenida, fortaleciendo nuestra colaboración y vínculo a lo largo del tiempo. Especialmente agradecida a las compañeras que formaron parte de esta Tesis.

A mis estudiantes, particularmente aquellas/os que me acompañaron de manera respetuosa y desinteresada durante este proceso. Su apoyo y motivación han sido invaluable, y su entusiasmo y curiosidad me han impulsado a seguir adelante.

A las y los graduados nuestra carrera, sobre todo a quienes han elegido seguir el camino de la Medicina General, mi más profundo reconocimiento y gratitud por su dedicación y compromiso continuado.

A mi querido compañero y amigo Martin Silberman, su consejo insistente y su orientación en cada paso han sido fundamentales para mi crecimiento académico. Estoy profundamente agradecida por su apoyo que han guiado y enriquecido mi trayectoria profesional.

A mi padre, que acompaño toda mi educación. A mi madre, con su ejemplo ha sido la mujer más maravillosa de mi vida.

A mi compañero de la vida, Sebastián, imposible de haber logrado esto sin su apoyo.

A mi hija Irina, quien con amor y paciencia me abrazó en cada momento de este intenso proceso. Su comprensión y ternura fueron mi mayor fuente de fortaleza.

A la Universidad Pública que es transformadora. A la UNLA que me alojo todo este tiempo. A la UNAJ que es mi casa.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis es el resultado de un trabajo de investigación que tuvo como objeto de estudio a los centros de salud como espacio educativo de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ).

En el ámbito de la investigación educativa, y en particular en el campo de la salud, la formación de profesiones que integran los equipos de Atención Primaria de la Salud (APS) es fundamental para alinear la educación a las necesidades y demandas del sistema de salud y las poblaciones. Las currículas universitarias deben orientarse a promover competencias específicas y privilegiar los centros de atención primaria de la salud (CAPS) como escenario de formación.

La educación médica ha transitado diferentes diseños curriculares, siendo la denominada *educación basada en la comunidad* la que responde al perfil adoptado por la UNAJ. A su vez, la orientación hacia la medicina general —por sus atributos y competencias en el primer nivel de atención— se ha consolidado creando un nuevo paradigma basado en criterios, valores y estándares signados por la importancia que adquieren en los equipos de APS.

La Carrera de Medicina de la UNAJ surge como respuesta a una demanda expresa planteada por cuatro municipios circundantes —Florencio Varela, Berazategui, Quilmes y Almirante Brown—, así como de los Ministerios de Salud de la provincia de Buenos Aires y la Nación. Sustenta su creación la necesidad de un perfil profesional acorde a las características sociodemográficas de la región; una de las más densamente pobladas del país y que presenta diferentes situaciones de vulnerabilidad. Así se gesta esta carrera que promueve profesionales médicas/os comprometidos en mejorar la red de servicios sanitarios, con una formación académica y humana de calidad y una visión hacia la determinación social y perspectiva integral de la salud. De esta manera, la apertura y sostenimiento de la carrera cubre una vacancia del conurbano sur de la provincia de Buenos Aires orientado a la implementación de la estrategia renovada de APS.

En este marco, surge el centro de salud como el espacio educativo central y estratégico; constituye el punto neurálgico que representa la educación médica basada en la comunidad. El posicionamiento terminológico que adopta la tesis se circunscribe a

identificar dicho escenario como espacio educativo, de construcción de conocimiento, teniendo implicancias teóricas, prácticas y epistemológicas que requieren descubrirse para configurar el entramado que lo define.

La investigación se enfoca en comprender la relación entre el modelo de educación médica basada en la comunidad, el diseño curricular, con su respectiva didáctica aplicada, y su influencia en la experiencia educativa, en el contexto del centro de salud como espacio de enseñanza y aprendizaje. Esto implica la construcción de una intersección dada por las diferentes dimensiones de análisis. Es decir, el centro de salud como espacio educativo está situado en el punto de intersección o interacción entre múltiples dimensiones, áreas o disciplinas, asumiendo que su atributo como objeto de estudio no puede ser plenamente comprendido o explicado desde una única perspectiva o dimensión, sino que requiere un enfoque múltiple.

La primera parte, tal como se ha estructurado esta tesis, representa el marco teórico. El mismo se ha desagregado en capítulos que abordan cada dimensión tratada para dar cuenta de los fundamentos que sostienen el análisis. Mediante una revisión bibliográfica pertinente, se han seleccionado autores y enfoques conceptuales relevantes cuyas categorías de análisis aportan al estudio y comprensión del problema de investigación que se plantea en este trabajo.

El capítulo 1 refiere a los aspectos epistemológicos alrededor del centro de salud como objeto de estudio, desde una interpretación de los obstáculos y rupturas epistemológicas reconocidos en cada área de la intersección, entendiendo que, a partir de la experiencia, se reconsidera la visión del mundo, que puede provocar la resignificación de la epistemología tradicional y construir un nuevo conocimiento.

El capítulo 2 desarrolla las perspectivas teóricas del espacio. El empleo del término *espacio educativo*, claro está, no se limita a una referencia física y material, sino que, tal como refiere Castro, “incluimos las ideas y los sentidos contruidos por los sujetos en relación con los espacios y la espacialidad” (2015, p.8).

La idea de dimensión espacial de la actividad humana transita sobre la afirmación de considerar que el espacio “no sea jamás neutro, sino que recoja, en su configuración como territorio y lugar, signos, símbolos y huellas de la condición y relaciones sociales de y entre quiénes lo habitan” (Viñao Frago, 1994, p.19).

En el reconocimiento conceptual del espacio en general y del espacio educativo en particular, coexisten múltiples concepciones que pueden caracterizar su complejidad explorando las relaciones entre la enseñanza, el aprendizaje y sus actores. Son varias las líneas teóricas y enfoques que abordan el concepto, García del Dujo y Muñoz Rodríguez refieren respecto al espacio:

Aquello que nos rodea, nos acoge, nos invade, nos configura y permite a su vez, que lo decoremos a nuestro entender y parecer, estableciendo un binomio en que ambos actores, espacios y personas, se encuentran intrínsecamente relacionados, facilitando un escenario susceptible de múltiples interpretaciones educativas en base a la interrelación que se establece entre ellos (2004, p.260).

Se trata de reconocer el modo en el que el espacio configura y da identidad a la experiencia. Castro lo identifica como prácticas de espacialidad en las instituciones educativas que reconoce, además, la importancia del territorio, afirmando que “el contexto espacial más próximo a las mismas, el territorio en el que están emplazadas y el barrio, pueden jugar un papel importante en la configuración que las instituciones van construyendo respecto a lo espacial” (2015, p.125).

El capítulo 3, por su parte, desarrolla los paradigmas que edificaron los modelos de educación médica, reconociendo los legados, implicancias y contribuciones de aquellos que configuraron los nuevos enfoques formativos. Del modelo flexneriano a la educación médica basada en la comunidad, se construyeron a partir de diferentes procesos históricos que modelizaron el perfil de educación médica que requiere cada país o región. Sucesivas revisiones de las currículas, la selección y aplicación de diversas estrategias de enseñanza y aprendizaje, y la creación de nuevas metodologías de enseñanza, sustentan este modelo que posiciona al centro de salud como aula universitaria.

Por su parte, el capítulo 4, recorre la noción de currículo, así como sus partes y alcances, que alojan una importancia singular en este contexto. Gimeno Sacristán en sus obras, ofrece fundamentos conceptuales sólidos que pueden ser adaptados y aplicados de manera pertinente en el análisis de la educación médica basada en la comunidad. Sostiene que el currículum es mucho más que una simple lista de contenidos educativos, manifiesta que “toda la práctica pedagógica gravita en torno al currículum” (Gimeno Sacristán, 1998, p.13).

Asimismo, la relación entre teoría y práctica educativa desde una perspectiva de la configuración del currículum sostiene que “si el currículum es el puente entre la teoría y la acción, entre intenciones o proyectos y realidad, es preciso analizar la práctica donde queda plasmado” (1998, p.240). A partir de esta premisa, se reconoce la necesidad de examinar la configuración de la práctica dentro del currículum, tanto en las actividades dentro del aula como en otros entornos de aprendizaje.

Esto significa, analizar las dificultades y desafíos que se presentan al incluir actividades prácticas en el diseño del programa curricular en este contexto específico. La brecha entre los ideales educativos y la realidad en las aulas refleja la búsqueda continua de optimizar la experiencia de enseñanza y aprendizaje en el cambiante contexto educativo actual (Gimeno Sacristán, 1998). Cuestiones que también se hallan presentes en la currícula de la carrera de medicina de la UNAJ.

Otra dimensión de análisis corresponde a la didáctica, elemento intrínseco del proceso educativo, debiendo analizar las consideraciones que influyen y son influidas por el centro de salud como espacio educativo desde ella. La naturaleza integral y crítica de la didáctica como disciplina se enfoca en abordar los problemas esenciales de la educación como práctica social (Camilloni, 2007). Aplicado a la educación médica, implica ocuparse intrínsecamente del diseño de las actividades pedagógicas que abordan las necesidades y desafíos específicos de la educación médica basada en la comunidad. Camilloni sostiene que la disciplina es “una fuente de conocimiento destinada a apoyar la tarea del profesor, a ayudarlo a tomar decisiones en su acción con grupos específicos de alumnos que deben realizar aprendizajes especiales en contextos particulares y en momentos determinados” (Camilloni, 2007, p.56). Por lo tanto, la didáctica ejerce una influencia significativa en la configuración y dinámica de dichos espacios.

En el capítulo 5 se tendieron dos marcos conceptuales que integran la última dimensión de análisis de la intersección: el concepto de experiencia y de reflexión educativa, a la vez que se definen los rasgos que integran la práctica educativa, la importancia del rol docente y el habitus como parte de un análisis conceptual que aporta un modo particular de comprender lo que sucede en el centro de salud. Es decir, estas definiciones se comportan de forma complementaria para entender que lo que sucede en términos de experiencia se reflexiona según los eventos que la rodean. En ese apartado se

refuerza la importancia de comprender la dualidad entre la teoría y la práctica en la adquisición del conocimiento, que transita por dos caminos que modela la experiencia: uno donde el conocimiento se adquiere antes y se aplica en la práctica, y otro donde la práctica misma genera nuevo conocimiento, cuestionando y enriqueciendo lo ya conocido. La reflexión en la acción implica “un proceso de inmersión consciente del hombre en el mundo de su experiencia, un mundo cargado de connotaciones, valores, intercambios simbólicos, correspondencias afectivas, intereses sociales y escenarios políticos” (Pérez Gómez, 2000, p.417). Diversos autores son convocados en este apartado del marco teórico, Larrosa (2006), Dewey (1954), Schön (1992), Díaz Barriga (2006), cuyas obras vinculan la experiencia, la reflexión y el aprendizaje significativo.

Una vez presentados los componentes de la intersección, el capítulo 6 propone una integración conceptual de los elementos seccionados anteriormente, a modo de vincularlos entre sí y reflejar la convergencia armónica que los une. Esta integración se presenta transversal a la definición del proceso de significación y el enfoque de mediación semiótica, que le aporta singularidad al análisis del objeto de estudio. Interpretar los significados del otro, comprender su subjetividad y establecer una interacción intersubjetiva son esenciales para una práctica educativa alineada con los supuestos de la educación médica basada en la comunidad. “La forma en que se hace la práctica educativa, en que se organizan la articulación de los conjuntos de acciones y las acciones entre sí, corresponde a una forma específica de significarla” (Sañudo De Grande, 2006, p.32).

En la segunda parte de este trabajo, dedicada al enfoque metodológico, se detallan las decisiones metodológicas que mediaron la investigación del objeto de estudio.

El capítulo 7 presenta diseño metodológico, siendo el primer apartado la definición del problema de investigación. La importancia del centro de salud como espacio alineado para el modelo de formación en educación médica basada en la comunidad, radica en comprender los significados atribuidos a la experiencia en este espacio, sus particularidades estructurales y organizativas que influyen en la construcción de la identidad curricular del profesional.

En este marco, la tesis abordó el análisis del siguiente problema de investigación: la falta de correspondencia entre los elementos que integran este espacio y el proceso educativo puede generar una desalineación que afecte el perfil formativo que se busca: “la

idea que la nulidad del espacio supone y comporta la nulidad del significado social, cultural, que ayuda a la persona a sentirse identificada y, por tanto, a poderse desarrollar como persona” (García Del Dujo & Muñoz Rodríguez, 2004, p.261). Esta problematización parte del supuesto hermenéutico que atraviesa el proceso de construcción de esta tesis: sin un espacio que ofrezca significado y pertenencia, los actores del proceso educativo pueden encontrar dificultades para el desarrollo integral en los términos que propone la educación médica basada en la comunidad. En otras palabras, el centro de salud, como espacio educativo, permite construir significados a partir de la experiencia, promoviendo un contexto donde sus actores pueden desenvolverse y alinearse con los objetivos formativos que propone la currícula.

Así, los puntos interconectados del marco teórico configuran las preguntas de la presente investigación, asumiendo que el análisis de los centros de salud permitirá abordar situaciones actuales que representan discrepancias que desalinean la currícula del espacio. Suscrito desde una visión interpretativa de la experiencia educativa, busca ceñirse de premisas específicas de educación médica basada en la comunidad, y de un sentido didáctico de la diversidad de prácticas de enseñanza que se realizan, que permita fortalecer la calidad educativa a partir de la identificación de buenas prácticas para guiar los procesos de mejora. Para ello, es menester interpretar los discursos y prácticas de los participantes, así como los significados que construyen sobre la propia experiencia en este espacio educativo.

A la vez, considerando que el estudio del espacio educativo como dimensión conceptual es poco abordado desde la educación médica, se advierte el impacto de la experiencia en primera persona en los centros de salud para fortalecer la formación continua en estos espacios. El objetivo general de la investigación consiste en analizar el proceso de significación de la experiencia del centro de salud como espacio educativo en estudiantes, graduadas/os y docentes de la carrera de Medicina de la UNAJ. En términos de objetivos específicos la investigación propone explorar las condiciones y componentes que configuran la experiencia educativa situada en el centro de salud, así como describir las prácticas educativas en el marco de la propuesta curricular y didáctica de la carrera. Además, busca indagar en las percepciones y valoraciones de los estudiantes sobre el centro de salud como espacio de aprendizaje, comprendiendo los significados de las

experiencias de los graduados en relación con su formación profesional. Asimismo, se pretende explorar las concepciones de los docentes acerca del rol del centro de salud en la formación médica, junto con las estrategias didácticas empleadas. Finalmente, el estudio analizará las interpretaciones y perspectivas de estudiantes, graduados y docentes sobre la experiencia educativa en el centro de salud, integrando diversas voces para ofrecer una visión comprehensiva del impacto de este entorno en la formación médica.

Resulta desafiante explorar más allá de los límites establecidos para comprender la práctica educativa en este contexto específico y garantizar una experiencia educativa significativa para sus actores. A su vez, pocas referencias sobre la dimensión epistemológica se han desarrollado en la literatura, lo que podría indicar la necesidad de reconsiderar las implicancias del modelo de educación médica basada en la comunidad, en tanto reconocer las dificultades en la correspondencia educación-espacio que se configuren alrededor de estas currículas y su dimensión didáctica.

Es por ello por lo que la investigación atraviesa dos instancias, una descriptiva y otra interpretativa. La primera se encuadra en un estudio de caso. La interpretación media el entendimiento y comprensión de los obstáculos y rupturas epistemológicas que sostienen la tesis. Este enfoque permite comprender los significados del centro de salud como aula universitaria en estudiantes, docentes y graduadas/os dentro de la propuesta curricular de educación médica orientada hacia la comunidad, tal como ocurre en la Carrera de Medicina de la UNAJ.

La tercera parte del trabajo muestra los resultados y postula la interpretación de los datos, conclusiones y desafíos alcanzados desde una perspectiva epistemológica y metodológica. La interpretación de la experiencia produce conocimiento acerca de los centros de salud como aula universitaria identificando los aspectos que lo transforman en un espacio educativo y contribuye a comprender los componentes necesarios que legitiman el perfil médico de educación acorde al paradigma que necesita la región. Los datos se comportan como evidencia científicamente relevante, a la vez que dan sustento a la apertura de nuevos horizontes y reformular acciones que favorezcan el desarrollo y educación médica con perfil de la medicina general en otras instituciones formativas.

PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO

CAPÍTULO 1: LA EPISTEMOLOGÍA DE LA INTERSECCIÓN: ACERCA DE OBSTÁCULOS Y RUPTURAS

1.1. De obstáculos epistemológicos y rupturas del objeto de estudio

Desde la perspectiva epistemológica, la relación entre la enseñanza, el curriculum-didáctica y la experiencia educativa en el centro de salud como espacio educativo y de construcción de conocimiento; implica una exploración sobre el conocimiento de esas dimensiones conectadas o fusionadas, y resignificar la episteme tradicional que caracteriza al centro de salud, en el marco del modelo de educación médica basado en la comunidad y el resultado de la experiencia educativa en dicho contexto.

Esta intersección se configura dentro del marco de interpretación que discurre a través del análisis de los obstáculos y rupturas epistemológicas que representan un cambio considerable en la forma en que se concibe el centro de salud como espacio educativo situado y de conocimiento. Siguiendo esta línea argumentativa, se adopta un modelo epistemológico que permita comprender y abordar el objeto de estudio, no sólo como parte de una delimitación terminológica del espacio, sino por las implicancias que presenta al vincularlo con el resto de los componentes, lo que interpela a los paradigmas tradicionales.

La educación médica sucede, transcurre y se construye en diferentes espacios a lo largo de la formación médica. El espacio representa la identidad del modelo de enseñanza y aprendizaje que adoptan las currículas y que dan sentido al perfil de formación, por tanto, no debe ser marginal ni insípido su tratamiento interpretativo. El punto de partida es ubicar la tesis bajo la premisa de centro de salud como espacio educativo y construir la dimensión simbólica del término.

1.2. Puntos de partida para construir la perspectiva epistemológica del objeto de estudio

Nada es espontáneo. Nada está dado. Todo se construye.
(Bachelard, 1988, 16)

Para construir las consideraciones epistemológicas alrededor del objeto de estudio, se adoptan los enfoques conceptuales de *obstáculo epistemológico* de Bachelard y de *ruptura epistemológica* de Bourdieu, ya que se considera que pueden revelar los vacíos conceptuales o metodológicos que limitan el avance del conocimiento en este campo. Esta perspectiva permite considerar de qué modo los significados de la experiencia en el centro de salud pueden actuar como obstáculos para el cambio y la innovación en la práctica educativa, así como también en qué medida la ruptura de concepciones heredadas, el quiebre de una visión idealizada y la naturalización del centro de salud como espacio educativo, impide el surgimiento de nuevas ideas y formas de pensar, y por lo tanto, limita crear otras posibilidades y enfoques en la enseñanza y el aprendizaje. Esto posibilita mayor profundidad en el análisis respecto de cómo se construyen y transforman los significados en la experiencia educativa, ofreciendo conocimientos para la mejora de la alineación educación-espacio.

Bachelard (1988) introduce la idea de que el progreso del conocimiento científico no es simplemente una acumulación lineal de información, sino que implica la ruptura con concepciones y marcos de pensamiento que lo anteceden:

Hay que plantear el conocimiento científico en términos de obstáculos (...) es en el acto mismo de conocer, íntimamente, donde aparecen por una especie de necesidad funcional, los entorpecimientos y las confusiones. Es ahí donde mostraremos causas de estancamiento y hasta de retroceso, es ahí donde discerniremos causas de inercia que llamaremos obstáculos epistemológicos. (Bachelard, 1988, p.15).

En suma, los obstáculos epistemológicos son ideas preconcebidas, prejuicios o supuestos que limitan el avance del conocimiento científico. En el contexto de estudio de esta investigación, estos obstáculos pueden manifestarse en diversas formas, como creencias tradicionales arraigadas en los profesionales de la salud, prácticas obsoletas o una resistencia al cambio en la adopción de nuevas prácticas que logren la transformación en la correspondencia educación-espacio. Camilloni (2001) refiere que el uso de esta herramienta teórica bachelariana permite "comprender las causas de las dificultades, de los

estancamientos y, aun, de los retrocesos en los procesos de construcción del conocimiento científico” (p.11). Los obstáculos epistemológicos que se presentan en el centro de salud revelan cómo estas barreras afectan la práctica educativa, impidiendo la implementación de enfoques innovadores, la adopción de mejores prácticas y el desarrollo profesional de los estudiantes.

Díaz, en referencia a Bachelard, sostiene:

(...) más que reflexionar sobre la excelencia del conocimiento científico, habría que atender las circunstancias desde las que se produce tal conocimiento y los obstáculos que entorpecen su despliegue. Esta postura rechaza la idea de un sujeto de conocimiento neutro e incontaminado por los entes y sus relaciones. Y, así como no hay fronteras indubitables entre conocimiento y vida, la propuesta es aceptar que no hay conocimiento que logre concretarse sin involucrarse en limitaciones, intereses y supuestos existenciales. Evidentemente (Díaz, 2005, p.1).

Se trata, entonces, de comprender los obstáculos epistemológicos como parte del proceso de generación de conocimiento científico, y subrayar la necesidad de considerar las circunstancias sociales, culturales e históricas en las que se produce el conocimiento. Esta perspectiva, sobre el papel activo del sujeto de conocimiento y la interrelación entre el conocimiento y la vida, resulta de interés para construir el espíritu científico.

Mientras el obstáculo epistemológico persiste, es como si nada nuevo acaeciera bajo el sol. Por el contrario, cuando el obstáculo se convierte en problema se abre la posibilidad de encontrar una solución. Es decir, la posibilidad de que caigan algunos de los velos que entorpecen nuestro acercamiento gnoseológico para que el objeto se convierta en instructor, esto es, en un nuevo objeto de conocimiento. Se aprende luchando contra los conocimientos anteriores, destruyendo conocimientos adquiridos, para despejar así el camino a un nuevo proceso de significación (Díaz, 2005, p.2).

Asimismo, el objeto puede reconocer la existencia de rupturas epistemológicas que orientan la reinterpretación crítica de los marcos conceptuales y metodológicos previamente mencionados o conocidos. Este punto presenta varias resonancias con Bourdieu —contemporáneo a Bachelard—, quien aglutina conceptos centrales en diversos campos, y aborda la noción de ruptura epistemológica como un desafío a los paradigmas establecidos, un proceso que rompe con los marcos de referencia establecidos para abrir nuevas posibilidades de comprensión y acción (Bourdieu, 2008). El autor sugiere que esta

ruptura es fundamental para el progreso del conocimiento, ya que permite superar las estructuras de pensamiento y las prácticas arraigadas que pueden actuar como obstáculos para la innovación y el cambio. Implica un desafío radical a las concepciones y prácticas existentes, lo que puede generar resistencia y conflicto, pero también abre nuevas perspectivas y horizontes de investigación. (Bourdieu, 2008).

En lo tocante al objeto de estudio que se ha delimitado, permite comprender la importancia de resignificar el centro de salud como espacio educativo dentro del modelo de educación médica basada en la comunidad. Es decir, representa una ruptura epistemológica al desafiar el rol de los espacios en las concepciones tradicionales de la enseñanza y el aprendizaje en el ámbito de la medicina.

La interpretación hermenéutica modula el entendimiento y comprensión de las rupturas epistemológicas que sostienen la tesis. Algunas de ellas, identificadas por los diferentes autores, permiten construir los señalamientos epistemológicos que atraviesan al objeto de investigación que se ubica en la interfaz de diferentes dimensiones de análisis. El análisis interpretativo o hermenéutico es el modo que toma la investigación para invocar los obstáculos o rupturas epistemológicas que surgen alrededor del centro de salud como espacio educativo; desentrañar las múltiples capas de significado presentes en la interfaz que integra las dimensiones o unidades de análisis, reconociendo que el sentido puede ser polisémico y su interpretación requiere un proceso reflexivo y contextualizado.

Según Ynoub (2023), “el desafío que tiene planteado el enfoque hermenéutico puede definirse en términos de Gadamer como la fusión de horizontes (históricos, contextuales, situacionales) desde los que se producen y desde los que se receptionan los materiales a analizar” (p.146). Bajo esta premisa se reconstruyen los obstáculos y rupturas epistemológicas que permitan contextualizar el objeto de investigación.

En la literatura analizada pueden identificarse ciertas disrupciones epistemológicas que desafían las concepciones tradicionales acerca del espacio. Mientras algunas corrientes abogan por una visión estática y objetiva del espacio, enfocándose en su estructura física y en cómo influye en la enseñanza y el aprendizaje, otras corrientes posmodernas, con profunda influencia de las ciencias sociales, las cuestionan. Por ejemplo, desde una perspectiva posestructuralista, se problematiza la noción misma de espacio como

construcción social y discursiva, influenciada por relaciones de poder y conocimientos situados. Además, diversas disciplinas, desde la sociología hasta la filosofía, aportan sus propios marcos teóricos y metodológicos, generando tensiones y debates sobre la naturaleza del espacio educativo y su relación con el proceso de enseñanza.

CAPÍTULO 2: PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL ESPACIO

Existen espacialidades diversas, de diferentes sentidos y significados contruidos por los sujetos sociales, que producen espacialidad y a su vez se ven afectados por esas mismas espacialidades en sus representaciones del espacio y en la producción de conocimiento en torno al mismo.
(Castro, 2021,14-15)

A los efectos de profundizar definiciones sustantivas del objeto de investigación, se recuperan autores que dan forma al encuadre teórico y el análisis bibliográfico. García del Dujo y Muñoz Rodríguez señalan al respecto:

Son numerosas las ciencias que han escrito entre sus páginas muchas alusiones al tema del espacio en relación con el sujeto de referencia: arquitectos, antropólogos, geógrafos, ecólogos, urbanistas, sociólogos, filósofos, psicólogos, físicos, pedagogos, etc. Todas ellas han aportado una gran cantidad de matices, conceptos, procesos, tensiones, que han servido y sirven para describir, analizar e interpretar las posibles relaciones que se establecen entre la especie humana y aquello que le rodea, su realidad exterior, el espacio cotidiano que le acoge (2004, p.9).

A continuación, se exponen diferentes contribuciones disciplinares que permiten comprender la complejidad de ubicar un espacio dentro de un significado, de una experiencia o de un contexto.

2.1. Aportes desde la geografía

A partir de 1970 se produce un cambio de paradigma dentro de la disciplina, la cual pasó de una visión tradicional —centrada en la descripción de los fenómenos geográficos— a una más crítica y reflexiva, enfatizando el papel del espacio en la construcción de la sociedad. Este cambio de paradigma fue impulsado por una serie de factores, entre los que se destacan el auge de los movimientos sociales de la década y la influencia de las nuevas teorías y metodologías en las ciencias sociales.

Una de las autoras más influyentes de este cambio de paradigma fue Doreen Massey, geógrafa británica, quien realizó importantes aportes al concepto de espacio a lo

largo de su carrera. El marco conceptual desarrollado por la autora se ha ido construyendo a lo largo de su carrera académica y política. Sus trabajos recopilan análisis y reflexiones que revelan la continua revisión y ajuste de sus ideas, convirtiéndose en una cita obligada en obras afines.

En sus inicios, Massey cuestiona la visión, en ese entonces predominante, del espacio entendido como un contenedor neutral, en cambio, propone una visión del espacio como un producto social, dinámico y relacional:

El hecho que los procesos tengan lugar en el espacio, los fenómenos de distancia y proximidad, de variación geográfica entre áreas y el significado específico de los lugares y de las regiones, todo ello está presente en los propios procesos sociales. De la misma manera que no existen procesos puramente espaciales, tampoco existen procesos sociales no espaciales (Massey, 1984, 52)

Las tres premisas fundamentales del espacio, constitutivas de la obra de Massey son:

1. el espacio es producto de interrelaciones. Se constituye a través de interacciones, desde lo inmenso de lo global hasta lo ínfimo de la intimidad. (...)
2. el espacio es la esfera de la posibilidad de la existencia de la multiplicidad; es la esfera en la que coexisten distintas trayectorias, la que hace posible la existencia de más de una voz. Sin espacio, no hay multiplicidad; sin multiplicidad no hay espacio. Si el espacio es un efecto producto de interrelaciones, entonces debe ser una cualidad la existencia de la pluralidad. La multiplicidad y el espacio son co-constitutivos.
3. por último, y precisamente porque el espacio es producto de las “relaciones”, relaciones que están necesariamente implícitas en las prácticas materiales que deben realizarse siempre está en un proceso de formación, en devenir, nunca acabado, nunca cerrado (Massey, 2005, p.105)

Estas proposiciones sobre el espacio destacan la importancia de considerar el entorno físico y social como un componente indispensable del proceso de enseñanza y aprendizaje, y cómo este espacio puede influir en la creación de experiencias educativas significativas y enriquecedoras para quienes la integran. Si el espacio surge de las interacciones, permanecerá en un estado de continua evolución, siempre en proceso de construcción y transformación.

Para dar consistencia a sus fundamentos, Massey reafirma la noción del espacio como resultado de interrelaciones: “es el producto de las intrincaciones y complejidades, los entrecruzamientos y las desconexiones, de las relaciones, desde lo cósmico, inimaginable, hasta lo más íntimo y diminuto” (Massey, 2005, 119). Es consistente su fundamentación de considerar al espacio como un ente vivo y dinámico, en constante formación y transformación. Massey conceptualiza este posicionamiento (2005):

Como los cabos sueltos, el espacio siempre tiene algo de «caótico» (aquello no prescripto aun por el sistema). Es un «caos» que surge de esas yuxtaposiciones circunstanciales, de las separaciones accidentales, del carácter tantas veces paradójico de las configuraciones geográficas en las que, precisamente, una cantidad de trayectorias distintas se entrelazan y a veces interactúan. En otras palabras, el espacio es por naturaleza una zona de «disrupciones». Quizás la conclusión más sorprendente de todas, dadas las conceptualizaciones hegemónicas, es que el espacio no es una superficie. (p. 129).

Massey confronta la noción hegemónica de espacio, expresa que las combinaciones y separaciones son accidentales y circunstanciales, lo que contribuye a la naturaleza disruptiva del espacio. La declaración de que el espacio no es una superficie sugiere una comprensión más profunda y multidimensional del espacio.

Esta línea se distingue como base del espacio, alineándose con una política que rechaza el esencialismo y considera la formación de identidades como una preocupación central en la política progresista, adoptando una visión relacional del mundo. Desde esta perspectiva, el espacio se percibe como parte esencial en la formación de las identidades políticas. Además, destaca la espacialidad como una de las facetas en la construcción de diferencias y, por ende, de la diversidad, un componente determinante de la política de espacialidad (Massey, 2005).

El enfoque de Massey no solo reconoce la complejidad y diversidad del espacio, sino que también invita a repensar las interconexiones entre lo local y lo global, lo material y lo simbólico, y lo físico y lo social. Así, su legado teórico conduce a reflexionar acerca de las concepciones tradicionales del espacio y a adoptar una visión más inclusiva y relacional del mundo.

2.2. Aportes desde la filosofía

Henri Lefebvre, filósofo, sociólogo y teórico marxista francés, aporta la teoría del espacio como construcción social atravesada por relaciones de poder y dominación.

¡El espacio! No hace muchos años este término tan sólo evocaba un concepto geométrico, el de un medio vacío. En los círculos instruidos se acompañaba en seguida de algún epíteto culto como «euclidiano», «isotrópico» o «infinito». En general se pensaba que el concepto de espacio incumbía a la matemática y sólo a ella. Hablar del espacio social habría causado no poca extrañeza (Lefebvre, 2013, p.63).

Por su parte, le atribuye al espacio social tres niveles: la reproducción biológica (la familia), la reproducción de la fuerza laboral (la clase trabajadora en sí misma) y la reproducción de las relaciones sociales de producción —las cuales definen la sociedad capitalista—.

Además, reconoce una triada conceptual: el percibido, el concebido y el vivido (Lefebvre, 2013). El primero se refiere al espacio de la experiencia tangible, de las prácticas espaciales, que conecta la vida diaria (uso del tiempo) y el entorno urbano (flujos de personas, bienes o dinero que ocupan y atraviesan el espacio), abarcando tanto la producción como la reproducción social. El segundo es el de las representaciones del espacio, es aquel que pertenece al mundo de los especialistas, los científicos, los planificadores; es el espacio de los símbolos, los sistemas de organización, división y limitación. Por último, el espacio de la imaginación y lo simbólico, o de los espacios de representación, dentro de la realidad material. Es el de los usuarios y los residentes, donde se exploran nuevas posibilidades para la configuración del espacio. (Lefebvre, 2013)

Para el autor, el espacio social involucra las interacciones sociales, las acciones tanto individuales como grupales de sujetos “que nacen y mueren, que padecen y actúan” (Lefebvre, 2013, 93). Este reconocimiento conceptual permite comprender a los espacios impregnados de significado, vida y actividad.

Asimismo, el autor sostiene que las representaciones del espacio vinculadas a las relaciones de producción imponen un orden, el cual afecta la manera en que se perciben,

entienden y utilizan los espacios, así como los conocimientos, signos, códigos y relaciones sociales que se desarrollan en ellos.

Las representaciones del espacio tendrían de ese modo un impacto considerable y una influencia específica en la producción del espacio. ¿Pero cómo? Mediante la construcción, es decir, por la arquitectura, concebida no como la edificación de un «inmueble» aislado (palacio o monumento) sino en calidad de un proyecto insertado en un contexto espacial y en una textura, lo que exige «representaciones» que no se pierdan en el simbolismo o en el imaginario. (2013, p.101).

Además, incorpora la idea de *relaciones frontales* para referirse a las interacciones directas y visibles entre diferentes actores sociales dentro de esos espacios (Lefebvre, 2013). La historia del espacio no solo es la secuencia de eventos históricos fechados, sino que implica entender cómo se produce el espacio en realidad, incluyendo sus formas y representaciones.

Por su parte, David Harvey, influenciado por Lefebvre, se ocupa de analizar las dinámicas urbanas y la experiencia humana del entorno. El autor propone pensar al espacio como un sistema de contenedores del poder social, y sostiene que “las prácticas espaciales y temporales nunca son neutrales en las cuestiones sociales. Siempre expresan algún tipo de contenido de clase o social y, en la mayor parte de los casos, constituyen el núcleo de intensas luchas sociales” (Harvey, 1998, p.165).

A los fines de la presente investigación, importa destacar que su perspectiva crítica sobre la urbanización capitalista y sus efectos en la vida cotidiana evidencian el acceso desigual al espacio y al tiempo, lo cual configura las relaciones de poder y las experiencias sociales. Así, la obra de Harvey refleja la admiración y la crítica constructiva del enfoque de Lefebvre, utilizando sus ideas para reflexionar sobre la producción y vivencia del espacio y el tiempo en la sociedad contemporánea.

Continuando con los aportes del campo filosófico al concepto de espacio, resulta imprescindible reconocer la relevancia del filósofo francés Michel Foucault. La inclusión del pensamiento de Foucault para el análisis del espacio se justifica por su enfoque único del poder y el conocimiento, y su influencia en la comprensión de las relaciones sociales y la producción del espacio. De acuerdo con él, el propio espacio ejerce un poder invisible, lo cual puede reconocerse fácilmente en las instituciones disciplinarias —cárceles,

escuelas, etc.—. Desde allí se produce un ejercicio de poder sobre los cuerpos y los comportamientos, lo que sugiere que el espacio es fundamental en la regulación y normalización de la conducta humana (Foucault, 2009). Varias de sus obras, aquellas narradas y en las conversadas, Foucault hace referencia al espacio y se reconoce que presenta implicaciones para una amplia diversidad de campos, incluyendo la arquitectura, la planificación urbana, la sociología y la antropología.

En el trabajo de Tirado y Mora (2002), los autores profundizan en el pensamiento de Foucault en tanto sostienen que el espacio emerge como una dimensión sustantiva para comprender las dinámicas sociales y el poder que las configura. En contraposición a la tradicional hegemonía del tiempo como eje central de análisis, Foucault propone una mirada crítica que reubica al espacio como elemento crucial para entender la construcción de lo social (Tirado y Mora, 2002). Los autores sostienen que:

(...) la cuestión del espacio es en Michel Foucault algo más que el juego recurrente, quizás ingenioso y novedoso, de un piélago de metáforas para entender el cuerpo, el desarrollo del conocimiento, el ejercicio del poder o el futuro de nuestra sociedad. (p.14)

Los autores presentan las trayectorias históricas de las aportaciones teóricas del pensamiento foucaultiano reconociendo que sus obras despliegan diversas aristas inagotables en la temática.

Por otro lado, un trabajo interesante acerca del espacio del filósofo, la Conferencia dictada en el *Cercle des études architecturales*, en 1967, publicada y traducida posteriormente, Foucault desarrolla el concepto del espacio y su vinculación con el mundo, refiere:

El espacio en que vivimos, el que nos atrae afuera de nosotros mismos, en que se desenvuelve precisamente la erosión de nuestra vida, de nuestro tiempo y de nuestra historia, este espacio que corroee y agrieta es en sí-mismo también un espacio heterogéneo. Es decir, no vivimos en el interior de una especie de vacío tal que en él se ubiquen individuos y cosas. No vivimos en el interior de una especie de vacío que se colorearía de diversas iridiscencias, vivimos dentro de un conjunto de relaciones que definen emplazamientos irreductibles unos a otros y en absoluto en superposición. (p.18)

Su pensamiento sugiere considerar que el espacio no es algo único y unificado, sino más bien una colección de espacios interconectados y superpuestos. Estos espacios pueden ser físicos, sociales e incluso temporales. Ubica al espacio como una fuerza activa que da forma a las experiencias e identidades, cuyas posiciones en el espacio son irreductibles, en constante negociación y redefinición.

Castro (2015) recupera de la obra *Vigilar y Castigar* (2009) de Foucault aspectos teóricos que vincula a la noción de espacio educativo ya que “ayuda a comprender que en una nueva forma social pueden reconocerse continuidades y rupturas respecto de lo precedente” (p. 55). A su vez, Foucault concibe el poder no como una fuerza externa que impone su voluntad sobre los sujetos, sino como una relación que se produce a través de las prácticas y discursos que circulan en una sociedad. El poder no es simplemente algo que se posee, sino que se ejerce y produce constantemente. Desafía las concepciones tradicionales del poder como una estructura jerárquica y estática, y en su lugar lo concibe como una red de relaciones y prácticas que se entrelazan en todos los aspectos de la vida. Esta perspectiva permite una comprensión más acabada de cómo se configuran y experimentan los espacios según las relaciones de poder y las dinámicas de control, permite entender que el poder no solo es algo que oprime y produce conocimiento, subjetividades y formas de vida. A su vez, Foucault introduce la noción de *micropoder* para referirse a las múltiples y sutiles formas en que el poder se manifiesta en la vida cotidiana, Castro fundamenta su relación del concepto con el espacio:

(...) entender la microfísica del poder que entra en juego en las instituciones escolares, la vinculación y articulación que se va entretejiendo entre mecanismos y técnicas, muchas veces invisibles y que actúan eficazmente sobre los cuerpos de los docentes y estudiantes produciendo efectos de control y encausamiento. La disposición y organización del espacio escolar está atravesado por mecanismos y técnicas, que configuran un conjunto de relaciones y posibilidades entre los sujetos y éstos con los objetos que implican diferentes modos de gobierno y dominación. El detalle como técnica de dominación implica toda una configuración particular y decisiones específicas sobre el espacio. (Castro, 2015, 61)

La "microfísica del poder" de Foucault subraya que el poder no es una fuerza coercitiva de arriba abajo, sino una red compleja de relaciones y prácticas que impregnan aspectos de la vida social. Argumenta que el poder opera a través de una multiplicidad de

formas sutiles, a menudo incrustadas en las rutinas diarias y las interacciones aparentemente mundanas, que moldean y regulan el comportamiento (Castro, 2015).

2.3. Aportes desde la pedagogía

La exploración del espacio desde lo educativo constituye el núcleo del marco teórico. La selección de autores responde a las implicaciones que tienen en la práctica educativa en el contexto del centro de salud.

Viñao Frago aborda un tema neurálgico para el desarrollo educativo: el espacio físico de la escuela y su impacto en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Destaca la importancia de comprender la relación intrínseca entre el entorno escolar y la experiencia educativa, explorando las diversas dimensiones que conforman este vínculo vital.

CUALQUIER¹ actividad humana precisa un espacio y un tiempo determinados. Así sucede con la de enseñar y aprender, con la educación. De aquí que ésta, la educación, posea una dimensión espacial y de aquí que, asimismo, el espacio sea, junto con el tiempo, un elemento básico, constitutivo, de la actividad educativa (Viñao Frago, 1994, p.17).

Con posterioridad, el autor caracteriza al espacio como un condicionante, facilitador o problemático de lo que sucede en términos de comunicación en el aula. Si bien su obra profundiza sobre el espacio, morfología y estructura desde lo escolar, su aporte se encuentra reflejado en diversos trabajos que tratan la temática.

La comprensión del espacio escolar requiere contemplarlo como una representación teatral (...) donde se disponen y desplazan personas, mobiliario y objetos de un modo u otro según los momentos, las actividades y (...) los métodos de enseñanza. Una representación compleja en cuanto que, —como el currículo en que forma parte— el espacio escolar es a su vez un espacio deseado (el espacio propuesto, pensado), prescrito (el trabajo legislado, pautado), real (el espacio físico, objetivo) y vivido (el espacio psicológico, percibido, subjetivo) en el que confluyen la arquitectura y pedagogía (Viñao Frago, 2008, p.17).

1

Las mayúsculas corresponden al autor.

Por otra parte, Escolano Benito, también vinculado al estudio del espacio desde lo escolar, es reconocido por su contribución al análisis conceptual del espacio. Sus trabajos constituyen un óptimo punto de partida para profundizar en dicho concepto ya que incorpora aspectos históricos y culturales en su estructura teórica. Sostienen que el espacio escolar debe ser analizado, más allá de su materialidad, como una construcción cultural, la cual expresa y refleja determinados discursos (Escolano Benito, 2000). Reflexiona:

Las profesiones asocian en parte sus identidades a espacios y tiempos específicos, es decir, a los lugares y ritmos que tienen que ver con los trabajos y los días de cada ocupación. Estos tiempos y espacios son construcciones culturales que forman parte de las tradiciones corporativas que regulan los modos de relación de los actores que intervienen en un determinado ámbito (Escolano Benito, 2000, p.24).

Lo que configura este *cronoespacio* permite entender el significado y la importancia de tiempo y espacio en la teoría y la práctica educativa, lo que garantiza comprender la lógica subyacente detrás de las estructuras organizativas concretas que la educación institucional adopta en la realidad. Al respecto refiere:

Los elementos estructurantes de la realidad escolar —el tiempo y el espacio, por supuesto, pero también los modos de organización pedagógica, los medios técnicos y los sistemas de disciplina y control— expresan las características más relevantes de la educación formal en los discursos -no siempre explícitos- que instituyen y en las prácticas -más visibles-que generan (Escolano Benito, 2000, p.39).

Las decisiones relacionadas con el diseño de los ambientes y horarios educativos no son procesos mecánicos o neutros en cuanto a su importancia. Por lo tanto, no constituyen elementos rudimentarios y fragmentados, no se leen a la luz de las configuraciones al azar, sino que le imprimen complejidad al paradigma del espacio educativo, el cual se ve influenciado por el desarrollo de la vida y la cultura dentro de la institución escolar.

El espacio y tiempo no son por tanto simples esquemas abstractos o estructuras neutras en las que se vacía la educación institucionalizada. Más aún, tiempo y espacio pueden ser percibidos como dos dimensiones de la cultura de la escuela estrechamente implicadas (Escolano Benito, 2000, p.40).

Por su parte, Castro (2015), desde las ciencias de la educación, aporta el siguiente concepto de espacio social:

No es una superficie sobre la cual los sujetos transitan sus vidas, tampoco es un telón de fondo ante el cual se desarrollan los acontecimientos y sucesos sociales e individuales, sino que los acontecimientos sociales se dan en el marco del espacio social que los contiene, les da sentido y significación; a la vez los sujetos sociales reproducen, cuestionan, resisten y resignifican esos sentidos y prácticas espaciales, en el juego de interacciones espaciales sociales. (Castro, 2015, p.16).

Este concepto retoma aportes de aquellas corrientes teóricas sobre las que la autora construye su objeto de investigación. Uno de ellos, tratado anteriormente, es el filósofo francés Lefebvre, a partir del cual se interroga sobre la naturaleza de la práctica espacial en el entorno escolar. Cuestiona si existe un patrón predominante en la organización del espacio material en el contexto escolar, cómo se presenta la estructura y disposición de esa práctica, y las manifestaciones del espacio escolar como un espacio representativo en la vida diaria de los individuos (Castro, 2015).

Allí se distinguen la ocurrencia de procesos de subjetividad que permiten a quienes lo integran experimentar de diversas maneras el espacio educativo. Castro fundamenta que la “espacialidad escolar no es neutra, sino que habilita u obtura, determinados aprendizajes, favorece ciertas ideas y concepciones de poder, posibilita específicas formas de interacciones entre los sujetos y el contexto, produciendo y moldeando subjetividades” (2015, p.9).

Ahora bien, entendiendo que el espacio tiene la capacidad de ser educativo, lo que sucede al interior de ese espacio define la identidad de las prácticas que se realizan. Al respecto, Castro (2015) refiere que la dimensión espacial no es neutra, sino que influye y actúa sistemáticamente en las prácticas educativas como parte de un programa que configura e instituye valores, moldea subjetividades y posibilita determinados aprendizajes.

Un aporte considerable de esta obra es el análisis de la política de la espacialidad, que se erige como una herramienta esencial en la comprensión del concepto espacio:

Las políticas de espacialidad (...) representan, en un momento histórico y un contexto social específico, los discursos dominantes respecto a la concepción de lo espacial en las escuelas y también las diferentes apropiaciones —resistencias,

resignificaciones, cambios— que los sujetos realizan y producen (Castro, 2015, p.17).

Estas políticas no solo establecen cómo se debe estructurar y utilizar el espacio educativo según las normativas vigentes, sino que también actúan como un espejo de las dinámicas de poder y las ideologías predominantes en la sociedad en un momento determinado. Además, los sujetos que interactúan con estos espacios pueden llevar a cambios significativos en la manera en que se perciben y utilizan los espacios educativos.

Dentro de este apartado, en el marco de diversas corrientes educativas, se halla la denominada *Pedagogía del espacio*. Ángel García del Dujo y José Muñoz Rodríguez desarrollan esta línea de investigación y acción educativa influenciada por las corrientes pedagógicas del siglo XX. Sostienen que “los procesos y hechos educativos, leídos en clave de espacios generadores de explicaciones y acciones educativas encubiertas, demandan interpretaciones multidimensionales, multidisciplinarias, globales y transversales” (García Del Dujo & Muñoz Rodríguez, 2004, p.268)-Conforme a ello, para los autores, el concepto de espacio reconoce la amplitud del término:

Seguiremos la línea incipiente en educación de considerar el espacio desde su vertiente más social, buscando la forma de profundizar en una dimensión constitutiva de la educación, la espacial, abriendo nuevas posibilidades para comprender la acción educativa, ya que incorporar esta dimensión y descubrir espacios de incidencia en el comportamiento de la gente es encontrar claves de educación (2004, p.267).

A su vez, se toma la dimensión espacial de la educación para expandir el análisis desde diferentes perspectivas, constituyendo una línea de conocimiento que reconoce la influencia de diferentes autores:

Nadie pone en duda la dificultad, o imposibilidad incluso, de concebir la educación, cualquier hecho o fenómeno educativo, al margen del espacio en el que queda comprendida. Ello nos acerca a la necesidad que tenemos en educación de concebir el espacio no solo como el ámbito en que suceden los procesos sino también el sitio, contexto o lugar en que las personas se desenvuelven y se realizan como personas; razón por la cual no podemos seguir pensando que los espacios participan en el proceso de configuración de las identidades de las personas sin revisar y reconstruir el potencial educativo del que disponen. Así surge, la Pedagogía de los espacios como orientación educativa (Muñoz Rodríguez, 2009, p.12)

Territorio, entorno, ambiente, contexto, medio, lugar, son términos que tienen implicancias propias, son parte de un todo terminológico. Es por ello por lo que los autores insisten en la elección del concepto *espacio* y lo diferencian de otras apreciaciones conceptuales subyacentes a ese “convoy terminológico que da forma a la semántica del espacio” (García Del Dujo & Muñoz Rodríguez, 2004, p.280). En particular, debe señalarse la estrecha vinculación entre el concepto de espacio y lugar, siendo este último un “término demarcador; precisamente por eso puede dar cobijo a nuestros sentimientos, emociones, valores, etc.” (García Del Dujo & Muñoz Rodríguez, 2007, p.22). La Pedagogía de los espacios reconoce que este no sólo es el escenario donde ocurre el proceso de enseñanza y aprendizaje, sino que también es el lugar donde las personas interactúan y se desarrollan como individuos.

Si el espacio (...) es la situación en la que se producen las relaciones y comunicaciones humanas y personales y, por ende, los fenómenos educativos, cabe pensar que existen unas variables, magnitudes o parámetros, plurales y diversos, que en conjunto dimensionan, caracterizan y explican ese espacio educativamente hablando cuya manipulación permitiría optimizar los espacios en sentido educativo (García Del Dujo & Muñoz Rodríguez, 2004, p.269).

Partiendo de la premisa de que la espacialidad, en términos educativos, gravita sobre un andamiaje complejo, Muñoz Rodríguez reconoce la importancia del espacio como sustrato básico, cuya centralidad es definida por “el sujeto como persona contextualizada, al hecho educativo como acción y proceso con sentido” (Muñoz Rodríguez, 2005, p.212).

De entrada, no es preciso reflexionar demasiado para argumentar que el sujeto, la persona humana, es un «ser espacial». Es decir, todo en cuanto realiza en su vida tiene relación directa con un espacio en el que queda referido. No solo estamos en los espacios, lugares, ambientes o contextos, sino que también somos un espacio, tenemos sentido dentro de unos espacios que otorgan significado, razón de ser en ultimo termino, o quizás primero, a nuestros sentimientos, relaciones o comunicaciones. Todo en cuanto sucede en la vida de una persona lo hace en referencia a unas coordenadas espaciales. Dicho de otro modo, la persona humana no puede, y de hecho no suele estar, “a la intemperie”, sin referencia espacial; su íntima e irrenunciable configuración necesita, para tener sentido, poner espacios, sentirse espacialmente (Muñoz Rodríguez, 2005, p.s. 213-214).

Dicho de otra manera, todos los aspectos de la vida de una persona están vinculados a algún espacio físico, ya sea tangible o simbólico. Desde las acciones más simples hasta

las más complejas, cada evento o situación se desarrolla en un contexto espacial que influye en su significado y comprensión.

Existen interacciones dinámicas y complejas entre el espacio físico, las relaciones sociales y las prácticas humanas. La denominada *dialéctica espacial* reconoce la presencia de tensiones y contradicciones entre diferentes actores sociales, grupos y usos del espacio. Al respecto, afirman: “acogedor, extenso, abierto, donde se produce deseo e inhibición, manifestación y ocultamiento, cierre y apertura, orden y desorden, caos e inteligibilidad que atañen a los procesos formativos” (García Del Dujo & Muñoz Rodríguez, 2004, p.271).

CAPÍTULO 3: LOS PARADIGMAS DE EDUCACIÓN MÉDICA: DEL MODELO BIOMÉDICO AL ENFOQUE BASADO EN LA COMUNIDAD

¿Están ustedes preparados para afrontar las batallas políticas y técnicas necesarias para superar los obstáculos sociales y económicos y la resistencia de los profesionales a la introducción universal de la APS?
(Mahler, H., Conferencia de Alma Ata de 1978)

A lo largo de la historia, los modelos de educación médica han sido objeto de discusiones y modificaciones. En general, responden a las tendencias demográficas y epidemiológicas de la época, y a los intereses y necesidades del sistema de salud, que reconoce influencias epistemológica, curricular, didáctica y pedagógica.

Como parte de los fundamentos aún vigentes, se distinguen diversos acontecimientos que marcaron los paradigmas en la formulación del perfil y currículo de las escuelas de educación médica. El desarrollo del apartado atiende a los hitos del siglo XX y a la corriente derivada de los actuales modelos de educación médica, en los que se suscitan reflexiones sobre el perfil de formación, sus prácticas y espacios educativos. Con foco en la educación médica basada en la comunidad, es importante reconocer sus influencias.

3.1. De Flexner a los Modelos Latinoamericanos

Desde una perspectiva histórica de la construcción de los modelos de educación médica, la literatura ubica la importancia de los sucesos de finales de siglo XIX, vinculados a la revolución industrial y científica, particularmente en la física, química y biología, los cuales dieron lugar a controversias del ejercicio médico y de la estructura institucional para desempeñar (Almeida Filho & Silva Paim, 1999). Tanto los eventos europeos como los ocurridos en Estados Unidos provocaron discusiones acerca de los modelos de educación médica, las cuales fueron teniendo progresiva repercusión en las escuelas latinoamericanas.

La educación médica de principios de siglo XX se debatía entre aquellas posiciones que consideraban la práctica médica como una disciplina moral y mental, y quienes abogaban por una educación centrada en el conocimiento científico (Spinelli, 2022). En este sentido, lo que se conoce por Informe Flexner, publicado en 1910, constituye un punto de inflexión. En dicho trabajo, Flexner arriba a una serie de recomendaciones que configuraron las reformas en la educación médica y dieron lugar a un sistema más estandarizado y riguroso, con progresiva expansión en diferentes partes del mundo.

Según Duffy (2011), las propuestas de Flexner se estructuraron, fundamentalmente, en un posicionamiento más rígido respecto de que las escuelas de medicina debían centrarse en la ciencia médica y la investigación. Los fundamentos presentados suscitaron interesantes discusiones en el mundo de la educación médica, derivando en la adopción de un enfoque científicista por parte de la mayoría de las escuelas de medicina a nivel global. Se instaló, entonces, en las escuelas de medicina de la región, un modelo basado en premisas biologicistas y científicistas que transformaron la estructura de la educación médica, dando lugar a una visión atomizada del perfil profesional.

En Latinoamérica, el legado de Flexner desencadenó profundos cuestionamientos, “la matriz ideológica flexneriana vino a ser transcrita en los países de América Latina, en los que grados similares de exigencia de la formación científica jamás pudieron ser alcanzados” (Passos Nogueira, 1997, p.99). Por aquella época, la educación médica en América Latina se encontraba fragmentada y poco estandarizada. Las diversas escuelas de medicina existentes representaban diferentes criterios académicos y enfoques pedagógicos. Muchas de ellas eran pequeñas y privadas, y no contaban con los recursos ni la infraestructura para ofrecer una educación de calidad. Asimismo, los modelos de educación médica han transitado diferentes luchas que trascienden lo estrictamente educativo, pero que integraron la agenda curricular de la región (Borrell Bentz, 2005).

Por su parte, las corrientes críticas de Flexner comenzaron a instalarse en América Latina, desplegando argumentos polarizados bajo la mirada de diferentes disciplinas que fijaron en las agendas de educación médica la necesidad de definir el perfil de médicos de la región. Un nodo convocante para las discusiones fue la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual ha mantenido su liderazgo para abordar la educación y formación

continua de las profesiones del equipo de salud, facilitando encuentros entre diferentes sectores de educación y salud (gobiernos, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y sociedades médicas). Desde esta perspectiva, la promoción de convocatorias —instancias clave para la deliberación y definición de políticas y estrategias en el ámbito de la formación médica— implicó exhaustivas discusiones que condujeron a la generación de importantes producciones científicas y técnicas que sentaron las bases para diversas reformulaciones en cada país

A partir de 1966, tras la conformación de comisiones de trabajo, la OPS sustanció la comunicación de investigaciones y análisis vinculados a la educación. Así surge la revista trimestral *Educación Médica y Salud*, cuya introducción de la primera edición versa:

Diversos acontecimientos ocurridos en los últimos lustros y en nuestros países señalan la tendencia, prevaleciente en todo el mundo, al análisis y al examen crítico del proceso de la educación médica, con el propósito de adecuarla al acelerado desarrollo e incremento del conocimiento científico, a las transformaciones sociales y demográficas y a las necesidades de la organización de la medicina como elemento integral de la vida colectiva (Neghme, 1966, p.5).

En este contexto, surge la distinción de interrogantes que abordan la distribución desigual y las necesidades del sistema de salud, que se convierten en elementos centrales del análisis. En esta línea, los aportes de García (1972) se ocupa de estudiar la educación médica

en América Latina:

Los problemas de la educación médica en la América Latina son de tal naturaleza que no pueden ser resueltos satisfactoriamente sin tomar en cuenta el sistema educacional preuniversitario, el sistema de atención médica y la formación del resto del personal que integra el equipo médico. En consecuencia, la planificación de los recursos humanos debe constituir parte importante de los planes nacionales de salud y reflejar el esfuerzo coordinado de todas las instituciones que tengan que ver con la formación y la utilización del personal de salud (García, 1972, p.267).

García reflexiona sobre los desafíos y obstáculos que enfrentan los movimientos reformistas presentes en algunas de las universidades de la región, en las que reconoce una resistencia al cambio y la influencia de estructuras tradicionales arraigadas. Es por ello por

lo que propone que la OPS oriente sobre “principios y técnicas apropiadas para estudiar la enseñanza de la medicina preventiva y social en la América Latina” (García, 1972, p.268), un punto de inflexión importante para los planes formativos de la región.

En 1976 se conforma la Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe realizada en Caracas. La comisión, integrada por países cuyas realidades y particularidades del sistema de salud resultan asimétricas, asume que la evolución de la educación médica en la región ha presentado características comunes:

Fue postulada la tesis de que como la educación médica es un medio para la prestación de servicios de salud, las instituciones formadoras deberían ser creadas y funcionar de acuerdo con los requerimientos de dicha prestación. En este sentido, se señaló la importancia de que existan políticas explícitas y planes de salud y de recursos humanos para la salud que sirvan de orientación a las instituciones formadoras de estos, considerando igualmente que los médicos no son el único recurso requerido y que no siempre constituyen el elemento más importante (Organización Panamericana de Salud, 1976, p.112).

Para entonces, en algunas escuelas de Estados Unidos y Latinoamérica, había una tendencia hacia la reducción del énfasis en la enseñanza de las ciencias básicas biológicas, mientras se priorizaba cada vez más el desarrollo del médico de familia. Este cambio se produce en un contexto de expectativas insatisfechas en la atención médica, lo que dio lugar a interrogantes sobre los fundamentos de su organización.

Todo lo anterior lleva a destacar las implicaciones políticas de la educación médica, que no permiten que se le siga considerando como un problema aislado del contexto social general en el cual se desenvuelve. Las reformas de la educación médica, por tanto, solo podrán tener valor en la medida en que formen parte de cambios más amplios y que abarquen, particularmente, a la práctica médica y a los sistemas de prestación de servicios de salud. (Organización Panamericana de Salud, 1976, p.116).

Posteriores apartados del informe hacen referencia a las metodologías de enseñanza y aprendizaje que contribuyen a instalar formulaciones curriculares alineadas con los principios de la APS. Se trata de las primeras aportaciones que circularon en la época, apuntando de manera concreta a priorizar experiencias educativas que ubiquen al estudiante “en contacto más próximo con la realidad en la cual le tocará actuar y lo

estimulan a participar activa y responsablemente en el análisis y solución de los problemas que ella le plantea” (Organización Panamericana de Salud, 1976, p.s. 117-118).

La teoría del aprendizaje integrado que propone el informe transforma la perspectiva del currículo y sus modificaciones, generando la imperiosa tarea de reevaluar el proceso educativo en su totalidad y su vínculo con la práctica profesional. Este enfoque implica la configuración de una visión holística del aprendizaje, que trasciende la mera acumulación de conocimientos para enfocarse en la integración de habilidades, valores y contextos reales. Replantear el proceso educativo implica considerar cómo se pueden entrelazar de manera efectiva los aspectos teóricos y prácticos, garantizando que los estudiantes estén para la altura de los desafíos de su futura profesión en un mundo en constante cambio (Organización Panamericana de Salud, 1976).

La educación médica deberá estar dirigida a permitir a los alumnos una visión integral del hombre en sus niveles biológico, psicológico y social, y tal percepción deberá estar presente y ser favorecida a lo largo de todo el currículo y no ser únicamente el objeto de una disciplina o un conjunto de disciplinas más o menos aisladas del contexto general del proceso de formación de médicos (Organización Panamericana de Salud OPS, 1976, 127)

Es importante considerar que este informe expone la tendencia de la época hacia un enfoque integral en la formación de recursos humanos para la salud. En términos generales, las publicaciones de la OPS inauguraron una línea de argumentación sólida en el contexto latinoamericano, con una fuerte impronta de diferentes corrientes de pensamiento. Estas circunstancias dieron lugar a nuevas perspectivas teóricas para los cambios que se suscitaron en las décadas posteriores.

Para finalizar, unos pocos años más tarde, Andrade publica una serie de aportaciones que sirven como punto de apoyo para entender el problema de la época. Su trabajo titulado “Marco conceptual de la educación médica en la América Latina”, publicado en sucesivas partes en la revista de la OPS, es considerado una contribución visionaria de los problemas acerca de la temática que anticipa el autor en esa época. Concentrado en realizar una lectura local, subyace la idea de polarizar los preceptos del modelo flexneriano, que atiende a lineamientos científicistas, y propone otra perspectiva de análisis:

(...) la medicina, su objeto, su propósito y sus agentes constituyen los elementos centrales que integran el marco conceptual de la práctica médica, que han de estar presentes en cualquier proceso de formación de médicos, y que están sujetos a variación histórica. (Andrade, 1978,8)

El autor destaca la complejidad inherente y las múltiples facetas del marco conceptual que subyace a la práctica médica y su reflejo en la educación médica. Reconoce la existencia de interpretaciones diferentes, incluso contrapuestas, sobre los orígenes y la dinámica de este marco conceptual. El autor propone que el análisis de las prácticas del mundo real será crucial para determinar la validez de estas interpretaciones.

Al mismo tiempo, su enfoque aboga por una formación médica acorde a las necesidades y demandas específicas de la sociedad y el sistema de salud (Andrade, 1979).
Agrega en su fundamentación:

Más o menos paralelamente con el interés por relacionar la enseñanza de la medicina con las necesidades de salud de cada país, se fue estimulando en los educadores médicos latinoamericanos la inquietud por analizar, criticar y mejorar los métodos e instrumentos utilizados en la enseñanza, tratando de comprender los fundamentos sobre los cuales se sustentan. La búsqueda de una metodología para la toma de decisiones relacionadas con estas materias, así como con los contenidos curriculares y su organización, también ha merecido creciente atención. (Andrade, 1979, 239)

Así, el autor recupera antecedentes que dan forma a las primeras concepciones sobre pedagogía médica, que se instaló progresivamente en la región. Las reflexiones alrededor de las configuraciones curriculares que integran los diseños de los planes de estudios de medicina reconocen la influencia de diferentes aspectos, sus ideas sobre la necesidad de redefinir los objetivos educativos, motivar a los estudiantes, organizar los programas de manera estratégica y enfocarse en el aprendizaje transferible han sentado las bases para importantes reformas en la educación médica. (Andrade, 1979).

El análisis de la cuarta parte de este trabajo que refiere a los hallazgos de investigaciones previas sobre educación médica que le permiten reconocer premisas sobre los cuales considera importante para encaminar los modelos de educación médica. Se destacan los siguiente: por un lado, el hospital ha sido tradicionalmente el centro de enseñanza de la medicina, donde los estudiantes adquieren experiencia clínica por contacto

directo con pacientes internados. Sin embargo, el autor considera las limitaciones del hospital como único escenario educativo y la necesidad de adoptar un enfoque más holístico que incluya la atención primaria y los servicios ambulatorios. En otro orden, la implementación de estrategias que promuevan la formación, el ejercicio y la valoración de los médicos generales contribuirá a mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de la atención médica considerando las particularidades de la región (Andrade, 1979). Por último, se recupera otra premisa sostenida por Andrade que refiere a la configuración del equipo de salud:

la necesidad de que exista personal de salud en número y variedad suficientes, y la de que las diversas categorías de personal colaboren y se complementen en función de objetivos e intereses comunes. Ello se expresa habitualmente como la necesidad de que exista un "equipo de salud". (Andrade, 1979, 8)

3.2. La educación médica: reflejo de la Atención Primaria de la Salud

En las propuestas educativas, la medicina social fue tomando forma y ganado terreno. Diversos autores destacan que su enfoque inicial se centró en la creación de nuevos modelos de formación en posgrados, investigación y creación de espacios de discusión interdisciplinaria. Sin embargo, la falta de presencia de estos enfoques en los currículos de grado obligó a pensar diferentes estrategias para influir en la transformación de ese paradigma vigente.

Se destaca que, durante este periodo, el enfoque multicausal se convirtió en el eje central de la conceptualización, así como también de la organización del currículo.

Existen ejemplos de este cambio en varios países latinoamericanos, pero lo importante es que este fenómeno no puede verse como una gran ruptura frente al modelo biologista como frecuentemente argumentan sus gestores. Se da más bien una reorganización de los contenidos biológico-clínicos, que ya no sigue el esquema flexneriano de la enseñanza en dos grandes niveles -ciencias básicas y clínicas- sino que pone en marcha un modelo de bloques integrados o áreas transcurriculares que pretenden integrar las disciplinas por sistemas y/o por niveles de atención (Quevedo & Hernández, 1994, p.21).

Transcurrida la década de 1970, tomaron más fuerza los grupos de trabajo que buscaron establecer los nuevos paradigmas de educación médica, tanto los convocados por

la OPS/OMS como por incipientes organizaciones que iniciaron las primeras discusiones sobre la temática. Por un lado, el denominado Plan Decenal de Salud, del año 1972, basado principios de equidad, participación comunitaria, y atención primaria en salud, introduce la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud y de promover la participación activa de las comunidades en la planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud. En 1978, a propósito de la Conferencia Internacional de Alma Ata, surge el concepto de *atención primaria* y se explicita la importancia de la formación de los profesionales de la salud alineados en esta estrategia.

De dicho evento se desprende el documento conocido como “Declaración de Alma-Ata”, cuyos postulados se reconocen como un punto de inflexión en la agenda de las políticas de la salud, buscando una transformación profunda del sistema. Su implementación transitó con luces y sombras, afrontando resistencias y obstáculos de toda índole. Como consecuencia de los procesos de implementación que respondieran a la estrategia, fue inevitable movilizar a las escuelas de educación médica a repensar sus trayectorias formativas que permitan contribuir al fortalecimiento de sistemas de salud centrados en la Atención Primaria de Salud, es decir, alinear formación con estrategia.

La atención primaria en salud emergió como una respuesta a las preocupaciones de la época, proponiendo un enfoque centrado en la prevención y promoción de la salud, y la atención integral de las personas —en oposición a tratar enfermedades específicas de manera aislada—. Este cambio de paradigma refleja una comprensión más profunda de la salud, entendiéndose como un estado de bienestar físico, mental y social, y no como mera ausencia de enfermedad.

Respecto de las implicaciones que tuvieron los sucesos de los setenta en la adecuación educación-atención primaria de la salud como nuevo modelo de salud:

Los procesos educativos de los setenta fueron impactados, por la meta de extensión de cobertura legitimadas en el Plan Decenal de Salud de 1972 y más tarde por la adopción a nivel mundial de la meta de Salud para Todos (STP2000) con su estrategia básica de Atención Primaria. Cabe señalar que esta última meta no ha sido incorporada en una gran proporción de programas educativos del continente, en parte, por las contradicciones que genera ante sistemas de salud organizados

sobre la base de una altísima especialización del conocimiento y de la propia práctica médica (Borrell Bentz, 2005, p.28).

Las cuestiones medulares del cambio de paradigma permitieron gestar corrientes latinoamericanas que incorporaron la mirada social de la medicina, que multiplico los aportes de otras disciplinas, algunos ya señalados en apartados anteriores, que dieron lugar a modelo epistemológico “crítico” (Borrell Bentz, 2005, p.26). Dentro de sus premisas, la atención primaria es valorada como una estrategia imprescindible para promover, prevenir y restablecer la salud, y reconoce que la elaboración de un enfoque educativo distinto debería considerar la interacción entre la noción de salud, los métodos de producción y el contexto socioeconómico. Esto permite crear un sistema que se ajuste a las necesidades de la sociedad, tomando en cuenta experiencias globales, desafíos, discrepancias y el objetivo investigativo y pedagógico que debe distinguirlo (Borrell Bentz, 2005).

Por su parte, Venturelli afirma que “el camino es el desarrollo de la atención primaria, no tiene contradicción alguna con los más altos niveles de formación profesional” (Venturelli, 1997). Este autor aporta cimientos precisos acerca de la necesidad de alinear la formación médica con las premisas de APS mediante un diseño curricular que lidere la transformación educativa. Ello requiere la integración de diversas disciplinas y perspectivas para proporcionar una formación más completa y relevante para las necesidades de la práctica médica actual.

A partir de la Declaración de Alma Ata y la divulgación del modelo epistemológico crítico y sus aportaciones teóricas, las cuales configuraron el enfoque social de la medicina, se instalaron una serie de procesos en los países del continente, que transitaron desde lo ideal a lo posible. Pinzón refiere:

Los componentes más relevantes del proceso de cambio o innovación de las experiencias citadas fueron: la búsqueda de caminos para la articulación del proceso educativo y la práctica de salud, con la incorporación de “actividades extracurriculares” y trabajo comunitario; el sistema de estudio-trabajo y las actividades de “integración docencia servicio”; el desarrollo del eje de “atención primaria”. En muchos países de Latinoamérica se recalcan los intentos de ruptura de estos programas en lo cognoscitivo y pedagógico, en mayor o menor grado, de la enseñanza por disciplinas y la búsqueda de relación entre los distintos campos de conocimiento, en contraposición de la práctica educativa fragmentada por campos

de conocimientos, organizados en los clásicos departamentos sugeridos por Flexner, que no se relacionaban y que conspiraban contra la visión integral del ser humano (Pinzón, 2008, p.33)

Muchos países de América Latina se han intentado separar de los modelos educativos tradicionales, organizados en una enseñanza separada por disciplinas, siguiendo la estructura sugerida por Flexner, con el objetivo de promover una visión integral del ser humano y una práctica educativa holística y más coherente con las necesidades de la sociedad.

La idea de la naturaleza social y moral de la educación médica y la importancia de formar médicos comprometidos con la mejora de la condición humana, resume el propósito central de la educación basada en la APS.

Las escuelas de medicina son construcciones sociales y la educación médica es una práctica social cuyo principal objetivo es producir profesionales médicos y sanitarios capaces de contribuir al mejoramiento de la condición humana. En qué consiste o debería consistir dicha contribución constituye el motivo y el foco de la educación médica. La forma en que se puede hacer dicha contribución está ligada en forma integral a los adelantos científicos y tecnológicos, a los modelos de práctica, al sistema de atención de la salud, a las estructuras sociales y a las tendencias históricas. Cuán apropiada es la contribución depende de la claridad con que se comprende y se responde a la condición humana (Byrne & Rozental, 1994, p.55).

3.3. Eventos clave en la evolución de la Educación Médica Basada en la Comunidad

Además de los sucesos regionales, a nivel mundial se gestaron espacios para circular argumentos que den cuenta de los cambios que se generaban en la profesión médica. Hasta la década de 1970, las primeras conferencias mundiales sobre educación médica las coordinaba la Asociación Médica Mundial. Esta asociación sostuvo la organización de un comité permanente sobre educación médica desde 1950 hasta 1982. Después se promovió la integración de escuelas y facultades de medicina junto a la organización estudiantil, la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA), que se asociaron a OMS para crear la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) en 1972.

En 1985, la WFME convoca a sus organizaciones integrantes a la Conferencia Mundial sobre educación Médica celebrada en la ciudad de Edimburgo. Esta Conferencia ha servido como plataforma para el debate que permitieron abordar los desafíos contemporáneos que enfrenta la educación médica y para promover la innovación y la excelencia en la formación de profesionales de la salud. Como resultado de este encuentro se proclama la Declaración de Edimburgo, “culminación de un proceso de consultas nacionales y regionales que cuestionó la relevancia de la educación médica en el contexto de la política mundial de «Salud Para Todos a través de Atención Primaria de Salud»” (OMS, 1988, 1).

En la Declaración de Edimburgo surgen aportes que establecieron las directrices y objetivos traducibles en acciones concretas a nivel institucional y gubernamental para promover una educación médica de calidad y centrada en las necesidades de la población. Asimismo, explora los desafíos y las oportunidades que enfrentan las instituciones educativas y los sistemas de salud en la implementación efectiva de las políticas y estrategias propuestas en la declaración. Las siguientes son las premisas:

- 1° Ampliar a todos los servicios de salud el ámbito de la educación médica y no dejarla restringida al hospital.
- 2° Tener en cuenta en la elaboración del curriculum de formación las prioridades y los recursos reales disponibles en el país.
- 3° Abandonar los actuales modos pasivos de enseñanza, generando aquellos que aseguren que se despierta, en los futuros profesionales, la capacidad y la necesidad de continuar el aprendizaje por sí mismos durante toda la vida.
- 4° Asegurar que lo que denominamos competencia profesional tenga como fundamento los valores y el análisis social y no la retención de información.
- 5° Primar en los maestros la excelencia educativa tanto como las excelencias específicas o técnicas.
- 6° Dar el énfasis primordial a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

7° Integrar la educación práctica con la científica utilizando para ello la comunidad como escenario.

8° Incluir la evaluación de las cualidades sociales de la persona como tal, en la selección de los futuros estudiantes (Federación Mundial para Educación Médica, 1988).

Los ocho postulados son una manifestación implícita que vincula la educación médica con los elementos constituyentes de la APS. Sin embargo, informes posteriores sostuvieron que las premisas no resultaron suficientes, por lo que surge la de un nuevo encuentro, que constituye la Segunda Conferencia de Edimburgo en 1994.

Por su parte, diversas facultades y escuelas de medicina de América elaboraron un documento para exponer los vacíos que produjo la primera declaración, lo que derivó en la presentación de argumentos más sólidos en la segunda conferencia. Allí se priorizaron los aspectos que integran las dimensiones educativas, como el plan de estudios universitario, los efectos individuales de la práctica profesional y la expansión de los entornos de formación institucional. Sin embargo, esta aproximación impidió resaltar adecuadamente la naturaleza y las características específicas de las interacciones entre el proyecto educativo y el contexto sociosanitario (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, 1994). La presencia en América Latina, según este documento, afirma:

Es en ese contexto que las escuelas y facultades de medicina de América Latina concurren a Edimburgo. No son espectadores indiferentes ante ese complejo escenario. Existe preocupación y esta reunión podría ser una oportunidad propicia para la reflexión y el análisis objetivo y sereno de las ideas, la acción y el compromiso de las facultades para con las sociedades de América Latina (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, 1994, p.8).

Ante el escenario de la segunda Conferencia de Edimburgo, se prepararon diferentes fundamentaciones que atendían las distancias conceptuales y propuestas de la primera declaración de Edimburgo. Así visto, el documento refiere:

Edimburgo puede ser una oportunidad para que las escuelas definan un nuevo compromiso social que rescate su función institucional y les otorgue renovada legitimidad. Puede ser también la oportunidad para generar un nuevo modelo científico biomédico y social que proyecte y fundamente un

nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la comunidad. Asimismo, puede constituirse en un espacio para debatir y redefinir una nueva ética (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, 1994, p.15)

Recuperando los fundamentos que necesita la región respecto a la educación médica, reconoce las condiciones que permitan “construir otro modelo científico, integral e integrador, que por medio de estrategias de trabajo interdisciplinario y del diálogo entre distintos saberes, pueda ayudar a redefinir las relaciones entre la práctica y la educación médicas” (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, 1994, p.15).

Es de interés destacar que la fundamentación de las currículas de educación médica que se inscriben actualmente, toman este marco para delinear el posicionamiento que adopta el perfil de formación que llevan adelante. Las Conferencias de Edimburgo cubren las discusiones sobre educación médica, proporcionando un análisis respaldado por la investigación y la evidencia relevante hasta ese momento. Además, contribuye de manera significativa a la argumentación general de las currículas de educación médica orientadas o basadas en la comunidad que reconocen estos encuentros como un punto de consenso.

En el año 2005, la OPS convocó al encuentro denominado “Llamado a la acción de Toronto, hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas”. Este evento no sólo reúne a líderes y expertos en salud de toda la región, sino que también representa un compromiso colectivo hacia una década de dedicación y acción en este esencial sector. Reconociendo la importancia de contar con profesionales de la salud bien capacitados y motivados, el Llamado a la Acción de Toronto impulsa la colaboración internacional, la inversión estratégica y la implementación de políticas efectivas para garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud en todas las comunidades de las Américas. Particularmente se subraya el siguiente desafío crítico:

Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2005, p.3).

A su vez, para responder a la carencia, se especificaron las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, en la 23 Conferencia Sanitaria Panamericana en conjunto con la 59 sesión del comité Regional:

El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán orientado su formación hacia la atención primaria de la salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional (Organización Panamericana para la Salud, 2007, p.9).

Los puntos de acuerdo de esta conferencia abogan por la elaboración de planes nacionales de acción en salud, con objetivos claros, indicadores adecuados y sistemas de seguimiento orientados a fortalecer la atención primaria y pública, así como a garantizar el acceso equitativo a comunidades desatendidas. Además, se insta a comprometerse con los objetivos del Plan Regional de Acción de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, fomentando la cooperación técnica y financiera entre los países para su apoyo (Organización Panamericana para la Salud, 2007). Por último, se distingue la influencia del documento sobre la Renovación de la APS (Organización Panamericana de la Salud, 2007), donde los Estados integrantes de la OPS/OMS afirman la necesidad de estrechar la mirada en los equipos de salud, considerándolos componente central que sostiene y garantiza el sistema basado en APS. Este documento sostiene que los programas de educación médica deben incorporar de manera efectiva los conceptos de APS renovada en sus currículos y metodologías de enseñanza. Esto implica no sólo familiarizar a los estudiantes con los principios estratégicos de la APS, como la atención centrada en la persona, la orientación comunitaria y la atención integral, sino también fomentar habilidades prácticas para trabajar en entornos de atención primaria. Asimismo, se subraya la importancia de establecer alianzas colaborativas entre las instituciones educativas y los servicios de salud para garantizar una formación médica que responda a las necesidades y realidades de las comunidades en las que están insertas.

Este enfoque integrado es revitalizado en el documento en un contexto de aplicación heterogénea en la región del modelo de atención y educación en APS, con experiencias diversas y resultados que obligan a una mayor alineación. Se advierte que la Renovación de la APS moviliza transformaciones profundas en la gestión y atención y señala la importancia de la “construcción de alianzas para el cambio” (OPS, 2007) entre

las instituciones, algo ya reflejado en diferentes eventos y autores que han contribuido a la temática.

3.4. De los fundamentos de la APS a la currícula de educación médica

En sintonía con la línea histórica de la educación médica, es importante reconocer la evolución de estrategias de educación médica en el ámbito de la atención primaria de salud. Al definir el modo en que la educación médica se orienta, subyace el consenso acerca de la estructura del curriculum que adoptara. Este consenso debe reflejar una alineación entre el perfil profesional que se aspira a formar, los espacios educativos, las metodologías de enseñanza y aprendizaje, y la dimensión didáctica. Estos elementos —que configuran la interfaz de esta investigación— ejercen un movimiento continuo, vinculado al contexto territorial en el que se insertan, y requieren de revisiones periódicas para encontrar un marco epistemológico que los sustente.

En la literatura, diferentes modelos son definidos con diferencias y semejanzas en su estructura: educación médica orientada hacia la comunidad (EMOC), la educación médica centrada en la comunidad (EMCC) y la educación médica basada en la comunidad (EMBC). Todas estas coinciden en la importancia de diseñar un perfil profesional acorde a las necesidades y características de los sistemas de salud de la región. Sin embargo, resulta interesante remarcar sus diferencias para precisar la delimitación terminológica de la presente investigación.

En 1987, se realizó un encuentro organizado por la OMS, el cual derivó en la publicación del documento “La educación del personal de salud centrada en la comunidad”. Se basa en el análisis bibliográfico y descripciones inéditas de programas de enseñanza para profesiones de la salud, centrado en la educación comunitaria, aporta definiciones conceptuales sobre el modelo de educación centrada en la comunidad, que motivaron los planes curriculares de entonces.

La educación centrada en la comunidad no es, pues, un fin en sí misma coma sino un medio, por una parte, para que el personal de salud esté en condiciones de

responder a las necesidades de salud de la población y, por otra parte, para mejorar los sistemas de atención sanitaria por conducto de la educación del personal sanitario tanto en los países en el desarrollo como en los países industrializados. Nunca debería pasarse por alto la importancia del concepto amplio de la orientación comunitaria; se trata de un enfoque integral para garantizar que el personal de salud pueda desempeñar con idoneidad las tareas requeridas por las necesidades de salud de la población (Grupo de Estudio de la OMS, 1987, p.6).

A su vez, realiza una diferenciación conceptual entre dos términos que no interpreta como sinónimos: la educación orientada a la comunidad y la centrada en ella, con una visión sobre la educación de las profesiones del equipo de salud, no exclusiva de la educación médica. El primer término está definido como aquel que prioriza grupos poblacionales como también a las personas, y destaca la importancia de que los programas educativos en salud estén orientados hacia las necesidades de la comunidad, adopten un enfoque preventivo y promocional de la salud, y se comprometan con la meta de mejorar la salud de todos los individuos. Luego define:

La educación centrada en la comunidad es un medio para que sea relevante a las necesidades de la comunidad y coma en consecuencia, para ejecutar un programa de aprendizaje centrado en la comunidad. Se compone de actividades que emplean ampliamente a la comunidad como contexto de aprendizaje, en las cuales no sólo los estudiantes, sino también los profesores, los miembros de la comunidad y los representantes de otros sectores participan activamente en toda la experiencia educacional (Grupo de Estudio de la OMS, 1987, p.9)

Este modelo que involucra el aprendizaje centrado en la comunidad como enfoque que reconoce y valora el contexto comunitario como un recurso estratégico para el desarrollo de habilidades, conocimientos y valores en los estudiantes.

Puede decirse que un programa de educación, o un plan de estudios está centrado en la comunidad sí durante todo el periodo lectivo se compone de un número apropiado de actividades de aprendizaje en una variedad equilibrada de contextos educacionales; por ejemplo, tanto en la comunidad como en diversos servicios de atención de salud de todos los niveles, incluido el hospital del tercer nivel. La distribución de las actividades de aprendizaje centrado en la comunidad en todo el curso el plan de estudios es una característica esencial de un programa de atención centrado en la comunidad (Grupo de Estudio de la OMS, 1987, p.10).

El documento describe una serie de principios básicos de la educación centrada en la comunidad, se destacan los siguientes:

- Las actividades deben introducirse en una fase muy temprana de la experiencia educacional;
- Deben continuar durante todo el programa de educación;
- Se las debe considerar, no como experiencia periférica o casuales, sino como un elemento común, integral y continuo del proceso educacional:
- El trabajo de los estudiantes durante el periodo de capacitación debe ser un trabajo real, vinculado con sus necesidades educacionales, y debe formar parte de los requisitos exigidos para obtener el diploma. (OMS, 1987)

Igualmente significativo se configura el modelo de educación médica orientada hacia la comunidad (EMOC). El Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud de la OPS propone una reforma en la formación médica en la región. Esto implica una educación orientada hacia la comunidad y la atención primaria de salud, con un enfoque generalista que incluya contenido de salud pública y familiar, así como un énfasis en competencias técnicas, sociales y éticas. Este proyecto busca establecer bases para discutir y definir objetivos comunes para una reforma integral de la formación médica y así abordar los desafíos planteados.

La propuesta de EMOC parte de un común denominador con Estados Miembros y facultades y escuelas de medicina que buscan construir estrategias conjuntas para mejorar la salud de la población. La correspondencia educación-sistema de salud guió la promoción de iniciativas conjuntas mediadas por la publicación de documentos que permitieron socializar y sentar las bases de este modelo. El primero de ellos aborda la composición de los equipos de salud y las competencias necesarias para trabajar en función de los valores, principios y elementos de la APS. El segundo, la formación del médico:

Un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque biopsicosocial ambientalista, con la atención primaria de salud como estrategia y eje transversal de su formación (OPS, 2008, 38)

A su vez se destaca, en este modelo, las siguientes competencias básicas a desarrollar durante el proceso formativo:

- Adecuar su práctica profesional a la definición del sistema de salud de su país y de acuerdo al contexto donde trabaja para prevenir y resolver los problemas de salud
- establecer relaciones de respeto y confianza para dialogar y negociar con los ciudadanos barra comunidad, equipos de salud comunidades y otros sectores, respetando la diversidad cultural
- comprender el ciclo vital
- trabajar en equipo y desarrollar liderazgo con el resto del equipo de salud y la comunidad
- manejar la incertidumbre hombres y los cambios y
- generar su propia capacidad de autoaprendizaje

Por último, se especifica el modelo de educación médica basada en la comunidad (EMBC), que emerge como diseño que comparte similitudes con los otros enfoques mencionados anteriormente; sin embargo, su distinción radica en su marco conceptual específico y sus aportes terminológicos que lo distinguen. Al igual que otros modelos, la EMBC reconoce la importancia de la experiencia práctica y la interacción directa con la comunidad en el proceso de formación de profesionales de la salud. Según la OMS:

La educación basada en la comunidad es un medio para lograr adecuación educativa a las necesidades de la comunidad y, en consecuencia, para implementar un programa educativo orientado a la comunidad. Consiste en actividades de aprendizaje que utilizan ampliamente a la comunidad como entorno de aprendizaje, en el que no sólo los estudiantes sino también los profesores, miembros de la comunidad y representantes de otros sectores participan activamente a lo largo de la experiencia educativa. Dependiendo de cómo esté distribuida la población de un país, el entorno de aprendizaje puede ser una comunidad urbana, aunque en la actualidad la mayoría de la población de los países en desarrollo vive en zonas rurales. De hecho, la educación comunitaria puede llevarse a cabo dondequiera que

viva la gente, ya sea en una zona rural, suburbana o urbana, y dondequiera que pueda organizarse. (OMS, 1987, 8)

Por su parte, Magzoub y Schmidt lideran una serie de modelos educacionales basados en la comunidad. Dicen al respecto:

Consiste en actividades de aprendizaje que utilizan ampliamente la comunidad como un entorno de aprendizaje en el que no sólo los estudiantes, sino también los profesores, miembros de la comunidad y representantes de otros sectores participan activamente durante toda la experiencia educativa (Magzoub & Schmidt, 2000, p.699).

Venturelli (1997), además de reforzar la integración entre las ciencias básicas con la clínica en forma permanente y durante toda la trayectoria formativa, sostiene la importancia del método basado en el aprendizaje basado en problemas (ABP), el autor define:

El aprendizaje de temas aislados no permite analizar situaciones. Los problemas, al establecer el análisis como método permanente, dan un entrenamiento analítico y llevan a la búsqueda de información relevante, que se fija mejor en patrones educacionales más válidos que los exámenes tradicionales, ya que son los que corresponden a los contextos reales de los problemas de salud. Los problemas son el trampolín que permite integrar y estudiar según necesidades concretas. Llevan a un resultado que se coteja con la realidad, el que debe ser, por lo tanto, eficaz y eficiente. También se confronta con la realidad de los problemas diarios, con sus dificultades éticas y la complejidad objetiva del medio en el que el estudiante se encuentra inserto (Venturelli, 1997, p. 14-15).

Este modelo resulta superador en cuanto permite el análisis permanente, la búsqueda de información relevante, la integración del conocimiento y la confrontación con la realidad de la práctica comunitaria. Por otro lado, Borrell Bentz refiere a los procesos de innovación curricular que desencadenaron las apreciaciones teóricas que definen uno u otro modelo:

El currículo basado en la comunidad (PAC) es considerado como un método educativo novedoso de enseñanza, los cuales se ponen en práctica enviando a los alumnos de primer o segundo año a un centro de salud no hospitalario durante un período breve, requiriendo que el alumno participe en “proyectos” en y con la

comunidad. Desde 1979 existe una red de instituciones educativas orientadas hacia la comunidad, a la cual se han adherido desde entonces más de 200 escuelas de todo el mundo, incluidas muchas de América Latina (Borrell Bentz, 2005, p.29).

En nuestro país, varias experiencias se reconocen como parte de las modificaciones curriculares que dieron lugar a estas currículas con carácter innovador, que capturan los preceptos del ABP y de la incorporación de otros espacios educativos, particularmente el centro de salud. En todos los modelos, subyace el paradigma educativo que los guía, entendiendo que la implementación de este enfoque ha variado significativamente entre instituciones y momentos de instalación de programas de educación médica, coexistiendo, en algunos casos, currículas tradicionales con innovadas. Respecto de las dificultades del modelo en su ejecución efectiva, Byrne y Rozental refieren:

Se necesitan puntos de referencia para guiar los importantes cambios que la educación médica debe experimentar para satisfacer las necesidades presentes y futuras del sistema de atención de la salud y las expectativas de la sociedad sobre la atención y la práctica médicas. Las recomendaciones de que se reoriente la educación médica hacia una mayor relevancia social y eficiencia en el proceso de aprendizaje, así como de que las escuelas de medicina sean consideradas más responsables por la mejora del cuidado de la salud deben ir apoyadas por indicadores y criterios de planificación y evaluación (Byrne & Rozental, 1994, p.82).

Al reorientar la educación médica hacia una mayor relevancia social y su influencia en el aprendizaje, y al considerar a las escuelas de medicina responsables de mejorar el cuidado de la salud, se reconoce la importancia de los espacios educativos en la formación médica. En estos espacios no sólo sucede la adquisición de conocimientos y habilidades clínicas, sino también se desarrolla una identidad formativa, una serie de competencias sustantivas del modelo de formación, aptitudes para comprender la realidad, la experiencia en primera persona de la importancia del primer nivel de atención, como así también la interpretación de las necesidades y desafíos reales que enfrenta la atención médica en la práctica en una comunidad.

Entre las dificultades que aún persisten, se encuentra la resistencia al cambio en los sistemas de salud establecidos, arraigados en modelos de educación más tradicionales y centrados en la enfermedad, una ruptura epistemológica que se encuentra en la reconsideración de la educación médica y en la adopción de una perspectiva más amplia que integra aspectos sociales, comunitarios y subjetivos en la formación de profesionales de la salud y en la mejora de los sistemas de salud. Además, la falta de recursos financieros y humanos adecuados limita la capacidad de las instituciones de salud para adoptar y mantener los principios y prácticas de la APS renovada. Asimismo, la diversidad de contextos socioeconómicos, culturales y políticos en los que se implementa la APS presenta desafíos adicionales, ya que las estrategias deben adaptarse para satisfacer las necesidades específicas de cada comunidad.

CAPÍTULO 4: ENSEÑANZA Y APRENDIZAJES SITUADOS EN LA EDUCACIÓN MÉDICA BASADA EN LA COMUNIDAD: EL ENFOQUE DESDE EL CURRÍCULUM Y LA DIDÁCTICA

En este apartado se presenta una selección de aspectos del concepto del currículum que se anticipan con cierta complejidad y pluralidad en su significado. Es de particular interés establecer una relación entre las elaboraciones teóricas acerca del currículum y los aspectos prácticos que se deciden a partir y a través de este, lo que proporciona un marco crítico para examinar cómo se diseñan, implementan y evalúan los planes de estudio en el contexto específico de la educación médica.

A lo largo de este capítulo se aborda su naturaleza multifacética, explorando las diferentes perspectivas que lo definen y contextualizan como tributarias del análisis de lo que sucede en la educación médica al adoptar una currícula con carácter situado. Para ello, se recuperan autores relevantes que vienen del campo de la educación en general y de la educación médica en particular, que ponen de manifiesto su heterogeneidad. De esta manera, los posicionamientos teóricos acerca del currículum permitirá, por un lado, identificar algunos elementos relevantes que modelizan la experiencia que sucede en el centro de salud y, por otro, a aquellas variables que resultan pertinentes en la investigación.

Por otra parte, la didáctica ha permitido la problematización de la realidad educativa, a la vez que, con la participación de los actores educativos, promueve la transformación social. Sus definiciones conceptuales y prácticas aportan otras categorías y variables para analizar el objeto de esta investigación. Es a través de la didáctica la integración teórico-práctica, que busca adquirir conocimientos teóricos y desarrollar habilidades prácticas y competencias clínicas que puedan aplicar en situaciones reales en la comunidad.

4.1. Enfoques teóricos sobre el currículum: desde el campo de la educación a la educación médica

Si el curriculum, evidentemente, es algo que se construye, sus contenidos y sus formas últimas no pueden ser indiferentes a los contextos en los que se configura

(Gimeno Sacristán, 1998, p.23)

Tal como ocurre en la definición de espacio educativo, donde se sostiene la influencia de diferentes ciencias y corrientes teóricas, el término curriculum reconoce en su historicidad la relevancia que fue adquiriendo como disciplina.

El campo del currículo se fue construyendo como un saber multidisciplinario con elementos de la sociología, la historia, la administración y la economía, para fundamentar los planes de estudio, así como de la psicología y la didáctica, para las propuestas de programas. Estas finalmente se combinaron con aportaciones de la antropología y de los desarrollos de los saberes micro (historias de vida, micro sociología) para dar cuenta de lo que acontecía en el aula. A todo ello se agregó una visión epistemológica y filosófica que busco elucidar el valor conceptual del campo y derivar conceptos de este hacia alguna de sus vertientes (Díaz-Barriga, 2015, p.25).

La figura de Gimeno Sacristán es ampliamente reconocida como uno de los referentes críticos más importantes en la historia contemporánea de la educación. Sus trabajos germinaron para configurar las bases del conocimiento del currículo como un fenómeno dinámico y multifacético, desde sus publicaciones iniciales hasta hoy, explorando críticamente las complejidades del proceso educativo: “Toda esa complejidad nos avoca a considerar que la teoría del currículo es una metateoría que engloba discursos teóricos generados en otros territorios de la educación e incluso fuera de ella” (Gimeno Sacristán, 2010, p.12).

Sus obras se retroalimentan entre sí, sosteniendo y ampliando su visión conceptual entre las mismas. Gimeno refiere a la importancia de explorar tanto la dinámica interna de la educación como la manera en se puede influyen en ella para alcanzar los objetivos. Tal como sucede en la educación médica basada en la comunidad, el proceso educativo se esgrime hacia objetivos específicos, por ello comprender su importancia dentro de la interfaz resulta significativo. El autor defiende la idea que “comprender y guiar la educación son dos componentes básicos entrelazados del saber sobre lo educativo”

(Gimeno Sacristán, 1998, p.20). Retomando los aspectos tratados en la línea histórica de la formulación de currículas de educación médica con orientación comunitaria y siguiendo a Gimeno es menester “saber por qué las cosas como son y al saber cómo conviene que se haga para lograr finalidades apetecibles” (Gimeno Sacristán, 1998, p.20).

El autor profundiza en la idea de que el currículum es un constructo complejo que refleja las aspiraciones y valores de una sociedad en un momento dado. En su argumento más sostenido afirma que reflexionar sobre el currículum implica adentrarse en la esencia misma de la práctica educativa, analizando no solo qué se enseña, sino también cómo se enseña y cómo esta enseñanza influye en la cultura y la identidad de la sociedad. Además, sostiene que comprender sus dimensiones permite convertirla en una herramienta teórica para explicar este mundo educativo, también regula las prácticas pedagógicas (Gimeno Sacristán, 1998).

Asimismo, sostiene que el curriculum es mucho más que una simple lista de contenidos educativos ya que toda la práctica pedagógica gravita en torno él (Gimeno Sacristán, 1998). Además, resalta que la vinculación entre los principios del curriculum con su implementación práctica es lo que materializa el significado del curriculum. Varias de sus obras contienen fundamentos que analizan la relación curriculum-texto, examina cómo los principios y objetivos se traducen y reflejan en los materiales educativos concretos utilizados en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Esta conexión curriculum-texto, debe plantear ciertas consideraciones, según el autor:

En la medida que el texto-currículum es explícito, podemos discutirlo, diseñarlo conscientemente, elegirlo, cambiarlo, comprobar cómo se realiza, etc., pero sin olvidar que hay un texto-tejido encarnado y siempre real en la acción, porque el sentido, la orientación y el contenido es inherente a toda acción humana. Para darle una expresión que distinga esta peculiaridad, hemos diferenciado el currículum implícito u oculto del explícito (Gimeno Sacristán, 2005, p.110).

Esta diferenciación permite reconocer aspectos que atraviesa el problema de investigación aquí tratado, por un lado aquello que el autor denomina el currículum explícito es el que se plasma en documentos formales y refleja lo que se desea que suceda en el proceso educativo, por otro el currículum implícito se manifiesta en las prácticas y

acciones reales, y está lleno de significados que no pueden ser totalmente contemplados en el currículum explícito, la experiencia en los centros de salud transita entre ambos conceptos. El currículum explícito es una expresión de intenciones y contenidos, pero los resultados reales de las acciones educativas son la realidad y dependen de múltiples factores que atraviesa la experiencia educativa, por lo que el currículum explícito solo puede ser considerado como una guía o una *partitura* que necesita ser traducida en práctica por los actores educativos (Gimeno Sacristán, 2005).

Interesa destacar que el autor problematiza esta relación entre curriculum y las diferencias que surgen entre lo que se enseña y lo que se aprende, así como entre las intenciones declaradas de los educadores y sus prácticas reales.

Ésta es una formulación de uno de los principios de “la sospecha epistémica” en el pensamiento pedagógico: la enseñanza no equivale al aprendizaje, las intenciones no siempre se corresponden con las prácticas, lo que queremos o decimos que hacemos puede tener escaso reflejo en lo que en realidad hacemos (Gimeno Sacristán, 2005, p.112).

Al considerar la dimensión práctica del currículum, se advierte la necesidad de examinar su configuración tanto en las actividades prácticas dentro del aula como en otros entornos de aprendizaje. La intrincada naturaleza de la configuración curricular de las prácticas revela una red de aspectos que reconocen implicancias mutuas. Gimeno Sacristán profundiza en las inquietudes y desafíos que enfrentan los educadores en la implementación práctica de los planes de estudio, refleja su preocupación por la brecha entre los ideales educativos y la realidad en las aulas, y su búsqueda continua de soluciones para optimizar la experiencia de enseñanza y aprendizaje en el contexto cambiante de la educación contemporánea. Tal como ocurre en la educación médica basada en la comunidad, donde la propuesta curricular es clara, pero se advierte una distancia con la experiencia propiamente dicha.

Un segundo aspecto destacado del curriculum es que se encuentra atravesado por ciertas condiciones que definen su contenido. “Si el curriculum, evidentemente, es algo que se construye, sus contenidos y sus formas últimas no pueden ser indiferentes a los contextos en los que se configura” (Gimeno Sacristán, 1998, p.23).

La relevancia de interpretar la estructura de la práctica implica examinar cómo se llevan a cabo las actividades de enseñanza y aprendizaje en diferentes contextos educativos, en el aula, en los laboratorios, en el centro de salud. Refiere en términos de “el currículum como concurrencia de prácticas”:

Desde un enfoque procesual o práctico, el currículum es un objeto que se construye en el proceso de configuración, implantación, concreción y expresión en unas determinadas prácticas pedagógicas y en su misma evaluación, como resultado de las diversas intervenciones que operan en el mismo su valor real para los alumnos que aprenden sus contenidos depende de esos procesos de transformación a que se ve sometido (Gimeno Sacristán, 1997, 119)

Afirma que “todo aprendizaje relevante es en el fondo un proceso de dialogo con la realidad social y natural o con la realidad imaginada” (Gimeno Sacristán, 2008, 113). Alineada con la visión del perfil formativo que busca la educación médica basada en la comunidad, la experiencia en el espacio educativo del centro de salud busca tomar contacto con la realidad desde una visión de la salud-enfermedad, teniendo como mediador el proceso reflexivo de lo que sucede. Más aun, tal como refiere la presentación del plan de estudios de la UNAJ, promover la experiencia del estudiantado en primera persona en el centro de salud y la comunidad, busca que el contacto con la realidad social lo interpele para alcanzar un razonamiento crítico y contextualizado de la experiencia.

Desde la acepción práctica del currículum, en el contexto de la educación médica basada en la comunidad, este modelo debe adoptar una configuración que permita reflejar los principios y valores indispensables de la APS, así como proporcionar una base sólida para el abordaje de situaciones concretas de salud, que sostengan prioritariamente las necesidades de salud de la comunidad de manera integral y efectiva. Se trata de comprender mejor cómo se traducen los objetivos educativos en experiencias de aprendizaje significativas y relevantes para los estudiantes, tal como se espera de la educación médica basada en la comunidad cuando se configuran las experiencias tempranas en los centros de atención primaria de la salud.

Los actores del proceso educativo que integran esta comunidad organizativa son quienes, dentro de la intersección, se comportan como componentes esenciales del

curriculum. Este enfoque teórico reconoce el rol profesor como diseñador y facilitador del proceso educativo.

Resumiendo, Gimeno Sacristán desarrolla una comprensión cultural del curriculum, donde todos los elementos que lo componen configuran la experiencia educativa en sí misma. Sin embargo, esto demanda una continuidad entre la vida social y cultural y la vida en la escuela (Gimeno Sacristán, 2008).

4.2. La didáctica como disciplina en la educación médica basada en la comunidad

Este apartado se adentrará en la influencia de la didáctica en la EMBC, explorando sus componentes, desafíos y perspectivas de autores que se han seleccionado para tal fin. Esta integración no sólo influye en la calidad de la propuesta formativa, sino que también enfrenta una serie de desafíos inherentes a la naturaleza dinámica y diversa al abordar una currícula que tome la realidad social como parte de su estructura.

Alicia Camilloni es una referente en el campo de la didáctica, y sus aportes conceptuales resultan enriquecedores para el objeto de estudio del presente trabajo. La autora sostiene que, para argumentar sólidamente las decisiones y métodos pedagógicos, es imprescindible fusionar los conocimientos provenientes de diversas áreas disciplinarias; además advierte la importancia que la reflexión debe ser un componente constante en todas las actividades relacionadas con la enseñanza, afirmando que es necesario disponer de una teoría didáctica madura, robusta, rigurosa y adaptable (Camilloni, 2007). Define a la didáctica como:

Una disciplina teórica que se ocupa de estudiar la acción pedagógica, es decir, las prácticas de la enseñanza, y que tiene como misión describirlas, explicarlas y fundamentar y enunciar normas para la mejor resolución de los problemas que estas prácticas plantean a los profesores. Como tal, no puede permanecer indiferente ante la opción entre diversas concepciones de educación, de enseñanza, de aprendizaje y ante el examen crítico de los alcances sociales de los proyectos de acción educativa (Camilloni, 2007, p.22).

La autora subraya la amplitud de los campos de acción de la didáctica, que van desde la planificación curricular hasta la creación de materiales de enseñanza, el uso de tecnologías educativas, la evaluación de aprendizajes y la evaluación institucional. Esto resalta la importancia y la complejidad del rol del docente y el diseño que adopta la currícula en el proceso educativo, así como la necesidad de una formación sólida en didáctica para abordar estos desafíos de manera efectiva (Camilloni, 2007).

La diferenciación conceptual entre didáctica general y específica aporta un gradiente de análisis que reconoce la complejidad en el que se inserta la didáctica, mientras que la didáctica general se centra en los aspectos generales y universales de la enseñanza y el aprendizaje, las didácticas específicas se ocupan de las particularidades y especificidades de áreas o niveles educativos concretos (Camilloni, 2007). Respecto al objeto de conocimiento de la didáctica, la autora afirma:

La didáctica se ocupa de los componentes de la acción y la situación de enseñanza, de las relaciones entre los componentes, de la naturaleza y los alcances de esas relaciones, así como de la incidencia de las variables y rasgos de los factores que se logre identificar y que interactúan en la situación didáctica. (Camilloni, 2007, p.51)

El carácter pragmático de la didáctica se hace evidente, según sus postulados, superando la premisa de describir y explicar; implica un compromiso activo con la práctica educativa. Su objetivo no simplemente ofrecer conocimientos teóricos, sino también proporcionar orientación práctica sobre qué y cómo enseñar para lograr resultados efectivos y satisfactorios en el proceso educativo (Camilloni, 2007). Asimismo, destaca la complejidad inherente a la didáctica, centrada en la visión sobre la práctica, señalando que comprenderla plenamente es un desafío debido a su naturaleza multifacética:

Cuando el propósito de la didáctica es describir y explicar las prácticas de enseñanza, su problema es lograr buenas comprensiones, amplias, completas y profundas, de un fenómeno sumamente complejo. Pero cuando la didáctica asume, además, una responsabilidad sobre la práctica educativa, el problema se agudiza, pues debe ocuparse, además, de intervenir sobre la acción, y ello la coloca ante una tarea riesgosa, pues la acción es una decisión, pero también es una apuesta (Camilloni, 2007, p.217).

Reconocer los desafíos que atraviesan a la didáctica cuando se trata de intervenir en la práctica educativa va más allá de la descripción y explicación, asume, además, el objetivo de mejorarlas y adaptarlas. La didáctica permitirá tomar mejores decisiones en la acción, con el desafío de equilibrar la comprensión teórica con la acción práctica, buscando mejorar lo que se enseña y aprende en el espacio educativo del centro de salud. En términos de experiencia:

La didáctica ha contribuido y contribuye a proveer significados acerca de la enseñanza y de la buena enseñanza, acerca del docente, del alumno y del saber. Ofrece, a través de su discurso, modos de nombrar los objetos y los problemas, de entenderlos y resolverlos, cuyo impacto en la cultura pedagógica es apreciable (Camilloni, 2007, p.117).

Por su parte, dentro de las aportaciones del campo de la didáctica, Edith Litwin (2000) desarrolla cuestiones específicas vinculadas al término *agenda didáctica* del que se desprenden las *configuraciones didácticas*.

Esto implica una construcción elaborada en la que se pueden reconocer los modos como el docente aborda múltiples temas de su campo disciplinar y que se expresa en el tratamiento de los contenidos, su particular recorte, los supuestos que maneja respecto del aprendizaje, la utilización de prácticas metacognitivas, los vínculos que establece en la clase con las prácticas profesionales involucradas en el campo de la disciplina de que se trata, el estilo de negociación de significados que genera, las relaciones entre la práctica y la teoría que incluyen lo metódico y la particular relación entre el saber y el ignorar. Todo ello evidencia una clara intención de enseñar, de favorecer la comprensión de los alumnos y de generar procesos de construcción de conocimiento (Litwin, 2000, p.97).

A su vez, subraya que, frente al análisis de las prácticas educativas, suceden procesos de interpretación desiguales de los actores que lo integran, asumiendo la influencia de esta asimetría en la construcción de significados. Refiere:

Compartir y negociar significados entre los profesores y los alumnos tiene un sentido complementario y asimétrico. La asimetría se da fundamentalmente cuando los profesores suspenden sus conocimientos en aras de la comprensión de los alumnos. No se generan procesos de negociación cuando el docente no acepta la interpretación o la reflexión del alumno, por considerarla errónea (Litwin, 2000, p.105).

Por otra parte, Sanjurjo, reconocida por sus aportes a la pedagogía y la enseñanza desde una mirada crítica, vincula la disciplina didáctica con el espacio educativo —aula— entendiendo que allí ocurren las intenciones concretas de enseñanza y aprendizaje:

Entendemos el aula como un espacio con dimensiones afectivas, sociales, epistemológicas y pedagógicas. Atravesado por múltiples factores que se articulan de maneras muy diferentes, provocando situaciones diversas, lo que impide utilizar recetas. Por ello decimos que la vida en el aula siempre supone un escenario complejo que tiene como una de sus características la multidimensionalidad (Sanjurjo & Trillo, 2008, p.95).

Esta concepción multidimensional del aula representa una ruptura respecto de la visión más tradicional y simplificada, implicando un cambio en la forma en que se concibe y se práctica la enseñanza y el aprendizaje. La "triada didáctica", un concepto destacado por la autora representa la interacción estudiante-docente-contenido que permite orientar el análisis que propone en su obra y que anticipa las dificultades que se presentan cuando todos estos componentes se ponen en juego (Sanjurjo & Trillo, 2008).

Respecto del rol docente, Sanjurjo (2008) afirma que, además de saber el contenido enseñar, debe tener conocimiento acerca del ejercicio de enseñanza y aprendizaje. Los autores formulan los siguientes principios didácticos:

- Si el sujeto que aprende no se “pone en actividad” en el acto de aprender, el aprendizaje no se produce. Aclaremos que no entendemos actividad como reducido movimiento, sino entendida como compromiso, como participación cognitiva en el proceso.
- Es necesario que el docente utilice dispositivos que “pongan en funcionamiento” de las estructuras cognitivas del alumno, que intenten provocar interés, que “enganchen” de tal manera que los alumnos se dispongan a pensar en lo que estamos hablando.
- Para que se produzca el aprendizaje es necesario que el sujeto que aprende interaccione con los contenidos que intentamos enseñarle
- Aprender es un proceso, y como tal requiere tiempo, podemos distinguir etapas, podemos planificarlo y orientarlo (Sanjurjo & Trillo, 2008, p.s. 108-109).

Estos sirven como facilitadores para comprender el aprendizaje y reconocer la importancia de las estructuras cognitivas (con las que cuenta el sujeto y las que pueda

incorporar como nuevas estructuras y por tanto nuevo conocimiento) que actúan como aspectos modalizadores de las decisiones vinculadas a la didáctica. Esta perspectiva científica de la disciplina permite dar cuenta del concepto de aprendizaje significativo:

Entender el aprendizaje significativo como la posibilidad de establecer relaciones sustanciales entre lo que se sabe y lo que se pretende aprender, como el poder otorgar significado algo nuevo a partir de lo que ya se conoce, supone respetar los principios didácticos ya formulados más arriba en relación con el concepto de estructuras cognitivas como redes (Sanjurjo & Trillo, 2008, p.113).

En el marco de analizar el centro de salud como espacio educativo inserto en una currícula de educación médica basada en la comunidad, la didáctica emerge como una disciplina necesaria, actuando como la piedra angular sobre la cual se construyen los procesos de enseñanza y aprendizaje en este espacio educativo vinculado a los entornos comunitarios.

La noción de “transposición didáctica” es definida como “el proceso a través del cual el docente logra que el contenido científico se transforme en contenido a enseñar y en contenido aprendido sin que sea deformado” (Sanjurjo & Trillo, 2008, p.97). Esto es que los contenidos académicos sean adaptados y transformados para ser enseñados en el contexto de un espacio educativo. En el centro de salud, transitan contenidos que deben ser reorganizados y reinterpretados para que sean comprensibles y significativos para la experiencia educativa, tal como venimos mencionando, atendiendo a las particularidades que ofrece el contexto y jerarquizando las competencias formativas que requiere el perfil de educación médica que se busca.

Dada la relevancia de la transposición didáctica para comprender la experiencia en este espacio educativo, la autora refiere:

Para poder llevar a cabo una buena transposición didáctica es necesario que el docente se haya apropiado comprensivamente el contenido, pueda elaborarlo didácticamente -diferenciarlo de otros, organizarlo, relacionarlo, dar buenos ejemplos como hacer buenas preguntas, proponer actividades potentes- y tomé las decisiones didácticas adecuadas al contexto. (Sanjurjo, 2008, 97)

Más aun, vinculada los lineamientos curriculares y las acciones didácticas que definen la experiencia en el centro de salud, el autor distingue:

El conocimiento académico, teórico, científico o técnico solo puede considerarse instrumento de los procesos de reflexión cuando se ha integrado significativamente, no en parcelas aisladas de la memoria semántica, sino en los esquemas de pensamiento más genéricos que activa el individuo al interpretar la realidad concreta en la que vive y sobre la que actúa, y cuando organiza su propia experiencia. (Pérez Gómez, 2000, 417).

Para el modelo de EMBC, el concepto de aprendizaje significativo no es ajeno, presenta implicancias directas en el proceso de enseñanza y aprendizaje que la define. Incluso, en la intersección propuesta entre curriculum, didáctica y espacio, lo que hace a la experiencia educativa son las decisiones de cada parte la que legitima al modelo. La configuración de situaciones de aprendizaje impulsa el desarrollo de competencias específicas que permiten dar cuenta que todo aquello que va a desarrollar el estudiantado en el aula.

Philippe Perreaud, reconocido pedagogo suizo, define a las competencias como “una capacidad de movilizar varios recursos cognitivos para hacer frente a un tipo de situaciones” (2005, p.11) y caracteriza los aspectos que la definen:

1. Las competencias no son en sí mismas conocimientos, habilidades o aptitudes, aunque movilizan, integran, orquestan tales recursos.
2. Esta movilización solo resulta pertinente en situación, y cada situación es única, aunque se lea pueda tratar por analogía con otras, ya conocidas.
3. El ejercicio de la competencia pasa por operaciones mentales complejas, sostenidas por esquemas de pensamiento (Altet, 1996; Perrenoud, 1996, 1998g), los cuales permiten determinar (más o menos de un modo consciente y rápido) y realizar (más o menos de un modo eficaz) una acción relativamente adaptada a la situación.
4. Las competencias profesionales se crean, en formación, pero también a merced de la navegación cotidiana del practicante, de una situación de trabajo a otra (Le Boterf, 1997). (Perrenoud, 2005, p.11)

Adicionalmente, el autor advierte que describir una competencia implica representar tres elementos complementarios: los tipos de situaciones sobre los cuales la competencia otorga cierto control; en segundo lugar, los recursos que son movilizados, tanto los conocimientos teóricos y metodológicos, actitudes, habilidades específicas, entre otros y por último la naturaleza de los esquemas del pensamiento que permiten la movilización y coordinación de los recursos relevantes en situaciones complejas y en tiempo real (Perrenoud, 2005).

Hablar de competencias en el modelo de educación médica basada en la comunidad consiste en valorar la movilización de recursos cognitivos propios del modelo, como conocimientos teóricos, habilidades clínicas, habilidades de comunicación y competencias interculturales, para enfrentar situaciones de salud en contextos comunitarios, como propone Perrenoud. Por su parte, Sanjurjo aporta que “implicar a los alumnos en sus propios aprendizajes y su trabajo, parecería ser, entonces, una competencia didáctica ineludible” (2008, p.133), reconociendo la importancia de involucrar cercanamente a los estudiantes como parte de la tarea docente a los contenidos, tal como lo expresan las premisas de la EMBC.

CAPÍTULO 5: EXPERIENCIA Y REFLEXIÓN: CLAVES EN LA ENSEÑANZA Y APRENDIZAJES SITUADOS DE LA EMBC

La experiencia siempre tiene algo de incertidumbre. Es más, la incertidumbre le es constitutiva. Porque la apertura que la experiencia da es apertura de lo posible, pero también de lo imposible, de lo sorprendente, de lo que no puede ser. Por eso la experiencia siempre supone una apuesta por lo que no se sabe, por lo que no se puede, por lo que no se quiere. La experiencia es un quizá.
(Larrosa, 2006, p.105)

En esta parte se despliegan dos estructuras conceptuales que integran la última dimensión de análisis de la intersección: el concepto de experiencia y de reflexión educativa. Se entiende una complementariedad de ambos conceptos ya que, por un lado, la

experiencia educativa no solo se trata de la adquisición de información, sino de las fuerzas que dan forma a la práctica, impactando en la formación y el desarrollo de sus actores. Por otra parte, la reflexión educativa facilita la comprensión crítica de estas experiencias, promoviendo reconfigurar sus prácticas y conocimientos, contribuyendo a una educación más significativa y contextualizada.

Para la construcción de estos conceptos se han priorizado aquellos aportes de autores que mantienen una estrecha relación con el tema central de la investigación. Esto garantiza que los conceptos y perspectivas seleccionados sean relevantes y contribuyan de manera significativa al análisis.

6.1. Marcos conceptuales para comprender la experiencia

En la literatura, el término experiencia es abordado desde diferentes campos, reconociendo el carácter polisémico de su dimensión teórica. Interesa destacar el concepto de experiencia ligado a lo educativo, ya que contribuye a la especificidad analítica de la intersección que se estudia.

El filósofo y pedagogo español Jorge Larrosa (2006) ha desarrollado una visión interesante y perspicaz sobre la noción de la experiencia. Desde este marco refiere: "la experiencia tiene muchas posibilidades en el campo educativo, tanto posibilidades críticas como posibilidades prácticas, siempre que seamos capaces de darle un uso afilado y preciso (Larrosa, 2006, 87). En su obra (2006) propone una reflexión sobre qué es la experiencia en sí misma, analizar sus características, sus dimensiones y su impacto en las personas, no solo sobre la experiencia, sino también basarse en ella. Para el autor el concepto es una fuente de conocimiento y punto de partida para el pensamiento. En primer lugar, la experiencia según Larrosa (2006) está definida como "*eso que me pasa*", es decir, lo reconoce como un acontecimiento que irrumpe en la vida de las personas y las transforma. Este enfoque rompe con la concepción tradicional de la experiencia como un proceso meramente cognitivo o introspectivo, y la resitúa en el terreno de la interacción con el mundo y los demás. EL autor propone la comprensión de la experiencia a partir de desarmar su postulado "*eso que me pasa*".

Su primera propuesta es definir el primer elemento: “eso” en tres principios que le permiten explicar su magnitud. El denominado "principio de exterioridad" se refiere a que la experiencia implica siempre la aparición de algo o alguien externo a uno mismo, algo que no está en el lugar propio ni bajo el control propio. Esto se relaciona con conceptos como exterior, extranjero, extrañeza, éxtasis y exilio. El "principio de alteridad" establece que lo que se experimenta debe ser algo completamente distinto al individuo, no simplemente otro yo, sino algo radicalmente diferente. En tercer lugar, ubica el "principio de alienación", indica que lo que se experimenta debe ser ajeno y no puede pertenecer o estar previamente capturado por las palabras, ideas, sentimientos, conocimientos, poder o voluntad de las personas. En esencia, la experiencia auténtica se da cuando se enfrenta algo fuera del control y comprensión completa. (Larrosa, 2006).

En segundo término, postula el análisis de la expresión “me”, a la que le atribuye otros significados. Supone, para el autor, que un acontecimiento exterior, algo que ocurre. Pero, además, la experiencia implica que ese acontecimiento afecta a esa persona de forma directa, no solo le ocurre ante ella, sino en ella. El lugar de la experiencia es el individuo mismo, se gesta en las propias palabras, ideas, representaciones, sentimientos, proyectos, intenciones, saber, poder o voluntad (Larrosa, 2006). De la misma manera, el autor postula principios que explican la dimensión del término. El "principio de reflexividad" explica el "me" como pronombre reflexivo. La experiencia es un movimiento de ida y vuelta: un movimiento de ida implica la exteriorización, salir de la propia persona y encontrarse con el acontecimiento; un movimiento de vuelta implica que el acontecimiento puede afectar, “que el sujeto de la experiencia se exterioriza en relación al acontecimiento, que se altera, que se enajena” (Larrosa, 2006, p.90).

Por otro lado, "principio de subjetividad" se refiere a que el lugar de la experiencia es el sujeto; la experiencia es siempre subjetiva. Este sujeto es capaz de dejar que algo le pase, es decir, que algo le ocurra en sus palabras, ideas, sentimientos, representaciones, etc. Se trata de un sujeto abierto, sensible, vulnerable y expuesto. Además, este principio implica que no hay experiencia general o de nadie en particular, sino que cada persona tiene su propia experiencia, de manera única y singular. (Larrosa, 2006)

El "principio de transformación" indica que este sujeto viviendo la experiencia está abierto a su propia transformación, en términos educativos, Larrosa afirma:

De hecho, en la experiencia, el sujeto hace la experiencia de algo, pero, sobre todo, hace la experiencia de su propia transformación. De ahí que la experiencia me forma y me transforma. De ahí la relación constitutiva entre la idea de experiencia y la idea de formación. De ahí que el resultado de la experiencia sea la formación o la transformación del sujeto de la experiencia. De ahí que el sujeto de la experiencia no sea el sujeto del saber, o el sujeto del poder, o el sujeto del querer, sino el sujeto de la formación y de la transformación. De ahí que el sujeto de la formación no sea sujeto de aprendizaje (por lo menos si entendemos aprendizaje en sentido cognitivo), ni el sujeto de la educación (por lo menos si entendemos educación como algo que tiene que ver con el saber), si no el sujeto de la experiencia (pp. 90-91)

Esta solida afirmación del autor permite dar cuenta de lo que busca la investigación en relación con el análisis del proceso de significación de la experiencia que se profundizara en el próximo capítulo, subrayando a este punto el potencial de la experiencia para la transformación de los espacios.

Siguiendo la línea de Larrosa, el ultimo componente destacado de su análisis es el concepto pasa. Para el autor involucra un movimiento de salida de la persona hacia algo exterior, un paso hacia ese "algo" que le acontece. Sin embargo, al mismo tiempo, implica también que algo llega desde ese acontecimiento, que le afecta y transforma. Este movimiento de ida y vuelta presenta rasgos que involucran la incertidumbre y el riesgo, reflejado en el origen etimológico de la palabra "*experienciar*", derivado del término latino "*periri*", que significa peligro. Este aspecto advierte una secuencia, un paso, que el autor identifica como "principio de pasaje", representa el primer sentido de la experiencia (Larrosa, 2006). Respecto al sujeto de la experiencia:

Si la experiencia es "eso que me pasa", el sujeto de la experiencia es como un territorio de paso, como una superficie de sensibilidad en la que algo pasa y en la que "eso que me pasa", al pasar por mí o en mí, deja una huella, una marca, un rastro, una herida. De ahí que el sujeto de la experiencia no sea, en principio, un sujeto activo, un agente de su propia experiencia, sino un sujeto paciente, pasional. O, dicho de otra manera, la experiencia no se hace, sino que se padece. A este segundo sentido del verbo pasar de "eso que me pasa" podríamos llamar "principio de pasión". (Larrosa, 2006, p. 91)

Este sujeto de la experiencia “se abre a la experiencia desde su propia singularidad (...), la suspensión de cualquier posición genérica desde la que se habla, desde la que se piensa, desde la que se siente, desde la que se vive” (Larrosa, 2006, p.104). En este marco, el autor sostiene que la experiencia no está ligada a la acción o la práctica, sino a la receptividad y la sensibilidad del sujeto. “Por eso la experiencia es atención, escucha, apertura, disponibilidad, sensibilidad, vulnerabilidad, exposición” (Larrosa, 2006, p.108). Aunque ocasionalmente la acción o la práctica pueden generar experiencias, estas no siguen la lógica tradicional de la acción, sino que implican una ruptura con dicha lógica.

Por su relevancia, profundidad y utilidad para el análisis y la interpretación de los resultados, se ha seleccionado los aspectos de su obra para abordar el concepto de experiencia que circunscriben al objeto de estudio.

5.2. Acerca de la reflexión de la práctica, rol docente y habitus

Ahora bien, la idea de Gimeno Sacristán acerca de la práctica educativa manifiesta la polisemia del término y aproxima la siguiente definición: “una acción orientada, con sentido, donde el sujeto tiene un papel fundamental como agente, aunque insertado en la estructura social” (1998, p.35). A partir de esta conceptualización, el autor profundiza sobre los aspectos relacionados entre la teoría y la práctica, desde un lugar de congruencia movilizadora entre ambas dimensiones, siendo que la “práctica pedagógica entendida como una praxis implica la dialéctica entre el conocimiento y la acción de cara a conseguir un fin” (1998, p.33).

[práctica y teoría] son, evidentemente, dos comodines del lenguaje cuya significación dispersa complica bastante la manera de entender la relación entre ambos. Su emparentamiento puede significar cosas y plantear retos distintos según la acepción que se tenga tanto de la práctica como de la teoría. Esta falta de precisión hace de la relación teoría-práctica un eslogan, una metáfora, una aspiración, un programa difuso, un arma arrojada para descalificarse entre unos y otros, para poner en cuestión o para afianzar una determinada división del trabajo (Gimeno Sacristán, 1998, p.33).

El fragmento advierte una ruptura en cuanto la teoría como la práctica son elementos cuya significación es dispersa y puede ser interpretada de diversas maneras, lo que complica la comprensión de su relación. Esta falta de precisión en la significación de ambos términos lleva a que la relación teoría-práctica se convierta en un concepto ambiguo y difuso, que puede ser interpretado de manera diferente según la perspectiva de cada individuo o grupo.

A su vez, Litwin refiere al concepto de prácticas desde la perspectiva de la enseñanza, bajo la mirada del rol docente:

Presuponen una aproximación personal al acto de enseñar que posibilita a los docentes estructurar el campo de una manera particular y realizar un peculiar recorte disciplinario, fruto de sus historias, puntos de vista, perspectivas y, también, limitaciones. Los docentes llevan a cabo las prácticas en contextos que le dan significado y que se visualizan en planificaciones, rutinas y actividades que dan cuenta de este entramado. Definir las prácticas de enseñanza nos remite a reconocer que cada nuevo estudio de las dimensiones de análisis que se entran en la enseñanza adquiere su significación en una totalidad explicativa e interpretativa, en la que se integran, también las miradas personales (Litwin, 2000, p.78).

Esto implica que cada docente estructura el campo de enseñanza de manera única, influido por sus propias experiencias, creencias y limitaciones. Sin embargo, este reconocimiento puede llevar a cuestionar la objetividad y equidad en la práctica, especialmente si las experiencias y perspectivas personales de los docentes pueden sesgar su enfoque de enseñanza. Se reconoce en este sentido la influencia que el modelo formativo de grado puede tener a la hora de enseñar bajo otra dimensión curricular, tal como ocurre en la EMBC.

En este punto, resulta apropiado explorar el papel del docente en la práctica reflexiva ya que reconocer su complejidad “es necesario se internalice como hábito profesional” (Sanjurjo, 2009, p.29). Se gesta en esta afirmación la noción de *habitus* profesional, el cual lo conceptualiza de la siguiente forma:

(...) actúa como mediador entre los saberes y situaciones que exigen una acción, ya que la acción pedagógica, signada por un alto grado de imprevisibilidad e incertidumbre, no siempre se apoya en los conocimientos teóricos, sino que recurre a formas de internalizadas. La revisión de estos esquemas internalizados posibilita

la construcción de una práctica más coherente con los propios principios y teorías a las que adherimos (Sanjurjo, 2009, p.31).

Perrenoud (2005) a su vez afirma que “desarrollar una postura reflexiva significa formar el habitus, fomentar la instauración de esquemas reflexivos” (p.79). Desde una visión crítica del rol docente acerca de la importancia que tienen los procesos de reflexión de las prácticas, sostiene:

Determinados esquemas activan nuestros saberes declarativos o procedimentales, en particular cuando tenemos tiempo de tomar un poco de distancia, de analizar y de razonar. Sustentan las interrelaciones, las inferencias, los ajustes a una situación singular, las transposiciones, etc., en definitiva, todas las operaciones de contextualización y de razonamiento sin las que un saber no podría guiar la acción. Por este único motivo, es importante formar el habitus, mediación esencial entre los saberes y las situaciones que exigen una acción (Perrenoud, 2005, p.79).

El autor apela al concepto de esquemas cognitivos “de reacción, de apreciación, de percepción y de decisión del enseñante” (Perrenoud, 2005, p.81) que le permiten al rol docente reconocer las rupturas que le trae el desarrollo de la práctica, promoviendo el habitus, que surge, según Perrenoud de un pacto basado en los siguientes preceptos:

Preguntarse para qué sirven los saberes en la acción, cuáles son las mediaciones entre ellos y las situaciones; Aceptar la idea de que dicha mediación no está asegurada por otros saberes, sino por esquemas, que forman conjuntamente un habitus.; Admitir que dicho habitus permite a menudo actuar «sin saberes», que no significa «sin formación» (Perrenoud, 2005, p.81).

A partir de responder a estas premisas, el autor defiende la idea de la formación, en clave de entrenamiento regular, como momento clave para el habitus que puede tomar diversas formas tales como un trabajo práctico o escenarios de simulación.

Retomando el análisis de la reflexión en relación teoría-práctica, los aportes de Freire resultan imprescindibles. Ha tenido una profunda influencia en el campo de la educación, especialmente en el ámbito de la pedagogía crítica y la educación popular; revolucionó el pensamiento educativo al proponer un enfoque centrado en la concientización y la liberación de los oprimidos a través de la educación.

Freire abogó por un enfoque dialógico en el que los educadores y los estudiantes se comprometiesen en un proceso de aprendizaje mutuo y crítico. Enfatizó la importancia del

diálogo, y su concepto de praxis, que combina reflexión y acción, resulta central. Sanjurjo (2009) analiza a Freire y sus aportes:

Si bien es claro que para Paulo Freire la reflexión apunta a conocer, darse cuenta de las relaciones entre el hombre y el mundo, relaciones ocultas para la conciencia mágica, para la conciencia ingenua, ese darse cuenta implica también tomar conciencia de la propia subjetividad, acerca de las posibilidades de reflexionar críticamente sobre el mundo y actual para transformarlo. La conciencia es la capacidad que el hombre tiene de distanciarse de las cosas para hacerlas presentes (p.26).

Para definir una experiencia educativa como significativa, es necesario considerar lo que trasciende al vínculo teoría-práctica, incorporando el proceso de reflexión que ocurre en esa relación que da cuenta de su importancia al comprender las implicancias del acto educativo.

La reflexión como cualidad de la buena práctica, como mecanismo de análisis y mejora de esta, como ejercicio para la formación y perfeccionamiento de los profesores, rescata a la enseñanza del ámbito de las prácticas improvisadas, de la tecnología asentada en leyes científicas externas o del mundo del sometimiento pasivo a las normas dictadas por la burocracia (Gimeno Sacristán, 1998, p.54).

La reflexión se presenta como un mecanismo para analizar y mejorar la práctica, así como un ejercicio para la formación y el perfeccionamiento de quienes ejercen el rol docente. Esta perspectiva rescata a la enseñanza de la improvisación y del sometimiento pasivo a las normas externas que identifica el autor. En definitiva, implica un cambio en la forma en que se concibe la enseñanza, reconociendo la importancia de la reflexión y la autonomía del docente en la toma de decisiones pedagógicas.

Para Pérez Gómez (2000), la reflexión en la acción implica “un proceso de inmersión consciente del hombre en el mundo de su experiencia, un mundo cargado de connotaciones, valores, intercambios simbólicos, correspondencias afectivas, intereses sociales y escenarios políticos” (p.417). Advierte la naturaleza distintiva de la reflexión como una forma de conocimiento que implica un proceso sistemático de análisis y la elaboración de una propuesta integral que guía la acción. La reflexión no se limita a la mera observación o adquisición de información, sino que requiere una evaluación crítica y una síntesis que abarque múltiples aspectos de una situación o problema. Además, enfatiza la

conexión entre la reflexión y la acción, sugiriendo que la reflexión informada y profunda puede orientar las acciones (Pérez Gómez, 2000). Su argumentación respecto a este rasgo respalda lo siguiente:

La reflexión así desarrollada es una forma de practicar la crítica con el objetivo de provocar la emancipación de las personas, cuando descubren que tanto el conocimiento como la práctica educativa son construcciones sociales de la realidad, que responden a intereses políticos y económicos contingentes a un espacio y a un tiempo y que, por tanto, pueden cambiarse históricamente. (Pérez Gómez, 2000, 421)

Otra vinculación sustantiva con la experiencia y práctica reflexiva, resulta de relacionar estos aspectos con la didáctica, permitiendo a los docentes comprender en mayor medida la complejidad del proceso de enseñanza-aprendizaje y las múltiples variables que lo influyen. El campo de la didáctica refuerza la idea de la centralidad que presenta la experiencia en términos educativos. Camilloni sostiene que: “las didácticas necesitan apoyarse con más decisión y rigor conceptual en las teorías de la experiencia, de la acción y de la actividad para poder entablar diálogos fructíferos entre ellas y entre la teoría y la práctica” (Camilloni, 2016, p.30).

A su vez, Perrenoud (2006) aporta:

La noción de «saber hacer» nos remite a dos funcionamientos cognitivos distintos:

- Podemos considerar un (saber hacer» como un saber procedimental que nuestra inteligencia nos permite aplicar; lo compararemos con un «saber lo que hacer», hecho de reglas, técnicas, fórmulas y pasos a seguir.
- Podemos comparar el «saber hacer» con un esquema de acción incorporado, a lo que Vergnaud denomina un «saber-en-acción» que a veces asociados con la expresión «saber hacer allí» (Perrenoud, 2006, p.83).

Esta distinción entre *saber hacer* y *saber sobre el hacer*, enfatizando que el primero no se limita a un conocimiento superficial o teórico sobre una actividad, sino que implica una disposición interiorizada que permite el control efectivo de la acción.

Un practicante reflexivo no es únicamente alguien que sabe analizar y reflexionar, y dispone para ello de competencias, herramientas metodológicas y bases teóricas. Estas operaciones no tienen sentido ni motor si no existe una determinada relación

con el mundo, la acción, el pensamiento y el saber. Esta relación es una forma de identidad y también de necesidad de comprender, de buscarle tres pies al gato de no encerrarse en la rutina y las convicciones propias. (Perrenoud, 2006, p.87).

La idea del practicante reflexivo se ampliará a continuación, pero es importante señalar el aporte de Perrenoud ha profundizado en su comprensión y análisis crítica como herramienta central para el aprendizaje y la mejora profesional, especialmente por su visión hacia el rol educador.

Asimismo, Schön, destacado académico en el campo de la educación y la teoría del aprendizaje es reconocido por su influyente trabajo sobre la práctica reflexiva y el desarrollo de profesionales reflexivos. Su enfoque desafiante ha dejado una huella en la comprensión de cómo los actores del acto educativo aprenden a través de la reflexión sobre su propia experiencia: “podemos reflexionar sobre la acción, retomando nuestro pensamiento sobre lo que hemos hecho para descubrir como nuestro conocimiento en la acción puede haber contribuido a un resultado inesperado” (Schön, 1992, p.36).

La acción que media el proceso de enseñanza y aprendizaje en el centro de salud es aprehendida mediante la reflexión, es un proceso intrínseco a propuesta pedagógica integrado en el plan curricular y en las acciones didácticas que se esperan. La reflexión de la práctica es atraída por las situaciones que define el contexto, que, a su vez, vinculan la teoría con la práctica, siendo la presentación de las situaciones cambiantes, contextualizadas y atravesadas por una realidad, en muchas ocasiones, imprevisible.

(...)una sorpresa que le lleva a replantearse en su conocimiento en la acción en aspectos que van más allá de las reglas, los hechos, las teorías y las operaciones disponibles. El practico reacciona ante lo inesperado y extraño reestructurando alguna de sus estrategias en acción, teorías de los fenómenos o modos de configurar el problema; e inventa experimentos sobre la marcha para poner a prueba su nueva comprensión. Se comporta más como un investigador que trata de modelar un sistema experto que como “experto” cuyo comportamiento esta modelado (Schön, 1992, p.44).

Tal como sucede en el modelo de educación médica que integra este objeto de estudio, la práctica profesional va más allá de la aplicación mecánica de conocimientos adquiridos, ya que se reconoce una reacción ante lo inesperado y lo extraño reestructurando sus estrategias y modos de entender el problema en tiempo real. Esto pertenece a una

naturaleza “constructivista de la realidad con la que se enfrentan, una concepción que nos lleva a considerar al practico como alguien que construye las situaciones de su práctica” (Schön, 1992, p.44).

El enfoque de Schön sobre la práctica reflexiva y el aprendizaje a través de la reflexión ofrece una perspectiva complementaria al concepto de aprendizaje significativo propuesto por Ausubel (1980). El autor señala que el “aprendizaje significativo comprende la adquisición de nuevos significados y, a la inversa, éstos son producto del aprendizaje significativo. Esto es, surgimiento de nuevos significados en el alumno refleja la consumación de un proceso de aprendizaje significativo” (Ausubel, 1980, p.55).

Además, postula que el aprendizaje significativo ocurre cuando la nueva información se integra en la estructura cognitiva preexistente del aprendiz. Esta estructura cognitiva está formada por conceptos, ideas y proposiciones interconectadas que sirven como base para el procesamiento y la comprensión de nueva información. A medida que los estudiantes se exponen a nueva información, la integran en su estructura cognitiva mediante un proceso de diferenciación progresiva. Esto implica identificar atributos relevantes, establecer relaciones con conceptos preexistentes y refinar la comprensión general del tema. El abordaje del tema desde la dimensión cognitiva advierte Ausubel que ante la nueva información que presenta inconsistencias con los conocimientos previos, se produce una reconciliación integradora. Este proceso implica modificar la estructura cognitiva existente para acomodar la nueva información, lo que puede generar un aprendizaje más profundo y duradero (Ausubel, 1980).

CAPÍTULO 6. REFLEXIONES Y ANÁLISIS DESDE LA INTERSECCIÓN TEÓRICA

El recorrido conceptual presentado aporta nociones y reflexiones desde el cual investigar la relación entre la experiencia y la enseñanza-aprendizaje en el espacio educativo del centro de salud. La experiencia vinculada con la práctica evidencia tensiones y contradicciones existentes entre diferentes los actores del proceso educativo y usos del espacio. Implica una ruptura con la visión estática y unidimensional en tanto pone de relieve el dinamismo y la complejidad del espacio en la configuración de las interacciones humanas. La experiencia educativa en el centro de salud se inserta bajo este postulado.

6.1. El proceso de significación de la experiencia

Sañudo De Grande refiere al proceso de significación de orden reflexivo, acumulativo y progresivo que influye en el cambio de la estructura cognitiva de los sujetos. En este sentido sostiene:

El proceso de construcción de significado contiene acciones que, de manera recursiva y dialógica, constituyen la construcción de un significado complejo de la práctica. Del mismo modo, el hecho de realizar acciones no precedidas de una construcción de significados pertinentes puede dar como resultado acciones «artificiales» y no duraderas realizadas de manera prescriptiva (Sañudo De Grande, 2006, p.16).

Tal como se afirmó anteriormente, es a través de la acción, de la práctica educativa, que los individuos interactúan con el mundo y experimentan las consecuencias de sus decisiones, lo que les permite reflexionar y modificar sus interpretaciones de la realidad. También se advierte que las acciones sin un significado previo carecen de un fundamento sólido y, por lo tanto, no logran generar un impacto relevante en el individuo. Para poner en relieve el carácter dinámico y contextual del significado en el ámbito de la práctica educativa, Sañudo De Grande (2006) afirma:

El «significado» no implica aquella «teoría» que en cierto modo es externa al sujeto que concibe su práctica, sino a sus específicos supuestos, saberes, creencias, valores y prefiguraciones de los haceres, en este caso referidos a los procesos educativos. De manera que dependiendo de cómo el educador «signifique» su práctica es así como la realiza (p.20).

Está afirmación refuerza la importancia de interpretar los significados previos, históricos y específicos del educador en la práctica educativa, subrayando que estos no son meras teorías abstractas, sino construcciones que influyen directamente en cómo el educador realiza su labor pedagógica.

Al respecto, Litwin (2000) subraya que, frente al análisis de las prácticas educativas, suceden procesos de interpretación desiguales de los actores que lo integran, asumiendo la influencia de esta asimetría en la construcción de significados. Refiere:

Compartir y negociar significados entre los profesores y los alumnos tiene un sentido complementario y asimétrico. La asimetría se da fundamentalmente cuando los profesores suspenden sus conocimientos en aras de la comprensión de los alumnos. No se generan procesos de negociación cuando el docente no acepta la interpretación o la reflexión del alumno, por considerarla errónea (Litwin, 2000, p.105).

En el contexto de la experiencia educativa en el centro de salud, interpretar los significados del otro, comprender su subjetividad y establecer una interacción intersubjetiva son elementos esenciales para una práctica educativa que se alinea a los supuestos que definen a la educación médica basada en la comunidad, donde el espacio influye y es influido por sus actores, según García del Dujo y Muñoz Rodríguez (2004):

(...)interpretar el fenómeno educacional como algo individual producido y explicado en términos personales, de intercambios de mensajes e interacciones entre personas, relegando el espacio a un papel secundario y propiciando así una visión del individuo como algo aislado, fragmentado incluso, llegando a introducir en el discurso educativo numerosos reduccionismos en la estructura y en los modos de actual del sujeto y limitando el concepto de educabilidad al ámbito de las facultades internas de la persona (p. 263).

La noción de proceso de significación de la experiencia educativa, como se ha expuesto, se centra en la construcción de significados por parte de sus actores a partir de sus propios supuestos, saberes, creencias, valores y prefiguraciones. Esto es profundizado por Sañudo (2009):

El ser humano no puede encontrarse aislado en su proceso de conocer al mundo, busca necesaria producción en común para compartir significados, conformar grupos de referencia, dialogar y establecer puntos de discrepancias que permitan,

igualmente, constituir grupos de discusión cuyo objetivo final es actuar en comunidad para transformar al mundo. En este marco, la acción es fruto de la interpretación del sujeto (...) el carácter social de la educación implica propiciar en un contexto histórico-social, expreso e implícito, el proceso eminentemente individual de producir conocimiento en común (p.24).

Un aspecto destacado en el proceso de significación se vincula con la reflexión desde el rol docente. Entendida por González Velasco (2009) “como una forma de interpretar y reconocer desde el análisis de los hechos, la significación que se da a propia práctica” (p.159). La esencia de la reflexión docente como un proceso deliberado y sistemático orientado a analizar críticamente la práctica educativa situada como parte de “un esfuerzo consciente de capturar el significado de la acción y sus efectos” (González Velasco, 2009, 158). Refiere:

Una característica central de la reflexión es su sentido filosófico y epistemológico de conocer sobre la realidad. Con la reflexión se pretende recobrar aquello que se ha perdido por las condiciones mismas de nuestra existencia, eso que en el trafago de la vida cotidiana sucede y se vive sin que quede constancia más allá de lo efímero de los actos y sus consecuencias, si las hay. (González Velasco, 2009,159)

En este sentido, el autor resalta el poder de la reflexión para revelar aspectos ocultos o desconocidos de la práctica docente, aspectos que, a menudo, reflejan intencionalidades específicas sobre el "hacer" educativo, “se habla de ruptura como elemento importante para escapar de la monotonía y significar la realidad. Es necesario tomar distancia de los hechos y acciones cotidianos de nuestra vida para tratar de entender su significación” (González Velasco, 2009,163).

A este punto, resulta relevante resaltar las congruencias conceptuales entre lo aportado por Sañudo, González Velasco, Venturelli y Borrell mencionados anteriormente, que convergen en la centralidad del significado en el proceso de aprendizaje ya que existe coincidencia en afirmar que el aprendizaje no se limita a la adquisición de conocimientos aislados, sino que implica la construcción de significados complejos a partir de la experiencia y la acción. Sañudo destaca el carácter recursivo y dialógico de este proceso, donde las acciones y los significados se interrelacionan y se enriquecen mutuamente.

En síntesis, el aprendizaje basado en problemas, propuesto por Venturelli y retomado por Borrell en el marco de proyectos basados en la comunidad, se alinean con la perspectiva de Sañudo al promover la construcción de significados a través de la acción y la reflexión. En este enfoque, los problemas no solo sirven como contenido de enseñanza y aprendizaje, sino que actúan como catalizadores para la construcción de conocimiento significativo y duradero.

6.2. La experiencia espacial: Un análisis desde la mediación semiótica

Desde una perspectiva semiótica, el espacio educativo es un sistema de signos en constante interacción, donde los elementos físicos y simbólicos adquieren significado mediante la interpretación y la mediación de los sujetos involucrados en el proceso educativo. En diferentes obras, se señala la importancia de reconocer los significados desde una perspectiva semiótica.

Lonergan (1986), reconocido por sus trabajos vinculado a la filosofía y educación, afirma respecto a la comprensión del mundo mediado por significados: “lo imaginamos, lo planteamos, investigamos sus posibilidades, pensamos pros y contras (...) desde el principio estamos comprometidos en actos de significación, sin ellos el proceso no ocurriría ni llegaríamos al final” (Lonergan, 1983, p.3). En otras palabras, no abordamos el mundo de manera neutral, cada persona o grupo de personas media significados según la realidad en la que vive (Sañudo De Grande, 2006).

A su vez, los aportes de Lev Vygotsky han sido significativos en el campo de la educación, en especial, para comprender el proceso de aprendizaje y la construcción de conocimiento en los seres humanos. El autor parte de considerar que el lenguaje humano es una herramienta que moldea el pensamiento. Desde su concepción sobre los signos, la mediación semiótica es definida como el proceso mediante el cual los individuos utilizan signos para comprender y transformar el mundo que los rodea. Los signos, en este sentido, pueden ser palabras, imágenes, objetos o cualquier otra forma de representación que tenga un significado compartido por los miembros de una cultura (Vygotsky, 2013).

El pensamiento no sólo está mediado por signos externos, sino que, además, está mediado por los significados internos, lo que deriva en una imposibilidad de comunicación directa. La comunicación es posible a través de un camino indirecto que consiste en la mediación interna del pensamiento, el cual nunca equivale al significado directo de las palabras (Vygotsky, 2013).

A través de la mediación semiótica, los individuos pueden internalizar y manipular representaciones mentales del mundo que les rodea. Esto implica que el lenguaje no solo sirve como medio para comunicarse, sino que también desempeña un papel crucial en el pensamiento y en la organización de la experiencia. Asimismo, el significado no es un elemento estático, sino dinámico y esencial para la comprensión y sugiere que la significación no se limita al ámbito lingüístico.

Vygotsky establece como el origen del significado la interacción social en términos dialecticos. (...) el significado media entre el sujeto y su entorno, y concuerdan también en la relación entre la acción (actividad) y el significado, como dos manifestaciones de un solo fenómeno, permite la transformación por la vía de la conciencia y la relación de esta con el entorno. (p.45)

En síntesis, la mediación semiótica permite comprender el centro de salud como espacio educativo, como un ecosistema semiótico complejo, donde interactúan diversos elementos físicos, simbólicos y culturales, reconociendo la influencia que estos ejercen en los procesos de aprendizaje y enseñanza.

Tal como señala Gimeno Sacristán, “es preciso incidir en la significación de la acción pedagógica con sentido para los sujetos que conecte con los significados, valores y motivaciones colectivas con las que se pueda comprometer personalmente cada sujeto” (1998, p..49).

En este sentido, las acciones en contexto del centro de salud integran un ejercicio de orquestación semiótica, donde el docente, en su rol de mediador, guía a los estudiantes en la decodificación e interpretación de los múltiples signos que suceden en el espacio educativo. Al promover la reflexión crítica y la construcción colaborativa de significados,

se promueve una participación y comprometida por parte de los estudiantes, convirtiéndolos en protagonistas de su propio proceso de aprendizaje.

En definitiva, la mediación semiótica no solo facilita la transmisión de conocimientos, sino que también abre un espacio para el diálogo, la construcción de sentido y el desarrollo de la autonomía intelectual. Es a través de este proceso de mediación que el espacio educativo se transforma en un lugar de enseñanza-aprendizaje significativo, donde los actores construyen su mundo. Sañudo (2009) afirma:

El significado es una mediación que permite al educador construir su mundo y referirse a él para reflexionar, su hacer y transformarlo intencionalmente. La práctica y su contraparte, el significado, se corresponden porque el significado media en sus acciones. Así, para lograr una transformación de la práctica se requiere. Una estrategia de autorregulación metacognitiva que permita su resignificación dentro de un contexto escolar específico. (p. 46)

SEGUNDA PARTE: ENFOQUE METODOLÓGICO

CAPÍTULO 7: DE LA PROBLEMATIZACIÓN AL DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. El problema de investigación

En el campo de la educación médica basada en la comunidad, ¿por qué podría constituirse en un tema de investigación el centro de salud entendido como un espacio educativo? Resulta pertinente abordar una investigación partiendo de este interrogante, por cuanto hace falta comprender acabadamente lo que sucede en el centro de salud desde lo educativo. Si bien la literatura alberga una vasta cantidad de trabajos y antecedentes en el campo de la educación en general, se registran pocos trabajos que aborden específicamente los espacios en la educación médica desde una perspectiva situada, sobre todo vinculados al contexto local. Esta disparidad expone una brecha en el conocimiento del tema, limitando la comprensión profunda de las complejidades que caracterizan a estos espacios formativos. En este sentido, la presente investigación busca también aportar desde el trabajo de campo y desde la reflexión conceptual, posibles perspectivas que contribuyan al estado del arte y a líneas de base para futuros estudios que aborden el análisis del espacio.

Los cimientos que configuran los significados del centro de salud como espacio educativo en el contexto de educación médica orientada a la APS construyen la identidad curricular del perfil profesional que se propone, por tanto, la falta de correspondencia entre sus componentes desencadena una insuficiente alineación entre el espacio, en este caso entre el centro de salud como contexto situado, y el proceso educativo como tal, y por tanto dista del perfil formativo que se exige. Si la experiencia educativa en el centro de salud se construye bajo una estructura curricular y didáctica que involucra una forma de hacer la práctica educativa en este contexto específico, si la experiencia es sustantiva para sus actores, explorar más allá de los márgenes de involucran la configuración de espacio será tarea de esta indagación.

Con la intención de aportar conocimientos sobre los centros de salud, resulta importante comprender en profundidad lo que sucede en el marco del espacio que integra el proceso educativo. Partiendo que “todo fenómeno educativo es interpretable también en términos del espacio en que queda comprendido” (García Del Dujo, 2011, 39) lo central en la presente investigación es interpretar el proceso de significación de la experiencia en los centros de salud como aula universitaria en el marco de la carrera de Medicina de la UNAJ.

7.2. Diseño metodológico

La presente investigación educativa tiene por objeto de estudio a los centros de salud como espacio educativo de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). El punto de partida está dado por las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son los componentes y condiciones que requieren los Centros de Salud como espacios educativos situados para responder al perfil formativo de la currícula médica orientada a la comunidad?
- ¿Cómo se co-construyen los significados entre docentes y estudiantes en el contexto del centro de salud como espacio formativo?
- ¿Cuál es el impacto de la experiencia educativa en el centro de salud de los graduados en su formación profesional?
- ¿Qué experiencias significativas de enseñanza y aprendizaje tienen los docentes y estudiantes en el centro de salud?
- ¿En qué sentido(s) el centro de salud como espacio educativo contextualizado legitima la educación médica basada en la comunidad?

A partir del recorte dado por la selección del objeto de estudio, así como las preguntas que de él se desprenden, se establecen los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo General:

- Analizar el proceso de significación de la experiencia del centro de salud como espacio educativo situado en estudiantes, graduadas/os y docentes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Objetivos Específicos:

- Explorar las condiciones y componentes que configuran la experiencia educativa situada en el centro de salud.
- Describir las prácticas educativas en el marco de la propuesta curricular y didáctica de la carrera en el centro de salud.
- Indagar en las percepciones y valoraciones de los estudiantes sobre el centro de salud como espacio de aprendizaje.
- Comprender los significados de las experiencias de los graduados en relación con el aprendizaje en el centro de salud y su impacto en su formación profesional,
- Explorar las concepciones de los docentes acerca del rol del centro de salud en la formación médica y conocer las estrategias didácticas utilizadas.
- Analizar las interpretaciones y perspectivas de estudiantes, graduados y docentes sobre la experiencia educativa en el centro de salud

Los objetivos constituyen una construcción del investigador para estudiar un tema, o problema de la realidad, a partir del marco teórico seleccionado. Integra la organización del proceso de investigación y es definido como “el producto o resultado que se espera alcanzar en toda investigación” (Ynoub, 2015,217)

Por su parte, los objetivos generales y específicos mantienen una estrecha relación de interdependencia y mutua influencia. El objetivo general “contempla el núcleo de lo que se propone conseguir en la investigación” (Ynoub, 2015, 218) vinculándose a una

estructura más teórica; mientras que los específicos operacionalizan el objetivo general, traduciéndolo en acciones concretas y medibles: “estipulan los productos más desagregados que se requieren para alcanzar dicho objetivo general, por tanto, especifican con cierto detalle la estrategia empírica para alcanzarlos” (Ynoub, 2015,2018), es decir, indican las acciones específicas que se deben realizar para recopilar datos, analizarlos e interpretarlos.

Todo proceso de investigación implica, entre otras cuestiones, una actividad de análisis, en el sentido de desagregación o fragmentación del objeto de estudio en ciertas unidades. Al decir Ynoub (2015), el *desiderátum* metodológico se presenta la fragmentación de tal manera que respete las “vetas naturales” del objeto investigado, en términos metodológicos, el recorte de las unidades de análisis depende de la naturaleza del asunto a investigar, de la perspectiva focal de la investigación, del tipo de organización del material y de los objetivos de la investigación.

El marco seleccionado para la presente tesis tiene carácter descriptivo e interpretativo, y se ubica en el paradigma hermenéutico-interpretativo. Desde una perspectiva metodológica descriptiva, se inscribe como estudio de caso que representa el “interés focalizado en lo peculiar o singular del mismo” (Ynoub, 2015, p.372).

El encuadre general se ubica en una investigación educativa que permite aportar nuevos conocimientos sobre la potencialidad del centro de salud como espacio educativo, en la que se ponen en juego, objetiva y subjetivamente, cuestiones sustantivas que definen la importancia del espacio en el marco de la educación médica basada en la comunidad. Por su parte, el enfoque hermenéutico interpretativo implica recurrir a la comprensión de los fenómenos, interpretar los significados de la experiencia atendiendo a un componente histórico presente cargado de signos. Entendiendo que:

La práctica educativa puede ser transformada si se modifica la manera de comprenderla. Las investigaciones realizadas según este paradigma se centran en la descripción y comprensión de lo particular, lo singular de los fenómenos, más que en lo generalizable. No aspira a encontrar regularidades subyacentes en los fenómenos, ni el establecimiento de generalizaciones o leyes (Barrero Espinoza, Bohórquez Agudelo, & Mejía Pachón, 2011, p.107).

La elección de este tipo de investigación se fundamenta en la necesidad de acercarse al tema de estudio de una manera que reconoce la imposibilidad de alcanzar una interpretación total o definitiva, para comprender su particularidad y sus categorías emergentes que serán resultado del propio proceso interpretativo. Este enfoque se centró en la comprensión a través de la observación, el análisis y la interpretación del proceso de significación de las experiencias ocurridas en el centro de salud como espacio educativo inserto en un programa curricular de educación médica basada en la comunidad.

7.3. Pertinencia

En los hechos, la interpretación de lo que significa el centro de salud como espacio para el modelo de formación, arriba a una forma de entender las particularidades que lo integran, no sólo en términos estructurales sino en la forma en que se organizan e influyen las actividades de enseñanza, la vinculación entre los actores que modelan la experiencia educativa y el perfil formativo.

Entonces, la noción de centro de salud como espacio educativo implica reconocer dos cuestiones, por un lado, los “vectores que visualizan los causes o modos concretos en que se materializa el potencial formativo que despliegan los espacios y por otro, analizando la estructura dialéctica que se establece entre el sujeto y los espacios de referencia” (García, 2007, p.8). Esta afirmación subraya la necesidad de considerar los elementos concretos que configuran el potencial educativo de un centro de salud y la dinámica de interacción entre el mapa de actores y el entorno, para entender plenamente su función como espacio educativo en la alineación educación médica basada en la comunidad-espacio.

Desde la revisión de la literatura y antecedentes sobre el tema que permitió identificar los aspectos aún no explorados y que podrían contribuir a entender mejor la relación entre el centro de salud y la educación médica basada en la comunidad. La relevancia académica de la investigación podrá mediar, además, como fuente de información para mejorar la calidad de las prácticas de enseñanza en el centro de salud, en búsqueda de mejorar el plan y trayectoria curricular y legitimar el potencial educativo de los espacios. Incluso podrá ser insumo para las carreras de formación de diferentes profesiones que integran los equipos de salud y que comparten la visión en APS. En

definitiva, la relevancia, oportunidad y novedad del tema determinarán el impacto e interés del estudio (Sabates & Sala Roca, 2014).

7.4 Técnicas, Métodos y Análisis del Objeto de estudio

Para objetivar la experiencia, se tomó el marco de la modelización organísmica/funcionalista que adapta Ynoub de Hegel (2015) que implica la consideración de relaciones funcionales entre las partes y el todo. Como señala Ynoub (2015), se entiende que “la parte se comprende en función de los propósitos que cumple en términos de preservación y reproducción del todo” (p.45). A su vez, este marco, permite definir que “interpretar es identificar la “función” que cumple cierto material o fenómeno en el marco del contexto o situación que se analiza” (Ynoub, 2015, 46).

En este sentido, la producción de datos desde la hermenéutica se centra en interpretar y comprender los significados profundos y situados detrás de la información recopilada, considerando la subjetividad y la perspectiva de los sujetos involucrados: “esta «indagación situada» hace que los datos o comprensiones alcanzadas resulten estrechamente vinculados a un contexto específico, de modo tal que suelen no tan extrapolables a otros contextos” (Ynoub, 2023, 141).

Mediante la selección y análisis de fuentes documentales y bibliográfico se buscó indagar los componentes que integran el centro de salud como espacio educativo.

La recolección de los datos mediante entrevista como parte de la instrumentalización de la investigación, fue construido a partir de un conjunto de preguntas guía que buscaron “captar o motivar el despliegue de opiniones del entrevistado” (Ynoub, 2015, 331).

La entrevista se realizó mediante la configuración de grupos focales, por el reconocimiento esta modalidad en la investigación educativa. Sumado a esto, las experiencias previas a esta investigación permiten reconocer su importancia:

Desde un punto de vista práctico, los grupos focales son eficientes en el sentido de que generan grandes cantidades de material a partir de un número relativamente

extenso de personas en un período relativamente breve. Además, dadas sus potencialidades sinérgicas, los grupos focales con frecuencia producen datos que rara vez se producen a través de las entrevistas y la observación individual, y quedan como resultado concepciones interpretativas especialmente poderosas (Kamemberelis & Dimitriadis, 2015, p.525)

Los grupos focales diseñados aquí, permiten capturar las experiencias y percepciones de los diferentes actores involucrados en la dinámica educativa dentro del centro de salud. Al aprovechar esta metodología participativa, se busca obtener una comprensión más completa y contextualizada de cómo se desarrolla la experiencia en este espacio educativo, lo que contribuirá significativamente a la investigación y al avance del conocimiento en este campo. En palabras de Kamberelis y Dimitriadis (2015), estas “conversaciones escenificadas” (p.525) se despliegan con el siguiente objetivo:

Los grupos focales permiten a los investigadores ver las formas complejas en que las personas se posicionan en relación de unas con otro conforme procesan preguntas, cuestiones y temas de modo centralizados. Estas dinámicas en sí mismas se vuelven unidades de análisis relevantes para el estudio (p. 525)

Para la presente investigación, se configuraron tres grupos focales:

- Grupo Focal Estudiantes: integrado por ocho estudiantes que pertenecen a diferentes años de la carrera, del tercer año al último, en la que al menos han transitado un ciclo académico en el centro de salud. Los integrantes de este grupo han transitado por diversos centros de salud, es decir, provienen de centros de salud, representando a todos los que incluye la muestra. De esta manera, al incorporar realidades y contextos distintos, pueden recuperarse aspectos que permitan responder a los objetivos del presente trabajo. Sera identificado como F1
- Grupo Focal Docentes: conformado por ocho docentes que representan a diferentes centros de salud y que al menos hayan dictado un ciclo académico en el centro de salud. La heterogeneidad de profesiones entre la/os docentes participantes aportan valiosas aristas al debate, permitiendo abordar el tema desde diferentes ángulos y considerando las particularidades de cada centro de salud. Integrado por dos médicas generalistas, una licenciada en trabajo social, una licenciada en nutrición, dos médicos pediatras y una médica infectóloga. Esta multiplicidad de voces y

experiencias fortalece la representatividad del grupo y acerca la posibilidad de analizar de manera más significativa el proceso de significación de la experiencia educativa en los centros de salud. Se etiqueta como F2

- Grupo focal Graduados: conformado por seis graduadas/os que se encuentran realizando formación de posgrado en el primer nivel de atención. En este grupo se recuperó la experiencia completa de aprendizaje en el centro de salud, de manera que integre toda la trayectoria de la carrera y vincular la influencia del centro de salud desde su formación de grado en el desempeño profesional actual en el posgrado. Está representado como F3

Los integrantes de cada grupo focal fueron informados de la modalidad de la conversación, presentándose una guía que resumía las cuestiones a tratar y un guion que permitió orientar encuentro. Este guion se constituyó como hoja de ruta para la discusión, incluyendo preguntas orientadoras y fotografías relacionadas con el objetivo central de la investigación. Se utilizaron para dirigir la conversación y asegurar que se cubrieran todos los puntos importantes y para enriquecer el dialogo. La preparación previa de los grupos focales resulto importante para garantizar el desarrollo adecuado del encuentro, permitiendo una recolección de datos de alta calidad. Se explicó que las conversaciones serían grabadas con el consentimiento de los participantes, y que las grabaciones se transcribirían digitalmente posteriormente para un análisis detallado. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, tanto para la grabación digital de las conversaciones como para el manejo confidencial de sus datos. Se les aseguró que su identidad permanecería anónima durante todo el proceso de investigación. Además, se presentaron y aclararon los aspectos éticos, subrayando el compromiso con la privacidad y la confidencialidad de los datos en el todo el proceso de la investigación.

La información previa, las aclaraciones de la modalidad del grupo focal y el enfoque en el tema central permitieron obtener discusiones más profundas y enriquecedoras, al fomentar la participación activa de todos los integrantes y evitar interrupciones o desviaciones. Las transcripciones integran el archivo material de esta investigación.

Para analizar y comprender el proceso de significación de la experiencia educativa atribuidos por docentes, estudiantes y graduados en el marco del centro de salud, se desarrollaron y definieron cuidadosamente categorías que permitieran una comprensión más profunda del objeto de estudio. Estas categorías proporcionaron un marco analítico que guio la exploración de los significados atribuidos por los diferentes actores involucrados en la experiencia educativa en los centros de salud. Al definir estas categorías, se facilitó la organización y el análisis de los datos recopilados durante el estudio, lo que permitió identificar patrones, temas y relaciones del proceso de significación de la experiencia en la voz de los participantes.

Desde la dimensión metodológica, este marco supone una concepción dialéctica del proceso de investigación, en el cual se relacionan, integran, componen y regulan los elementos entre sí, permitiendo originar nuevas configuraciones en el paso de un nivel a otro, movimientos que Samaja (2004), define con el termino *Aufhebung*.

¿Cómo emergen las categorías de análisis? Las categorías de análisis se desarrollan mediante un proceso en el cual los datos, considerados como representaciones de la realidad, son reinterpretados y reconstruidos a la luz de la teoría. Los datos son examinados a través de los modelos teóricos, lo que les otorga significado mediante un proceso de razonamiento abductivo. De esta manera, las categorías emergen como resultado de un continuo diálogo entre la teoría y la evidencia empírica, como señala Samaja (1993). A su vez se reconoce que en las investigaciones hermenéuticas pueden dar lugar a descubrimientos singulares, no previstos:

(...) no siempre puede preverse anticipadamente qué aspectos serán los más relevantes, ya que el trabajo en el campo (es decir, en el lugar en que se encuentra el asunto a estudiar) puede ir abriendo o sugiriendo nuevas líneas de desarrollo no previstas al inicio. (Ynoub, 2011,99)

TERCERA PARTE: EL CENTRO DE SALUD COMO AULA UNIVERSITARIA: LA INTERPRETACIÓN DE LA EXPERIENCIA

CAPÍTULO 8: RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

8.1. Acerca de las condiciones y componentes del centro de salud como espacio educativo

En primer lugar, dado que la muestra apunta a la caracterización de los espacios educativos donde se interpretará la experiencia, se han recopilado datos significativos que proporcionan un acercamiento panorámico y visión contextualizada de cada centro de salud que integró la muestra. En este sentido, se arribó a una descripción detallada que recupera las partes de la premisa establecida en el plan de carrera, la cual establece criterios específicos para la selección de los centros de salud destinados a la formación práctica de los estudiantes.

Para comprender el escenario en que tuvo lugar esta investigación, se describe el contexto en que se insertó. El modelo de enseñanza y aprendizaje de la educación médica en la UNAJ está representado por los postulados de la educación médica basada en la comunidad.

La trayectoria curricular se organiza en diferentes estancias y escenarios formativos, uno de ellos se llama Campo y lo integran los centros de salud municipales que articulan con las instituciones de la comunidad y los hospitales de segundo y tercer nivel que conforman la red de servicios de la región. Del universo de centros de atención primaria en cada municipio, la gestión académica de la carrera ha seleccionado los centros de salud que se incorporaron como escenarios de enseñanza y práctica y se integraron al plan curricular mediante convenio.

Los únicos requisitos que se consideraron al elegir los centros de salud, explicitados en el reglamento de la carrera, fueron: la proximidad y accesibilidad por transporte para los alumnos, el espacio físico que permita desarrollar prácticas a grupos de entre 8 y 10 estudiantes por vez, que se encuentre conformado un equipo completo de salud y en lo posible que incluya médicos generales en el grupo, y se considera muy deseable que en el

centro de salud funcione como sede de residencias profesionales. Todos estos elementos se consideran orientativos a la hora de incorporar un centro de salud a la carrera.

A continuación, se presenta el mapa que permite reconocer la distribución de centros de salud universitarios por municipio:

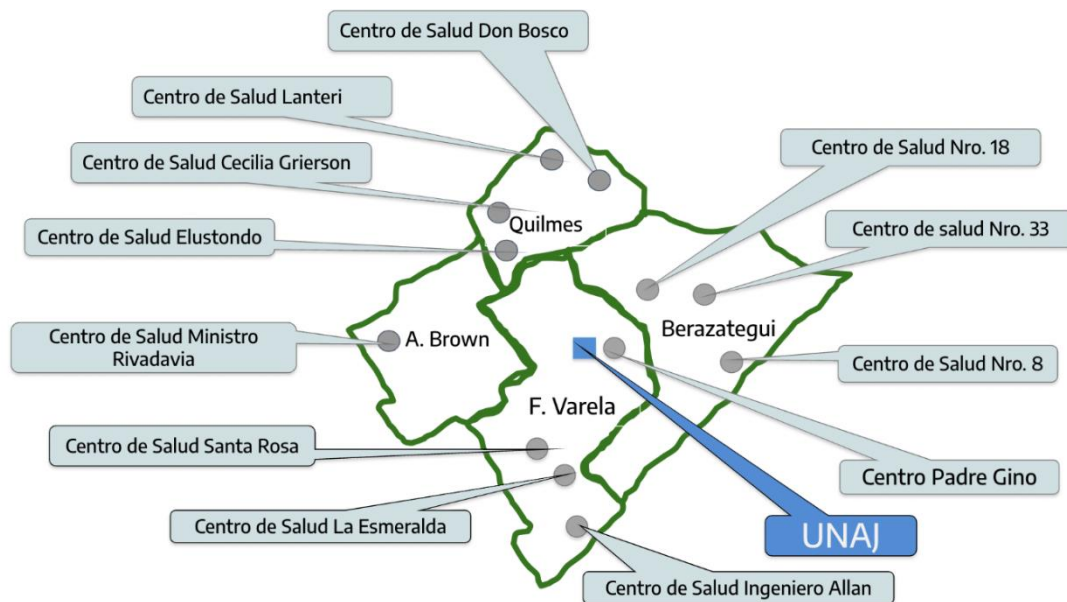


Figura 1: Distribución de centros de salud universitarios de la carrera de Medicina de la UNAJ²

Con el objetivo de revisar los resultados de esta categoría se han utilizado fuentes primarias proveniente de las fichas de centros de salud que son documentos que posee la Carrera que dan cuenta de la estructura y funcionalidad de sus espacios educativos. Son utilizados para los procesos de acreditación que realizan ante la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) y por dependencias de la Universidad para la realización de los informes de funcionamiento que integran la evaluación institucional periódica.

Para el análisis detallado, se partió de la aplicación de los requisitos mencionados anteriormente. Las fichas de centros de salud señalan que la elección de cada uno se

2

Mapa de elaboración propia

sustentó en la presencia de un profesional con perfil docente de manera casi excluyente que se incorporó a la planta de la Universidad. Por cada centro de salud se registra un docente a cargo del espacio educativo, salvo el Centro de Salud Padre Gino que presenta cinco docentes y el Centro de Salud La Esmeralda que presenta dos docentes.

Los resultados detallan el grado de cumplimiento de estos criterios en los centros de salud seleccionados, así como las implicaciones que dicha selección tiene en la experiencia educativa y en la formación integral de los estudiantes de medicina. Se seleccionaron los diez centros de salud que conforman la muestra de esta investigación, dos de ellos no se han incluido por su reciente incorporación a la carrera, por lo que no presentan un ciclo académico completo como espacio educativo, entendiéndose que esta premisa permite evaluar la experiencia con mayor amplitud.

Centro de Salud	Ubicación (Dirección y Municipio)	Barrio	Proximidad a UNAJ	Proximidad a la UNAJ	Accesibilidad	Espacio Físico	MG en el centro de salud	Residencias Profesionales
			(distancia en km)	(distancias en tiempos aproximados en transporte público)	(Medios de transporte hacia la UNAJ- señalar si son directos)	Si cuentan con aula para grupos de 8-10 estudiantes		
Centro de salud Nro. 8	Calle 10 e/ 131 y 132 Berazategui	12 de octubre	4,5 km	25-35 min por Av. 7 y Av. Calchaquí	Requiere combinación: colectivos 98 ramal D, 159 E, 219 R5	Si, posee aula	Si	No
Centro de Salud Nro. 18	Calle 20 N° 6115 e 161 y 162 Berazategui	Gral. Belgrano	9 km	50 - 70 min por Av. 21 y Av. Calchaquí	Requiere combinación: colectivos 98 ramal C,D, 159 ramal E, 159A (azul), 129 K,	Si, posee SUM	Si	Si

Centro de Salud Nro. 33	Calle 161 e/ 44A y 45 Plátanos (Berazategui)	3 de junio	11.5 km	40 - 60 por Av. Calchaquí y Av. Eva Perón	Requiere combinación: colectivos 98 ramal C,D, 159 ramal k, E, 219 Rojo	Si, posee aula	Si	No
Centro de Salud Santa Rosa	616(Bucarest) e/ 611(Cafe-rata) y 609 (Alemania)	Santa Rosa	7 km	20-45 min por Av. Gral. San Martín	Colectivos 148 A, C , 129 (directo)	No, utilizan un espacio de reuniones del centro de salud	SI	SI (desde el 2022)
Centro de salud Ingeniero Allan	Calle 1134 N°2302 e/ calle 1147 y 1147 F. Varela	Ingeniero Juan Allan	15 km	25-60 min por Av. Calchaquí/R P 36	Colectivo 129 H (directo)	No, utilizan un espacio de consultorio para las clases	Si	No
Centro de Salud Padre Gino	Calle Rubén Darío N°1463, Florencio Varela	Bosques	7,3 km	15-35 min por Av. Calchaquí/R P36	Requiere combinación: colectivos 129 C, G, B, H, M, 338C x ruta 4	Si, cuenta con dos aulas	Si	No
Centro de Salud La Esmeralda	Av. Padre Obispo J. Novak N° 2332,e/ Lieja y Lombardi, F. Varela	La Esmeralda	6,6 km	15-50 min por Av. Gral. San Martín	Requiere combinación: colectivos 148A, 79F	No, utilizan un espacio de consultorio para las clases	Si	No

Centro de Salud Cecilia Grierson	Av. Felipe Amoedo y Av. Joaquín V. González, Quilmes Oeste	Barrio Primavera	5,0 km	15-30 min por Av. Calchaquí/RP36 y Joaquín V González	colectivos 324 T5, 324 R2, 98D	SI, posee aula	No	No
Centro de Salud Elustondo	Calle Avellana N° 1147, Bernal Oeste	Los Eucalip tos	8 km	20-45 min por Av. Mosconi y RP36	Colectivos 98D, 159E, 159D, 159C L (Roja), 129 B, 324 T5, 85C, algunos directos otros requieren combinaci ón	No, utilizan un espacio de reunion es del centro de salud	SI	No
Centro de Salud Julieta Lanteri	Calle 897 y calle 836, San Francisco Solano	La Victoria	6 km	15-45 por Cno. Gral. Belgrano/RP14 y C,835	Requieren combinaci ón: colectivos 79E,F, 585 B ramal Verde, 354B ramal B, 338C, 247 R5, 159E, 263 BB	Si, posee SUM	SI	No

Figura 2: Cumplimiento de los requisitos para incorporar los centros de salud a la carrera.³

Este cuadro muestra que la proximidad, accesibilidad y espacio físico de los centros de salud pueden variar significativamente, lo que puede influir en la conveniencia y el

modo en que se va produciendo el proceso de significación de la experiencia educativa. Se presentan los resultados.

8.1.a. Proximidad y accesibilidad a la UNAJ

Varía según el centro de salud y la ubicación.

- Los centros de salud Nro. 8, Santa Rosa y Padre Gino son los más cercanos a la UNAJ, con distancias que oscilan entre 4,5 km y 7,3 km.
- La accesibilidad es un factor facilitador entre las instituciones, ya que permite una movilidad más asequible en términos de tiempo y costos. El Centro de Salud Nro. 8 parece tener una accesibilidad moderada, con tiempos de viaje en transporte público de 25-35 minutos. El centro con mayor distancia, el centro de salud Ingeniero Allan, presenta un solo medio de transporte directo, pero el tiempo estimado de viaje hacia la Universidad puede extenderse hasta una hora.
- Por otro lado, el Centro de Salud Santa Rosa tiene una accesibilidad relativamente alta, con tiempos de viaje de 20-45 minutos y la opción de un transporte directo (colectivo 129).
- Sin embargo, algunos centros de salud, como el Nro. 18, el Nro. 33 y Elustondo tienen tiempos de viaje más largos y requieren combinaciones de transporte, lo que podría dificultar el acceso para estudiantes y docentes.

8.1.b. Espacio Físico:

- La disponibilidad de espacio físico también se presenta de manera heterogénea entre los centros de salud. Por ejemplo, el Centro de Salud Padre Gino, Grierson, Nro. 8 y el Nro. 33 poseen aulas diferenciadas para grupos de estudiantes, lo que facilita la enseñanza y aprendizaje, en particular bajo la modalidad de trabajo colaborativo propio del diseño curricular de la asignatura.

Cabe destacar que las aulas de estos espacios pueden contener grupos pequeños, según informan las fichas de centros de salud

- Otros centros, como el Santa Rosa, Elustondo y Esmeralda utilizan espacios comunes de reunión del equipo de salud para las actividades educativas, lo que limita la disponibilidad de espacio o la comodidad para ciertos tipos de actividades.
- Por otro lado, el Centro de Salud Lanteri y Nro. 18 cuenta con un Salón de Usos Múltiples (SUM), lo que sugiere la disponibilidad de un espacio versátil para diferentes tipos de encuentros y actividades.

8.1.c. Equipos de Salud de los centros de salud universitarios.

Todos los centros de salud cuentan con un sector de administración, enfermería, consultorios de atención clínica. En cuanto a las profesiones de obstetricia, psicología y trabajo social no están presentes en todos los centros de salud, pero se advierte la presencia de sistemas de derivación médica y no médica, de referencia y contrarreferencia. Las especialidades médicas que alojan los centros de salud son diversas, siendo importante para el modelo de educación médica de la UNAJ, que este integrado por médicas/os especialistas en medicina general y residencias de profesiones que integran el equipo de salud. A continuación, se detalla la situación estos espacios.

8.1.d. Centros de Salud con médicos especialistas en Medicina General y residencias del equipo de salud

La/os médica/os especialistas en medicina general (MG) son esenciales en los centros de salud universitarios, ya que brindan una atención integral y de calidad a los pacientes, y contribuyen a la formación demostrando las competencias de la especialidad alineada al perfil de formación que se busca en la UNAJ. De todos los centros de salud solo uno, el centro de

salud Cecilia Grierson que no posee un especialista en medicina general, el resto todos refieren la presencia de al menos uno en cada centro de atención primaria.

A su vez, uno de los requisitos deseables es la presencia de residencias de medicina general. Se observa que dos de los centros de salud (Nro. 18 y Santa Rosa) cuentan con residencia de MG. En caso del centro de salud nro. 18 la residencia de MG cuenta con más de 20 años de historia en ese espacio. Por otro lado, en el caso de Santa Rosa, la residencia lleva su segundo año de funcionamiento y aloja especialmente a graduadas/os de la carrera de medicina de la UNAJ. La posibilidad que se advierte en esta convivencia, en conjunto con las residencias de medicina general que se encuentran realizando su formación continua como especialistas en el primer nivel de atención, permite dar cuenta de la alineación formativa grado-posgrado. Esta coincidencia es significativa, ya que la presencia de médicos especialistas y futuros especialistas en MG en estos centros permite un aprendizaje en primera persona de las competencias de la especialidad en este espacio, no solo desde la perspectiva clínica, sino de la gestión de los problemas de salud de la comunidad desde un abordaje integral y comunitario. La disponibilidad de MG en estos centros puede contribuir a la calidad de la formación de los residentes, ya que estos médicos pueden servir como tutores y supervisores directos, ofreciendo orientación clínica y apoyo durante el proceso de aprendizaje.

La coexistencia de MG y residencias profesionales puede indicar una infraestructura y un entorno propicios para la educación médica continua y el desarrollo profesional. La presencia de residentes puede enriquecer el ambiente clínico al introducir nuevas perspectivas y conocimientos, mientras que los médicos generales pueden brindar experiencia.

8.1.e. Centros de Salud con MG sin residencias

Tal como se mencionó los equipos de salud de la mayoría de los centros de salud universitarios cuentan con al menos un especialista en medicina general en su composición, solo dos con residencias de MG.

La ausencia de residencias profesionales indica una estructura organizativa menos desarrollada en estos centros, lo que podría afectar la capacidad para brindar una educación médica basada en la comunidad que respete todos sus componentes.

Se retomarán los aspectos simbólicos de estos espacios en el próximo apartado.

8.2 Análisis de las Prácticas Desarrolladas en los Centros de Salud

Antes de avanzar con la descripción de las prácticas, es necesario contextualizar las asignaturas que las integran. El campo, concepto atribuido por el plan de la carrera y que refiere a un escenario específico de práctica, está representado por las asignaturas Articulación Comunitaria I, II y III, que se desarrollan durante los 3 años del Ciclo de Formación Básica, segundo, tercer y cuarto año respectivamente. Presentan un rol central ya que permiten la integración entre los contenidos teóricos del ciclo y los conceptos de las disciplinas sociales en la instancia de campo. Los conceptos adquiridos y debatidos en las asignaturas, ya sea de estructura y función o de las ciencias sociales, pueden referirse a un contexto real. Los centros de atención primaria de la salud son los espacios educativos donde se desarrollan las cursadas de estas asignaturas.

Al examinar los objetivos revisados en varias unidades curriculares de práctica preprofesional en los centros de salud, se evidencia la importancia otorgada a la integración del conocimiento teórico con la práctica como acción concreta. En sus fundamentos las asignaturas sostienen:

Los problemas de salud que presenta la población a lo largo del ciclo vital se presentan con un nivel de complejidad que no reconoce las fronteras que proponen las asignaturas tradicionales enmarcadas en espacios áulicos, por lo que se observa una necesidad imperiosa de contar con un área que integre esos espacios áulicos de aprendizaje con los escenarios concretos y reales de las prácticas que se ha denominado Articulación Comunitaria (Programa de Articulación Comunitaria, 2014, 1).

A su vez, las asignaturas presentan diferentes objetivos de aprendizaje, se seleccionaron aquellos que se constituyen como transversales a los tres años de cursada en los centros de salud:

Que los/las estudiantes comprendan la relación existente entre los contenidos teóricos incorporados en el Ciclo común en salud y los del segundo año de la

carrera, y las condiciones sociales y económicas que los producen o determinan en el contexto comunitario.

Que los/las estudiantes realicen análisis crítico de los problemas de salud observados en los escenarios reales de prácticas a partir de los conocimientos adquiridos en el aula.

Que los/las estudiantes integren competencias técnicas, metodológicas y participativas en el trabajo de campo.

Que los/las estudiantes promuevan acciones de cuidados y prevención a nivel individual, familiar y comunitario adecuadas al contexto particular.

Este marco permite alinear el espacio con la práctica, que dará lugar a la experiencia educativa, ya que Articulación Comunitaria, como se expone en los fundamentos de las asignaturas, reconoce que los problemas de salud de la población trascienden los límites de las asignaturas tradicionales, confinadas a espacios áulicos. Por ende, se plantea la necesidad de un área que integre estos espacios de aprendizaje con los escenarios reales de práctica. Este enfoque de Articulación Comunitaria busca precisamente esa conexión entre la teoría y la práctica, lo que refuerza la importancia de comprender los significados asociados a la experiencia del centro de salud como espacio educativo dentro del contexto universitario.

La propuesta pedagógica didáctica de las tres asignaturas plantea en su programa, una secuencia de actividades prácticas definidas por desarrollo teórico que transita con diferentes niveles de profundidad y complejidad según el año que se ubica, entendiendo que Articulación Comunitaria 3, última asignatura en el recorrido de los centros de salud, es la asignatura con mayor integración teórico-práctico de la carrera.

En el último año de la carrera se cumple con la Práctica Final Obligatoria (PFO) que busca que el estudiantado, tras el Ciclo de Formación Clínica, se incorpore a los servicios de atención de la salud y puedan acceder a los ámbitos donde se desarrollará su práctica profesional. Para ello, se prevé la asistencia de los alumnos a los servicios de acuerdo a los niveles de complejidad creciente existentes en el sistema de atención. Se prioriza la experiencia en los servicios de primer nivel, en particular las prácticas que

desarrolla la medicina general y/o familiar, completando la PFO con experiencias formativas en el nivel hospitalario, ya sea de segundo o tercer nivel y en la atención de emergencias. Nuevamente el centro de salud representa un espacio priorizado para la formación de prácticas de forma intensiva como ocurre en este ciclo, siendo el espacio que mayor tiempo representa durante la PFO.

Según lo establece su estructura curricular, una de las etapas, denominada Atención Primaria de la Salud, que se encuentra integrado por centros de salud e instituciones comunitarias en donde se priorizará la resolución de problemáticas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en todo el ciclo vital, así como la atención ambulatoria de la patología prevalente, es decir, representa la práctica intensiva con enfoque clínico-comunitario que recupera los trayectos de las asignaturas Articulación Comunitaria; esto es, retoma los aprendizajes de las cursadas en los centros de salud. Particularmente en PFO se busca trabajar con todo el equipo de los centros de salud del primer nivel coordinados por docentes profesionales de Medicina general y familiar.

Se puede señalar, en términos conceptuales, que el centro de salud se comporta como un espacio educativo durante los tres años de Articulación Comunitaria y en la Práctica Final Obligatoria. En este periodo, el estudiantado puede integrar de manera práctica los conocimientos adquiridos en las aulas con situaciones reales de atención médica. Por ello, el centro de salud no solo proporciona un espacio para la aplicación de habilidades clínicas, sino que también se convierte en un espacio donde se fomenta el aprendizaje activo, el trabajo en equipo y la reflexión crítica sobre la práctica médica. Es un marco sostenido por las ideas y conceptos que delinean la educación médica basada en la comunidad, donde el tiempo de actividades situadas en territorio toma el total de la propuesta educativa. Estas asignaturas transitan competencias de prácticas en los centros de salud que se han sistematizado para fortalecer la visión de la asignatura en la carrera.

En relación con el tipo de prácticas que se llevaron a cabo, la carrera presenta un programa de sistematización de experiencias desarrolladas en los centros de salud, formalizado para recuperar las actividades realizadas en este contexto y orientar líneas de investigación y ajustar la propuesta curricular y didáctica. El programa, creado en 2020, presenta en sus fundamentos el objetivo de generar procesos de incorporación

metodológica y teórica de las experiencias como fuente para fortalecer las prácticas centradas en el primer nivel de atención. Están incluidas las asignaturas Articulación Comunitaria 1, 2 y 3 y de la etapa atención primaria de la salud de la Práctica Final Obligatoria (PFO). Los datos de la sistematización de experiencias se presentan en informes periódicos y dan una visión detallada de las actividades realizadas en cada centro de salud. De esta manera, se busca recuperar y preservar los aprendizajes que suceden en el centro de salud, como el aula universitaria.

Para esta investigación, se han tomado los resultados de los informes del programa de sistematización que refieren específicamente a las prácticas. En su descripción, se advierte un denominador común de actividades realizadas desde el comienzo, que son las acciones con la comunidad bajo diferentes modalidades, destacando: recorridas comunitarias, talleres y jornadas de salud. Todas se consideran un pilar decisivo de la experiencia educativa en estos espacios, ya que representan una dimensión esencial que enriquece y fortalece el aprendizaje dentro del modelo de educación médica basada en la comunidad. Otra de las actividades que se destacan es la de asistencia a consultorios del primer nivel de atención, en diversas especialidades según la disponibilidad que cuenta cada espacio. Estas prácticas de atención y cuidados se desarrollan fundamentalmente en la PFO y responden a la adquisición de herramientas comunicativas y clínicas de baja complejidad en este nivel de atención. El informe (2022) destaca que, a través de las prácticas que se realizan en los centros de salud, permitieron la adquisición de las siguientes competencias:

- Promueve un aprendizaje territorializado en primera persona que conecta al estudiantado con la realidad social y sanitaria de la comunidad: las recorridas en la comunidad buscan observar los determinantes de salud en el contexto, las condiciones de vida y las necesidades de la población. Esta experiencia les permite desarrollar una mirada crítica conectada con los marcos teóricos de las asignaturas y retomada en los centros de salud con retroalimentación entre la práctica y los aspectos conceptuales.
- Desarrollar habilidades para el trabajo con instituciones que integran la red con el centro de salud y la promoción de la salud: Las acciones con la comunidad exigen a los estudiantes trabajar en conjunto con otros profesionales, organizaciones sociales y miembros de la comunidad. Esto asegura desarrollar habilidades de comunicación, trabajo en equipo, liderazgo y gestión de proyectos con la

comunidad, esenciales para promover la salud y abordar los problemas de salud desde una mirada preventiva, tal como lo establece este modelo de educación médica.

- Desarrollo de competencias clínicas en consultorios del primer nivel de atención: el informe destaca que las prácticas clínicas realizadas en este nivel se orientaron a la incorporación y fortalecimiento (en la PFO) de aspectos comunicacionales como la entrevista clínica o las recomendaciones de educación para la salud, examen clínico, solicitud racional de estudios complementarios, seguimiento y cuidados de la salud. Otro aspecto destacado es el desarrollo de espacios de consejerías en salud, que brindaron información y asesoramiento a individuos y grupos sobre temas relacionados con la salud, como la promoción de hábitos saludables, la prevención de enfermedades y la detección temprana de patologías.
- Fomentar el vínculo entre la universidad y la comunidad: Las acciones con la comunidad demuestran generar un espacio de intercambio y vinculación entre la universidad, el centro de salud y la comunidad, permitiendo consolidar la misión social de la Universidad en el territorio, en este caso, a través de los centros de salud. (Programa de Sistematización de Experiencias, 2022)

Respecto a la organización de las clases en los centros de salud durante Articulación Comunitaria, según la propuesta curricular se establece en tres momentos: un primer momento desde la llegada al centro de salud donde ocurre una introducción al tema a tratar, presentación de la bibliografía y de los objetivos a trabajar, un segundo momento en la comunidad o centro de salud según las acciones que deban realizarse, y un tercer momento de reflexión sobre la práctica. Los aspectos didácticos mencionados en la propuesta se vinculan al desarrollo de actividades colaborativas en grupos que promuevan el aprendizaje experiencial y el aprendizaje basado en problemas.

La carrera se organiza en comisiones con un número pequeño de estudiantes (entre 10 y 12) en cada centro de salud y el rol tutor que tipifica a las/os docentes. La conformación de comisiones con un grupo reducido de estudiantes se considera un espacio facilitador que promueve el aprendizaje significativo, el trabajo en equipo y el desarrollo de habilidades interpersonales inherentes al espacio. Los programas curriculares señalan que el desarrollo de proyectos de intervención comunitaria, como el desarrollo del cuaderno de campo, o la incorporación de informes periódicos integran la estrategia didáctica.

El rol docente, por su parte, se inserta bajo la modalidad de tutoría. Todos los programas de las asignaturas que asientan en centros de salud definen este rol de manera explícita en su propuesta curricular. A modo de ejemplo, el programa de Articulación Comunitaria 3 (2023) refiere: “el andamiaje que apoya el aprendizaje de las/os estudiantes es el rol de facilitador/a y de supervisión de los procesos reflexivos y de puesta en marcha de las actividades por parte del/la docente tutor/a” (p.11), a su vez esto es referido por las otras asignaturas como parte de una visión común de toda la trayectoria de cursada en los centros de salud a través de ellas. Lo central en la tutoría docente es la orientación de las posibilidades que facilitan el aprendizaje, poniendo a disposición fuentes de información y recursos complementarios, retroalimentando, y propiciando la colaboración.

8.3. Acerca del proceso de significación que los actores atribuyen a la experiencia educativa en el centro de salud

El siguiente análisis surge de las entrevistas focales. Para ello utilizó una identificación genérica para definir el grupo y participante. La letra F seguida del número, indica el número de grupo, siendo F1 el grupo focal integrado por estudiantes, F2 señala al grupo focal constituido por docentes y F3 identifica al grupo focal formado por graduados de la carrera. A su vez cada participante tiene asignado una letra. Esta organización se encuentra en el anexo I de la investigación.

A partir de la dinámica establecida en cada grupo focal, que permitió explorar el proceso de significación de experiencias en el centro de salud como espacio educativo en estudiantes, docentes y graduados, evidencio en común y de manera consistente, una definición de la experiencia educativa en términos de acción y práctica. Es decir, lo dominante con relación a la experiencia aparece encerrada a su dimensión práctica.

En semejanza con el desarrollo conceptual de Schön (1992), anteriormente mencionado, quien sugiere que el conocimiento práctico se desarrolla a través de la acción y la reflexión en la práctica misma. En este contexto, la experiencia educativa se concibe como un proceso continuo de enfrentarse a desafíos reales, reflexionar sobre ellos y

aprender a través de la acción. Los grupos focales, al destacar la importancia del "hacer" en la experiencia educativa, están alineados con la idea de Schön de que la práctica efectiva implica una continua adaptación y aprendizaje a partir de la experiencia directa.

8.3.a. Lo simbólico del centro de salud y el proceso de significación en estudiantes

Los aspectos de la experiencia no pueden ser escindidos de sus componentes y condiciones que dan forma al modo en que cada actor interpreta la enseñanza y el aprendizaje. Los aspectos simbólicos que se configuran alrededor del espacio definen al centro de salud como un espacio de encuentro, un puente entre la teoría y la práctica como parte del aprendizaje significativo.

Dewey afirma que “la creencia que toda auténtica educación se efectúa mediante la experiencia no significa que todas las experiencias son verdaderas o igualmente educativas” (1954, p.22). Esto carga de heterogeneidad de significados a la experiencia.

El grupo focal conformado por estudiantes revelan en variadas expresiones: “para mí lo más importante y lo que más me gustó fue el contacto con la gente, aprendí, de verdad, estoy aprendiendo muchísimo eso” (F1-E); “el contacto con la gente y el hacer talleres me parece una actividad re linda, que te llevas un montón de cosas” (F1-L).

“Desde que empecé en ARTI 1 en el centro de salud fue esta posibilidad de verme en perspectiva (...), verme con lo que me gusta, lo que quiero hacer, lo que no quiero ser, de poder comparar diferentes modelos, hasta mirar desde lo práctico, ver qué habilidades tengo o qué habilidades no tengo, poder uno medirse, ¿no? Porque estás en el juego, estás en una realidad: la de estar en el centro. Te atraviesa en tres años es imposible no salir indemne de todo eso” (F1-G);

“A mí lo que me gusta de la JAURETCHE es esto que desde los primeros años te saca la calle y te hace pensarte cómo vas a ser, yo digo una cosa es esto de la fantasía: voy a ser médica y otra cosa es estoy en el centro de salud, ¿cómo me paro, ¿qué hago? ¿Qué digo? Qué me provoca esto de estar delante de otra persona que no es lo que están los libros, ¿no? ¿Que vos podés estudiar y (...) viene una persona angustiada que llora y qué hago yo? ¿Cómo me paro frente a esa persona? Entonces,

creo que es como lo más valioso y lo más rescato de esta formación y del aula en el centro de salud. (F1-M)

Los hallazgos del grupo focal 1 (F1) confirman la importancia del enfoque experiencial en la educación médica basada en la comunidad. El centro de salud, como espacio educativo, brinda a los estudiantes la oportunidad de aprender a través de la acción y la reflexión crítica, desarrollando habilidades y conocimientos que identifican al centro de salud.

El grupo focal integrado por docentes (F2), indican que las actividades donde los estudiantes realizan prácticas concretas son las que valoran en el centro de salud: “Es estar con la comunidad, con lo que sucede todos los días, con la realidad” (F2-R). La experiencia en el centro de salud se entiende:

“Yo creo que todos los temas (...) están relacionados con el día a día en el centro de salud. Entonces creo que la experiencia que uno puede tener en el Centro de Salud también es como una herramienta más a la hora de enseñarlo, ¿no? Porque bueno, por supuesto nosotras nos basamos en la teoría, pero creo que el hacer, el saber hacer, el hacerlo todos los días, el compartirlo y ver también cosas que sí se pueden, cosas que no se pueden” (F2-Sa);

La experiencia en el centro de salud se convierte en un mediador relevante para la enseñanza, complementando la teoría con el hacer, el saber hacer y el compartir experiencias. La mirada territorial que adopta la enseñanza y aprendizaje en el centro de salud se revela en la siguiente afirmación:

“Igual yo creo que el aula no es solo el centro de salud, se amplía un montón, porque claro, las escuelas para que lo articulas para ir a dar un taller de ESI, por ejemplo, en el caso las instituciones que a veces vamos, los jardines de infantes para estimulación temprana o alguna residencia de adultos mayores para el deterioro cognitivo de adultos mayores, o el barrio donde hacemos las postas. Nosotros tenemos como un lugar donde es un Centro Cultural que usamos mucho de referencia, que a veces resulta un aula que es parte de del área programática. Las actividades que hacemos en esos lugares son parte del aprendizaje” (F2-N)

A su vez, se destaca la reflexión sobre la práctica:

“Si se hace, queda sellado. Yo creo que la teoría queda sellada. O sea, los chicos, cuando fueron a la posta, vieron la articulación. Primero hicimos el recorrido y

fuimos invitando a la gente. La gente del centro cultural nos ayudó, nos iba anotando gente y después la ves en la posta y después la ves en el Consultorio. Ahí queda esa teoría sellada. También La historia clínica orientada al problema, porque cuando se encuentran en la calle, en su barrio, a los pacientes, los ves a veces en su casa y los ves con las necesidades, así que cuando te entra al Consultorio vos ya sabes un montón de cosas...” (F2-N)

En los intercambios realizados por los grupos focales de estudiantes, puede observarse una brecha significativa entre los conocimientos teóricos y su aplicación práctica, que influyen la experiencia educativa. El F1 refiere:

“Siento que no aprendí en los momentos en (...) ir a entregar un folleto por ejemplo o pasarme toda una tarde en la calle al rayo del sol, entregando folletos a la gente que después capaz lo veías que hacían dos pasos y los tiraban y como cosas, así como muy alejados por ahí del Centro de Salud, ir a la calle a buscar gente que no tenía ganas de que les hablemos, estaban apurados o lo que sea” (F1-L)

El testimonio ilustra la desconexión que los estudiantes experimentan entre lo que aprenden en el aula y lo que viven en sus experiencias prácticas. La frustración expresada por el estudiante al referirse a actividades como entregar folletos o pasar tiempo en la calle sin un objetivo claro, evidencia la falta de articulación entre la teoría y la práctica. Se reconocen diversas representaciones que expresan esas tensiones provocadas por la distancia entre lo que se dice conceptualmente y lo que se realiza en la actividad práctica. A su vez, otro integrante del F1 aporta:

“Me pasó a veces que había un desfase tal vez entre lo teórico y lo practico (...) me como un texto, yo lo leo con toda la voluntad del mundo, de que vamos a hablar de cómo llevamos el CAPS a la comunidad, detectamos que hay un problema de eso, hacemos una actividad y vos sabes que la semana siguiente a nadie del CAPS le importaba o al menos a mí me pasó sobre todo en uno” (F1-ML).

Otra representación negativa percibida en las actividades prácticas señala un aspecto que circula como un común denominador en F1:

“Yo siento que no aprendí mucho cuando iba a los consultorios y quedaba totalmente como alumno pasivo. Yo entiendo que los docentes son médicos, y los médicos deben atender a sus pacientes, se demoran, entonces atienden rápido o a su ritmo. A veces no nos hacen participantes y yo creo que ese rato disocie varias

veces porque es que, si no estoy participando, después de ver tres veces lo mismo ya pierdo el interés” (F1-E)

“No estábamos haciendo prácticamente nada y era un poco frustrante, es decir, ellos [otra comisión en otro centro de salud] están haciendo un montón de cosas y nosotros estamos acá haciendo este trabajo y sin ver a nadie sin tocar a nadie y te frustra un poco que vas a pasar al quinto año y no hice un PAP⁴.” (F1-L)

“Nos pasó una experiencia (...) con la secretaria de Salud (municipal), fue genial porque se trajeron todo, increíble lo que hicieron: trajeron tráiler, colectivo para vacunación, diferentes profesionales todo; y nosotros quedamos ahí mirando nada más y nos desinflamos (...) porque queríamos poder participar en algo no que sea mirar la libreta y controlar el calendario de vacunación que es aburrido, queríamos hacer otras cosas, y quedamos afuera” (F1-G)

La experiencia de los estudiantes en los centros de salud revela que la observación pasiva a menudo otorga significados negativos a su formación. Por otra parte, la participación en consultorios en estos espacios representa un supuesto que se alinea con el perfil formativo del plan curricular, asegurando que las competencias clínicas se desarrollen con diversos niveles de complejidad. En este contexto, se destacan los aspectos comunicacionales que se integran en las prácticas del centro de salud. El aprendizaje sobre los modelos de atención y cuidados centrados en las personas, característico de la educación médica de la comunidad, se basa en la adquisición de habilidades de comunicación, especialmente en cuanto a la prevención y promoción de la salud. Los estudiantes reconocen que gran parte de su aprendizaje de estas competencias proviene de la articulación comunitaria: “todo eso lo aprendí en la articulación comunitaria y hoy se los puedo transmitir y les puedo decir” (F1-J).

Esta formación comunicacional se evidencia en la capacidad de los estudiantes para interactuar desde etapas tempranas de la carrera con las personas, familias o grupos. Un estudiante reflexiona sobre cómo estas experiencias le han permitido identificar prácticas que no desea emular en su futuro como profesional, observando que muchos doctores

4

PAP: acrónimo de Papanicolaou, es una técnica para toma de muestra de células de cuello uterino para la detección de Cáncer de Cuello de Útero.

siguen enfoques hegemónicos que él no comparte: “no voy a ir yo con 30 años a cambiarles su ideología, decirles lo que tienen que hacer, pero si lo veo, puedo ver las cosas que yo no quiero hacer, y muchas de esas cosas son las que aprendí en el CAPS. Me parece que es lo más importante que aprendí” (F1-M).

Otro testimonio refleja el crecimiento personal y profesional que le ha proporcionado este espacio, superando el miedo y la vergüenza inicial, al hablar con los pacientes:

“tenía miedo de no saber hablar con los pacientes, no saber qué decirles, yo también soy muy vergonzosa y [...] hoy en día hablo y siento que todo fluye [...] y la mayoría de las cosas que tengo para decirle a los pacientes son cosas que aprendí en el centro de salud” (F1-L).

A su vez, relacionado con los componentes que integran la configuración física de los centros de salud como espacio, se reconoció que los espacios compartidos funcionan como obstáculos del desarrollo de las actividades de las asignaturas. Se ponen en juego los aspectos sustantivos de la propuesta educativa:

“En Santa Rosa pasa que hay un aula que se comparte para residencia, para arti y para el estar del médico, es todo, entonces lo que pasa es que los recursos están limitados y te encontrás con eso que no es falta de predisposición, sino que los recursos materiales a veces condicionan la atención o condicionan esto que vos encontrás y cómo se le hace un seguimiento después, si no hay turnos, no hay profesionales o lo que fueran no depende solamente de arti y de la Cursada digamos, hay otras cosas que también respaldan ese seguimiento y que no están al alcance de un profesor” (F1-E)

La relación entre el equipo de salud y los actores del proceso educativo, docentes y estudiantes, es fundamental por varios motivos. Por un lado, representa uno de los atributos imprescindibles del modelo de educación médica basada en la comunidad, en tanto responde a la modalidad de trabajo que simboliza la APS. Por otro lado, la vinculación estrecha con los integrantes de un equipo de salud, basada en el diálogo, la colaboración y el respeto mutuo, se convierte en un elemento indispensable para el aprendizaje significativo y la formación integral de los futuros médicos. Impregna de manera sustantiva

la experiencia, ya que permite generar oportunidades de aprendizaje para aplicar sus conocimientos y desarrollar habilidades en la práctica.

En las representaciones sobre la vinculación con el equipo de salud, los intercambios en el grupo focal de estudiantes sostienen como común denominador que se presentan con dificultad, reconocen, en la mayoría de sus experiencias, una distancia entre ellos y los integrantes de los equipos de salud. Uno de los estudiantes lo expresa de la siguiente manera: “En Gino tenemos de todo, aula, tele, la profe trajo un pizarrón. Pero no tenemos relación con el equipo de salud, siempre somos visitantes, no nos sentimos parte” (F1-J)”

A su vez, existe el reconocimiento de experiencias positivas con el equipo de salud, donde aparece mayor identidad y correspondencia con el centro de salud. Una de las estudiantes sostiene en su experiencia:

“(…) yo descubrí particularmente en la importancia y el rol del promotor de salud en algunos CAPS, el que estamos ahora, el tema de promoción de la salud en el 18 de Berazategui, se llama Mimi. Ella es la puerta de entrada, con el barrio, con la gente. Además, a nosotros nos incluye, nos pide, nos llama y hoy también es como que hay un reconocimiento de toda la comunidad, pero ella también reconoce a cada persona que forma parte del centro de salud, además lo sabe hacer jugar. ¡Qué bueno eso del centro de salud!” (F1-G)

Por otro lado, las percepciones y valoraciones que vinculan los estudiantes al rol docente es importante ya que indican las posibles discrepancias con el modelo propuesto desde el plan curricular. Las impresiones también aparecen como significaciones comunes respecto a la experiencia con docentes, teniendo en cuenta que esta presentado como un modelo de tutoría. Refieren: “algunos acompañaban más que otros, otros tenían el territorio más desarrollado que otros, eso se notaba, una docente con buen territorio es una buena cursada” (F3-A). Una referencia respecto a una experiencia con un docente, una graduada refiere: “Yo creo que teóricamente sabía mucho y comunitario también, pero a él le faltaba esto de la práctica del territorio, pero yo creo que no aprendimos” (F3-I). Estas experiencias resaltan la importancia de que los docentes en este modelo educativo no solo posean conocimientos teóricos sólidos, sino también experiencia práctica en el entorno comunitario donde enseñan. El significado de la experiencia en el contexto de la APS,

depende en gran medida de la capacidad de los docentes para integrar teoría y práctica. Esto implica no solo la transmisión de conocimientos, sino también modelar habilidades prácticas y actitudes que son sustantivas para el desempeño en contextos comunitarios.

8.3.b. Significado de las experiencias de los graduados en relación con el aprendizaje en el centro de salud y su impacto en su formación profesional.

Continuando con el análisis de la experiencia, resultan interesante los intercambios surgidos en el F3, integrado por graduados de la carrera que se encuentran ejerciendo su profesión en el marco de la formación de posgrado como futuros especialistas en medicina general. En particular, las representaciones sobre experiencias vividas habilitan la reconstrucción y análisis del aprendizaje en el centro de salud y cómo estas incidieron en su formación profesional, por eso se ha seleccionado a este grupo de recientes graduados.

Las lecciones aprendidas que han recuperado de su experiencia refieren a dos momentos: uno en la PFO y otro en los tres años del ciclo básico de la carrera en el marco de la asignatura Articulación Comunitaria. En PFO refieren haber tenido un papel activo (en enfermería por vacunación, en consultorios cuando había retroalimentación, en las interconsultas cuanto tenían un rol activo). Algunos testimonios: “Me paro en la PFO porque es el que siento donde realmente tuve la práctica que yo quería tener, más que en los años anteriores” (F3-I); “(...)no estaba simplemente de una observadora como en años anteriores, entonces es como que ahí realmente es como que supe bueno, esto es una consulta” (F3-M); en forma coincidente advierten sobre la experiencia en el centro de salud en el marco de la PFO:

“(...) porque antes por ahí era teórico y quizás en la articulación comunitaria más allá de participar de consultorios, siempre fui observadora, paradita, nunca de intervenir (...), en PFO pude hacer o sentir lo que es ser médico-ser médica y hacer una práctica como me gustaba” (F3-I).

Las representaciones de los graduados asumen que la calidad de la experiencia está estrechamente ligada al espacio y la disposición del equipo de salud. La interacción positiva y el apoyo del equipo reconocen que enriquecieron la experiencia en los centros

de salud, mientras que el comportamiento hermético o poco colaborativo no ha demostrado la promoción de aprendizaje significativo.

Respecto del recorrido en los primeros años en los centros de salud, refieren que lo que identifica estar en el centro de salud está vinculado a las recorridas comunitarias: “saliendo a recorrer el territorio (...) y la observación, de aprender a mirar” (F3-I), son las primeras señales que los conectan con la experiencia, de comprender el rol que tiene el centro de salud esos primeros años de cursada.

A su vez, y se indican de manera considerable, aparecen referencias acerca de la influencia que ha tenido la experiencia en la elección de la especialidad médica en el primer nivel de atención. Una de las declaraciones versa:

“(...) ahí empezás a ver lo que es la labor del trabajador de la salud y también esta cuestión de comunicarse no es solamente con la comunidad, sino que también con todas las otras personas que trabajan en el centro de salud y eso también nos va sumando porque a posterior en lo que es la inserción laboral uno tiene que comunicarse todos los días con personas con las que trabaja y esta cuestión le decía flor de la comunicación. Yo creo que también pasa por esos vínculos que se generan y diferentes roles que llevan adelante dentro de la sala.” (F3-J)

Se destaca lo siguiente:

“Cuando uno está terminando la carrera, es como que nos llevamos todos los valores de la atención primaria de la salud, que cuando entramos en segundo año no los conocemos y empezar a trabajar todo lo que es el centro de salud hacia afuera que hoy vemos nosotros la atención que falta mucho lo que es caminar el territorio vinculación territorial mapeo identificar instituciones todo eso que nosotros creo que lo hacemos muy bien, lo hemos aprendido muy bien y que vemos que muchos equipos todavía como les cuesta muchísimo hacer eso” (F3-A).

También vinculado al espacio, las referencias que sostienen la importancia del trabajo en equipo y el compañerismo entre los estudiantes y su vinculación con el equipo de salud. Los participantes señalaron que una de las experiencias más valiosas de cursar en el centro de salud es el compañerismo y el desarrollo de habilidades interpersonales, aspectos que no se experimentan de la misma manera en los ámbitos académicos tradicionales de la universidad: "para mí lo mejor de cursar en el centro que tal vez no pase en la universidad porque nos encontramos en ámbitos de seminarios, es el compañerismo"

(GF3-M). La colaboración entre pares es reconocida por los graduados en tanto enriquece el aprendizaje y proporciona apoyo emocional durante el trayecto formativo.

Además, se destaca la importancia de aprender a coordinar y trabajar en grupos, una habilidad que los estudiantes desarrollan a través de sus experiencias prácticas en el centro de salud: "el aprender a coordinar en un grupo es como súper fundamental y que es una formación importante que sacamos de aquí" (GF3-J). Este aprendizaje práctico les enseña a actuar de manera efectiva y decisiva, enfatizando la importancia de la acción colaborativa y la eficiencia en el trabajo grupal: "es desde el trabajo en grupo de haber estado trabajando en grupos muchas veces y decir bueno, listo hay que hacer, no hay que ponerse a dar vueltas. y eso es muy importante" (GF3-J).

Por último, para destacar en este apartado, algunos relatos mencionaron a la distancia física del centro de salud a la Universidad o sus hogares, como un aspecto negativo de la experiencia educativa.

Para las/os graduadas/os que continuaron su formación de posgrado en el primer nivel de atención, la experiencia educativa en centros de salud durante la etapa de grado ha sido determinante. Sostiene una participante:

“Nosotros lo tenemos muy naturalizado esto de entender el contexto de conocer la comunidad para saber cómo enferma, ¿eh? Lo aprendimos ahí en los primeros años de la carrera y como que lo tenemos muy incorporado. Eso me conquistó a elegir la especialidad.” (F3-F)

Esta vivencia, permite sugerir que la experiencia temprana no solo facilitó su adaptación a las realidades del primer nivel de atención, sino que también consolidó su habilidad para identificar y abordar los determinantes sociales de la salud. Así, la integración temprana de la teoría y la práctica en contextos comunitarios ha tenido un impacto duradero en su desarrollo profesional una vez graduados, reconociendo la influencia de las cursadas en el presente laboral en el primer nivel de atención:

“Creo que eso también nos da la ventaja hoy por hoy yo estoy segura(...)que hoy por hoy agarramos una lámina y decimos che, salimos al patio, salimos a dar un taller con total tranquilidad, eso lo vimos en el centro de salud” (F3-J)

“Yo creo que el pase también del centro de salud al hospital a mí me definió (...) a mí me gusta el centro de salud no me gusta el hospital (...) porque está bueno tener los dos contrastes para darte cuenta donde te gusta estar, eso estuvo bueno para mí porque me sirvió para definirme porque yo mis inicios y van por otros lados como todos” (F3-I)

8.3.c. Concepciones de los docentes acerca del rol del centro de salud en contexto de la currícula de educación médica basada en la comunidad y las estrategias didácticas utilizadas.

El análisis de los significados de los docentes sobre el rol del centro de salud en la educación médica basada en la comunidad y las estrategias didácticas utilizadas sostiene la idea que el centro de salud se concibe como un espacio educativo que favorece el aprendizaje significativo y la formación de los estudiantes mediante la integración de conocimientos teóricos y prácticos.

Así visto, uno de los planteos comunica:

“Respecto al contenido teórico, yo creo que se aprende inclusive con esta contradicción de la realidad, todo muy lindo, pero salimos a la calle y veamos lo que sucede. O cuando están adentro del consultorio y ven lo que se puede hacer (...). A veces, cuando les proponemos, plantear intervenciones que hagan que ellos puedan hacer: a veces nos dicen, ay profe no podemos hacer nada” (F2-O).

En los relatos surgen aspectos críticos sobre los marcos teóricos que se utilizan en las cursadas del centro de salud. La propuesta teórica que atraviesa la experiencia es vista por los estudiantes como adversa. Sostienen que desalinea la práctica en tanto no se orienta de manera específica la influencia de esos marcos conceptuales a la práctica: “la teoría sí exagera, es una materia que tendría que ser práctica más que teoría, ya tenemos las otras materias” (F1-M).

Respecto al rol tutor, las representaciones a las que se acude para establecer esa definición: “estamos en el medio, porque trabajamos en el centro de salud y somos docentes, eso necesita de organizarnos mucho en el centro de salud” (F2-M); esto reconoce un rol de gestión de la actividad práctica que nace de la estructura del plan curricular. En sintonía con lo que reflejan los estudiantes y graduados, cada centro de salud presenta

diferentes potencialidades para la actividad práctica, pero están condicionadas por la acción docente como mediadora de la actividad, el equipo de salud y la comunidad.

A su vez, se refleja una tensión asociada a la dificultad de conciliar el rol de autoridad con el enfoque centrado en el estudiante que se busca promover en la educación médica basada en la comunidad: “a veces sucede que nosotras intentamos dar todo, nos olvidamos del poder implícito del rol docente” (F2-O); “Yo intento dar las clases lo más horizontal posible y no me siento más que nadie, pero implícitamente el estudiante sabe que son para la nota” (F2-Sn).

Las representaciones sobre el rol del tutor en el espacio del centro de salud abarcan aspectos de equilibrio entre la práctica clínica y la enseñanza, la conciencia del poder implícito del rol docente y la búsqueda de una tutoría que promueva el aprendizaje significativo. Estas reflexiones ofrecen una visión diversa de las responsabilidades y desafíos asociados con el rol tutor en el ámbito de la educación médica basada en la comunidad.

Otro de los aspectos explorados en la experiencia es el reconocimiento de la práctica reflexiva desde el rol docente; así visto una integrante sostiene: “(...) dar clases o enseñar en un aula del Centro de Salud (...) nos obliga a replantearnos todo el tiempo (...) como mirando, automirándose, mirándote y cambiando estrategias” (F2-R); “adaptarnos a la realidad y la realidad que no es la misma que el año pasado” (F2-M).

“El hecho de recibir estudiantes ya sea en el ámbito desde la docencia, en el Consultorio (...) te interpela. En este sentido de bueno tienes que hacer las cosas como deben serlo, no podemos así improvisar, o sea, tratar de explicar cada paso, qué hacemos(...). Porque si no es como (...) escribís con una mano y borrar con la otra y me parece que eso es súper importante, sobre todo porque ellos ven que uno trabaja en el centro de salud, forma parte del equipo y bueno y se involucra con eso” (F2-Sv)

Por último, se identifican los elementos mediadores de la cuestión didáctica, esto es, el modo en que se realizan las actividades en el centro de salud. El grupo focal docente sostiene que la estrategia didáctica utilizada es el aprendizaje basado en problemas, desde el que reconocen la realización de instrumentos como guías de actividades basadas en situaciones de realidad modificadas a fines académicos. Estos elementos circulan en cada

clase, particularmente en el segundo momento de los encuentros, donde se fomenta la discusión y el análisis crítico de las situaciones presentadas. Los estudiantes trabajan en equipos para resolver los problemas planteados, aplicando sus conocimientos teóricos a contextos prácticos que reflejan la complejidad de las problemáticas que se presentan en atención primaria. Este enfoque no solo facilita la comprensión de conceptos claves, sino que también promueve el desarrollo de habilidades de resolución de problemas, pensamiento crítico y colaboración, reflejo de los lineamientos curriculares de la carrera.

8.3.d. Relación docente-experiencia educativa desde la experiencia de estudiantes y graduados

Tal como se ha mencionado, el rol docente bajo la denominación de tutoría atribuye al centro de salud, una posibilidad de generar espacios transversales. Como han expresado en el grupo focal de estudiantes: “la práctica y la teoría todo la hace el docente” (F1-J); “Si, me paso que parte de ellas (la docente) que te hacía llevar mucho mejor la materia, la sabia llevar muy bien y el tema importante, era esto, después es lo que llevaba a la práctica. (F1-C); “(...)pasa que nosotros hablamos entre compañeros y hay mucha diferencia entre donde cursó cada uno, (...) cada docente tiene sus particularidades (..) al menos es muy notorio cuando, por ejemplo, el que conduce digamos la materia es un médico” (F1-M)

Otro graduado señala que la experiencia educativa puede variar considerablemente según el centro de salud en el que se curse, como han relatado los estudiantes. A su vez, es posible subrayar que las conversaciones en este grupo focal sostienen la importancia del sentido de pertenencia y la integración dentro del centro de salud. Un graduado menciona que su experiencia fue diferente en dos centros de salud diferentes, donde se sintió más parte de uno que del otro. Esto resalta la influencia del espacio y la interacción interpersonal en la experiencia educativa.

8.4. Acerca de la interpretación de los significados que se construyen sobre el centro de salud como espacio educativo

Los relatos en los grupos focales revelan percepciones y reflexiones sobre el rol del centro de salud como espacio educativo, asumiendo que no hay verdad absoluta o significado definitivo, más bien, se entrelazan creando un patrón complejo y en constante movimiento. Al reconocer la diversidad de voces y experiencias representadas en este entramado de discursos, crea la posibilidad interpretativa, para una comprensión más profunda y matizada del tema. apreciar la diversidad de perspectivas y enfoques que contribuyen a enriquecer el diálogo y la práctica en este ámbito.

El sentido de las dinámicas de enseñanza y aprendizaje que se producen en el centro de salud, como se ha mencionado, responden a premisas preestablecidas, podría decirse estandarizadas que buscan ubicar a este espacio como una representación del perfil de médico que busca, y ejerce a través de sus actividades una alineación entre educación-espacio.

Al hablar sobre el rol del centro de salud en la currícula de la carrera, uno de los participantes expresó la percepción de que los centros de salud no están inicialmente preparados para la función docente: “Digamos que en un principio se pensó el centro de salud, pero los centros de salud no están preparados para la docencia” (F2-M). Esta reflexión sugiere la existencia de limitaciones en la adaptación de los espacios de aprendizaje para satisfacer las necesidades educativas del perfil de formación.

Otros relatos plantean la necesidad de repensar la concepción del aula en el centro de salud, destacando la importancia de adaptar el entorno físico a las actividades educativas. Refiriéndose al respecto: “Ahí estamos como concebimos el aula en el Centro de Salud, porque si la concebimos como las aulas de la Universidad nos va a faltar sillas, mesas, pizarrón. Ahora sí la concebimos como un trabajo grupal (...) no necesitaríamos, quizás todo eso” (F2-R)

La relación entre el equipo de salud y los actores del proceso educativo, docentes y estudiantes es clave por varios motivos. Por un lado, representa uno de los atributos centrales del modelo de educación médica basada en la comunidad, en tanto responde a la modalidad de trabajo que simboliza la APS. Por otro lado, la vinculación estrecha con los integrantes de un equipo de salud, basada en el diálogo, la colaboración y el respeto mutuo, se convierte en un elemento indispensable para el aprendizaje significativo y la formación integral de los futuros profesionales. Impregna de manera sustantiva la experiencia, ya que

permite generar oportunidades de aprendizaje para aplicar sus conocimientos y desarrollar habilidades en la práctica.

Sin embargo, también se identifican barreras que representan el modo que experimentan la interdisciplina durante la formación, lo cual plantea una cuestión de convivencia y aprendizaje conjunto: "la interdisciplina siempre una gran barrera" (GF3-M). Esta convivencia inicial es crucial para la formación de los primeros equipos de trabajo, donde los estudiantes empiezan a visualizarse como integrantes de equipos de salud del primer nivel de atención. Sostienen: "se empiezan a formar los primeros equipos porque es donde creo, se empieza a formar equipo y uno empieza a ver la creación de los equipos de salud que, en ese momento, son equipos estudiantes" (GF3-J).

En esta línea, resaltó la importancia de que los profesionales que integran los equipos de salud de los centros de atención primaria que forman parte de la carrera, reconozcan y valoren el carácter universitario del centro de salud. Este reconocimiento puede influir en la actitud y el compromiso del personal hacia la docencia y la investigación, fortaleciendo o debilitando así la colaboración entre el ámbito académico y el clínico-comunitario. Uno de los planteos afirma: "un factor a favor, en el hecho de también de los profesionales que accedan a recibir a estudiantes, porque entienden que justamente (...) el centro se llama Centro universitario" (F2-Sn); a su vez aparece reforzada la idea de mayor integración con el equipo de salud:

"Quizás para decirnos es un centro de atención primaria universitario, no estaría mal que haya un reconocimiento y como una primera presentación al equipo y un compromiso que asuma el equipo, y darle continuidad. Es difícil encontrar a todo el equipo en un día y horario" (F2-Sv);

"No es un centro de salud cualquiera, de ser un centro de salud universitario. Como que puede llegarle a dar a los trabajadores más allá, que no tengan un reconocimiento económico, pero sí puede tener un reconocimiento en su currículum, yo laburo en un centro, además de ser un centro de atención primaria, en un centro de atención primaria universitaria (...) tiene otros sentimientos" (F2-M)

Se mencionaron resistencias y reticencias por parte de algunos integrantes del equipo hacia la integración de estudiantes en el espacio del centro de salud, refieren: "Parte

del equipo les cuesta, ya saben que van a venir, pero les cuesta aceptar a los chicos.” (GF2-N). Agregan:

“En mi caso, Santa Rosa es particular porque es un centro de salud donde al equipo de salud se le impuso hacer docencia, más allá del incentivo económico que están pidiendo, la realidad es la motivación, reconocer que no solo es centro de salud es para hacer docencia sino también para hacer investigación. Por ejemplo: vamos a hacer un trabajo en conjunto es otra cosa” (F2-M);

“Se sabe que van alumnos, se los recibe, pero te dicen ahí vinieron tus alumnos, vinieron los chicos, bueno, pero son de acá. También hacen actividad comunitaria porque también fortalece al equipo, hacer trabajo en terreno. Cuando tenemos mucho asistencial, los chicos dan la energía y a veces organizan más las cosas que nosotros como equipo.” (F2-Sv).

En esta línea, las representaciones sobre la vinculación con el equipo de salud surgidas en los intercambios en el grupo focal de estudiantes sostienen como común denominador que se presentan con dificultad, reconocen, en la mayoría de sus experiencias, una distancia entre ellos y los integrantes de los equipos de salud. Uno de los estudiantes lo expresa de la siguiente manera: “En Gino tenemos de todo, aula, tele, la profe trajo un pizarrón. Pero no tenemos relación con el equipo de salud, siempre somos visitantes, no nos sentimos parte” (F1-J)”

A su vez, existe el reconocimiento de experiencias positivas con el equipo de salud, donde aparece mayor identidad y correspondencia con el centro de salud. Una de las estudiantes sostiene en su experiencia:

“(…) el hecho de poder ir al aula del CAPS e interactuar, cuando llegas y te reciben con tu nombre, me encanto el consultorio, hay profesionales que te enseñan todo tan bien, hablar de parasitosis, debatirlo todo, creo que sirve mucho más que sirve” (F1-M)

En el grupo de graduados se registra la misma sintonía en relación a la importancia que tienen el equipo de salud en el proceso de aprendizaje, resumidamente advierten ante esta situación: “te sentís parte o no te sentís parte” (F3-I); “es cierto, te obstaculiza, pero también te entrena. Que suele pasar en la mayoría de los trabajos, donde hay equipos que no funcionan.” (F3-G)

Otros comentarios que se intercambiaron en torno a esta pregunta fueron:

“pero una de las cosas las peores cosas que se me ocurre es que depende mucho también del equipo de salud que tenga el centro, estás muy sujeto a eso si el equipo de salud es potable no es potable si es hermético o no, si tiene ganas de estar con vos o no si tiene perfil docente o no. Por más que el centro de salud tenga todos los recursos, pero si el equipo de salud no te acompaña, la experiencia no es buena” (F3-B)

“Creo que va a depender del centro en el que curses, te puede pasar que va a ser lo mejor cursar en APS o lo peor; eso va a depender del equipo profesional que haya el docente que te toque de la Comisión que tengas, o sea los compañeros que tengan creo como que todo es un es un contexto que te va te va a hacer sentir que es lo mejor por usar en APS” (F3-F)

“yo creo que en Arti 1, en la Universidad sí me sentía parte entonces venís tu aula es tu lugar, pero cuando iba a Gino, no, no me sentía parte por todo(...), vos entrabas, un hola tímido y nos íbamos al segundo piso, no, no éramos como parte del centro.” (F1-I)

Por otra parte, los relatos de los graduados reflejan la influencia de experiencia educativa en primera persona en el centro de salud:

“(…) cuando lo ves en vivo decís: el peso que tiene esto de estar en el centro de salud, en el barrio, y que realmente es lo que hay que tener en cuenta, si no lo tengo en cuenta, es un abordaje completamente diferente, que capaz no va a ningún lado y si no lo ves en vivo y en directo capaz, sí no tuviste la suerte de vivirlo en primera persona capaz que ni se te cruza por la cabeza.” (F3-B)

Otros aspectos fuertemente señalados son la construcción del sentido de pertenencia, refiere: “me acuerdo de que hicimos una bandera gigante con el nombre del centro de salud, la tenía en el auto siempre, era llevar el centro de salud a todos lados”.

Las voces de los participantes en los grupos focales dejaron manifiesta la influencia que ejerce el reconocimiento del carácter universitario del centro de salud por parte algunos profesionales de la salud en su actitud y compromiso hacia la docencia. Esta valoración positiva impacta directamente en el proceso de significación de la experiencia educativa de los estudiantes y graduados.

Sin embargo, también se han identificado resistencias y reticencias por parte de algunos integrantes de los equipos de salud hacia la integración de estudiantes. Estas dificultades, posiblemente asociadas a la carga de trabajo y la falta de incentivos, pueden generar una distancia entre los estudiantes y los equipos de salud, afectando negativamente el proceso de aprendizaje.

En este contexto, resulta relevante destacar el papel protagónico del equipo de salud en la construcción de un ambiente favorable para la integración de los estudiantes. Su disposición, apertura y compromiso con la formación de futuros profesionales son elementos esenciales para el éxito de esta experiencia.

El peso de los relatos hace evidente la importancia de la inmersión en el contexto real y la construcción de un sentido de pertenencia, que emergen como elementos esenciales para una formación integral y comprometida en este espacio. Estos hallazgos, además, destacan la importancia de considerar múltiples aspectos al evaluar y mejorar la calidad de la formación en el centro de salud como espacio educativo.

8.5. Conclusiones

Al fin y al cabo, el espacio, como la energía, en cuanto energía, ni se crea ni se destruye, solo se transforma. La cuestión final es si se transforma en un espacio frío, mecánico o en un espacio caliente y vivo. Es un espacio dominado por la necesidad del orden implacable y el punto de vista fijo, o en un espacio que, teniendo en cuenta lo aleatorio y el punto de vista móvil, sea antes posibilidad que limite. En un espacio, en suma, para la educación, un ámbito que no pertenece al mundo de la mecánica, sino al de la biología, al de los seres vivos.

(Viñao Frago, 1996, 92)

Desde sus etapas de planificación, esta tesis se propuso aportar perspectivas de abordaje para una investigación educativa situada, particularmente en lo que refiere a la formación de profesionales de la salud y con enfoque en la carrera de medicina. Como decisión conceptual y metodológica, el trabajo de campo, de acuerdo con el objetivo general que planteó la investigación, se orientó al análisis del proceso de significación de la experiencia del centro de salud como espacio educativo situado en estudiantes, graduadas/os y docentes de la carrera de Medicina de la UNAJ.

En este sentido, se propuso situar al centro de salud como aula universitaria con relación al concepto de espacio como el posicionamiento terminológico central de la tesis. Para ello, se realizó un abordaje metodológico y epistemológico que contribuye al análisis de la educación médica basada en la comunidad. Las consideraciones conceptuales alrededor de una y otra dimensión de la intersección analizada, busco vincular la enseñanza, el currículum-didáctica y la experiencia educativa en el centro de salud como espacio educativo, desde una mirada del proceso de significación de sus actores, de manera que develo una trama de planos y relaciones que han nutrido de diversidad y complejidad epistemológica a la investigación. La intencionalidad de reconocer la presencia de

obstáculos y rupturas epistemológicas da cuenta de una forma particular de interpretar al objeto de investigación.

Desde una perspectiva metodológica, esta investigación se encuadró en un enfoque hermenéutico interpretativo que busco propiciar la revisión de los modos en los que circula la experiencia y las lógicas que estructuran las prácticas de enseñanza y aprendizaje en los centros de salud, es decir, comprender sus significados en este contexto específico. Por la naturaleza intrínsecamente interpretativa del proceso de significación de las experiencias en el centro de salud, se reconoce la ocurrencia de categorías emergentes que son abonadas a partir del propio proceso interpretativo.

La sinergia entre las dimensiones de la intersección arma la red teórica, que permite trascender la visión lineal de los espacios en la educación médica, al entrelazar diferentes componentes, los que forman un conjunto dinámico que permite analizar el centro de salud como espacio educativo.

Se parte de reconocer que los espacios deben ser vistos y analizados más allá de sus dimensiones físicas, se atribuye su capacidad para influir en las personas y en las actividades situadas que ocurren en él, así como su potencial para tener significado, estimular los sentidos y promover la interacción humana. Desde la perspectiva de Massey (2005), se reafirma que estos espacios educativos no son simplemente estructuras neutrales donde se imparte conocimiento. En cambio, son productos sociales, dinámicos y relacionales, moldeados por las prácticas, interacciones y experiencias de los estudiantes, docentes, equipos de salud y comunidad.

A partir de lo expuesto, se afirma que el centro de salud no puede entenderse o explicarse integralmente desde una única perspectiva o dimensión, el espacio se condensa y representa una identidad formativa y es a través de la experiencia que se develan los significados. En este caso, y en términos de aportes, las categorías de análisis y puntos de arribo de este trabajo podrían contribuir a futuras investigaciones que enriquezcan esta temática.

La modalidad de grupos focales desplegada en esta investigación permitió que el intercambio recupere los significados de las experiencias en diferentes centros de salud,

vinculadas a trayectorias diversas expresadas en estudiantes, docentes y graduadas/os. Esto permitió demostrar las heterogeneidades presentes en estos espacios educativos. La dinámica de discusión grupal facilitó la obtención de los datos de la investigación, ya que la circulación de los relatos sobre los diferentes aspectos de la experiencia fue rodando con mayor profundidad entre los participantes.

En este trabajo, el supuesto inicial del cual se partió, planteaba lo siguiente: un espacio que ofrezca significado y pertenencia juega un papel crucial en el desarrollo integral de sus actores. En este sentido y conforme a eso, la interpretación de los datos demostró que los centros de salud, como espacios educativos, modelan significativamente la experiencia educativa de sus actores, alineándola con los objetivos de la educación médica basada en la comunidad.

El análisis documental que integro la investigación permitió identificar las condiciones y componentes del centro de salud como espacio. En primer lugar, se observa que la selección de los mismos ha considerado parcialmente los criterios establecidos por el reglamento de la carrera, demostrando que disparidades entre los diferentes centros de salud, pueden traducir experiencias inconsistentes. Se reconoce que el comportamiento de los criterios orientadores no basta para jerarquizar las experiencias subjetivas de los actores, atravesadas por las contradicciones entre lo que se espera, lo que posee y se construye en el centro de salud. Esto sugiere que, su identidad como espacio educativo no es armónica, sino que se configura a través de una serie de tensiones y discordancias. Estas incluyen las diferencias en los recursos disponibles en cada centro de salud, la estructura y función de los equipos de salud, la disposición áulica, los antecedentes de vinculación con la comunidad, como los aspectos destacados.

En este contexto, se reconoce la influencia de las políticas de espacialidad señaladas por Castro (2015) que determinan la disposición física (aulas, laboratorios y otros espacios físicos), reflejan las prioridades educativas, los valores institucionales y las visiones sobre el aprendizaje y la enseñanza del perfil formativo buscado. Estas políticas están sujetas a interpretaciones y acciones por parte de las/os estudiantes, docentes, gestores y otros miembros de la comunidad educativa, quienes pueden resistirse, reinterpretar o incluso cambiar activamente las concepciones dominantes sobre el espacio educativo. Lo que sugiere una apertura hacia nuevas formas de entender y abordar el espacio, de producción

de conocimiento, marco de esta tesis. Este proceso de reinterpretación y cambio activo refleja una ruptura potencial con las concepciones y prácticas educativas establecidas, lo que podría considerarse una ruptura epistemológica en tanto construye una nueva forma de entender, vivir y hacer el centro de salud.

En términos del plan curricular, tal como se desplegó en el marco teórico, es importante que el currículo contribuya a una mejor comprensión de los fenómenos educativos en este espacio y que se comprometa con la intervención de la realidad para transformarla. La definición de Gimeno (1998) acerca del curriculum como puente entre la teoría y la práctica, permite, a partir de los datos relevados, evidenciar el contraste entre el curriculum implícito del explícito, sugiriendo una brecha entre lo que se propone en el currículo formal y lo que realmente ocurre en las prácticas educativas. A partir del análisis de las actividades prácticas que integra el diseño curricular y los relatos de las/os estudiantes y graduadas/os, puede identificarse una relación lineal: las actividades prácticas vinculadas con un rol protagónico y proactivo del estudiantado representaron aprendizaje significativo. Se reconoce además que el rol docente resulta estratégico para delinear las actividades en el centro de salud y la comunidad. Esto sugiere que la calidad del aprendizaje depende en gran medida de la capacidad de los docentes para combinar conocimientos teóricos con habilidades prácticas en el territorio. La transposición didáctica de las actividades, la integración entre la acción y la situación de enseñanza, como expresa Camilloni (2000), resulta decisiva para la significación de la experiencia, porque implica la adaptación y transformación de los contenidos académicos para que sean comprensibles y relevantes para los estudiantes en un contexto práctico. La articulación entre la teoría y la práctica debe ser clara y consistente, evitando actividades desconectadas o pasivas que generan frustración entre los estudiantes.

Se observó que las/os estudiantes y graduadas/os que cursaron con docentes que utilizaban métodos de enseñanza innovadores y aplicaban sus conocimientos a situaciones reales del entorno comunitario lograron un mejor desempeño académico y desarrollaron habilidades más relevantes para la formación. La disparidad de las experiencias en cuanto a la enseñanza subraya la necesidad de un enfoque más equilibrado y consistente en la formación de los docentes participantes en este modelo educativo, que requiere mayor correspondencia a la hora de enseñar en un centro de salud.

El territorio ha sido central de los relatos, ya que las experiencias vinculadas en este escenario y las acciones realizadas con la comunidad resultaron muy valiosas, como indicaron estudiantes, graduados y docentes. La construcción de un sentido de pertenencia al centro de salud y a la comunidad también representa un componente decisivo en la motivación y el compromiso de los estudiantes.

Por otra parte, resulta sustantivo mencionar la importancia que ha representado la configuración y dinámica de los equipos de salud, que tiene un rol protagónico en la EMBC, ya que permite crear oportunidades de aprendizaje genuinas del espacio, consolidando los supuestos que integran el perfil formativo hacia la medicina general. La configuración de los equipos de salud no es atribuible a una única cuestión de organización, sino que representa un tejido de relaciones y significados que impactan directamente en la experiencia educativa de los actores. En términos interpretativos, cada interacción dentro del equipo de salud contribuye a un horizonte de entendimiento compartido. Este horizonte es esencial para la formación de los estudiantes, ya que a través de él se interpretan y reconfiguran los conceptos teóricos aprendidos en el aula.

El hecho que el comportamiento poco colaborativo de integrantes del equipo de salud puede obstaculizar el desarrollo de competencias significativas que representan el espacio, coloca al centro de salud en un lugar distante, que construye ideas erróneas sobre este nivel de atención, alejando el centro de salud de su potencial educativo. Resulta importante entonces, que los equipos de salud en los centros de práctica estén bien preparados y dispuestos a facilitar un ambiente de aprendizaje colaborativo. Hermenéuticamente, esto se entiende como la capacidad de los equipos de cada centro de salud para abrirse a la interpretación conjunta y al diálogo constructivo con los estudiantes y docentes. Esta apertura permite que los significados emergentes sean continuamente negociados y reconfigurados, lo que enriquece la experiencia educativa y fomenta un aprendizaje significativo.

Desde una perspectiva semiótica, el espacio educativo se concibe como un sistema de signos en constante interacción, donde los elementos físicos y simbólicos adquieren significado mediante la interpretación y la mediación de los sujetos involucrados en el proceso educativo. En los aportes destacados de Vygotsky (2013) se reconoce que el origen del significado es la interacción social, arbitra entre el sujeto y su entorno, relacionando la

acción y el significado como dos manifestaciones de un solo fenómeno. En particular, lo que sucede en el centro de salud, promueve la interacción y la construcción conjunta de significados entre estudiantes y docentes.

En síntesis, lo anterior revela que la acción y la práctica son ejes centrales de la experiencia formativa. Los actores subrayan la importancia de un aprendizaje basado en la acción, la reflexión continua y el vínculo con la comunidad. Los intercambios en los grupos focales se distinguieron por relatos, en lo sostenido por Larrosa “*eso que me pasa*” (2006), representando la esencia de la experiencia educativa por los actores, donde el aprendizaje y la enseñanza se vive y se siente, no solo como una acumulación de conocimientos teóricos, sino como una transformación personal y profesional que se da a través de la interacción con el contexto real, la práctica cotidiana, la participación y la relación con los demás.

Como señala Sanjurjo (2009), la interpretación de las acciones ayuda a revelar el significado de las formas particulares de la vida social, facilitando la comprensión del sentido de las acciones para quienes integran el proceso. Este movimiento interpretativo es clave, ya que permite que los actores se reconozcan en esa interpretación y, consecuentemente, puedan modificar sus prácticas.

A lo largo de esta investigación, se ha demostrado que el centro de salud, cuando se concibe como aula universitaria, desafía las concepciones tradicionales de la educación médica al enfatizar la importancia de la experiencia en primera persona. En este sentido, un centro de salud que permita que la experiencia trascienda en términos educativos, promueve su protagonismo como un espacio que legitima el perfil de la educación médica basada en la comunidad. El encuadre terminológico de espacio permite atribuir al centro de salud como un “escenario abierto” a nuevas identidades, relaciones y diferencias. Al estar siempre incompleto, permite la creación de nuevas experiencias educativas, nuevos enfoques didácticos y nuevas formas de interacción entre el centro de salud, sus actores, la comunidad y la Universidad.

8.6. Reflexiones. Nuevas preguntas y perspectivas

Aunque las cosas y las personas son resistentes a los cambios, es la historia la que nos lo confirma: los cambios ocurren. Aprendemos que el acontecer de grandes transformaciones depende siempre de por lo menos dos elementos: el deseo y la voluntad sin esperanza de alterar el statu quo, por consiguiente, de una dimensión subjetiva. Por lo tanto, es también del dominio de cierta ciencia, de un proyecto conscientemente construido, de una vertiente que está —en forma inapelable— vinculada al ejercicio de la razón
(Gastón de Souza Campos, 2021, p.21)

Transformar el espacio implica repensar su configuración, su ambiente, su estructura e incluso su dinámica para hacerlo más propicio para el aprendizaje y el desarrollo profesional. Esto puede incluir ajustes en la disposición física de las instalaciones, la introducción de recursos educativos adicionales, la implementación de nuevas tecnologías, la promoción de interacciones más colaborativas o inclusivas, entre otras acciones.

A partir de los resultados y reflexiones obtenidos en esta investigación sobre el centro de salud como aula universitaria, surgen nuevos interrogantes que pueden conducir a una comprensión más profunda o a la formulación de nuevas hipótesis. Estos resultados como gradiente de nuevo conocimiento conducen a la confección de nuevas preguntas que busquen ahondar en aspectos específicos del tema, explorando dimensiones aún no reconocidas y ampliando el conocimiento en el campo de la educación médica basada en la comunidad.

La variedad de lentes conceptuales que se configuraron en la investigación, movilizan una forma de interpretar el espacio y permite abrir nuevas perspectivas para continuar la exploración de prácticas y configuraciones didácticas, así como analizar la influencia del espacio en la formación de otras profesiones de salud y en convivencia de las diferentes profesiones en este escenario, como cuestiones abiertas, que transitan controversias, y que se encuentra escasamente abordado de manera contextualizada.

Los caminos hacia una mejor articulación entre el currículo y la realidad en este espacio se vinculan con la necesidad de reconsiderar las metodologías de enseñanza y aprendizaje situados, recrear estructuras educativas con la participación de los diferentes

actores y adecuar las prácticas para provocar una transformación significativa. Lo esencial será conectar con los contextos específicos y las realidades cotidianas de los estudiantes y profesionales de la salud, asegurando que las experiencias educativas sean verdaderamente integradoras y formativas.

Las lecciones aprendidas en esta investigación y las emergentes líneas de indagación que surgen representan una oportunidad para continuar avanzando y consolidando metodologías integradas e interdisciplinarias, que en este caso contribuyan al conocimiento y la mejora de la educación médica en el contexto del centro de salud como espacio educativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida Filho, N., & Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médicos sociales*, 5- 30.
- Andrade, J. (1978). *Marco conceptual de la educación médica en América Latina: Primera Parte*. Washington: OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No.12, Nro. 1, pp. 1-19.
- Andrade, J. (1978). *Marco conceptual de la educación médica en América Latina: Tercera Parte*. Washington: OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.12, Nro. 3, pp. 223-252.
- Andrade, J. (1979). *Marco conceptual de la educación médica en América Latina: Cuarta Parte*. Washington: OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.12, Nro. 1, pp. 1-33.
- Andrade J. El proceso de diseño del plan de estudio. *Educ. Med. Salud* 1971; 5 (1):20-38
- Andrade J. La estrategia educacional en el plan de estudios. *Educ Méd Salud* 1971; 5, (2):151- 164.
- Ausubel, D. (1980). *Psicología educativa*. México: Trillas.
- Bachelard, G. (1988). *La Formación del Espíritu Científico Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. México: Siglo XXI Editores.
- Barrero Espinoza, C., Bohórquez Agudelo, L., & Mejia Pachón, M. (2011). La hermenéutica en el desarrollo de la investigación educativa en el siglo XXI. *Itinerario Educativo*, 101-120.
- Borrell Bentz, R. M. (2005). La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos. En R. Madis, *Proceso de transformación Curricular: otro paradigma es posible*. Rosario: UNR.
- Bourdieu, P. (2008). *El oficio del sociólogo* (Segunda ed.). México: Siglo XXI Editores.
- Byrne, N., & Rozental, M. (1994). Tendencias actuales de la educación médica y la propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Educación médica y salud*, 53-93.
- Camilloni, A. (2001). Los obstáculos epistemológicos en la enseñanza. Barcelona: Gedisa
- Camilloni, A. (2007). *El saber didáctico*. Buenos Aires: Paidós.
- Camilloni, A. (2016). *Leer a Comenio. Su tiempo y su didáctica*. Buenos Aires: Paidós.

- Castro, A. (2015). Espacio escolar y sujetos. Políticas y experiencias. Un estudio en casos de la ciudad de Córdoba. *Tesis de Doctorado*. Universidad Nacional de Córdoba. Obtenido de https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/2536/Tesis_Alejandra_Castro.pdf
- Castro, A. (2021). La espacialidad escolar, lecturas en foco y desplazamientos en la (de)construcción de un objeto. *Educação Em Revista*, 37, e20854. <https://doi.org/10.1590/0102-469820854>
- Dewey, J. (1954). *Experiencia y educación*. Buenos Aires: Losada.
- Díaz Barriga Acero, F. (2006). *La enseñanza situada* (Vol. V). México: McGraw- Hill.
- Díaz, E. (2005). Las imprecisas fronteras entre vida y conocimiento. *Perspectivas Metodológicas*, V(5). doi:10.18294/pm.2005.551
- Díaz-Barriga, Á. (2015). El Currículo. Tensiones conceptuales y prácticas. *REDIE Revista Electrónica de Investigación Educativa*.
- Duffy, T. (2011). El informe Flexner 100 años después. *The Yale journal of biology and medicine*, 269-276.
- Escolano Benito, A. (2000). *Tiempos y Espacios para la escuela: Ensayos históricos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Federación Mundial para Educación Médica. (1988). *Declaración de Edimburgo*. Edimburgo: Agencia Escocesa para el Desarrollo.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y Castigar* (Segunda ed.). México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007). Espacios otros [“Des espaces autres”, Conferencia dictada en el Cercle des études architecturales, 14 de marzo de 1967]. *Revista Versión. Estudios de Comunicación y Política*, (15-26). Obtenido de <https://versionojs.xoc.uam.mx/index.php/version/article/view/128/128>
- García Del Dujo, Á., & Muñoz Rodríguez, J. (2007). Pedagogía de los espacios: análisis terminológico y construcción conceptual. *Ethos Educativo*, 7-28. Obtenido de <https://imced.edu.mx/Ethos/Archivo/39-7.pdf>
- García Del Dujo, Á., & Muñoz Rodríguez, J. M. (2004). Pedagogía de los espacios. Esbozo de un horizonte educativo para el siglo XXI. *Revista Española de Pedagogía* (228), 257-278.
- García, J. C. (1972). *La educación médica en la América Latina*. OPS.
- Gimeno Sacristán, J. (1998). *El curriculum: Una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Ediciones Morata.

- Gimeno Sacristán, J. (2005). *La educación que aún es posible*. Madrid: Morata.
- Gimeno Sacristán, J. (2008). *Educación por competencias, ¿qué hay de nuevo?* Madrid: Morata.
- Gimeno Sacristán, J. (2010). ¿Qué significa el currículo? *Sinéctica*.
- Grupo de Estudio de la OMS. (1987). *La educación del personal de salud centrada en la comunidad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- González Velasco (2006). Pero, ¿qué es lo educativo de una práctica? En R. Perales Ponce, *La Significación de la Práctica Educativa* (p.s. 19-54). México: Paidós.
- Harvey, D. (1998). *La condición de la posmodernidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kanmberelis, G., & Dimitriadis, G. (2015). Grupos focales. En *Manual de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Larrosa, J. (2006b) Sobre la experiencia. Aloma, Universidad de Barcelona, pp. 87-112.
- Lefebvre, H. (2013). *La producción del espacio*. Madrid: Capitán Swing.
- Litwing, E. (2000). *Las configuraciones didácticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Magzoub, E., & Schmidt, H. (2000). A taxonomy of community-based medical education. *AcadMed*, 699-707.
- Massey, D. (1984). *Spatial Divisions of Labour*. Londres: McMillan.
- Massey, D. (2005). La filosofía y la política de la espacialidad: algunas consideraciones. En L. Arfuch, *Pensar este tiempo*. Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz Rodríguez, J. (2005). El lenguaje de los espacios: Interpretación en términos de educación. *Teoría Educativa*, 209-226. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/277844938_El_lenguaje_de_los_espacios_interpretacion_en_terminos_de_educacion/fulltext/55c8379a08aea2d9bdc8a94a/El-lenguaje-de-los-espacios-interpretacion-en-terminos-de-educacion.pdf
- Muñoz Rodríguez, J. (2009). Pedagogía de los espacios. La comprensión del espacio en el proceso de construcción de las identidades. *Revista portuguesa de pedagogia*, 5-25.
- Neghme, A. (1966). La educación médica en el plano internacional. *Educación médica y salud*, 5-11. Obtenido de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3178/Educacion%20medica%20y%20salud%20\(1\),%201.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3178/Educacion%20medica%20y%20salud%20(1),%201.pdf?sequence=1)

- Organización Mundial de la Salud (1989). Educación para la salud: Manual sobre educación sanitaria en atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Llamado a la acción de Toronto*. Toronto: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la Orientación hacia la APS*. Serie No 3 La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de Salud. (1976). Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe — Informe final. *Educación médica y salud*, X (2), 109-139.
- Organización Panamericana para la Salud. (2007). *Resoluciones de la 23.a Conferencia Sanitaria Panamericana*. Organización Panamericana para la Salud.
- Organización Panamericana para la Salud. (1993). *Conferencia Mundial de Educación Médica: Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica*. Documento de posición de América Latina ante la OPS. Edimburgo: OPS.
- Passos Nogueira, R. (1997). *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de [https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Perspectivas%20de%20la%20gestion%20de%20calidad%20total%20en%20los%20servicios%20de%20salud%20\(1\).pdf](https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Perspectivas%20de%20la%20gestion%20de%20calidad%20total%20en%20los%20servicios%20de%20salud%20(1).pdf)
- Pérez Gómez, Á. (2000). La función y formación del profesor en la enseñanza para la comprensión. Diferentes perspectivas. En J. Gimeno Sacristán, & Á. Pérez Gómez, *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Perrenoud, P. (2005). *El Oficio de Alumno y El Sentido del Trabajo Escolar*. Madrid: Editorial Popular.
- Pinzón, C. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Medica Colombiana*(33).
- Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud . (1994). Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. *Educación médica y salud*, 7-19.

- Programa Remediar+Redes (2012). *Servicios de salud en Red y fortalecimiento de la APS en la Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina
- Quevedo, E., & Hernández, M. (1994). La Articulación del Conocimiento Básico Biológico y Social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia. En O. P. Salud, *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud* (p.s. 13-34). Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud.
- Sanjurjo, L. (2009). *Los dispositivos para la formación en las prácticas profesionales*. Rosario: Homo Sapiens.
- Sanjurjo, L., & Trillo, F. (2008). *Didáctica para profesores de a pie*. Rosario: Homo Sapiens.
- Sañudo De Grande, E. (2006). El Proceso de Significación de la Práctica como Sistema Complejo. En R. Perales Ponce, *La Significación de la Práctica Educativa* (p.s. 19-54). México: Paidós.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.
- Spinelli, H. (2022). Abraham Flexner: trayectoria de vida de un educador. *Salud Colectiva*, 18, 1-36.
- Tirado, F.; Mora, M. (2002). El Espacio y el Poder: Michel Foucault y la crítica de la Historia Espiral, vol. IX, núm. 25. Universidad de Guadalajara, México
- Venturelli, J. (1997). *Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Educacion%20m%C3%A9dica.%20Nuevos%20enfoques,%20metas%20y%20m%C3%A9todos.pdf>
- Viñao Frago, A. (1994). Del espacio escolar y la escuela como lugar: propuestas. *Historia de la Educación. Revista Interuniversitaria*, XIII, 17-74.
- Viñao Frago, A. (marzo de 2008). Escolarización, edificios y espacios escolares. *Participación Educativa*(7), 16-27.
- Vygotsky, L. (2013). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Planeta.
- Ynoub, R. (2011) *El proyecto y la metodología de la investigación*. - 1a. ed. Buenos Aires: Cengage Learning. Argentina
- Ynoub, R. (2015). *Cuestión de Método. Aportes para una metodología crítica*. México: CLE Editores.

Ynoub, R. (2023). *Cuestión de Método: Tomo II: Aportes para una metodología crítica*. México: CLE Editores.

FUENTES DOCUMENTALES

- Instituto de Ciencias de la Salud. (2014). Plan curricular de estudios Carrera de Medicina. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Obtenido de: <https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2016/02/Medicina-Plan-de-Estudios.pdf>
- Instituto de Ciencias de la Salud. (2014). Reglamento Interno Carrera de Medicina. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Obtenido de: <https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2016/02/Resol-CS-0064-14-EXP-1514-14-MEDICINA.pdf>
- Instituto de Ciencias de la Salud. (2014). Programa de asignatura de articulación comunitaria 1. Carrera de Medicina. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Obtenido de: <https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2018/04/Articulaci%C3%B3n-Comunitaria-I.pdf>
- Instituto de Ciencias de la Salud. (2014). Programa de asignatura de articulación comunitaria 2. Carrera de Medicina. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Obtenido de: <https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2018/04/Articulacion-comunitaria-II.pdf>
- Instituto de Ciencias de la Salud. (2014). Programa de asignatura de articulación comunitaria 3. Carrera de Medicina. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Obtenido de: <https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2019/09/Articulaci%C3%B3n-Comunitaria-III.pdf>
- Instituto de Ciencias de la Salud. (2022). Programa de Sistematización de experiencias: Informe anual de actividades. Carrera de Medicina. Universidad Nacional Arturo Jauretche.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: **Análisis de las prácticas en la intersección entre educación médica y los centros de atención primaria como contexto de aprendizaje situado en la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Natalia Deluca. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es *analizar las prácticas en la intersección entre educación médica y los centros de atención primaria como contexto de aprendizaje situado en la carrera de medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche*.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada/o de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno

para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora Natalia Deluca al teléfono 1136283258.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

----- -----	----- -----	----- -----
Nombre del Participante (en letras de imprenta)	Firma del Participante	Fecha

ANEXO II

GUION DE LOS GRUPOS FOCALES

- **Grupo Focal 1: Estudiantes**

A. Cuáles son los elementos claves (de enseñanza y aprendizaje) que son determinantes a la hora de pensar el centro de salud como espacio educativo

- a. En general, las clases en los centros de salud: ¿les permite adquirir los conocimientos de las unidades temáticas?
- b. ¿Cómo ven la actividad reflexiva sobre las actividades en los centros de salud?
- c. ¿qué recursos tienen/sienten que les hacen faltan en el centro de salud?
- d. ¿Cómo ven la estructura del equipo de salud y como se vinculan?
- e. ¿Qué experiencias creen que les hace falta para potenciar el aprendizaje?
- f. ¿Qué experiencias valoran más en el centro de salud?

B. Significados del centro de salud como aula universitaria

- a. ¿Cuáles experiencias han tenido cursando en el centro de salud en las que reconocen aprendieron?
- b. ¿Recuerdan alguna experiencia donde sienten que no aprendieron lo que necesitaban porque estaban cursando en el centro de salud?
- c. ¿Qué significan estas imágenes para ustedes?





C. ¿Cómo interpretan la interacción entre docentes y estudiante en el centro de salud como espacio educativo para la construcción colectiva de significados sobre lo que se realiza en el centro de salud?

- a. ¿Cómo perciben la organización y estructura del centro de salud para considerarlo como espacio de enseñanza y aprendizaje?
- b. ¿Qué les parece la siguiente afirmación: “el aula es el aula en la UNAJ y no es lo mismo el centro de salud”
- c. Escuche decir que en el centro de salud se aprende lo que no se puede aprender en las clases en las aulas de la UNAJ o en los libros. ¿Qué te parece está frase?
- d. ¿Qué es lo mejor y lo peor de cursar o dar clase en el centro de salud?

- **Grupo Focal 2: DOCENTES**

A. ¿Cuáles son los elementos claves (de enseñanza y aprendizaje) que son determinantes a la hora de pensar el centro de salud como espacio educativo

- a) En general, las clases en los centros de salud: ¿les permite enseñar los conocimientos de las unidades temáticas?
- b) ¿Cómo desarrollan la actividad reflexiva sobre las actividades en los centros de salud?
- c) ¿qué recursos tienen/sienten que les hacen faltar en el centro de salud?
- d) ¿Cómo ven la estructura del equipo de salud y como se vinculan?
- e) ¿qué experiencias creen que les hace falta para potenciar la enseñanza?
- f) Desde el rol docente ¿Qué experiencias valoran más en el centro de salud?

B. Significados del centro de salud como aula universitaria

- a) ¿Cuáles experiencias han tenido enseñando en el centro de salud en las que reconocen los estudiantes aprendieron?
- b) ¿Recuerdan alguna experiencia donde sienten que no pudieron enseñar lo que necesitaban porque estaban cursando en el centro de salud?
- c) ¿Qué significan estas imágenes para ustedes?





C. ¿Cómo interpretan la interacción entre docentes y estudiante en el centro de salud como espacio educativo para la construcción colectiva de significados sobre lo que se realiza en el centro de salud?

- e. ¿Cómo perciben la organización y estructura del centro de salud para considerarlo como espacio de enseñanza y aprendizaje?
- f. ¿Qué les parece la siguiente afirmación: “el aula es el aula en la UNAJ y no es lo mismo el centro de salud”
- g. Escuche decir que en el centro de salud se enseña lo que no se puede enseñar en las clases en las aulas de la UNAJ o en los libros. ¿Qué te parece está frase?
- h. ¿Qué es lo mejor y lo peor de cursar o dar clase en el centro de salud?

- **Grupo Focal 3: GRADUADAS/OS**

A. Cuáles son los elementos claves (de enseñanza y aprendizaje) que son determinantes a la hora de pensar el centro de salud como espacio educativo

- g. En general, las clases en los centros de salud: ¿les permitieron adquirir los conocimientos de las unidades temáticas?
- h. ¿Cómo vivieron la actividad reflexiva sobre las actividades en los centros de salud?
- i. ¿qué recursos tienen/sienten que les hacen faltan en el centro de salud?
- j. ¿Cómo ven la estructura del equipo de salud y como se vinculan?
- k. ¿qué experiencias creen que les hace falta para potenciar el aprendizaje?
- l. ¿Qué experiencias valoran más en el centro de salud?

B. Significados del centro de salud como aula universitaria

- a) ¿Cuáles experiencias han tenido cursando en el centro de salud en las que reconocen aprendieron?
- b) ¿Recuerdan alguna experiencia donde sienten que no aprendieron lo que necesitaban porque estaban cursando en el centro de salud?
- c) ¿Qué significan estas imágenes para ustedes?





C. ¿Cómo interpretan la interacción entre docentes y estudiante en el centro de salud como espacio educativo para la construcción colectiva de significados sobre lo que se realiza en el centro de salud?

- a) ¿Cómo perciben la organización y estructura del centro de salud para considerarlo como espacio de enseñanza y aprendizaje?
- b) ¿Cómo sienten que influyo la experiencia de cursar en los centros de salud en la formación de posgrado?
- c) ¿Qué les parece la siguiente afirmación: “el aula es el aula en la UNAJ y no es lo mismo el centro de salud”
- d) Escuche decir que en el centro de salud se aprende lo que no se puede aprender en las clases en las aulas de la UNAJ o en los libros. ¿Qué te parece está frase?
- e) ¿Qué es lo mejor y lo peor de cursar o dar clase en el centro de salud?