



Formación y profesión, desafíos para la Pedagogía y Didáctica Universitarias

Training and profession, challenges for University Pedagogy and Didactics

Por Elisa LUCARELLI¹ y Claudia FINKELSTEIN²

Lucarelli, E. y Finkelstein, C. (2024). Formación y profesión, desafíos para la Pedagogía y Didáctica Universitarias. *Revista RAES*, XVI(28), pp. 45-63.

Resumen

Este artículo presenta algunos resultados de una investigación, que desde el enfoque de la Pedagogía y la Didáctica Universitarias, estudia las modalidades de formación en la profesión del futuro médico que se adoptan en un Hospital Asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. A partir de encuadrar el proceso de conformación del campo mencionado, el artículo considera aspectos como, la profesión médica en su contexto histórico y actual, las características de la historia de la institución y de la cátedra en estudio, la historia institucional, las concepciones acerca de la formación del futuro médico y los aportes a la construcción su identidad profesional.

Palabras Clave Pedagogía Universitaria/ Didáctica Universitaria/ formación/ profesión/ identidad profesional/ concepciones acerca de la formación

Abstract

This article presents some of the results of a research, which from the approach o Pedagogy and University Didactics, studies the modality of training in the profession of the future doctor that are adopted in a Hospital Associated with de Faculty of Medicine of the Universidad de Buenos Aires. From framing the process of shaping the mentioned field, the article considers the medical profession in its historical and current context, the characteristics of the history of the institution and the chair under study, the institutional history, the conceptions about the formation of the future doctor and the contributions to the construction of its professional identity.

Key words University Pedagogy/ University Didactics/ training/ profession/ professional identity/ conceptions about training

¹ Universidad de Buenos Aires (Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación – Facultad de Filosofía y Letras) y Universidad Nacional de Tres de Febrero (NIFEDE), Argentina / ORCID 0000-0001-7661-8550 / elucarel@gmail.com

² Universidad de Buenos Aires (Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación – Facultad de Filosofía y Letras), Argentina / ORCID 0000-0002-7956-5682 / claudiafinkelstein@yahoo.com.ar

Una investigación en el campo de la Pedagogía y Didáctica Universitarias

Este artículo presenta algunos de los resultados de una de las investigaciones realizadas en el marco del Programa Estudios sobre el Aula Universitaria, perteneciente al Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación, en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Pretende aportar a la reflexión en torno al campo de la Pedagogía y Didáctica Universitarias haciendo foco en la formación de los futuros profesionales de la Medicina.

La formación de profesionales en el campo de la Salud ha sido recientemente objeto de estudios que posibilitaran conocer, desde distintas dimensiones, los procesos a través de los cuales esa formación se hace posible. Esta línea se articula con las preocupaciones propias del campo de la Pedagogía y Didáctica Universitarias que, desde mediados del siglo pasado, se centra en los problemas de aquel proceso formativo, de la enseñanza, de la evaluación y del currículum en esa institución.

El campo en sí se ha ido conformando en Argentina teniendo en consideración los principios político pedagógicos de la Reforma de 1918, propiciadora de nuevos impulsos de renovación institucional, afectando también la necesidad de transformar la vida en las aulas, interés que sigue vigente en la actualidad sin que se haya generalizado en sus concreciones. Sin desconocer este panorama, esos impulsos de transformación dieron lugar a innovaciones de carácter didáctico curricular; estas son comprendidas como procesos desarrollados en un contexto que da cuenta de la tensión del espacio micro y macro-institucional (Braga, Genro y Leite, 1997), expresando una *ruptura* con la rutina en las aulas, a la vez que son propiciadas por acciones *protagónicas* por parte de quienes las llevan a cabo (Lucarelli, 2009).

Esta situación en la actualidad permite vislumbrar la complejidad del campo ³ en el que se debaten perspectivas ligadas a una mirada tecnicista con otras que se orientan por lineamientos fundamentados críticos (Lucarelli, 2009). La Didáctica Universitaria, considerada como una disciplina específica dentro del área didáctica, tiene *saberes* y *zonas de contacto* (de Sousa Santos, 2004) y diferencias con las Didácticas Profesionales, en sus dos vertientes, francesa y anglosajona, (Lucarelli, 2022), habiendo hecho hincapié esta última en el Campo de la Salud desde comienzos del siglo XX con el Informe Flexner.

La Didáctica Profesional desarrolla las propuestas enfatizando secuencias de acción (en la mayoría de los casos relativamente fijas), derivadas de la observación de los comportamientos de quienes ejecutan la actividad, sin detenerse en la consideración de los contextos sociales e institucionales. Por su parte la Didáctica Universitaria encuentra su raigambre en el campo didáctico, por lo que sus problemáticas y su mandato social corresponden a los propios del sistema formal de educación; problemáticas que articulan el campo educativo con la estructura social, en sus múltiples dimensiones políticas, económicas, culturales, institucionales. Estas, definen la esfera de acción de la disciplina otorgando sentido a la búsqueda de soluciones eficaces y eficientes para la formación de las mayorías, tendientes a la incorporación, retención y graduación de sectores sociales históricamente ausentes en las instituciones.

Los resultados de la investigación que aquí se presentan, se ubican en esta área disciplinar como parte del campo pedagógico y didáctico universitario, en tanto recorta para esta comunicación la enseñanza y la evaluación en la formación de grado de los médicos. En esta oportunidad, esta comunicación se centra en

³ El campo, complejo por sus objetos y por las perspectivas que intentan comprenderlo, tiene distintos matices semánticos y epistemológicos en América Latina según los contextos. En Brasil se lo reconoce como Pedagogía Universitaria, acentuando su carácter interdisciplinar, y considerando como sus objetos, la enseñanza el aprendizaje y la evaluación (Leite, 2006). En Argentina y en otros países de la región como México, Colombia, Uruguay, esos son los objetos de estudio de la Didáctica Universitaria, reservando para la Pedagogía la centración en la formación (Lucarelli, 2009, 2011)

El equipo que ha llevado a cabo este estudio ha desarrollado, a través de tres décadas, investigaciones en este campo⁴. En los últimos años este equipo⁵ ha centrado su preocupación en los procesos formativos que se desarrollan en las carreras de grado del campo de la salud, avanzando en el conocimiento de estilos docentes, formas de articulación teoría práctica, estrategias de enseñanza y evaluación innovadoras que llevan a cabo los docentes en distintos momentos del trayecto. Estas construcciones han permitido avanzar, en la actualidad, en el planteamiento de nuevos interrogantes que orientan a indagar sobre cuáles son los modelos profesionales que se ofrecen para identificación de los estudiantes, cómo estos se manifiestan en los espacios de desempeño profesional correspondientes a los servicios de salud donde los estudiantes concurren, quiénes se consideran formadores dentro de los integrantes de los equipos profesionales de esos servicios y cuáles son las estrategias de enseñanza y evaluación que se pueden reconocer en los dispositivos de acompañamiento facilitadores de la articulación teoría – práctica que se implementan.

⁴ *Proyectos aprobados y financiados por el Programa UBACYT:*

- Innovaciones curriculares para el mejoramiento de la calidad de la enseñanza universitaria
- La innovación en el aula universitaria.
- Los espacios de formación en la práctica profesional en cátedras que innovan
- La construcción de una propuesta didáctica para la enseñanza de la Biología
- Los espacios de formación y la articulación teoría-práctica en cátedras innovadoras de la UBA: el proceso de constitución de Didácticas específicas universitarias” (UBACYT F119)
- Los espacios de formación para aprendizajes complejos de la práctica profesional en las carreras de grado de la Universidad de Buenos Aires: aprendizajes iniciales, propuestas curriculares y dispositivos metodológicos de enseñanza y evaluación en el marco de la articulación teoría-práctica
- Los espacios de formación para aprendizajes complejos de la práctica profesional en las carreras de grado de la Universidad de Buenos Aires: el caso de Odontología.
- La construcción de Didácticas específicas en la universidad: la articulación teoría práctica en los espacios/ciclos de formación para la práctica profesional: La enseñanza de aprendizajes complejos de la práctica profesional en las carreras de grado de la UBA localizadas en instituciones de salud, justicia y del área agronómica.
- La enseñanza de aprendizajes complejos de la práctica profesional en las Carreras de grado de la UBA localizadas en instituciones de salud: el caso de Medicina.
- La articulación teoría – práctica en los diferentes tramos de formación de grado y la construcción del campo de la Didáctica Universitaria según áreas profesionales específicas

Proyectos aprobados y financiados por UBA y CAPES –Brasil:

- Innovaciones, Políticas Universitarias y Formación, con la participación de seis universidades argentinas (UBA; UN Córdoba y UN Tucumán) y brasileñas (UNISINOS, UFPel y UFSC)
- Políticas de educación superior: innovaciones y evaluación como factores de calificación de prácticas pedagógicas y de la formación docente.
- Calidad de la educación superior, discursos, políticas y prácticas que impactan en el mejoramiento de la calidad de la educación superior en tiempos de democratización y expansión

Proyectos aprobados y financiados por MERCOSUR:

- PPCP 003/11 (SPU_CAPES) Estrategias institucionales para el mejoramiento de la calidad de la educación superior y el desarrollo de profesional docente
- Proyecto NEIES-MERCOSUR (2015-2017). Estrategias institucionales para la formación pedagógica de los docentes orientadas al mejoramiento de la calidad del nivel superior de educación
- Proyecto NEIES-MERCOSUR (2023-2024). Políticas y encuadres de la formación en la práctica profesional del futuro graduado en el nivel superior de enseñanza en el campo de la salud.

⁵ Actualmente el Programa está dirigido por Claudia Finkelstein y componen el equipo Elisa Lucarelli, Gladys Calvo, Patricia Del Regno, Mercedes Lavalletto, Walter Viñas y Gladys Valado como adscripta al mismo.

La investigación que presentamos se propuso comprender – en términos generales - las modalidades de formación en la profesión del futuro médico que se adoptan en un Hospital Asociado a la Facultad de Medicina de la mencionada Universidad, con la intención de poder generar conocimiento acerca de los procesos de enseñanza que los docentes responsables de un espacio curricular externo a la sede Facultad destinado a la formación en la profesión, llevan a cabo.

La investigación se planteó los siguientes objetivos:

- Comprender el estilo docente manifiesto en las prácticas de enseñanza de los profesionales que asumen tareas de formación en la profesión en el último año de formación en uno de los ejes disciplinares
- Identificar las peculiaridades de las estrategias didácticas de enseñanza y evaluación desarrolladas en pos de la formación profesional en el último año de formación en uno de los ejes disciplinares
- Reconocer las instancias de acompañamiento docente facilitadoras de la articulación teoría-práctica en la formación de la práctica profesional. Llevadas a cabo en el último año de formación en uno de los ejes disciplinares
- Consolidar los marcos teóricos del campo de la Didáctica Universitaria, centrada en la articulación teoría-práctica.

Por un lado, partimos del supuesto que la articulación teoría- práctica es un elemento clave en los procesos de formación en la profesión. En este sentido se analizaron las propuestas formativas para ver cómo se desarrolla esta articulación visibilizando los diferentes niveles en que se expresa. El otro supuesto refiere a que la formación en la profesión requiere de aprendizajes complejos que se van articulando progresivamente. De este modo, se hizo foco en los dispositivos pedagógicos que tienen por objeto la formación en este tipo de aprendizaje en el espacio curricular que fue objeto de la indagación.

Asimismo, los docentes que desarrollan acciones de enseñanza tendientes a la formación en la profesión operan como modelos de identificación de los estudiantes. De ahí la pretensión de reconocer estos modelos y su incidencia en los estudiantes.

En esta oportunidad presentamos algunos resultados de la investigación desarrollada en la cátedra de Pediatría del Hospital Garrahan, que es una institución asociada⁶ a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Metodológicamente la investigación se desarrolló con una lógica de generación conceptual (Sirvent y Rigal, 2023) orientada hacia la *comprensión de los significados* de las prácticas que desarrollan los docentes universitarios cotidianamente en sus espacios de trabajo. Como técnicas de recolección de datos empíricos recogidos en el trabajo en terreno se realizaron 28 observaciones de las clases desarrolladas en los espacios teóricos y prácticos durante todo el período lectivo del año 2019 (entre marzo y noviembre), y se llevó a cabo una entrevista al Profesor Titular de la cátedra. Estaba previsto la realización de otras entrevistas a otros informantes clave, pero dada emergencia derivada de la pandemia COVID 19, esto resultó imposible. Tampoco pudieron administrarse las encuestas de opinión a los estudiantes.

Se realizó un análisis documental de todos los materiales producidos por la cátedra (programación, casos clínicos a trabajar por los estudiantes, otros materiales) y del Plan de Estudios vigente al momento.

En cuanto al proceso de análisis y sistematización de la información se realizaron diferentes instancias: análisis individual y colectivo (por parte de los investigadores); triangulación de los datos, provenientes de las distintas fuentes (observaciones y entrevistas) e instancias participativas de retroalimentación realizadas conjuntamente con el equipo de investigación y los equipos docentes.

⁶ La Figura del **Hospital Asociado** fue creada en 1990 por la Facultad de Medicina para profundizar la descentralización de la enseñanza en las Unidades Docentes Hospitalarias (UDH) con el objeto de conformar centros de Educación Médica con autonomía creciente.

En cuanto a la modalidad general de funcionamiento de esta asignatura, los estudiantes tienen la oportunidad de participar de clases teóricas y realizar prácticas de distinto nivel de complejidad en los distintos ámbitos de la sede hospitalaria.

Cursaron esta asignatura al momento de realizar el estudio alrededor de 40 alumnos que se encontraban en el tramo final de su formación, es decir, estaban cursando el Ciclo Clínico o el Internado Anual Rotatorio⁷ donde los estudiantes realizan sus Prácticas Finales Obligatorias⁸. Se desarrolla durante 10 semanas y comprende el 25 % del tiempo total del Internado Anual Rotatorio.

El equipo docente de la cátedra está conformado por un Profesor Titular⁹, cinco docentes rentados y alrededor de treinta docentes ad-honorem.

Presentamos a continuación algunos resultados de nuestra investigación. Hemos seleccionado en esta oportunidad las siguientes dimensiones: *la profesión médica, contexto histórico y actual, la historia institucional, concepciones acerca de la formación y aportes a la construcción de la identidad profesional del futuro médico*. Estas dimensiones de análisis se fundamentan en concebir a la Didáctica y Pedagogía Universitarias desde la perspectiva fundamentada crítica¹⁰. Dentro de este encuadre teórico resulta fundamental la comprensión de las perspectivas social e institucional que enmarcan nuestro particular caso en estudio.

La profesión médica, contexto histórico y actual

Como es sabido la institucionalización de las profesiones liberales ha hecho posible el desarrollo de sistema profesional con dos orientaciones complementarias: las profesiones eruditas o académicas, centradas en la investigación y la transmisión de sus resultados a las nuevas generaciones, y las profesiones aplicadas.

La profesión médica es definida, desde el mismo sector, como grupo social integrado por médicos que ejercen los valores inherentes a la misma, es decir el conjunto de principios que hacen al profesionalismo. Este se precisa en función de la relación que se establece con la sociedad, y en la actualidad se reconoce a través de cuatro características: el conocimiento médico en función del binomio salud-enfermedad, el control de la organización del trabajo, la organización profesional con capacidad reguladora especialmente sobre la formación, y el código ético que rige sobre la actuación profesional (Pardell, 2006).

En este entorno adquiere un significado especial la incorporación de nuevos integrantes a la profesión. *“Elegir una profesión significa iniciar un proyecto de vida, desempeñar un papel útil en la sociedad en que se vive, así como darle sentido y recompensa emocional a la vida individual, por contribuir, desde la profesión, a una mejor calidad de vida en general”* (Villamil Pérez, R: 2005: 15).

La elección de la profesión médica, reconocida históricamente junto al derecho como una profesión aplicada, no es la excepción en cuanto a su función definitoria en cuanto a la identidad de los sujetos. De allí la importancia que adquiere el análisis del proceso de esa construcción y de las modalidades que asume en las instituciones responsables de su formación. En este sentido, la formación del médico, tal como lo determina su Plan de estudios,

⁷ El Plan de Estudios de la Facultad de Medicina está conformado por el Ciclo Básico Común (6 materias) más tres ciclos: el ciclo biomédico (que se cursa en el ámbito de la Facultad de Medicina), el ciclo clínico y el Internado Anual Rotatorio.

⁸ La Práctica Final Obligatoria consta de 6 rotaciones básicas (clínica, pediatría, tocoginecología, cirugía, salud mental y APS) y 4 semanas de módulo específico y 4 semanas de curso de residencia o segundo módulo específico.

⁹ Pediatría como asignatura puede ser cursada por los estudiantes en 56 UDH, que se dividen en cuatro áreas geográficas. El Profesor titular de esta asignatura en el Hospital Garrahan es también el coordinador de todas las UDH de Pediatría del Area Sur.

¹⁰ La perspectiva fundamentada (Candau, 1995) y fundamentada crítica (Lucarelli, 2009), sostiene que la Didáctica Universitaria aborda sus problemas desde un encuadre multidimensionado, en el que intervienen, junto a componentes educativos, los sociales, políticos, económicos, culturales, subjetivos (Lucarelli, 2023).

se desarrolla en la Universidad de Buenos Aires a través de dos instancias: una primera etapa que se lleva a cabo en la institución sede, Facultad de Medicina, centrada en la enseñanza del corpus teórico de base, y una segunda en la que se introduce al estudiante en los aspectos prácticos, en los secretos de la profesión, y que tiene al hospital como su *territorio* (Da Cunha, 2010)¹¹. La medicina deposita en el hospital el primer contacto del estudiante con pacientes, dando así lugar a la construcción de los aspectos más complejos de ese proceso formativo, ya que junto al dominio de formas de operar, destrezas técnicas, fundamentos cognoscitivos, y formas de razonamiento específicas para la toma de decisiones, se da el proceso de socialización dentro del conjunto de valores éticos del quehacer profesional. (Villamil Pérez, R: 2005, 19). A través de este proceso el estudiante de medicina va definiendo su relación como sujeto y objeto del mundo profesional, en el reconocimiento de cómo percibe la sociedad al cuerpo humano, la salud y la enfermedad en un momento histórico determinado, entendiendo que esos son conceptos dinámicos, productos de la cultura de cada tiempo. La concepción de salud y enfermedad, que es el objeto de la práctica médica, es un asunto de consenso social, por tanto, diverso, así como lo es la forma de ejercer esta profesión. (Estrada Correa, 2005).

Un recorrido por la trayectoria histórico social de la profesión médica permite considerar cómo han ido deviniendo estas concepciones que hacen al sostén de distintas formas de práctica profesional a lo largo del tiempo. Los griegos, que afirmaban un mundo en equilibrio en todos los aspectos de la vida, entendían a la salud como armonía entre cuerpo y alma, y hacia ella dirigían la actividad profesional, como medio apropiado para mantenerla y restaurarla. Durante la Edad Media la formación médica se daba en los monasterios, donde los médicos eran monjes; no es sino hasta el siglo XII que surge la primera Escuela de Medicina en la Universidad de Salerno, en donde los monjes compartían con laicos esa práctica, la cual es regulada por primera vez en Europa. Hasta el siglo XVII la iniciación en la profesión era legitimada por el propio gremio; es interesante observar que esa iniciación *“comprendía un conocimiento de los textos y de la expedición de recetas...esto era lo que lo autorizaba como médico y no las experiencias que hubiera adquirido”* (Estrada Correa, 2005: 54)

A finales del siglo XVII la medicina, de naturaleza individualista hasta entonces, pasa a ser de índole social, ya que la autoridad médica deviene en autoridad social al considerarse que todo el entorno se convertía en objeto de la medicina, surgiendo el *hospital* como aparato de medicalización colectiva. A la vez la biología pasó a ser la ciencia más reconocida, construyendo un discurso universal sobre lo viviente, y por tanto también sobre lo social. Este modelo biomédico, vigente en forma generalizada en la actualidad, entiende a la enfermedad en términos físico-químicos dentro de una perspectiva propia de la racionalidad técnica (De Asúa, 1986)

Al mismo tiempo en el hospital surge el ritual de la visita a las salas, donde el maestro médico y sus discípulos estudiantes, junto con las enfermeras, acuden a la cama del enfermo, para observar, diagnosticar, registrar y recetar.

El *hospital* fue en sus inicios institución de asistencia a los pobres y, a la vez, de aislamiento y reclusión de enfermos, de manera de proteger a los otros del peligro de la enfermedad. Con la Medicina de la Modernidad la enfermedad ya encuentra su *territorio*, donde cada patología tiene una localización y donde los enfermos pueden ser individualizados, clasificados y distribuidos, de manera de poder ser controlados (vigilados en términos de Foucault) y ser objeto de un registro minucioso de lo en ellos visible, de la evidencia. Es en el siglo XVIII que el hospital, con sus registros cotidianos, es un instrumento no sólo terapéutico sino también de preparación de profesionales, siendo su dimensión esencial la clínica. *“El hospital...reemplazó a los textos como fuente del saber médico, para constituirse en el sitio más importante de formación médica, hasta nuestros días”* (Estrada Correa, 2005: 60).

¹¹ En el contexto de este trabajo se toma *territorio* en el sentido que le da Da Cunha, esto es incluyendo en la definición relaciones de poder: “El territorio tiene una ocupación y esta revela intencionalidades...En esta perspectiva no hay territorios neutros. La ocupación de un territorio se da en la confrontación entre fuerzas”. Y agrega esta definición.: “López (2007, p.80) afirma que el *territorio es, así, un espacio mediado por las representaciones construidas por un determinado grupo al establecer un poder frente a otro y que se apropia del espacio como forma de su expresión y proyección.*” Da Cunha (2010: 55).

Los grupos de estudiantes del Ciclo Biomédico que se forman en el hospital tienen la posibilidad de tomar parte de las actividades cotidianas de los médicos. Estos se articulan en un conjunto social que Wenger (2001) denomina *comunidades de práctica*, esto es comunidades creadas con la intención sostenida de lograr una empresa compartida y que sostiene una práctica determinada, producto de un aprendizaje colectivo (Wenger, 2001, p. 69). Como características de esas prácticas se destacan su posibilidad de proporcionar soluciones a conflictos generados institucionalmente, de sustentar una memoria colectiva, y, en especial, de *ayudar a los principiantes a incorporarse a la comunidad participando de su práctica*. Si bien los estudiantes de grado (como sujetos en formación en la profesión) se definen a partir de desempeñar un rol diferente al de los profesionales médicos, el hecho de compartir el desarrollo de actividades con pacientes en el ámbito hospitalario, les abriría la posibilidad de dar un primer paso hacia su entrada en esa comunidad de práctica.

En la actualidad se han levantado, desde las orientaciones que propician la atención primaria de la salud, críticas importantes a la enseñanza hospitalaria, centradas principalmente en el hecho que esta no facilita al estudiante contactos con la comunidad en la cual en el futuro desarrollará su actividad profesional. El estudiante que se forma en hospitales, se afirma, atienden pacientes ya admitidos en los hospitales, desarrollándose así una visión atípica y especializada de la medicina (Harden, Sowden, y Dunn, 1984), más centrada en la enfermedad que en la salud y su prevención. Quedan por fuera las condiciones de vida cotidiana de los pacientes, los aspectos sociales y económicos de las enfermedades, tal como podrían manifestarse en las prácticas que se desarrollan en los centros comunitarios, clínicas barriales o rurales.

La posición es otra por parte de quienes sostienen la importancia de desarrollar la enseñanza en el ámbito de los hospitales: además de señalar la complejidad que implica la organización de instancias de formación en esos centros, advierten sobre el riesgo de que asuman tareas de enseñanza médicos sin experiencia como docentes, y con escaso conocimiento de la estructura curricular de la carrera.

Estas dos visiones acerca de dónde y cómo introducir al estudiante en los secretos de la profesión médica, coexisten en la actualidad, y atraviesan las prácticas docentes.

Acerca de la historia de la institución y de la cátedra

El interés que para este equipo de investigación reviste la historia institucional tiene que ver con que la representación acerca del origen y de ella misma que opera como estructurante tanto del funcionamiento de la institución, como de los resultados en términos de formación que adquieren los estudiantes. La historia institucional, desde esta perspectiva, no remite al relato objetivo de los hechos, tal cual han sucedido, sino a como es percibida por los sujetos; esto significa que es en realidad una trama de historias que se unifican en una versión: la historia de la institución, la historia de quien la relata, etc.

El hospital Garrahan, fue fundado en 1987. Sin embargo, el proyecto que le dio origen surge en 1969, cuando un grupo destacado de médicos pediatras del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, encabezados por el doctor Carlos Gianantonio, elaboró un programa médico para un nuevo modelo de establecimiento pediátrico.

Outomoro (2010) señala que entre 1929 y 1973 se produce un cambio en el modelo de la Medicina que trajo aparejado las siguientes consecuencias:

hospitalización de la medicina, especialización y superespecialización médica, eclipse del médico como profesional liberal, y mutación del enfermo o paciente por el consumidor. Los hospitales dejan de ser instituciones de caridad para convertirse en el alma de la actividad médica. Ya no son instituciones marginales, sino el epicentro de la vida social, a tal punto que se nace y se muere en el hospital. El médico deja la actividad privada del consultorio y pasa a ser un asalariado del hospital. Allí también se centra la actividad formativa del futuro profesional y la investigación (p.138)

El entrevistado así lo expresa:

(...) en ese momento la idea era que el Hospital atendiera, atendiera y atendiera y tuviera números que mostrar a las autoridades, lo que en ese momento llamaban "Producción", como si fuera una fábrica. (Entrev. PT 28/11/2022)

Este nuevo modelo se representa como una pirámide cuya base es el primer nivel; la zona media representa la atención médica tradicional en el hospital, y el vértice corresponde a la atención terciaria superespecializada o de alta complejidad (Outomoro, 2010).

Es así que surge como un hospital del tercer nivel de atención, de referencia nacional, cuyo objetivo fundamental es la asistencia de la alta complejidad pediátrica, aunque no rechaza la consulta espontánea.

Es una institución autárquica, con una doble pertenencia jurisdiccional, del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; ambas jurisdicciones participan igualmente en su financiamiento y en su conducción. Expresa un modelo de organización alternativos, caracterizado centralmente por el funcionamiento autárquico y con participación de la comunidad, el horario de atención extendido, la dedicación exclusiva de la conducción, la autogestión del arancelamiento a las obras sociales, la capacitación asistencial y gerencial permanentes, la enfermería con formación universitaria y acciones de promoción y protección de la salud en terreno (Arce, 1985; O' Donnell, 1995).

Había que producir y el producir se medía en número de operaciones, de consultas, tiempos asignados, crecimiento del personal. Toda una cuestión muy tecnocrática que estaba de moda en esa época en aquel momento venían de España grupos de calidad y estaba todo muy inmerso en esa ideología, donde las personas tenían que desarrollar ciertas competencias y sobre todo integrarse a grupos de calidad. (Entrev. PT 28/11/2022)

Los cambios centrales en las concepciones tradicionales de un hospital fueron una estructura edilicia y un modelo de organización imaginados para una asistencia interdisciplinaria e interespecializada (Dal Bó, 1989) y un nuevo lugar para el clínico pediatra, como *coordinador de especialistas*.

Fernández (1994) afirma que la creación de una institución implica desprendimiento, ruptura con lo conocido. Como institución social, el hospital es portador de un mandato social genérico y los fundadores son en general, revestidos de gran poder. En ese mandato conviven contradicciones relacionadas con el mandato social y aquellas que expresan diferentes posiciones respecto a las características que debe asumir el establecimiento.

En el caso que nos ocupa, el modelo, sustentado por el equipo fundacional —constituido por clínicos pediatras, algunos de los que además eran sanitaristas— se basaron en el ideal de un clínico con "suficiente capacidad de globalización del paciente, que sea un nexo calificado entre la persona enferma, la familia y las distintas visiones parciales" (Dal Bó, 1989, p. 36).

Sin embargo, y paradójicamente, todos los profesionales que dieron cuerpo al trabajo en las nuevas condiciones, provenían y se habían formado en hospitales que trabajaban con los modelos tradicionales, y no tenían experiencia en la construcción de equipos interdisciplinarios.

Schejter (2010) afirma que ese momento inicial, el clínico – pediatra debía asumir un rol fundamental generando acuerdos de participación entre los profesionales de distintas especialidades para conformar un equipo de trabajo; pero al mismo tiempo se sostenía que no debía invadir el campo del saber médico especializado. En la práctica, la apertura del Hospital y la inclusión de un gran número de profesionales, facilitó diferentes concepciones del trabajo interdisciplinario, con una mirada global y a la vez en profundidad de los pacientes, que entablaron un diálogo con la concepción fundacional.

Por primera vez surge un proyecto diseñado para un establecimiento sanitario donde el protagonista no es más la figura del médico sino la organización de la asistencia, lo que permitía una mirada global del paciente (Arce, 1985).

Esta nueva organización requirió de una nueva forma de vinculación entre las especialidades médicas y los clínicos pediatras abonada por el inmenso desarrollo de la Medicina durante los últimos veinte años unido a la asistencia interdisciplinaria (Schejter (2010).

Así lo expresa un entrevistado:

Muchísimas universidades del interior piden rotar por la cátedra para hacer el internado anual rotatorio, que son las prácticas finales obligatorias de la ley universitaria. Eso interesa mucho y en cierto modo alegre y en cierto modo no, porque cuando un chico pide rotar por el Garrahan para hacer una práctica final obligatoria, en algunos casos está muy bien justificado y en otros casos significa un amor por la alta complejidad en un país como el nuestro, en el cual uno preferiría que quisieran rotar por áreas básicas o por hospitales de mediana complejidad porque para hacer alta complejidad siempre hay tiempo, pero, a mi criterio, hay que empezar por formarse en hospitales generales y después ir a la alta complejidad.

(...)

Es difícil la interdisciplina. Todos hablamos de la interdisciplina, pero la práctica de la interdisciplina no es sencilla porque es poca la gente que adhiere a la interdisciplina tratando de entender la mirada del otro, en general va con sus valores y trata de imponerlos, con lo cual se hace muy compleja la situación. (Entrev. PT 28/11/2022)

Esta vinculación también se pone de manifiesto en la enseñanza:

Pienso que lo mejor es que los teóricos los dé un clínico porque la visión del especialista es muy distinta de la visión del clínico. Por ejemplo, el diabetólogo da una clase de diabetes y empieza con la clasificación nueva de la diabetes, lleva veinte minutos de clase para las múltiples clasificaciones de las nuevas diabetes. Lo que quiero es que el médico generalista sospeche la diabetes en el lactante o en el niño pequeño, que no es tan fácil y muy distinta a la del adulto. Eso es lo importante. Pero el especialista tiene una visión desde una mirada distinta, porque en la Medicina, como en todas las disciplinas, existen infinitas miradas. Uno puede mirar desde la atención primaria, desde la complejidad... (Entrev. PT 28/11/2022)

Dal Bó, 1989 sostiene que el Hospital Garrahan surge al mismo tiempo con la intención de desarrollar programas de docencia e investigación acordes con su nivel de complejidad.

Sin embargo, el profesor entrevistado afirma:

Fue muy curioso porque cuando hice la entrevista para ingresar al Hospital, el concurso, uno de los que me tomaba entrevista me dijo: -Mire, a usted le gusta la docencia, pero acá no se viene a hacer docencia sino asistencia porque hay que poner este hospital en el mapa de la Argentina- (...) Docencia e investigación eran un proyecto a futuro. (Entrev. PT 28/11/2022)

La cátedra y su historia

Todo fenómeno institucional es productor de subjetividad. Las organizaciones son sistemas culturales, simbólicos e imaginarios (Enriquez, 2002) que se presentan en forma global ante sus miembros e intentan imprimir su impronta distintiva en el cuerpo, pensamiento y psique de cada uno de los miembros que las integran.

Enriquez (2002) plantea que toda institución para poder perpetuarse necesita de un orden que legitime su existencia que se traduce en un relato, que es un relato mítico que habla del origen de la comunidad. Los mitos refieren a la historia sagrada que se dio en el comienzo del tiempo. Se caracteriza por posibilitar el encantamiento de quien lo escucha, provocando un proceso de comunicación afectiva que se traduce en la conformidad de quien lo escucha con lo evocado en el relato. El mito es creador de un lazo social. Por otro lado, expresa de manera accesible el sistema conceptual que permite a los miembros de la institución pensarla de manera común.

Cuando un grupo/organización/institución se constituye se instaura un mito.

El mito de la fundación de la cátedra es relatado por el profesor Titular:

veníamos del Hospital de Niños y un grupo menor de los que veníamos del Hospital de Niños, veníamos de la carrera (...) Entiéndase que en ese momento el Hospital no existía. El Garrahan tenía que nacer, desarrollarse y ser una referencia como es actualmente...

Nosotros éramos como personajes simbólicos. El Hospital sabía que éramos UBA, pero básicamente éramos médicos del Hospital que teníamos un hobby que era la UBA que se aceptaba como algo que no era demasiado malo. (Entrev. PT 28/11/2022)

Las instituciones son productos instituidos que son precedidas por un proceso de constitución. Se institucionalizan, tienen un momento de origen, que puede resultar difícil de establecer. Este inicio, se reinventa desde el presente, se constituye en imaginario retrospectivo que conforma la “mitología de los orígenes” (Garay, 1994) que tiene valor simbólico para los sujetos que lo inventan y reinventan. Asimismo, siempre supone otras instituciones que le sirven de plataforma de despegue, es decir, subsume a otras, desplaza, reabsorbe; nace y se institucionaliza en oposición o complementariamente a otras instituciones.

El proceso de institucionalización, deja sus marcas en las estructuras, en la dinámica, en las prácticas, en los logros y fracasos, en los conflictos al interior de la organización, en cada establecimiento. *Produce y es producida por luchas de fuerzas, movimientos, mutaciones y transformaciones de sus características* (Garay, 1994: 3). El entrevistado refiere:

En ese momento, la cátedra no tenía un espacio físico, o sea que la conducción se realizaba en un espacio... Yo era jefe de una unidad de internación y mi escritorio era la cátedra y ahí nos reuníamos y teníamos toda la parafernalia. Y en ese momento se designó a un profesor titular, que no era yo, en función de que había que cubrir el cargo, pero la cátedra la manejábamos, yo y la doctora M que me secundaba en esa tarea. (Entrev. PT 28/11/2022)

Interesa destacar que no podemos hablar de historia de la cátedra en tanto quien la relata ha realizado un proceso de selección de sucesos cuyos criterios se encuentran regidos por la lógica de la subjetividad y no por la del ordenamiento objetivo de los mismos. Se trata de la historización de la institución y de la propia historia. Es una construcción del pasado, como de la realidad actual, son sucesos reconocidos en tanto son significativos. La significación se construye a su vez por las relaciones que se le atribuyen a un suceso con lo que pasó antes o con lo que puede suceder después. Tanto en el plano de la historia, en tanto ordenamiento objetivo de acontecimientos, como en la historización, ordenamiento subjetivo de los acontecimientos, lo que interesa es el “sentido” de los sucesos en su relación con los contextos que los producen (historia) y el sentido del reconocimiento y la significación de esos sucesos en relación con la subjetividad.

Hassoun, J. (1997) sostiene que el tiempo histórico se refiere tanto a los hechos que sucedieron como al tiempo de las narraciones que dan cuenta de esos hechos atravesados por el olvido y la memoria. Este es el tiempo que llamamos historia y que necesita de una transmisión que realiza un narrador. Aquí un testimonio de un narrador:

Fuimos creciendo paulatinamente y el Hospital fue entendiendo que era importante la relación con la universidad. En un principio esto significó que se iniciaron dos o tres carreras universitarias de posgrado en algunas disciplinas. Ese fue un momento clave porque, al Hospital, los posgrados en asignaturas que tenían que ver con la asistencia y que, claramente, prestigiaban al Servicio porque había demandas desde el exterior de muchos médicos que querían formarse en una especialidad. Eso abrió los ojos de las autoridades en el sentido de “parece que la universidad tiene importancia” (...) y creo que recién ahora están entendiendo que tiene que algo que ver con la vida hospitalaria, siempre fue visto como una cuestión menor. (Entrev. PT 28/11/2022)

Estos acontecimientos implicaron no sólo el inicio del reconocimiento de la función docente en el Hospital, sino que significó para sus miembros una doble pertenencia: al Hospital y a la Universidad.

Fernández (1994) plantea que el establecimiento de pertenencia es para los individuos que los conforman - y aunque de distinta manera para los que sin pertenecer conocen su existencia - un objeto de vinculación y representación. Se habla en general de pertenencia en dos dimensiones.

Desde el punto de vista formal el sujeto establece con la institución una relación basada en el rol. Este rol significa una posición en el sistema de poder; le otorga determinado grado de discrecionalidad y le exige algún monto de enajenación.

Desde el punto de vista fantasmático¹² el sujeto establece una vinculación con el establecimiento como espacio imaginario en el que operan los fenómenos de circulación y resonancia fantasmática y como objeto depositario de funciones de defensa contra ansiedades de tipo primario. En palabras del Profesor Titular:

(...) siempre estimé que lo más valioso que tiene la UBA es el notable recurso humano que da esperanza e el futuro de la Argentina, porque nadie va a ninguna facultad por dinero. En todo caso podrá ir por un poco de prestigio hasta cierto punto, porque hoy en día... Recuerdo que hace unos meses me tomé un taxi para ir a la facultad y le digo: “A la Facultad de Medicina”. Y el taxista me dice. “¿usted es docente?”. Y yo, con cierto orgullo, le digo: “Soy profesor”. Me mira y me dice: “¡Qué mal que están ustedes!”. Es la visión que tiene la mayor parte de la población y nosotros seguimos con cierto orgullo. (Entrev. PT 28/11/2022)

Al mismo tiempo, el espacio en las instituciones adquiere una dimensión material y simbólica. En tanto material, las instalaciones, el espacio, el edificio conforman un conjunto de condiciones que afectan la calidad de la tarea a realizar. Generan situaciones de comodidad- incomodidad, seguridad – peligro, potencialidad – carencia, que afectan las condiciones de los sujetos para estar disponibles frente a las demandas del trabajo.

En términos simbólicos, el espacio puede ser considerado en tres aspectos (Fernández, 1994):

- a) Constituyen y funcionan como continente (límite, protección) de un grupo humano que a lo largo del tiempo configura una identidad institucional que funciona como “cuerpo”. Se carga de significados y se convierte en un objeto de vinculación afectiva importante.
- b) Operan como vehículo de la expresión entre la institución y la población social que puede manifestarse en maltrato al espacio, hostilidad, crítica, etc.
- c) Expresan un modelo que condiciona el comportamiento de modo que dan cuenta de mandatos sociales respecto a cómo “deben ser las cosas” y las relaciones entre los sujetos.

De este modo, la configuración del espacio constituye un elemento clave a la hora de facilitar u obstaculizar la realización de las tareas.

¹² Se utiliza el término fantasmático para aludir a un nivel de producción donde los materiales (significados, imágenes) son de carácter inconsciente (Fernández, 1994)

En este sentido, el entrevistado sostiene:

De hecho, costó mucho conseguir un espacio físico para funcionar y el primer espacio físico fue una oficina, que había sido un depósito, que estaba casi escondida al lado del consejo de administración. Ahí fue donde funcionamos. Después de una década se nos otorgó una oficina en el piso de docencia, lo cual fue un avance notable. Si bien fue un lugar chiquito, teníamos existencia física y, además, el Hospital sabía que esa era la oficina de la UBA, lo cual para la gente era bueno y para nosotros también porque habíamos salido del submundo para pasar a tener existencia, porque simbólicamente estar en el piso de docencia y tener una oficina implicaba mucho aunque parezca una cosa menor.

Ahora la cátedra tiene su espacio, está reconocida. (Entrev. PT 28/11/2022)

Concepciones acerca de la formación del futuro médico

M. Barbier (1999) sostiene la hipótesis que plantea que los mundos de la enseñanza, de la formación y de la profesionalización responden a lógicas distintas. Cada uno presenta características propias: el de la enseñanza trabaja sobre el eje de la transmisión de conocimientos; el de la formación sobre el desarrollo de capacidades que serán luego actualizados en la profesión, transferidos al campo del trabajo; el de la profesión sobre las competencias, las acciones en el trabajo y sobre los desempeños reales, en los que se actualizan conocimientos y capacidades, adquiriendo características propias del mundo del trabajo. Es aquí donde se construye la identidad profesional sobre la base de componentes previos y de otros nuevos.

Son mundos complementarios pero distintos y cada uno de ellos conserva cierta especificidad, aunque prácticas propias de cada uno de ellos se entrecrucen con las otras.

Ahora bien, para realizar ese trabajo formativo hay que prepararse. No es formador quien sabe mucho de algo y lo transmite, allí se es docente, maestro, profesor, se enseña. Formar es algo distinto.

Ferry (1997) señala que formarse es adquirir una forma para reflexionar, para actuar. Es un desarrollo personal que supone adquirir formas para el desempeño de diferentes tareas inherentes a una profesión. Es la dinámica de un desarrollo personal. Siguiendo esta línea de pensamiento podemos afirmar que nadie puede formar a otro, la formación no se recibe. Cada uno se forma a sí mismo, cada quién encuentra su forma pero sólo por mediación. Hay diversos mediadores: formadores (mediadores humanos), dispositivos, información, etc. que operan como facilitadores, posibilitando la formación.

Para realizar este trabajo se necesitan condiciones especiales de tiempo, de lugar y de relación con la realidad. Se requiere un tiempo para el trabajo sobre sí mismo, un espacio diferenciado, separado de aquel donde se realiza la tarea profesional para lograr establecer la necesaria distancia con la realidad.

Formar es ayudar al otro a interrogarse sobre la realidad, sobre los otros y sobre sí mismo, y es hacerlo desde una función de acompañamiento que apunte la elaboración de la identidad personal y profesional del otro (en la formación continua y la capacitación) y de la identidad pre-profesional (en la formación inicial).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Enriquez (2002) plantea no referirse a la idea de formación sino a la deformación o de transformación ya que cuando se trabaja sobre la formación y sobre todo sobre la formación de adultos, un problema importante lo constituye el esfuerzo para que se puedan superar los estereotipos, los prejuicios, los hábitos y entrar en un proceso de cambio. También ahí pueden ver la diferencia con respecto a la educación, en tanto la formación supone un proceso que en definitiva puede no tener fin. Para este autor, el problema central de la formación reside en la apropiación del saber, en el proceso por el cual lo convertimos en un elemento para plantear y ver el problema de un modo diferente a lo que nos era habitual.

En nuestro caso en estudio, los estudiantes realizan su proceso formativo en un ámbito específico: el hospital, en un entramado que articula saberes teóricos y prácticos.

En este sentido, nos parece clave señalar la importancia del hospital en la adquisición de las competencias clínicas por parte del alumno, propias de su futuro desempeño profesional. Deberá alcanzar un conjunto de saberes por una parte, de habilidades por otra, y de actitudes, que le permitan conocer más y mejor lo que debe hacer en el ejercicio de la profesión médica, cómo debe hacerlo, y le afirmen la convicción del papel que ocupa el médico en la asistencia a los enfermos, a través de la adquisición paulatina de valores profesionales que no siempre son tangibles.

El profesor Titular dice:

Medicina se aprende en su gran medida..., o sea no es particularmente una asignatura como puede ser Derecho o Filosofía, que se pueden aprender en cierta medida más a distancia. En cambio, en Pediatría y Medicina en general el contacto con el paciente vivo. (Entrev. PT 28/11/2022)

En este punto resulta de interés la investigación desarrollada por Marcela Ickowicz en el año 2002 en la que describe dos modelos formativos: el modelo artesanal, vinculado a la formación en el trabajo y el institucional que delimita un recorrido sistematizado.

Desarrolla una serie de rasgos que caracterizan a cada modelo tomando como categorías: condiciones contextuales, el objeto de conocimiento, las condiciones organizacionales divididas en el espacio, el tiempo, el contenido y el encuadre de la intervención didáctica, los roles y/o posiciones, las regulaciones y controles. Otra categoría de análisis son las concepciones y representaciones donde incluye sobre la formación, sobre el maestro, sobre el discípulo y sobre el conocimiento.

Finalmente incluye una categoría denominada dinámica de las relaciones. En cada una de ellas aborda el modelo artesanal y el modelo formal.

Desde el punto de vista más formal, la formación de grado del futuro médico se encuadra en el segundo modelo, en tanto intervienen diferentes formadores, contenidos y modos de transmisión, los tiempos y espacios se separan de los de la producción. La formación se produce en un espacio cerrado, determinado y específico; el tiempo es graduado y progresivo y determinado en cuanto a días y horas de encuentro. Los contenidos se seleccionan y organizan en materias, áreas, asignaturas. Los saberes se descontextualizan de su espacio de producción y el maestro tiene autoridad conferida por un poder superior, es un sistema formalizado y burocrático.

Sin embargo, los testimonios aportados por los protagonistas del caso en estudio (así como el análisis de las clases observadas) permiten caracterizar a la formación, tanto en su dimensión histórica como actual, en el ámbito específico del hospital, enmarcado por la práctica, en el modelo artesanal.

En éste el entramado entre trabajo y formación va generando procesos fuertes de socialización. Se caracteriza a grandes rasgos por elección mutua entre el maestro y el discípulo, las prácticas de enseñanza se adecuan a las dificultades que se van presentando, se basa en la experiencia y la enseñanza y aprendizaje se desarrollan en el propio ámbito de producción. Es decir, que las prácticas de enseñanza, se van configurando en un modelo que no difiere grandemente del status quo ya establecido y cuyas particularidades derivan de estilos personales.

Son secretos del oficio que el aprendiz va adquiriendo al realizar determinadas tareas y estar cerca del maestro, el maestro es quién garantiza el acceso al conocimiento y la continuidad de la tarea.

El tema es que Medicina se aprende fundamentalmente en las áreas clínicas, salvo que uno se dedique a aspectos de investigación o laboratorio, al lado de la cama del paciente

La enseñanza en Medicina, en esencia, no ha perdido su aspecto esencial que es el docente al lado de la cama del paciente. Pasan los años, tenemos todos los adelantos de informática y todos los sistemas virtuales, pero en Medicina se aprende al lado del paciente. No hay otra manera de aprender Medicina. Y eso sigue siendo una constante. Puede ser que en otras disciplinas, obviamente la comunicación a distancia y todo esto tenga otro valor, pero la teoría, en Medicina, es parte de la cuestión, no es toda la cuestión y, además, mucho de lo que se aprende tiene que ver con la práctica. (Entrev. PT 28/11/2022)

Desde la mirada de la epistemología de la práctica, la formación en este caso particular refiere a un enfoque que pone énfasis en la interpretación y la comprensión del significado que las acciones tienen para los sujetos que las llevan a cabo dentro de un contexto particular.

Las contribuciones de Schön (1998) han permitido superar las limitaciones de la racionalidad tecnocrática, reconociendo que la práctica siempre es el resultado de la articulación de un entramado de condicionantes entre los cuales el conocimiento y la subjetividad del profesional juega un papel importante.

(...) el tercer pilar, que no deja de ser importante, es la lectura y la actualización. Pero no es que uno reemplaza al otro, uno es mejor que el otro. Los tres pilares son esenciales. No hay modo de aprender Medicina sin... Un teórico puro no puede ser médico por más que se lea todas las enciclopedias médicas y un práctico puro que jamás lee nada —que los hay también—, los médicos formados en la práctica —como las enfermeras, que muchas se forman en la práctica— pueden hacer buena práctica de problemas comunes, pero cuando vino el problema complejo si no hay lectura, análisis, formación, entonces se complica. (Entrev. PT 28/11/2022)

En este entramado, los prácticos construyen estructuras conceptuales, teorías prácticas o teorías de acción que les permiten ir resolviendo problemas prácticos y reconstruyendo sus esquemas teóricos.

En este encuadre las propuestas de enseñanza recuperan el valor de la articulación entre la teoría y la práctica:

En nuestra disciplina se aprende cuando hay discusión, por ejemplo, en los ateneos, que no es una novedad. Cuando era chico ya existía el ateneo clínico y en el siglo pasado también, ¿por qué? Porque es un intercambio de ideas que permite ver distintas miradas de un problema. Eso es muy valioso. Los libros no lo dan. El ateneo clínico, en la formación médica, es muy importante. (Entrev. PT 28/11/2022)

Indudablemente, la propuesta formativa da cuenta de una concepción acerca de la enseñanza sostenida en una perspectiva constructivista del aprendizaje que se ha ido desarrollando con el aporte de disciplinas afines a la educación a lo largo del tiempo y le da su impronta particular.

el Departamento de Pediatría fue pionera, fue la que llevó cambios a todas las facultades. Hoy parecen sencillos esos cambios, pero no eran aceptados fácilmente por el resto de las facultades. Hubo unas discusiones tremendas, sobre todo en cuanto al rol docente, o sea: pasar del profesor sentado adelante, que cuando cursaba había profesores que no aceptaban preguntas, solo al final, y contestaban algunas. No se los podía interrumpir. Llegaba el profesor y poco menos te tenías que parar y hacer la venia.

Desde el comienzo la cátedra de G se destacó por tener la asistencia de pedagogos, cosa que casi ninguna otra cátedra en Medicina tenía en esa época, y así llegó con la licenciada ... y empezó a entrar el constructivismo en la cátedra y empezamos con una visión diferente de la cuestión (...) Y progresivamente

había una mutación en la cátedra, no en la facultad, en la clase magistral las actividades participativas. En eso Pediatría fue pionera. (Entrev. PT 28/11/2022)

Asimismo, puede reconocerse una mirada socio cultural, que implica desde la perspectiva vigotskiana afirmar la importancia de otro tipo de factores propios de los grupos y la comunidad a los que pertenece el sujeto, factores no siempre resaltados en la formación del futuro médico.

Desde este enfoque, se hace presente en la enseñanza el Modelo Médico Integral que incorpora la incidencia de factores propios de los procesos sociales, culturales o psicológicos que afectan la vida y la salud de los seres humanos, considerando como unidad de la atención a los conjuntos sociales.

Lo que pasa es que quizás en las materias que tienen más que ver con lo humano es importantísimo el contacto, porque uno viene con una teoría pero la madre, que tiene otra problemática, viene con otra teoría de la vida, el desarrollo, sus vivencias, la crianza, entonces la madre viene pensando que le tiene que dar el té de anís folclórico o la yerba de pollo mientras que el residente tecnológico quiere hacerle un estudio de la vitamina D en plasma; entonces en cuanto a esas dos realidades, si no hay un entrenamiento, que no solamente es médico sino también es en comunicación, cultura, etc.

Una vez llego al Hospital y veo a un grupo de gitanos corriendo a uno de mis residentes, entonces me pregunté qué pasaba ahí. Casi la alcanzan, por suerte la joven era muy ágil. Entonces, ¿qué había pasado? Había mandado a cirugía al hijo de uno de los gitanos jóvenes, obviamente le pidió autorización y envió al chico a cirugía, pero dentro de la comunidad gitana, la decisión no la toma el padre sino el jefe del clan, entonces no estaba autorizada la cirugía. Y obviamente el residente no tenía idea de los aspectos culturales de la comunidad gitana, pero el jefe del clan se sintió desautorizado. Entonces todos los gitanos instalaron una camioneta en el patio del hospital y vino a hablarme el jefe, un señor mayor, y me dijo: “Doctor, cualquier decisión que se tome, háblela conmigo”, y ahí empecé a entender cómo era el mundo. Pero todo eso lleva años de entender los problemas. Hay que abrir la mente. Lo mismo con cualquier comunidad que tiene creencias particulares, culturales diferentes a las otras. Y para hacer Medicina nadie da clases. (Entrev. PT 28/11/2022)

Creemos que la afirmación de la presencia de los factores bioculturales implica reconocer que las manifestaciones biológicas “son poseedoras de significados culturalmente asignados, indisolublemente asociados a la interculturalidad” (Rovira, 2022: p 7).

Aportes a la construcción de la identidad profesional del futuro médico

Los docentes ofrecen otros modelos de identificación que aportan a la construcción de la identidad profesional.

Y la función del médico de atención primaria no es hacer el diagnóstico de si es un cardiópata o qué es lo que tiene ese chico —si lo hace, mucho mejor, obviamente—, sino darse cuenta que algo pasa y derivarlo oportunamente, porque hoy en día todos los servicios están bien organizados y recetan claramente la patología. (Entrev. PT 28/11/2022)

La identidad es un concepto polisémico. Da cuenta de una cierta estabilidad y permanencia a lo largo del tiempo, que no es absoluta ni inmutable, en tanto está socialmente influida y condicionada por las características de los

espacios sociales e institucionales en los que el sujeto se desempeña. La construcción de la identidad es un proceso dinámico que implica a la vez individuación e interacciones múltiples con otros.

En este encuadre, la identidad profesional del médico se inscribe en un proceso complejo que integra el reconocimiento de uno mismo como profesional de la salud y de la dimensión social que supone la pertenencia a un grupo habilitado para el ejercicio de ese rol y, al mismo tiempo, el reconocer que en el imaginario social existe una idea clara y definida de lo que implica el ejercicio de esa profesión (Ávila Quevedo y Cortés Montalvo, 2007).

Vale decir que es también producto de las condiciones en las que se da el ejercicio profesional, el contexto, y las particularidades que asume cada comunidad disciplinar que se expresan en un lenguaje, una cultura y prácticas que van configurando la identidad dentro de un ámbito disciplinar y que generan un sentido de pertenencia: las tribus académicas en términos de Becher (2001). La disciplina se presenta como una estructura organizativa que rige la producción y transmisión del conocimiento, es la base de la cultura y la identidad (Henkel, 2005).

El residente del tercer ciclo de Pediatría del Garrahan es un semidiós grecorromano. No cree que haya algo en el mundo de la medicina que él no pueda manejar. Pero el joven de treinta y cinco años, ex reciente residente, es un semidiós. Está chocho. En el momento que tiene el delantal con unas manchas de sangre en el estetoscopio cruzado en el cuello, que son las dos cucardas del ejercicio de la medicina en la trinchera, el tipo siente que es capaz de cualquier cosa y que no hay elementos que no pueda manejar con calidad. (Entrev. PT 28/11/2022)

De este modo, la construcción de la identidad profesional del médico se produce en un contexto caracterizado por relaciones de poder, dentro de comunidades disciplinares. Estas creencias sobre la profesión son dinámicas y van transformándose a medida que se desarrolla la profesión.

En general, el alumno es muy respetuoso con el docente, así sea con unos pocos años de diferencia, y más con un guardapolvo que lleve una identificación que diga que es médico del Garrahan, eso ya significa un espacio de respeto. Entonces hay un doble vínculo donde los alumnos se sienten bien porque la gente joven le da mucho más bolillo que la gente mayor o los profesores viejos como yo, y además el docente siente que está haciendo algo importante y le da mucha bolilla a los alumnos. (Entrev. PT 28/11/2022)

Desde otra mirada, la psicología social también aborda este concepto. Para Pichon Rivière, rol es un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del sujeto en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los demás.

Este espacio formativo trabaja el rol del médico considerado como un sistema estructurado por procesos dinámicos de interacción entre actores (Parsons, 1968; Goffman, 1972). El rol es el desempeño de una persona en una situación dada, es la manera en que un sujeto demuestra lo que se espera de su posición, es el papel que debe representarse, se constituye no sólo en relación a los otros sino también en relación al entorno ambiental en su conjunto. Desde esta mirada, un sujeto no asume el rol de médico, porque los otros se lo adjudiquen, o porque lo asuma en forma abstracta sin relación con el medio, sino por el hecho estar en ese medio institucional.

Al mismo tiempo, es interesante plantear en este caso, la temática de la omnipotencia – impotencia que remite también a la consideración de los conceptos de saber y poder (trabajados por Foucault) ligados a la representación social del médico (Moscovici, 1984). Foucault (1984) define al saber cómo un espacio en el que el sujeto puede posicionarse para hablar de los objetos de los que se ocupa en su discurso. Asimismo, señala que no es posible ejercer un poder sin haberse apropiado previamente de un saber. Es un elemento de dominación, no produce efectos de poder, sino que es intrínsecamente poder. Afirma que saber y poder son dos caras de la misma moneda:

el saber produce poder y el poder proviene de un saber. El sujeto se construye en la trama de poderes, que a su vez consisten en un haz más o menos organizado, piramidalizado o coordinado de relaciones (Foucault, 2002). El saber es definido como un modo históricamente ordenado del mundo, de poner en relación palabras y cosas.

En este caso, en esta relación recíproca entre ambos conceptos, al tener el médico un saber, puede legitimar su cuota de poder, un poder que, a su vez, se legitima en ese saber.

Cuando un chico pide rotar por el Garrahan para hacer una práctica final obligatoria, en algunos casos está muy bien justificado y en otros casos significa un amor por la alta complejidad en un país como el nuestro, en el cual uno preferiría que quisieran rotar por áreas básicas o por hospitales de mediana complejidad porque para hacer alta complejidad siempre hay tiempo, pero, a mi criterio, hay que empezar por formarse en hospitales generales y después ir a la alta complejidad. La alta complejidad es, en las películas, la que, en general, enamora a los jóvenes. Todos quieren ser el doctor House e ir a hacer los diagnósticos de alta complejidad con una libreta y un lápiz... (Entrev. PT 28/11/2022)

Reflexiones finales

Como toda institución, la Facultad de Medicina es productora de subjetividad. Se interiorizan valores que permiten vivenciar a la institución de un modo determinado. Las organizaciones son sistemas culturales, simbólicos e imaginarios (Enriquez, 2002) que se presentan en forma global ante sus miembros e intentan imprimir su impronta distintiva en el cuerpo, pensamiento y psique de cada uno de los miembros que las integran.

Por otra parte, como sistema cultural ofrece una cultura, una estructura de valores y normas, un modo de pensar, una forma de percibir la realidad que orienta el accionar de sus miembros.

Desde este punto de vista, esta propuesta constituye una innovación. Tal como se señaló precedentemente implica una ruptura con el statu quo vigente y el protagonismo de los actores involucrados (Lucarelli, 2009). Ruptura que surge en un contexto que da cuenta de la tensión del espacio micro y macro institucional (Braga, Genro y Leite, 1997).

Por eso me sorprende de la Facultad de Medicina porque funciona bastante bien, pero cada cátedra es una isla, son un montón de feudos con un señor feudal a cargo, que generalmente es el titular o un adjunto, pero que son bastante independientes a la facultad. Entonces la facultad funciona como dos facultades: una facultad que hace las cuestiones generales, políticas en relación con el rectorado; y otra facultad que son las miles de unidades pequeñas de islas que están integradas a algún departamento, pero no todos los departamentos funcionan como deberían y algunos ni funcionan. Entonces por un efecto milagroso, como cada uno cuida su quinta, el resultado parece ser bastante bueno, pero es esta cuestión muy argentina del pequeño tallercito. Cada uno tiene el suyo. (Entrev. PT 28/11/2022)

Asimismo, reconocemos a la cátedra de Pediatría del Hospital Garrahan como experiencia innovadora de la enseñanza con eje en la articulación teoría – práctica en tanto dan cuenta de nuevas configuraciones de relaciones de poder en el aula.

No es como ahora que vienen los alumnos y te dicen: “Hola, Doc., ¿cómo le va?”. Además, cualquier alumno siente que hoy puede charlar con el titular. (Entrev. PT 28/11/2022)

Referencias Bibliográficas

- Arce, H. (1985). Naturaleza de los hospitales: tres generaciones. *Medicina y Sociedad*, 8(5), 156-173.
- Ávila Quevedo, J. A., & Cortés Montalvo, J. (2007). La construcción de las identidades profesionales a través de la educación superior. *Revista Cognición*, 9. México.
- Barbier, J. M. (1999). *La evaluación de los procesos de formación*. Paidós.
- Becher, T. (2001). *Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas*. Gedisa.
- Braga, A. M., Genro, M. E., & Leite, D. (1997). Universidad futurante: innovación entre las certezas del pasado y las incertidumbres del pasado. En D. Leite & M. Morosini (Eds.), *Universidade futurante* (pp. xx-xx). Papirus.
- Da Cunha, M.I. (2010). Os conceitos de espaço, lugar e território nos processos analíticos da formação dos docentes universitários. En M. I. Da Cunha (org.) *Trajetórias e lugares de Formação da docência universitária: da perspectiva individual ao espaço institucional*. Araraquara J&M
- Dal Bó, L. (1989). Un nuevo modelo de efector público de salud. *Medicina y Sociedad*, 12(5/6), 34-43.
- De Asúa, M. (1986). Evolución de la formación médica en las Facultades de Medicina. Argentina 1900-1982. *Revista Educación Médica y Salud*, 20(2), 265-272.
- de Sousa Santos, B. (2004). Desigualdad, exclusión y globalización: Hacia la construcción multicultural de la igualdad y la diferencia. *Revista de Interculturalidad*, 1(1). <http://hdl.handle.net/10316/42137>
- Enriquez, E. (2002). *La institución y las organizaciones en la educación y la formación*. Novedades Educativas.
- Estrada Correa, G. (2005). El mundo objetivado, fundamento de la profesión médica. En T. Pacheco Méndez & A. Díaz Barriga (Eds.), *La profesión universitaria en el contexto de la globalización* (pp. xx-xx). Pomares.
- Fernández, L. (1994). *Instituciones educativas: dinámicas institucionales en situaciones críticas*. Paidós.
- Ferry, G. (1997). *Pedagogía de la formación*. Novedades Educativas.
- Foucault, M. (1984). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. Diálogo con H. Becker, R. Fournet-Betancourt, & A. Gomez-Müller, 20 de enero de 1984.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.
- Garay, L. (1994). *Análisis institucional de la educación y sus organizaciones*. Cuadernillo curso de Posgrado. La Luna.
- Goffman, E. (1972). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu.
- Harden, R., Sowden, S., & Dunn, W. R. (1984). Estrategias educacionales en el desarrollo curricular: el modelo SPICES. *Medical Education*, 18, 284-297.
- Hassoun, J. (1997). *Los Contrabandistas de la Memoria*. Ed. De la Flor.

Henkel, M. (2005). Academic identity and autonomy in a changing policy environment. *Higher Education*, 49, 155-176.

Ickowicz, M. (2002). *Los trayectos de formación para la enseñanza de los profesores universitarios sin formación docente de grado* (Tesis de maestría). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Lucarelli, E. (2009). *Teoría y práctica en la universidad: la innovación en las aulas*. Miño y Dávila.

Lucarelli, E. (2022). La Didáctica Universitaria, campo de investigaciones acerca de la enseñanza y el currículum en la Universidad. *RAES - Revista Argentina De Educación Superior*, 25, 34-47. <http://revistas.untref.edu.ar/index.php/raes/article/view/1523>

Lucarelli, E. (2023). La Didáctica Universitaria, en la construcción de su lugar en el campo disciplinar. En E. Lucarelli, G. R. Calvo, & P. Del Regno (Eds.), *La formación en Ciencias de la Salud. El caso de Enfermería. Un análisis desde la Didáctica de Nivel Superior* (Manuscrito en proceso de revisión).

Moscovici, S. (1984). *Psicología Social*. Paidós.

Outomuro, D. (2010). Algunas paradojas en la enseñanza actual de la medicina interna en Argentina. *Revista Educación Médica*, 13(3), 137-143.

Pardell Alentà, H. (2006). ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica*, 6(2), 7-24. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000200002&lng=es&tlng=es

Parsons, T. (1968). *La estructura de la acción social*. Guadarrama.

Schejter, V. (2010). *Condiciones institucionales para la producción de conocimiento interdisciplinario en la alta complejidad pediátrica. El caso del Hospital Garrahan* (Tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Schon, D. (1998). *La formación de profesionales reflexivos*. Paidós.

Sirvent, M. T., & Rigal, L. (2023). *La Investigación Social en Educación. Diferentes caminos epistemológicos, lógicos y metodológicos de producción de conocimiento*. Miño y Dávila.

Villamil Pérez, R. (2005). El sentido ético de las nociones de utilidad y beneficio social en el origen de las profesiones frente a la globalización. En T. Pacheco Méndez & A. Díaz Barriga (Eds.), *La profesión universitaria en el contexto de la globalización* (pp. xx-xx). Pomares.

Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica, aprendizaje, significado e identidad*. Paidós.

Fecha de recepción: 18-08-2023

Fecha de aceptación: 29-04-2024