Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2023

La especificidad de lo social en la formación académica en la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Gonzalez Morel, Daira

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1043

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Lic. en Trabajo Social

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Universidad Nacional de Mar del Plata

Título: "La especificidad de lo social en la formación académica en la Escuela Superior de Medicina, de la Universidad Nacional de Mar del Plata"

Directora: Esp. Sandra Larrumbide.

Co-directora: Lic. Mariela Feduci.

Estudiante: Gonzalez Morel, Daira.

DNI: 40.666.142

Matrícula: 17154

Mail: dairagm.18@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

A mi directora y co-directora de tesis, Sandra Larrumbide y Mariela Feduci, quienes me orientaron para la realización de este trabajo.

A los y las docentes, estudiantes avanzados, a la Secretaría Académica y al Director de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP, el Dr. Adrian Alasino, que hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

A mis compañeras y amigas con quienes compartí este camino de formación y ayudaron a que sea más ameno y motivador.

Y especialmente a mi familia y amigas/os, mi sostén en todo este proceso y en la vida. Gracias por su apoyo incondicional.

Muchas gracias a todos.

ÍNDICE

Resumen: **4**
Introducción: **6**
Definición del problema de investigación: **8**
Objetivo general de la Investigación **9**
Objetivos específicos de la investigación: **10**
PRIMERA PARTE **11**
Primer Capítulo 12
Breve reseña histórica de la formación médica 12
Síntesis de la aparición de la medicina como ciencia 12
Enfoques de la formación en medicina 22
Historia de la formación médica en Argentina 25
Segundo capitulo 30
Modelo Médico Hegemónico 30
Proceso de salud - enfermedad - atención - cuidado 34
Noción de Sujeto y el enfoque de derechos con perspectiva de género y diversidad 37
Tercer capítulo 41
Sistema de Salud 41
Estructuras del sistema de salud 42
Ciencias Sociales y Salud integral 45
Trabajo Social 47
Trabajo Social en el área de Salud 51
Residencia de Trabajo Social en salud 55
SEGUNDA PARTE **58**
Primer capítulo 59
Aspectos metodológicos 59
Escuela Superior de Medicina de la UNMDP 61
Segundo capítulo 65
Análisis de los datos obtenidos en la investigación 65
➢ Perspectiva de la carrera de medicina según el diseño curricular y estrategias pedagógicas 66
➢ Aporte de las Ciencias Sociales y Humanísticas 70
➢ Aportes específicos del Trabajo Social a la formación 74
➢ Actividades pedagógicas llevadas a cabo por los docentes trabajadores sociales en la ESM 76
➢ Sistema de Salud 79
➢ Valoración de lo social en la formación por parte de los y las estudiantes avanzados de la carrera de medicina 82
Consideraciones finales 86
Bibliografía **91**
Anexo **98**

Tema: El papel que cumplen las disciplinas sociales y humanísticas en el recorrido formativo de los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en relación a una visión integral de la salud.

Resumen:

El presente trabajo de Tesis de Grado se propone conocer el recorrido formativo de los estudiantes de medicina de la Escuela Superior de Medicina (ESM) de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) tomando como punto central el desarrollo de una visión integral de la salud.

El foco de análisis parte de reconocer cuáles son los aportes que las disciplinas sociales y humanísticas, y particularmente el Trabajo Social (TS), le pueden contribuir a su formación académica, para comprender el papel esencial que cumple el aspecto social en la formación médica, como también analizar y valorizar las contribuciones que le pueden brindar las Ciencias Sociales a dicha formación.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), concibe a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Por tanto, la salud incluye todo lo concerniente a la cotidianeidad de las personas en relación a la dimensión económica, social y cultural. El concepto de salud es un concepto complejo, ya que la noción de salud no se limita solo a aspectos biológicos, sino que es el resultado de una construcción social compleja a lo largo del tiempo. Esta construcción está vinculada a una estructura simbólica que abarca los valores, culturas, la organización social y las tradiciones de una sociedad. Su comprensión está moldeada por estos aspectos sociales e históricos. Es por ello que, tomando los aportes de Sinamotto (2006) quien a su vez incorpora dichos de otros autores, se considera que la salud no es un estado,

algo fijo, sino un proceso en constante evolución que está influenciado por los factores mencionados anteriormente. En este contexto, la forma en que el sistema de salud opera, y en él los profesionales desde su rol, desempeña un papel crucial en los niveles generales de salud de la población. Esta perspectiva integral conecta la noción de salud con los acontecimientos que ocurren a nivel colectivo a lo largo del tiempo.

Es así, que el proceso de salud- enfermedad no puede ser pensado de una sola forma y con un único camino, sino que debe trascender la línea de la biomedicina para conformar una mirada mucho más integrada y compleja.

En este sentido, la mirada del Trabajo Social le da una dimensión simbólica a la enfermedad, lo que tiene que ver con la forma en cómo la persona percibe su padecimiento y cómo se relaciona con ello, con los demás y su medio social. Centra su intervención teniendo en cuenta su historicidad, poniendo al sujeto dentro de un sistema de pertenencia social, familiar, cultural, laboral, institucional, escolar, de relaciones; donde el sujeto es significado y a su vez resignifica su realidad.

El objetivo entonces, es describir la perspectiva de la carrera de medicina a partir de la configuración del plan de estudios, e indagar acerca del aporte de las ciencias humanas en el recorrido formativo en relación a una visión integral de la salud, de los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, a través de una investigación exploratoria descriptiva con una metodología cualitativa, utilizando herramientas como la entrevista y la observación.

Palabras claves: Ciencias Sociales - Trabajo Social; salud integral; formación profesional; enfoque de derechos; noción de sujeto.

Introducción:

La salud como proceso histórico y social constituye un concepto dinámico, se trata de un campo social que se vincula con la satisfacción de diferentes necesidades de las personas. Esta perspectiva implica pensar en una salud integral, que incorpora aspectos que no sólo remiten a procesos biológicos, sino también ambientales, políticos, culturales y económico-sociales como elementos constitutivos de los procesos de salud-enfermedad. La OMS (1946), concibe a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. En este sentido la salud incluye todo aquello que concierne a la calidad de vida de las personas: alimentación, vivienda, trabajo, educación, cultura y ambiente. Todos estos factores forman parte de lo que delimita una salud integral.

Esta idea de integralidad que gira en torno a la salud trasciende al modelo biomédico, y busca dar una respuesta más socio-comunitaria basada en una mirada intersectorial, por esto es necesario el compromiso social así como el aprendizaje de lo social y comunitario.

Asimismo, la importancia de que los profesionales del área de la salud, en este caso médicas y médicos, puedan intervenir desde su quehacer con un enfoque de derechos, para lograr intervenciones más complejas e integrales, otorgándoles a las personas su lugar como sujetos de derechos y no como meros objetos de intervención. Problematizando las distintas realidades al centrarse en la atención de la acción profesional.

En este sentido, el objetivo es conocer y analizar el recorrido formativo de los y las estudiantes de medicina tomando como punto central el desempeño de una visión integral de la salud, asumido a partir del compromiso social, y la capacidad de realizar un análisis crítico de la realidad, tanto en forma individual como colectiva, tomando en cuenta los multi determinantes que afectan y giran en torno a la salud - enfermedad, y más específicamente, siguiendo con esta línea, estudiar el aporte o los aportes que le proporcionan las disciplinas sociales y humanísticas a la formación académica de los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Se crea como necesidad tomar conocimiento acerca de la importancia de la dimensión de lo social incorporada en la formación de los estudiantes de medicina, a partir de problematizar el modelo médico basado en una línea biologista del proceso salud-enfermedad, dejando de lado las situaciones sociales contextuales y de esta manera creando falsos prejuicios respecto de un sujeto "inesperado" que asiste al consultorio médico, en tanto no lo pueden comprender. La respuesta institucional en muchos casos se traduce en el rechazo, producto de desconocer lo diferente. (Carballeda, 2012, p.4)

En pos de lo enunciado se llevará a cabo un abordaje con los actores/as que se involucran de forma directa con el tema en cuestión, que engloban la unidad de análisis de este trabajo.

Informantes claves: aquellas personas que por las relaciones que tienen en el campo pueden brindar al investigador convirtiéndose en una fuente importante de información. En este caso, se tomaron como informantes claves al Dr. Adrian Alasino, director de la Escuela Superior de Medicina; y estudiantes avanzados de la carrera.

Definición del problema de investigación:

A partir del Modelo Médico Hegemónico, el cual se basa en el desarrollo de una medicina científica que circula en torno a teorías biologicistas de la salud encasillando y fragmentando la misma, es fundamental problematizar esta cuestión que tiende a una jerarquización de lo biológico por sobre lo social (Vetere, 2006, p. 20). Esto trae como consecuencia dificultades en la relación médico-sujeto por dejar de lado diversas situaciones sociales contextuales. En este sentido, se remarca el interés en la importancia del enfoque de derechos que haga énfasis en la igualdad de oportunidades en relación al efectivo acceso al sistema de salud y de calidad, teniendo en cuenta premisas como la dignidad de la persona, el respeto por la autonomía, la mirada empática hacia el otro, etc. No se puede pensar la salud sin pensar en derechos, es parte del derecho a la salud integral.

Por ello, surge el interés de analizar el aporte de las Cs. Sociales y Humanísticas en la formación académica de los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, con el fin de rescatar/resaltar la importancia del aprendizaje de lo social en la medicina como una forma de dar respuestas a nivel integral.

Contextualización

La Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata abrió sus puertas en el año 2016 correspondiente al segundo año de gobierno de Mauricio Macri, si bien las gestiones previas de diseño, plan de estudios, y la presentación en el Ministerio a nivel Nacional para su posterior aprobación, se realizaron años anteriores en el último periodo de la gestión de la presidenta Cristina Fernandez.

La nueva Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, la cual trajo consigo una propuesta médica que se plantea como innovadora a efectos de lograr una formación integral en salud.

El diseño curricular que desarrolla la Universidad Nacional de Mar del Plata (2015), toma tendencias actuales en educación médica que se centran en un nuevo "objeto de estudio": pasa del individuo enfermo como objeto único y exclusivo, a la prevención y promoción de la salud de la persona sana y en la comunidad, centrándose en la interdisciplinariedad, privilegiando el trabajo en equipo. Además, incorporando las ciencias sociales y el humanismo, perfilando así un profesional que entiende sobre hombre sano y comunidad desde una perspectiva integral y contextualizada, desde el nivel de organización molecular hasta el entorno medio-ambiental, desde la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, pasando por el diagnóstico y tratamiento hasta la rehabilitación en cada una de las etapas de la vida.

En este sentido, se orienta a formar médicos con rigurosidad científica, sentido práctico respecto de la resolución de situaciones problemáticas, que son habituales del ejercicio profesional a nivel individual y colectivo, con compromiso social expresado a partir de una mirada clínica integral y transversal frente a la complejidad de los problemas de salud y capacidad de análisis crítico de la realidad socio-sanitaria.

Objetivo general de la Investigación

- Indagar acerca del aporte de las disciplinas sociales y humanísticas en el recorrido formativo en relación a una visión integral de la salud, de los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Objetivos específicos de la investigación:

- Describir la perspectiva de la carrera de medicina a partir de la configuración del plan de estudios.
- Distinguir los aportes de las distintas disciplinas sociales y humanísticas en las asignaturas que integran el plan de estudios vigente.
- Reconocer la integración de los saberes del trabajo social con la formación académica de los/las estudiantes de la Escuela Superior de Medicina.
- Conocer las actividades pedagógicas llevadas a cabo desde el Trabajo Social en la Escuela Superior de Medicina.
- Análisis e interpretación de los datos obtenidos desde la mirada del Trabajo Social.

PRIMERA PARTE

Primer Capítulo

Breve reseña histórica de la formación médica

Síntesis de la aparición de la medicina como ciencia

En los Siglos VI y V a. C. los conocimientos de los pueblos orientales se fundamentaban en mitos y hechos religiosos, no se basaban en la razón, sino en creencias o en la fe, es por ello que la salud y la enfermedad estaban relacionadas a lo mágico y lo misterioso, y las formas curativas corresponden a creencias espirituales.

En contraposición, en la Antigua Grecia la salud se veía como la expresión de un equilibrio, lo que Aristoteles y Galeno definieron como *eucrasia.* Y así comienzan a dar un giro las concepciones mágicas convirtiéndose en racionales y técnicas.

"La enfermedad es comprendida como desequilibrio, como desviación de la norma, y la cura pasaba por un retorno a la naturaleza. Es ella misma la que espontáneamente recobra su armonía y produce la curación." (Vetere, 2006, p.6). En este caso, la función médica es intervenir cuando la naturaleza no puede actuar por sí sola. Lo importante es la armonía con la naturaleza y las enfermedades son desórdenes de la misma, esto era el principio básico de la terapéutica hipocrática: la fuerza curativa de la naturaleza.

A su vez surgieron médicos independientes que se agruparon en distintas escuelas. Quienes, combinaron la medicina con los principios de la filosofía, creando un enfoque médico basado en el conocimiento científico.

Esta medicina científica especulativa se basaba en la creencia de que la mente humana podía comprender la esencia de las cosas a través de la observación de los fenómenos, por lo cual los médicos incorporaron teorías filosóficas en su práctica y buscaban establecer un

conocimiento universal y necesario, utilizando un enfoque deductivo. En esa época, no se consideraba prioritario probar experimentalmente las ideas, sino que se valoraba su claridad, coherencia y razonabilidad.

El punto de inflexión se da con la influencia de la Filosofía como una forma de llegar al conocimiento, se propuso dar una respuesta de manera racional del por qué de las cosas, y a partir de entonces surge la Ciencia, y dentro de ella la Medicina.

A lo largo de la historia, la medicina griega desempeñó un papel fundamental en el desarrollo de la occidental. Médicos griegos como Alcmeón de Crotona e Hipócrates de Cos realizaron contribuciones importantes. La medicina hipocrática se basaba en la observación de los fenómenos, hacía referencia a la naturaleza de las cosas y reconocía los límites del conocimiento.

La medicina griega se difundió en Roma a través de médicos esclavos. Galeno, uno de los más destacados de la época, desarrolló un sistema que sintetizaba y superaba las diferentes escuelas médicas griegas. Galeno buscó fundamentar la medicina en una base lógica y filosófica sólida, inspirándose en la filosofía de Aristóteles

Alcmeón de Crotona (aproximadamente 500 a.C.), era un médico seguidor de las enseñanzas de Pitágoras y se le atribuyen los escritos más antiguos conocidos sobre medicina científica. Él veía la enfermedad como un desequilibrio entre diferentes cualidades naturales opuestas, como lo húmedo y lo seco, lo frío y lo caliente, lo amargo y lo dulce. Según su visión, el predominio de una de estas cualidades era la causa de las enfermedades.

Hipócrates de Cos (460 - 379 a.C.), es reconocido como el padre de la medicina. Se le atribuyen más de 40 libros médicos, incluyendo el Corpus Hipocraticum, aunque en realidad fue escrito por varios autores a lo largo del tiempo y posteriormente recopilado en Alejandría.

En el Corpus Hipocraticum, la medicina se considera científica y técnica debido a que se basa en la observación de los fenómenos, busca respuestas en la naturaleza de las cosas y sus leyes, y es consciente de los límites del conocimiento, pero también de la posibilidad de ampliarlo a través de la observación y el método.

Galeno (130 - 201 d.C.), fue un médico griego nacido en Pérgamo y ejerció en Roma, convirtiéndose en una figura prominente en el mundo clásico. En sus escritos, recopiló y sistematizó el conocimiento médico de la antigüedad. Hizo grandes contribuciones en anatomía y fisiología, basándose en la teoría de los humores y el principio de la teleología. La medicina hipocrática se ramificó en varias escuelas y enfoques médicos, pero fue él quien logró sintetizar y superar estas diferentes corrientes. Además, buscó construir una ciencia médica demostrativa basada en una lógica y filosofía sólidas, inspirándose en los pensamientos de Aristóteles.

El galenismo concebía al ser humano como un sistema complejo en el que todos los elementos estaban interrelacionados y organizados bajo la dirección de una fuerza vital llamada "physis"[1] o forma esencial. La physis dirigía y regulaba las facultades responsables de controlar aspectos esenciales de la vida humana, como la nutrición, el desarrollo, la capacidad reproductiva y el movimiento. Dentro de este sistema, se creía que existía un flujo constante de humores en el cuerpo, del cual cada parte extraía lo necesario para su funcionamiento adecuado. Estos eran considerados sustancias vitales y se pensaba que su equilibrio era fundamental para mantener la salud. Según la teoría humoral los cuatro principales eran la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. Cada uno de estos estaba asociado con diferentes características y funciones en el cuerpo, se creía que cuando los humores estaban en equilibrio, el individuo gozaba de buena salud.

[1] Palabra griega que se traduce por naturaleza y que procede del verbo *phyo* que significa crecer o brotar.

Sin embargo, este equilibrio podría ser perturbado por diferentes sustancias consumidas o por cambios en el entorno. En estos casos, las facultades tenían que adaptarse y restablecer el equilibrio en el organismo, si no lograban hacerlo, se producía un desequilibrio humoral, dando lugar a la enfermedad. En resumen, se entendía que la enfermedad surgía cuando el equilibrio entre los humores y las facultades se veía alterado debido a factores internos o externos.

De esta manera, la medicina clásica tuvo sus inicios en el siglo V a.C. y abarcó hasta el comienzo de la era moderna. Durante este extenso periodo, la medicina en Occidente se basó en gran medida en las enseñanzas de los médicos griegos. A lo largo de los siglos, estas teorías médicas griegas se transmitieron y evolucionaron con algunas modificaciones hasta el Renacimiento.

En la época del Renacimiento se produjo un cambio significativo en la forma en que se valoraba y abordaba el ser humano y su cuerpo. Surgieron nuevos valores, como el reconocimiento y la afirmación de la dignidad humana, la apreciación positiva del cuerpo humano, el énfasis en el individualismo y se enfatizó un nuevo ideal humano: la figura del "sabio universal"

En el ámbito de la medicina, se produjeron importantes avances. Se realizaron descripciones detalladas de enfermedades que eran desconocidas, como la sífilis, entre otras, lo cual amplió considerablemente el conocimiento médico. Además, se introdujeron nuevos medicamentos, muchos de los cuales provenían de América.

No obstante, lo más relevante de esta época fue el rechazo al sistema galénico clásico, a partir de una serie de acontecimientos significativos que contribuyeron a cuestionar el paradigma galénico establecido. Entre ellos se destacan los descubrimientos anatómicos

hechos por Vesalio, las críticas de Paracelso, la demostración de la circulación sanguínea por Harvey, los hallazgos de los primeros microscopistas. (Valdez García, 2007, p. 4)

Estos sucesos fueron los causantes del surgimiento de nuevas corrientes de pensamiento en medicina, como las escuelas Iatromecánicas[2] y las Iatroquímicas[3], las cuales propusieron enfoques alternativos y desafiaron las creencias galénicas predominantes. Fue un período de cambio y transformación en el campo de la medicina, donde se abrieron nuevas perspectivas y se plantearon nuevos caminos para la comprensión y el tratamiento de las enfermedades, ya que sentaron las bases para el desarrollo de la farmacología y contribuyeron al entendimiento de cómo los compuestos químicos pueden ser utilizados en el tratamiento de enfermedades. En especial, el enfoque mecánico creó el escenario para la medicina moderna al estudiar los procesos físicos y las interacciones en el cuerpo humano.

A pesar de estos avances, la mayoría de los médicos seguían aferrados a las enseñanzas galénicas. Ante esta situación, Thomas Sydenham, un médico inglés, propuso un enfoque basado en la observación y la descripción detallada de los síntomas de las enfermedades, enfocándose en el estudio de casos individuales. Este enfoque se limitaba a describir empíricamente las enfermedades, clasificarlas en categorías y buscar tratamientos específicos para cada una de ellas. Fue hacia el siglo XVIII cuando los clínicos empezaron a sentir la necesidad de una racionalidad y una guía para la terapéutica, por lo que buscaron

[2] Las escuelas iatromecánicas surgieron durante el siglo XVII. Se trataba de grupos de médicos que veían al cuerpo humano como una máquina compleja y aplicaban principios y leyes de la física para comprender su funcionamiento y las enfermedades. Consideraban que los desequilibrios en este sistema mecánico eran la causa de las enfermedades y buscaban corregirlos. Estas escuelas se enfocaron en el estudio de la anatomía y la fisiología, utilizando la observación y la experimentación para entender cómo trabajaban los órganos y sistemas del cuerpo. Introdujo métodos de estudio más sistemáticos y científicos.

[3] Las escuelas iatroquímicas eran grupos de médicos y científicos que compartían ideas similares sobre la medicina y la química. Estas escuelas surgieron en los siglos XVI y XVII. Creían que los desequilibrios químicos en el cuerpo eran la causa de las enfermedades y buscaban corregirlos mediante el uso de sustancias químicas. Estas escuelas realizaban investigaciones y experimentos para estudiar los componentes químicos del cuerpo humano y encontrar tratamientos basados en estos principios.

nuevos marcos teóricos capaces de integrar los nuevos descubrimientos. Sin embargo, estos principios y sistemas generales seguían siendo especulativos.

Se hace imperioso mencionar una cuestión relevante antes de seguir desarrollando. Cuando se habla de médicos refiriendo solo al género masculino en su concepto, se trata de que hasta el siglo XIX aquellos que practicaban la profesión eran solo hombres. En 1849 Elizabeth Blackwell fue la primera mujer en ejercer sus estudios en medicina en Estados Unidos. Quien se interesó por la disciplina para ayudar a mujeres que preferían discutir sus problemas de salud con alguien del mismo género.

En la época contemporánea, ya se habían establecido las grandes ciencias, siendo la física la disciplina más desarrollada y considerada como modelo a seguir. Sin embargo, la medicina aún no había alcanzado plenamente el estatus de ciencia. Durante el siglo XIX, los médicos perseguían el objetivo de convertir la medicina en una verdadera ciencia natural desde tres perspectivas metodológicas sucesivas: la anatomoclínica, la fisiopatológica y la etiopatológica.

La mentalidad anatomoclínica afirmaba que la medicina se convertiría en una ciencia exacta cuando las observaciones clínicas se correlacionaran con las lesiones anatómicas. Esto dio lugar a un cambio en la concepción de la enfermedad, considerándola como una lesión física.

La mentalidad fisiopatológica sostenía que sólo a través de la experimentación combinada con la observación se podría lograr que la patología fuera una ciencia exacta. Por lo tanto, se establecieron laboratorios experimentales junto a los hospitales clínicos y se redefinió el concepto de enfermedad como una alteración funcional.

La mentalidad etiopatológica, surgida hacia finales del siglo XIX, se enfocó en descubrir las causas de las enfermedades. A medida que la microbiología y la toxicología avanzaban, se comprendió que las enfermedades eran provocadas por agentes externos, especialmente infecciones. Se afirmaba que las infecciones eran responsables de las enfermedades.

Por otra parte, en ese mismo siglo surge como disciplina la salud pública a partir de los grandes movimientos revolucionarios de Europa, ante la necesidad de abordar y prevenir enfermedades y problemas de salud de la población. En momentos donde las condiciones de vida se deterioraron en las ciudades debido a la superpoblación, la falta de saneamiento y la pobreza. Esto llevó a la propagación de enfermedades infecciosas y una mayor conciencia sobre la necesidad de abordar estos problemas con una mirada más amplia.

A través de la comprensión de la epidemiología, la promoción de medidas de saneamiento y la creación de políticas de salud, la salud pública fue tomando forma como un campo específico que busca abordar los problemas de salud a nivel de la comunidad y la población en lugar de centrarse únicamente en la enfermedad individual. Este paradigma se ha expandido desde entonces, evolucionando para abordar no solo enfermedades infecciosas, sino también temas más amplios como la salud mental, la nutrición, la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades crónicas, etc.

En simultáneo a este acontecimiento, y como respuesta aparece en la segunda mitad del siglo XX la medicina social[4] o salud colectiva como corriente de pensamiento. Este

[4] La medicina social es un campo que se desarrolló a lo largo del tiempo. Tanto Rudolf Virchow y Salomon Neumann, como Pierre-Charles-Alexandre Louis Antoine Guérin jugaron roles importantes en el desarrollo de la medicina social, pero sus contribuciones se produjeron en contextos y momentos diferentes.
Rudolf Virchow, un médico alemán del siglo XIX, es conocido por sus contribuciones al campo de la medicina social. Fue un defensor de la idea de que las condiciones sociales y económicas tenían un impacto significativo en la salud de las poblaciones. Virchow abogó por la intervención en cuestiones sociales y políticas para abordar las causas subyacentes de las enfermedades y mejorar la salud de

enfoque nace en Europa, a partir de las nuevas formas productivas que se estaban desarrollando, como respuesta a las limitaciones percibidas de la medicina tradicional centrada en la curación de enfermedades individuales, la cual no ponía atención a los factores sociales, económicos, políticos y ambientales que afectan la salud de la población. Este enfoque destaca que el Estado tiene la responsabilidad de intervenir en la solución de estos problemas de salud relacionados con la sociedad en su conjunto.

Es necesario hacer un paréntesis para diferenciar a la medicina social de la salud pública. La salud pública se ocupa de proteger y mejorar la salud de las comunidades, incluyendo la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables, la creación de políticas de salud y la gestión de sistemas de salud para mejorar la salud colectiva. Mientras que la medicina social busca comprender cómo las condiciones sociales, económicas y ambientales afectan la salud de las personas y la sociedad en su conjunto. Se basa en un enfoque teórico-metodológico colectivo, analizando tanto aspectos sociales como individuales en un contexto más amplio.

Siguiendo con el surgimiento de la medicina social, entre los factores que influyeron se pueden destacar, por un lado como se mencionó, el reconocimiento de las condiciones socioeconómicas ya que se pudo evidenciar que muchos problemas de salud estaban ligados estrechamente a condiciones socioeconómicas desfavorables, como la pobreza, el hacinamiento, la desigualdad en el acceso a la atención médica y otros determinantes sociales. Por otro lado, las epidemias y problemas de salud pública, como el cólera, la

---

la población. Acuñó el término "medicina social" y es considerado una figura influyente en el desarrollo de este campo.
Por otro lado, Antoine Guérin, un médico y político francés, también hizo importantes contribuciones a la medicina social y la salud pública. Guérin enfocó sus esfuerzos en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud a nivel comunitario, lo que también es un componente fundamental de la medicina social.
También tuvo la influencia de otros actores como William Farr en Inglaterra y Francesco Puccinotti en Italia.

tuberculosis y otras enfermedades infecciosas demostraron que la salud de la población estaba influenciada por factores más allá de la enfermedad individual.

A su vez, diferentes movimientos sociales abogaban por mejores condiciones laborales, vivienda y cuidado médico para la población. Estos movimientos fueron un punto clave para la influencia de la percepción de la salud como un asunto social y no meramente médico.

En este sentido, la implementación de políticas y prácticas de salud pública promovió la idea de abordar la salud a nivel comunitario, cambiando el enfoque de la curación hacia la prevención y la promoción de la salud en las comunidades.

Este paradigma tiene como objetivo entonces abordar las causas fundamentales de los problemas de salud, no solo haciendo énfasis en la curación de enfermedades individuales. Esto es esencial para la salud pública y las políticas de atención médica a nivel global.

“Para la medicina social el punto de partida es un replanteamiento teórico del problema, a la luz del cual los métodos y técnicas se subordinan a una lógica analítica de procesos dinámicos considerados en conjunto, y no a la inversa” (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002, p. 131)

El término “medicina social” tuvo una difusión mayor en Europa mientras que en las escuelas estadounidenses, se empleaba el término medicina preventiva, el cual abarcaba temas de ciencias sociales: antropólogos y sociólogos fueron los primeros científicos sociales en involucrarse en esta nueva modalidad, estableciendo conexiones entre la investigación en el campo de la salud y sus propias disciplinas. La medicina preventiva está contenida dentro de la salud pública por su objetivo de conservar y fomentar la salud, aunque sus acciones inciden sobre el individuo con el que articula, pero su objetivo es la comunidad. Se enfoca en

acciones y recomendaciones que van dirigidos específicamente a prevenir la aparición de enfermedades, abarcando desde promover la salud hasta controlar los riesgos y educar sobre estilos de vida saludables, con el fin de reducir el impacto de las enfermedades en la población.

En América Latina uno de los precursores de la medicina social fue el Dr. Juan Cesar Garcia[5], quien sugiere que este concepto indica que la enfermedad está ligada a problemas sociales y aboga por la intervención estatal en la solución de los problemas de salud.

El movimiento latinoamericano de este enfoque se generó por una crítica de las ideas tradicionales sobre salud y atención médica, centrándose en los aspectos sociales que impactan en los procesos de salud - enfermedad - atención y el acceso desigual a los servicios médicos. Esto promovió un mayor diálogo entre la medicina y las ciencias sociales, representadas por disciplinas como la sociología y la historia. Aparece como un campo desafiante por sus contribuciones a la comprensión de los determinantes en el proceso de salud-enfermedad-atención y su complejidad. “Se ha distinguido por el empleo de teorías, métodos y técnicas menos conocidos en el ámbito de la salud pública, lo que ha generado un enfoque novedoso y enriquecedor para abordar los temas relacionados con la salud y la atención médica.” (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002, p. 134)

Es por ello que en la década de 1960, Juan César García se unió a la OPS con un enfoque crítico hacia el paradigma biologicista en la enseñanza de la medicina, liderando proyectos de reformulación curricular para integrar saberes de las ciencias sociales en la educación médica. A través de este trabajo, recorrió diversos países, estableciendo contactos y colaboraciones con colegas interesados en la sanitización y medicina social. Organizó

[5] Juan César Garcia fue un médico argentino especializado en pediatría graduado en la Universidad de la Plata, quien luego realizó un posgrado en Sociología en la FLACSO, en Chile. Es el referente articulador de la medicina social.

reuniones que buscaban redefinir las bases teóricas de las ciencias sociales en la salud, desafiando las visiones reduccionistas y estáticas prevalecientes. Con el paso del tiempo, creó un grupo de trabajo que mantuvo la influencia de su liderazgo aún después de su fallecimiento, culminando en la fundación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Además fue fundamental en establecer los primeros programas de posgrado en medicina social en América Latina, mientras también facilitaba la llegada a la región de reconocidos intelectuales europeos para enriquecer estos programas.

Según Garcia, J.C. (2007) "la transformación del médico mediante cambios en la educación médica era la premisa sobre la que se sustentaba esta nueva cruzada. La educación médica latinoamericana era evaluada como atrasada científicamente, desintegrada de la prevención, indisciplinada, metodológicamente anacrónica." (p.154)

Enfoques de la formación en medicina

Existen diversos currículos para la formación en medicina con distintos criterios estratégicos que comprenden su diseño. El modelo SPICES (R. Harden, Snowden, y Dunn, 1984) es una guía para desarrollar y evaluar currículos médicos que se adapten a las necesidades cambiantes de la educación médica y la evolución de la práctica médica. En su clasificación define cuatro grandes modelos curriculares, cada uno de ellos con enfoques diferentes:

- ➔ El modelo Flexneriano se originó en el año 1910, a partir del informe Flexner publicado por Abraham Flexner[6] para la revista Carnegie Foundation. Este informe

[6] Abraham Flexner fue un educador y escritor estadounidense que publicó el "Informe Flexner" en 1910 sobre la educación médica. Su trabajo influyó significativamente en la reforma del sistema educativo médico, destacando la importancia de criterios de acreditación y estándares académicos rigurosos para las escuelas de medicina.

estableció pautas detalladas para la educación médica, influyendo significativamente en la estructura y el enfoque de los programas de formación médica.

Se caracteriza por una perspectiva que parte de lo científico para luego abordar lo clínico, suponiendo que los conocimientos básicos son fundamentales para los aspectos prácticos. La responsabilidad de integrar estos saberes recae en el estudiante. Este enfoque se centra en la contribución del conocimiento científico a la formación . Los currículos que siguen este modelo se componen por áreas de conocimiento y una estructura convencional que se divide en dos etapas: una centrada en lo básico y otra en lo clínico, lo que distancia el conocimiento científico de su aplicación práctica.

Joan Prat-Corominas y Albert Oriol-Bosch (2011) en su artículo Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios, afirman lo siguiente:

> El modelo flexneriano se caracteriza por un diseño escalonado de la adquisición de conocimientos, de los más científicos a los más clínicos, asumiendo la cimentación de los segundos sobre los primeros. Su integración la debe hacer el propio estudiante. El objetivo principal es la aportación del conocimiento científico a la formación médica. Los currículos flexnerianos típicos se caracterizan por el fuerte peso de las áreas de conocimiento como estructura nuclear de las asignaturas y la tradicional división del currículo en dos ciclos, uno básico y otro clínico, lo que no acerca el conocimiento científico al clínico. (p.3)

En síntesis, este enfoque de formación pone el foco en la importancia de los conocimientos científicos como base para construir un profesional competente.

- El modelo Integrado surge como una alternativa al modelo flexneriano y busca unir las ciencias básicas y clínicas de la medicina Puede ser horizontal, organizado por sistemas, y verticales al unir las ciencias básicas con las clínicas. Pretende hacer más relevantes las ciencias básicas, al mismo tiempo que integra a los profesores de estas áreas con los de la práctica clínica para seleccionar contenidos de manera más pertinente. También enfatiza en el contacto temprano con el ambiente clínico como consecuencia de la integración. Este enfoque empezó a desarrollarse a mediados de los años 50, siendo el Cleveland Clinic Lerner College of Medicine uno de los primeros en implementarlo, esta experiencia fomento la implementación de currículos integrados en la enseñanza médica en nuevas facultades. Entre estos currículos integrados, un modelo que crece es el currículo en espiral que "consiste en un currículo integrado por sistemas en el que éstos se repiten dos o tres veces a lo largo del mismo" (Prat-Corominas, J. y Oriol-Bosch, A., 2011) en el cual la primera parte es una aproximación al sistema, se enfoca en aspectos básicos en una secuencia clínica simple. En su segunda fase, se aborda desde una perspectiva clínica, incorporando los conocimientos básicos pertinentes. En la tercera etapa, si existe, se integra en el entorno asistencial, durante las prácticas clínicas. Este modelo se destaca por la planificación conjunta del aprendizaje y la distribución estratégica de los contenidos según el nivel de desarrollo del estudiante.
- El modelo de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) surge en 1969 en la Universidad de McMaster en Canadá, expandiéndose rápidamente por instituciones alrededor del mundo. Se basa en enfrentar a los estudiantes a situaciones de la vida real relacionadas con la salud, como desafío para analizar y diseñar soluciones. En este método, los profesores facilitan el aprendizaje, diseñan escenarios, supervisan, evalúan y fomentan el razonamiento del estudiante mediante técnicas de trabajo en

grupos, etc., pero no actúan como proveedores sistemáticos de información. Este enfoque implica un cambio significativo en la formación, los recursos y la cultura docente, representando una alternativa al modelo tradicional de Flexner. En comparación, mientras el modelo tradicional se centra en la transmisión y acumulación de conocimientos, el ABP busca que los estudiantes adquieran habilidades de razonamiento crítico, resolución de problemas y toma de decisiones, poniéndolos frente a diversas situaciones para fomentar un aprendizaje más activo y participativo.

- ➔ El modelo basado en las Presentaciones Clínicas (1995) hace referencia a un enfoque integrado utiliza la metodología del ABP y se centra en transmitir a los estudiantes los aspectos cruciales del razonamiento profesional. A diferencia del ABP, este modelo se enfoca en un número limitado de situaciones médicas que representan razones típicas por las que los pacientes buscan atención médica, llamadas 'presentaciones', que constituyen la base para diseñar el proceso de aprendizaje. Estas se utilizan para desarrollar objetivos y competencias, esquemas de toma de decisiones, metas formativas y actividades educativas, a partir del intercambio de opiniones acerca de casos con enfoques más dirigidos como prácticas y simulaciones.

En la actualidad, el modelo flexneriano sigue siendo predominante en las facultades del mundo porque se adapta eficazmente a las estructuras académicas establecidas, como departamentos, asignaturas y áreas de conocimiento.

Historia de la formación médica en Argentina

En el año 1874, se estableció la carrera de Medicina en la Universidad de Buenos Aires. Hasta 1906, se llevaron a cabo varios cambios y se aprobaron seis planes de estudio, culminando en la instauración del modelo médico hegemónico que aún persiste en la

actualidad. En 1918, la Reforma Universitaria en Córdoba[7] consolidó este modelo, definiendo las especialidades médicas y dando prioridad a la Fisiología sobre la Anatomía, bajo la influencia de las ideas de Abraham Flexner, un destacado educador y reformador estadounidense en el campo de la educación médica, que estableció un plan de estudios de cuatro años, divididos en dos años de ciencias básicas y dos de experiencia clínica. Flexner es conocido por su informe titulado "Medical Education in the United States and Canada", en el cual realizó un estudio acerca de las escuelas de medicina en los Estados Unidos y Canadá, destacando las deficiencias y estableciendo estándares rigurosos para la educación médica. Su informe tuvo un gran impacto en la reestructuración y mejora de la misma en América, promoviendo la adopción de enfoques más científicos y basados en evidencia.

En la Universidad Nacional del Litoral, los planes de estudio de Medicina experimentaron variaciones en cuanto al número y orden de las asignaturas desde su creación en 1920 hasta 1955, estableciendo finalmente una duración de seis años. El plan de estudios de 1930 se basó en el modelo tradicional, separando las ciencias básicas de las clínicas, la teoría de la práctica y la clínica de las especialidades. Las asignaturas restantes mantuvieron un enfoque biologicista, centrado en la enfermedad individual.

La Asociación Médica Argentina (AMA) se formó en el año 1891 con la participación de médicos y profesores que tuvieron importantes roles tanto en las Facultades de Medicina del país como en organismos nacionales e internacionales, incluyendo la Asociación de Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA) y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM).

[7] Fue un movimiento estudiantil que llevó a una transformación significativa en la educación superior del país. Sucedió principalmente en la Universidad Nacional de Córdoba, pero tuvo un impacto a nivel nacional. La reforma se llevó a cabo en un contexto de descontento con las prácticas académicas y administrativas de la universidad. Estableció principios fundamentales como la autonomía universitaria, la cogestión, la gratuidad y la libertad de cátedra. A su vez, cambios en la estructura académica y administrativa de la universidad.

En 1957, surgió la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina como resultado de un movimiento educativo que se originó en el país y que cuestionaba una enseñanza basada únicamente en aspectos científicos y técnicos. En ese momento se iniciaron debates sobre la formación docente, la importancia de la psicología en la enseñanza de la medicina y la metodología de la educación superior. Estos cambios políticos se reflejaron en la universidad y en los discursos de los educadores. En 1965, en el 4° Congreso de Educación Médica, se resaltó la importancia de integrar las ciencias sociales en el currículo básico y superar la dicotomía entre ciencias naturales y ciencias sociales.

Tanto la AMA como AFAMERA mostraron interés en las técnicas pedagógicas y en la psicología conductista como posibles soluciones a los desafíos de la educación médica. En el VIII Congreso Argentino de Medicina Social se discutió la enseñanza de la Medicina en relación con los problemas de salud de la sociedad. Se propuso una formación médica integral, con énfasis en el aspecto social de la salud, para abordar las problemáticas de la sociedad en términos de promoción, protección, restauración y rehabilitación de la salud.

En 1968, se introdujo el concepto de Salud Pública y se abordaron aspectos relacionados con el equipo de salud, las relaciones entre las Facultades de Medicina y las necesidades de salud de la comunidad, entre otros aspectos

A su vez se reconoce la importancia de la planificación, el diseño curricular y las propuestas de instituciones académicas o centros de ciencias de la salud para implementar programas que integren las distintas profesiones relacionadas con la salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), a través de la creación de una Unidad de Educación y Capacitación, el Departamento de Educación Médica y la División de Recursos Humanos e Investigación, desempeñó un papel fundamental en la evolución de las corrientes educativas en el campo de la medicina en América Latina.

En 1969, la Facultad de Medicina de Rosario estableció el Departamento de Educación Médica y Pedagogía Superior. Para el año 1974, el currículo aprobado estableció los siguientes términos: formar un egresado que sea un legítimo profesional de la salud, capacitado para ejercer de manera efectiva una medicina integral y con sólidos conocimientos acordes a la realidad sanitaria del país. Los objetivos de formación incluyeron la preparación de médicos generales y clínicos con habilidades en cirugía menor, que comprendan al individuo como una entidad biopsicosocial y sean capaces de desempeñarse adecuadamente en diversas áreas del país (Troncoso, 2019, p.10).

El nuevo plan de estudios incorporó el área de Medicina Social a lo largo de toda la carrera. Sin embargo, con el Golpe de Estado ocurrido en 1976, la universidad sufrió una de las etapas más difíciles de su historia (Troncoso, 2019, p.10). En relación a los planes de estudio, se eliminaron carreras y asignaturas relacionadas con aspectos sociales, volviendo así al plan de estudios de 1930.

El período comprendido entre 1976 y 1982, se caracterizó por el enfoque en especialidades biomédicas, la supresión de la psicología y la disminución de la Medicina Preventiva, eliminando todo contenido con un enfoque social. Estos planes de estudio se mantuvieron vigentes hasta 1984.

En el año 2000, la Asamblea Mundial de la Salud reconoció el derecho a la salud para todas las personas e incorporó la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) cuya meta fue salud para todos. En ese momento, comenzó a surgir la demanda de formar profesionales de la salud con enfoque en la realidad socio-sanitaria, adaptando el proceso de desarrollo de los estudiantes de medicina a esta necesidad. Se requirió la formación de un recurso humano diferente, con un enfoque integral, capaz de abordar los desafíos y problemáticas de la salud de la sociedad. Se reconoció la importancia de adecuar el proceso de desarrollo de los

estudiantes de medicina para que estuviera en sintonía con las necesidades y demandas de la realidad sanitaria y social.

Estos cambios en la formación médica promovieron formar profesionales de la salud que no solo se centren en aspectos biomédicos, sino que también consideren los determinantes sociales de la salud y promuevan la atención primaria como estrategia fundamental para mejorar la salud de la población.

En la actualidad, la formación médica mayormente se rige por un plan de estudios con asignaturas teóricas, prácticas y clínicas que se centran en adquirir conocimientos médicos, habilidades clínicas y competencias profesionales. El proceso de formación dura aproximadamente seis años y se divide en ciclos básicos y clínicos. Durante los primeros años, los estudiantes se enfocan en ciencias básicas como anatomía, fisiología y bioquímica, y a medida que avanzan se centran en asignaturas clínicas y realizan prácticas en hospitales y centros de salud.

La formación incluye rotaciones por diferentes especialidades, lo que permite a los estudiantes explorar diversas áreas de la medicina y obtener una visión más amplia de la práctica médica.

La formación médica en Argentina está regulada y acreditada por organismos como la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), creada por la Ley Nacional de Educación Superior N° 24.521 en 1995, y el Ministerio de Educación.

Segundo capitulo

Modelo Médico Hegemónico

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) hace referencia a una forma de pensar vinculada a procesos económicos (el Capitalismo y la Revolución Industrial), políticos (la Revolución Francesa), y sociales y culturales (desarrollo de la Modernidad)

Este modelo se basa en el desarrollo de una medicina científica que circula en torno a teorías biologicistas de la salud, encasillando y fragmentando aún más la misma, creando una jerarquización de lo biológico por sobre lo social. Es decir, se trata de un conjunto de prácticas, saberes y teorías que surgen por el desarrollo de la medicina científica.

Así fue como el Modelo Médico logró identificarse y expandirse mundialmente como la única forma de atender las enfermedades, legitimado por criterios científicos y por el Estado mismo. Esta hegemonía marcó fuertemente la historia de la sociedad y de la salud, ya que excluye tanto ideológica como jurídicamente, otras formas y posibilidades de atención.

Dicha ciencia se caracteriza por tener una mirada reduccionista acerca del problema de la salud y la enfermedad, atravesada por el mecanicismo: “todo en el Universo puede mirarse desde una sola racionalidad, puede fragmentarse como las piezas del reloj, y puede predecirse porque nada se sale de unas leyes generales que determinan tanto el cuerpo como la sociedad” (Vetere, 2006, p.29); y por la influencia de la corriente positivista: “motiva a aceptar sólo lo que se puede medir, cuantificar y percibir con nuestros cinco más evidentes sentidos”. (Vetere, 2006, p.29)

Es así que sus discursos y prácticas giran en torno al reduccionismo biológico, aceptando sólo lo que la ciencia y la racionalidad pueden ver. Excluyendo de su mirada

rasgos, posibilidades, valores y relaciones del ser humano, dejando fuera de sus observaciones y análisis diversos aspectos que conciernen a factores sociales, económicos y culturales. Se trata de un modelo lleno de limitaciones, que niega otras formas de conocimiento, y no hace más que jerarquizar y fragmentar aún más el concepto de salud.

La tendencia por el biologismo produjo que muchos médicos sustenten que en la medicina lo científico y lo válido es lo biológico, mientras que lo social es lo espectaculativo, lo abstracto, y no algo científico.

El biologismo fragmentó a los sujetos en especialidades, por edad, sexo, órganos, por nivel de cuidados, por síntomas o partes del cuerpo, etc., lo que no significa que no sea necesario o esté "mal", sino que configura un grave error a la hora de separar a los sujetos de su contexto social. La vida de cada sujeto se pasa por alto, ya que como Vetere, P. (2006) señala: "Se aplica el reduccionismo, por la necesidad de una identidad sencilla, dual, clara (manipulable). No se tolera lo complejo, lo distinto. Un modelo médico ideológico, no cuestionador de la sociedad del enfermar, de la exclusión, de la desigualdad." (p.35)

La salud es una construcción social, histórica y cultural, en tanto constituye un concepto dinámico y diverso. Por ello, el proceso de salud-enfermedad tiene una historicidad que se da en un sujeto con una historia, que vive en un contexto y cotidianidad determinada, que está atravesado por vivencias que marcan su vida. En este sentido, el proceso salud-enfermedad está socialmente determinado, y dentro de este proceso también se incluye al proceso biológico.

En el MMH el médico tiende a despersonalizar la enfermedad, es decir, no la ve en el marco de un sujeto real, en espacio y tiempo, sino como una falla biológica. De ahí que cuando un sujeto va a una consulta lo que sucede es un "simple" acto médico que se define

por conocer la enfermedad poniéndola en el centro, como protagonista, y se desplaza de esta manera, al sujeto que la padece. La enfermedad figura como algo separado del individuo.

La formación con este tipo de enfoque pone énfasis en las partes anatómicas y estructuras celulares, reduciendo al individuo a un campo quirúrgico o farmacéutico. Este reduccionismo perpetúa una visión formativa en la que el paciente se convierte en un mero colaborador para la manifestación de la enfermedad. Además, se cuestiona la idea de la enfermedad como una entidad independiente y universal, argumentando que esta perspectiva no tiene en cuenta las variaciones individuales ni la interrelación con el comportamiento integral del individuo.

Se deja de lado al sujeto y a su historia, al sentido de la enfermedad. Vetere (2006) menciona:

> Esta visión de la enfermedad genera que el sujeto se abandone en las manos del médico y espere que el tratamiento le haga efecto . La enfermedad es algo distinto a él. Una entidad sobre la que la persona no puede actuar. Lo que se le pide es que sea “paciente”, que tome los remedios, que espere los efectos. (p.38)

Es esencial y necesario poner entre paréntesis la enfermedad, es decir poner entre paréntesis la definición y la etiqueta, para poder tomar conciencia de lo que representa ese sujeto que asiste a un consultorio, cuál es la realidad social en que vive, cuál es su relación con esta realidad. Es el intento de poner entre paréntesis cualquier esquema, con el objetivo de actuar en un terreno aún no codificado ni definido, el terreno empírico de cada sujeto particular.

A su vez, todas esas situaciones en la cual el sujeto se siente apartado, desvalorizado y fuera del centro de la atención, impactan en la relación médico-paciente, mejor dicho médico-sujeto, y trae como consecuencia la percepción de una mala calidad en el cuidado de la salud y la atención. Esto genera muchas veces, desgaste, desmotivación, desinterés, en los sujetos, lo cual se puede traducir en una despersonalización en la relación dada en muchos casos por lo que se viene diciendo, acerca de poner el foco solo en la enfermedad sin contextualizarla, y a su vez por la falta de empatía en cuanto a la poca explicación que el médico/a da a la persona, generando confusiones que pueden ocasionar graves consecuencias para llevar adelante un tratamiento (ya sea tomar un medicamento o un tratamiento con mayor complejidad). No ponerse en el lugar del otro o la falta de una mirada integral y compleja implica también no tener en cuenta aspectos sociales claves que emergen de la cuestión social contemporánea, por ejemplo en temas como la diversidad de género y orientación sexual, provocando una forma simplificada de la atención a lo que es naturalizado. En relación a esto se requiere hacer mención a un cortometraje denominado “¿Cuál es la diferencia?” que forma parte de la campaña "Espacios sin Discriminación" en Uruguay, llevada a cabo por el Grupo Ovejas Negras, el Ministerio de Salud Pública, la Red de Atención Primaria, la administración de los Servicios de Salud del Estado en Uruguay, la Universidad de la República Oriental del Uruguay y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en Uruguay.

Este audiovisual muestra cómo la falta de consideración de un enfoque inclusivo de identidades diversas puede conducir a interpretaciones inadecuadas en el ámbito de la salud, impactando negativamente en el bienestar de las personas pertenecientes a la comunidad LGTBIQA+.

Se presentan cuatro escenarios distintos que evidencian las disparidades en el cuidado, atencion e información brindada a una mujer trans, un hombre trans, una lesbiana y un joven homosexual, ya que se da por sentadas cuestiones que nada tienen que ver con el binarismo hombre/mujer. Esto representa una forma violenta de atención que desemboca, en muchos casos, en la exclusión en el efectivo acceso a la salud como derecho.

Lo mismo sucede en otras situaciones que se puedan presentar, es por ello indispensable que el profesional de salud tenga una actitud crítica para poder desestructurar lo que se da como naturalizado y estereotipado

Proceso de salud - enfermedad - atención - cuidado

En la medicina el objeto de estudio es el proceso salud/enfermedad y su atención, tanto a nivel individual (medicina clínica) como poblacional (Salud Pública), utilizando el método científico en las vertientes clínica y epidemiológica. La medicina hegemónica se distingue por su énfasis en la experimentación y la observación interna del cuerpo, adoptando un lenguaje científico. Esto genera que la atención médica se base más en la enfermedad que en el sujeto que la padece, centrándose en signos objetivos interpretados por los médicos/as, excluyendo al sujeto de la comprensión de estos fenómenos. En este contexto, se la describe cada vez más en términos de cambios anatomo-fisiopatológicos y en comparación con lo que se considera normal desde la perspectiva médica. Cualquier desviación de lo normal aparece como enfermedad y su legitimidad se establece mediante diagnósticos realizados por aquellos con conocimientos científicos, reduciendo la participación del sujeto en su propia experiencia médica. De este modo, esta concepción relega la importancia de la subjetividad de la persona, llevando a una objetivación y naturalización de la enfermedad.

Dada la complejidad del mundo, es necesario superar esta tendencia a dividir y fragmentar el proceso de salud y enfermedad. Es imprescindible dejar de lado los enfoques de conocimiento que se limitan a una sola disciplina y adoptar enfoques que sean multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios para comprender mejor la realidad y su impacto en la salud y la enfermedad. Se debe abandonar la perspectiva cartesiana que ve a las personas como “máquinas” con partes separadas, siguiendo relaciones lineales de causa y efecto, donde cualquier problema puede atribuirse a una única causa.

Por el contrario, se debe entender al proceso de salud-enfermedad como dialéctico por darse en un contexto marcado por diversos aspectos sociales, políticos, económicos, culturales, etc., y no como una categoría estática y dicotómica sin tener en cuenta el papel de los distintos determinantes.

En ese marco, las ideas de la corriente de la medicina social reconocen que la comprensión de la realidad sanitaria debe basarse en la consideración del carácter social del proceso salud-enfermedad, lo cual implica replantear tanto teorías como metodologías. Contrariamente al enfoque biomédico, destaca la necesidad de comprender la producción social de la salud-enfermedad a nivel colectivo y en contextos históricos específicos. Además, enfatiza el importante papel de las ciencias sociales en este análisis, criticando la tendencia de abordar superficialmente los aspectos contextuales. La clave radica en repensar el problema en su totalidad, no simplemente en combinar las ciencias biomédicas y sociales.

Tal como refiere Laurell (1986) la Medicina Social propone un nuevo objeto científico, el "proceso de salud-enfermedad colectiva", que conserva la especificidad biológica pero permite explorar su conexión con los procesos sociales. Este objeto científico representa la forma específica en que se manifiesta el proceso biológico humano en grupos sociales en un momento determinado, siendo simultáneamente social y biológico.

> El perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder, y determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002, p. 131)

Esta evolución en la comprensión de la salud, va más allá de la mera ausencia de enfermedad. Incorpora el concepto cuidado como eje central en el proceso de salud-enfermedad -atención. El cuidado se presenta como una condición humana fundamental, implicando la construcción de vínculos afectivos y éticos en las prácticas de salud. La empatía, la mirada, el buen trato son componentes esenciales del cuidado, que reconoce al otro como sujeto de derechos y preserva su dignidad. El cuidado está ligado a un vínculo intersubjetivo, donde la satisfacción de necesidades se integra en la relación entre personas. Esto implica centrarse en la atención integral y en la reorganización de servicios centrada en los sujetos. Desde dicha perspectiva, se destaca la dimensión ética del cuidado, que debe guiar la acción en salud. En resumen, las prácticas cuidadoras deben reflejar un compromiso con los sujetos usuarios, proporcionando un ambiente donde se sientan seguros, informados, amparados, protegidos, apreciados y respetados.

Noción de Sujeto y el enfoque de derechos con perspectiva de género y diversidad

Los sujetos de intervención son otros diferentes, en los que prevalece una singularidad en donde convive lo histórico social en un contexto en el cual nuevas formas de relación social, los lazos, los vínculos y otras tramas sociales están en permanente elaboración. “Lo diferente, lo extraño, lo otro, es fundacional en la intervención social y se visualiza siendo atravesado por diversas expresiones de lo cotidiano.” (Carballeda, 2010, p. 50)

La noción de sujeto se desarrolla dentro de un contexto particular, histórico social, en interacción con otros. En definitiva, el sujeto de intervención que aparece en la práctica construirá diferentes formas de intervenir, en distintos momentos históricos, apoyados en una gran diversidad de paradigmas. (Carballeda, 2010, p. 50).

Cuando las personas llegan a las instituciones, a menudo no cumplen con las expectativas preestablecidas, lo que crea una brecha entre lo esperado y lo real. Esta discrepancia puede generar desconcierto y rechazo por parte de las instituciones, que dejan de cumplir su papel esencial. Este sujeto inesperado emerge en situaciones donde la complejidad del sufrimiento va más allá de los enfoques uniformes y preestablecidos, desafiando los mandatos tradicionales de las profesiones y las instituciones. “Un sujeto que las instituciones, a veces no pueden comprender a partir de su constitución desde complejas circunstancias y climas de época. La respuesta institucional en muchos casos pasa del azoramiento, al rechazo, producto posiblemente de la extrañeza y el temor que causa lo diferente” (Carballeda, 2017 p.3)

El sujeto es singular y se constituye en forma permanente, nunca es el mismo. En definitiva, la discusión sobre la noción de sujeto de intervención que se utiliza en la práctica,

su relación con el marco conceptual que le da forma y el diálogo e interacción con el contexto histórico social, construirá diferentes formas de intervenir, en distintos momentos históricos, apoyados en una gran diversidad de paradigmas. (Carballeda, 2010, p. 50).

La influencia del pensamiento médico biologicista a menudo conduce a prácticas de intervención social que buscan normalizar y educar, contradiciendo los aspectos históricos y sociales del proceso. Ver la intervención social como un dispositivo implica considerar diversas perspectivas y la construcción singular del sujeto a través del lenguaje. Este sujeto no se ajusta a la noción estadística, siendo singular y en constante cambio. La discusión sobre la noción de sujeto de intervención, su relación con el marco conceptual y su interacción con el contexto histórico-social da lugar a diversas formas de intervención respaldadas por distintos paradigmas. Comprender esto es fundamental, especialmente en la formación de profesionales de la salud, ya que puede tener implicancias en la reducción de la autonomía y el control de las personas sobre su propia salud.

Al hablar de la noción de sujeto, también es clave situarlo dentro de la noción de familia y sus redes de intercambio. En cuanto a la noción de familia se adhiere a aquellas definiciones que distinguen el llamado modelo ideal del real. Como lo expresa Eloisa De Jong cuando habla de la necesidad de comprender a cada familia en la materialidad de su existencia, como un producto histórico-cultural particular y singular en su constitución. “La familia se puede definir como una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con una estructura de poder y con fuertes componentes ideológicos y afectivos que cementan esa organización y ayudan a su persistencia y reproducción, pero donde también hay bases estructurales de conflicto y lucha.” (Jelin, E., 1994)

Por otra parte, se debe entender al sujeto como constructor de su red de relaciones, la cual se integra en referencia a los diversos ambientes frecuentados. Las características de los vínculos que conforman su red son fundamentales para comprender a las personas en referencia al proceso salud - enfermedad - atención - cuidado.

Estrechamente ligado al concepto de red, subyace la concepción de persona como sujeto en interacción con otros, tan capaz de influenciar como de ser influenciado… el individuo en relación con su contexto suscita el interés científico en la medida de que, el análisis y el trabajo con redes permitiría superar las falsas barreras entre diversos niveles de intervención. (Campos Vidal, J., 1996, p. 2)

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, surge la necesidad de enfatizar la salud como un derecho de todas las personas y la importancia de que se realicen intervenciones fundadas desde un enfoque de derechos para lograr intervenciones más complejas e integrales, otorgando a las personas su lugar como sujetos de derecho y no como simples objetos de intervención, para que se problematicen las distintas realidades poniéndolas en el foco de la intervención, visibilizando otras situaciones que se producen como inexistentes.

El enfoque de derechos refiere a un marco conceptual valorativo y ético, para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista reglamentario está basado en las normas internacionales de Derechos Humanos, y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el foco de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el desigual reparto del poder.

Carballeda (2016) afirma que dicho enfoque “tiene capacidad de dar contención a los Derechos Sociales e incluso enriquecerlos, especialmente desde la posibilidad de conferir movilidad e interacción a éstos y -desde allí- más y mejores perspectivas de aplicación” (p.1).

A su vez, crea mayores posibilidades para comprender y explicar los problemas sociales aportando líneas de análisis que logran sostener las prácticas, especialmente desde una idea de interrelación.

Referirse a intervenciones basadas en un enfoque de derechos, es hablar de acciones profesionales fundadas en la promoción y protección de los derechos humanos con el objetivo de reivindicar y defender los mismos, ante las situaciones de vulneración que se presenten. En este aspecto, el tema de investigación tiene como núcleo el 'concepto' (amplio) de salud, y por tanto se presenta como derecho ya que para democratizar la noción de salud es menester garantizar la igualdad de acceso a los servicios de salud. Desde esta mirada se destaca la importancia de garantizar el acceso, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención en salud.

Sumado a esto, se considera fundamental y necesario, incorporar esta visión desde una perspectiva de género y diversidad que actúa como un marco analítico, como lentes que permiten examinar cómo funcionan las ideas preconcebidas, los prejuicios y los estereotipos en las interacciones con otras personas. Además, proporciona herramientas para cuestionar y analizar las relaciones sociales en función de la desigualdad y jerarquía establecida conforme la diferencia sexo-genérica entre las personas, y asi desarrollar nuevas y mejores alternativas que promuevan niveles más altos de igualdad.

La construcción social de género influye en cómo las personas son socializadas y en las expectativas y roles que la sociedad les asigna. Este enfoque examina cómo estas construcciones afectan la salud y el acceso a recursos de manera desigual entre los géneros.

Al aplicar esta idea se busca enriquecer las teorías que explican el proceso de salud y enfermedad. Se añaden componentes adicionales a los ya reconocidos, como clase social, etnia, lo cultural y circunstancias históricas. Revela dinámicas y poderes explicativos

específicos que complementan y profundizan la comprensión del complejo panorama de la salud y la enfermedad.

Mirar las prácticas desde esta perspectiva implica entender la sociedad de una manera más compleja y diversa, considerando sus distintas expresiones y necesidades. Los roles y expectativas de género tienen un impacto significativo en las personas, exponiéndose muchas veces a situaciones de violencia que limitan su autonomía y capacidad de tomar decisiones, especialmente en lo que respecta a sus cuerpos.

Tercer capítulo

Sistema de Salud

Cuando abordamos el derecho a la salud, no se puede perder de vista la idea de campo, como lo explora Hugo Spinelli (2010), el campo de la salud visto como la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses, se vuelve tanto más simple como más compleja al analizar cómo se accede, por qué algunos sectores no lo hacen y cuáles son las causas subyacentes. Por su parte, el concepto de sistema de salud expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado, que se desarrollarán a continuación.

El sistema de salud argentino se organiza de manera federal, con instituciones de salud pública en los niveles nacional, provincial y municipal. La seguridad social incluye obras sociales nacionales y provinciales, el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) y otras obras sociales de regímenes especiales. Además, el subsistema privado comprende diversas entidades de medicina prepaga con diferentes formas legales y estructuras.

Este sistema presenta divisiones basadas en lo laboral, normativo y territorial. La distinción comienza con las inequidades en el mercado laboral, donde el acceso a diferentes coberturas de salud está determinado por la condición laboral, creando divisiones entre empleados formales privados, empleados públicos, trabajadores informales y otros grupos.

En cuanto al marco normativo, existen diferentes regulaciones a nivel nacional, provincial y municipal para regímenes especiales. Por último, las desigualdades territoriales influyen en las disparidades en el desarrollo económico, afectando la integración de las redes de atención, sistemas de información y esquemas de financiamiento en diferentes jurisdicciones, lo que provoca inequidades en el acceso y la cobertura de salud.

Como se mencionó al comienzo, el sistema de salud argentino se compone de tres subsistemas: público, de Obras Sociales y privado.

Estructuras del sistema de salud

Subsistema público:

Según el Ministerio de Salud de la Nación (2023) “En Argentina, el acceso a la protección de la salud es un derecho constitucional. Aunque existen múltiples coberturas de salud, la responsabilidad última de proteger y garantizar este derecho recae sobre los Estados provinciales y el Estado Nacional”

Este segmento del sistema de salud, financiado mediante impuestos, provee servicios gratuitos a través de hospitales y centros de salud de todo el país, principalmente a sectores con bajos recursos (según la publicación del Ministerio de Salud de la Nación (2023) la mayoría de las personas usuarias se encuentran en provincias como Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Mendoza, que representan el 65,8% de la población total. Formosa cuenta con la mayor proporción de inscriptos: el 66,4% de su población total es usuaria). Aunque se encuentra en áreas no rentables para el sector privado,

su demanda principal proviene de personas que no tienen cobertura en los otros dos sectores. Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en los niveles nacional, provincial y municipal.

El Ministerio de Salud a nivel nacional tiene la responsabilidad de supervisar y regular todas las actividades relacionadas con la atención médica en el país, abarcando desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación. Además desempeña un papel importante en la formulación de políticas relacionadas con las Obras Sociales a través de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

La Superintendencia de Servicios de Salud es un organismo descentralizado que opera bajo el Ministerio de Salud y Acción Social y tiene la función de supervisar y controlar los agentes del sistema nacional de seguros de salud. Al mismo tiempo, los gobiernos provinciales son responsables de la salud de sus habitantes y contribuyen significativamente al gasto público en servicios de atención médica.

Subsistema de Obras Sociales:

El subsector de las Obras Sociales en Argentina se caracteriza por su carácter obligatorio de adhesión y su organización por rama de actividad. Está compuesto por instituciones que cubren las contingencias de salud y proporcionan servicios de turismo y asistencia social a los trabajadores asalariados, especialmente a través de Obras Sociales sindicales, así como a los jubilados a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Este subsector funciona como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados y sus familiares, con contribuciones obligatorias tanto del empleador como del empleado. La formación de este sistema de Obras Sociales ligado a la rama de actividad tuvo

como consecuencia la creación de un seguro de salud basado en la categoría de trabajadores formales y depende de las condiciones del mercado laboral.

Subsistema privado:

Las empresas de Medicina Prepaga son diversas entidades que ofrecen servicios de salud con diferentes opciones de precios y coberturas. Estas empresas se agrupan en cámaras empresariales para representar y gestionar sus intereses en el sector.

Este subsector se financia mediante las contribuciones voluntarias de sus usuarios, quienes a menudo tienen también cobertura de seguridad social, estableciendo así una especie de "doble afiliación".

La ley 26.682, conocida como el "Marco Regulatorio de Medicina Prepaga", establece la regulación del subsistema de salud privado, que incluye Empresas de Medicina Prepaga (EMP), Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles, Fundaciones, Planes de Adhesión Voluntaria y Planes Superadores o Complementarios. Estas entidades están bajo la supervisión de la Superintendencia de Servicios de Salud y deben asegurar a sus afiliados el piso mínimo de prestaciones establecido (PMO).

Hasta mayo de 2022, alrededor de 6.796.690 personas estaban afiliadas a diferentes entidades de salud reguladas por la Ley 26.682, que incluye empresas de medicina prepaga, mutuales, cooperativas, asociaciones y fundaciones. Cerca del 40% de estos afiliados eligieron la afiliación directa, mientras que el 60% restante provino de la derivación de aportes a través de planes corporativos o desregulación de obras sociales. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023, p.28)

Ciencias Sociales y Salud integral

La salud como proceso histórico y social constituye un concepto dinámico, que se vincula con la satisfacción de diferentes necesidades de las personas. Esta perspectiva implica pensar en una salud integral, que incorpora aspectos que no sólo remiten a procesos biológicos, sino también ambientales, políticos, culturales y económico-sociales como elementos constitutivos de los procesos de salud-enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. En este sentido la salud incluye todo aquello que concierne a la calidad de vida de las personas: alimentación, vivienda, trabajo, educación, cultura y ambiente. La inclusión de las dimensiones económicas, sociales y culturales en la conceptualización de la salud, así como la perspectiva de enfoque de derechos permite incorporar explicaciones y estrategias de intervención integrales.

Esta idea de integralidad que gira en torno a la salud trasciende al modelo biomédico, y busca dar una respuesta más socio-comunitaria basada en una mirada intersectorial, por esto es necesario el compromiso social así como el aprendizaje y la comprensión de lo socio comunitario. Se destaca que la interpretación de la salud depende del momento histórico y del contexto cultural en el que se encuentra. Su significado se moldea según factores socioculturales e históricos específicos de cada comunidad.

La enfermedad no solo puede ser considerada como producto de diferentes alteraciones en el sistema biológico. Por el contrario, está vinculada con una serie de circunstancias que exceden el abordaje de una sola mirada. Carballeda (2012) plantea: “La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece” (p.3)

En este sentido, se debe tener como idea central que la salud y enfermedad se configuran en un proceso dinámico, histórico y social, que se constituye a partir de una serie de tramas complejas que dialogan con aspectos políticos, económicos, demográficos, socioculturales y medioambientales.

Este proceso se da en un escenario que es la vida cotidiana del sujeto y la cual está condicionada por una serie de componentes que determinan el contexto, y cada sujeto le asigna un sentido particular. No se puede abordar las enfermedades en forma abstracta y descontextualizada, como tradicionalmente se hace en la medicina hegemónica, la cual sitúa a la enfermedad como protagonista olvidándose del sujeto que la padece. Por ello, es necesario valorar y rescatar la importancia del aprendizaje de lo social en la formación médica, como una forma de poder dar respuestas a nivel integral.

La salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados del individuo según aspectos biológicos o psicológicos, las causas de la enfermedad también se relacionan con los entornos sociales donde el sujeto se desenvuelve, por ello es prioritario que en la formación de los profesionales de la salud se incluyan aspectos relacionados con las ciencias sociales y así, generar una capacidad crítica lo cual permite que a la hora de actuar puedan sea posible trascender el dualismo salud/ enfermedad que impide de manera eficaz su intervención.

En tanto, se debe problematizar el modelo médico hegemónico basado en una línea biologicista del proceso salud-enfermedad por sus limitaciones explicativas y la parcialización de la realidad estudiada, dejando de lado las situaciones sociales contextuales y creando falsos prejuicios respecto de un sujeto “inesperado” que asiste al consultorio médico que no pueden comprender, y por tanto la respuesta institucional en muchos casos se traduce en el rechazo, producto de desconocer lo diferente.

Asimismo, surge la necesidad de interpelar las formas típicas de intervención, de construir nuevas miradas y también nuevos diálogos entre las diferentes disciplinas y formas de intervenir de cada una de ellas, teniendo en cuenta la complejidad del contexto.

Trabajo Social

El Trabajo Social es una disciplina científica que se integra al área de las Cs. Sociales e interactúa con ellas en forma integral.

Su aporte fundamental está vinculado con su especificidad e identidad profesional. Contribuye a través de sus diversas modalidades y de un modelo de acción que integra su metodología y sus aportes teóricos enmarcado en valores éticos-políticos. A modo de síntesis se mencionan y seleccionan algunos aportes que resultan vinculantes a la temática y objetivo del trabajo.

En esta línea de pensamiento, la autora Martinelli (1992) pone énfasis en la idea de pensar el TS no solo como una práctica operativa, sino además como una práctica teórica y una práctica política que incluye tres dimensiones constitutivas de la identidad profesional: teórico metodológicas (saber); técnico-operativa (hacer) y ético-política (poder).

En lo referido a su quehacer, Carballeda (2016) menciona que está estrechamente vinculado a la vida cotidiana, donde las interacciones individuales se entrelazan con su entorno micro social, dando forma a significados y comprensiones de lo que está sucediendo. Guiado por principios fundamentales de Derechos Humanos y justicia social, el trabajo social fue forjando su propio bagaje teórico e instrumental, adaptándose a diferentes épocas y marcos conceptuales. En este sentido, el autor afirma lo siguiente:

> El Trabajo Social, en síntesis interviene en un gran abanico de situaciones, estas siempre dialogan con la cuestión social entendida como una consecuencia de las desigualdades y la fragmentación de la sociedad. De ahí que el horizonte de intervención de esta disciplina dialogue intensamente con el lazo social, con la problemática de la integración social y cultural intentando no solo resolver o acompañar, sino también en procesos de apropiación y visibilidad de los condicionantes y causalidades que construyeron la demanda de la intervención (p. 3).

Como afirma Carballeda (2010), la intervención en lo social es una demanda que implica un estar con el otro desde diferentes aspectos, vinculantes con la resolución de problemas y complejidades que se presentan en la vida cotidiana, y se expresan de manera singular, en contextos particulares, y de formas diversas. Cada sujeto constituye un otro único que debe ser escuchado y se le debe dar la posibilidad del diálogo para cambiar la realidad que se le presenta y lo perturba.

Según Rozas Pagaza, M. (2010) la intervención se presenta como un campo problemático ya que constituye el escenario diario donde se materializan las expresiones de la problemática social, reconfigurando el entorno social de los individuos. Este enfoque nos distingue de perspectivas que han interpretado la intervención de manera instrumental, como la mera aplicación de técnicas, o desde una óptica de gestión de lo social, donde el profesional es visto como un "capital potencial" que aborda los denominados "problemas sociales". (p.46)

En el año 2014 en Melbourne el Comité Ejecutivo de la Federación internacional de Trabajadores Sociales y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2016), define al Trabajo Social como:

> Una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. (p.143)

El TS se fundamenta en un conjunto de principios filosóficos y éticos centrados en los valores humanísticos y democráticos. Su enfoque se basa en la integralidad de las personas y se compromete activamente a favorecer cambios sociales que mejoren la condición humana. A través de una lectura crítica de la realidad y una metodología sistemática, busca impulsar transformaciones en las estructuras sociales, destacando la importancia de las normas éticas como guía para el accionar de los profesionales. Según el Código de Ética (2023) del Trabajo Social se distinguen los siguientes principios:

1. Todo ser humano posee un valor único, con independencia de origen, sexo, edad, creencia, etnicidad, condición socio-económica, o de su contribución a la sociedad.
2. Toda persona humana tiene el derecho de realizarse plenamente para y con los demás.
3. Toda sociedad, cualquiera que sea, debe funcionar con miras a proporcionar una mejor calidad de vida a la totalidad de sus miembros.
4. El Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular. Debe contribuir con su accionar democrático, a la plena vigencia de los Derechos Humanos.
5. El Profesional en Trabajo Social deberá:
    a. Pronunciarse ante los hechos que lesionan la dignidad humana y/o derechos ciudadanos.

b. Actuar comprometidamente en la esfera de su labor dentro de la competencia legal que le corresponda y trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales de las Ciencias Sociales y/o profesiones afines.
c. Capacitarse en forma permanente para poder adecuar la lectura de la realidad y la intervención profesional que en cada caso corresponda.

El rol del trabajo social en la docencia se visualiza como un facilitador de un proceso de enseñanza-aprendizaje con un enfoque de diálogo-reflexión, que va más allá de la simple transmisión de conocimientos. El docente se convierte en un facilitador que estimula el pensamiento crítico y fomenta la responsabilidad social y política. La razón de ser del TS como docente se aleja de una educación repetitiva y bancaria donde, como dice Freire (1992) el educador es el que sabe y actúa como depositario de los conocimientos en el educando creando una relación verticalista que tiene su consistencia en una separación incisiva entre el docente y el/la alumno/a. Por el contrario, postula una educación liberadora que refiere a una educación principalmente crítica, que problematiza, por tanto se apoya sobre bases y principios que son ampliamente superadores de la concepción tradicional: no hay más un educador del educando ni un educando del educador, sino que se configura la existencia de un educando - educador donde los sujetos se educan entre sí, mediatizados por el mundo. Al plantear esta visión se exige una postura que sea crítica, reflexiva, que continuamente se vaya transformando.

Es en este marco donde podemos ubicar el rol docente del TS, el cual aspira a que la formación sea un proceso de humanización, basándose en la construcción del conocimiento con el/la estudiante para generar un proceso de aprehensión del mismo para el desarrollo de un pensamiento lógico, crítico y creativo, sin limitarse solo a lo cognitivo.

Trabajo Social en el área de Salud

El trabajo social en el área de la salud tuvo sus inicios a principios del siglo XX, destacando el establecimiento del primer servicio de trabajo social en salud en 1905 en el Hospital General de Massachusetts. Este servicio, inicialmente llamado Servicio Social Médico, fue creado por el médico Richard Cabot y la trabajadora social Ida M. Cannon. Su enfoque implicaba proporcionar información sobre el estado mental y el contexto social de los sujetos, junto con el diagnóstico y tratamiento médico.

> Para Richard Cabot, la principal aportación que el trabajo social podía hacer en el contexto sanitario, no tenía relación tanto con los aspectos metodológicos, como con la incorporación de una visión más amplia de los problemas de salud. De este modo, los servicios prestados por el médico y el trabajador social tenían que ser interdependientes, de la misma forma que lo eran los condicionantes físicos y sociales del usuario. Esta interdependencia debía ser efectiva no solo en el tratamiento, sino también en la búsqueda de las causas y los factores desencadenantes de la enfermedad. (DHR, 2011, p.1)

En España, a partir de los años 70 y con la implementación de los servicios de Atención Primaria de Salud según las propuestas en la conferencia Alma Ata[8], se adoptó la noción de atención sanitaria integral. Los trabajadores y trabajadoras sociales desempeñaron un papel clave en la prestación de servicios socio-sanitarios. Con la reforma sanitaria de 1984, se establecieron equipos de salud en la atención primaria, que incluían médicos,

[8] La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, fue organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). En dicha conferencia se adoptó la Declaración de Alma-Ata que abogaba por la atención primaria de la salud como un enfoque fundamental para abordar los problemas de salud a nivel mundial. Destacaba la importancia de garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud, la participación de la comunidad y la colaboración entre diferentes sectores. La conferencia marcó un hito en la promoción de la atención primaria de la salud en la formulación de políticas de salud global.

enfermeros, personal administrativo, y también y trabajadoras/es sociales. Además, en hospitales como los universitarios de Sevilla, se crearon servicios de participación ciudadana y trabajo social.

La configuración del trabajo social en el ámbito de la salud en Argentina se encuentra estrechamente vinculada a debates ideológicos, políticos, teóricos y metodológicos que surgieron durante la formación de la intervención estatal en salud. Estos debates abordaron la conceptualización de la salud, sus dimensiones y las perspectivas de intervención, especialmente el papel de profesiones como el Trabajo Social en ese contexto.

Como se conoce, desde los inicios de la medicina, no se tomaron en cuenta las dimensiones socioeconómicas y culturales ni en el marco conceptual ni en la práctica. Lo predominante fue la medicalización de la salud, excluyendo esas dimensiones.

De esta manera, el trabajo social se incorporó más tarde como complemento, surgiendo de la necesidad de abordar problemas sociales vinculados a la salud. A lo largo del tiempo, hubo intentos de cuestionar esta concepción, proponiendo enfoques más integrales, pero persiste una dicotomía entre las prácticas médicas y aquellas centradas en los factores sociales. Esta dicotomía fue estructurando el campo y todavía afecta la capacidad de implementar estrategias transformadoras.

Siguiendo a las autoras Nucci, Crosetto, Bilavcik, Miani (2018) en el desarrollo del campo de la salud coexisten discrepancias entre los referentes institucionales, tanto en perspectivas ideológico-políticas como en la definición de los problemas a abordar y los saberes especializados. Estas luchas de poder, simbólicas y políticas, tienen implicancias prácticas, ya que determinan la posibilidad de hegemonizar el campo y ejercer recursos de poder, como orientaciones de política institucional, concepciones de salud y asignación de recursos. Aunque el trabajo social ha avanzado en su participación, estas luchas persisten y su

dinámica varía según el contexto político e institucional. La noción de campo, aplicada a la salud según Bourdieu, permite entenderlo como un espacio relacional donde los diversos agentes e instituciones desarrollan estrategias, disputando significados y prácticas de intervención según sus posiciones, habitus y trayectorias en contextos sociohistóricos particulares. En este contexto, es importante considerar los determinantes sociales, los aspectos subjetivos y culturales en los procesos de salud-enfermedad-atención. La falta de inclusión de estos elementos puede afectar la eficacia de los servicios, ampliar las desigualdades en el acceso y mantener las dicotomías de lo individual-colectivo y lo biológico-social. Es así que, la función del Trabajo Social involucra conectar con los sujetos de la intervención e interactuar con instituciones, normativas y recursos en un contexto social específico.

Como se mencionó con anterioridad, el TS se inserta en la vida cotidiana teniendo relación con procesos donde se construyen y se realimentan simbolizaciones, por lo tanto puede instalar nuevas perspectivas y lecturas de lo social a partir de su interpelación entre lo macro social y la singularidad de lo micro, a través de intervenciones desde un enfoque de derechos, es decir basada en la promoción y protección de los derechos humanos, con el objetivo de reivindicar y defender los mismos ante las situaciones de vulneración que se presentan, logrando intervenciones más complejas e integrales.

Su labor en el equipo sanitario tiende a la construcción de un entendimiento común sobre el concepto de salud, incorporando prácticas humanizadoras que aseguren este derecho fundamental. Parte de un enfoque que intenta transformar las culturas institucionales, abriendo espacios para discutir y entender las diversas concepciones de salud presentes en el equipo, a partir de las herramientas que lo respaldan y fomentan prácticas más sensibles.

La Ley federal de Trabajo Social N° 27072 (2014) en su capítulo 2 art. 4 define el Trabajo Social:

> Profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

A su vez, el o la trabajador/ra social le otorga la dimensión simbólica a la enfermedad al considerar cómo la persona la percibe y se relaciona con su entorno social. Se enfoca en la experiencia subjetiva de la persona y cómo esta percepción influye en su autocuidado. Su intervención se centra en la historicidad de la persona, situándola en un sistema de conexiones sociales, familiares, culturales, laborales, institucionales y relacionales. Esto implica escuchar activamente al individuo, promover nuevos vínculos y dar nuevos significados a las relaciones existentes. En última instancia, se trata de una aproximación integral que reconoce la complejidad de la vida de la persona. Este rol implica la participación activa en la construcción de significados.

Respecto a esto, la epidemiología crítica y el movimiento de salud colectiva aportaron significativamente al análisis del campo de la salud. Estos enfoques enriquecen la mirada crítica del Trabajo Social al considerar no solo el componente biológico, sino también aspectos diferenciales como género, raza y diversidad. Esto se convierte en un marco de referencia para estrategias de intervención creativas y con autonomía relativa por parte de los

profesionales. "…La necesidad que el campo tiene de integrar lo que el trabajo social "sabe hacer", y de esta manera poder abarcar la complejidad de los fenómenos que ocurren en él." (Méndez, Wraage, Costa, 2012, p. 418)

Para concluir, el trabajo social entonces, aporta su saber desde un modelo de intervención superador de aquel inicial basado en prácticas relacionadas con la asistencia y el control social que actuaba desde un programa de acción que se relacionaba con un discurso higienista alejado de lo que hoy conocemos como un modelo emancipador.

Residencia de Trabajo Social en salud

El programa de la residencia de trabajo social en el campo sanitario resalta la necesidad de colaborar en la transformación del sistema de salud destacando la importancia de formar profesionales de la salud que se adapten a las necesidades de la población. El mismo subraya la relevancia de la capacitación en servicio para abordar la complejidad de los procesos salud-enfermedad-atención, considerándolos como entrelazados con aspectos económico-sociales y políticos. Así mismo, la necesidad de que el área salud participe activamente en los procesos de desarrollo, adaptándose a los cambios y desafíos específicos de los grupos afectados por problemas socioeconómicos, ambientales y epidemiológicos.

Se pretende promover la colaboración entre profesionales de la salud como un equipo cohesionado. En este contexto, se destaca la importancia del Trabajo Social, trabajando en conjunto con otros profesionales, para ofrecer una lectura integral de los problemas de salud desde una perspectiva social. Como lo afirma el Programa de la residencia de Trabajo Social en salud (1998) "El Trabajo Social se enmarca en el desafío de las ciencias sociales: encontrar distintas formas de conocer y explicar lo que sucede; construir renovados significados en el conjunto de dimensiones relativas a nuestro tiempo y espacio" (p.16)

> La Direccion de Capacitacion de Profesionales para la salud, a través de la residencia de Trabajo Social pretende la formación de un profesional que pueda intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención desde una matriz conceptual que dé cuenta de los atravesamientos históricos, culturales, socioeconómicos e ideológicos, tanto con relación a los sujetos como a los grupos sociales, de manera que pueda circular a través de las prácticas en el campo de la salud y facilite la redefinición del objeto de intervención desde los procesos mismos de vulnerabilidad. (Programa de la residencia de Trabajo Social en Salud, 1998, p.17)

Entre los objetivos de este programa se plantea analizar los procesos relacionados con la salud, la enfermedad y la atención, a partir de los aportes de las ciencias sociales como un ámbito esencial de intervención para el Trabajador Social. Dicho análisis se centrará en comprender la complejidad de estos procesos desde un enfoque integral, considerando no sólo los aspectos biomédicos, sino también los factores sociales, económicos y culturales que inciden en la salud. Con la meta de guiar las prácticas del Trabajador Social en el ámbito sanitario, se enfocará en una perspectiva de atención integral en diferentes niveles de intervención. Esto implica abordar no solo las necesidades inmediatas de las personas, sino también trabajar en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a nivel comunitario. Con el fin de lograr una intervención efectiva, se llevará a cabo un proceso de capacitación que incluirá estrategias coordinadas de intervención. Estas alternativas están diseñadas para abordar las demandas específicas de la comunidad y organizar de manera efectiva la oferta de servicios institucionales.

El proyecto también incentiva una práctica continua de investigación-acción, fomentando la participación activa del trabajador social en la identificación de problemas,

diseño de intervenciones y evaluación de resultados. Se buscará fortalecer la capacidad reflexiva y crítica del profesional a través de diversas estrategias metodológicas. Además, se hace énfasis en jerarquizar estrategias de intervención en equipos interdisciplinarios, interinstitucionales e intersectoriales, adoptando el modelo de atención como paradigma. Esto implica colaborar estrechamente con profesionales de diferentes disciplinas, instituciones y sectores de la comunidad para garantizar una atención integral y holística.

SEGUNDA PARTE

Primer capítulo

Aspectos metodológicos

Teniendo en cuenta que el primer contacto con el tema en cuestión es a partir de la investigación, la metodología a utilizar es de tipo exploratoria descriptiva con una metodología de análisis de tipo cualitativa, por considerarse que posibilita mediante la información relevada captar la definición que efectúa el propio actor social y el significado que este da a determinadas acciones o conductas. Dicho análisis es de carácter holístico e implica la formulación de conceptos que se van creando en un continuo ir y venir de la construcción empírica a la construcción teórica. La investigación se realiza a partir de lo que el actor percibe, interpreta y juzga, en este caso los/las profesores/as con formación en Cs. Sociales y Humanísticas, y en particular en Trabajo Social, que integran el equipo docente de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP, e informantes considerados claves para un análisis más profundo del tema. En este caso, se tomaron como informantes claves al director de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP; y estudiantes avanzados de la carrera.

Se utilizaron herramientas como la entrevista y la observación documental, para completar el estudio exploratorio y alcanzar los objetivos propuestos. En el caso de las entrevistas fueron de tipo directas a partir de una guía de preguntas para los/las docentes, otra para el director, y otra distinta para los/las estudiantes (ver anexo). Mediante el consentimiento informado se pidió el permiso necesario a cada entrevistado/a para que sea grabada y luego desgrabada.

La metodología, como afirma Sautu, R. (2005), hace referencia al estudio de los métodos y se ocupa de aplicar los principios de razonamiento de la investigación. La metodología pone en cuestión los fundamentos epistemológicos del conocimiento, el papel

que ocupa la teoría y su vinculación con la empiria, la definición y validez del recorte de la realidad, los roles de la deducción e inducción, y los contenidos de la explicación y la interpretación.

> La investigación cualitativa se basa en el método etnográfico, es decir se centra en estudios o investigaciones de campo. Para este tipo de investigación, el investigador se enfoca en ideas para aproximarse a la realidad, y diversos modos y estrategias de producir, recoger y analizar la evidencia empírica. A partir de ellos se definen teorías y se logran especificar los objetivos y los métodos. (Sautu, R., 2005).

En cuanto al método, tiene que ver con un procedimiento, una serie de pasos que el investigador debe seguir en el proceso de producción de conocimiento. La metodología y el método se entrecruzan, en este caso se trata de una de tipo cualitativa por la tanto se basará entre otras cosas del estudio de entrevistas semi y no estructuradas, la observación, la narrativa y sistematización de los datos obtenidos.

- Universo: el equipo docente a cargo de todas aquellas asignaturas con una orientación social y humanística de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP con formación en Ciencias Sociales y Humanísticas, e informantes claves.
- Unidad de análisis: los aportes de las disciplinas sociales y humanísticas en el recorrido formativo en relación a una visión integral de la salud, de los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El presente trabajo respeta los principios éticos para la investigación con seres humanos, estipulados por la Declaración de Helsinsky y la Ley 11044 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, su decreto reglamentario, la ley 25316 de Protección de

Datos Personales. Para llevar a cabo las entrevistas se realizó un consentimiento informado el cual explicita el trabajo a realizar y que sería de forma anónima. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Por lo tanto, sus respuestas serán anónimas.

Contextualización:

Escuela Superior de Medicina de la UNMDP

La Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata dio inicio en el año 2016.

La Universidad Nacional de Mar del Plata (2015) presentó un diseño curricular basado en una propuesta médica que se plantea como innovadora a efectos de lograr una formación integral en salud.

La propuesta curricular toma tendencias actuales en educación médica que se centran en un nuevo objeto de estudio: pasa del individuo enfermo como objeto único y exclusivo, a la prevención y promoción de la salud de la persona sana y en la comunidad, centrándose en la interdisciplinariedad, privilegiando el trabajo en equipo. Además, incorporando las ciencias sociales y humanísticas, perfilando así un profesional que entiende desde una perspectiva integral y contextualizada, desde el nivel de organización molecular hasta el entorno medio-ambiental, desde la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, pasando por el diagnóstico y tratamiento hasta la rehabilitación en cada una de las etapas de la vida.

> La currícula de medicina debe favorecer instancias de formación que respondan a una realidad cambiante y favorezcan una actitud de aprendizaje activa y comprometida por parte del estudiante. El docente será un facilitador del aprendizaje constituyéndose en un puente entre el conocimiento científico y las nuevas generaciones de profesionales. (Universidad Nacional de Mar del Plata, 2015, p.24)

En este sentido, se orienta a formar médicos generales con rigurosidad científica, sentido práctico respecto de la resolución de situaciones problemáticas, que son habituales del ejercicio profesional a nivel individual y colectivo, con compromiso social expresado a partir de una mirada clínica integral y transversal frente a la complejidad de los problemas de salud y capacidad de análisis crítico de la realidad socio-sanitaria.

La educación de los profesionales de la salud debe centrarse en las necesidades de la comunidad donde trabajan los médicos. Se busca que los estudiantes sean el foco de la enseñanza, con un enfoque comunitario. Dada la complejidad de la realidad, las problemáticas deben abordarse desde una perspectiva grupal y comunitaria.

Este enfoque incluye un pensamiento crítico, proyección social y humanización de la medicina. El estudiante graduado debe ser capaz de hacer un análisis crítico de la realidad sanitaria, comprendiendo los determinantes sociales, culturales, económicos y políticas que influyen, y participar en la búsqueda de soluciones mediante la colaboración con el equipo de salud y la comunidad.

> La Carrera asume como misión contribuir a la concreción del derecho a la salud de la población a través de la formación profesional que se caracterice por la rigurosidad científica, compromiso social, sólidos valores éticos y vocación de servicio para desempeñarse con una visión integral de la salud,

> con la capacidad de realizar un análisis crítico de la realidad sanitaria, tanto en forma individual y grupal, a los fines de buscar soluciones a los problemas de salud del individuo, familia y comunidad que le toque servir. (Universidad Nacional de Mar del Plata, 2015, p.19)

Esta propuesta se alinea con tendencias mundiales en educación médica, pasando de enfocarse solo en el individuo enfermo a abordar la promoción y prevención de la salud en la comunidad. Se destaca la interdisciplina, la integración entre la formación y la práctica, y la incorporación de las ciencias sociales y humanísticas. El objetivo es formar un profesional integral que entienda tanto a la persona sana como a la comunidad en su contexto. Se enfatiza el uso de ciencias básicas aplicadas, nuevas tecnologías, métodos educativos como el constructivismo, y la adaptación a cambios en enfermedades, prácticas de salud y modelos políticos y económicos, todo centrado en la conservación de la salud.

Curricula Innovada

La propuesta de formación integral se destaca por constituir una currícula integrada y centrada en el estudiante. La enseñanza se organiza considerando las experiencias previas del estudiante vinculandose con los contenidos esenciales para su desarrollo. Se enfatiza la conexión con el contexto específico del ejercicio profesional, preparando al estudiante para una práctica diversificada y compleja.

Dicha formación pone énfasis en la orientación comunitaria con bases en la importancia de considerar el entorno real de las personas, su historicidad, para entender y abordar la salud y la enfermedad. Los graduados deben comprender las complejidades de las comunidades y adaptarse a los cambios necesarios en los entornos familiares, especialmente en el caso de problemas de salud crónicos. Para ello durante la formación se pretende que adquieran conocimientos teóricos y habilidades prácticas que luego aplicarán en situaciones

de la vida real, participando en prácticas comunitarias que les van a permitir enfrentar desafíos concretos y contribuir al bienestar de la comunidad.

La salud y la enfermedad no deben abordarse de manera aislada de los entornos en los que viven las personas, de los escenarios reales. Los problemas de salud se gestan en contextos comunitarios, y la recuperación, especialmente en casos crónicos, implica ajustes significativos en entornos familiares. Durante la formación, los y las estudiantes se sumergirán en conceptos teóricos e instrumentales antes de participar en prácticas profesionales con organizaciones comunitarias o en proyectos implementados por la universidad.

La Práctica Comunitaria ofrece una oportunidad invaluable para que los estudiantes apliquen sus conocimientos académicos a situaciones del mundo real, contribuyendo a satisfacer necesidades concretas de la comunidad. Este enfoque formativo se desarrolla en espacios reales, simulados y combinados, respetando la carga horaria de cada asignatura.

Los denominados "escenarios" en la formación, son momentos de práctica en la educación médica que van más allá de las clases tradicionales. Estos incluyen experiencias en el campo, una semana de integración y el método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) o Aprendizaje Basado en Casos (ABC). La idea es que la experiencia práctica, ya sea en comunidades locales o en entornos simulados, enriquece el aprendizaje de los estudiantes y les permite aplicar conocimientos teóricos a situaciones del mundo real.

El plan de estudios se organiza en tres ciclos consecutivos transversales a toda la carrera, con un enfoque integral en la formación que abarca tanto la teoría como la práctica. Se enfoca en el desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes, culminando con una Práctica Final Obligatoria:

- Ciclo de Formación Inicial
- Ciclo de Formación Básica
- Ciclo de Formación Clínica
- Práctica Final Obligatoria

> La carrera de medicina se vertebra en ejes, entendiendo como tal a aquellas áreas de conocimiento constituidas como unidades educativas funcionales, sobre la base de campos afines de conocimiento y organizadas para coordinar acciones docentes, de investigación y de servicios, dentro de su ámbito y en relación con los demás ejes curriculares. (Universidad Nacional de Mar del Plata, 2016 , p.37)

La consistencia de la currícula se logra en la búsqueda de una integración tanto horizontal como verticalmente de las diversas unidades de aprendizaje y ciclos. (Ver anexo)

Segundo capítulo

Análisis de los datos obtenidos en la investigación

Para la realización del siguiente análisis se consideró oportuno la definición de variables extraídas a partir de los objetivos del presente trabajo. Una modalidad que permitiera una interpretación más ordenada de los datos obtenidos y su relación con el marco teórico.

➢ Perspectiva de la carrera de medicina según el diseño curricular y estrategias pedagógicas.

A partir de los datos obtenidos se pudo evidenciar que existe un consenso en considerar la importancia de la integralidad en la formación, que se ve reflejada en la distribución de la currícula por ejes que son transversales a toda la carrera. Como afirma Araneda Alfero (2005) "La transversalización de la formación académica por ejes como la defensa, promoción y exigibilidad de los derechos para todos los seres humanos, según su condición social, género, etnia, edad, nacionalidad…" (p.160). Esto favorece la interrelación entre las unidades de aprendizaje evitando redundancias en los contenidos, a su vez permite la complementariedad de saberes favoreciendo un enfoque interdisciplinar. Así como lo formula una/o de las entrevistadas/os:

"... nos organizamos por ejes sí,hay un docente que es referente de cada eje no, entonces nosotros tenemos una persona que está a cargo del eje a aps y orientación comunitaria, entonces ella es la que está en contacto con cada una de las asignaturas en lo que tiene que ver con su plan de trabajo docente, los objetivos y el temario y bibliografía y ella observa a todos los planes de trabajo docente y trata de lograr una integralidad" (Entrevista 2)

"... son como varios ejes en los cuales se incorpora el aspecto social,por un lado porque hay asignaturas que son específicamente sociales como interculturalidad, psicología comunitaria, etc., hay materias que ya no son específicamente sociales" (Entrevista 8)

Se resalta la interdisciplina como un factor que es menester en dicha formación, siendo que no solo se incorpora en la formulación teórica del plan de estudios sino también en la constitución de las cátedras. Esto permite que el estudiante vivencie en lo cotidiano del aula dicha articulación disciplinar de diversos saberes. Según Stolkiner (2005), en los equipos

de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia de cada saber se definen en relación al problema, y no por el peso de cada profesión. La coordinación debe ser flexible.

La interdisciplina constituye un marco de debate cuya preocupación es incluir los temas más significativos para el ejercicio profesional, que al abordarlos desde las distintas miradas permitan construir comprensiones profundas en los procesos de apropiación de conocimiento.

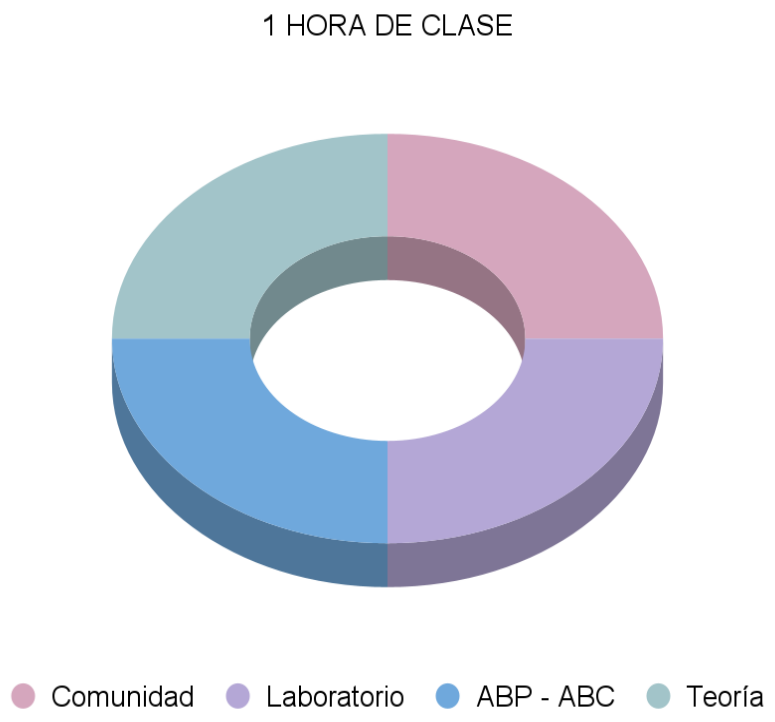
"... Cada asignatura aun asi sea mas especifica de medicina está conformada por equipos interdisciplinarios en los cuales hay algun o alguna docente que es del área social,entonces todos los temas que se van,todas las asignaturas tienen algún aspecto integrado con lo social,por ejemplo una asignatura es,salud integral de la mujer,lo que en otras carreras de medicina sería ginecología y obstetricia,y allí se ve,osea ahi tambien hay docentes que son del área social y se ven aspectos que tienen que ver con derechos de la mujer,con aspectos sociales del embarazo del post parto,y así con todas las asignaturas,casi todas,todo lo social atraviesa toda la carrera no solo las materias sociales,le da un giro y la clave es la interdisciplinariedad" (Entrevista 8)

Cabe mencionar que muchas veces existen tensiones entre lo que representa el término "interdisciplina" y las dificultades reales para establecer equipos de trabajo efectivos bajo este criterio. Surge una contradicción entre la difusión del concepto y su aplicación práctica, dando cuenta de la falta de un enfoque común y la persistencia de luchas de poder entre diferentes disciplinas. Esto demuestra cómo las hegemonías epistemológicas y las concepciones reduccionistas que hoy en día se siguen reproduciendo, aunque en menor medida, pueden obstaculizar la participación efectiva entre los profesionales. Lo mismo

sucede dentro de los equipos docentes, los cuales en este caso, se conforman por disciplinas diversas.

"... Es muy trabajoso igualmente, es incómoda la interdisciplina, requiere otro trabajo, requiere de paciencia" (Entrevista 7)

El diseño curricular de la Escuela Superior de Medicina se plantea en base a una currícula innovada que incorpora nuevos escenarios de metodologías pedagógicas apropiando elementos de las ciencias sociales que no eran considerados como importantes en la medicina. Entre sus principales características, se trata de una currícula integrada y centrada en el estudiante. Para visualizar esto de forma simplificada se presenta el siguiente gráfico.



Ahora bien, para analizarlo de forma más concreta a partir de los datos obtenidos del diseño curricular, se puede organizar 1 hora de enseñanza en la ESM en cuatro partes

principales. Aproximadamente, un 25% se destina a la clase de seminario o lo comúnmente llamado clase teórica. Otro 25% se centra en los laboratorios, que abarcan:

- Laboratorio de Habilidades Clínicas (LHC)
- Laboratorio de Morfofisiología
- Laboratorio de Microscopía
- Laboratorio de Plastinación y disección anatómica

Los laboratorios son espacios donde se integran los conocimientos teóricos aprendidos en las clases con el desarrollo de habilidades prácticas esenciales para la medicina. Estos se centran en áreas como el examen clínico, la relación médico-paciente, actitudes profesionales y habilidades de comunicación. La simulación, adaptada a la progresión del programa, es una herramienta educativa vital. Este enfoque no solo asegura una formación completa para los futuros profesionales de la salud, sino que también aborda de manera efectiva los desafíos de salud actuales en las comunidades.

Además, un 25% se compone por el programa de aprendizaje basado en problemas (ABP) y, en casos (ABC), donde las y los estudiantes conforman grupos de diez a doce personas, y el responsable académico plantea un problema o caso para que lo analicen y reflexionen. Esto activa el aprendizaje al trabajar con los contenidos desde diversas perspectivas y fuentes, utilizando diferentes recursos para resolver el problema propuesto. Los grupos se enfrentan a preguntas y buscan respuestas por sí mismos. Aquí, el papel del docente es menos directivo en comparación con las clases tradicionales.

Y por último, el bloque que se basa en la práctica socio comunitaria, donde se incorporan experiencias prácticas y educativas conectadas con escenarios integrales de aprendizaje. Los y las estudiantes reciben formación teórica y práctica para luego participar en actividades en el terreno, colaborando con organizaciones comunitarias. Este enfoque

abarca todo el ciclo de estudios, integrándose en diversas instancias, como la Semana de Integración, el Escenario Campo y Proyectos de Extensión Universitaria.

Durante los primeros tres años, la proporción entre teoría y práctica es del 50% cada una en general, por cada hora. En cambio, durante los últimos tres años, la práctica ocupa el 60%, mientras que la teoría representa el 40% restante, esto es un aproximado.

Para entender la dinámica de la currícula al inicio los/las docentes debían realizar un curso que surgió como una necesidad por las regulaciones de CONEAU, que requieren que los/las docentes en carreras con currículos innovadores tengan una formación pedagógica específica en un marco definido. Aunque no era extenso, comprendía aproximadamente 98 horas, más la realización de un trabajo adicional. Durante ese curso, se detallaba el plan de estudios, todo lo concerniente a los escenarios campos y su dinámica, cómo se debían estructurar las horas de clase teniendo en cuenta la teoría y la práctica y demás, y los fundamentos que respaldan esa modalidad de enseñanza.

"En ese curso lo que hacíamos era contar nuestro plan de estudios, sobre todo a los médicos, porque cada uno en su disciplina tiene su estructura, y nosotros los médicos fuimos formados con un modelo muy distinto" (Entrevista 12)

- ➢ Aporte de las Ciencias Sociales y Humanísticas

El aporte de las Cs. Sociales en el ámbito de la medicina es fundamental para la construcción de una visión más integral y humanizada de la salud. Se destaca la importancia de internalizar que cada persona es un sujeto de derechos y no un objeto de estudio, que porta ciudadanía, una historia de vida y un contexto histórico-social único. Este enfoque que proporciona un análisis cualitativo de la persona atraviesa todos los contenidos de la formación en la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP, proporcionando una

perspectiva crítica y colectiva. En este marco, la epidemiología crítica propone cambiar la forma en que se aborda la salud. Destaca la importancia de considerar el contexto en la relación entre la exposición a factores y el riesgo para la salud, explorando qué significa esta conexión en los estilos de vida de las personas. Esta óptica implica tres aspectos claves: ver la salud como algo complejo y determinado por varios factores, innovar en las categorías y métodos que utilizamos, y cambiar las proyecciones prácticas y las relaciones sociales en juego en cuestiones de salud. En resumen, implica un enfoque más amplio y contextualizado para comprender la salud y los factores que la afectan. (Berilh, 2008, p.5)

"... Las ciencias sociales, vienen a traer luz, o bien diferentes herramientas para comprender estos aspectos de la vida cotidiana, que determinan no sólo la aparición de la enfermedad, sino su prevención o posible tratamiento, en función de la particularidad de cada territorio, de cada población." (Entrevista 5)

"... Yo creo que es la clave porque lo que hacen las ciencias sociales es hablar de ese sujeto desde una cuestión cualitativa" (Entrevista 1)

A su vez, esto contribuye a la relación médico-paciente, reconociendo la subjetividad en la percepción de la dolencia, que varía de persona a persona.

"...La relación médico-paciente. El término dolencia, porque la dolencia tiene que ver, cuál es tu percepción, algo que para vos es sumamente dramático, para mi puede ser al mínimo, pero es tu percepción y tu percepción es única." (Entrevista 1)

En esta línea, Merleau Ponty propuso una nueva manera de entender cómo se percibe el mundo. En su perspectiva, la conciencia, el mundo y el cuerpo están intrínsecamente conectados. Ve el mundo como algo que se experimenta a través del cuerpo. Para él lo que se percibe no es un objeto fijo, sino el resultado de la interacción entre el cuerpo y el mundo que

lo rodea. Esta percepción se forma a través de la participación activa del sujeto con las cosas, utilizando tanto el conocimiento previo como la comprensión del entorno. Las cosas son copresentes en el mundo, y cada objeto refleja a los demás en un entramado de significados. La percepción, por lo tanto, es ambigua y está arraigada en la participación activa del cuerpo en el mundo. En resumen, lo que propone es ver la percepción como una experiencia que involucra todo nuestro ser y nuestra conexión con el entorno. Esta corriente también implica tener en cuenta las dimensiones de la historicidad e intersubjetividad. (Dasilva, 2010, p.108)

La contribución de las Cs. Sociales a la formación médica según lo expuesto por los entrevistados/as, resalta la valoración de los determinantes sociales de la salud, comprendiendo la influencia de factores sociosanitarios en la calidad de vida. La OMS (2009) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como los factores estructurales y las condiciones de vida que influyen en las desigualdades en la salud, abarcando aspectos como el poder, los ingresos, la atención médica, la educación, el trabajo y el entorno físico. Esto incluye un conjunto de fuerzas y sistemas que influyen en las condiciones de la vida diaria, las cuales abarcan políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales, así como sistemas políticos. Las condiciones pueden variar significativamente entre diferentes subgrupos de la población, lo que puede dar lugar a disparidades en el efectivo acceso a la salud. Cuando nos enfrentamos a los determinantes sociales, es crucial actuar de manera multisectorial y reconocer que las desigualdades en salud son inaceptables, considerando la salud como derecho, ya que una falta de comprensión holística de la situación podría afectar el acceso a la atención médica.

Es por ello que, tener una mirada crítica de la realidad, superando el dualismo salud/enfermedad y evitando posturas biologicistas conforma la base del aporte de la especificidad de lo social. En el recorrido formativo de los estudiantes se promueve el

enfoque comunitario y colectivo, destacando la importancia de abordar problemas complejos desde esta perspectiva. Las ciencias sociales también desafían el modelo hegemónico al poner en tensión la atención aislada en los factores de riesgo y la responsabilidad individual. La perspectiva epidemiológica crítica y la determinación social de la salud sostienen que los aspectos sociales de la salud deben considerarse como derechos colectivos, vinculados a otros derechos determinados por regímenes económicos, políticos y culturales. En este aspecto, Spinelli, H. (2010) plantea que abordar la salud colectiva implica ir más allá de tratar enfermedades y enfrentarse a problemas sociales. Tiene que ver con problematizar el proceso de salud - enfermedad - atención por sobre lo individual, vinculandolo con lo que refiere al entorno que "hace" al sujeto. Ir más allá de lo individual para incorporar aspectos sociales que muchas veces concluyen en la enfermedad. Las condiciones sociales tienen mucho que decir para explicar este proceso, encontrar el por qué y no solo tener la solución, que a veces resulta momentánea. Pensarlo como un hecho individual y biológico, o si se piensa de manera colectiva y social que abarca múltiples factores. Esa es la gran tensión que surge en el campo de la salud a la hora de entender estas cuestiones.

"Valoren lo colectivo como dimensión superadora en el abordaje de problemas complejos. Aprecien la participación como elemento ineludible en la construcción de la salud." (Entrevista 6)

Internalizar una lógica de vinculación humana, donde la participación se aprecie como elemento esencial en la construcción de la salud. Este modelo integral se traduce en una mirada más completa de la persona, ejercitando una visión que evite el individualismo y promueva la complejidad en la comprensión de la salud.

"...Ellos internalizan una lógica en la cual vincularse con el otro como humano. Internalizan esa mirada de tratar al otro como humano." (Entrevista 7)

Tomando los aportes de Gelsi (2011) quien refiere a Carl Rogers, la comprensión empática en la relación profesional con el sujeto tiene que ver con un entendimiento profundo del otro, de su mundo interno, tal como lo experimenta, incluso si no está consciente de ello de manera clara. Se trata de percibir al otro dentro de uno mismo, reconociéndolo como otro que no soy yo, pero que se vuelve tan familiar como yo mismo. Refiere a la vivencia del otro como otro dentro de mí. Ello implica la impresión de experimentar los sentimientos del otro como si fueran propios, con la capacidad de discernir entre sus emociones y las mías. La posibilidad de mantenernos como personas separadas y, al mismo tiempo, conectados. (p.4)

Finalmente, se destaca el papel del estudio de lo social en pensar las prácticas teniendo en cuenta el enfoque de derechos como base constructora para el conocimiento. En conjunto, estas perspectivas ofrecen una visión más integral del proceso salud-enfermedad, crucial tanto en la formación como en el ejercicio médico posterior.

"Nuestro aporte tiene que ver con pensar las prácticas teniendo en cuenta los derechos humanos" "... Mirada más integral de la persona." (Entrevista 9)

➢ Aportes específicos del Trabajo Social a la formación

El Trabajo Social aporta de manera significativa a la formación abordando el panorama integral en relación al proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado. Uno de los enfoques clave es traducir los conceptos teóricos en situaciones concretas, logrando una comprensión más profunda.

Su contribución se centra en la importancia de la escucha activa, evitando prejuicios y reconociendo la diversidad de situaciones de vida. Desde una perspectiva social e interdisciplinaria, se busca ver a la población no solo como beneficiaria de los servicios de

salud, sino como participante activa en la construcción de su propia salud. La promoción de la salud se destaca como un proceso participativo y educativo, no limitándose a decir a las personas qué hacer, sino fomentando que tomen el control de su salud. Trabajar en redes, colaborar interdisciplinariamente y entender la intersectorialidad son elementos esenciales en esta mirada. Núñez (2008) define la noción de red como un conjunto de relaciones sociales que aportan atributos de contención, sostén, posibilidad de crecimiento. Un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico que posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Implica un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectiva. El concepto de red se vuelve fundamental para construir un conocimiento integrado y complejo.

"... Trabajar en redes, hablamos trabajar en forma interdisciplinaria, transdisciplinaria, intersectorialmente, sea la intersectorialidad es fundamental para trabajar en salud" (Entrevista 3)

Los coordinadores de ABP y ABC son trabajadores/as sociales, por su contribución en la comunidad ya que aporta un análisis detallado de la estructura comunitaria, identificando y presentando un mapa con las instituciones que conforman la comunidad. Organizan las guías metodológicas y fomentan la visión colectiva, y a su vez contribuyen con su conocimiento en la planificación de programas. Enriquecen la formación de los/as médicos/as, cultivando habilidades de diálogo y ofreciendo una preparación integral para la vida, independientemente de la especialidad médica elegida.

La importancia de la mirada, la escucha y la palabra se subraya como elementos cruciales en la interacción con las personas. La identificación de determinantes sociales y la

mirada estratégica permiten planificar intervenciones efectivas. Además, se enseñan habilidades prácticas como técnicas de observación y de entrevista.

"…cómo activar la escucha, que no sea prejuiciosa, no presuponer nada, porque hay diversas situaciones de vida de una persona" (Entrevista 2)

El aporte se extiende a estrategias para construir redes sociales y comunitarias, reintegrando a la persona en su entorno. El Trabajo Social enriquece la formación con una visión integral, crítica y participativa en la atención y promoción de la salud. Se identifica que hay un reconocimiento del TS por su formación teórica y metodológica que enriquece al desarrollo de competencias y habilidades para los futuros médicos/as y sobre todo en la construcción de estrategias creativas-participativas fundamentales para el trabajo en equipo.

"Es el lugar en el que el trabajador social se mueve como pez en el agua, trabaja con las guías metodológicas y le da la visión de lo colectivo." (Entrevista 12)

- Actividades pedagógicas llevadas a cabo por los docentes trabajadores sociales en la ESM

Las actividades pedagógicas llevadas a cabo por docentes de Trabajo Social tienen una connotación sumamente enriquecedora. En cada núcleo temático, se incorpora el paradigma de la complejidad, que sostiene que por medio de un enfoque empírico y racional, se llega a contradicciones que revelan una capa profunda de la realidad. Esta profundidad impide que la misma sea completamente traducida o comprendida mediante nuestra lógica convencional, reconociendo así que nada puede reducirse, ni es tan simple. "Si tenemos

sentido de la complejidad, tenemos sentido de la solidaridad. Más aún, tenemos sentido del carácter multidimensional de la realidad." (Morin, 1994, p. 100)

Dentro de estas actividades, se implementa una tarea de campo que involucra a los estudiantes en un relevamiento barrial. Este ejercicio no solo ofrece la oportunidad de recoger datos tangibles, sino que también invita a los participantes a reflexionar sobre las comunidades. Los resultados obtenidos luego se someten a distintos análisis conectando así la teoría con la práctica de forma materializada. El "escenario campo" como lo denominan, vinculado estrechamente con las comunidades, se considera crucial en la formación. Aquí es donde los estudiantes aplican sus conocimientos y habilidades en situaciones del mundo real, enfrentándose a la complejidad de la salud desde una perspectiva más amplia, contextualizando la misma en un territorio concreto. Pero entonces, ¿cuál sería la importancia de tener en cuenta lo territorial a la hora de concebir la salud desde un pensamiento complejo?. Según Carballeda (2015), el territorio a diferencia del espacio físico, se transforma permanentemente en una serie de significaciones culturales con implicancias históricas y sociales. El territorio es construido y nos construye, siendo un escenario por donde circulan los discursos que cumplen esa función. Transformando los espacios en lugares y viceversa, allí en ese encuentro, es posible que lo histórico social que atraviesa el territorio sea reconstruido. El territorio también puede ser entendido como una especie de relato cartográfico donde la acción se despliega a través de los lazos sociales que lo articulan y lo cargan de sentido. La intervención en lo social desde una perspectiva territorial implica salir a buscar y despertar las historias del territorio, que son las puertas de acceso a los barrios, las calles, plazas, etc. La vinculación con los espacios territoriales tiene que ver con que vivimos de historias, narraciones y recuerdos del lugar, ya sean propios o ajenos, por eso es importante rescatar lo cultural, como reconocimiento del sujeto, y valorización y respeto por la forma que el otro elige para vivir, y que es parte de una historia que permite analizar las

formas de la cuestión social situada, es decir "…Interpelar la cuestión social desde una perspectiva situada en nuestras coordenadas históricas y geográficas." (Gómez, 2013, p.2). Es así como la intervención se singulariza en espacios micro sociales, instituciones, familias, barrios, y a su vez ese lugar de lo micro está atravesado por lo macro y reflejado por lo territorial.

"Dado que el escenario Campo, está integrado a la asignatura de Epidemiología, prevalece el lugar del/la ts de la cátedra en la organización del trabajo en territorio, supervisión de las actividades de relevamiento, aplicación del Análisis de Situación de Salud." (Entrevista 5)

El enfoque pedagógico implica, luego de presentar el contenido teórico, la realización de talleres interactivos en casi todas las clases. Esto no solo refuerza el aprendizaje, sino que también fomenta la participación activa de los estudiantes. "Podemos definir el Taller, como tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización." (García, 1997, p.21). En el taller, los participantes colaboran activamente en una tarea específica, lo que transforma su papel de observadores a protagonistas en el proceso de aprendizaje. Cada sujeto se convierte en el foco de estudio mientras participa en el grupo, contribuyendo a un proceso colectivo de comprensión de la realidad. Esta dinámica tiene una coordinación cooperativa que promueve la democracia dentro del grupo. De esta forma, los estudiantes comprenden la importancia de la interdisciplinaria. Esto se refleja en estrategias de trabajo colaborativo que se aplican y practican durante la formación.

"Generalmente después de presentar el contenido teórico, tiramos disparadores y trabajamos en taller, casi todas las clases." (Entrevista 1)

Además, estos aportes favorecen a los estudiantes en la aprehensión de técnicas como la entrevista y observación para aprender a posicionarse, ejercitar la escucha y poder

expresarse con claridad. Estas habilidades son fundamentales para garantizar un trato justo y respetuoso a los sujetos de la intervención. Por su parte, la entrevista se considera una técnica fundamental en diversas disciplinas y profesiones. Se utilizan como un medio de intervención, es decir, para inducir algún cambio o modificación en los sujetos o grupos a los que se dirige. Esta herramienta junto con la observación, aspecto central en la entrevista, son la vía principal para comprender y al mismo tiempo generar el cambio que persiguen los objetivos profesionales. (Travi, 2006, p. 67)

"en la formación también se los entrena, digamos, lo que tiene que ver con hacer una entrevista bueno, cómo posicionarse, presentarse, escuchar, explicar es súper importante porque cuántas veces las personas se sienten incómodas con un profesional y no van más, eso no es justo porque es su derecho" (Entrevista 2)

En síntesis, la formación se estructura tanto en aspectos teóricos como prácticos, incluyendo actividades de campo, entrevistas y análisis de situaciones de salud. El objetivo es preparar a los estudiantes para un ejercicio profesional futuro que sea integral, interdisciplinario y centrado en el trabajo en equipo.

- Sistema de Salud

En el general de las entrevistas estaban de acuerdo con las contradicciones que pueden surgir entre la formación y el "deber ser" del sistema de salud que alude a prácticas integrales con un enfoque de derechos y una perspectiva de género y diversidad, en contraposición a lo real del sistema, correspondiente muchas veces a la despersonalización del sujeto, la falta de recursos, el poco tiempo asignado de atención, y demás situaciones.

La realidad a menudo se contradice con lo esperado y esto puede generar sentimientos de impotencia y frustración en los futuros médicos y médicas al toparse con los límites institucionales. De esta forma, se trata de hablar de instituciones discapacitadas con el sentido de vislumbrar la falta de capacidad que se genera a la hora de cumplir con su papel como efectoras de derechos, entendiendo en un aspecto más amplio del término, que toda institución (política, educativa, centros de salud, centros de salud mental, penitenciaria, entre otras), debe privilegiar a la persona como un sujeto de derechos y en torno a eso dirigir su función. Es de público conocimiento las falencias de las instituciones en relación a situaciones específicas, a las cuales no dan una respuesta certera por, muchas veces por no tener esta mirada integral sumado a la falta de recursos materiales y no materiales, y su verticalidad jerárquica. Las instituciones suelen fragmentar los cuerpos, trayectorias y subjetividades por su reducida capacidad de respuesta.

"la realidad muchas veces contrasta con los contenidos que uno ve y a veces hay mucha impotencia porque lo institucional tiene sus límites,entonces vos por ahí crees que vas a poder hacer un montón de cosas y no podes." (Entrevista 1)

"es real que a veces lo institucional,digamos tiene objetivos por ahí adversos a la idea la idea que el profesional tenga de trabajar, que puede ser esto turno cada 20 minutos porque bueno, les interesa la agenda llena, independientemente de la calidad de la atención, más lo cuantitativo, más el control" (Entrevista 2)

Por otro lado, algunos de los y las entrevistados/as afirman que la estructura vertical de las instituciones y las posibles limitaciones de recursos no se ven necesariamente como obstáculos insalvables, tomando una postura esperanzadora fundada en la capacidad crítica y resolutiva del profesional. La empatía y el respeto en las interacciones cotidianas, la

comunicación efectiva, el reconocimiento de la humanidad del sujeto y la necesidad de generar un vínculo, se consideran esenciales.

Se aboga por un enfoque en red, interdisciplinario y participativo que potencie los recursos disponibles. Se reconoce que los desafíos variarán según el entorno de trabajo elegido, pero la voluntad y la formación adecuada son herramientas cruciales para enfrentarlos. La enseñanza del "deber ser" se combina con la necesidad de pensar críticamente y proponer alternativas prácticas, involucrando a la comunidad y al sujeto en el proceso.

"no lo veo como una limitación" "...a ver, lo ideal es trabajar con los recursos necesarios, obviamente,pero yo creo que el trabajo te vuelvo a repetir,parezco un poquito utópica, pero bueno, el trabajo en red, el trabajo interdisciplinario,el trabajo con la participación de la población hacen que esos recursos puedan ser, o sea los pocos recursos que uno pueda tener sean potenciados desde otro lado." (Entrevista 3)

En este contexto, el sistema de salud, especialmente el sistema público, se presenta como el campo de batalla para el profesional pero también como un ámbito para generar cambios significativos. Aunque algunas cuestiones tienden a fragmentarse, se destaca que la formación puede dejar una huella positiva en este sentido. La lucha diaria es parte inherente del compromiso profesional, implica tener una mirada transversal, considerando las limitaciones y adaptándose de manera efectiva a cada situación. La práctica en el sistema de salud es compleja y desafiante, pero también corre por cuenta del profesional que hacer con eso y crearse las oportunidades para generar impacto y contribuir a cambios significativos. La formación integral, la visión crítica y el compromiso constante son los pilares para enfrentar y superar los desafíos en este campo profesional. La adopción de una nueva perspectiva es en sí misma una transformación.

"... los problemas van a estar, en mayor o menor medida, según el lugar que elijan, según la ciudad, según el lugar donde vayan a trabajar, no todos los caps de aca son iguales, ?me explico?, no todas las comunidades son iguales, si que puedan afrontar la resolución de problemas y tengan esa voluntad, y esa formación para hacerlo" (Entrevista 4)

➢ Valoración de lo social en la formación por parte de los y las estudiantes avanzados de la carrera de medicina

Teniendo en cuenta la visión de estudiantes avanzados en la carrera de medicina en la ESM, coinciden en otra forma de ver el "ser médico/a" a partir de los aportes de las Cs. sociales, por valorar un enfoque menos verticalista y más igualitario, centrado en la empatía y la atención holística que considera los aspectos psico-sociales en la vida del sujeto. Además, por incorporar una perspectiva más humana y social, cuestionando el modelo médico hegemónico, lo cual les permite vincularse desde otro lado con las personas considerando su contexto al abordar problemas de salud, así como también buscar cambiar el enfoque biomédico y adoptar una mirada más humanística.

"En mi punto de vista se modificó el rol del médico y el rol del paciente. Ya no se trata de una atención verticalista, hegemónica, sino un trato de igual a igual. Siendo empático, escuchando al paciente, brindando una atención holística, pensando no solo en lo biológico sino también cómo afecta lo psico-social en la vida del mismo." (Estudiante 1)

"La idea de médico hegemónico, donde el médico tiene el conocimiento biomédico, y el contexto no importa , y el paciente tiene que hacer caso a lo que dice el médico. Ese modelo con los aportes de las ciencias sociales se terminó. O por lo menos es lo que se intenta con esta currícula." (Estudiante 2)

Resaltan la importancia de la interdisciplina en el ámbito de la salud, sobre todo cuando se trata de brindar una atención completa a las personas, considerando que la colaboración entre diversas disciplinas es crucial para proporcionar un cuidado integral. Esta sinergia entre profesionales de distintas áreas no solo eleva la calidad de la atención médica, sino que también desempeña un papel fundamental en la prevención por ejemplo, del abandono del tratamiento por parte de las personas con enfermedades crónicas, una cuestión destacada por una/o de los/las estudiantes.

"Creo que es algo que se debe aplicar siempre que se pueda en los lugares donde haya un equipo de trabajo. Generar una atención integral del paciente, nos permite un seguimiento asegurado del mismo, más que nada en pacientes con ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles) que lamentablemente son los que más dejan de ir a atenderse por no tener un equipo que siga su caso y los controle periódicamente." (Estudiante 1)

En cuanto a las prácticas comunitarias que forman parte de la formación, las experiencias vividas durante jornadas de promoción y prevención en diversos barrios representaron, según sus relatos, un componente fundamental en la ampliación de su visión como futuros profesionales de la salud. Estas vivencias han contribuido significativamente a enriquecer la comprensión, llevándolos más allá de la perspectiva puramente biológica para abrazar una mirada más holística e integral de la atención médica. Participar activamente en los distintos escenarios les permitió adentrarse en la complejidad de las realidades sociales que influyen directamente en la salud de las comunidades, ya que enfrentarse a contextos diversos, les enseñó a reconocer la interconexión entre los factores biológicos y los determinantes sociales de la salud. Esta experiencia práctica ha subrayado la necesidad imperante de considerar no sólo las cuestiones médicas tradicionales, sino también las dimensiones culturales, económicas, emocionales y vinculares que impactan en la salud de

las personas. Asimismo, estas prácticas fomentan el desarrollo de habilidades interpersonales y de comunicación, permitiendo a los y las estudiantes establecer un vínculo más estrecho con los sujetos.

"En la manera donde logramos vincularnos con las personas , donde poder entender todo el contexto y no sólo el problema de salud que está transitando. El poder reconocer a la persona como un todo, con toda la situación que lo rodea, logra que el abordaje que podemos hacer como futuros médicos sea mucho más eficiente." (Estudiante 3)

A partir de las entrevistas, se identificó que solo un entrevistado/a reconoce que no tiene un conocimiento claro sobre cómo contribuye el Trabajo Social al ejercicio médico, mientras que la mayoría valoriza sus aportes en la formación médica, por entender que proporciona herramientas que facilitan la vida de las personas en diversos aspectos, y que brinda ayuda social que impacta positivamente en la atención médica.

"Creo que hacen un trabajo muy importante, brindando toda la ayuda social a aquellos pacientes que realmente lo necesitan. Y esto retribuye de forma positiva a la hora de atender al paciente nuevamente." (Estudiante 1)

"El trabajo social en la medicina es muy importante. Me tocó estar en los caps y el rol que cumplen es fundamental, acompañan , se comprometen en dar soluciones para que la vida de las personas sea un poco más fácil, desde conseguir un remedio, una ayuda social, escuela, trabajo, violencia, alimentación, etc." (Estudiante 3)

En síntesis, la formación médica evolucionó hacia una visión más completa y colaborativa, reconociendo la importancia de considerar el entorno social en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Según sus dichos, aprendieron a ver la salud como un derecho fundamental, priorizando a las personas en su totalidad y no solo desde una mirada

biomédica. Este cambio en la formación los prepara para ser profesionales de la salud más conscientes y sensibles, capaces de abordar los desafíos complejos que enfrentan las personas en su vida cotidiana.

"La escuela superior de medicina me enseñó a entender la salud como un derecho donde la prioridad es la persona en su contexto personal, económico, social y cultural. Respetando su cultura . A tratar a las personas con empatía, que son personas y no patologías. Poder transitar espacios de prácticas en barrios y salidas a la comunidad donde el aprendizaje fue siempre hermoso y entender los determinantes y la determinación social de cada comunidad . Siempre se nos enseñó que no era importante saber medicina, sino hacer medicina, ayudar a las personas, acompañar, respetando la dignidad de cada persona." (Estudiante 3)

Consideraciones finales

Los aportes de Boaventura de Sousa Santos (2010) pueden relacionarse directamente con el tema abordado, al cuestionar y ofrecer alternativas a la manera en que se aborda la salud y la enfermedad en el ámbito de la medicina tradicional. Su propuesta de la ecología de saberes y la traducción intercultural implica reconocer y valorar múltiples formas de conocimiento. Esto contrasta con el modelo médico hegemónico, que tiende a dar prioridad a los conocimientos biomédicos y a veces menosprecia otros saberes. Al introducir la sociología de las ausencias y emergencias, destaca la necesidad de superar las limitaciones y omisiones en la comprensión convencional de la salud y la enfermedad. Estos enfoques desafían la rigidez del modelo médico hegemónico, que a menudo no reconoce la diversidad de realidades y contextos sociales.

Las epistemologías del sur representan una perspectiva epistémica, ética y política que aboga por nuevos procesos de producción, de valorización de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas interconexiones entre diversas formas de saber. Esto se origina a partir de las experiencias de clases y grupos sociales que han experimentado de manera sistemática la devastación, opresión y discriminación ocasionadas por el capitalismo, el colonialismo y todas las naturalizaciones de la desigualdad que han surgido de manera inherente.

Tradicionalmente, la medicina ha abordado las enfermedades como entidades aisladas, dejando de lado a la persona que las atraviesa. En este sentido, Amarante (2009) cita los aportes de Franco Basaglia quien propone algo distinto: suspender temporalmente la noción de enfermedad para dirigirse directamente al sujeto y su vivencia. Esto implica no desconocer la presencia de la enfermedad, sino cuestionar el enfoque convencional que la objetiva.

Al poner la enfermedad entre paréntesis, se cuestiona el modelo tradicional adoptado por la biomedicina, que suele cosificar al sujeto. Este cambio de perspectiva resalta a aquellas personas que solían pasar desapercibidos, permitiéndonos conectarnos con sus rutinas diarias, proyectos y aspiraciones.

La estrategia de la enfermedad entre paréntesis amplía la noción de integralidad en el ámbito de la salud, poniendo más énfasis en la experiencia humana y menos en la enfermedad como entidad separada.

> La idea de la enfermedad entre paréntesis puede ser entendida como una actitud de producción de conocimiento que significa la suspensión de un determinado concepto e implica la posibilidad de nuevos contactos empíricos con el fenómeno en cuestión que, en este caso, es la experiencia vivida por los sujetos. (Amarante, 2009, p.63)

Lo que lleva a comprender que no todo es tan lineal, no todo tiene que ver con lo biológico, y de allí la importancia de incorporar un factor que tiene que ver con la forma de vida, con el entorno.

En este encuadre de análisis, se puede inferir que la formación en Cs. Sociales y Humanísticas en el caso de las y los estudiantes de medicina de la ESM de la UNMDP, representa un proyecto innovador y valioso por su integralidad. El mismo abre un camino reflexivo con respecto a la relación médico - sujeto. Dicho proyecto se inicia desde un diseño de plan de estudios que prioriza, principalmente en los primeros años de la carrera, una formación integral de la salud.

El diseño curricular visibiliza la construcción gradual de un perfil profesional que ejerza un modelo médico socio comunitario. El mismo pone el acento en las personas como sujetos históricos sociales situados, en un contexto en el que existen los llamados multi

determinantes. Esto se demuestra con las distintas prácticas que realizan los/as estudiantes en los denominados escenarios que proponen un cambio en la forma tradicional de dar clases al incluir experiencias de campo basadas en problemáticas reales.

La incorporación de docentes de las Cs. Sociales y Humanísticas se posibilita a partir de su integración a los diferentes equipos de cátedra según las unidades de aprendizaje. Ese diagrama es llevado a cabo con criterios interdisciplinarios basados en la complementariedad de aportes que permitan la construcción de saberes integrados.

El aporte de las Cs. Sociales favorece a la formación de los futuros médicos en la integración de conocimientos y en la comprensión de lo humano en el proceso de salud - enfermedad - atención - cuidado. Colaboran desde su incorporación en la formación de profesionales médicos/as críticos que puedan interpretar la realidad sin naturalizarla. Los docentes de dichas ciencias hacen visible la importancia de la transversalidad de saberes en función del desarrollo del conocimiento científico, que en este caso incorpora lo colectivo y lo comunitario. El campo formativo de estudio integra la apropiación de saberes basados en la importancia de la vida cotidiana y de la reproducción social, para la comprensión de las diferencias sociales y desigualdades.

Se distingue de manera significativa la incorporación de trabajadores sociales como docentes en la carrera de medicina. Ello se relaciona con la representación social de la profesión por su labor en los equipos de salud. El Trabajo Social en el ejercicio de la docencia contribuye al acercamiento de los estudiantes a lo socio comunitario entendiendo la influencia de los contextos en relación a lo cotidiano del sujeto y sus lazos sociales, y su incidencia en el proceso salud - enfermedad- atención- cuidado. Su inserción favorece la comprensión de las diferentes situaciones sociales, partiendo de la idea de que las personas son parte de la realidad, ya sea como protagonistas o como víctimas. Es decir, sujetos u objetos.

Desde el TS se diseñan alternativas pedagógicas colaborativas con los equipos de cátedra que favorezcan aproximaciones graduales de los estudiantes a nivel comunitario e institucional. Dicha capacidad se ve legitimada por ser profesionales que intervienen en la cotidianidad de la persona en el esquema territorial.

"… Es nuestra tarea reconocer ese padecimiento individual como expresión del problema que se encuentra por detrás. En consecuencia, el abordaje tiene que ser colectivo e integral, tiene que necesariamente ser pensado en su dimensión comunitaria y su dimensión política por articular una propuesta de intervención que alcance mayores niveles de eficacia." (Matuseviciux, 2015, p. 246)

Teniendo en cuenta esta mirada, se valora positivamente que el plan de estudios refleje una orientación comunitaria. Esto significa que el enfoque no se limita únicamente a entender la salud y la enfermedad como eventos individuales, sino que reconoce la importancia de comprender a las personas dentro de sus contextos cotidianos, considerando aspectos culturales, creencias y prácticas diarias. En otras palabras, su diseño reconoce que la salud de una persona no se puede separar de su entorno y contexto social. Según esta perspectiva, las y los estudiantes deberían abordar el proceso de salud-enfermedad teniendo en cuenta una variedad de factores que influyen en dicho proceso. Esta apreciación resalta la necesidad de una visión holística y comunitaria en la formación de profesionales de la salud, que va más allá de simplemente tratar enfermedades individuales.

En cuanto a lo pedagógico y sus recursos se distinguen modalidades de tipo taller, análisis de videos, films documentales, observación institucional y barrial, que hacen énfasis en el trabajo vivencial en referencia a la aceptación de los sujetos y sus diferencias (étnicas, culturales, sociales, económicas, políticas, etc) evitando un pensamiento categórico - prejuicioso que limite la relación médico-sujeto. Se destaca la formación a partir del trabajo

en grupo promoviendo a través del debate una actitud crítica que le permita poner en tensión distintas situaciones.

Es importante visibilizar y difundir la influencia del trabajo social en la ESM, resaltando sus aportes que se asocian con el establecimiento de la relación médico-sujeto a partir de un enfoque de derechos con perspectiva de género y diversidad, admitiendo lo que forma parte de la historicidad del sujeto. Como Simonotto (2006) afirma se debe desnaturalizar situaciones que por crónicas y cotidianas se ubican en el lugar de lo inamovible, obturando la posibilidad de cambio en pos de generar espacios dentro de la atención pública que contemplen como una obligación ética la perspectiva de los derechos humanos en salud.

Esta incipiente producción intenta ser un disparador en la temática de la contribución de las Cs. sociales y Humanísticas y específicamente, a la inserción del TS en la formación médica.

En esta línea, se intenta abrir un camino de debate que posibilite la recuperación de hallazgos y la construcción de nuevas tendencias de trabajo.

Bibliografía

- Araneda Alfero, L. (2005). *Trabajo Social Latinoamericano*. Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial.* Editorial Topia.
- Autoridades del Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires (2023). *Código de Ética Profesional.* Trabajo Social de la Provincia de Buenos Aires.
- Barros da Silva, W. y Delizoicov, D. (2008). *Reflexiones epistemológicas en las Ciencias de la Salud.* Revista de Humanidades Médicas Vol. 8 Núm. 2-3 Ciudad de Camagüey, Cuba.
- Breilh, J. (2008). *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud.* Epidemiología crítica. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Brissón, M.E., Galli, A. (2005). *Conferencia Argentina de Educación Médica: agendas, aportes y temas emergentes.* Educación Médica, Vol. 8, Núm. 1 Buenos Aires, Argentina.
- Campos Vidal, J. (1996). *Redes y el Trabajo Social*. Taula, quaderns de pensament (UIB)
- Carballeda, A. (2005). *Del orden de los cuerpos a la fragmentación de la sociedad*. PUC/ SP. São Paulo.
- Carballeda, A. (2017). *"La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones".*
- Carballeda, A. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas.* Margen N° 65
- Carballeda, A. (2016). *El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social.* Margen N°82.

- Carballeda, A. (2016). *¿Qué nos hace ser trabajadores sociales? ¿Por qué el Trabajo Social?*. // *https://www.fhycs.unam.edu.ar/carreras/wp-content/uploads/2019/03/texto-cursillo-2019-Qu%C3%A9-nos-hace-ser-trabajadores-sociales-CARBALLEDA.pdf*
- Carballeda, A. (2010) *La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales.* Trabajo Social UNAM. VI Época, Número 1
- Cátedra Supervisión. (2020). Seminario de extensión curricular *"Intervención en lo Social con Enfoque de Derechos"*. Fcsyts/ Unmdp
- Dasilva, F. B. (2010). *El pensamiento de Merleau Ponty: la importancia de la percepción*. MIRÍADA. Año 3, Núm. 6. Universidad del Salvador. Facultad de Ciencias Sociales.
- DHR (2011). *El Trabajo Social y la Atención en Salud (Los inicios)*. E- Voluntas.
- Echeverri Hernández, J. V. (2010). *Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud*. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. Num. 2
- Edgar, L. (2016). *Obstáculos a la interdisciplina en la clínica de la discapacidad.* VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Eroles, C. (2006). *Famia(s), estallido, puente y diversidad: una mirada transdisciplinaria de derechos humanos*. Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Fernández Sacasas, J. A. (2012). La triangulación epistemológica en la interpretación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina. Educ. Med Super. Vol.26 Num.3 Ciudad de la Habana, Cuba.

- Galeano, D., Trotta, L., Spinelli, H. (2011). *Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida.* Salud Colectiva.
- Garcia, D. (1997). *El grupo. Métodos y Técnicas Participativas.* Editorial Espacio. Buenos Aires.
- García Fallas, J. (2005). *El otro: Un encuentro con el pensamiento moral de Sartre.* Rev. Filosofía Univ. Costa Rica
- Gelsi, P. (2011). *Transferencia y empatía*. Ciencias Psicológicas. Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.
- Gestal Otero, J., Leston, M. (1990). *¿Qué es la Medicina Preventiva y Salud Pública?*. // https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/373/pg_064-077_adaxe6.pdf?sequence=1
- Gómez, A. (2013). *Desde el pie. Reflexiones sobre el Trabajo Social desde el suelo en el que lo apoyamos.* Buenos Aires, Argentina: Margen N° 71
- Hermida, M. E. y Meschini, P. (2017). *Trabajo Social y descolonialidad. Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social.* Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata 3 de Febrero 2538 / Mar del Plata / Argentina.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos.* Revista Panamericana de Salud Pública.
- Jaramillo Antillón, J. (2005). *Historia y filosofía de la medicina.* San José, C.R.: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social: Una introducción desde el construccionismo.* Segunda edición. Grupo Editorial Lumen.

- Laurell, A. C. (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina.* Cuadernos Médico Sociales Nº 37.
- Libreros Piñeros, L. (2012). *El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad.* Revista Cubana de Salud Pública. // https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38n4/spu13412.pdf
- Lima, A. (2016). *Definición global del trabajo social en Melbourne 2014.* Revista nº 2017, de Treball Social
- Lopez, S. (2006). *El sistema de salud argentino.*
- Martinelli, L. (1992). *Servicio Social: Identidad y alineación.* Cortez Editora, São Paulo.
- Ministerio de Salud Argentina. (2023). *Cobertura de salud en Argentina: Año 2022.* Ministerio de Salud de la Nación - Secretaría de Equidad. Buenos Aires. // https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. (2021). *Perspectiva de género y diversidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial MinGéneros // https://editorial.mingeneros.gob.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/26/Perspectiva%20de%20g%c3%a9nero%20y%20diversidad%20-%20MMGyD.pdf?sequence=20&isAllowed=y
- Menendez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes*. Alianza Editorial Mexicana. México, D.F.
- Méndez, R., Wraage D., Costa, M.A. (2012). *Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico.* Prospectiva Núm. 17

- Michalewicz, A., Pierri, C., Ardila-Gómez; S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado: elementos para su conceptualización.* Anuario de Investigaciones, vol. XXI. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
- Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C., Miani, A. (2018). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Pública.* ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1. Num. 2.
- Núñez, R.A (2008). *Redes comunitarias: Afluencias teórico- metodológicas y crónicas de intervención profesional.* Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.* 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A62/9
- Prat-Corominas, J. y Oriol-Bosch, A. (2011). *Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios.* Educ. Méd. vol.14 no.3 //https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000300003
- Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100
- Programa de Publicaciones Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Juan César García entrevista a Juan César García.* Medicina Social. Vol. 2, Núm. 3 // https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/juan_cesar_garcia_entrevista_a_juan_cesar_garia_pdf.pdf
- Programa de la residencia de trabajo social en salud (1998). La Plata // https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/programas/Trabajo_social.pdf
- Robles, C. (2007). *La intervención pericial en trabajo social: orientaciones teórico-prácticas para la tarea forense.* Editorial Espacio, Buenos Aires.

- Rodríguez Sánchez, R. A. (2008). *La evolución de la concepción de enfermedad en John Locke: El Galenismo y la Iatroquímica.* Thémata. Revista de filosofía. Núm. 40
- Rojas Ochoa, F. (2009). *Salud Pública. Medicina Social.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Rovere, M. (2016). *El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estrategias y Opacidades.* Revista: Debate Público. Reflexión de Trabajo Social - Artículos centrales.
- Rozas Pagaza, M. (2010). *La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea.* O Social em Questão. Núm. 24
- Salud Pública Educ. Salud. (2002). *Declaración de Alma-Ata.*
- Santos, B. S. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder.* Montevideo: Ediciones Trilce.
- Santos, B. S. (2006). *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. Buenos Aires: CLACSO.
- Sautu, R. (2005). *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación.* Editorial Buenos Aires: Lumiere.
- Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina.* Buenos Aires: Salud Colectiva.
- Spinelli, H. (2022). *Abraham Flexner: trayectoria de vida de un educador.* Salud Colectiva
- Stolkiner, A (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. Posadas. Argentina.
- Travi, B. (2006). *La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social.* Editorial Espacio. Buenos Aires.

- Universidad Nacional de Mar del Plata (2015). *Diseño Curricular de la Carrera de Medicina.* Unmdp.
- Valdez Garcia, J. E. (2007). *Desarrollo histórico de la Medicina científica*. Revista de Divulgación Médico Científica AVANCES Vol. 4 Núm.12.
- Valenzuela Contreras, L.M. (2016). *Contreras La salud, desde una perspectiva integral.* Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte. Montevideo, Uruguay.
- Vélez Restrepo, L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas.* Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Vetere Pablo, E. (2006). *El Modelo Médico Hegemónico y su reproducción en el Perfil de Médico que promueve la Fac. Cs. Médicas de la U.N.L.P.* [tesis, Universidad Nacional de la Plata]. FaHCE/ UNLP.
- Vitalino Echeverri Hernández, J. (2010). *Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud.* Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 2(2). // http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000200005

Anexo

Guía de preguntas

DOCENTES DE LA ESM:

- ¿Se desempeña laboralmente en la actualidad en el área de la salud? si/no. ¿Cuál? En caso de que la respuesta sea negativa, ¿trabajó con anterioridad en dicha área?
- ¿Por qué y de qué forma considera que la carrera de medicina en la ESM incorpora a las Ciencias Sociales y Humanísticas en su formación?
- ?Cuál es su aporte específico desde su profesión/rol en relación a:

A. ¿La formación integral de los estudiantes de medicina?
B. ¿La estructura del sistema público de salud (en relación a posibilidades, limitaciones)?

- ¿Qué actividades pedagógicas se implementan para dichos fines?

A. actividades teóricas (análisis de autores, investigaciones)
B. prácticas (visitas institucionales, análisis de casos, etc)

- ¿De qué manera cree que el estudio de las Cs. sociales contribuyen en la relación médico - sujeto? ?Y a la comprensión de lo socioeconómico, cultural y político como factores etiológicos en la aparición de la enfermedad?
- ¿Cómo considera que los estudiantes valoran e incorporan los aportes de la cátedra? ¿De qué forma lo determinan?
- ¿Considera que dicha formación aporta a los distintos niveles de atención de la salud, o privilegia algunos de ellos? De ser así, ¿cuál?
- ¿Cuál es tu opinión en relación a la formación integral a la que apunta esta unidad académica, y la realidad con la que puede encontrarse el futuro profesional en el

sistema de salud? (asignación de escaso tiempo de atención, falta de recursos en general, etc., limitando la comprensión holística como parte del proceso de atención)

- ¿Se articulan las distintas asignaturas referidas a las Cs. Sociales y Humanísticas? ¿Cómo lo hacen?

DIRECTOR DE LA ESM:

- ¿Cómo surgió la idea de un enfoque con una orientación comunitaria con valoración de la formación social? Y con qué lógica?
- ¿Qué estrategias se establecieron/ establecen en función de ese objetivo?
- ¿Cómo cree que contribuyen las Ciencias Sociales a la formación médica?
- ¿Qué aportes considera que le brinda el Trabajo Social a la formación?
- Cual es su opinión en relación a la formación integral a la que apunta esta unidad académica y la realidad con la que puede encontrarse el futuro profesional en el sistema de salud (asignación de escaso tiempo de atención entre persona y persona, falta de recursos en general, etc., limitando la comprensión holística como parte del proceso de atención)?

ENTREVISTA 2 DIRECTOR:

- ¿En que consta el curso que realizan los docentes previo a formar parte de la ESM?
- ¿Se hacen capacitaciones docentes en diversos temas?
- ¿Por qué se incorporó el trabajo social en la formación?
- ¿Crees que surgen tensiones y contradicciones en la interdisciplina?.

ESTUDIANTES AVANZADOS DE LA ESM:

- ¿Por qué elegiste la Escuela Superior de Medicina para tu formación académica?

A. Es gratuita
B. Por su currícula
C. Por recomendación
D. Otros motivos

- ¿Qué aportes incorporaste en relación a tu formación social/comunitaria que obtuviste en la carrera?
- ¿Qué asignaturas crees que contribuyeron para valorar la importancia de lo social en tu formación médica? ¿Por qué?
- ¿De qué manera capitalizas los aportes de las cs. sociales en cuanto a la relación médico - persona?
- ¿De qué forma te sirven o te van a servir tales aportes?
- ¿Realizaste durante la formación prácticas comunitarias? Enunciar de qué tipo y con qué frecuencia.
- Con respecto a la idea que tenías previamente a ingresar a la carrera de medicina de lo que es "ser médico/a", ¿qué cosas prevalecen y cuales se han modificado a partir del aporte de las Ciencias Sociales?
- ¿Qué pensas de la interdisciplina en el área de salud?
- Tanto en tu formación como en las prácticas, ¿tuviste contacto con Trabajadoras/es Sociales? ¿De qué forma?
- ¿En qué crees que el Trabajo Social contribuye al ejercicio médico?

HOJA DE INFORMACIÓN

Título del estudio: “La especificidad de lo social en la formación académica de la Escuela Superior de Medicina, de la Universidad Nacional de Mar del Plata”

Institución patrocinante del estudio: - UNMdP

Investigadores: Gonzalez Morel, Daira

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 su rol en ella como participantes.

La presente investigación se enmarca en la tesis de grado de la carrera Lic. en Trabajo Social de la Facultad de Cs. de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.-y se titula: “La especificidad de lo social en la formación académica de la Escuela Superior de Medicina, de la Universidad Nacional de Mar del Plata”

La meta de este estudio es indagar acerca del papel que cumplen las disciplinas sociales y humanísticas en el recorrido formativo de los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en relación a una visión integral de la salud.

El estudio respeta los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Declaración de Helsinsky y la Ley 11044 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, su decreto reglamentario, la ley 25316 de Protección de Datos Personales.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en un cuestionario semi estructurado. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y no le ocasionará ningún daño. La información recabada será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Por lo tanto, sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

El resultado de este estudio estará disponible en publicaciones científicas y puede solicitarlo si lo desea.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le pareciera incómoda, tiene usted el derecho de no responder.

De tener dudas/requerimientos sobre su participación en este estudio, puede contactarse a: marielafeduci@gmail.com

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento Informado

Título del estudio "La especificidad de lo social en la formación académica de la Escuela Superior de Medicina, de la Universidad Nacional de Mar del Plata"

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, de la Facultad de Cs.Sociales y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. He sido informado/a de que la meta de este estudio realizado según la Declaración de Helsinki (2013), la Ley 11044 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y otras normativas vigentes es indagar papel que cumplen las disciplinas sociales y humanísticas en el recorrido formativo de los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en relación a una visión integral de la salud.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario semi estructurado, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos y no me ocasionará ningún riesgo.

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 informado 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.

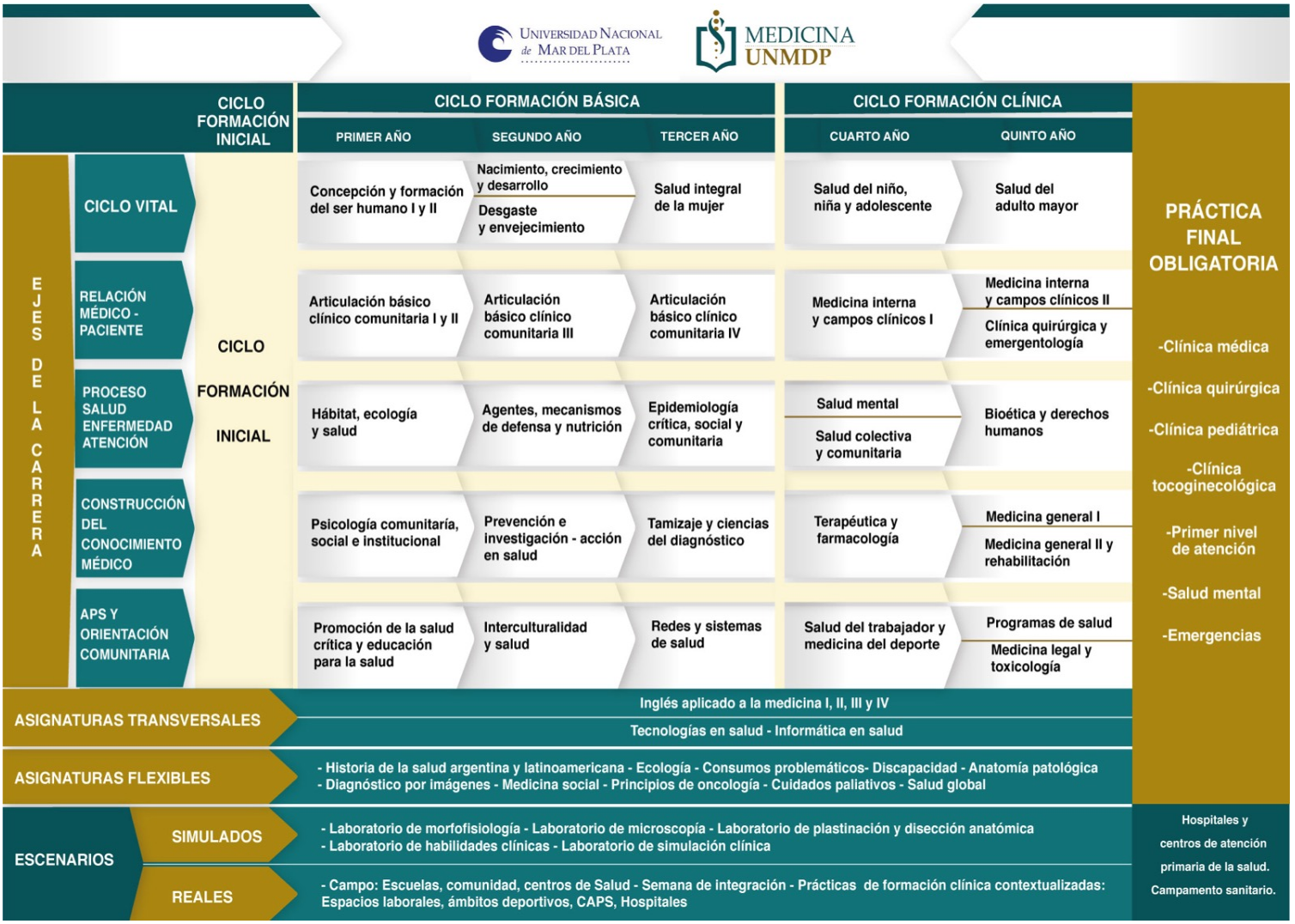
De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a: marielafeduci@gmail.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento se me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

---------- ---------- ----------

Nombre del participante Firma del participante Fecha

Diseño curricular de la ESM



(Universidad Nacional de Mar del Plata, 2015)