

UNIVERSIDAD NACIONAL de la PATAGONIA SAN JUAN BOSCO

Especialización en Docencia Universitaria

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**Interdisciplina como modalidad de práctica docente en la Carrera de
Medicina en la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud-
Sede Comodoro Rivadavia**

CHUBUT

(Tutor: Prof. Dr. Roberto Follari)

**Autora: María Elisabeth CLAROS
3º Cohorte - Año 2018**

Tabla de contenido

Agradecimientos:	4
Introducción:.....	5
La Carrera de Medicina en la UNPSJB:	6
Diseño curricular de la carrera:	7
Perfil de las médicas y médicos que egresan de la UNPSJB:	10
El recorte de la práctica docente analizada:	11
Problematización del tema. ¿Por qué es relevante?	14
Preguntas de investigación:.....	15
Objetivos:	16
Objetivo general:.....	16
Objetivos específicos:.....	16
Marco teórico:	17
Estado de la cuestión:	22
Artículos científicos seleccionados y analizados:.....	23
La Ciencias Médicas y las Ciencias Sociales en la Carrera de Medicina:	25
La interdisciplina como estrategia para la enseñanza:.....	28
Comunidad de Aprendizaje e Interdisciplina:.....	29
Nuevas formas de pensar el sistema sanitario:.....	35
Propuesta metodológica:.....	36
Fuente primaria:.....	36
Fuentes secundarias:.....	37
Cronograma definitivo.....	38
Entrevistas realizadas:.....	39
Entrevista N° 1- Mg. Ma. Caterina Milone	39
Entrevista N° 2- Med. Vet. Alejandra Sandoval	48
Entrevista N° 3 Lic. Gloria Alvarado	55
Entrevista N° 4 José Manuel Corchuelo Blasco	58
Entrevista N° 5 Dra. Guillermina Oviedo	69
Entrevista N° 5 Dr. Gabriel Sebastián	78
Entrevista N° 6 Sebastián Núñez.....	86
Entrevista N° 7 Tzenka Génova.....	98
Posibles conclusiones para pensar la interdisciplina en el eje socio-médico:.....	112
Ejes temáticos posibles de abordarse a través de la interdisciplina:	116
Concepción político legal de la “salud”	117
Determinantes sociales: la mirada de una salud colectiva	119

La salud mental y los equipos interdisciplinarios de salud:	122
La perspectiva de género en salud.....	126
Posible evaluación en el tiempo:.....	130
Bibliografía del marco teórico:.....	131
Bibliografía general:	132
Anexos documentales	134
Anexo A Listado de docentes del eje socio médico	134
Anexo A1 “Guía de preguntas para entrevista a docentes”	134
Anexo B “Anexo B “Instrumento de encuesta a estudiantes”	134
Resultado Encuesta Estudiantes de la Carrera de Medicina.....	134
Programa de Investigación en Salud y Bioética 2019	134
Programa de Salud de la Comunidad Año 2019.....	134
Resolución CDFCN N° 458/13 Plan de Estudio Carrera Medica	134
Resolución CDFCNyCS N°286/18 Reglamento de Trabajo de Campo	134
Resolución CDFCNyCS N° 617/18 Creación Observatorio de Salud (FCNyCS)	134
Resolución CDFCNyCS N° 344/19 Integración Observatorio de Salud.....	134
Resolución CS N° 67/20 Aprobación Proyecto TIF	134
Resolución DFCNyCS N°471/2021	134

Agradecimientos:

“...la experiencia está en el centro como búsqueda de un hilo narrativo, ya no de la memoria del yo, sino de la memoria y la construcción de un lazo que pone en evidencia el doble mecanismo de enlace y separación, de atadura y corte, de identidad y diferencia.

Somos feministas porque no estamos solas, pero somos feministas también porque alguna vez estuvimos solas o creímos estarlo. Buscamos un lazo que se teje resistente para hacer red entre cuerpos con potencia de enjambre”.

Marta Dillon en Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización.

A mi hijo Jesús que transcribió extensas entrevistas y ayudó a compaginar este trabajo en un mar de archivos, programas e índices.

A mis compañeros de cátedra en Salud de la Comunidad; Gabriel, Sebastián, Alexia y Axel con los que comparto la apasionante tarea de habitar las aulas de la universidad pública en la Patagonia.

A mis compañeras de ruta en este trayecto formativo, Gloria, Caterina, Renata y Maite, quienes me recordaron que las situaciones educativas no se agotan en el aula. Aprendemos y enseñamos en la convivencia con otrxs, cuidando, con nuestra palabra, con nuestras acciones, con nuestras singularidades y también con nuestras carencias.

A mi profesor y tutor el Dr. Follari, quien me dedicó su tiempo, su escucha paciente y guió este proceso de escritura con calidez, generosidad y rigor académico.

A todxs ellos les quiero agradecer que este recorrido haya sido como fue. Me demostraron que es posible pensar ámbitos académicos alimentados por relaciones generosas y simétricas. Que la rigurosidad y compromiso académico pueden convivir con la calidez y la amorosidad. Pero principalmente, me recordaron que la práctica docente debe ser necesariamente colectiva y feminista.

Gracias,

Introducción:

Enseñar es un oficio, así lo propone Antelo (2011) haciendo referencia a lo artesanal y creativo de la tarea. Habita en él una cuota de autoría personal y de aventura, ya que significa generar una influencia transformadora aún a riesgo de no poder dimensionar su destino y lo que es más angustiante aún, nos exponemos a ser tratadxs¹ con indiferencia.²

Del mismo modo, en toda situación educativa subyace una intencionalidad, se plantean concepciones y visiones de mundo, anhelos y utopías que atraviesan el territorio del aula. Esta direccionalidad, tal como lo señala Freire (2009), hace del acto educativo, un acto eminentemente político y ético.

A partir esta concepción política y ética de enseñar y mediante la experiencia como docente universitaria en la Carrera de Medicina, se propondrá en este trabajo final integrador, explorar la interdisciplina y su incorporación a las aulas en los procesos formativos de médicos y médicas.

Esta producción tan dedicada pretende socializar con la comunidad universitaria de la UNPSJB lo adquirido en el trayecto formativo de la Especialización en Docencia Universitaria (EDU). Y en igual sentido plantea reconocer las carencias de nuestro quehacer docente y a la vez, reflexionar sobre él. Aventurarnos a decir que el camino para una práctica enriquecida y emancipadora es, desde la perspectiva de este trabajo, seguir estudiando y aprendiendo.

¹ Respecto de la utilización del *lenguaje inclusivo* en la redacción de este trabajo asumo la transición que el proceso de institucionalización del mismo demande. A lo largo del texto utilizo las formas “las y los” cuando es posible o bien la “X” cuando el texto sólo admite el genérico masculino. En relación a las tensiones alrededor de la preservación y transformación de la lengua española, discutidos en varios encuentros de la EDU, recupero lo expresado por la escritora **Ma. Teresa Andruetto** en la apertura del Congreso Internacional de la Lengua Española (2019). “*La lengua es mucho más que sus reglas.-Afirma la escritora...-Necesitamos que la academia, en su rol de institución reguladora, lo haga de una manera más justa y sin una pretensión de uniformidad que homogeniza e invisibiliza la diversidad*”. El discurso está disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=BPbQXEzXAFw>

² Antelo recupera de Roudinesco, E. (2004) el “Derecho a la indiferencia” dejando de manifiesto que aprender es una decisión y aquello que él o la docente intenta, enseñar, o bien guiar, u orientar, puede resultar indiferente al estudiante. En ese sentido, el ejercicio efectivo del derecho a ser indiferente no debería afectar el “acto educativo”, por el contrario, deberíamos como docentes, contemplar esa reacción y pensarla críticamente.

La Carrera de Medicina en la UNPSJB:

Para guiar la comprensión de este informe resulta necesario hacer un recorrido previo por la documentación que plasma las decisiones académico-institucionales de la incipiente carrera. A tal efecto, se recupera del Plan de estudio de la Carrera de Medicina. La Res. CDFCN N° 458/13 y sus anexos junto con las referencias necesarias para fundamentar la propuesta de este trabajo.

“La creación de la Carrera de Medicina en el contexto de la UNPSJB está justificada sobre basamentos sociales, indicadores de salud, problemáticas de la población y estímulo a los futuros estudiantes universitarios”³.

*“El desarrollo de la Carrera debe ser un instrumento válido, capaz de despertar **actitudes vocacionales** en el área de salud, en la que futuro médico pueda interpretar la necesidad de formarse responsablemente para constituir un aporte importante en el mejoramiento de la salud de la población.”⁴*

*“...la Facultad de Ciencias Naturales de la UNPSJB, al incorporar la carrera de Medicina al ámbito de las ya existentes carreras relacionadas con la Salud, refuerza su capacidad protagónica en la transformación de la sociedad a través de su contribución activa y eficiente para crear una **cultura de la salud**. Por lo tanto es responsable de convocar la capacidad académica e intelectual para priorizar y movilizar un quehacer sistemático tendiente a desarrollar la formación académica, humanística, científica y técnica de los futuros profesionales hacia la satisfacción de las necesidades sociales de Salud, canalizando las demandas de la Sociedad articulándolas con la docencia, investigación y extensión.”⁵*

³ ANEXO Cpte R.C.D.F.C.N. N° 458/13 Pág. 8

⁴ ANEXO Cpte R.C.D.F.C.N. N° 458/13 Pág. 8

⁵ ANEXO Cpte R.C.D.F.C.N. N° 458/13 Pág. 10

Diseño curricular de la carrera:

La Carrera de medicina tendrá una duración estimada de 6 (seis) años, con una carga horaria de 5500 horas. Estas horas se distribuyen en 4904 horas de asignaturas obligatorias; 200 horas de materias electivas; 140 horas de actividades de investigación y extensión y por 256 horas de trabajo en terreno.

En cuanto a la descripción de la estructura curricular, la organización constará de tres ejes curriculares:

Bases biomédica de Medicina (Eje biomédico)

Bases socio médicas y humanísticas de la Medicina (Eje socio médico)

Clínicas (Eje clínico-quirúrgico)

Nos centraremos en el eje (área) socio-médico. El mismo se basa en el contacto temprano y continuo de lxs estudiantes con la realidad a lo largo de la carrera, utilizando como estrategia pedagógica la enseñanza basada en la comunidad, alternando la praxis con la teoría. Este tipo de actividad, dada sus características, fortalece y desarrolla la inteligencia práctica y creativa. Así el alumnx extrae del campo nuevas preguntas, que pueden ser pensadas/reflexionadas desde de las **ciencias sociales en relación con el terreno**, adquiriendo en el mismo momento la experiencia de conocer la realidad y los contrastes en que vive diariamente la población que luego requerirá la asistencia en los servicios de salud.

En el marco de las bases socio-médicas y humanísticas de la medicina, el campo de la salud, la enfermedad y la atención son los hechos sociales sobre los que se basa y se construye todo el entramado de conocimientos que forma parte del objeto de estudio, del proceso de enseñanza-aprendizaje y de la intervención del eje socio médico en la realidad concreta.

*La preocupación central de este eje puede considerarse tanto en el nivel **colectivo** de los grupos sociales, como en el nivel individual del **sujeto**, es decir, un planteamiento teórico, práctico y de actuación que vincule los procesos*

*sociales de las poblaciones humanas con el problema de los determinantes, la distribución diferencial, el carácter social y la respuesta institucional organizada sobre este campo mencionado.*⁶

Un grupo social puede entenderse como un conjunto de individuos que comparten ciertos rasgos biológicos, económicos, políticos y culturales, que tienen una finalidad en común y la realizan en conjunto. Sobre ellos actúan los determinantes sociales **estructurales (clase, género, nivel de ingresos, ocupación, nivel educativo, lugar de residencia, tipo de vivienda, infraestructura de servicios, saneamiento ambiental, etc.)**.

En términos generales, la situación de salud de un individuo, grupo social, sector social o sociedad, se configura como una emergencia en cada momento histórico y dentro del espacio de variedad de lo posible determinado por la interacción de múltiples procesos físicos, químicos, biológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, tecnológicos, ideológicos entre otros. El espacio de la salud de los grupos sociales y su comunidad ha sido estudiado por el campo de la salud comunitaria y de la medicina social y general, utilizando para sus diagnósticos de situación y programas de intervención los aportes conceptuales y metodológicos cuali-cuantitativos de las ciencias sociales (por ejemplo, con la cuestión social y de género desde la sociología, el territorio desde la geografía y la situación de la población desde la demografía, entre otras aportaciones disciplinares).

Para intervenir la realidad sanitaria se requiere tener una visión integrada y explicaciones multicausales por multiniveles jerarquizados.

El eje está conformado por 8 (ocho) cátedras/materias;

Ciencias Sociales y Medicina,
Investigación en Salud y Bioética,
Salud de la Comunidad,
Epidemiología,

⁶ ANEXO Cpte R.C.D.F.C.N. N° 458/13 pág. 27

Planificación de la Salud,
Promoción de la Salud,
Salud Pública I,
Salud Pública II,

Los espacios curriculares que integran la columna vertebral de la mirada socio-médica comparten el eje epistemológico apuntando a construir conocimiento a través de la práctica comunitaria. Para ello, se prevén desde el ingreso a la carrera y durante toda la duración del eje (de 1° a 5° año) que los alumnxs sean designados en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y otros dispositivos comunitarios de la Ciudad de Comodoro Rivadavia, para adquirir las competencias generales en el marco del trabajo en equipo, interdisciplinario e intersectorial.

El **centro de atención primaria de la salud (CAPS)** constituye una estructura docente asistencial alternativa que aumenta la cantidad y calidad de los problemas relevantes al futuro médicx. Un espacio que articula la realidad con la teoría e incorpora nuevos saberes orientados a la realidad existente. *“Poner al estudiante en contacto con las necesidades de la población a la que presta servicios. Aprender en un contexto real que se asemejara a aquel donde se desempeñará en el futuro”.*⁷

Estas actividades son denominadas **“TRABAJO de CAMPO”**. De acuerdo al plan de estudio, el/la alumnx asistirá 4 (cuatro) horas cada 15 días, estimándose el cumplimiento a lo largo de toda la carrera de 256 horas. Se pretende con esta configuración que el estudiante adquiera la práctica del trabajo en red con las organizaciones locales (escuelas clubes, ONG's) y la incorporación progresiva de las competencias específicas de las asignaturas del eje, tales como realización de entrevistas; mapas de redes, censo barrial, perfil epidemiológico local, planificación estratégica de acciones sanitarias, etc.

La posibilidad de establecer escenarios de aprendizaje en los ámbitos locales de la salud pública, permite evidenciar con claridad las necesidades

⁷ ANEXO Cpte R.C.D.F.C.N. N° 458/13 Pág. 36

socio-sanitarias reales a abordar y su intrínseca relación con las políticas públicas sanitarias y el rol del Estado en el amplio sentido del acceso a la salud. En el mismo sentido, lleva a reflexionar en torno a los diversos contextos presentes en el primer nivel de atención donde se expresan las múltiples problemáticas presentes en la compleja trama social de la comunidad.

Este nuevo espacio de actuación en el que las y los estudiantes comienzan a integrarse con el ingreso a la carrera, exige pensar desde las prácticas docentes distintos y singulares procesos de enseñanza; trabajo en equipo, en redes institucionales e intersectoriales; la participación comunitaria. Como también la incorporación de nuevos saberes basados en la resolución de problemas significativos en la comunidad. La adquisición de una perspectiva colectiva que permita trabajar en el cumplimiento de metas diseñadas para mejorar el alcance de las coberturas sanitarias, como también los indicadores de salud entre otros.

Perfil de las médicas y médicos que egresan de la UNPSJB:

La concepción ideal de la Carrera de Medicina en Comodoro Rivadavia, aspira a preparar médicas y médicos con un pronunciado perfil social; que puedan luego habitar la comunidad en la que estudiaron, trabajando profesionalmente en ella.

Así se expresa en el diseño del plan de estudios: *“Si tomamos en cuenta el análisis realizado en relación al entorno geográfico en la que se halla inserta la UNPSJB, las características sociodemográficas de la región, su perfil epidemiológico, y las necesidades y ofertas de salud, se está en condiciones de predeterminar un perfil profesional médico tendiente a cubrir las necesidades de la región. Es así que, sustentados en las competencias requeridas, el médico que egrese deberá ser generalista con una fuerte formación en las patologías prevalentes de la región.”*⁸

⁸ ANEXO Cpte R.C.D.F.C.N. N° 458/13 Pág. 15

“El perfil profesional médico que se propone prioriza el compromiso social, promoviendo la articulación docencia-investigación-servicio, la participación activa en todos los niveles de prevención y capacidades de planificación estratégica para la solución de los problemas de salud del individuo y de la comunidad.”⁹

Las competencias esperadas del perfil incluyen como características la comprensión amplia de las necesidades de salud de las personas, es decir, no sólo los aspectos físicos y biológicos, sino también los psicológicos, familiares, laborales y económicos. Todo ello expresado con mediante un pronunciado compromiso social y solidario con su medio.

El recorte de la práctica docente analizada:

Desarrollo la labor docente hace cuatro años en la Cátedra “Salud de la Comunidad” de la Carrera de Medicina, que pertenece a la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (Sede Comodoro Rivadavia). El equipo de cátedra está compuesto por un médico pediatra (Prof. Adj.), un psicólogo (JTP) y una abogada (Aux. docente) y tres estudiantes auxiliares. La dedicación de los cargos es simple.

El espacio curricular Salud de la Comunidad, se ubica en el segundo año de la carrera e integra el eje socio-médico, tal cual se expresara anteriormente. La carga horaria es de 40 (cuarenta) horas cuatrimestrales, presentadas en clases semanales de (2.5) horas cátedras. Cada clase se estructura en contenidos teóricos y actividades prácticas. La parte teórica es más breve (una hora cátedra) es de asistencia opcional y aborda los temas del programa desde el aspecto teórico utilizando en general métodos explicativos y expositivos. Luego continúa la parte práctica (una hora y media cátedra) con asistencia obligatoria pautada.

⁹ ANEXO Cpte R.C.D.F.C.N. N° 458/13 Pág. 15

Entre los objetivos de la cursada se enuncian;

- Que el alumnx adquiriera capacidades para comprender el **concepto integral** de la salud en el análisis de los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital, individual y familiar.
- Reconocer los sistemas de salud, las estrategias de atención primaria, e identificar los componentes y **actores sociales del sistema local de salud**, los modelos médicos vigentes y las formas de respuesta social y cultural a un determinado problema de salud
- Conocer y aplicar los métodos para promover y proteger la salud a nivel de **la persona, la familia y la comunidad**.
- Incorporar el enfoque bio-psico-social como modelo de práctica profesional para brindar una **atención de salud humanizada**, basada en principios éticos de justicia, beneficencia y respeto por la autonomía de las personas y las comunidades.
- Valorizar el rol del médicx general familiar y el **trabajo interdisciplinario con otros integrantes de los equipos de salud**.

Entre los contenidos mínimos se encuentran:

La salud como producto social. La comunidad local y su contexto. Medioambiente. Ecosistema-hábitat y condiciones de vida. La atención primaria de la salud. Estrategia de la atención primaria. La salud de la comunidad. Familia y salud. Historia clínica orientada a problemas. Mediciones antropométricas en niñxs. Tablas de crecimiento y desarrollo. Evaluación de libretas sanitarias. Familigrama y Apgar familiar. Ciclo vital individual. El sistema local de salud. Programación local en salud

La planificación de cada clase incluye situaciones extraídas de la realidad narrada previamente en un documento al que llamamos “trabajo práctico”, en el que se incluye además una serie de consignas. Algunos trabajos prácticos

prevén resolución grupal, otros -en cambio- individual. Al cierre de cada clase se propicia un plenario en el que se debate una puesta en común de las nociones anteriormente presentadas.

Esta articulación y coordinación previa permite diagramar los contenidos de cada unidad y presentar los temas de acuerdo al campo disciplinar de cada uno de lxs docentes. Aspiramos a entender procesos atravesados por componentes sociales, económicos, ambientales, que una vez asimilados, puedan ser extrapolados a la comunidad.

A partir de las primeras experiencias en el aula comenzamos a problematizar la ID¹⁰. Si bien el equipo de cátedra ofrece en su composición docentes de diferentes disciplinas, nos preguntamos si esa condición era suficiente para llamarnos “cátedra interdisciplinaria”. ¿Cátedra interdisciplinaria o multidisciplinaria? ¿Existen prácticas propias de la interdisciplina en el aula? ¿Llevamos adelante prácticas de aprendizaje-enseñanza interdisciplinarias?

Lo cierto es que nos presentamos ante lxs estudiantes como una cátedra interdisciplinaria en relación a la composición disciplinar heterogénea de los docentes, pero no evidenciada en un sentido estricto de la interdisciplina incluida en la planificación, es decir deliberada para alcanzar el objeto de conocimiento a través de ella. Se trata de una amalgama de aportes e intervenciones múltiplemente disciplinares, sin la existencia de un criterio interdisciplinario explícito y coordinado previamente.

El itinerario de la EDU nos enfrentó con más elementos para cuestionar si efectivamente desplegábamos una labor docente de manera interdisciplinaria. Las pautas de intervención de profesor/a, las contribuciones de cada campo disciplinar, los criterios de selección del contenido de los trabajos prácticos y el material bibliográfico, no están planificados y resultan aleatorios, en cuanto a la específica dimensión de la composición de la interdisciplina como modalidad de práctica docente. Observando y revisando nuestro propio funcionamiento cómo

¹⁰ A lo largo del texto se utilizó de manera indistinta la voz “interdisciplina” y la abreviación ID.

cátedra, decidimos indagar en estas cuestiones en profundidad, destinando este trabajo a tal efecto.

Problematización del tema. ¿Por qué es relevante?

La Carrera de Medicina puede ser pensada como una (acción) práctica, en el sentido de una búsqueda conjunta (desde la Universidad y otros actores no universitarios) por incidir en la salud pública local y regional. Ante la permanente vacancia de profesionales, la creación de la Carrera de Medicina en la Universidad pública local se proyecta como espacio formativo a partir de las problemáticas locales y como un modo de dar curso a las vocaciones científicas que, hasta entonces, encontraban en la Universidad Nacional del Comahue el único ámbito de este tipo en toda la Patagonia. Así, no es de extrañar que en sus primeros años la Carrera de Medicina haya propuesto o habilitado espacios novedosos de aprendizaje, tal como las conformaciones de equipos de cátedra con docentes de otras disciplinas, lugares de práctica comunitaria y actividades de extensión vinculadas al territorio, entre otros.

Desde el punto de vista docente, esta apertura reafirma el compromiso con un quehacer reflexivo, político en sentido amplio, que asume genuinamente la firme decisión de enriquecer los espacios de educación pública. Ahora bien, ¿Qué significa desde esta visión de mundo¹¹, enriquecer un espacio de educación pública? Las aulas son una oportunidad de transformación en distintas dimensiones de la convivencia. Lo son en el intercambio con pares estudiantes, en la relación con sus docentes, y también en la proyección de integrar eventualmente el “sistema sanitario”. Este espacio de interacción requiere por un lado abandonar las certezas, los supuestos y las prenociones, y por el otro revisar la práctica docente de manera constante: lleva a reconocer los supuestos epistemológicos, teóricos y técnicos que subyacen en las acciones educativas, y que responden al complejo entramado de la realidad social en que intervenimos a diario.

¹¹ Una de las definiciones posible para la categoría “visión del mundo” extractada por el Dr. Camino en su Tesis de Doctorado (2006) es un “conjunto cultural de valores, ideas y creencias, incluyendo aquellas relacionadas con la historia, la ciencia, la religión y el arte.”

En suma, la relevancia de este trabajo quedaría planteada en dos sentidos; desde el rol de la universidad pública en la formación de profesionales de la salud por un lado, así como –por el otro- en establecer la indagación docente en estos nuevos ámbitos de experiencia en el aprendizaje de la Carrera de Medicina.

Preguntas de investigación:

El supuesto de este informe consiste en presentar a la ID como modalidad del ejercicio docente. Es decir, una práctica que favorecería los procesos universitarios de enseñanza -aprendizaje en el trayecto formativo de médicas y médicos.

Hay una dirección previa, manifiesta en el diseño curricular de la carrera de Medicina en la UNPSJB: fortalecer los rasgos y características de la “medicina social y comunitaria”. Como muestra de ello, el “eje socio médico” se extiende a lo largo de toda la carrera, proponiendo una articulación de espacios y contenidos desde la perspectiva de las ciencias sociales.

Este trabajo viene entonces, a problematizar e indagar;

- La interdisciplina como modalidad de práctica docente (sus características, dimensiones y requisitos específicos para alcanzar su operatividad).
- Si al trasladarla de manera operativa a los procesos de práctica docente en las aulas de los espacios curriculares que integran el eje-socio médico, se favorecería el aprendizaje de la medicina socio/comunitaria, derivando en posibles transformaciones del sistema sanitario regional.

Para ello, se exploraran los rasgos que la interdisciplina adquiere y las potencialidades que podría suponer su utilización en las prácticas docentes, entre otras preocupaciones teóricas en torno a los lenguajes disciplinares.

Se incluirán también algunos interrogantes del orden metodológico, por ejemplo; ¿Hacer operativa la ID requiere una planificación concreta al interior de las clases? ¿Es necesario seleccionar temas del Curriculum que puedan ser explicados desde la ID?

Objetivos:

Objetivo general:

1. Explorar la potencialidad de la interdisciplina; características, alcances, limitaciones y requisitos específicos para alcanzar su operatividad en la práctica de la docencia universitaria de la Carrera de Medicina de la UNPSJB.

Objetivos específicos:

1. Indagar la posibilidad de favorecer el aprendizaje de la medicina socio-comunitaria a través de la ID en las prácticas docentes.
2. Describir cómo su incorporación podría derivar en posibles transformaciones del sistema sanitario.
3. Describir metodologías didácticas-pedagógicas propias de la ID.
4. Definir y establecer los ejes temáticos curriculares que podrá abordarse a través de la ID.

Marco teórico:

Este trabajo despliega una dimensión muy específica de la interdisciplina, la que aparece ligada a la práctica docente del nivel universitario. La selección de bibliografía de este trabajo se alimenta de la mirada del Dr. Follari sobre la interdisciplina en distintos momentos de su trayectoria académica.

Consideraciones generales sobre el recorte del marco teórico:

La posición teórica respecto de la ID se aleja de la concepción epistemológica de Piaget, en tanto éste propone un “isomofismo” entre las ciencias físico-naturales y las sociales, sin una distinción entre sus respectivos objetos de conocimiento. Piaget asigna una clara prevalencia (a partir de su formalización) de las naturales sobre las sociales, atribuyéndole a las primeras, estatus de superioridad, considerándolas más desarrolladas. Como consecuencia de ello, Follari advierte; *“si se entiende por interdisciplinariedad, la mutilación del objeto teórico de una disciplina, si se la reduce y achata para que pueda funcionar regularmente en el conjunto, la interdisciplinariedad será una burla teórica y estará por debajo del trabajo disciplinario.”*¹²

La interdisciplina requiere revalorizar los saberes disciplinares, y a la vez revisar el logro histórico que esta independencia disciplinar requirió.

Aún más importante que el reproche epistemológico de no ceñir el método a la cualidad del objeto dispuesto por Piaget, resulta **la reducción ideológica de lo social a las características de lo natural**. Como consecuencia por demás preocupante, se observan las realidades producto del capitalismo como naturales a través de eufemismos para nombrar las “diferencias de clase”, la “marginación”, la “represión”, entre otros. Así lo enuncia Follari; *“la ID no es presentada en este caso como lo que es (un requerimiento histórico social) sino como si resultase de una determinación interna al proceso de un desinteresado conocimiento de la realidad”*.¹³

¹² Follari, R. (1982) Interdisciplinariedad (los avatares de la ideología), UAM-Azcapotzalco: México Pág. 34

¹³ Follari, R. (1982) Interdisciplinariedad (los avatares de la ideología), UAM-Azcapotzalco: México Pág. 38

La posición crítica se extiende también a la visión marxista de la interdisciplina. La misma, no puede ser considerada como metodología idónea para recuperar una totalidad del conocimiento. No existe un todo pasible de reunir. *“La empresa de “recuperar la totalidad” es, pues, además de imposible fáctica y epistemológicamente, anodina desde el punto de vista político; un sujeto que sepa “de todo” no tiene por qué a partir de allí entender mejor los mecanismos del capitalismo que lo sujetan.”*¹⁴ No existe “naturalmente” la idea de totalidad que el capitalismo pudiera destruir, como aseguraría una visión marxista de la ID. Sin embargo, esta reflexión abre el juego para profundizar en una dimensión clave a los fines de este trabajo.

Es a partir de las prácticas propias del capitalismo que en sus versiones más refinadas se advierten las políticas neoliberales y la mercantilización de la salud. Un supuesto que alimenta este trabajo es que a partir de la interdisciplina en la formación de médicxs, ésta podría ofrecer posibilidades, alianzas para crear nuevos ámbitos sanitarios, residiendo allí su potencial.

Si bien las prácticas profesionales fragmentadas propias del capitalismo no pueden ser subsanadas por la interdisciplina, sería útil como estrategia de enseñanza y aprendizaje para hallar pistas en relación a los fenómenos históricos, sociales, económicos y culturales que subyacen en la construcción del saber médico y su relación con el sujeto individual. Es a partir de las indefiniciones de los límites científicos y sus implicancias en la persona humana en los itinerarios sanitarios, que surge la posibilidad de **interrelacionar orgánicamente disciplinas entre sí.**

La línea de demarcación que propone este trabajo es el análisis de las supuestas potencialidades de la interdisciplinariedad incorporada a las prácticas docentes. Asumiendo que no reemplaza ni supera lo disciplinar, ni debiera concebirse como una ciencia auxiliar.... *“sólo puede haber interdisciplina en la medida en que existen disciplinas previas que entran en contacto. Por lo tanto, no se trata de una práctica que borra las “obsoletas” divisiones entre las ciencias para instaurar el ancho mar de un saber totalizante y sin delimitaciones internas,*

¹⁴Follari, R. (1982) Interdisciplinariedad (los avatares de la ideología), UAM-Azcapotzalco: México Pág. 51

sino de un trabajo a realizar en base a las disciplinas ya establecidas, sólo en tanto que están establecidas y no se obvian sus mutuas diferencias de objeto y de método."¹⁵

En el mismo orden de ideas y presentando el hilo del repertorio teórico seleccionado, referiremos a la interdisciplina como una modalidad de práctica del docente de nivel universitario, pero no la consideramos aplicable de manera genérica a cualquier formación de grado, sino **exclusivamente para la Carrera de Medicina**. Tal cual lo indica Follari, al considerar que la práctica profesional de médicos requiere la incorporación de elementos de conocimiento ofrecidos por otras ciencias.

De manera complementaria el marco teórico de este trabajo se nutre de algunos de los textos de la prolífica obra de Foucault, ineludibles a la hora de acercarnos a la medicina tradicional occidental. La selección nos aproxima a la línea divisoria entre lo normal y lo patológico como categorías organizadoras y su relación con la medicina.¹⁶

A su vez el autor señala que la medicina está dotada de un "poder autoritario" con funciones normalizadoras que exceden ampliamente la existencia de enfermedades y las demandas de los enfermos. Ese poder autoritario se consolida a partir del siglo XVIII, período en el que quien detenta la autoridad médica se transforma de un erudito a una autoridad social que puede tomar decisiones políticas sobre un barrio, una institución o un reglamento. Junto a este cambio, Foucault enumera otros tres procesos que resultan indispensables reconocer y revisar para comprender comportamientos actuales en torno a la medicina.

¹⁵ Follari, R. (1982) Interdisciplinariedad (los avatares de la ideología), UAM-Azcapotzalco: México Pág. 69

¹⁶ Foucault, M. (2014) en su libro "La vida de los hombres infames" asigna a la conciencia moderna la tendencia a "... otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando se trata de explicar. El conjunto de dicotomías fundamentales que, en nuestra cultura, distribuyen a ambos lados del límite las conformidades y las desviaciones, encuentra así una justificación y la apariencia de un fundamento". La vida de los hombres infames Pág. 13.

- Aparición de la autoridad médica.
- Aparición de un campo de intervención política de la medicina distinto a las enfermedades; el aire, el agua, la urbanización, etc.
- Introducción de un aparato de medicalización colectiva: el hospital.
- Introducción de mecanismos de administración médica; registro de datos, comparación, estadísticas, entre otros.

Otra hipótesis que el autor enuncia guarda estrecha relación con lo antedicho en torno al capitalismo y la visión totalizadora del conocimiento. *“...el capitalismo que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; “la medicina es una estrategia biopolítica.”¹⁷*

Respecto de los modelos médicos que acompañan cada periodo de la historia, Foucault va a prescribir respecto de la mirada a tener sobre la medicina recaudos imprescindibles para dar lugar a la interdisciplina en la Carrera de medicina. *“Se requiere la modestia y el orgullo de esos economistas para afirmar que la medicina no deber ser aceptada ni rechazada como tal; que la medicina forma parte de un sistema histórico, que no es ciencia pura y que forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder, y que es necesario determinar los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para ver en qué medida se puede rectificar o aplicar el modelo”.¹⁸*

Este trabajo incorpora algunas ideas propuestas por Rose (2012), discípulo de Foucault. Su libro *“Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI”* resulta interesante para comprender la complejidad de los cuerpos biopolíticos y la vida en la actualidad. Rose reivindica lo descripto

¹⁷ Foucault, M. (2014) La vida de los hombres infames. La Plata, Argentina: Editorial Altamira. Pág. 87

¹⁸ Foucault, M. (2014) La vida de los hombres infames. La Plata, Argentina: Editorial Altamira. Pág. 84

por Foucault en **El nacimiento de la clínica (1973)** señalando que aun hoy esa obra representa un análisis revolucionario de los modos en que la enfermedad y la medicina se espacializaron en el cuerpo. *“La mutación descrita por Foucault sigue definiendo una dimensión clave de nuestro sentido de la salud y la enfermedad: -el cuerpo- es todavía hoy el foco de la mirada clínica, incluso cuando la enfermedad se problematiza y se aborda en función de asociaciones espaciales y sociales, como ocurrió a principios del siglo XXI en relación con el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y la gripe aviar”*¹⁹

La incorporación de nuevas tecnologías, supone la aparición de fenómenos vinculados con el cuerpo, tal como la optimización o la inclusión del proyecto de vida vinculado con la **“ética somática”**²⁰ en tanto valores atinentes al modo de vivir, que otorgan un lugar central a la existencia corporal, excediendo los límites binarios salud-enfermedad. El texto también incluye entre otros avances científicos, fenómenos vinculados con el ingreso de los “consumidores” al sistema de salud, la optimización del cuerpo sano, el autodiagnóstico y el autotratamiento facilitado por internet, la “tecnomedicina” caracterizada por su alta dependencia respecto a los equipos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad. Cuestiones estas que si bien son interesantes de estudiar, serán mencionadas aquí a modo de ilustrar la importancia de una formación de grado enriquecida.

Rose señala además, los posibles efectos de la activa participación²¹ de movimientos sociales como el feminismo en relación a los reclamos históricos

¹⁹ Rose, N. (2012) Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. (1ra Ed.) La Plata: Editorial Universitaria. Pág. 36

²⁰ El autor sostiene que en una sociedad medicalizada como es la nuestra, la salud se convierte en un imperativo ético para los individuos. Rose, N. (2012) Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. (1ra Ed.) La Plata: Editorial Universitaria. Pág. 30

²¹ Es interesante aclarar la cita de Rose y reforzarla desde la propuesta que se desarrolla: se proponen cambiar “el feminismo” por “los feminismos” incluyendo los postulados de todas las corrientes. *“Simultáneamente, movimientos sociales como el feminismo y los grupos de defensa de los derechos de los discapacitados pusieron en cuestión el poder paternalista que los médicos ejercían sobre los pacientes y sus vidas. Y al mismo tiempo, se pusieron en marcha intentos de “empoderar” a los destinatarios de la atención médica en modos que difirieron según los países pero que incluyeron, entre otros: el énfasis creciente en la ciudadanía activa, el fortalecimiento de las culturas del litigio y la indemnización, la transformación de los pacientes en consumidores y la creciente disponibilidad de información médica en internet a través de una variedad de fuentes que los pacientes pueden consultar con el fin de definir qué habrán de exigir a sus médicos y evaluar o cuestionar la opinión de los facultativos.”* Rose, N. (2012)

sobre los cuerpos de las mujeres y otras disidencias, al igual que los intentos de corrientes como las del “empoderamiento²² en salud” y el énfasis en la “ciudadanía activa”. Estos fenómenos vienen a cuestionar el **poder paternalista** que los médicos ejercen sobre los pacientes y sus vidas.

Estado de la cuestión:

Luego de varios meses de lectura y selección de material académico específico recolectado a través del buscador académico de Google con las voces de “*Interdisciplina, formación, medicina*”, se elabora el siguiente estado del arte. Cabe señalar que más allá de la gran cantidad de artículos que la búsqueda arroja, luego de la lectura, se verifica que son escasos los textos que estudian o presentan la interdisciplina en la práctica docente de la Carrera de Medicina, tal como esta propuesta plantea.

Algunas conclusiones posibles del estado de la cuestión son:

La interdisciplina en los procesos de formación universitaria de médicas y médicos está siendo impulsada desde hace algunos años en Cuba. Los artículos publicados en revistas científicas así lo indican, e incluso la bibliografía que citan, es propia y ha sido redactada por profesionales de la salud expertos en ID.

En relación a nuestro país, lo escrito refiere mayoritariamente a la interdisciplina en las intervenciones de salud mental; es decir orientados a la práctica, de acuerdo con lo enunciado en la Ley Nacional de Salud Mental. Tal es el ejemplo de la autora Alicia Stolkiner²³, que se ha dedicado hace ya varios años a investigar y escribir sobre el tema. Sus principales aportes, tienen un

Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. (1ra Ed.) La Plata: Editorial Universitaria. Pág. 37

²² “En el campo de la salud se considera que el empoderamiento es un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, de las organizaciones y de las comunidades para ganar control respecto a sus vidas en su comunidad y en el conjunto de la sociedad. En este sentido no es ganar poder para dominar a otros, sino para actuar con otros intentando lograr un cambio. A través del empoderamiento se intenta alentar la capacidad de las personas para actuar sobre sus circunstancias, a través de técnicas de aprendizaje participativo, para ayudarlas a identificar las elecciones que pueden hacer.” Kornblit, Mendez Diz (2007) La Salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Contenidos curriculares. (1ra Ed.) Ciudad de Buenos Aires: Aique Grupo Editor SA. Pág. 45

²³ <https://www.noveduc.com/autores/fichaAutor?authorId=893>

punto de contacto con algunos de los ejes de este trabajo. Por ejemplo los abordajes interdisciplinarios en salud, la importancia de las prácticas comunitarias y las disciplinas utilizadas de manera armoniosa en favor de las personas humanas en los recorridos sanitarios.

El libro **“Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización”** ha resultado una guía en este proceso. Se trata de un libro de la Fundación Soberanía Sanitaria, que compila artículos de varios autores, en torno a experiencias en las cuales el cuerpo y lo que llamamos salud, se conjugan con las prácticas médicas.

Artículos científicos seleccionados y analizados:

Artículo Original **“La formación metodológica como posibilidad de interdisciplina: Hacia una pedagogía de la investigación científica.” Héctor Mora.** Rev. Chil. Integr. Psicol., Vol. I, no. 1 (2008), Pág. 6 – 17 Escuela de Antropología, Universidad Católica de Temuco, Chile. ISSN 0718-6010

El artículo tiene como objetivo reflexionar en torno a las posibilidades de contribución que la formación metodológica tiene hacia el campo de la interdisciplina. Se plantea que las condiciones que propicia la interdisciplina no están dadas de antemano, para lo cual se hace necesario que se desarrollen en la formación académico-profesional de pregrado. De este modo, lo que se propone es la necesidad de generar una apertura hacia lo que denominaremos pedagogía de la investigación científica, donde la comprensión metodológica posibilite la comunicación y el diálogo entre las disciplinas.

Si bien el texto propone una pedagogía específica para la investigación científica, objetivo distinto al que pretende mi trabajo, me ha permitido aclarar algunas cuestiones centrales de la ID. Principalmente que la implementación requiere establecer bases previas y diseñarlas para un fin determinado.

Artículo: **“La interdisciplinariedad en ciencias médicas y la matemática.”** Rev Cubana Hig Epidemiol vol.49 no.3 Ciudad de la Habana sep.-

dic. 2011- Lic. Rafael Alemán Rodríguez; Lic. Gisela del Carmen Yera Carbonell
Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende". Universidad de Ciencias
Médicas de La Habana. Cuba.

De este artículo se recuperan (a pesar de estar alejado del objetivo) algunos conceptos prácticos interesantes a la hora de incorporar la INTERDISCIPLINA a la formación:

“El principio interdisciplinar-profesional es aquel que dirige el proceso de enseñanza aprendizaje hacia la preparación de un futuro profesional capaz de solucionar integralmente los problemas que enfrentará en su futuro desempeño profesional. Este principio significa la dirección del proceso de enseñanza aprendizaje que involucra y compromete a los sujetos en la apropiación activa de conocimientos, habilidades y valores, a través del establecimiento de vínculos interdisciplinarios con el objetivo de contribuir a formarlos como profesionales capaces de resolver de manera integral los problemas que enfrentarán en su práctica laboral y de autosuperarse, actualizando continuamente sus conocimientos.”²⁴

Artículo: “El trabajo interdisciplinario en la carrera de medicina: consideraciones teóricas y metodológicas” Díaz-Quiñones J, Valdés-Gómez M, Boullosa-Torrecilla A. El trabajo interdisciplinario en la carrera de medicina: consideraciones teóricas y metodológicas. Medisur 2016 Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3214>

Este artículo ha resultado de gran interés y afín a las líneas del trabajo de investigación que se presentan. El recorte coincide ya que propone la incorporación de la ID a la formación de médicos en Cuba explotando las potencialidades de la ID.

²⁴ Perera F. (2002) “Acercamientos a la interdisciplinariedad en la enseñanza-aprendizaje de las ciencias”. La Habana: IPLAC.

Se rescatan los aspectos de cooperación y la preparación secuencial de parte de las y los docentes. “Trabajo científico metodológico para, mediante la acción educativa, la reflexión y la investigación, contribuir al perfeccionamiento del trabajo y socializar los resultados para su discusión y refinamiento”.²⁵

La Ciencias Médicas y las Ciencias Sociales en la Carrera de Medicina:

Acercar las ciencias sociales a las ciencias físico-naturales entre las que podemos enmarcar las ciencias médicas (ligadas a la biología) sigue siendo una tarea desafiante para los docentes “no médicos”, principalmente porque permanece el prejuicio de la supuesta superioridad de las ciencias físico naturales por encima de las ciencias sociales, sosteniendo una mirada biologicista del saber médico.

Buscando posibles claves en la superficie podemos atribuir esta jerarquización por un lado, a que las ciencias físico-naturales se han arrogado una **cierta “objetividad”** producto de la coincidencia de las interpretaciones de los científicos. *“T. Kuhn – un historiador de la ciencia riguroso- demostró que en las ciencias físico-naturales se usan supuestos disímiles, y que hay puntos de vista teóricos definidos, sólo que no se advierten porque suelen ser sucesivos y no simultáneos (él los llamó “paradigmas”); es decir, existen interpretaciones alternativas de los mismos hechos.”*²⁶

Por otro lado, las ciencias naturales se han asignado a través de la explicación-causal-determinística cierta aceptación y tradición sostenida a través de la creencia de que las mismas son **“comprobadas”** y que en sentido opuesto a las ciencias sociales, éstas no lo son. *“Ya en 1930, Popper demostró que la probanza en ciencia nunca puede ser total: siempre puede haber un nuevo dato que rectifique o refute las teorías anteriores, de modo que a lo sumo podemos llegar a confirmaciones parciales, a veces de corte probabilístico.”*²⁷

²⁵ Díaz-Quiñones J, Valdés-Gómez M, Boullosa-Torrecilla A. (2016) “El trabajo interdisciplinario en la carrera de medicina: consideraciones teóricas y metodológicas”. Medisur.

²⁶ Follari, R. (2000) Epistemología y Sociedad. Rosario-Santa Fe, Argentina. Pág. 18

²⁷ Follari, R. (2000) Epistemología y Sociedad. Rosario-Santa Fe, Argentina. Pág. 18

Como se hizo mención al comienzo de este párrafo, la supuesta superioridad de las ciencias físico naturales por encima de las ciencias sociales, se filtra en los espacios universitarios de la Carrera de Medicina, a pesar de las decisiones curriculares de mantenerse cercanos a la “medicina social-comunitaria”. Tanto así, que las materias del eje socio médico, son llamadas entre lxs estudiantes como las “no materias”, entre otras definiciones menos amigables como “es un clavo”, o bien expresiones del estilo “...ni sé para qué me va a servir”, “me saca tiempo para estudiar...”.

Esta construcción de cierta jerarquía operando entre ciencias impregna el imaginario estudiantil y es evidente en distintas facetas que se dan entre los estudiantes cuando actúan con cierto aire de superioridad en relación a pares, estudiantes de otras carreras en la misma facultad, como es el caso de la carrera de Enfermería. Y también es palpable en el comportamiento áulico una manifiesta preferencia actitudinal (escucha, atención, predisposición al aprendizaje) cuando se trata de docentes que ejercen la profesión médica, perdiendo de vista los contenidos curriculares y también las direccionalidades de prácticas docentes que apuntan a la adquisición de habilidades como la escritura, la fundamentación, incluso el pensamiento crítico.

¿A dónde se apunta con esta reflexión? Por un lado a comprender que estas indagaciones son necesarias para presentar alternativas desde la práctica docente que propicien entre los estudiantes un ejercicio crítico sobre las jerarquías que están operando también en la construcción del conocimiento. Si bien podría parecer algo del sentido común, pocas veces asistimos a la tarea de desmitificar las “verdades científicas” y cuestionarlas.

Este trabajo viene a presentar que la ID como modalidad docente podría favorecer el acercamiento al objeto de estudio de las ciencias médicas, el cual remite necesariamente a la definición de salud y a las construcciones socio-históricas derivadas del controvertido binomio salud-enfermedad.

Existen múltiples definiciones de salud, para un primer abordaje interdisciplinario partimos de la definición incorporada al preámbulo de la OMS²⁸ que la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Es a partir de los aportes a la medicina social occidental realizados por el suizo Henry Sigerist²⁹ (1891-1957) que en 1941, se produce un acercamiento a lo social. En un nuevo intento histórico por definir “salud” la propone como “...algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida le impone al individuo”³⁰, haciendo la sustancial diferencia con otras definiciones al hablar de “salud humana”. Lo cierto es que con esta declaración, Sigerist, introduce la tan repetida frase “*salud no es la mera ausencia de enfermedad*” que toma la OMS en la definición de salud declarada en 1946. De este modo se inicia el cambio de paradigma de la salud: del modelo biomédico al modelo biopsicosocial.

Varias décadas después, la Carta de Ottawa en 1986 introduce un nuevo concepto sanitario: la promoción de la salud. Más allá de enunciar una ambiciosa expresión de deseo como lo fue la meta “Salud Para Todos en el año 2000”, esta carta formaliza ciertos requisitos esenciales y previos que debieran ser garantizados para poder hablar de salud en un sentido estricto. “...Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.”³¹

Si bien los estándares establecidos tanto en la OMS, como en la Declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986) entre otros pronunciamientos,

²⁸ <https://www.who.int/es/about/who-we-are>

²⁹ Famoso médico e historiador suizo, radicado en Norteamérica desde la década de los años 30, fundador de la escuela moderna de análisis sociológico de la historia de la medicina. En el artículo que se acompaña se puede profundizar los aspectos más importantes de sus aportas a la ciencia médica, y principalmente a la medicina social occidental, línea que reivindicó casi un siglo después de Rudolf Virchow. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v28n1/spu07102.pdf>

³⁰ Rodríguez, M (2011) Historia de la Salud Relatos sobre el cuerpo, la medicina y la enfermedad en la sociedad occidental, Pág. 80

³¹ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

resultan meramente abstractos e ideales en nuestra región, debemos agradecerle la formalización de ciertos elementos claves en la consolidación de otras formas de pensar la salud; entendiéndola como un derecho social y como un objeto de estudio complejo.

La interdisciplina como estrategia para la enseñanza:

Frente a la mercantilización de la salud, la Carrera de Medicina³² concibe la salud como un derecho social, acercando la formación profesional a las nuevas visiones del mundo, respetando los proyectos de vida individuales, la interculturalidad, la autonomía de la voluntad, y el enfoque de derechos en torno a las prácticas médicas, a través del eje socio médico, extendido a lo largo del plan de estudio.

La decisión departamental de configurar cátedras interdisciplinarias para el eje socio médico ha sido clave para tensionar el “saber médico hegemónico” y también las relaciones de género, en tanto esto ha derivado en el acceso a los cargos de docentes mujeres. Gracias a esta determinación hoy conviven en las aulas de medicina una docente antropóloga, una docente enfermera, dos docentes psicólogos, una docente veterinaria, una docente bioquímica, una docente abogada, entre otros docentes médicxs, que al operativizar la interdisciplina en las prácticas docentes amplían los horizontes y los sentidos de las y los estudiantes; proponiendo bibliografía diversa, legitimando otros saberes, y mostrando también posibles formas de “trabajar de manera comunitaria en salud”.

Por otra parte, el obstáculo que es imperante modificar es el producto de las instituciones de enseñanza superior, con residuos de las estructuras universitarias clásicas, que transmiten a sus egresados un saber fragmentario y una práctica anacrónica de la ciencia y de la tecnología que dificulta la integración de equipos de trabajo interdisciplinarios.

³² Cabe la aclaración que así lo conciben también las Carreras Enfermería, Bioquímica y Farmacia dictadas en la UNSJB, que a diferencia de la incipiente carrera de Medicina cuentan con larga y reconocida trayectoria en la región.

Para ello es necesario apostar por la formación³³ continua en nuestro ámbito institucional y de manera grupal como forma de transitar desde una cultura de rutina y opacidad hacia una cultura reflexiva (Zabalza, 2002:18). Es necesario el ejercicio de la reflexividad sobre la práctica docente: la generación de espacios de encuentros para pensar-se y reconocer-se como comunidad educativa situada.

Estimular la discusión entre disciplinas, no para disolver sus diferencias, sino para integrarlas orgánicamente en pos de valorizar la Carrera de Medicina en la UNPSJB. Diseñar estrategias colaborativas que franqueen los límites establecidos por la inercia institucional.

Es por estas razones que nos proponemos la interdisciplina, no como una fórmula mágica, sino como una invitación al diálogo, abandonando las certezas y los egos paralizantes, desde el deseo de habitar espacios tanto educativos como de salud menos crueles.

Comunidad de Aprendizaje e Interdisciplina:

Como parte de este trabajo y recuperando lo construido en el recorrido por la EDU, resulta oportuno socializar la labor desarrollada en torno a la creación y participación del “Observatorio de Salud”³⁴. La secuencia de apertura del mismo con el aval institucional de la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud (FCNyCS) de la UNPSJB, responde a cuatro dimensiones revisadas a lo largo del trayecto formativo;

- La dimensión política de una acción educativa
- El Observatorio en Salud como una “comunidad de aprendizaje”

³³ Follari R. (2002) propone una posición que este trabajo recupera respecto de la formación docente. *“Situarnos como actores necesarios (es decir, que sean condición sine qua non) para un buen resultado del sistema, es desde ya advertir el peso decisivo de su rol. Pero también es – de entrada- definir que el tema de la formación docente es uno imprescindible, dentro de otros varios que hacen al funcionamiento del sistema: planeación, gestión, formación de funcionarios, supervisores y directivos, además de contenidos y funcionamiento curricular, entre otros”*. Formación de formadores: Contradicciones de la Profesionalización Docente.

³⁴ En el siguiente link se puede acceder a los datos institucionales en cuanto a creación, integración y actividades. <http://www.fcn.unp.edu.ar/sitio/observatoriosalud/>

- La investigación como proceso de construcción de conocimiento y como procedimiento de enseñanza **para sus partícipes**
- La puesta en valor de las narrativas docentes

Como podrá advertirse en la secuencia cronológica, el proyecto inicial fue presentado en 2017, previo a que la cursada de la Especialización nos reuniera como grupo de trabajo. A partir de entonces, con el proyecto en análisis dentro del circuito institucional, comenzamos a habitarlo³⁵, incorporándonos algunxs al equipo estable del Observatorio en Salud, en virtud de las líneas de trabajo e investigación compartidas.

El proyecto de crear un OS comenzó desde la Cátedra Salud de la Comunidad, como todo proyecto, con ideas e intenciones compartidas por un conjunto de personas. La libertad y la capacidad de actuar con autonomía en un espacio público, sumadas a la permeabilidad de autoridades clave en el ámbito universitario, fueron propicias para que estas ideas se materialicen en una acción. Tal cual señala Rivas “sólo la acción representa una actividad que supera la mediación material del ‘estar’ en el mundo, para presentar un proyecto de transformación del mismo de acuerdo a un sentido dado” (2013: 24).

El OS³⁶ no se trata de una acción individual aislada, sino de una acción educativa mancomunada, esencialmente política, que no puede escindirse del contexto en el que se construye y de las relaciones que genera, atravesadas sin duda por el neoliberalismo imperante en nuestra sociedad. Coincidimos nuevamente con Rivas al interpretar al neoliberalismo como algo que trasciende una ideología económica; siendo una forma de entender las relaciones sociales, económicas, productivas, y, lo que interesa a nuestros propósitos, los vínculos humanos en relación al cuerpo y a la salud integral.

³⁵ Ignacio Lewcowicz y Cristina Corea (2002) proponen la “metáfora del galpón” para tensionar las subjetividades modernas con el interior y exterior de los espacios educativos e interrogar cómo y a partir de qué supuestos los agentes pueden o no habitar los espacios educativos. Se trata de dejar de suponer a las instituciones para comenzar a leer determinadas situaciones y con ello, pensar sus posibilidades.

³⁶ Utilizaremos a lo largo del trabajo la abreviatura OS refiriendo al Observatorio en Salud creado por la FCNyCS de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.

Por otra parte, la práctica profesional en ámbitos de prestación de la salud indica cuestiones a investigar, “sospechas” de las que no siempre se cuenta con indicadores fidedignos que puedan orientar agendas de investigación. Luego, muchas veces aquellas posibles indagaciones quedan trucas por no poder articularse en un espacio de investigación formal.

Nos guiaban objetivos de corto, mediano y largo plazo. Por una parte, institucionalizar el OS permitiría constituir un grupo de trabajo, pudiendo mantener reuniones periódicas con miras a organizar las primeras actividades del espacio. Desde el comienzo, concebimos al OS como un ámbito para la realización de actividades académicas en las que confluyeran de manera integrada la investigación y la extensión en asuntos vinculados a la salud. Así, el OS se propuso recopilar información de manera periódica de instituciones públicas o privadas y otras fuentes que generen indicadores, resultados y/o información sobre el monitoreo de los indicadores sociales y los determinantes que inciden en nuestra comunidad en materia sanitaria. Luego, nos interesaba vincular los datos obtenidos y las actividades proyectadas con la comunidad en general. Así, proyectamos publicaciones en las que divulgar los resultados de forma impresa y electrónica, a la vez que actividades presenciales y/o virtuales (teniendo en cuenta la centralidad de Comodoro Rivadavia en el sistema de salud regional) en pos de generar conocimiento local, promover debates informados y consolidar al OS, la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud y la UNPSB en general como referente en el tema.

El cuadro detallado a continuación presenta la secuencia cronológica que fue llevando el proyecto y en Anexo documental N° 2 se encuentra la Resolución de creación del OS.

Fecha	Descripción
13/10/2017	Presentación preliminar al Jefe del Dto. Carrera de Medicina de la FCNyCS
9/4/2018	Presentación como Proyecto de extensión (Sec. Extensión de la FCNyCS)
10/08/2018	Reunión de presentación a la Decana de la FCNyCS

29/10/2018	Presentación al Consejo Superior de la FCNyCS
18/12/2018	Aprobación de la Creación del OS. Resol. CDFCNyCS 617/18

Originalmente las bases del proyecto intentaron replicar la configuración del Observatorio de Salud de la Universidad de Buenos Aires. A partir de conocer a lxs referentes dicho organismo, y compartir espacios académicos (algunxs fueron en los inicios “docentes viajeros” en la Carrera de Medicina) logramos intercambiar algunas experiencias en relación al funcionamiento del observatorio de la UBA. Sin embargo, luego de varias idas y vueltas, con escasa información y poco acceso a la documentación de base, llegamos a la conclusión que la concepción de este espacio debía pensarse de manera situada, con arraigo patagónico, atendiendo a la comunidad en la que estaría inserto. Descartamos de este modo importar un modelo que, aunque efectivo, fue pensado y elaborado para un contexto diferente, y bajo un entramado institucional distinto (en la UBA el Observatorio de Salud fue creado por la Facultad de Derecho y no por la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud). Nos resulta central señalar esto ya que el contenido teórico del proyecto y su fundamentación sufrió unas cuantas vicisitudes (relacionadas con el ingreso del proyecto y los circuitos de autorizaciones a nivel institucional). En primera instancia se presentó vía Secretaría de Extensión de la Facultad. Desde allí, la secretaria lo recuperó y dio curso institucionalmente, ampliando su esfera ya que no se trataba de una actividad de extensión sino de un espacio más amplio, que concentraba además de actividades de extensión, proyectos de docencia y de investigación.

Este recorrido y sus desaciertos burocrático-administrativos, coinciden con la descripción de Rivas respecto de los proyectos colaborativos en Educación. “La realidad se aprende mientras se construye a partir de la errancia que se produce en todo proceso educativo y meramente instructivo. No hay un camino, no hay un principio ni un final; hay historias compartidas en un escenario de diálogo e intercambio libre y emancipador (2013:26).

La decisión unánime de los docentes de la cátedra de Salud de la Comunidad de integrar el OS, representa para cada uno de sus integrantes el compromiso personal, ético y crítico con la docencia. Considerar cómo las paredes del aula

pueden ampliarse, romperse o desplazarse es uno de los productos de nuestro pasaje por la EDU, decisión compartida por todos los integrantes de la cátedra. Ello conlleva considerar las posibilidades de construir otro tipo de espacios de aprendizaje, con otras fronteras y nuevas reglas. Desde esta perspectiva, la integración de la docencia, la extensión y la investigación se llevan adelante a partir de actividades planificadas en conjunto con la cátedra y el observatorio.

En la creación del OS subyacen determinadas posiciones respecto de los procesos de enseñanza-aprendizaje y la relación con nuestras prácticas docentes. Específicamente el OS se propone como una práctica de enseñanza, aprendizaje y participación social en el sentido que lo propone Wenger quien propone al “aprendizaje como participación social. Aquí, la participación no sólo se refiere a los eventos locales de compromiso con ciertas actividades y con determinadas personas, sino también a un proceso de mayor alcance consistente en participar de una manera activa en las prácticas de las comunidades sociales y en construir identidades en relación con estas comunidades” (2001:21). En consecuencia, podemos presentar al OS como una “comunidad de aprendizaje” en donde ese aprendizaje adquiere un cariz distinto según quien lo experimente:

- Para las y los estudiantes (que se involucren en las actividades del OS), significará intervenir y participar de las prácticas de sus comunidades, en representación de su “casa de estudios”.
- Recuperar de manera diagnóstica las necesidades y problemáticas de la comunidad en la que se insertarán lxs futuros profesionales de la Carrera de Medicina.
- Para la comunidad en general y en particular, las diversas organizaciones, instituciones o redes de salud (públicas y privadas) el OS puede ser un mediador/traductor entre saberes producidos en el ámbito universitario, otros recopilados y sistematizados de otras fuentes y actores que requieren de ese conocimiento para la toma de decisiones mejor informadas
- Por último, en relación a la investigación como proceso de enseñanza, creemos que del interjuego de la comunidad universitaria y la comunidad en general, se originan micro proyectos de investigación, que luego son insumos

para el diseño y organización de posteriores actividades. Adicionalmente, recuperar de la comunidad ciertos diagnósticos; daría algunas pistas para orientar a las y los estudiantes en sus trayectorias de afiliación institucional y cognitiva, tratando de guiar el perfil de médocx comunitario aspirado en el diseño del plan de la carrera.

A su vez, la tensión que a veces se presenta entre dedicarse a la investigación y ser docente fue recuperada como tema en varias instancias de las clases compartidas. Lo cierto es que no puede atribuirse la tensión exclusivamente a cuestiones vinculadas con el reconocimiento salarial de la tarea de docente y a las políticas de estado en torno a la educación pública. Existen también obstáculos propios de la cultura institucional, que no alienta la investigación, y la presenta de manera contradictoria con las tareas al interior del aula. Como futura especialista en docencia universitaria, directora actual del Observatorio, considero que este espacio es una oportunidad para hacer compatibles el oficio de enseñar y el de investigar, integrándolos y potenciándolos (reconociendo, por cierto, aquellos aspectos diferenciales entre estas dos actividades).

Por un lado el OS propone conocer los proyectos de investigación en curso que se estén llevando adelante en materias y temas vinculados a salud. A partir de allí, se pretende difundir estos trabajos, hacerlos circular y acercarlos a las y los estudiantes y a su vez hacerlo intra e inter facultades, al interior de la universidad. En el mismo orden de ideas, la integración del equipo estable del OS aglutina docentes representantes de cada departamento de la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud. Propiciar el diálogo y la circulación de la palabra de manera horizontal, asumiendo que se trata de géneros discursivos disciplinarios a veces heterogéneos entre sí, permite generar un espacio de reflexión crítica y de interrogación constante al interior de cada campo científico-profesional, cuestionado las miradas hegemónicas en torno a los saberes y a las habilidades requeridas para el ejercicio profesional.

Nuevas formas de pensar el sistema sanitario:

Las intervenciones en el campo de la salud, deberían tender idealmente a acercarnos al bienestar bio-psico-social. El bienestar envuelve intrínsecamente cuestiones relacionadas con la salud que van más allá del proceso salud-enfermedad (Salud Mental, Derechos del Paciente, Responsabilidad Médica, Seguridad del Paciente) y dilemas éticos del comienzo y final de la vida (Bioética). De manera enunciativa podemos incluir el proyecto de vida individual; las familias, los derechos de niñas, niños y adolescentes, las violencias, la ancianidad, el medio ambiente, el deporte, la interculturalidad.

La actualidad nos muestra la importancia del impacto social de los diversos movimientos sociales en nuestro país. Hemos visibilizado las diferentes luchas e intentos de superación de las condiciones de existencia de las mujeres y las disidencias sexuales, de pueblos originarios, grupos minoritarios tradicionalmente sojuzgados en el camino de la normalización, estas acciones sociales deben traducirse en una invitación a la producción científica regional, los reclamos históricos de los movimientos sociales deben ser comprendidos como ricos en el intercambio de saberes en el sistema educativo en pos de una nueva economía de saberes.

La mirada a través de la óptica interdisciplinaria en las aulas pone en juego las condiciones de clase, género, étnicas, sociales y culturales que están implícitas en quienes se embarcan en un proceso de creación de conocimiento.

Este trabajo alimenta el supuesto de que la formación universitaria enriquecida por la interdisciplina sostenida en el eje socio médico, redundaría en nuevas formas de pensar la atención médica en nuestra región, no sólo para quienes accedan a los servicios públicos y privados sino también para los mismos egresadxs, actores claves para un cambio posible en sus condiciones en los espacios de trabajo.

La interdisciplina en los procesos de formación colaboraría de manera directa como plataforma de la “educación centrada en la comunidad” expresada

claramente en las bases de la Carrera de Medicina. La educación basada en la comunidad pone a los estudiantes en contacto con el medio social y cultural, y los hace protagonistas de los procesos involucrados con el desarrollo de la comunidad, tanto en los indicadores de salud, como en las vinculaciones con otros actores sociales y del Estado.

Propuesta metodológica:

El escenario propuesto por el COVID 19 ha modificado sustancialmente la recolección de los datos a presentar en este trabajo. Haciendo alarde de la plasticidad que desarrollamos como integrantes de la universidad pública, y poniendo el énfasis en la apropiación de las TICs en el recorrido de la EDU, se ha diseñado y adaptado a la virtualidad el siguiente esquema metodológico.

Fuente primaria:

- Del listado de entrevistas previsto inicialmente (Anexo A) se realizaron 8 (ocho) entrevistas en profundidad a docentes del eje-socio médico de la carrera que presentan ID en la composición de su cátedra. Inicialmente se proyectó entrevistar a un/una docente de cada espacio curricular. Lamentablemente los cambios en el contexto sanitario producto por el COVID 19, impidieron completar la nómina originalmente propuesta.
- La guía de preguntas elaborada se encuentra en el (Anexo A1 “Guía de preguntas para entrevista a docentes”)

Espacio curricular	Entrevista N°	Docente	Cargo	Antigüedad
Bioética 1	1	Caterina Milone	Prof. Adj.	6 años
	2	Alejandra Sandoval	JTP	6 años
	3	Gloria Alvarado	JTP	6 años
	4	Manuel Corchuelo Blasco	Prof. Adj.	5 años

Ciencias Sociales y Medicina	5	Guillermina Oviedo	JTP	5 años
Salud de la comunidad	6	Gabriel Sebastián	Prof. Adj.	5 años
	7	Sebastián Núñez	JTP	5 años
Planificación de la Salud	8	Tzenka Guenova	Prof. Adj.	4 años

Para solicitar las entrevistas se realizó un primer acercamiento a través del correo electrónico institucional. En ese intercambio escrito se manifestó el deseo de obtener la entrevista y el motivo de la misma. Aquellas/os docentes que estuvieron de acuerdo, aceptaron el contacto telefónico posterior.

De manera telefónica, se informaron los formatos posibles, seleccionando en todos los casos el formato virtual grabado.³⁷

Se coordinó día y horario de encuentro. Antes de comenzar se informó que la entrevista sería grabada. Luego de la aceptación formal de cada uno de los entrevistados, se procedió al inicio de la entrevista y a la correspondiente grabación. Al comienzo de cada entrevista se efectuó una breve introducción en la que se presenta el tema de TIF y el encuadre de la entrevista.

Las entrevistas fueron realizadas a modo de conversación guiada favoreciendo la manera dialógica de obtener datos relevantes. Es oportuno aclarar que si bien las mismas se presentan transcritas en el corpus de este trabajo, también están disponibles en formato de video.

Fuentes secundarias:

- Encuesta realizada por Google forms, (Anexo B “Instrumento de encuesta a estudiantes”) destinada a estudiantes que han cursado y aprobado la

³⁷ Se definió la utilización de la Plataforma Zoom ya que posibilita la grabación de manera ágil.

materia Salud de la Comunidad. La selección de estudiantes se realizó entre aquellos que ya han cursado y aprobado el espacio curricular “Salud de la Comunidad” y que continúan de manera regular en la Carrera de Medicina. De un relevamiento realizado, se disponía al comienzo de 70 estudiantes que podrían responder la encuesta, considerando que 40/45 respuestas serían suficientes para la extracción de los datos que este trabajo ha debido presentar.

Cronograma definitivo

La aprobación del Proyecto de TIF y del tutor se obtuvo mediante Res. CS 067/20 en fecha 22 de diciembre de 2020, siendo notificada en el mes de marzo de 2021. A partir de allí se ajustó el cronograma inicial, obteniendo el siguiente esquema de trabajo.

Entrevistas: Se previó entonces la realización de 2 (dos) entrevistas por mes, si la disponibilidad de las y los docentes del eje así lo permitiera. Esto implicaría que la totalidad de las entrevistas podía ser realizada en 3 (tres) meses. La transcripción y documentación de las mismas requeriría de un plazo de 2 (dos) meses, que debía coincidir con el plazo de realización de la encuesta.

Respecto del análisis del contenido curricular de cada espacio que integra el eje, en los cuales se identificarán los temas posibles a presentar de manera interdisciplinaria, se planeó realizarlo en 1 (un) mes.

La elaboración de las conclusiones y de los datos obtenidos, se calculaba obtener en 1 (mes) adicional, estimando finalizar el trabajo luego de 6 (seis) meses. Así, el cronograma que se planteó fue el siguiente:



Entrevistas realizadas:

A continuación se incorporan los verbatim de las entrevistas realizadas.

Entrevista N° 1- Mg. Ma. Caterina Milone

M. Claros: Hola, buen día. Me gustaría profe si puede presentarse, contarnos un poco su trayectoria académica, profesional. La cátedra que integras y la antigüedad en la misma.

C. Milone: Bien, mi nombre es Caterina Milone, yo estoy a cargo de la **Cátedra de Investigación en Salud y Bioética** que es una materia que se cursa en el primer año de la carrera. Es una materia cuatrimestral del segundo cuatrimestre. Como antigüedad docente en la Carrera de Medicina, estoy desde que se creó la carrera. En esta materia este sería el 6° (sexto) año para cursarse, y como antigüedad docente tengo más menos doce o trece años de vida académica dentro de la facultad.

M. Claros: La carga horaria de la Cátedra de Bioética ¿son 3 horas?

C. Milone: Es interesante la pregunta, inicialmente por programa, por plan curricular por lo que se había diseñado a la hora de desarrollar esta materia acá en Comodoro Rivadavia, ese dossier que se aprobó eran 40 (cuarenta) horas cátedra para Bioética, pero no sabemos qué pasó verdaderamente, y en estos vaivenes aparecen 70 (setenta) horas cátedra. Nosotros, en un primer momento pensamos que, como somos parte del bucle del Eje Socio Médico debían ser ese pool de horas que se comparten y se llaman trayectos, que son actividades que se tienen que hacer en los CAPS³⁸, pensamos que se nos habían sumado esas 40 horas nuestras, con estas 30 que nos corresponden por ser parte del eje. Pero no, nos respondieron luego desde decanato que nuestra asignatura en sus teóricos-prácticos institucionalmente de manera áulica, son 70 (setenta) horas cátedra. Y esas horas las transcurrimos un día de semana, generalmente los **viernes** donde pasamos **4 (cuatro) horas** con los alumnos en un aula.

³⁸ La sigla CAPS corresponde a la abreviatura de Centro de Atención Primaria de la Salud.

M. Claros: Ahí me decías que vos sos Profesora adjunta. ¿Cómo se integra el resto del equipo? En cuanto a saberes disciplinares, ¿hay alguna diferencia entre los integrantes? Hablemos un poco del equipo de cátedra.

C. Milone: El equipo docente se fue construyendo a lo largo del tiempo, desde que se crea la carrera. Durante los tres primeros años tuvimos de acompañamiento a un profesor viajero, que fue titular de la cátedra. Esta figura de profesor viajero venía a construir equipos, traía su disciplina de bioeticista y de esa manera fue generando un grupo de capital humano local. Acompañó durante tres años y luego ese andamio se retiraba y quedaba el grupo. El grupo está formado por 5 docentes, en donde la estructura orgánica es un cargo de profesor adjunto, lo ocupó yo. Soy **Médica, Especialista en Pediatría y tengo un Máster en Fármaco Epidemiología**; luego un JTP semi exclusivo, el cargo en este momento está siendo ocupado por una **Médica Veterinaria** con formación en Bioética; otro cargo de JTP simple, donde tenemos una **Licenciada en Enfermería**; dos auxiliares de primera, que son de dedicación simple, **Médica Generalista** y a una **Bioquímica doctorada en inmunología** y con una fuerte impronta en lo que es investigación preclínica. Entonces nuestro equipo se conforma por dos médicas de humanos, una veterinaria, una enfermera, y una bioquímica.

M. Claros: que interesante equipo para la investigación en Bioética, ¿no?

C. Milone: Si, porque nuestra asignatura se llama Investigación en Salud y Bioética. De una forma acertada y respetuosa se le dice solo Bioética y se pierde la otra parte que es investigación en salud, y justamente esto se lo explicamos a los alumnos. La bioética nace por las atrocidades que ocurrieron en la investigación de salud, si no hubiesen ocurrido atrocidades de aquellos que investigaron con seres humanos y no en seres humanos, la bioética no tendría por qué existir. Por eso para **nosotros es un 50/50**, el peso que le damos a la **investigación** con nuestra mirada. Y lo otro la **bioética asistencial**. Allí se abordan los dilemas a resolver que se presentan en la vida.

M. Claros: Perfecto. Me gustaría preguntarte si ustedes, desde tu visión como profesora, cómo grupo de docentes ¿proponen la ID? Por ejemplo, para dar algunas pistas; si la respuesta es afirmativa, me gustaría saber cómo lo llevan

adelante desde lo metodológico, pedagógico y didáctico. ¿Hacen recortes temáticos? ¿Proponen espacios explicativos por disciplinas?, ¿Articulan previamente un criterio interdisciplinar? ¿Seleccionan un material bibliográfico en base a las disciplinas de cada docente?

C. Milone: En **el sentido concreto y puntual de la definición no**, o sea somos un grupo de personas docentes, cada uno tiene su disciplina y en ese encuentro que tenemos en común ser docentes de una materia en el primer año de la Carrera de Medicina con esta temática que es completamente diferente, no diferente pero es externa o transversal a todo. Entonces de esa manera todos los que integramos la cátedra independientemente de su disciplina, es como que nos **fusionamos en un nuevo paradigma**, somos docentes con nuestras especialidades y nos despojamos de esa especialidad o disciplina, para comenzar a andar en una nueva terminología. Es eso, no es que planificamos "A vos sos la enfermera, vas a contar desde tu punto de vista que podes traernos", no es así. Tal vez se ve un poco más de protagonismo o que se pueda de alguna manera rumiar de alguna manera con esta **interdisciplina**, cuando **hablamos de investigación**. Desde la parte de investigación si, que aparece ya terminología específica en donde se respeta de alguna manera la disciplina del investigador, pero no hay una construcción en la **interdisciplina de algo nuevo**.
¿Se entiende?

M. Claros: Si, perfecto. Cuando hablabas de esta transversalidad de la Bioética, ¿el material bibliográfico tiene distintas líneas, o hacen alguna selección específica con algún criterio? ¿Buscan trabajar con casos, hay alguna estructura de selección previa que disponen desde la Cátedra, o lo van modificando?

C. Milone: Lo que nosotros logramos hacer, el año pasado, después de tres años con el profesor viajero y a medida que uno avanza, se da cuenta que había cierto sesgo por decirlo así, un **sesgo de selección bibliográfica**. Y a medida que uno va creciendo en este camino, se da cuenta que estábamos sesgados y no estaba toda la información plasmada. Teníamos que jugarlos para que se viera todo, porque si no, no estábamos siendo coherentes de alguna forma. Entonces se hizo una introspección muy grande dentro de la cátedra. Sobre todo, con tres docentes, y después cuatro que estuvieron muy movilizadas con la **Especialización en Docencia Universitaria (EDU)**. Cuando atravesamos la

mirada al **currículum de la materia** nos dimos cuenta de que los contenidos mínimos podían ser rediseñados en el programa analítico. Y ahí logramos tener más multiplicidad de miradas, una **bibliografía más enriquecida**, no sólo un libro; un apunte más integral e integrador. Y en la segunda parte de la materia, si abordamos casos clínicos paradigmáticos con el tema de los dilemas al comienzo de la vida y al final, con esos dos focos puntuales trabajamos con casos clínicos. Y después ajustándonos a una mirada más a lo macro, tomamos al azar los periódicos locales y se los mostramos a los alumnos, y al leerlo vemos que al día hay 5 o 6 noticias fácilmente, que tienen relación con la Bioética. Sería otro modelo de trabajar con casos, pero de manera espontánea.

M. Claros: Claro. Hablabas de esto que fusionan y crean un nuevo paradigma, y me gustaría preguntar si para compatibilizar los discursos disciplinares llevan adelante algún elemento tipo glosario compartido. ¿Cómo van compatibilizando los términos de un lenguaje científico específico de una disciplina? ¿O simplemente el docente cuando toma la posta explica la palabra o llevan algún registro ustedes?

C. Milone: Yo creo que ahí, en esta materia en particular, tenemos esa suerte de que al ser tan propia y única tiene su propio glosario. De hecho, el apunte que tiene la cátedra tiene un glosario de Bioética.

M. Claros: Uno de los obstáculos centrales que a lo largo de este trabajo fui detectando, tiene que ver con esto del lenguaje científico y en donde la interdisciplina favorecería en el sentido de poder comunicarse con el lenguaje específico de cada disciplina. No implica tampoco convertirse en médica veterinaria porque conozco tres o cuatro conceptos

C. Milone: Claro, claro. De igual modo, si estas cuatro disciplinas que se juntan para dar la materia, son todas disciplinas que tienen que ver con las Ciencias Naturales, y las Ciencias de la Salud. No es otra ciencia más dura que se puede ver en otro sector. No tenemos en el equipo por ejemplo a alguien de Abogacía con esa mirada, o alguien de Ingeniería.

M. Claros: Es fabulosa la aclaración, porque lo que me indicas es que el lenguaje científico viene a ser bastante compartido.

C. Milone: Si, por ejemplo, **¿sabes dónde se nos complica?** no con la formación disciplinar si no **con la formación más de humanos**, no sé cómo decirlo, la formación de cuna o más familiar o de ciudadano. Se nos complica con algunas integrantes de la cátedra la utilización del lenguaje inclusivo, por ejemplo. También cuando hablamos del dilema al comienzo de la vida, tenemos dos partes, dilemas al comienzo de la vida con lo que es el debate del **aborto; y dilemas al comienzo de la vida** y el debate de la fertilización asistida. Entonces nos ponemos en el hecho de generar la gesta de un embrión, desde esas dos miradas. Yo si percibo que algunas docentes hablan del aborto sin involucrarse desde la emoción, tratan de que sea lo más objetiva posible la intervención. Eso se nota. Algunos les puede costar el **género, el lenguaje inclusivo** y poner su impronta, no para generar tendencia en los alumnos sino poner su impronta en la deliberación del dilema y justificándola. Porque uno delibera y uno pone en eso las cuestiones mínimas que tienen que existir como la justicia, y la distribución equitativa de las cosas, y después pone en juicio lo máximo, o autónomo, desde el ser humano en autonomía y que decide hacer con su cuerpo. Ahí si note que no tiene que ver con un idioma ni un diccionario propio, ni tampoco con lo disciplinario, sino que tiene que ver **con lo formativo del ser humano**. ¿Se entiende?

M. Claros: Perfectamente. Una de las críticas que hago en el trabajo tiene que ver con una lectura de género amplia que tiene que ver también con lo que se espera de los **médicos y las médicas** ¿no? y se espera como que sean personas sin emocionalidad, es decir, abstraídas de la emocionalidad y de una posición ideológica determinada, esto de decir mi posición personal en torno a la construcción de un aborto puede ser esta y lo que propone el trabajo tiene que ver con que, de algún modo estamos seteados para que lo científico **no se involucre con la emocionalidad**. Y hay un filósofo que no recuerdo el nombre, pero habla de que toda esta construcción es imposible hacerla sin una afinidad y sin una posición emocional al respecto, pero bueno, desde los claustros se ha creado como ese imaginario de que **si hay emocionalidad no se es un buen profesional**. Eso se juega muy evidentemente en los dilemas de la vida, en sus comienzos o finales, y me parece que como docentes está buenísimo el ejercicio de pensar otras formas de verlo, que involucrarse manifestar cierta

emocionalidad no está mal, ni es cruzar ninguna barrera, sino que habla de eso. Humanos atendiendo humanos.

C. Milone: Sí, otra parte de Bioética es la relación médico-paciente, con esta mirada que vos estas marcando. Desde la mirada de médico-paciente existen cuatro modelos, entonces nosotros le mostramos, porque también nos sinceramos que es un encuentro de dos mundos, porque son estudiantes del primer año de la carrera, porque además más del 80% de los alumnos son adolescentes entre 18-19 años. Entonces nos encontramos con un grupo heterogéneo para algunas cosas y homogéneo para otras. La **homogeneidad** la encontramos desafortunadamente con la **ausencia de lectura**. Esto lo hace muy difícil, de hecho, nuestra materia previa que deben tener en concepto para poder cursar bioética es comprensión de textos. Desde la teoría intentamos darles un texto ágil, ellos miran esos 4 tipos de teorías entre médico y paciente, pero en la práctica ven que no se pueden ser ni médico verticalista, paternalista, ni tampoco el médico amigo de todos. Hay una relación médico-paciente más equilibrada, dependiendo de la situación, esa relación pendiente se va poniendo en juego de acuerdo con los valores que se ponen sobre la mesa. Ahí trabajamos con ejemplos como, "si estás en un accidente y sos el médico de la guardia que te traen a un paciente, vas a ser un **médico verticalista y paternalista** porque lo tenés que sacar de una urgencia. En cambio, si estás con un paciente oncológico, en donde deben decidir entre un tratamiento u otro, con una relación deliberada e informativa entre médico-paciente". Ahí si utilizamos ejemplos, pero siempre tratando de no salirnos del lenguaje de la bioética. ¿Se entiende?

M. Claros: Si perfectamente. ¿Tienen algún elemento convergente como para trabajar lo interdisciplinario? Cuando elaboré esta pregunta pensé, se me ocurrió la Historia Clínica, por ejemplo, o la libreta de vacunación, ¿trabajan con algún elemento documental que analizan interdisciplinariamente?

C. Milone: Con la HC o la Libreta de vacunación, no. Tratamos de ir al terreno, o sea cuando el alumno adquiere la aprobación de la primer parte de la materia, el alumno está habilitado a ir al terreno porque es el primer año salir al terreno a un CAPS. Ponerse una chaquete en plan de alumno de primer año, nos sirve para que el alumno pueda tener un contacto y entender mejor los dilemas que se plantean con sustrato teórico, y cuando los chicos van a los **CAPS, ahí sí puede**

ser que los chicos vean de otra mirada esta interdisciplina. Estoy pensando mientras te respondo

M. Claros: Sí, un poco me sucedió eso a la hora de bajar los contenidos en las preguntas, me refiero a los contenidos que fuimos trabajando en la EDU. Estas preguntas que siguen tienen que ver con una posición más personal de tu trayectoria como profesional de la salud, y como ideal si se la quiere, que tiene que ver con la configuración interdisciplinaria de los espacios curriculares y tu posición en relación con aprendizaje ¿Piensas que lo favorece? ¿Pensás que no? ¿Por algún recorte temático sí? Esta sería la pregunta ¿Cuál es tu posición en torno a la interdisciplina en la formación de procesos de salud? Hay algo de la clave interdisciplinaria que podría favorecer determinados procesos formativos en el área de salud.

C. Milone: Sí, sí lo pienso, pero a raíz de tu entrevista, gracias. Es que de la única forma en que exista verdaderamente con el honor que le tienen que hacer a la palabra, es siempre si se le dé **forma deliberadamente se piensa y se hace**, porque si no se solapa y se pone en un **área gris**, trato de pensarlo en otras materias y la única forma que todos puedan hacer su aporte desde la interdisciplina es si **deliberadamente los integrantes quieren que eso suceda**.

M. Claros: Si, sí. Es parte de este recorrido de preguntármelo, encontré esa misma respuesta. Más allá de la presentación heterogénea de distintas disciplinas en una cátedra, **la interdisciplina tiene que ser planificada y aceptada digamos**, entre el equipo docente, y tener la intención de llevarla de manera deliberada entre el equipo docente. La heterogeneidad de disciplinas en la composición del equipo de docentes, no necesariamente hace a una cátedra interdisciplinaria.

C. Milone: Exacto, y ahora escuchando y pensando, se me vienen así como flashes de nuestros teóricos. Nuestros teóricos son como la parte jugosa de la materia, por esto de que estamos en primer año porque los chicos están entrando y poniéndose la identidad universitaria, y esto genera una **atmósfera novedosa**. En los teóricos estamos todas las profesoras. Lo que se genera es como se **enriquece los pizarrones**, porque no está pensado deliberadamente, pero **en el compromiso de cada una, con la mirada de cada una**, con su disciplina propia se arman unos esquemas majestuosos en el pizarrón. Por

ejemplo cuando hablamos de Bioética Medioambiental, puff esos pizarrones son exquisitos, porque cada profe va tirando desde su disciplina una mirada.

M. Claros: Sí, igual es clarísimo lo que decís, porque va de la mano con lo que fui leyendo en torno a la interdisciplina. Yo estoy anotando igual porque todas tus acotaciones y los adjetivos que usas son sumamente interesantes para que queden escritos y puedan ser compartidos.

Quiero preguntarte al respecto de la potencialidad de la interdisciplina, algo que decías es que surge del bagaje teórico que hay, es que hay temas específicos interdisciplinarios, medioambiente es uno; de hecho, es de las categorías de análisis donde más prolifera la interdisciplina. Así que el ejemplo que elegiste es formidable y totalmente de la mano de la teoría.

M. Claros: Algo que me queda preguntarte es ¿Piensas que la interdisciplina también favorecería el acercamiento a una perspectiva de género en salud?

C. Milone: Sí, completamente.

M. Claros: La propuesta del trabajo tiene que ver con la transversalidad que implica la incorporación del género como categoría de análisis, podría ir de la mano de la interdisciplina. Esa es una de las propuestas del TIF y me interesa saber qué piensas.

C. Milone: Sí, yo entiendo que sí, creo que sí, y apuesto a que sí. Y acá se suma otra nota de color que también tiene que ver con la edad de los docentes, no es la disciplina, no; es cómo se formó, me explico, cómo se formó como ser humano, de cómo te tocó vivir, sino la cantidad de años que tenemos. Porque es muy distinta la formación de grado que han tenido, por ejemplo, de las dos médicas que estamos una ya está jubilada, es decir es mayor de sesenta años, y yo soy mayor de cuarenta. Y ambas hemos tenido diferente formación de grado, yo recibí el último coletazo de la hiper verticalista médico acartonado que te mira de reojo, por ser estudiante mujer. Entonces imagínate, es muy difícil, a ellos les era más fácil decir lo que hacían y hacer lo que decían, a nosotras lo que nos enseñaron a hacer lo tuvimos que rechazar, y encima transformarlo para que nuestros estudiantes puedan encontrar esa diferencia, no es que silenciamos una parte, les mostramos las dos y ellos solos en esa deliberación de principios de mínima y de máxima se dan cuenta en dónde está la mirada urgente, de decir "chicos por acá no o por acá sí". Eso me encanta. Yo doy el teórico de lo que es

la parte de dilema y aborto, yo les hablo, les doy todo, la mirada, todo lo que tiene que ver con el embrión, y la cuestión moral del aborto. Y quedan solos como "wow" y los ves que se van poniendo pañuelos verdes y vos decís, claro, porque es un derecho, un derecho a la equidad, al acceso a la salud, lo otro es una autoridad, una autonomía del cuerpo de la mujer. Entonces cuando termina el teórico yo se las remato porque a mí me salvaron del aborto, pero vos sabes qué loco, los pibes se quedan congelados. Entonces nadie puede decidir por nadie, y nadie puede opinar del cuerpo de nadie. Uno como instrumento de acceso a la salud tiene que ser equitativo: punto final. Cada caso se delibera...se arma como una euforia, **una efervescencia**, porque *cada caso es único e irreplicable, la mirada y el ajuste de la bioética debe ser igual, entonces ahí es como que, yo siento eso, que no es más difícil a nosotras como docentes, no solo lo que es enseñar o dar a conocer, sino que también como lo contás y cómo te atravesó eso que decís.*

M. Claros: En eso pensaba, qué bueno, compartimos generación y cómo marca eso. Algo de lo que hablábamos en oportunidad de la reunión del ingreso a Medicina. ¿Te acordás? **La feminización de la matrícula de la Carrera de Medicina.** ¿Además la condición de mujer nos exime de reproducir las cuestiones patriarcales? No se reduce a que por ser mujer no reproducimos los esquemas patriarcales....a nuestra generación nos cuesta revisarlo. En la práctica es donde más se evidencia. Con la diferencia de que antes no se cuestionaba y ahora tenemos estudiantes que nos cuestionan esas prácticas. Ya para ir terminando te quería agradecer la maravillosa entrevista que me diste para dar a conocer a todos nuestros compañeros y compañeras...Así que infinitamente agradecida por este intercambio.

C. Milone: yo lo que agradezco es esto que, en tu trabajo, en estas preguntas o estas miradas.... viste el dicho "**teach is to learn twice**" bueno vos me estás enseñando una mirada que esta buenísima porque no sólo ayuda a empoderarse en lo que una va diciendo, sino que a mí me sirve porque me voy enriquecida.

M. Claros: Este intercambio ha sido muy valioso a pesar de lo virtual, todas tus referencias. El **pizarrón exquisito, la evidencia de ausencia de lectura en las y los ingresantes...**Son un montón de datos que enriquecen el trabajo, que ayudan a componerlo, desde lo que sucede realmente. El trabajo ahora está

plenamente nutrido por tus aportes. Gracias por todo lo que haces en la carrera y por ser tan compañera.³⁹

C. Milone: Gracias a vos por tener esta mirada que no todos tenemos.

Entrevista N° 2- Med. Vet. Alejandra Sandoval

M. Claros: Hola, buen día profesora ¿qué tal?

A. Sandoval: Hola, buen día, ¿Cómo estás?

M. Claros: Bien aquí, cumpliendo el aislamiento⁴⁰.

A. Sandoval: Nosotros también, con mi nene, Yo sigo trabajando diariamente por salud y mi otro trabajo laboral, y bueno, en la semana ya empezando con la planificación virtual, por el comienzo de clases del segundo cuatrimestre

M. Claros: bien, ahí estamos. Me gustaría si podés contarme más o menos tu trayectoria en el inicio de la Carrera de Medicina. La cátedra en la que estás, y un poco sobre tu práctica.

A. Sandoval: Bueno comencé en el año 2015 con la carrera. En la Cátedra de Investigación en Salud y Bioética. Yo, bueno, comencé con un **equipo transdisciplinario** en donde teníamos una enfermera, una médica, una química, otra médica. Así que bueno, fue bastante transdisciplinario el comienzo. Fue como volcar parte de mi otra trayectoria real, por el tema de que yo integraba el Comité de Bioética Asistencial en el Hospital Regional. Bueno, venía digamos con esa trayectoria de experiencia, con el comité, y respecto de la docencia, siempre fui docente en tecnicaturas también relacionadas a la salud, di clase de **formación de trabajadores comunitarios de salud en terreno**, llamados “**agentes sanitarios**”. También tuve la experiencia de docencia secundaria en el último año de una escuela técnica. Bueno, mi disciplina base es **médica veterinaria**, así que bueno, apenas me recibí ya empecé a acompañar mi profesión con la docencia, siempre me gustó ser docente, explicar, que la otra persona comprenda. Surgió la oportunidad al abrirse la Carrera de Medicina en el año

³⁹ Con Caterina además de compartir espacios académicos en la Carrera de Medicina y el Observatorio de Salud, hemos recorrido juntas (muy de cerca) la EDU. Un camino que fue en cada encuentro transformando nuestra mirada sobre el quehacer docente y sobre la carrera.

⁴⁰ Refiere al ASPO. aislamiento social preventivo y obligatorio decretado a raíz de la pandemia.

2015. Fue a través de una convocatoria del Comité de Bioética que me enteré. Presenté los papeles, todo, y bueno, ahí comencé con un equipo que de los 4 miembros yo sólo conocía a Gloria.

En realidad, fue una buena experiencia encontrarme con un grupo muy numeroso de chicos que salían de la escuela secundaria, y jamás tuve un grupo numeroso con mis experiencias previas que te conté. Pasar de un **grupo de 30 a 150**, en aulas que todavía que se amplían un poco, o aulas que todavía faltan para contener grupos numerosos. De todas formas fue una experiencia muy linda porque también tuvimos un trabajo territorial que tuvimos que hacer terminando el segundo cuatrimestre. Comenzamos con **las prácticas en terreno**: las horas del terreno que tienen que acreditar los chicos en la Carrera de Medicina, de hecho es la primera materia del Eje Socio Médico que toma esa experiencia de los estudiantes y para mí, como docente, fue fácil, pero fácil de facilitarle las cosas a los chicos porque en realidad yo ya conocía los CAPS y los equipos por mi parte de la profesión, por ahí por el hecho de que uno sea profesional de la salud y también profesor dentro de la Carrera de Medicina, te lleva a **dirigir mejor a los chicos en el aspecto del territorio**. En este caso si teníamos otra actividad que hacer en los CAPS, uno los podía guiar para realizar actividades fuera en redes de salud, que hacen mucho los profesionales, y eso también pudieron aprovechar los alumnos, así que bueno, básicamente, **en los centros de salud también es una forma de trabajar interdisciplinariamente, los enfermeros, personas administrativas, como llevan ellos la historia clínica de los pacientes, trabajadores comunitarios de salud en terreno, todos somos necesarios como equipo**. Eso ya lo palpa el estudiante desde la Cátedra de Investigación de salud y Bioética.

M. Claros: me gustaría preguntarte en relación con ¿A qué llamas transdisciplina, o a que te referís, porque lo mencionaste dos veces en cuanto al equipo y a los centros de salud? ¿A heterogeneidad de disciplinas en el equipo de docentes?

A. Sandoval: Digamos a relacionarse, o hacerlo mucho, digamos son relaciones que van más allá, porque para mí interdisciplina es que tu compañero de al lado trabaja y es un enfermero o quizás un trabajador comunitario, y transdisciplina es justamente que vos te apoyas en esos compañeros para hacer tu trabajo en donde vos realizas un trabajo de campo y contás con él para que justamente

haga su trabajo como enfermero, pero vos lo convocas y trabajas con él no desde la forma aislada de una oficina enfrente, **no es un centro de salud interdisciplinario donde cada uno está en su sector, sino que cada uno de los sectores se ayuda mutuamente, entonces eso te entrelaza con tu compañero, entonces es un trabajo transdisciplinario, ¿no?** Nosotros estuvimos siempre..., a mí me tocó estar a cargo de un CAPS determinado como profesora nos dividimos porque Comodoro Rivadavia es muy amplio y tiene diferentes zonas y nos distribuimos con los compañeros, y es como que el centro de salud y el barrio que les tocó a mis estudiantes era un barrio que yo conocía mucho, un **barrio popular**, en el que hay muchas cosas para que practiquen, **más allá de la medicina puntual, desde lo social también.** Eso como profesora trato de que todos esos puntos estén volcados en el alumno.

M. Claros: Mi trabajo propone la interdisciplina, tal cuál te anticipé por mail. Me gustaría saber un poco más sobre las clases. Desde lo metodológico a lo pedagógico; ¿Cómo es la organización de las clases? Por ejemplo, pensando en esta transdisciplina que me decís que hacen, ¿también la llevan a clase? yo consideré en el trabajo, algunas variables. Te las pregunto. ¿Hacen recortes temáticos? ¿Proponen espacios explicativos determinados, por disciplina, por ejemplo? ¿En la planificación entra este criterio interdisciplinar, o del modo que lo llamen? ¿Seleccionan de distintas fuentes disciplinares? Me gustaría que me cuentes un poco eso. También en la estructura de la cátedra cuál es tu lugar en la organización.

A. Sandoval: Yo soy JTP, durante el primer año JTP simple, después pasé a semi-exclusiva. Básicamente el rol siempre fue de armar los Tps y guiar los temas del día de exposición tener el TP que complementara la exposición del teórico. Dentro del eje de temas que se dan a lo largo del cuatrimestre, también tengo el honor de hacer la presentación- exposición de tres temas teóricos. Uno de ellos es la introducción a la Bioética, Ética vs Bioética, la parte de Comités de Bioética, y el otro tema es Bioética Medioambiental. Así que son 3 temas, después hay muchos temas que nos vamos complementando con el resto de la cátedra. Después en la parte de los prácticos, si bien **cada una arma su práctico**, yo soy la encargada de asistir a los chicos durante esas horas del TP y de que hayan comprendido la asignatura y que la estén ejecutando, cualquier punto que no entiendan estar atenta a esa explicación, y bueno se hace por ahí

difícil, nosotros siempre tenemos la lectura con la perspectiva de que los **trabajos deben ser grupales**, en realidad también en un punto de vista de que son muy numerosos y también **con el criterio de la transdisciplina, con ese espíritu**, porque ya de por sí vienen algunos alumnos y te dicen si pueden realizar solos, y a esos le decimos que no se pueden realizar de forma aislada, porque justamente **la reflexión, el debate** que se tiene que dar en cada trabajo sobre el tema tiene que ser en equipo, y tiene que ver **con esa mirada transdisciplinaria**. Bueno básicamente, es por eso que nosotros en esta cátedra siempre nos manejamos con esa metodología que los TPs tienen que ser en grupo porque la reflexión y el debate se tiene que dar así, de esa forma, y aparte muchos vienen de **diferentes contextos culturales, inclusive hemos tenido casos de distintas religiones, entonces hay múltiples contextos** en donde es riquísimo el debate, y ahí es donde ellos tienen que empezar a aprender a respetar al otro y a su opinión, tener en cuenta todos esos puntos que quizá para otra persona es contradictorio, pero en un debate de bioética tienen que tenerlo en cuenta y escucharlo.

M. Claros: Pasando en limpio, hacen recortes temáticos, trabajan en grupo los trabajos, y separan también las clases explicativas con este criterio más disciplinario.

A. Sandoval: Claro, y es siempre al finalizar la exposición teórica, o sea terminamos el teórico de 40 min o 1 hora, nunca es la modalidad preguntas al final entonces se puede interrumpir, el teórico uno lo va compartiendo con los alumnos. Uno trata de enviarlo antes también cuando se puede, en material de lectura ya lo tienen de antemano, porque en realidad el PowerPoint es una guía que se va construyendo con el alumno a medida que lo vamos exponiendo y van saliendo los temas, se van generando dudas, una vez respondidas y terminada la exposición hacemos el TP.

M. Claros: Perfecto, pensando en esto que me decís de transdisciplinario y demás, ¿Llevan algún glosario compartido? la pregunta apunta un poco al lenguaje científico, al lenguaje disciplinar y cómo opera esto en el aula cuando hay diferentes docentes de diferentes disciplinas, ¿Tienen algún método o van explicando los términos a medida que surgen?

A. Sandoval: **No, siempre en el material está el glosario**, pero por lo general uno no tiene el 100% de las palabras en el glosario, y ahí si surge y aprovechamos el contexto del marco teórico, ósea de la exposición de la teoría, y después el trabajo práctico para que puedan darse la explicación de algunas palabras que los chicos no entienden. Cada uno dentro de la cátedra tiene su tema, entonces es como que eso hace que cada uno opine dentro de cada uno, pero todos tienen su tema.

M. Claros: Perfecto. Hay una separación entre los temas explicativos y las referencias siempre las toman o las explican el mismo docente. La otra pregunta tiene que ver con la práctica, ¿tienen algún elemento convergente como para abordar, no sé, se me ocurre, por ejemplo, la Historia Clínica, que lo aborden todos los docentes con una mirada convergente? ¿O simplemente no se presenta un elemento común como para analizar?

A. Sandoval: Bueno, ese es un buen punto porque en realidad en tercer año es donde nos hacemos esa convergencia, en tercer año en el Taller Integrador Vertical (TIV) que los estudiantes tienen que aprobar para seguir la carrera. Es en ese momento donde se da, antes no. Igualmente te explico, esa convergencia es para integrar todas las materias, entonces aprovechamos hacer esa integración en ese espacio, en ese momento, y nos beneficiamos tanto los docentes como los alumnos. Antes no se da, yo considero que porque **en primer año es esto de que uno está trabajando con los chicos que recién empieza, una matrícula de 130 chicos, que uno primero se focaliza en lo básico**, en lo que resulta ser una historia clínica, que una historia clínica convergen varios actores que contribuyen a la misma, desde un enfermero a un trabajador comunitario puede escribir la historia sobre ese paciente, pero en definitiva es del paciente, ni siquiera de la institución. Entonces esos parámetros se los vamos volcando a ellos, pero son algunas de las cuestiones por las que digo que la bioética debería ser una etapa más adelante, digamos en la carrera una bioética 2. Porque esos aspectos se los damos a un chico que recién sale de la secundaria, y se va encontrando con estos términos, con los primeros términos biomédicos, pero justamente desde lo ético, desde la conducta moral que tiene que seguir como profesional, y aparte el primer **contacto territorial** con la salud es a través de la materia de investigación de salud y bioética. Hay mucho

contenido teórico en esta materia, pero desde ya son los **primeros conceptos biomédicos** que el chico toma contacto, si bien bueno ahora yo me he puesto en contacto con algunos profesores, donde por decirte les están dando **comprensión de texto**, les dan textos de medicina, en inglés, ya ellos tienen que traducir cuestiones de medicina, pero bueno la primera realidad y ya de estructura con conceptos mucho más consolidados es ya desde el eje socio médico, es la primera materia Investigación de la Salud y Bioética. Pero básicamente es eso, la integración la hacemos en esa etapa del estudiante en tercer año y lo particular y nada más intra cátedra lo hacemos en el primer año en ese segundo cuatrimestre.

M. Claros: Perfecto, ahí me avisa el zoom que nos quedan 10 minutos. Así que aprovecho a preguntarte un poco. ¿Tu percepción en torno a esta transdisciplina que mencionas que hacen, o el juego de las disciplinas en el aula, si favorece de algún modo el aprendizaje del, digamos del perfil del egresado, digamos comunitario humanístico, qué opinión te merece eso, o qué pensás como docente, si eso favorece o no favorece?

A. Sandoval: Sí, favorece muchísimo este abordaje en el cual, desde nuestra cátedra estoy muy contenta porque el abordaje ya lo hacemos desde nosotras, **ya esto de la transdisciplina de una bioquímica, de dos médicas, de una enfermera**, ahora se nos va a sumar una estudiante, que eso también es muy importante, una estudiante como auxiliar. era muy importante en ese momento cuando el auxiliar era un estudiante ya avanzado, nos daba sus miradas, nos decía cosas que por ahí los estudiantes no se animaban a decir, era una cuestión de orden, digamos. Entonces eso **también hacia a lo que es transdisciplina, que el estudiante de avanzada esté con nosotros trabajando**, porque quizás un estudiante quería preguntar ciertas cosas y no las podía realizar, por vergüenza o cualquier cosa, pero si se las preguntaba al estudiante, así que por lo que yo veo **es muy importante que en estos primeros años de la carrera siempre haya un estudiante avanzado en la cátedra como auxiliar**.

M. Claros: Otra pregunta en relación a esto, ¿le ves alguna vinculación con la perspectiva de género, o cuál pensás que es tu relación con ese punto, o no le ves vinculación, o quizás no lo incorporaste de este lado la visión?

A. Sandoval: Bueno sí, está muy unida a la anterior que me habías preguntado, más allá del género igual se nota mucho que los chicos ingresan a la carrera con ese contenido de **que ellos van a curar el mundo, de que ellos van a solucionar el mundo por ser médicos**, pero todo en un contexto aislado, o sea como que el medico es el médico y va a dirigir todo por ser médico. Eso desde nuestra cátedra ya empezamos a trabajarlo, pero es como que cuando vos llegas a la convergencia que te hablaba, hay que seguir que trabajando porque también siguen un asentamiento, un pensamiento que pareciera se diluyó bastante ese poder que tenían en el primer año, por decirte un 80%. Se va transformando esa idea y **el médico se vuelve más social** y tiene a esta tendencia, pero faltaría un poco más todavía, porque también está la idea de especialidad y de ultra especialidad, o sea que **de ser el salvador en primer año a que van a ser los ultras especialistas en esa etapa, pero bueno, avanzaron bastante en su mirada social.**

M. Claros: La última pregunta ¿Tenés alguna metodología específica en tu individualidad para preparar las clases, las preparan en conjunto, o cada clase ya está articulada?

A. Sandoval: **No, cada uno tiene su tema y cada uno prepara su clase de presentación** y exposición oral y también su TP. Y las demás docentes que lo preparan se encargan de dármele y yo lo interpreto, porque **en definitiva yo soy la que tiene que explicárselo a los chicos, así que eso es prácticamente mi rol y el rol de cada uno.** Porque en realidad esa es la metodología que tenemos, **cada uno prepara su exposición oral y su trabajo práctico.** Lo único que sí tengo es que a mí me gusta que los trabajos prácticos sean en trabajos reales con presentación de narrativa, que ellos también elaboren esos casos reales, eso es lo que me enriquece a mí como profesora cuando corrijo estos TPs, en bioética ambiental por ejemplo, cada uno prepara su caso, en eso les doy la libertad utilizando los conceptos que ellos toman de la exposición teoría, del tema en cuestión, entonces cada uno me prepara su caso. En ética y bioética lo construyen en equipo, ahí directamente el trabajo es como yo te decía grupal y se va a haciendo con conceptos de la exposición teórica, ellos también abordan un caso que se los doy y ellos tienen que exponerlo después, pero siempre teniendo en cuenta los conceptos.

M. Claros: Bueno Alejandra ya fuimos barriendo todas las preguntas en distintos órdenes, pero están todas, así que nos queda un minuto y aprovecho a agradecerte.

Entrevista N° 3 Lic. Gloria Alvarado⁴¹

Buenos días soy Licenciada en Enfermería, mi nombre es Gloria Elizabeth Alvarado. Soy docente en la Carrera de Enfermería y desde el inicio en la Carrera de Medicina en la Cátedra Investigación en salud y Bioética que está en primer año y se dicta en el segundo cuatrimestre. Es una cátedra de 70 horas que integra el eje socio médico de la carrera.

La conformación del equipo verdaderamente es interdisciplinaria, la profesora responsable es la docente Caterina Milone que es médica pediatra con una maestría en Fármaco-epidemiología. También la integra una médica que perteneció al ámbito sanitarista ya retirada de la función médica y ahora avocada a la docencia, también integra el grupo una doctora en bioquímica que intensifica lo que tiene que ver con la investigación en salud y una médica veterinaria, Alejandra Sandoval, quien actualmente a nivel central es la Directora de Zoonosis de la Provincia de Chubut. Y por último, yo que soy Licenciada en Enfermería con fortalecimiento en conceptos de bioética. Siempre tuve la formación en el área ya que me interesan esos temas. Fui buscando avanzar en esos conceptos y realicé diplomaturas, seminarios, cursos de posgrado, siempre relacionados con la bioética. Es por eso que me sumé a este equipo de trabajo. Como **les comentaba es una cátedra interdisciplinaria 100%**. ¿Entonces cómo hacemos para organizar las actividades? Nuestra asignatura en estas 70 horas tiene discriminada las unidades de manera de que cada uno de los integrantes puede trabajarla. Los aspectos relacionados con la temática son básicamente abordados con quien tiene la mayor formación en el área, todo lo que tiene que ver con la investigación en salud lo trabaja básicamente la profesora y en este caso la doctora en bioquímica que esta fortalecida en el área. Todo lo que tiene que ver con la bioética medioambiental y con la ecología y la transformación de la bioquímica sobre ese aspecto lo toma la médica veterinaria.

⁴¹ Debido a problemas técnicos con el micrófono la entrevistada respondió las preguntas guía a modo de relato.

La Médica sanitarista trabaja todo lo que tiene que ver con la relación médico-paciente, todo lo que tiene que ver con la intervención concreta de la medicina apoyada en la bioética, y a mí me toca trabajar lo relacionado con la historia de la bioética, los principios de la bioética, los dilemas éticos que surgen al inicio, al final y al comienzo de la vida. Básicamente todas tenemos conocimientos sobre los temas, pero cada una que se ha especializado es quien desarrolla el día, los trabajos prácticos relacionados con cada una de las unidades.

En cuanto a las actividades que se llevan adelante, se busca vincular todos los conceptos adquiridos del alumno en el primer cuatrimestre y se hace ese fortalecimiento de los conocimientos para las futuras asignaturas, es decir, se busca que la bioética sea un eje transversal a toda la carrera. Porque si bien el alumno se está iniciando en la carrera se busca que tenga un compromiso bioético importante, entonces nos complementamos muy bien, las actividades son coordinadas por las profesoras. Todas participamos de los encuentros teóricos, de los trabajos prácticos, cada una hace su aporte desde la formación recibida, pero participamos activamente en reuniones de cátedra, actividades con los alumnos, en las mesas de exámenes finales. Entonces estamos buscando fortalecer ese conocimiento integral de lo que significa esta asignatura.

Nuestra matrícula es numerosa, llegamos a tener cerca de **300 alumnos**, hay que armar comisiones de trabajo. El año pasado que estábamos en plena pandemia para el segundo cuatrimestre hubo que organizar comisiones para el dictado teórico porque saturábamos el espacio jitsi⁴², para que el alumno se conectara. Se evidenciaron muchas dificultades para garantizar la conectividad a las y los estudiantes. Porque muchos sin la posibilidad de una conectividad eficaz y utilizando celulares **datos móviles y** entonces era como que se complicaba, incluso nosotros como docentes según el lugar donde vivíamos **teníamos dificultades de conectividad**, pero nosotros estamos siempre cubriéndonos, ya llevamos los años de la carrera con un grupo conformado entonces podemos acompañar al alumno hasta que se reestablecía la señal. En síntesis esa es la modalidad de trabajo. Se reparten comisiones y los trabajos prácticos se organizan por grupos y comisiones. En pandemia continuamos con

⁴² Se refiere a la Plataforma Jitsi Meet con la cual la UNPSJB realizó convenios para garantizar la gratuidad de las conexiones a las salas. <https://meet.jit.si/>

la misma modalidad, pero a través de la virtualidad. Se incorporaron foros de actividades y con alguna temática.

Nuestra asignatura trabaja mucho lo que son los dilemas éticos y entonces surgen los debates. Se arma un foro de debate entonces ellos a partir de un material de bibliografía aportado, se expresan todos. Hay compañeros que tienen una postura distinta y también la dan a conocer; el docente es el moderador, el que va cerrando esos debates que van surgiendo y de esa manera se van fijando los conceptos trabajados en el aula. ¿Algo más? (no te escucho nada María, escribame en el chat)

En relación a la bibliografía aportada, nosotros actualizamos permanentemente porque surgen nuevos conocimientos y se van incrementando y modificando. Nuestra bibliografía se actualiza permanentemente. Hay algunos materiales con más de 10 años de edición, pero últimamente hemos incorporado documentos muy recientes. La bibliografía actual no tiene más de 5 años de edición pero igualmente hay muchos documentos a veces desarrollados en unos meses anteriores de lo que trabajamos, porque **la salud es dinámica**. Todo lo que tenga que ver con los enfoques de salud y que van surgiendo en investigación de salud debe ser tratado, y entonces se va actualizando permanentemente. Cada unidad tiene su bibliografía propia. Tenemos siempre referentes que conciben a la bioética en conjunto. El inicio de la bioética, los que son los precursores de la bioética, esos ya son textos establecidos, como también los referentes en la Argentina. Salvando esas excepciones los temas y materiales están en permanente debate, poniendo a disposición del estudiante lo último que hay en esos temas.

Las clases las prepara cada uno de los docentes de acuerdo con el cronograma de que se establece al inicio de la cursada. Al inicio cada docente sabe qué día le toca dar y qué tema. Entonces está contemplada la actividad porque siempre hay tiempo para preguntar y más ahora con la virtualidad se busca esa interrelación que el alumno tenga la posibilidad de aclarar dudas y si el tema quedó claro. Tenemos un cronograma fijado al inicio de la cursada que se respeta, salvo una contingencia mayor del docente que prepara esa clase. Nosotros compartimos todo con la profesora, hay muchas temáticas y muchos temas que ya están claros y definidos pero en eso que yo te señalaba, que siempre estamos participando todos. Los docentes de la cátedra también

realizan sus aportes y es muy habitual que la profesora intervenga para fijar algún concepto y que le quede claro al alumno, y algún otro docente que traiga algo de actualidad y los sume también a la teoría.

Bueno muchas gracias, María, espero que te haya servido esta información, seguimos en contacto y éxitos en tu tarea. Nos vemos.

Entrevista N° 4 José Manuel Corchuelo Blasco

M. Claros: Buenos días esta es una de las últimas entrevistas de este trabajo, estoy acompañada por el doctor José Manuel Corchuelo Blasco quien le voy a dar la palabra para que se presente con más precisión. Su trayectoria es muy extensa y me gustaría que la podamos escuchar su parte. Le cedo la palabra

JM. Corchuelo: Bueno muchas gracias espero cumplir la extensión horaria pero bueno voy a comenzar presentándome. Yo tengo mucho pasado de actividad política, orgulloso de ella la verdad, con este operar costumbrista en el mundo y en la Argentina. Estoy muy orgulloso de los grupos con los que trabajé, conociéndolos, operándolos y siendo parte de ellos. La realidad que esta entrevista desemboca en un mecanismo relacionado con la responsabilidad que tengo en una Cátedra, pero realmente en la Carrera de Medicina soy el Director de la carrera y el que la comenzó en el año 2014. Me nombraron director con la Decana Mónica Freile pero la carrera, tiene antecedentes desde hace muchísimos años. En el año 70 cuando volvimos 15 egresados de La Plata en la ciudad de Comodoro Rivadavia, al año y medio comenzamos a pensar en una universidad nacional. Ya existía una universidad privada que sirvió... (tengo un hermano geólogo egresado de esa universidad)...pero bueno... Vinimos y comenzamos a trabajar por una universidad nacional con mucho trabajo. Después, estos 15 que éramos hicimos muchas reuniones y muchos trabajos de implantar la idea en la ciudad y en la provincia un poco, no había celulares, no había fax, eran los años 70s. El presidente Héctor J. Cámpora, presidente democrático en el año 1973 generó la ley por la cual se creó nuestra universidad. La efectividad de la universidad, es decir, comenzó a funcionar el 4 de mayo de 1974, un año después, ahí estuvimos muchos...En el medio de ese camino hubo

problemas muy serios y unas manifestaciones muy grandes de alumnos de la universidad y docentes. Fueron años muy calientes en Argentina, e inclusive desde el sur uno de los docentes tuvo que exiliarse de la Argentina. Eran momentos tenebrosos de la patria esclavizada por golpes militares....

A partir de esa universidad comencé a trabajar también en la parte docente y hago un paréntesis muy largo a partir del 1980 y pico hasta 1987. Yo ya estaba dedicándome a la política, como Ministro de Salud y Bienestar Social. ...Somos una ciudad alejada de lo que es la capital de la provincia, ya que estamos a 400km. Todos los temas sociales y sanitarios dependían de mí que era un perfil que tenía, entonces tuve que dejar la universidad.

Volví en el 2014 y ahí luego de ese hito personal y grupal que hicimos de ser partícipes de la creación de una universidad, pero no sin pasar por crear otro instituto universitario conducido por el doctor Ginés Gonzales García y unos 14 a 17 amigos y compañeros de militancia política en el justicialismo creamos la Asociación Argentina de Economía y Gestión Sanitaria que desembocó con el tiempo en la creación del Instituto Universitario de Salud que es un instituto privado de salud que está en camino. Si no hubiese existido la pandemia estaría teniendo una curricula de formación de médicos en ese instituto.

En el 2014 llegué a Director de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, con un trabajo en la facultad muy importante. También con equipos docentes de la facultad muy importantes, con mucha experiencia en otras facultades. Pudimos comenzar a activar el pensamiento de la instalación de la carrera. Lo hicimos con muchas críticas y falta de comprensión por parte de la gente, tanto a nivel nacional como provincial. Con mucha incompreensión, se publicaban epítetos deteriorantes de las vocaciones siendo que ya estábamos caminando con una determinación de crear la Carrera de Medicina, en la universidad nacional y en la ciudad de Comodoro Rivadavia.

Finalmente un día pudimos comenzar, tengo que decirlo, la verdad que mucha gente trabajó muchísimo. Todo tiene que ver con todo y nadie es dueño de todo...Pero la intervención de la presidenta en ese momento CFK fue fundamental con su equipo del Ministerio de Educación y de Salud. También de la provincia de Chubut los Ministerios de Educación y de Salud

y de manera relevante el propio equipo que tiene la universidad que fue descollante en el armado de todo. La actual Decana de la FCNyCS (Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud) con todos equipos fuimos trabajando. En el armado principal estuvo la decana y la vice decana y la actual secretaria académica y sus equipos. Equipos que continúan desde que comenzó la carrera.

En abril del 2015 finalmente pudimos abrir la Carrera de Medicina y ahí ya era profesor de la materia. Ya estaba predestinado porque así lo habían decidido las autoridades de la FCNyCS. También tomé a mi cargo la responsabilidad del Taller de Integración Vertical (TIV). Al principio era una capacitación, pero luego pasó a ser una asignatura y estuve a cargo de eso. De modo que estuve a cargo de dos materias y de la dirección de la carrera. El expertisse sobre el cual me gustaría trabajar este diálogo es sobre la asignatura de Ciencias Sociales y Medicina, porque la otra es un barco que ahora otro coordina. Yo fui responsable del TIV hasta este año 2021. Este año por la pandemia y por otras tareas que tengo que cumplir en otras partes del país, ya tomó la responsabilidad otro docente. Pero es una materia donde todos los docentes participan, no es uno el que lo conduce, es una coordinación. Así que hablaré todo lo que me preguntes sobre la materia Ciencias Sociales y Medicina correspondiente al segundo año de la carrera (dentro del ciclo básico), una materia importantísima del eje socio médico.

M. Claros: Pensando en la importancia del eje socio, quisiera que me respondieras las siguientes preguntas. ¿Cómo se integra la catedra? ¿Hay alguna particularidad en los perfiles de cada docente? ¿Tienen alguna forma de preparar las clases? ¿Cómo organizan el trabajo al interior de la catedra? ¿Hay a tu criterio interdisciplina desde la integración? ¿Llevan adelante alguna preparación específica? Me gustaría que me cuentes un poco.

JM. Corchuelo: Sí me gustaría y espero recordarlo; si no te pido, Mariela, que me lo hagas acordar. Hay dos etapas en todos los años que pasamos practicando la didáctica y la pedagogía en un marco de ida y vuelta. Hay un antes y un después del COVID 19. Se cambia de manera copernicana la modalidad de plantear cómo son esos marcos de interdisciplina y de

relaciones de aplicaciones para las competencias, la habilidades y los aspectos de la construcción de conocimientos por partes de alumnos.

La asignatura está compuesta por tres docentes. Tuvo épocas que éramos cuatro, y por restricciones de tipo económico quedamos tres. Nuestra asignatura tiene tres contenidos disciplinares que son la antropología, la sociología y la psicología, pero como su nombre indica eso entra en un aspecto de ciencias sociales. Son los ejes principales pero en cada lectura y en cada ejecución de la actividad docente, se da apertura hacia absolutamente muchos otros aspectos de las ciencias sociales. Una de les docentes es Profesora de Antropología, tiene conocimientos antropológicos muy valiosos. Además cursó mientras estábamos estos años dando clases, un doctorado en Sociología y está por presentar su tesis con un Director (quien además es un valioso docente humanístico que pertenece a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades). La otra persona es un Psicólogo con experiencia en la docencia universitaria muy importante, Bueno Guillermina Oviedo que es la antropóloga, trabaja como docente en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades. El psicólogo que es Gustavo González. Además, con amplia experiencia como psicólogo trabajando en ámbito de medicina segmentaria en cuanto a salud mental comunitaria y además por concurso del año 2015 es el Responsable y Jefe de la Dirección de Salud Mental de toda el Área Programática Sur de la provincia de Chubut con cabecera en el Hospital Regional en Comodoro Rivadavia. La otra persona que resta es quien habla, yo tengo experiencia y la conté en parte de mi historial de cuando comenzó en 1974 y también con algunas materias que tuve que dar en salud fundamentalmente. También en neuro-fisiología del sistema nervioso y siendo participe en otra asignatura en aquellos momentos de inicio. Y más bien con algún antecedente en aquella universidad privada que después en 1980 cedió el edificio que tenemos en el rectorado por si alguno no lo conoce, y se disolvió esa universidad privada, la universidad de la Orden Salesiana de la Iglesia Católica, que había hecho muy buena tarea la verdad.

Quien habla les decía, soy médico soy Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social y tengo historiales de trabajar muy fuertemente con temas que tienen que ver con las Ciencias Sociales de medicina y otros temas de

política. Fui diputado de la Nación en tres periodos parlamentarios y responsable de sistemas sanitarios durante varias oportunidades.

Les decía este equipo de Ciencias Sociales también tiene una fuerte impronta con apertura a muchas otras dimensiones de la medicina. **Así que en ese punto, las prácticas que hemos tenido son de tipo interdisciplinario.**

Quien habla que es quien la conduce más la apertura. Tengo habitualmente en todos mis equipos de trabajo de participación, una opinión siempre respetada. También de los alumnos que dialogan de los temas que observan y quieren intervenir. **Damos por hecho que la interdisciplina en las Ciencias Sociales se está dando permanente.** Es más, en el programa que nosotros tenemos, que lo hemos reformado en otras oportunidades⁴³. Tiene fundamentalmente cuatro ejes que tienen imbricado en cada una de las unidades dadas, las tres miradas disciplinares. Las múltiples características por expansión de la aproximación a las Ciencias Sociales y el mecanismo del esquema puntual médico. La mirada médica que proponemos apunta a interpretar la salud con un concepto muy amplio y no sólo relacionado con la actividad o con la profesionalidad sobre la parte del médico o no. **Entonces la interdisciplina se da en forma permanente.**

Nuestra preparación de cátedra tiene además horas semanales que tomamos los docentes para definir cómo vamos a trabajar en cada una de las unidades y cómo cada punto de las unidades que eventualmente tienen 3 o 4 una relacionada con cada uno de los ejes. Todo inmerso en la parte médica, de modo que vamos llevando la cátedra que son sólo 40 horas. Sostenemos cada año que es escaso el horario en un cuatrimestre, ya que en tiempos normales los alumnos trabajan en **Actividad de Campo 256 horas** en toda la carrera en cada una de las 8 asignaturas del eje socio médico. **Es decir que las actividades de aula se complementan con la formación que se tiene en terreno, en los CAPS y en otros lugares socio sanitarios que es muy valioso para el concepto de interdisciplina dado a los alumnos.**

Si además sumamos que hay dos documentos centrales que se invita a los estudiantes a que lean: uno es la Resolución N° 458/2013 y la Resolución N° 1314/2007 redactada por un grupo interdisciplinario y donde participó

⁴³ El entrevistado aclara que siempre se realiza con aprobación de la FCNyCS y por supuesto del Consejo Directivo y del decanato.

también la universidad en su área sanitaria y la estructura provincial, y el Ministerio de Educación de la Nación. Allí se incluyen experiencias de años de trabajo y mucha información internacional y nacional en temas de formación universitaria de la medicina. Ahí hay una palabra o varias que son muy centrales, por eso yo recomiendo su lectura.

La UNPSJB integra la FAFEM⁴⁴ (Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Publicas) que es un esquema nacional de facultades y escuelas de medicina de la argentina que tiene un trabajo muy desarrollado y profundizado. A partir de pertenecer a esta organización, se completa el documento mencionado, que tiene revisiones y reformulaciones. Hay un concepto allí expresado que enfatiza la participación exigida que se enseñe a los alumnos respecto a temas que tienen que ver con la **medicina comunitaria**, que se trabaje en investigación epidemiológica, que se trabaje en la solución real de los problemas de **salud en base a reflexiones criterios y juicios críticos**. Yo lo llamo también ser subversivo. En la Argentina es un término complejo de plantear, ya que históricamente trajo inconvenientes muy graves como la desaparición de personas sin juicio. En un Estado Terrorista la reflexión crítica es subversiva, entonces en vez de usar la palabra subversiva, subversiva del estatus quo, subversiva de lo que muchos creen que debe ser, lo llamo *estar rompiendo moldes*. Sin embargo en el camino de la tecnología, del desarrollo y de la continuidad del mundo, al que concibo como la nave espacial Tierra, donde estamos metidos 8mil millones de personas y donde la tecnología que planteamos y que se conoce y está oculta, pero lentamente aparece y genera relaciones humanas distintas. El concepto profundamente humanitario que tiene la formación médica, está también atravesado por estructuras de dominio humano, de dominio de la tecnología, del capital, y por la opresión de pueblos subalternizados. **En ese esquema nuestra carrera y la resolución mencionada que formaliza lo antedicho, al igual que lo hace nuestra Cátedra, planea mecanismos profundos reflexivos en esa línea interdisciplinaria.**

En clase hemos llevado adelante la ID a partir de la teatralización de alumnos de problemáticas muy serias. Una de ellas ha sido lo que sucede con los

⁴⁴ <https://www.unse.edu.ar/index.php/noticia-medicina/2688-asamblea-fafem>

inmigrantes esclavizados bolivianos de los talleres clandestinos que existen en CABA y en el conurbano bonaerense. También los fenómenos de migrantes internos y las cuestiones vinculadas a las mujeres. En todo este tipo de esquemas de hacer teatralizaciones e invitar expertos; por ejemplo se convocó al hoy segundo en la estructura del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología⁴⁵, el doctor Mario Pecheny⁴⁶ quien ha estado a cargo de un Seminario en nuestra cátedra, sobre temas relacionados con los aspectos sociológicos y filosóficos de la vida. Nos ha dado un gran orgullo. También otra gran oportunidad ha sido convocar desde nuestra cátedra a referentes de la medicina ancestral aborigen; que se dedican a trabajar en los CAPS en APS y a la salud comunitaria. Personas de diversas disciplinas, expertas en la temática de medicina aborigen y en medicamentos o hierbas y terapias naturales.

En la cátedra decimos "pinta tu aldea y pintarás el mundo", nosotros hemos pintado en repetidas veces las aulas en las que estuvimos dando nuestra asignatura, en el edificio sede del rectorado que es donde está la Carrera de Medicina incorporada. Este año ingresan 290 inscriptos, veremos cuántos finalmente formalizan y comienzan o abandonan. Estoy analizando esto de pintar, porque nosotros hemos pintado en ocasiones de paro docente o de otro orden, hemos pegado los docentes en el piso papeles de lo que nos estaba pasando en las paredes, en el pizarrón, en la pizarra, y dar clase explicando la temática. Algunos decían –“*Corchuelo hace política en el aula*”-La política es una ciencia también humana, social, que se entronca en toda la temática y quien desconozca que existe la política sanitaria y que orienta en muchos temas para dominio o confraternidad se va entender el concepto y por explicar estos temas los hemos pintado en el aula.....perdón por la extensión del tramo. No escucho.

M. Claros: Estaba silenciada para que no haya ruido ambiente. La extensión permitió recorrer todas las preguntas. Repasemos; ustedes hacen la preparación previa, los recortes temáticos con las miradas disciplinares. También respondiste al respecto de si la ID podría favorecer estas reflexiones

⁴⁵ <https://www.conicet.gov.ar/>

⁴⁶ <http://areasalud.sociales.uba.ar/integrantes/mario-pecheny/>

en torno a la problematización de clases sociales, género. Considero que ha sido respondida a partir de presentar las actividades que hacen desde la cátedra. Con todo lo que me lo fuiste contestando la guía está completa. Me quedaría preguntar si trabajan con algún elemento propio de la interdisciplina, como glosario, por ejemplo o bien con algún elemento convergente que permita trabajar desde múltiples miradas, por ejemplo la historia clínica. Respecto de la bibliografía ¿la seleccionan con una mirada disciplinar o la seleccionan pensando en la materia? Estas dos cuestiones: ¿Tienen algún elemento específico de trabajo en la cátedra? ¿Cómo seleccionan el material bibliográfico?

JM. Corchuelo: Inicio por la segunda parte, que además incluye otros recursos. En el programa tenemos varios lugares claves para buscar en la web sobre las temáticas socio-sanitarias. No concebimos la medicina sin incorporar los determinantes, y los condicionantes sanitarios tienen que ver con los aspectos sociales. La medicina es una Ciencia Social por más que dicen que es pura técnica, si no incluye los aspectos sociales le falta lo principal. La bibliografía está separada fundamentalmente orientada a cada una de las unidades, está planteada así. Hay bibliografía obligatoria y hay textos para ampliar. La bibliografía puntual tiene legislación, la Constitución Nacional, por supuesto no para estudiarla, pero sí para tener referencias sanitarias y sociales de las constituciones que nos importan mucho: la provincial y nacional.

La realidad es que en la provincia de Chubut en el 1994, en la previa no existía el concepto de salud. Un pequeño artículo de dos o 3 renglones y precede a un desarrollo que tuvimos en la provincia y tuvimos parte algunos de los que hacemos política de toda la vida, e incorporaron el artículo 72 de la constitución provincial que además de tener 9 incisos con parámetros centrales y conducentes de responsabilidades sanitarias, el inciso 7 tiene un punto principal, y lo digo ahora que uno es la incentivación hacia la participación de la comunidad en esas actividades de salud, entendiendo que la salud tiene que ver con los aspectos de cortes socio sanitarios, con esa comunidad participante, tanto en conducciones y constituciones.

Tenemos ejemplos en el CABIN que es un Centro de Aplicaciones bionucleares de altísimo nivel científico sanitario técnico tecnológico, del

Primer mundo que comenzó con una humilde bomba de cobalto comprada con una colecta popular que hicimos en Comodoro Rivadavia. El CABIN es conducido por la comunidad en un consorcio mixto en los cuales son mayoría los representantes de la comunidad Ad Honorem y de instituciones valiosas y representativas de la comunidad de Comodoro Rivadavia. Entonces en este esquema la participación que marca la Constitución Provincial que la venimos practicando hace mucho tiempo atrás porque el CABIN con su consorcio mixto publico privado se creó antes de la reforma constitucional. De esos 9 incisos se redactaron en base a lo que había practicado la provincia de Chubut en el año 70. La atención medica mixta, donde el hospital estaba conducido por un Consejo Comunitario representativo de organizaciones de vecinalistas, conducido por una persona que era un sacerdote del pueblo, un cura gaucho que se llamaba Juan Corti. Lo condujo con un nivel de ejemplaridad y excepcionalidad médica que fue lamentable que se haya desactivado...estos antecedentes de participación comunitaria también están insertos en mucha de la bibliografía que figura como temas principales para atender.

Y al otro punto está relacionado con un eje para las disciplinas, no tenemos algo como si fuera un eje eslabonado dentro del sistema. En cada clase participamos los 3 docentes, en cada clase trabajos prácticos y parciales que ahora los trabajamos más sobre trabajos de evaluaciones integradoras en vez de parciales. Tengo que contar que también que trabajamos mucho con películas. Las películas seleccionadas, amplían las dimensiones de los ejes. "Darse cuenta", película que recomiendo. "Casas de fuego" que cuenta la historia del doctor Massa⁴⁷. Entonces, quería decir, nosotros lo que tenemos

⁴⁷con su lucha para convencer en la academia en la ciudad de Buenos Aires para convencer en la política, en la llegada al noroeste y plantar lo que fue la estructura de estudio para el mal de Chagas. Su entrega con los equipos que creó y también incomprendido por mucha gente, dejado de la mano por muchos y cuando Massa se dedicó a discutir y a meterse dentro de las casas humildes de la mayoría de trabajadores agrarios. Yo he conocido a muchos de estos trabajadores agrarios, yendo a Perú y yendo al noroeste argentino en los lugares donde se trabaja la producción de tabaco, esclavos, argentinos y bolivianos, y en Perú, peruanos. Entonces la realidad concreta que estamos hablando en este tiempo imaginemos la época de Massa, cuando se dedicó a limpiar las paredes, los cuadros para encontrar las vinchucas que de noche picaban a la gente y que transmitían el mal de Chagas. Y que de pronto todos los que habían sido benefactores para desarrollar ese instituto de investigación que Massa estaba haciendo, cuando tocaban temas que tenían que ver con la irresponsable actitud social para con los trabajadores como tenemos también en algunos lugares del país, la realidad Massa dejó de tener esa beneficencia y aportes privados, fue repudiado en muchos lugares, sin embargo terminó su vida siendo galardonado y homenajeado y valorado en actos académicos de lo que fue su propia universidad.

no es una estructura directriz pero nuestra modalidad tiene mucha integración de los ejes. Contar estas películas, hay una que se llama “La mujer del chatarrero” que es muy recomendada. A partir de ellas surgen los debates y las discusiones en el aula.

Y siempre les digo a los estudiantes (algo que de grande aprendí)...”nosotros no les transmitimos ningún conocimiento, se lo decimos cada vez que nos juntamos y nos conocen, nosotros **dialogamos con ellos en un marco de ida y vuelta** de capacitación o formación pero ellos son los que construyen su pensamiento y con todo este bagaje amplio basado en las preguntas que me has hecho y algunos links que me marcaste.

Lo que estoy diciendo es que nuestra asignatura por mayor o menor evidencia de lo valioso o no que lo dirá el tiempo, nos deja tranquilos a nosotros, y sí, también quiero contar es muy dificultoso pero estamos dispuestos a asumirlo y lo hacemos que con el mecanismo de pandemia estamos desarrollando. Lo lleva adelante la UNPSJB, el Consejo de Interuniversitario Nacional, la estructura del gobierno nacional aplicando en la pandemia toda la estructura tecnología. Quien habla que trabaja en el Ministerio de Salud de la Nación en tiempos de pandemia. El desarrollo de la telemedicina y el sistema de información que tiene que en la Argentina tiene idas y vueltas y que estaba en ciernes también nuestra universidad hace muchos años; la educación a distancia utilizando muchas estructuras como las del teléfono o videos. Sin embargo hoy el desarrollo en pandemia, aprovechando como dice el proverbio chino "la crisis genera la oportunidad" realmente la medicina trabajó muchísimo y la universidad también. La universidad argentina y nuestra cátedra han trabajado mucho.

M. Claros: Bueno, quiero agradecer la posibilidad de escucharte...hay tantas experiencias y tantas cuestiones importantísimas en la comunidad en las que has participado, que esta conversación podría extenderse por horas.

JM. Corchuelo: Puedo agregar lo último. Primero quiero contarte que yo soy un discutiador...El sistema con el que está planteado el programa de nuestra carrera es un programa flexneriano⁴⁸ ...es como caja de zapatos, bioquímica por aquí, física por aquí, matemática, biología, medicina social, medicina,

⁴⁸ <https://sites.google.com/site/historiadelafacultaddemedicina/Home/flexner-y-su-modelo-flexneriano>

salud pública. Cajas curriculares que el estudiante y el docente llevan adelante para eslabonar y crear una línea directriz de toda la carrera ¿no? Siempre yo planteo que cuando hagan la evaluación de nuestra carrera en la CONEAU⁴⁹ trataré de estar y que me inviten, aunque sea Ad Honorem para opinar sobre ese cambio que se va a hacer en la carrera, perfeccionándolo y mejorándolo. La verdad es que debería ser un poco más espiralado. Es decir que contenga la propia cursada armados más universales por asignatura por años por periodos de aquí a unos años de la carrera que enhebran mucho más articulen más, eslabonen más la carrera, no como el sistema frexneriano que cumplió su labor universalmente hace muchos años ya, que esto que se le llama unidades aisladas de las otras, entonces contarles que nosotros en nuestro programa hace 3 años o 4 a cada una de las unidades le pusimos un título y en cada unidad figuran los contenidos. ¿La primera unidad tiene este título "LA SALUD NO TIENE PRECIO? QUIEN LA ARRIESGA ES UN NECIO" la segunda unidad dice así, es un médico que está dentro y dice "QUIEN SIGUE, PASE EL SIGUIENTE", ¿la tercera unidad es un título duro "EN TU MOCHILA TE CARGAN ENFERMEDAD? ¿QUE NO TE SUSTRAIGAN NI TE SUSTRAIGAS CAPACIDADES NI AÑOS DE VIDA" porque la carga de enfermedad individual o social genera años de vida perdida en forma prematura y capacidades, y el cuarto "LA MUERTE UNA CONSTRUCCION SOCIAL?" y dice que la muerte no te sorprenda descuidade. Y una data, nosotros iniciamos nuestra cátedra y lo llevamos al subsuelo a nuestra sede, y allí hay sucesivas placas relacionadas con todo, con la vida, etc. Y hay una placa que dice el 4 de mayo de 1974 se creó la universidad, la universidad no se creó por elaboración espontánea, ni las carreras de ninguna facultad...Por eso les decimos a los alumnos que esa placa debe llevarlos a ustedes a meterse en los temas, a buscar utopías, a lograrlas y buscar otras y si no se logra buscar más y seguirlas siempre, eso hace que no se pare nunca y las cosas puedan crecer.

M. Claros: Bueno, muy sentidas tus palabras como siempre, muy apasionadas. Gracias por este material inspirador, por la participación y por todo lo que has aportado para que estos espacios sigan activos. Voy a cortar acá la grabación y te agradezco mucho.

⁴⁹ <https://www.coneau.gob.ar/coneau/>

Entrevista N° 5 Dra. Guillermina Oviedo

M. Claros: Bueno, buen día. ¿Cómo estas, Guillermina? Vamos a continuar con estas entrevistas en la modalidad virtual, y me gustaría primero agradecerle a la profesora la generosidad de dedicarnos el tiempo para la entrevista. Encuentro su experiencia muy enriquecedora para la línea que presenta mi trabajo, así que, le voy a dar la palabra a ella para que se presente y para que comencemos

G. Oviedo: Bueno, Yo soy Guillermina Oviedo, soy profesora de Ciencias Antropológicas y Doctora en Sociología, en mi carrera de grado, digamos, como recién mencioné yo soy profesora, tuve formación docente, y en la Carrera de Medicina si bien yo estoy en la UNPSJB desde el año 2008, pero más bien en la Facultad de Humanidades en el 2016 o sea cuando inicio la materia de Ciencias Sociales y Medicina yo comencé a trabajar en la Carrera de Medicina junto al profesor Corchuelo Blasco. Cuando empezó la cátedra fueron variando algunos integrantes en el primer y segundo año, hoy la cátedra está integrada por el profesor Corchuelo Blasco, Gustavo Gonzales (Psicólogo) y por mí.

M. Claros: El trabajo está planteado en toda la estructura del Eje Socio-médico, me gustaría si podés contarnos dónde está ubicada en el plan Ciencias Sociales, ya nos hablaste de cómo se integra la cátedra y también me gustaría ¿Dónde se ubica Ciencias Sociales, en qué año, la ubicación en el plan de estudio?

G. Oviedo: La materia está en segundo año de la carrera, o sea, los estudiantes que nosotros recibimos cursaron/aprobaron Investigación en Salud y Bioética. Nosotros, bueno, estamos en el segundo año del primer cuatrimestre de la carrera. La carrera digamos lo que contempla, los contenidos mínimos están vinculados a las disciplinas de antropología, sociología, y psicología. En la cátedra como les mencionaba tenemos un docente que es psicólogo, yo que estaría más orientada a la antropología y sociología y el profesor Corchuelo Blasco que él es médico, digamos, tiene más experiencia en todo lo que tiene que ver con la gestión del sistema de salud. Digamos que su experiencia ciertamente es súper enriquecedora para la cátedra y nosotros sí, **apuntamos a generar un espacio de diálogo interdisciplinario**. Eso es una **aspiración** que tenemos más que nada porque nosotros venimos de diferentes formaciones, diferentes experiencias de trabajo entonces tratamos de alguna manera **de poder integrar nuestras experiencias** e intentamos llevar eso al desarrollo de

nuestro espacio curricular. Vale aclarar que en esta situación de pandemia y el año pasado que nosotros tuvimos 3 clases presenciales pero después bueno, nos avocamos a la virtualidad. Esta lógica que teníamos para nuestros encuentros presenciales mutó bastante, nosotros tenemos el programa organizado temáticamente donde digamos planteamos como 4 nudos/ problemas por unidad, uno está orientado a pensar la medicina, planteamos como grandes temas: **la medicina, la relación médico-paciente, la expectativa de vida, y la muerte**. En base a esos temas, digamos esos tópicos, es que cada docente propone bibliografía desde su formación o experiencia, y después lo que hacemos es generar clases donde cada docente propone materiales de lectura, actividades, etc. En la presencialidad nosotros siempre estamos los tres docentes. Las clases nuestras son siempre teórico prácticas, es una materia de 40 horas no tiene mucha carga horaria, 16 semanas de duración, siempre íbamos interviniendo, por ej., **si yo planificaba un encuentro teníamos reuniones de cátedras previo para que c/u explique cómo iba a encarar el siguiente encuentro**, y después vamos interviniendo desde lo que ya hemos trabajado cada uno. Siempre generando un espacio de diálogo en la clase presencial, en esta situación más de la virtualidad por ahí nos avocamos a poder atender digamos, las demandas de los estudiantes que ellos las hacen por el aula o vía correo electrónico, donde por ahí son más puntuales, o en los encuentros que nosotros proponemos virtuales que **dada la situación de muchos estudiantes** no tenía carácter obligatorio, ahí no hemos tenido mucha presencia. Si se han mantenido en contacto, explicando que se les complicó la conectividad, de hecho, en el segundo cuatrimestre hicimos la contra cursada y ahí propusimos el año pasado tanto en el primer cuatrimestre como en la **contra cursada** del segundo, como cierre de la materia ,un trabajo práctico integrador, donde esto lo venimos haciendo otros años en la presencialidad, por ahí **proponíamos una película**, también **hemos hecho en la presencialidad la dramatización de algún texto**, donde tratamos de generar cierta integración y cierto protagonismo de los estudiantes, donde ellos eran digamos quienes llevaban adelante el encuentro. En ese trabajo práctico lo que propusimos **fue películas que había que mirar**, y que después tenían que responder digamos, no tanto responder, sino **construir un ensayo articulando las respuestas de cuatro preguntas que nosotros les dábamos**, orientadas a estas 4 unidades

que planeamos en la materia. Proponiendo un poco esto, que ellos puedan generar una lectura de los materiales y que, en base a eso, puedan llevar adelante el análisis de un film, o una sección de este, promoviendo cierta integración y promoviendo que su respuesta por ejemplo si están pensando en la unidad de la muerte, que problematicemos esas cuestiones que alienta nuestro programa **para correrlos del sentido común** y que **generen una reflexión crítica respecto a estos temas**. Apuntamos a que haya una reflexión sobre esas lecturas que hacemos o los eventos que abordamos. Las discusiones que planteamos también promovemos el debate, pero bueno, eso está más pensando **en la presencialidad**. Ahora mismo en estos momentos ya estamos teniendo reuniones de cátedra para ver **cómo vamos a abordar este año nuestra materia en contexto de virtualidad, así que es como otro desafío que tenemos**.

M. Claros: Sí, también nos pasó este año con eso de rediseñar en Salud de la Comunidad. Pienso que las dos cátedras tienen el estilo de trabajo teórico práctico, no el estilo de trabajo sino la diagramación. La virtualidad nos propuso pensar otras formas de dar clases. También nosotros establecimos la no obligatoriedad de los encuentros virtuales y el acompañamiento centrado en acompañar y revisar que todos puedan acceder al campus, ver que puedan completar las actividades. Creo que también es una forma de ir transmitiendo de otro modo los contenidos, que se vean otras acciones. Garantizar determinada accesibilidad.

G. Oviedo: Sí, de hecho, por ahí algo que nosotros aprovechábamos, por decirlo de alguna manera **este trabajo interdisciplinario, tenía que ver con el trabajo de campo que los estudiantes desarrollaban en la presencialidad** que si bien no está asociado a aprobar o no la materia es algo que es propio del eje socio-médico; entonces bueno, ahí también era un espacio, un momento donde nosotros **podíamos avanzar un poco más sobre cómo pensábamos la interdisciplina, la salida al campo**. Nosotros proponemos como un trabajo exploratorio, en el CAPS, hacemos **ciertas experiencias** respecto a ciertas formas de trabajo desde la **Ciencias Sociales haciendo encuestas o entrevistas**, que después tienen que **escribir un proyecto orientado a la promoción y prevención de la salud donde la problemática que se aborda**

en ese proyecto tiene que estar; la idea es que se desprenda de ese trabajo de clase, de esas horas de observación de los registros que tienen que ir haciendo, que se desprenda de ahí. Pero bueno, por ahora en la virtualidad no lo podemos llevar a cabo, así que bueno, parte de esta reformulación que estamos haciendo tiene que ver con eso. Como por ahí, **la interdisciplina puede llevarla más lejos y generar un debate o reflexión colectiva.** Esa es la vuelta que estaríamos pretendiendo.

M. Claros: Me gustaría preguntarte específicamente sobre la interdisciplina. Para repasar, ya nos contaste cómo son las clases y su organización. ¿A tu criterio la interdisciplina en la docencia, en los espacios curriculares del eje socio medico favorece el aprendizaje en el sentido de los rasgos, de las médicas y médicos que puedan egresar, pensando en un determinado perfil. ¿Qué posición tenés vos en cuanto a sostener en el eje socio medico la interdisciplina?

G. Oviedo: Yo creo que en **términos generales la interdisciplina es algo provechoso, enriquecedor y necesario, que poder establecer ciertos diálogos de diferentes disciplinas específicamente en este caso la práctica médica:** Estos futuros médicos, en principio yo eso lo veo **como un horizonte,** no lo veo como algo cerrado, no es algo que **uno puede conseguir y ya está, es más bien un horizonte que uno puede proponer y le puede plantear ciertos interrogantes, en mi caso particular, yo creo que bueno el eje socio medico sí se podría articular los espacios del eje socio médico, las materias, o sea, preguntarnos como eje socio médico, '¿qué estamos entendiendo de la interdisciplina?¿ cómo pensamos eso de la práctica docente? que también involucra la investigación, creo que eso podría construir un posicionamiento de alguna manera de este eje socio médico de la medicina, que hasta donde yo sé es algo que en otras carreras de medicina no esté tan presente, entonces, me parece que esa articulación sería interesante en un primer paso,** y como la carrera tiene otros dos ejes, proyectar o inclusive dialogar con esos otros dos ejes, creo que ahí se podría... Por eso creo que es **como un horizonte o un trabajo de mucho tiempo y reflexión y en principio la práctica docente, yo al menos, de la experiencia que tengo en la materia me parece que uno va generando o a partir de la lecturas o de las conversaciones con los estudiantes, cierta reflexión que**

ahí es donde uno va aportando. Nosotros estamos en segundo año, no sabemos cómo están los estudiantes más adelante, pero por ahí uno entiende que ellos van reflexionando, generando ciertas críticas o **haciéndose preguntas y digamos que me parece que ahí es donde uno puede sembrar ciertas inquietudes respecto a cómo pensar la interdisciplina y cómo pensar dialogar desde la Ciencias Sociales con la Anatomía, con Farmacología, etc.** Creo que por ahí esos diálogos están como medio sesgados, entonces al menos desde esta materia intentamos promover digamos esta reflexión, que pueden parecer disciplinas de distintos universos pero no, podemos dialogar, y esto nos enriquecería. Yo lo veo como ya poder hacerse preguntas, digamos: creo que es bastante provechoso en el espacio en el que estamos o por ahí incluso críticas respecto a las lecturas que hacemos en la materia, a las propuestas que damos de trabajo, me parece que por ese lado es de donde uno puede empezar a trabajar valorando, bueno esto es algo que yo creo, **valorando los interrogantes de los estudiantes como mi punto de partida.**

M. Claros: Algo sustantivo que dijiste tiene que ver con definir si se lo quiere en el eje Socio Médico ¿A qué llamamos interdisciplina? Primero eso, acordar como eje la reflexión específica en torno a ¿Qué entendemos por interdisciplina?

G. Oviedo: al principio tuvimos algunos encuentros con los docentes de las otras materias del eje, como para ir pensando, el profesor Corchuelo hablaba de “pipeline”, como ir enganchando nuestras materias, revisar los programas pero bueno tuvimos un par de reuniones y **después lamentablemente, a veces los tiempos o las demás exigencias eso nos demanda un trabajo, entonces bueno no se dieron las condiciones pero sí digamos, entiendo que sí hay una intención pero no se dieron las condiciones para que se pueda articular.**

M. Claros: Hay algo que recupero de lo que mencionaste, porque me parece interesante dejar plasmado, que sea una característica que no se experimenta en otras carreras de medicina públicas y que me parece que a la hora de pensar esto no sólo posicionar a la carrera en la región sino darle el reconocimiento o el valor específico de que esos estudiantes tengan, aunque sea un contacto breve o muy al inicio, pero con otras miradas y de profesionales involucrados en la salud y “no médicos”.

G. Oviedo: Sí, es una **pretensión del plan de estudios de esta carrera, generar egresados con un perfil humanístico, entonces en ese sentido, desde el eje socio médico podríamos alimentar esa pretensión pensando en esto de que no en todos lados se considera esta dimensión social con tanto énfasis, me parece que el plan de estudios enfatiza digamos esta dimensión.** Yo creo que es algo, me estaba acordando de mi anécdota porque cuando empecé la facultad yo empecé a estudiar Medicina, hice el CBC y primer año y en la materia "Salud mental" fue que me acuerdo de que la docente escribió como 10 definiciones de salud mental y dije como "da la materia de salud mental y no nos dice que es la salud mental. ¿Cómo no hay claridad en esto?" y finalmente hice mi trabajo final sobre eso, porque no había una definición de salud mental. De alguna manera ahí descubrí la antropología, y que no tendría salud mental quien se desvía de la norma. **Ahí me cambié a Antropología y creo que en el fondo yo creo en esa dimensión más social cultural histórica y política de la Medicina y de la salud.**

M. Claros: Sí claro, y creo que es lo interesante para mí, tiene que ver con cómo yo experimento la interdisciplina o cuando escucho que los recorridos profesionales te ponen en otros lugares de los esperados. Son como mundos complementarios que se abren y ayudan también a enriquecer los proyectos de vida de esos estudiantes. Pensar que sienten afinidad incluso dentro de la Medicina por una especialidad y me parece que en donde se amplían esos mundos que damos a conocer es donde también se expande la interdisciplina, pero bueno a mí me ha llevado a preguntarme un montón. ¿Qué es lo que hace a la interdisciplina? ¿Profesionales de distintas disciplinas? ¿Docentes que pueden llevar adelante la interdisciplina? Una serie de preguntas en donde también hay que salir de un poco esto del sentido común y de pensar "no por decir las cátedras están integradas por docentes de distintas disciplinas es interdisciplina"

G. Oviedo: **Claro, es como una práctica, la verdad es que yo no estoy tan interiorizada a la interdisciplina, pero lo veo más como una práctica**

M. Claros: Todas las preguntas las hemos ido repasando, por ej. si ustedes hacen recortes temáticos, me dijiste que sí, si proponen espacios explicativos por disciplina, me dijiste que sí. La pregunta que me gustaría hacer es ¿la

bibliografía, ustedes la diferencian por disciplina cuando la proponen o hay una articulación integrada donde no hay una diferenciación?

G. Oviedo: Sí, o sea, las clases como te decía al principio las distribuimos en diferentes clases, por ej. una unidad son 4 clases y cada uno de nosotros coordina uno o dos de esas clases, pero igual nosotros nos llamamos como coordinadores, y el coordinador propone lecturas/prácticos pero cuando estamos en la presencialidad de pronto dialogábamos y buscábamos eso, hablar entre nosotros con los estudiantes, entonces por ahí discutíamos entre nosotros, desde ese lugar es que nosotros intentamos que ellos vayan generando esa disciplina, desde nuestras diferentes experiencias, de esa forma lo vamos trabajando. Te vuelvo a repetir ahora en la virtualidad digamos, más que nada porque a veces los estudiantes nos expresan ciertas dificultades en torno a las lecturas, como que ellos están acostumbrados a leer otras cosas, que los **textos no saben a dónde los llevan, bueno, entonces les explicamos que son lecturas diferentes las que pueden tener en anatomía o biofísica pero bueno que hay que identificar ciertas cuestiones**, por eso trabajamos bastante con abordar textos de Ciencias Sociales y por ahí les damos muchas pautas de cómo pensar, pensar en el título, qué nos estará diciendo este título, trabajamos mucho el texto académico, cómo abordarlo y trabajar en torno a la escritura académica, pero sí, entonces optamos por estas formas más puntuales, trabajar más con texto.

M. Claros: Y en cuanto a esto que decías de comprender, o de que ellos puedan ir adquiriendo herramientas para leer textos de las Ciencias Sociales ¿tienen alguna estrategia para compatibilizar los discursos disciplinares, por ej. un glosario o esta puesta en común se hace en cada cierre? ¿Llevan adelante algún elemento compartido como para comprender cómo define tal disciplina a una palabra determinada o cómo lo define la ciencia médica? ¿algún tipo de estrategia de ese tipo?

G. Oviedo: No, no llevamos adelante un glosario, eso de alguna manera entendemos que como te decía al principio, nosotros proponemos un tema o discusión cuando, por ej. hablamos de la expectativa de vida digamos si querés estos discursos disciplinares están en el texto que proponemos como lectura obligatoria, o en la muerte decimos "esta unidad vamos a considerar la noción

de muerte", entonces bueno, cada uno propone sus lecturas y en base a eso vamos si querés mostrando o construyendo esa noción de muerte como de alguna manera que **tiene sus sesgos disciplinares, que por ahí si un antropólogo considera la muerte propone un texto de la antropología, que se analiza que se tiene en cuenta también desde la psicología, desde textos más de la medicina, ahí es que intentamos digamos tratar esa ambigüedad**

M. Claros: Claro, perfecto y lo otro tiene que ver con si trabajan con elemento convergente para el abordaje interdisciplinario, por ejemplo, la Historia Clínica, que es un elemento que también se presenta en primer año, si ustedes lo retoman como el registro de vida si se lo quiere, o si trabajan con algo del campo medico, digamos en el que convergen varias disciplinas con un elemento compartido

G. Oviedo: No, **la convergencia por ahí nosotros la vemos en proponer una película** que siempre está asociada la película con términos asociados a la salud, a los médicos, películas que están relacionadas a los residentes u hospitales y eso es nuestro disparador, en algunos momentos hemos hecho las teatralizaciones de algunos textos, ahí podemos pensar algunos elementos de esta dirección convergente como la llamas, pero digamos, no es que tomemos algo más específico de la práctica como la Historia Clínica. No, desde ese lugar no.

M. Claros: Bárbaro, eso era lo que preguntaba específicamente, ¿cómo materializan? ahí la respuesta es fabulosa. Me quedaría preguntarte algo específico que no hemos charlado y es ¿A tu criterio la interdisciplina podría o no favorecer el acercamiento a la perspectiva de género en salud, a incorporar la óptica del género en el eje, digamos?

G. Oviedo: Sí, yo creo que sí, digamos **que definitivamente es un aporte**, nosotros lo vamos trabajando. Pensemos que la **investigación en salud** acá en la región es algo muy incipiente entonces no tenemos muchos trabajos, parte del programa lo que intenta es traer **cierta bibliografía más de acá o regional, y ahí los textos están pensados de las mujeres migrantes bolivianas y por ahí nosotros traemos de alguna manera el género**, pero entiendo que para el eje socio médico **sería probablemente muy interesante una forma de abordar**

algo que nos atravesase como eje sea el género, creo que sería muy productivo pensar la articulación en esos términos.

M. Claros: Y la última pregunta y ya te libero, tiene que ver con ¿El programa de la materia mantiene la diferencia entre insumos de las diferentes disciplinas o los propone integrados? me refiero al programa escrito. ¿El programa lo diferencia, o lo propone integrado y ustedes lo diferencian?

G. Oviedo: El programa tiene una orientación disciplinar podríamos decir, básicamente porque los contenidos mínimos están especificados en esos términos, sociología, antropología y psicología entonces digamos que intentamos sostener de alguna manera ese formato, después bueno, **en la propuesta más la integración de esas direcciones convergentes que hablábamos hace un ratito pero en un principio esa dirección más disciplinar la sostenemos porque intentamos también que los estudiantes consideren que hay diferentes disciplinas dentro de las Ciencias Sociales que han desarrollado diferentes teorías y que estos temas que nosotros pensamos tienen tradiciones disciplinares** que nosotros no podemos obviar de alguna manera. Si bien hacemos algún recorte porque la materia tiene 40 horas y no podemos ver la historia de cada una de las disciplinas; son disciplinas que se fueron desarrollando de alguna manera, podríamos discutir, pero cada una tiene su tradición y de alguna manera eso es de lo que intentamos dar cuenta. **También porque a veces hay una idea de que las Ciencias Sociales nadie entiende de qué hablan y que no tienen una rigurosidad científica** y de alguna manera intentamos dar cuenta que las **Ciencias Sociales sí pueden hablar de disciplina con rigurosidad científica y tienen el mismo status científico que las otras, digamos ciencias naturales y es donde ahí ven las "ciencias" e intentamos mostrar que las Ciencias Sociales también están legitimadas como científicas.**

M. Claros: Sería el desafío macro del eje Socio Médico. Ahora bien, ¿Cómo integras esto en la perspectiva de un estudiante que viene a una carrera de las Ciencias Naturales? De hecho, nosotros (en Salud de la Comunidad) nos reímos cuando escuchamos que los espacios curriculares del eje, son las materias de segunda. "Las NO materias" las llaman. Un poco el desafío, me parece, podría

ser justamente, pensar o problematizar como decías al comienzo, porque una "ciencia" parece ser más "ciencia" que otra. Es interesante como estudiantes poder preguntarse esto durante los años del eje, también como posibles vacancias laborales y de expansión en sus trayectorias.

G. Oviedo: **Sí, ni hablar, esto que decís de las no materias, esto que te decía de las "dificultades para abordar los textos" es muchas veces esto para qué me va a servir, y muchas veces surgen estos temas y no se dan cuenta de que van a tratar con personas, con contextos políticos, económicos, sociales, no es que no te va a servir, pero bueno esto es la propuesta, luego como profesionales ustedes lo tomarán o lo dejarán, pero esto es lo que nosotros proponemos.**

M. Claros: sí, y siempre es desde la duda. Lo importante es lo que lo que se ofrece en el aula esté disponible para el que lo quiera o el que le sirva más allá de la aprobación/acreditación del espacio curricular.

Hemos cumplido con todas las preguntas que tenía y más, así que te agradezco mucho por el tiempo. Además de compañera en la carrera, puertas adentro sos generosa, así que te agradezco mucho que hayas participado de mi trabajo contando tu experiencia.

G. Oviedo: bueno muchas gracias a vos por igual, y espero poder leer este trabajo y ojalá que sume.

Entrevista N° 5 Dr. Gabriel Sebastián

M. Claros: Bueno, buenas tardes, aquí le quiero dar la palabra al Profesor Gabriel Sebastián que se ha brindado muy amablemente para continuar con estas entrevistas y me gustaría que él pueda presentarse y contar un poco su rol en la carrera.

G. Sebastián: Buenas tardes, yo me llamo Gabriel Sebastián, soy médico pediatra y partir del año 2014 estoy en la Carrera de Medicina. Primero estuve en la Dirección y luego en la Jefatura del Departamento. En el 2016 inicié como profesor adjunto a cargo de la asignatura Salud de la Comunidad. En el 2019 o 2018 no recuerdo bien, empezamos con la asignatura Pediatría 1 y a posteriori Pediatría 2, estando en ambas como profesor adjunto. Esos serían los cargos

que yo desempeño, además estoy a cargo de la Residencia de Pediatría en el Hospital Regional y soy médico pediatra allí también.

M. Claros: Bueno, a mí me interesa también recuperar el recorrido que has hecho también en la EDU y las preguntas que me gustaría compartir tienen que ver un poco con eso. ¿Cuál ha sido tu posición o tu criterio, a la hora de pensar la interdisciplina en los procesos de aprendizaje en la carrera? Quizás sirva contar un poco la experiencia de Cátedra de Salud de la Comunidad.

G. Sebastián: Y, un poco con la formación docente que vos decías, yo primero hice la Especialidad, primero hice la carrera docente en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA en BsAs. Después inicié la Especialidad en Docencia Universitaria en la UNPSJB, que no la concluí, no concluí el trabajo final. En este momento estoy terminando el trayecto integrador final de la Maestría en Educación.

Respecto a la enseñanza de la interdisciplina, la Carrera de Medicina por ahí como yo la considero, es una de las carreras de las Ciencias de la Salud, entonces, la salud per se es interdisciplinar, cuando iniciamos la Cátedra Salud de la Comunidad yo venía trabajando hacía varios años con una **Trabajadora Social que es Guadalupe Fernández, que ya no está más con nosotros en la cátedra, y con el licenciado Núñez**. Veníamos trabajando en la Municipalidad en un Programa que se llamaba “Prevenir”. Trabajamos en prevención comunitaria, y me pareció que era la forma de empezar para iniciar con la Salud de la Comunidad, o sea **no con una visión medica específica de lo que es clínico, sino con una visión amplia de lo que significa la palabra salud**, que es un poco lo que hemos venido trabajando en todos estos años de trayectoria de la cátedra. Entonces si el médico es un agente de salud, **la salud per se es interdisciplinar**. Inclusive en Pediatría también trabajamos desde la interdisciplina. Entonces, eso **es un poco la orientación de la enseñanza de la salud. La enseñanza de esta Carrera de Medicina es interdisciplinar, por el enfoque que le damos al estudiante desde el inicio de su carrera**.

M. Claros: Perfecto, una de las preguntas que yo había redactado... con cierta ventaja, porque al compartir la cátedra, hay muchas preguntas que conozco de antemano, pero de igual modo, deseo que queden en esta entrevista disponibles para aquellxs que lean el trabajo. ¿A tu criterio la configuración interdisciplinaria

de los espacios curriculares del eje socio-medico favorecen el aprendizaje? Un poco lo que me decías previamente es que sí, y para seguir con esta idea, me gustaría que me respondas si ¿esto tiene que ver también con el perfil de médico o médica que pretende la carrera?

G. Sebastián: En realidad el plan, o sea, **el eje socio médico figura en el plan de la carrera y en el mismo plan se habla de lo que implica la salud integral y que nosotros formamos profesionales enfocados en lo que es la salud integral, y cuando hablo en la salud integral** me enfoco más que nada en la definición de la organización de la salud mundial, la definición del año '46 entonces un poco el eje socio-médico. Nuestros alumnos inician en los CAPS a partir de primer año y después se dan asignaturas como Ciencias Sociales y Medicina, nosotros con Salud de la Comunidad, también Epidemiología; Planificación de la Salud, que son asignaturas interdisciplinarias. ¿No es cierto?

M. Claros: Y ahora me gustaría preguntarte algunas consultas puntuales que tienen que ver con cómo se llevan adelante estas instancias de interdisciplina en el aula o en Salud de la Comunidad, también puede ser de Pediatría, desde lo metodológico y didáctico, por ejemplo ¿Las clases se articulan previamente con un criterio interdisciplinar? ¿Seleccionan material de otras disciplinas, proponen espacios explicativos por disciplina? ¿Cómo van desarrollando las clases?

G. Sebastián: Todo eso. Nosotros tomamos un tema, por ejemplo, definición de salud o promoción de la salud o prevención y lo desarrollamos cada uno con bibliografías de nuestra disciplina y además discutimos, y plantamos cada uno su opinión desde su óptica, que nos la da los contenidos que aprendimos y la práctica cotidiana de la profesión, ¿no es cierto?

M. Claros: Sí, yo me río porque...

G. Sebastián: Porque discutimos bastante jajaja está bien. Desde la pediatría somos todos médicos, pero porque en realidad la asignatura es clínica, lo que se trata es desde los contenidos y desde el trabajo en los servicios, mostrar cómo esa defensa de la salud del niño y cómo la transdisciplina suma en la atención de esa criatura.

M. Claros: Otra de las preguntas...Voy a hacer hincapié en lo que me interesa que quede en el trabajo. ¿A tu criterio, la interdisciplina podría o no favorecer el

acercamiento en la perspectiva de género en salud? ¿Cuál es tu posición respecto a esto, cómo consideras?

G. Sebastián: Cómo podría, a ver... Cada una de nuestras carreras tienen contenidos que son propios, la perspectiva de género se nutre de los contenidos de distintas carreras, en la práctica y en la teoría, desde la comunicación, desde la legislación, desde la atención, sí y es mucho más amplia la perspectiva de género que la atención del hecho de violencia una vez consumado, porque es muy importante la información, la forma en que se comunica y el conocimiento de las distintas problemáticas, de cómo piensa y cómo vive cada uno esta perspectiva, yo diría que podría ser un intento de cambio de paradigma que algún día se pueda lograr, sumando voluntades.

M. Claros: La importancia de pensar en la transversalidad y cómo distintas disciplinas pueden alimentar esta mirada, ya sea, no sólo en la atención, sino también en los procesos más personales, de deconstrucciones en cuanto a género. Otra pregunta que también tiene la misma importancia. A tu criterio ¿la interdisciplina podría favorecer o no a las características de médicos con un perfil comunitario?

G. Sebastián: **La interdisciplina en la formación de grado hace que el estudiante tenga visiones distintas a la meramente clínica.** Entonces nos permite por ejemplo discutir sobre lo que es la bioética, en Investigación en Salud y Bioética. Nos permite a nosotros discutir lo que es la salud. Hemos discutido distintas definiciones de salud, nos permite tener un debate mucho más amplio sobre situaciones cotidianas de, por ejemplo, violencia de género. No solamente una visión desde la medicina clínica, ver la lesión una vez consumada, sino por ejemplo nos permite tener una visión preventiva desde la consulta de preguntar, si en esa casa...*Señora- en su casa, además hay diabéticos, hipertensos, fumadores, hay violencia de género?*". Entonces es eso, instalar en la comunidad, como un factor de riesgo más a indagar en la consulta. La inserción diaria de factores de riesgo, visualizar y problematizar, me parece que es la palabra.

M. Claros: A partir de la problematización y la búsqueda de respuestas de otras disciplinas, se ayuda a enriquecer el aprendizaje. Volviendo más específicamente a lo que tiene que ver con lo metodológico en la práctica

docente. ¿Trabajan con algún elemento convergente como para el abordaje interdisciplinario adentro de la cátedra, por ejemplo, la Historia Clínica?

G. Sebastián: No, pero trabajamos, a ver, todos los temas son pensados de esa forma, hemos trabajado con la Historia Clínica, con la libreta sanitaria, hemos trabajado hasta con un pañuelo verde, hemos trabajado con una canción que es un elemento disparador.

M. Claros: Sí claro, exacto, la pregunta apuntaba más a esto, a un elemento de las ciencias médicas que pueda utilizarse como...

G. Sebastián: Ah claro sí, el ejemplo es la HC.

M. Claros: Sí, y de nuevo. Sé las respuestas, pero insisto ¿Qué estrategias se utilizan para compatibilizar los discursos interdisciplinarios, por ejemplo, un glosario? Las Tics ayudan en este sentido y todo tu recorrido formativo en tics ¿ayudan a compatibilizar los discursos disciplinares?

G. Sebastián: **En realidad lo que nosotros tratamos es que, por ejemplo, el alumno a través de la creación de un material audiovisual o de un material gráfico, nos demuestre si ha logrado integrar los distintos conceptos** después de la discusión de nosotros mismos, o sea, de cada uno poniendo su opción. A veces nos trenzamos enfrente de los pibes y eso es la pasión de los profesores en enseñanza. Pero cada uno pone su granito de arena y permite que el alumno pueda escuchar sobre un tema desde distintas posiciones y distintos puntos de vista, y no es que seamos 5 médicos diciendo "no,no,no", tienen otra experiencia.

M. Claros: Recién mencionabas los elementos que llevamos a clase y me gustaría que nos cuentes porque personalmente encuentro atractiva la forma en que llevas adelante las clases ¿Cómo las preparas, desde lo metodológico cómo surge, cómo seleccionas el material, cómo preparas las clases?

G. Sebastián: Los temas son de los contenidos básicos, en realidad, la idea bueno, primero nos juntamos los tres docentes, profesor, JTP y Auxiliar. Inclusive nos ayudamos, los auxiliares alumnos también participan. **Nos juntamos, planeamos y conversamos qué nos parece a cada uno, cómo sería la forma en que el alumno puede construir conocimiento, de hacer el tema ameno, entendible, debatible, y una vez que terminamos la construcción en**

conjunto, sobre todo en la cátedra de Salud de la Comunidad, si no se llega a un acuerdo no sé qué se hace, pero se trata de llegar a un acuerdo de cómo vamos a tratar ese tema, con qué material vamos a desarrollarlo.

M. Claros: Hay algo interesante, o al menos a mí me resulta por demás atractivo, que tiene que ver con esto de la preparación previa de las clases, la participación y la conversación sobre cada clase y cada tema. Este año se ha puesto mucho más desafiante por la virtualidad. Seleccionar con qué clase de materiales (audiovisuales, notas periodísticas, películas) se trabaja.

G. Sebastián: Vídeos, series hemos presentado. Sobre la base de esas series, por ejemplo, los determinantes de salud, o hemos discutido ILE, el otro día vi una de la ley y el orden, que se llama lactancia materna, que está tan buena... Muestra la diferencia de cómo se le obliga a una madre, cómo se le dice que le tiene que dar la teta y la mujer no tiene tiempo y no tiene apoyo está sola, es una serie para trabajar en Salud de la Comunidad. Canciones, que usamos como disparadores, que lleven a poder discutir o debatir lo que el alumno piensa y cómo podemos modificar o incorporar, o crecer desde su aporte y desde su pensamiento, es la idea. Después si sale o no veremos, pero es la idea.

M. Claros: Pienso que es un factor diferencial la interdisciplina y cómo juega a lo largo de todo el Eje Socio Médico. Cada espacio curricular va incorporando insumos nuevos para analizar pensando también en esto, en una definición base de salud, y siempre vista desde la parte integral. Hay dos últimas preguntas, sé que es un periodo muy complejo para disponer de tiempo para la entrevista. Estas serían de las últimas preguntas. Tienen que ver con la bibliografía ¿Está diferenciada por disciplinas de origen que participan? ¿Integran con ella los contenidos?

G. Sebastián: Las dos cosas

M. Claros: Si, cada disciplina aporta su material o seleccionan alguno que tengan los enfoques.

G. Sebastián: **Cada disciplina aporta su material y se integra desde la clase, en el momento en que hacemos el seminario teórico práctico.** Tampoco tenemos nosotros una forma tradicional de dar teoría y práctica, en realidad se inicia con los contenidos, pero mientras vamos presentando los contenidos

teóricos, vamos discutiendo, preguntando, entonces cada uno aporta, pero se integra desde ahí, desde el encuentro en el aula.

M. Claros: Esa era otra de las preguntas, si el dictado de clases es siempre individual o grupal y ahí me la respondiste

G. Sebastián: La idea es que en general “somos como una comunidad”, por eso dictamos de igual manera, éramos más, pero terminamos quedando menos, y eso al ser una comunidad me pegó mal⁵⁰.

M. Claros: Ha sido un cambio...

G. Sebastián: En el 2016, el que escucha lo puede asociar con lo que quiera.

M. Claros: ahí vamos a hacer la pausa para que cada uno haga los cálculos que quiera, pero sí, fue bastante difícil de sobrellevar. Éramos una comunidad, contando con el Trabajo Social y Enfermería en el equipo....un mini CAPS.

La última pregunta tiene que ver con el programa de la materia. ¿Si mantiene las diferencias de insumos de las diferentes disciplinas o propone una integración de estas?

G. Sebastián: No, el programa propone integrarlas. Nosotros hablamos de salud, hablamos distintos temas de salud, determinantes sociales, etc., no lo podemos dividir en compartimientos estancos. La idea es darle al alumno herramientas para proteger y restaurar el compromiso de su profesión o la tarea que va a cumplir el día de mañana. Va desde lo que es la prevención y la recuperación de la salud y para eso tiene que tener un concepto de la salud integral. **No es solamente coser una herida o parar una tos, sino poder evaluar el contexto en el que se encuentra ese sujeto y los factores de riesgo que lo rodean; eso hace que si uno no lo ve desde ese punto de vista, esa percepción de la salud está incompleta, entonces uno se dedica a nada más a bajar la fiebre o a dar antibiótico, y desconoce lo que implica la salud.**

M. Claros: Y a modo de cierre, y también porque es de las cosas que a han enriquecido mucho mi práctica es tu participación activa, la estimulación desde tu lugar institucional respecto de las actividades de Extensión...

⁵⁰ La composición de la Cátedra Salud de la Comunidad incluía a una JTP y a una Auxiliar de segunda más, ambas con dedicación simple. Cargos ambos que fueron recortados por cuestiones presupuestarias.

G. Sebastián: Nuestra participación, nuestra, porque nosotros somos una comunidad. Muchas de las actividades de extensión vienen propuestas de parte del JTP y del Auxiliar docente. No es que se me ocurran a mí, muchas actividades de extensión las propuso la Auxiliar...como la Actividad de la Ley Micaela o la actividad de para Residentes de Pediatría en el Hospital Regional.

M. Claros: Si, lo que me interesa dejar acá, (para que conste en actas...) tiene que ver con cierta predisposición y socialización de esta mirada interdisciplinar. Salir a la comunidad y contar lo que hacemos desde la Carrera de Medicina y desde la universidad pública, me parece que también es algo fundamental. Dar a conocer lo que se hace...Quería que dejes dos o tres palabras con relación a eso, porque considero que muchas veces es necesario contar con un respaldo jerárquico institucional para llevar estas actividades.

G. Sebastián: **La universidad forma parte de la comunidad. La universidad se nutre de la comunidad, la universidad formaliza, si quieres llamarlo así, problemas sociales.** La universidad permite estudiar y jerarquizar distintas situaciones desde todas sus facultades y departamentos. Entonces no podés aislarte de tu comunidad y, al contrario, **entonces la comunidad pasa a ser parte de la universidad y eso es ideológico** también. Eso es lo que nosotros intentamos, la accesibilidad, hablamos de la extensión y hablamos de mostrarnos, y tiene que ser ida y vuelta.

M. Claros: Deseo transparentar desde dónde una habla. Me parece que es pensar en profesionales que, como vos, siguen estudiando, tuvieron un recorrido en la EDU, estás terminando una Maestría (en entornos digitales y docencia). Este trabajo tiene que ver con eso, y no es menor pensar en docentes de la universidad pública, estudiando en la universidad y dando clases, que intentan acercarse a la comunidad. Pensar en la comunidad y en las necesidades también de esa comunidad.

Estamos en un contexto súper delicado...es importante aclarar las circunstancias que nos tocan hoy atravesar, y en las que estamos haciendo este encuentro.

Agradezco la posibilidad de escucharte y de poder dejar esta entrevista documentada. En lo personal lo digo en cuantas veces puedo: aprendo mucho de la cátedra.

G. Sebastián: todos aprendemos de la cátedra, todos los años, hasta de los alumnos

M. Claros: Gracias y gracias por este espacio, chau hasta luego.

Entrevista N° 6 Sebastián Núñez

M. Claros: bueno, buenas tardes, aquí estamos con el profesor Núñez. Le voy a dar la palabra para que ya se presente.

S. Núñez: Hola, mi nombre es Sebastián Núñez, soy psicólogo de orientación psicoanalítica. Me desempeño en ámbitos públicos y privados, en lo público como docente soy JTP en la Cátedra Salud de la Comunidad de la Carrera de Medicina de la UNPSJB. También como agente de salud soy psicólogo del Departamento de Salud Mental del Hospital Regional, y desempeño funciones por el momento como Coordinador de uno de los dispositivos de Salud Mental que es el Área Externa, que básicamente serían los equipos de salud mental que trabajan en atención primaria de la salud, básicamente nuestro lugar operacional son los CAPS y hace un año y pico, casi dos, soy también Coordinador de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital Regional.

M. Claros: Bueno me gustaría si podés contarnos ¿Cómo fueron los inicios en la cátedra?. Sé que estás desde el comienzo. ¿Cómo se fue gestando el equipo? La mirada de la carrera, tu línea de trabajo.

S. Núñez: Justamente me parece interesante en cuanto al recorrido, porque digamos que en formación de grado yo soy egresado de la Facultad de Psicología de La Plata. Egresé previo a la Ley de Salud Mental (2008-2009) era la época previa a la gestación de la ley de salud mental, pero la formación de grado era muy ligada al ámbito de lo privado, o al ámbito de lo público sería más la cuestión hospitalaria, que básicamente para nosotros era un trabajo en manicomio. Era un trabajo muy institucional, era como esto que vos podías trabajar liberalmente en tu consultorio o podías trabajar en el ámbito público en un hospital, aunque fuera en un hospital general seguía teniendo la lógica manicomial. Era un lugar de encierro donde básicamente la formación no era única, pero está muy presente. Cuando yo vengo a Comodoro Rivadavia en el año 2009 después de trabajar en un par de espacios **en educación, y esto a mí**

siempre me atraía, era algo que suscitaba mi interés. Después de haber intentado ingresar en el hospital en ese momento, me encontré con la posibilidad de empezar a trabajar la Secretaria de Salud de la Municipalidad, que en la ciudad de Comodoro Rivadavia tiene CAPS específicos. Allí yo me encontré con esto, una formación muy disciplinar pensada para lo hospitalario y trabajando en un CAPS, me empecé a formar por mi lado. **No había otros con quien compartir esta práctica,** entonces fue todo un recorrido muy personal tratando de pensar qué se podía hacer desde la “salud mental” en APS (atención primaria de la salud). Era algo relativamente nuevo, había muchas cuestiones encontradas pero bueno, en ese momento la Secretaria de Salud inscribe a la Subsecretaría de Salud a un programa nacional que era de la SEDRONAR. Era el programa “Prevenir”, también previo a la ley de salud mental o al unísono. Lo que intentaba cambiar era la lógica de SEDRONAR de ser un “instituto de resocialización” a empezar a tener ciertas funciones preventivas en el **ámbito del consumo problemático,** es en ese punto que convoca a todos los profesionales de la secretaría, éramos dos psicólogos, una trabajadora social y dos pediatras, y algún otro profesional que trabajaba en forma satelital. Ahí es donde yo conozco a Gabriel Sebastián, que después va a ser el Director de la Carrera de Medicina. Desde ese **programa “Prevenir” es desde donde nosotros empezamos a trabajar interdisciplinariamente de verdad, porque si bien los CAPS eran espacios de distintas disciplinas, el trabajo o el abordaje interdisciplinario la verdad que quedaba más que nada librado a la buena voluntad, y casi no se daba.** En cambio el prevenir lo que nos planteaba era una serie de ítems, **recortar una problemática, ensayar un diagnostico participativo y establecer estrategias para lograr incidir sobre esa problemática, generalmente en relación al consumo pero podía haber intervenciones específicas, eso nos obligaba a juntarnos y trabajar una problemática en conjunto, era establecer diferentes estrategias y eso nos dio una impronta muy diferente.** Yo no había trabajado, era trabajar en un saber diferente pero codo a codo. Pasaron 3 o 4 años de esa dinámica, a la vez se estaba empezando a rumorear en la ciudad cada vez más presente la necesidad de contar con una Carrera de Medicina en la región. En ese momento, la verdad, que la falta de profesionales en todo ámbito, sea médico o psicólogo era muy evidente y la carrera surge desde ahí, casi por casualidad o no...En ese

momento hubo un cambio de gestión y la mayoría de profesionales que estábamos en la Secretaría de Salud y Prevenir, nos vamos cada quien por motivos individuales pero también bastante sincronizados, porque en un mes Gabriel deja de trabajar en la secretaria, pasó a trabajar en el Hospital Regional. Yo renuncié a la Municipalidad y ayudé en ese momento que era bastante caótico, a la directora de este proyecto, porque ella se jubila, así que el prevenir quedó virtualmente desarmado. Lo que sucedió fue que en ese par de meses que Gabriel se va de la Secretaría con este ofrecimiento: que pudiera hacerse cargo, pudiera empezar la Carrera de Medicina, ya que necesitaban a alguien para empezar a establecer este proyecto, creo que en 2014-2015. Conociéndolo a él y conociendo la propuesta, **yo creo que realmente con él he podido hacer un laburo interdisciplinario. En el sentido de entender que las problemáticas de salud, son algo complejo y que la interdisciplina es algo necesario para abordar lo complejo.** La interdisciplina no es que todos hacemos todo, sino que es recortar una problemática, y ensayar una construcción con el otro y un abordaje específico en algún punto y que eso sea dinámico. Lo había logrado con él, y lo que me contó era que él quería que la Carrera de Medicina tenga esta **impronta comunitaria**, así la experiencia de trabajo en terreno lo tenía, y a la vez quería que la formación de los médicos no pasara únicamente por médicos si no que buscar que esta multiplicidad de saberes se pudieran poner en juego y pudieran darle otra impronta a los alumnos. **No es lo mismo un médico que puede dar materias de psicología...también un poco por necesidad porque en ese momento no había muchos médicos que quisieran ser docentes. Y se necesitaban completar las cátedras, y se inició la primera cátedra en la que estuve era Bioética, y ahí estuve en el primer año que también era un equipo interdisciplinario. Empezamos a trabajar desde ahí, muy a pulmón al principio, porque en su momento una problemática era poder encontrar docentes que quisieran dar las prácticas, las carreras y que además tuvieran la formación docente y toda esa cuestión, no había demasiado.** Previo al inicio de la carrera nos dieron un curso breve sobre docencia universitaria y después también empecé a crecer bastante y terminé la EDU en 2018-2019 bastante más reciente, pero básicamente el recorrido fue ese. El interés mío de formar parte de la cátedra era una idea clara que no sé si es la misma que tiene Gabriel, es que esta

necesidad de formar médicos era desde nuestra práctica en los CAPS mismos. **A nosotros esta experiencia en el Prevenir nos cambió mucho en la forma de trabajo, la forma de abordar y problematizar las cuestiones y lo que nosotros queríamos era que la gente que se formara fuera gente que trabajara con nosotros en el CAPS.** Entonces mucho de la impronta que tenemos suele ser una impronta bastante práctica, aunque en los últimos años de dificultó bastante por situaciones de la provincia. Pero al menos mi posición es formar médicos que después van a ser colegas que van a trabajar conmigo en el CAPS, y que a la hora de trabajar determinadas problemáticas podamos tener una posición ética y política en igual. **El objetivo de nosotros o mío, es ese que esto es algo que tampoco está muy formalizado o hablado, pero claramente cuando alguien trabaja con otra persona con la misma visión, toda práctica que comparte va en ese sentido.** Básicamente ha sido ese el recorrido.

M. Claros: Hay dos puntos claves que son los que estas mencionando, en lo que se fundamenta esta sospecha: Primero el perfil de médico y médica que se busca, ¿no? que va de la mano con lo que se formaliza en el Plan de Estudio. También lo que se espera de las habilidades. Se esperan egresados médicxs que puedan integrarse al sistema local, que es un poco por lo que se inicia esta carrera, por esta **vacancia que existe en la región.** Y que ingresen al mundo de la práctica en cuanto entran a la carrera. Si bien estos últimos periodos estén suspendidos por factores externos, mi sospecha es que haciendo la cantidad de horas que tienen en terreno, que comienza con el eje socio médico y formándose hay ciertos requerimientos interdisciplinarios en la formación que un poco los sostiene el eje, digamos. Arrancan con Investigación en Salud y Bioética después sigue Ciencias Sociales y Medicina y bueno...Las preguntas orientan un poco a eso, si bien algunas te las voy a preguntar **siendo compañeros de trabajo, pero** a mí me sirven a los efectos de dejarlo planteado en mi trabajo. ¿Cómo llevamos adelante esta disciplina, metodológicamente digamos? Yo hice una selección al azar: recortes temáticos, espacios explicativos por disciplina, articulación previa, seleccionamos material ¿Cómo ves a tu criterio docente, o pedagógico digamos, que lo llevamos adelante? Seguramente me puedas responder la misma pregunta, pero por ejemplo ¿Tenemos algún instrumento en

el que vayan convergiendo la mayoría de las disciplinas? Se me ocurre por ejemplo la Historia Clínica.

S. Núñez: En esto que te contaba antes me parece que hay una impronta que claramente tiene que ver con el pasaje de la experiencia laboral nuestra a la docencia. Creo que está clara, y lo cierto es que cuando uno trabaja en un **CAPS trabaja con situaciones digamos, trabaja con problemáticas**. Y vos sabes que esa problemática a veces en algún momento puede bastar que una sola disciplina la trabaje, pero siempre es insuficiente. Yo creo que **en la cátedra trabajamos con esa insuficiencia, es decir que ninguna disciplina en si misma puede solucionar una problemática compleja, como son las de salud**. A mí me parece que también hay ciertas cuestiones en la cátedra misma que yo lo tomo con cierta naturalidad, pero cuando uno lo plantea con otras cátedras es que si bien cada uno tiene un grado, o **un trabajo de profesor titular, JTP o auxiliar docente...la verdad que a la hora de la práctica no laburamos en esa categoría, ¿se entiende?** Cuando nosotros encaramos una clase, creo que la encaramos de la misma manera que como uno encara una problemática en salud, es decir, vos podés tener un esquema, tener algo armado pero nosotros podemos modificar cuando vemos que los alumnos responden más de una manera o responden más de otra, hay cierto juego o cierta especificidad en cuanto a alguna temática en particular. Como vos decís por ahí Historia Clínica quizás arranca por el lado más legislativo, pero rápidamente no nos quedamos en el trabajo del Derecho, **vemos como esa cuestión del marco legal se tiene que regular en la práctica** donde a la vez uno sabe cómo es esta cuestión de tener que estar completando una HC con determinados requerimientos cuando sabes que el tiempo no te alcanza. Yo creo que es una cátedra que trata de transmitir mucho eso porque está formada así, no creo que nos quedemos solamente en lo académico. Uno podría dar esto y listo..... Lamentablemente es lo que nos pasó en los últimos años. fue esta imposibilidad que tenemos de trabajar en los CAPS, pero es esto...OK nosotros tenemos el programa, sabemos que tenemos que dar algo y después vemos. **Somos bastantes dinámicos**, sin convertir eso en cualquier cosa. Porque ahí me parece que **hay una característica de lo comunitario. Los que trabajamos en el ámbito comunitario, sabemos que tenemos que trabajar con lo que se nos presenta**, de que si uno esperara... obviamente que hay condiciones

mínimas para hacer, pero si uno espera que estén dadas todas las condiciones ideales nunca podrías hacer nada. Si vos planificas algo al detalle de lo que se tuviera que hacer nunca jamás podrías lograr nada, quizás eso sirve en una terapia intensiva, en el trabajo del CAPS no, llega alguien que no consulta mucho. o no consultó nunca...Y bueno tenés que esperar esa oportunidad porque sabes que no va a venir. Si vos tenés que hacer una actividad de taller y el público no prestan demasiada atención, podés llamar al silencio puede funcionar.. pero sabes que si estableces un vínculo muy militar en mantener el orden, la gente no va a ir, entonces **son siempre oportunidades perdidas**. Por eso creo que tenemos cierto margen de adaptación que lo que permite **es trabajar con lo que se presenta ahí como problemática, y creo que es esa la impronta del trabajo en la salud comunitaria, es más, creo que las veces que intentamos ser más rígidos hemos perdido algo de cierta impronta particular que tiene la cátedra y que en algunos alumnos se presenta diferente porque nosotros de alguna manera lo comunitario como lógica se contrapone a lo hospitalario, y lo hospitalario sobre todo para el imaginario y para lo que es un estudiante de medicina tiene mucha atracción, rápidamente uno como estudiante de medicina se quisiera poner un guardapolvo y caminar por los pasillos de un hospital y hacer lo que aparentemente debería hacer un médico, y sé que hay muchos docentes que transmiten esa mística y esa cuestión de tensión entre lo hospitalario y algo externo, pero se ve esa cuestión de quien trabaja adentro del hospital y quién fuera.**

M. Claros: Se juega parte de lo simbólico que varias veces recuperamos de los estudiantes, esto de "las no materias", "el relleno", y también se juega lo jerárquico en torno a esto al docente médicx y el docente que no es médicx.

S. Núñez: sí, se presenta mucho, yo creo que forma parte del inconsciente colectivo por decirlo de alguna manera, porque está el médico trabajador del hospital, yo conozco poco, yo sé que Gabriel Sebastián no tiene mucho de esto, sé que en su cátedra trata de **influenciar en las otras cátedras, pero es muy difícil ir contra esa lógica**. Lógica que creo que en algunos se transmite. Pero sabemos que por más que nuestra intención sea esta, también somos conscientes de que no todos nuestros egresados van a tomar esta lógica,

esperamos por lo menos que haga ruido. Esto tiene que ver con un montón de cuestiones, políticas y hasta económicas, la mayoría de las veces se juega eso, en el hospital tenemos esta problemática...de la boca para afuera se sabe que los mayores sueldos están en los servicios hospitalarios, y digo, eso no es el único factor pero es un factor preponderante. Hay mucha gente que elige una carrera y una profesión y un ejercicio dentro de la profesión por lo económico, entonces hay como esto un montón de factores que siempre están en una tensión permanente. **Y creo que el ejercicio que tenemos nosotros en la cátedra es entender esta problemática y aun trabajando en una unidad de terapia intensiva, que hoy sería digamos el servicio de atención más específica, la prestación también puede estar ahí siendo pensada.** Nuestra intención es esa y lo vamos a ver en el tiempo, cuando observemos las prácticas de nuestros egresados.

M. Claros: Esto que has ido respondiendo me lleva a una pregunta que tiene que ver con si a tu criterio la interdisciplina. ¿Mejora el aprendizaje de rasgos característicos de esto no, de médicos con un claro sentido comunitario?

S. Núñez: sí, para agregar algo ahí que me parece... digo tanto en la cátedra como en mi trabajo de salud, a mí me parece que **el rasgo principal de la interdisciplina es que cada disciplina sepa que su saber no alcanza, que con su saber no basta. Ese es me parece que es el rasgo primordial, y ahí es donde entra un discurso tan complejo, como digamos durante muchos años el discurso médico ha sido hegemónico y ha podido pensar esa cuestión hegemónica, porque siempre creo que todavía está presente esta cuestión de que el discurso médico basta en sí mismo.** Entonces no es lo mismo pensar que una **disciplina viene a complementar porque si vas a complementar también ya sería una cuestión jerárquica sino pensarse a cada uno desde la propia imposibilidad de que su saber no alcanza para determinados temas y entonces si logramos que los alumnos sepan que pueden saber un montón de cosas y que por mejores médicos, aunque sean los mejores en sus campos no van a alcanzar, solo ahí tenés una posibilidad de complementarte con el otro de igual a igual.** Y entonces la verdadera interdisciplina viene con eso. Te pongo un ejemplo, que es lo que nos pasa en el ámbito de salud mental, sobre todo como una práctica muy habitual.

Gente que va a una sala de guardia creyendo que tiene un ataque cardíaco y que se está muriendo, el medico lo revisa y no tiene nada en lo orgánico, el médico lo revisa y lo deriva a Salud Mental porque tiene ataques de pánico y dice que no tiene nada. Ese "no tiene nada" claramente es como ok si tienes un ataque cardíaco sí tenías algo, si tienes un ataque de pánico y el sufrimiento está ahí igual sería algo secundario o algo que no es tan grave, cuando podría ser algo igual de difícil de resolver. Eso está presente....esta cuestión de que muchas veces a nosotros el médico nos deriva cuando se presenta una situación angustiante, no es esta cuestión de reconocer que faltan saberes y hacerse cargo, sino es cuando se deriva y se pasa a salud mental. Y así con un montón de cuestiones, no es lo mismo esa falta de jugar con "yo con eso no puedo" a otra cuestión de más complejidad y es algo que para nosotros y para mí, que en el trabajo sólo se ve en el terreno, y se ve permanentemente y no es algo que se logre de una sola vez, ni siquiera con un protocolo se va a poder resolver esto, de eso estoy muy seguro.

M. Claros: Sí, y parte de eso lo que viene a proponer el Eje Socio Médico a lo largo de la carrera. Más allá... nosotros sabemos la importancia que le damos en la cátedra, y a veces la idea es que se refuerce. Muchxs docentes en la carrera intentamos con la EDU intentamos reforzar esa mirada. Lo que sucede muchas veces, y me sonrío porque cosas de las que vos decís, son parte de mi marco teórico que tiene que ver con esto: **el agotamiento disciplinar por un lado, por otro lado la cuestión de la jerarquía en el sistema médico de otras profesiones. Pareciera que lo jerárquico es el saber médico, y siempre tiene como la mirada biologicista preponderancia, incluso se juega todo el tiempo en los equipos**

S. Núñez: Yo creo que por eso una cuestión es realizar eso, que es algo muy complejo, creo que **tiene que ver con un posicionamiento con su propia práctica, y también porque está políticamente correcto hablar de la interdisciplina y se empuja a hablar a la hora de los hechos y a veces a partir de los detalles.** Esto de "usted no tiene nada", pero estás teniendo un ataque de pánico en serio, te puede jugar todo el tiempo. Entonces ahí es donde hay cierta tensión todo el tiempo. Después digamos las **políticas en salud** es comprar tomógrafos y preocuparnos porque el tomógrafo del hospital no

funciona...digamos si el equipo de los CAPS está incompleto en el barrio no importa, hay CAPS que en medio de una epidemia están cerrados, **entonces termina siendo una decisión economicista hospitalcéntrica**

M. Claros: Exacto, sí, y creo que el rol o la responsabilidad que nos compete a nosotros como docentes es al menos proponer el campo reflexivo, digamos. Es lo que intentamos desde las clases con las situaciones que trabajamos...

Otro de los ejes del trabajo tiene que ver también con que se permea mucho la cuestión del discurso interdisciplinario, tiene que ver con la complejidad en salud, es decir, la propuesta de mi trabajo tiene que ver con la formación interdisciplinaria pero específicamente en la Carrera de Medicina. Una gran aclaración tiene que ver con el contenido..."yo como docente no voy a enseñar a alguien a poner una vía", uno como docente va a tener determinado marco de transmisión disciplinar. También se juega muchas veces la concepción integral que se pretende en la salud...y en la práctica que no se termina de comprender y por otro lado lo formativo, y ahí entra a jugar todo lo que sugerís.

S. Núñez: sí, por eso que te decía que hay como **una manera superficial de creer en la interdisciplina, y es que tener mucha gente de distintas profesiones** forma la interdisciplina, y la otra es creer que cualquiera puede cualquier cosa, **que el médico va a poder saber lo mismo que un abogado**, etc. Porque ha tenido su práctica terapéutica ya sabe intervenir por ese lado. Es algo muy complejo y que tiene sus resultados, pero es algo de difícil aplicación si primero no se lo hace en relación con una temática, me parece que la interdisciplina como lugar ideal y solamente de lo académico es difícil porque justamente esta falta de mi propio saber a la hora de abordar una situación es la que me va a llevar a esto. Porque si no lo que termina pasando, es que el sistema es expulsivo. Si este médico del ejemplo, en la guardia entiende que este ataque de pánico es tan -o igual- de grave que un ataque cardíaco no le va a decir esto, y esto dicho así es algo expulsivo. El paciente dice "si no tengo ningún problema de salud pero sigo sufriendo, a dónde puedo ir" y va a ir a otro lugar, no sé a la curandera, a automedicarse, entonces esta mirada de ciertas cuestiones que hay que darle prioridad tiene que ver con lo que uno entiende en su propio campo. También con el narcisismo, y que supone que su carrera lo hace superior a los demás porque la ha elegido, y sale a bancarlo ahí, pero uno se encuentra de

todo. La verdad que **yo espero con ansias los primeros egresados y ver dónde se van a inscribir**, yo he visto de todo: hay reproducciones de hace 50 años que son chicos jóvenes que tienen el discurso de un médico de 1940, y chicos donde se dan cuenta que el lugar de un médico puede ser mucho más amplio y mucho más adaptativo.

M. Claros: Hay una última pregunta. Tiene que ver con este recorte que proponemos. La interdisciplina en la formación de médicos ¿Pensas que podría favorecer o acercar a las nociones de género en salud? Si pensás que lo interdisciplinar podría favorecer esta comprensión. Parte de lo que incorporé en el trabajo tiene que ver con que si bien la composición heterogénea no implica *per se* interdisciplina de algún modo actúa de manera disruptiva en el sentido de que hay otros saberes enseñando medicina, y eso ya es una lógica de pensar otro...

S. Núñez: A mí me parece que puede pasar pensándolo, no es algo que haya pensado antes. Lo comunitario se pone o se diferencia del discurso médico hegemónico, en ese sentido que supone que no hay un saber que necesariamente sea mejor que otro, que a veces ese saber hay que buscar complementarlo y **tiene que ver que hay un género o sexo o algo mejor que otro y creo que en definitiva, animarse a entender que no necesariamente hay algo que funcione mejor que lo demás** lo que te da lugar es a esta lógica de lo que se des complementa, es decir, si no lo otro termina siendo una **medida totalitaria**. Durante mucho tiempo el médico psiquiatra tenía que mostrarse como un modelo de salud, porque ahí es donde el enfermo que estaba en menos y no era completo, se tenía que apoyar y ser como el médico, y eso tenía que ver con ciertos lugares y creo que también se puede pensar desde la cuestión de género. Porque pensándolo para las mujeres, muchas mujeres terminan ocupando lugares que van desde el imaginario, es decir, son mujeres, pero ejercen las prácticas desde el machismo, y yo también hay muchas veces que en mi práctica hospitalaria los mayores actos machistas han venido de mujeres y de desprecio en situaciones de parto encarnadas en una mujer, que uno que está agarrándose de otro lugar te descoloca más.

M. Claros: Es un fenómeno curioso.

S. Núñez: Esto es algo complejo de decir, porque digamos es complejo, pero a mí me parece que la perspectiva de género nos da también esta perspectiva de la incompletitud, porque digamos si durante mucho tiempo la mujer para ocupar ciertos lugares donde no siempre había podido ser médica, creo que hoy por hoy no está en la mayoría de las jefaturas de servicio, etc. creo que sí ha habido una necesidad de que las que hay no lo pudieran hacer con un estilo de mujer sino que tenían que encarnar un hombre, y **en eso tenían que hacer un ejercicio de poder mucho mayor que hasta lo que hacía un hombre, es decir, tenían que ser mucho más duras, más agresivas, mucho menos contemplativas,** la manera correcta era como lo hace un hombre o como supuestamente lo hace un hombre. La perspectiva de género viene a des complementar eso, que un director de hospital debe tener determinadas características, o si una mujer tiene o no lo necesario para estar en una terapia intensiva y no que tenga que ser no sé, dermatóloga.

M. Claros: Sí, eso se juega mucho en las construcciones ideales, este saber masculinizado que lo encarna un hombre y que también lo ejerce con esas características **sin emocionalidad...**

S. Núñez: Claro y es que, en todo caso, la mujer que lo ha sabido hacer es porque lo ha logrado encarnar bien o haber podido imitar bien un hombre

M. Claros: y también se juega la construcción detrás de un liderazgo que están estereotipados más en lo masculino

S. Núñez: Claro y no por casualidad creo que esta cuestión del ejercicio del poder a la usanza militar, yo por ejemplo donde más lo veo es en la enfermería, que particularmente, es más, está muy asociada sobre todo a la mujer, y donde el ejercicio del poder que se da hasta con cierto niveles de violencia simbólicos o a veces físicos, van muy de la mano de su origen en el campo de batalla, ¿no? y esa cuestión de violencia está muy presente y es una de las temáticas que más me interesa pensar y trabajar.

M. Claros: Otra de los interrogantes del trabajo tiene que ver con cómo a partir de esta reproducción de determinados estereotipos (en salud) se fuerza a insistir en otros rasgos, que justamente no son los comunitarios ni los individuales, y hay algo clave que viene de la mano con plantear la cuestión de género y abrirla, desnaturalizar ciertas acciones que tienen que ver con el cuidado también. La

construcción que mencionabas antes, en la cual los cuidados no se valorizan y no se magnifican y se quedan guardados porque lo que entenderemos que el cuidado no es lo habitual, la enfermedad no es lo habitual. Se convierte en un episodio breve, por lo tanto los cuidados son excepcionales... Y me parece que incluso en esta pandemia ha quedado en evidencia que es interesante pensarlo en las aulas, y pensar en otras nociones de cuidado... Me gustaría saber que pensás en relación con eso, no sé, se me ocurre como trabajamos en la práctica, mismo lo hemos visto en los talleres de integración. El/la médicx que no puede ver eso, que termina de prescribir el medicamento y se olvida.

S. Núñez: Sí, ahí me parece que lo que hay es un ejercicio de poder, y ese ejercicio de poder es muy foucaultiano, pero también está ligado al ejercicio de saber, si yo soy el que sabe el otro es el que tiene que adaptarse a mí, y si no es un rebelde. Creo que un poco lo que la pandemia reclama es que hay una sociedad que supone que la medicina tiene que saber, y en relación al cuidado es hasta más amplia. Yo por lo menos tengo una visión bastante crítica de lo que tiene que ver esto, con formas de mostrar y formas de hacer que no están del todo claras, esta cuestión de que muy al principio de la pandemia y ahora sigue estando, es que los alumnos de medicina salieran a hacer actividades en la calle, sin entender que una actividad de salud es poder adaptar los mecanismos de prevención en las redes, y ver que no llegan las redes y de qué manera se puede llegar adaptándonos. A mí son cuestiones que me hacen bastante ruido y me parece que ahí justamente no hay una **convocatoria de interdisciplina** porque no es que convocan distintos saberes otras profesiones, y no hacer lo que se hace en cualquier otra actividad de prevención, creo que es algo que no se terminó haciendo porque justamente empezaron a saltar casos en Comodoro Rivadavia. **Yo creo que la interdisciplina tanto para el género, para una clase, o para lo que sea, es invitar a pensar con otros. Y solamente puedo pensar con otros cuando yo sé que yo solo no puedo pensar o resolver eso, y tampoco es que yo llamo al psicólogo sólo para que me dé la razón.** Es muy complejo porque lo que se juega son otros mecanismos que justamente no permiten pensar con otros, creo que la interdisciplina es lo opuesto a eso. Aunque no sea profesional, aunque sea de otro sexo, aunque tenga más o menos recorrido, porque puede pasar eso, quizás **una alumna de medicina que tenga menos recorrido puede tener una idea mucho más acertada que**

alguien que tiene 40 años de ejercicio y es complementar todo eso, y que la verdad el límite es difuso, salvo ponerse ahí a trabajar con esa temática

M. Claros: Acá barrimos todas las preguntas, así que nada, después lo voy a transcribir, te agradezco mucho la dedicación de este tiempo, porque sé que estás con millones de actividades, así que sumamente agradecida

S. Núñez: a vos por la convocatoria también, nos vemos!

Entrevista N° 7 Tzenka Génova

M. Claros: Hola buenas tardes, ahí estamos con la profesora Tzenka, ahí le voy a dar la palabra así se presenta y la conocen.

T. Génova: Buenas tardes, mi nombre es Tzenka Génova, soy docente de la Carrera de Medicina de la UNPSJB. Soy docente desde el primer año en diferentes instancias, porque cuando empezó la carrera empecé en el primer cuatrimestre como Auxiliar Docente en la materia Compresión de textos, y también con asignación de funciones en Investigación de Salud y Bioética que es del segundo cuatrimestre del primer año. Llegada la primera camada a tercer año, estoy a cargo como profesora adjunta de cátedra con un profesor viajero que el último año fue el último que vino, en la materia Planificación de Salud en tercer año. Planificación de la Salud e Investigación en Salud y Bioética son dos de las asignaturas del eje socio médico.

Mi trayectoria, soy médica jubilada, justo el año anterior a comenzar la carrera me jubilé. Soy especialista en medicina general como especialidad y como perfil, siempre dentro del ámbito de la salud pública. Aparte de haber tenido todas las formaciones en posgrados y diplomados en administración del servicio de salud, haber transcurrido también cargos jerárquicos de conducción o cargos técnicos de programas, una serie de cargos que tiene que ver siempre dentro del mismo **ámbito de salud pública y los programas públicos de salud, ese es mi desarrollo y bueno mi pasión y convicción**, no me vería con la lógica de la medicina privada. Concluido esto, sí he tenido como yo expreso, también lugar en el trabajo de EDU. Uno ha tenido siempre el rol **docente con los pares o con la residencia, soy cofundadora de la Residencia de Medicina General en la Provincia de Chubut**. Entonces, muchos años trabajando en algo que en

realidad tiene que ver con **aportar algo más con la formación de los equipos de salud y enfermería, y agentes sanitarias de otras épocas, o agentes comunitarios**, todo lo que tiene que ver con los equipos de salud, pero es un **trabajo artesanal con todas las buenas ganas sin una formación académica previa**. Al ingresar en la universidad en 2015, cuando comenzó la cátedra, justo también empezó la primera promoción de la EDU, con lo cual bueno por una **cuestión de responsabilidad si uno iba a incursionar en un ámbito como este**, más allá de tener un título de grado como médico, es otra cosa diferente, entonces era la oportunidad para formarme como docente. Logré terminar excelente incluso el posgrado, y bueno tuve mi trabajo final y la especialización, así que soy Especialista en Docencia Universitaria. Básicamente esa es mi trayectoria.

M. Claros: Me gustaría, sé que vos estas desde el comienzo en todo lo que fue el “fortalecimiento” de la carrera acá en Comodoro, y las cuestiones que tienen que ver con la organización y el planeamiento. Podrías contarme en relación con el perfil de los médicos, a las vacancias de la región y el perfil que proponía la carrera específicamente dentro del campo de medicina ¿Qué se espera de médicos y médicas que egresan?

T. Génova: Bueno, eso también es otra pasión con la que me identifiqué, porque como dije al principio yo tengo la formación de posgrado, hice la residencia de medicina general en ese momento en Olavarría, cuando yo hice la especialización en Olavarría esta se llamaba Especialización Médica General Rural, porque el perfil que se formaba era justamente dar todas las herramientas que se necesitan para poder intervenir y desarrollarse en lugares donde no hay tantos recursos disponibles pero la gente necesita la mejor atención, y que generalmente, lamentablemente, a esos lugares terminan yendo los profesionales que no consiguen una inserción laboral, entonces se los manda porque no todo el mundo quiere ir. Hubo toda una corriente cuando yo hice la especialización del enfoque este, incluso un orgullo de los médicos generalistas, y esta rivalidad entre el generalista y el especialista, y también nos formábamos con un perfil en comunidades. Además de tener un conocimiento más integral de todos estos procesos de salud-enfermedad que tienen que ver con algo tan complejo, nuestra formación va mucho más allá que la resolución de problemas que, obviamente deben tener una capacidad resolutiva y un determinado nivel

de complejidad. Ese es mi perfil entonces, cuando se habla de médico comunitario que es un nombre derivado posterior, estamos hablando de un médico generalista, un médico de cabecera, es decir, este enfoque integral que pretende ya desde la base una formación en la que tiene que ver también con la empatía, que es algo de lo que hablamos, en el desarrollo de su accionar cotidiano, entonces bueno, por supuesto que es estar de acuerdo un 100% y es más, uno a veces en estas cosas pero es un efecto quizás típico, uno también le da la impronta de lo que cree. Cuando yo leí el programa de la carrera tuve una serie de críticas digamos, al programa que bueno, no fue hecho en Comodoro, sino que fue hecho en la Universidad de La Plata que está bueno, pero uno dice no, en estas cosas en realidad lo ve, gente que trabaja más con el primer nivel y otras áreas urbanas y de salud, pero les falta el enfoque de esto que ha sido una pasión para las personas del interior, y en esto lideraba Neuquén durante muchos años, en la formación del médico general, donde uno también tiene que tener **otros escenarios** de formación de recursos humanos, y donde más de una vez yo tengo materiales que me acortaban la formación, eran una **descendiente mapuche** analfabeta, pero que daba con lo que tenía que ver con las pautas culturales del parto y la mención de otras culturas, entonces eso como formación de recursos humanos, porque vos vas a tener que estar en ese lugar. Los libros te dan el marco es cierto, pero después el **abordaje tiene que ver con saber aprender desde el otro**, y eso no es fácil y en la hegemonía del médico menos que menos, y no está reñido con la excelencia. A ver, la excelencia y lo científico no está reñido con digamos, poder **darle lugar a otros saberes y a otras culturas**, entonces ese es el perfil que debemos tener básicamente. Entonces por supuesto el médico comunitario es con lo que debería salir, después nos encontramos con otra cuestión a lo largo de la cursada de los chicos que decían "no, pero vos vas a ser comunitario así que no van a poder otro tipos de médicos", no, el nivel de formación que te da el **médico comunitario**, justamente es un **médico formado con una capacidad resolutive con determinado nivel de complejidad**, entonces tiene que tener una formación mucho más trabajada que la que necesita por ejemplo después, un cirujano, un especialista de piel, digamos las otras especializaciones que también son importantes que se propaguen pero no hay que perder el todo. Porque después, lamentablemente, en esta distorsión del panorama médico las personas

terminan diciendo "me duele la panza, voy al gastroenterólogo" y no es la culpa de la población, sino del modelo que se propicia de la medicina. **Entonces el propio modelo de salud es el que propicia esta distorsión de la atención de la población, la población termina siendo un hígado o un ojo o un estómago, y no es una persona que le pasan un montón de cosas, adentro de un familia, con un montón de relaciones, en una sociedad y en una cultura diferente, y con este entorno que es el que condiciona justamente el perfil patológico y su forma de vivir y su acceso a la economía y a la calidad de vida.**

M. Claros: Mucho de lo que decís lo abordo un poco en el trabajo que te cuento para guiar un poco la entrevista, tiene que ver con la incorporación desde la formación desde el ingreso en la carrera, de las nociones de integralidad en primer instancia, de esto de que deberíamos tender a esta mirada integral no biologicista de la salud y también con la cultura y su vínculo casi indisoluble y con determinados esquemas económicos y políticos condicionan esto. Desde la medicalización hasta la fragmentación del cuerpo en especialidades...hay muchas complejidades de ir resolviendo y parte de lo que viene a proponer mi trabajo, y por eso me interesaba poder entrevistarte. Tiene que ver con lo que cuesta la comprensión de la complejidad de lo social, que las materias del Eje Socio-Médico se construyen en el imaginario como lo "no importante" de la carrera y eso se juega mucho en los estudiantes. De hecho en el trabajo doy cuenta de esto, varias veces hemos escuchado que son las "no materias". El recorte de mi trabajo también tiene que ver con esto de proponer la interdisciplina porque hay un universo enorme de interdisciplina. El trabajo se pregunta sobre la interdisciplina y la práctica docente o sea la conformación de equipos interdisciplinarios en la docencia, específicamente en los espacios curriculares del eje socio-médico y en el plano macro de la carrera. La interdisciplina también muchas veces se la utiliza con distintos sentidos y el trabajo viene a indagar eso, porque cuando hablamos de interdisciplina lo que empieza a mostrar el trabajo es que hay una diferenciación entre pensar heterogeneidad de campos disciplinares de los docentes y práctica interdisciplinaria en la formación. Pensando un poco en eso me gustaría que me cuentes ¿Cómo se integra la

cátedra en la que sos profesora adjunta? ¿Cómo se organizan? ¿Cómo es la dinámica docente que tienen en la cátedra?

T. Génova: bueno. pensando desde la propia cátedra pero también de lo que debería ser el espíritu de la formación y de la carrera para que no sean comportamientos estancos y en esto de que me saqué de encima tal cosa y voy a la otra, tratamos de resaltar para que le **vean un sentido y que todo es un fluir y siempre vas rescatando desde, digamos, no es arbitrario los saberes** que se van tratando de incorporar en las diferentes etapas de la formación del médico. En el caso específico del eje socio-médico pero desde la asignatura de Planificación de la Salud y teniendo que ver con este transitar de los chicos en el CAPS, (que yo insisto que sea desde el primer día y que sea mayor carga horaria aunque sea sólo un mero espectador), hay un montón de cosas que después las integras a las asignaturas desde los contenidos. Entonces, estar desde el primer año, ahí teníamos unas devoluciones hermosas con los chicos que decían comentarios como "realmente me encontré con un lugar que era agradable, estaba limpio" tiene también todos los diferentes tiempos pero se encontraron con un lugar que era digamos diferente a lo que ellos habían subestimado, y esto de que se hablaba por ejemplo de la relación médico-paciente que lo trabajábamos desde ahí. Esa es la conclusión, de lo que vos aprendiste de la teoría que aprendiste acá sentado en la sala de espera, entonces de estas cosas en un mismo CAPS conviven estos dos tipos de modelos de asistencia de los propios futuros colegas, o el tema de enfermería y cómo es el trato, pero en general el modelo es de todo el sistema no sólo la hegemonía médica, está la parte administrativa, la enfermera, además de la médica. Y en este transitar en planificación de la salud nosotros tomábamos bueno, como la materia correlativa, desde el primer cuatrimestre los chicos tienen que estar en un CAPS cuando es lo mismo a veces por el volumen de chicos y los referentes disponibles no siempre pueden estar en el mismo, rescatar el análisis de situación que ellos hacen de la sala de salud, de los datos para seguir con los pasos aprendiendo los conceptos teóricos de planificación estratégica y también cómo se aplica, y hacerlo desde los propios tratos de la comunidad y buscar el resto de información que va haciendo falta para este proceso, entonces se van incorporando conceptos teóricos desde la aplicación práctica en los chicos. Básicamente es esto, entonces es un doble trabajo porque

uno tiene que ir y venir y nosotros le damos varios espacios, incluso con el área virtual les damos varias instancias de evaluación en un mismo trabajo para que tengan la oportunidad de rehacerlo y que volvemos entonces y eso es importante también, no le decimos está mal fallaste acá y acá y le ponemos un 5. Eso es algo que quizás yo heredé también acompañando a especialistas de docencia en comprensión de texto porque ahí yo era la parte médica digamos, las especialistas eran otras, en estas cosas mínimas que también le pasan a muchos de los chicos, es el saber **escribir, entonces también desde cada una de las asignaturas comprensión de texto no acaba en el primer cuatrimestre**, debería seguir desde cada una de las asignaturas, entonces Comprensión de texto para Planificación tiene que ver en cómo entendiste el material, cómo se aplica y cómo lo escribís, y volver a escribirlo porque en la repetición vos haces un análisis de lo tuyo y vas incorporando metodologías que las vas a necesitar en el futuro y cada etapa tiene su lógica de escritura, digamos esto es para Planificación. Pero pensá que en otras asignaturas vas a tener que aprender otra lógica, pero ya el entrenamiento te sirve, esto también es integrar más allá del eje de las asignaturas, ir intentando integrar y rescatar y darle sentido a estas cosas que van viendo a lo largo del transitar de la carrera

M. Claros: La formación también tiene que ver con ir adquiriendo un lenguaje disciplinar específico y que el mundo de hoy no espera que los médicos sean enfermeros ni que las enfermeras sean médicas, ni ninguna mezcla, que el médico no sea antropólogo pero sí se espera que pueda escribir una determinada Historia Clínica o poner una narrativa específica que dé cuenta de ese lenguaje y que pueda comprenderlo en la necesidad de su intervención. También se propone en el trabajo, la heterogeneidad de disciplina en los docentes, que sí necesariamente se requiere esta perspectiva de la docencia que a mí la EDU me la amplió muchísimo y parte del interrogante que a mí me quedó tiene que ver con esto ¿no? Algo central que lo que vos decís, que comparto plenamente, ¿A quién le corresponde que los chicos sepan escribir y hablar y comprender los textos? Después pedimos algo muy sencillo, no sé, un trabajo, seguramente ustedes en Bioética lo ven, no sé, argumenten tal decisión y el texto tiene poca consistencia. Considero que el fortalecimiento de esas herramientas también es trabajar en una formación que complementa desde la

disciplinas y que también se adquiere con la práctica, porque uno dice bueno, tengo que elevar un informe. Bueno, volviendo a la interdisciplina te pregunto ¿Cómo integran o como manejan ustedes esta cuestión interdisciplinar en la cátedra, lo hacen a través de modelos explicativos, separan temas, cómo lo organizan?

T. Génova: **mira, lo interdisciplinar en realidad más la de la conformación de la cátedra**, somos poquitas, que hasta el año pasado estaba el doctor Enrique Stein que es psiquiatra, pero tiene aparte toda una trayectoria en todo lo que tiene que ver con la salud pública y planificación. Bueno yo a Enrique lo había conocido en el año '88 en la provincia cuando hice la primera administración y él era docente. Y bueno después en las otras incursiones que él tiene ha sido asesor de las Fuerzas Armadas, es quien coordinó todo el tema de digamos el acompañamiento de las víctimas del Ara San Juan, ha tenido ese perfil y digamos que excede su perfil profesional como psiquiatra, y es una persona riquísima como para aprovechar. Al profe Enrique que tiene toda esta vuelta de digamos de cuestiones que exceden ampliamente al famoso médico. También Lidia Reales que ha sido residente en el Hospital Regional y Carmen Cejas que es enfermera, las dos están en el CAPS. Parte de la formación nosotros lo hemos tenido también y algunas de las actividades de extensión como por ejemplo con el equipo de investigaciones en Zoonosis donde está básicamente coordinado por veterinarios y bioquímicos que los chicos han ido a Sarmiento y los hemos acompañado. Allí se han encontrado con otro viejo médico rural y se contaron anécdotas de cómo salías y hacías absolutamente de todo y excedías más allá del “me corresponde” y “el horario de trabajo”. Esa también es una forma de no decírselos con palabras pero decírselos con las reflexiones y **desde el compartir las experiencias del otro** y verlo como está ese otro. Lo abordamos desde esta parte de planificar en función de las realidades que tienes, mismo en terreno acá es ir a las escuelas y estar hablando con las directoras y estar hablando con otros integrantes de la comunidad, hasta el propio vecinalista y en esto uno, si podés rescatar a un referente que no esté politizado y que sea realmente vecinalista y algunos de estos hay, que están **comprometidos con su población y son excelentes docentes, no estamos hablando porque no tiene un título universitario pero es parte de la gente con la que vos tenés**

que formar, y saber escuchar al otro y aportando a la construcción desde el otro, te da una visión más amplia de cómo abordar un tema.

M. Claros: Sí, es parte de la red necesaria después para pensar esto. Además del médico que prescribe cierto medicamento o da cierta indicación cómo se sostiene ese tratamiento después. Quizá sea necesario que ese vecinalista coordine la ambulancia, no sé, cualquier otra cosa que va a necesitar saber cómo funciona.

T. Génova: Porque esto que vos dijiste porque prescribir, digamos el tratamiento no es sólo hacer una receta, el tratamiento viene ya desde las indicaciones pero aun en el tema de hacer las recetas no concluye el acto médico, y por ahí con suerte con una letra legible. Sino que el acto médico y en esto hacemos un **gran hincapié, es cuando vos te aseguraste que pudo tomar la medicación, que la pudo adquirir, digamos estas cosas también, que si vos no conoces el contexto en que está te vas a quedar en una buena indicación, nada más.** Pero digamos, fallaste, fallaste en el objetivo que es el tratamiento y si el tratamiento va desde poder hacer algún tipo de conducta en lo que son los cuidados y tenés que asegurarte de que lo pueda hacer, o adaptar tus indicaciones médicas a esa realidad para que la pueda realizar. **Y la realidad no está siempre en los libros, y bueno de hecho de la bibliografía que nosotros tenemos uno de planificación estratégica** es Carlos Matus, y Carlos Matus es un Economista no es un Médico, fue el ministro de Salvador Allende⁵¹.

M. Claros: Esa era otra de las preguntas tenía que ver con eso, ¿Tienen algún criterio de selección de material bibliográfico? Proponen lo interdisciplinar, justamente también para sopesar lo que ven en la práctica los equipos de trabajo, esto que también la cuestión asimétrica que siempre pareciera que el médico tiende a estar jerarquizado. ¿Trabajan la interdisciplina en los equipos de trabajo? Me gustaría preguntarte sobre eso específicamente ¿A tu criterio y en base a tu experiencia, pensás que la articulación o la planificación de un proceso interdisciplinario podría ayudar a la formación y a acentuar estos perfiles, si podría ser una clave más allá de la heterogeneidad de las disciplinas de los docentes?

⁵¹ https://www.biografiasyvidas.com/biografia/a/allende_salvador.htm

T. Génova: Bueno es que cuando uno, si cuando uno habla de interdisciplina en realidad está bueno, pero para que el término realmente tenga el impacto que se pretende esta **interdisciplina tiene que ser complementaria, volvemos a lo mismo, no tiene que ser compartimentos estancos de yo llevo hasta acá y para que sea complementaria tiene que haber una comunicación y un digamos trabajo en conjunto, entonces por supuesto que la enfermera tiene su rol y va a ser la enfermera, y si bien vos vas a aprender prácticas de enfermería pero nunca vas a ser enfermera y la enfermera si bien tiene criterios médicos nunca va a ser una médica, sin embargo son roles complementarios o lo mismo del trabajador comunitario que es el tipo que se sabe todo de la comunidad, entonces sabe de salud pero sabe cosas de la comunidad de Chubut. Se tiene que complementar con lo tuyo o lo que te decía del vecinalista o algún abogado que trabaja en el sistema pero justamente involucrado con lo que tiene que ver con los delitos y las legislaciones como para... **si uno el norte que tiene es en realidad resolver las situaciones y no confrontar, entonces es interdisciplina, si no se convierte en una puja de saberes teóricos de escritorio y nada más.****

M. Claros: Sí, ese sería uno de los ejes del trabajo. De algún modo ir quitándole el velo a lo que creemos que es interdisciplina. En la Cátedra Salud de la Comunidad, la inquietud pasaba por esto ¿Hacemos interdisciplina en el aula?

T. Génova: te doy un detalle más que digamos estas realidades de la facultad, por ejemplo las mesas de exámenes son una excelente oportunidad para la interdisciplina. La verdad que me encanta con Guillermina Oviedo que ella es socióloga de otra cátedra, y la verdad que es grato cuando ella participa en los exámenes finales: vos presentas el trabajo que hiciste durante la cursada y en función de ese trabajo vamos rescatando los conocimientos básicos que trabajaste, en general es un recorte de una problemática de una comunidad local, entonces las miradas de alguien que fue tu docente en un año anterior y que tiene este enfoque social y que si yo pretendo sí que el trabajo de planificación tenga que ver con una comunidad, la verdad es que es súper riquísimo, **pero no, eso no lo planifico, se da casualmente pero hay que intentar potenciarlo, para enriquecer la carrera que estamos haciendo todos.**

M. Claros: A eso apuntaba la pregunta. Primero interrogarnos como cátedra cómo podemos potenciar la ID. Mi criterio personal, y también viéndolo desde la óptica del estudiante, es una potencialidad muy grande que tiene la carrera en ese sentido, que por una cuestión de planificación o por una cuestión de cómo se fueron dando las configuraciones de las cátedras. Se podría explotar aún más esta articulación. A mí me pasó por ejemplo en uno de los Encuentros Nacionales de Mujeres ⁵²hace dos años, que participé en un taller como oyente. Allí había una de las chicas estudiando Medicina creo que en el norte pero no recuerdo, en una universidad pública, y contaba esto como su carrera se presentaba en total aislamiento respecto de otros saberes disciplinares. Esto perdura...Esto no significa que cualesquiera disciplinas, en cualquier contexto, puedan dialogar. Es la importancia como agentes sanitarios, como docentes de enriquecer nuestras intervenciones. Las y los estudiantes van saliendo al terreno en los CAPS o donde empiecen a hacer ya sus prácticas desde el primer día, van logrando o adquiriendo progresivamente un montón de estas nociones más sociales que se vienen a fortalecer. ...Pensamos que éramos una cátedra interdisciplinaria y no...¿Cómo pensás que se puede planificar con determinadas estructuras pedagógicas?. Hay otras preguntas que tienen que ver con las clases, un poco ya me adelantaste....pero ¿Hacen teoría-práctica, clases individuales o las exponen grupales? ¿Cómo?

T. Génova: bueno ahora **tenemos una nueva realidad** que todavía no la podemos, y la verdad es que por ahí debemos ensayar pero más allá de utilizar muchísimo **el aula virtual** para esta cuestión de las devoluciones y demás, pero es una instancia posterior, las primeras instancias van siempre desde lo que es digamos si en una primera clase vos habías anotado algo, lo que hacemos es agarrar de qué hablamos cuando decimos tal cosa, **APS como estrategia por ejemplo, eso es minimizar el real sentido y como fue concebido como estrategia, y el primer nivel de atención es esto, y no es lo mismo niveles de atención que niveles de complejidad, cómo se organiza el sistema de salud en la provincia, cuáles son las áreas problemáticas.** Digamos cuando hablamos de salud y subsectores qué significa el sector público y privado o cómo está compuesto, entonces con un **mapa de la provincia de Chubut.** Después cuando van haciendo los trabajos los chicos lo van presentando y ya tienen

⁵² Encuentro Nacional de Mujeres en Trelew

instancias donde presentan avances y lo compartimos con el resto. Corregirlos y haciendo avances entre todos para que les sirva a los demás también. Cuando fuimos al CAPS del barrio Pietrobelli hacemos un juego: van incorporando y le van digamos dando el sentido de esto, a modo de glosario, por ejemplo ¿De qué hablamos cuando hablamos con propiedades sobre tales cosas? Para planificación nosotros tenemos estos términos y nos extendemos un poco más, pero si es una de las primeras clases, y retomamos múltiples veces porque obviamente no te lo vas a aprender de memoria. Vamos jugando con esto que es **una especie de alfabetización académica cotidiana** en estas cosas que esta buena ejercitarla, y después sí es **ir volcando desde lo teórico que a veces es bastante áspero** y más si lo lees a Carlos Matus. Pero es bueno ir buscando otros materiales con el mismo espíritu que son, nosotros tenemos varios dentro de la bibliografía que son para planificación local, y más material excelente de la **OPS que es siempre interdisciplinario y pertenece a sociólogos** y demás, entonces eso también lo utilizamos y lo damos si bien le damos todo el material completo de Carlos Matus para que lo tengan igual que de Mario Rovere, es un material por ahí bastante pesado, entonces le decimos "esto ténganlo, en un futuro les puede servir". Básicamente estamos hablando de eso, pero todos los años **se adapta a lo que está pasando en el lugar y en el momento**. Por ejemplo el año pasado justo fue la **campana anti sarampionosa** y Carmen Cejas la enfermera, hizo todo su plan para el CAPS donde trabaja, y así poder mejorar el nivel de inmunidad de su población, todo esto lo compartió con los chicos, y se quedaban más tiempo del horario que tenían que ir, entonces medio que los tenía que echar, eso es digamos aplicando desde la práctica en lugar con cosas sencillas y cotidianas. Les damos sentido a los contenidos teóricos desde ahí, y no aprenderlo de memoria, **no queremos que aprendan de memoria, nos gusta que lean la bibliografía y que entiendan para que puedan saber dónde ir a buscar eso que alguna vez leyeron, no que sepan de memoria**. Ese es el concepto que tenemos, es más fácil es cierto como para una asignatura como la nuestra, en comparación con no sé, con farmacología por ejemplo, cuando tengan que ver dosis, pero bueno, un poco el espíritu de la asignatura es ese.

M. Claros: La última pregunta tiene que ver con otra posibilidad que reflexiono como potenciadora de la interdisciplina. Tiene que ver tu perspectiva y me interesa saber ¿Pensás que podría favorecer la construcción del acercamiento a la perspectiva de género en salud? El trabajo propone la categoría “género” en términos amplios, la cuestión del ejercicio de poder, de cómo juega el paciente, como juega el que viene rural, no sólo pensando el género como mujer, sino como las construcciones sociales que tenemos y cómo juega en la parte de salud.

T. Génova: Si en esto bueno, ahora se me ocurrió esta anécdota, yo cuando fui a mi residencia vine a la provincia y volví, y bueno salió la opción de Sarmiento que Sarmiento en ese momento no era lo mismo que hoy. Terminé siendo con 28 añitos la primera Directora “mujer” de ese Hospital rural. Me han sacado “canas verdes” pero mis mayores amores, las experiencias lindas también han sido ahí, pero en estas cosas no sólo como médica, que yo venía con mucha formación, pero en esto de **ir armándote un lugar, hasta que yo conocí a mi marido y me casé ahí, no me empezaron a ver desde otro lugar, pero sí, yo era una mocosa**. Hubo una anécdota en un momento que hubo una explosión, haciendo ejercicio militar, y empezaron a caer al hospital nuevo todos los soldados, y yo llamé a los médicos de privados que había para que nos ayuden y estaban **Enrique Perea**⁵³, cuando cae el Jefe de Regimiento se empieza a dirigir a Perea (yo ya era Directora hace 5 años aproximadamente) y **Perea le responde que se dirijan a mí, porque ella es la directora, y yo llegaba casi a los 30 mujer y le costó barbaridades dirigirse a mí...pobre milico, y empecé a comandar la cuestión y le costó un montón al tipo**. Hoy en día creo que está un poco más asentado. También en el pasado estaba esta élite del **perfil de cirujano que eran terriblemente hegemónicos y machistas** y en algunos ambientes se siguen construyendo. **Una como mujer ve que hemos avanzado bastante en la provincia, ahora te dan 6 meses de licencia por maternidad después de un embarazo, cuando yo fui madre te daban 3 meses nada más...Toda esta cuestión de la lactancia materna, por un lado la lactancia materna y por otro adaptar cómo hacer para darle 6 meses de teta absoluta... si tenés que trabajar después de 3 meses. Pero digamos**

⁵³ <https://www.diariocronica.com.ar/noticias/2019/11/27/26091-enrique-perea-un-medico-poeta-en-la-patagonia>

que hay un montón de hipocresías en el sistema en general. No sólo es la construcción de digamos cultural y social que se tiene, **sino que el sistema y todo lo que tiene que ver con la legislación también lo propicia, también hay un camino ahí ...**Sí existía en otras épocas **la guardería, porque el hospital tenía una guardería pero tenía cupos limitados, pero bueno la guardería sería una opción pero era para que vos fueras a laburar** antes, entonces estamos en lo mismo de por qué se perdió la lactancia materna, entonces era la leche de vaca que era igual que la tuya, y ahora hace muchos años que estamos con políticas y programas para que las mujeres vuelvan a hacer lo que hicieron naturalmente durante siglos en la historia. Esto te lo cuento como anécdota de las estupideces humanas.

M. Claros: Sí, es súper ilustrativa la anécdota. Hay un fenómeno curioso que lo experimenté en el TIV (taller de integración vertical) alumnas que van promediando la carrera... me preguntaron y que me causó mucho asombro...¿Dónde se veía la vinculación del género y la salud? Fue una pregunta genuina, no fue con espíritu provocador digamos. Considero que generacionalmente no es lo mismo comenzar a estudiar ahora, que años atrás...cuando yo estudiaba tenía profesores que decían cosas, que hoy serían irrepetibles e inadmisibles. Considero que es necesario adentrarse en lo generacional para comprender. Quizás ahí...La reproducción del ejercicio abusivo de poder, en el ámbito de salud no es algo exclusivo del varón.

T. Génova: las mujeres a veces puede ser machistas...

M. Claros: En el trabajo me pregunto si la interdisciplina podría pensar esto, Primero, historizar los procesos: si bien hoy la matrícula es feminizada, en un gran porcentaje son mujeres, el acceso se supone garantizado, existen estos matices como los que mencionabas. Luego habrá que indagar para ver cuántxs llegan efectivamente a recibirse. Cómo juega la maternidad en esas trayectorias..., como juega el acceso a los cargos jerárquicos. Existen en los itinerarios de las mujeres una serie de dimensiones que a veces no están a simple vista en relación al género. Me parece un punto interesante incorporar en la formación de médicas y médicos la heterogeneidad de disciplinas en los docentes. Podría contribuir a una serie de movimientos para el dialogo y para desnaturalizar las acciones que muchas veces reproducimos sin darnos cuenta.

T. Génova: Claro, pero en todo el desarrollo personal, en esto que yo te cuento bueno, otra de las anécdotas fue cuando nació mi hija. Bueno, prematura extrema...tendrá que ver con el estrés de la dirección, y bueno, viajar para cumplir con mis trabajos, pero en algún momento ella era digamos todavía chiquita, y yo a pesar de su prematuridad yo la amamantaba, una vez hubo que recorrer la zona y otro no lo haría ni en pedo. Pero ir con ella con las zapatillas con 5 meses porque la amamantaba y recorrer todos los caminos de tierra y más ir llevándola a todos los puestos sanitarios de la zona...No es lo mismo en **un varón que en esto, y son estas cosas que te planteas, las atrocidades que haces como mamá ...pero bueno son sacrificios y decís bueno, en la evolución de las historias**si uno compara con Bulgaria que es el país de origen, en Bulgaria la licencia por maternidad hoy son dos años, es bárbaro porque ya después entran al jardín y está perfecto. No tenés que estar pagándole a un tercero, que no sabes si cuida a tu hijo, y **terminas naturalizando los horrores del mundo en el que estamos y convenciéndote de que es normal cuando lo normal sería ser mamá**, estar en ese lugar y eso no quita que después no te puedas desarrollar en otros ambientes, **pero es doble del esfuerzo de las mujeres es cierto.**

M. Claros: Personalmente, o más bien mi posición como docente tiene que ver con el desafío de la incorporación de nuevas camadas de profesionales que entiendan estas cuestiones.. No sólo desde los estadios como estudiantes o como grupos de estudiantes, sino también a la hora de pensar cómo se cuida, quién cuida en determinado hogar...La cuestión de lo que se espera como madre, como familia, y de cómo juzga el sistema médico. La expectativa de maternar que también es una imposición cultural, y bueno...Me parece central que como docente tenemos la responsabilidad de empezar a, sobre todo el Eje Socio-Médico, a pensar en esas lógicas.

Quiero agradecerte infinitamente, es hermoso hablar con vos, además de que las veces que te escucho siempre me llevo ejemplos. Sos cálida y es encantador escuchar todas las experiencias que tenés y tu recorrido en la salud pública. Sumamente agradecida por este tiempo.

Posibles conclusiones para pensar la interdisciplina en el eje socio-médico:

El itinerario por cada seminario de la EDU ha permitido entrar en contacto con nuestra práctica, cuestionarla y nutrirla a través del material bibliográfico específico. Este trabajo condensa e integra en sus líneas el cúmulo de recomendaciones, ideas, líneas extraídas de las entrevistas realizadas y de la lectura analítica de dicho acervo bibliográfico.

Consideramos estas conclusiones, condiciones mínimas que son necesarias para operativizar la interdisciplina en los procesos metodológicos (didácticos y pedagógicos). A continuación se detallan sintéticamente las consideraciones extraídas;

Acuerdos al interior de la cátedra: Señalábamos precedentemente que la interdisciplina es siempre grupal. La condición de “grupo” y la decisión conjunta de llevarla adelante, implica la coordinación de voluntades, contenidos, y horizontes al interior de la cátedra. Si este acuerdo es previo, reflexivo, y crítico redundará (se espera) en un trabajo integrado, coordinado y grupal, y no en una competencia inter/individual. Zabalza (2002) propone que, más allá de la estructura de cátedra y de los acuerdos allí realizados, lxs docentes solemos manejarnos con discrecionalidad, según el mejor criterio de cada quien. Prevalece así la descoordinación y cualquier innovación (como la modalidad interdisciplinaria) encuentra dificultades para afianzarse. No es novedad que como docentes, usualmente privilegiamos la práctica autónoma, y experimentamos cierta intromisión cuando desprivatizamos el ámbito áulico. Esta autonomía a la que estamos acostumbradxs en la práctica docente no viene, sin embargo, sin otros inconvenientes: los egos intelectuales, las presentaciones de clases fragmentadas, disparidad de decisiones, imprevisión, entre otras evidencias cotidianas en las aulas. En nuestra práctica convive la precariedad a la que refiere Charlot (2008), ésta atraviesa la acción educativa, debiendo lidiar con elementos del contexto (institucional, infraestructural, social) que no maneja y que dificultan la práctica. Es por ello que este trabajo postula la interdisciplina como una estrategia colectiva, entre otras tantas posibles; una

cultura de colaboración, en donde los rasgos individualistas se atenúan y en la cual la competencia no se anide.

Requiere la planificación previa: Ello quiere decir que variixs docentes de distintos campos disciplinares en el aula no necesariamente es garantía de que estén poniendo en práctica la interdisciplinariedad. Es condición necesaria la planificación previa de contenidos, metodología, selección de material bibliográfico y diseño de actividades. La planificación mentada de un programa indica transformar el curriculum en contenidos en acción (Carlino 2005:155). Esta postura didáctica refuerza la idea de operatividad de la interdisciplina y es coherente con las corrientes teóricas que proponen el aprendizaje situado. ¿Qué implica la planificación de las clases de manera interdisciplinaria? Implica la selección de contenidos con mirada disciplinar, la coordinación de los mismos en su exposición y el diseño específico de las actividades que pondrán en acción esos contenidos, ya que estas actividades inciden en cómo resultan aprendidos y comprendidos los conceptos planteados (Carlino 2005:154).

Recorte específico de contenidos. Tal cual se enunciara previamente en este trabajo, la selección de temas debe hacerse con el curriculum del espacio curricular en mano, en simultáneo con la planificación de las clases. A modo de ejemplo este trabajo ha incluido posibles nudos temáticos incluidos en los programas de materias del eje socio médico.

Propiciar el dialogo entre disciplinas: Uno de los principales obstáculos detectados a la hora del trabajo interdisciplinario tiene relación con la falta de un lenguaje común. Carlino (2005) ofrece pistas sólidas al asignar a cada disciplina una práctica conceptual, discursiva y retorica específica. Lo discursivo involucra las prácticas del lenguaje (incluyendo la lectura y la escritura), también al uso del lenguaje en situación, según determinadas intenciones y modos de pensamiento. Lo retórico incorpora el contexto de ese lenguaje a la relación ente emisor y receptor, y al propósito que cada uno desea realizar a través del intercambio lingüístico. La propuesta de la interdisciplina en el aula debería traducirse en una conversación; es decir, la creación de manera conjunta con lxs estudiantes de un lenguaje común, que sea capaz de identificar los “géneros

discursivos⁵⁴ de cada disciplina, y se familiarice con el de la disciplina que estudia, pueda comprenderlo en el contexto.

Fortalecer las prácticas de lecto-escritura: Incorporar a la enseñanza las prácticas socio-discursivas de nuestras disciplinas (los modos de hablar, leer y escribir característicos de nuestra práctica). Esta recomendación se pone en juego de manera individual a la hora de llevar la interdisciplina al aula. Ya que debemos reconocer que cada disciplina está conformada por un sistema de método y conceptos que involucran determinados modos de comprender y organizar los fenómenos estudiados y que como docentes en ejercicio profesional, solemos naturalizar. Si pensamos que cada disciplina importa aprender nuevos modos de pensar y actuar, debemos asumir la responsabilidad de proponer herramientas que favorezcan los procesos formativos de la escritura y la lectura que transparenten la influencia de la mirada interdisciplinar en sus resultados. Lo que equivale a decir que no se espera médicos que escriban como abogados, sino estudiantes de medicina que puedan a partir de sus habilidades de lecto-escritura (en constante construcción) dar cuenta de su contacto con otras miradas disciplinares, reconociendo la necesidad de pensar una práctica socio discursiva propia de la interdisciplina en medicina, ser actores sociales capaces de proponer nuevas narrativas, dotados de competencias comunicativas tales como la comprensión lectora de textos de distintas disciplinas y niveles culturales, científicos; expresión oral y escrita de ideas personales, políticas, participación en debates profesionales, fundamentación, argumentación, entre otras.

Favorecer el acceso a las comunidades de práctica: Recuperando las ideas de Piaget (constructivismo) entre las cuales se subraya la acción transformadora del sujeto para aprender y de Vigotsky (socioconstructivismo) que enfatiza la necesidad de interacción con los miembros más experimentados de una cultura para alcanzar sus prácticas y saber utilizar los instrumentos involucradas en ella, podría asegurar como lo hace Carlino (2005) que, en el aprendizaje de cualquier disciplina, se requiere un diálogo entre estudiantes y **representantes de las nuevas comunidades de práctica** a las que aspiran

⁵⁴ Carlino P. (2005) aporta en tu texto una definición clave de Bajtin, 2002 para pensar las disciplinas los “géneros discursivos” se suele denominar así a las formas típicas y convencionales de usar el lenguaje en situaciones particulares entre ciertos participantes y con fines específicos.

ingresar. *“Nadie aprende de una disciplina sólo; precisa entablar un diálogo con quienes ya participan en las comunidades disciplinares para que estos les muestren su quehacer y comenten cómo marchan los intentos de aproximación a cada una de ellas”*. Esto se convierte en un factor sustantivo a la hora de favorecer la adquisición de competencias (saberes, saber hacer y saber estar)⁵⁵ de las y los universitarios que ya se encuentran integrando comunidades de práctica tanto universitarias como sanitarias.

Favorecer la adquisición de competencias profesionales: Por un lado “los saberes” como conocimientos objetivizados, el “saber hacer” como habilidades y una ejecución en contexto, y el “saber estar”, que implica el dominio afectivo de la persona. Comellas (2000) advierte que para que estas habilidades puedan ser adquiridas por lxs alumnos es preciso que el /la docente las posea, ya que es el mediador de este proceso de transferencia. Es por ello que este trabajo considera central el ejercicio de revisar en simultáneo con la interdisciplina, las propias competencias profesionales.

Estas últimas incluyen una esfera propia de competencias subdivididas en dos conjuntos; por un lado las competencias inherentes a la persona, en la que se involucran las habilidades comunicativas (principalmente la escucha), las emocionales, competencias relacionales tales como la empatía, la capacidad de establecer alianzas, complicidades, actitudes positivas hacia el grupo y los individuos para favorecer la cooperación y el respeto, y competencias cognitivas; poder analizar el contexto, conceptualizar, reflexionar y tomar decisiones pertinentes al momento y a la situación específica. Y por el otro las competencias específicamente profesionales en las que se ubican entre otras, las competencias en relación con las disciplinas que se deben enseñar. Quisiéramos detenernos en estas últimas, considerándolas centrales entre los requisitos de la interdisciplina en los procesos formativos de médicas y médicos. Si establecemos que estas competencias son las que le permiten a cada profesional ser un especialista de alguna manera; y esta especialización le hace competente en la valoración de los saberes que le son propios, su forma de enseñar y evaluar. *“Será fundamental lograr que el alumnado pueda implicarse*

⁵⁵ Un texto ineludible de los presentados en la EDU ha resultado ser el del autor Comellas, M J (2000) allí propone un desglose de la definición de competencia presentando dimensiones específicas implícitas en ella: saberes como conocimientos objetivizados, saber hacer como habilidades y una ejecución en contexto, y saber estar, que implica el dominio afectivo de la persona.

en el aprendizaje aplicando el conocimiento a nuevas situaciones (transferencia) para, interiorizándolos, lograr que se constituyan en competencias significativas que puedan favorecer la interdisciplinariedad.”⁵⁶

A modo de reflexión de este apartado, quisiera reproducir la cita propuesta por Comellas (2000:97) en su texto, por encontrarla clave en las decisiones y acciones institucionales en la Carrera de Medicina de la UNPSJB. Una de ellas ha sido la respuesta de varios de los docentes del eje socio-medico al sostener material y económicamente su tránsito por la EDU.

“Vivir en la sociedad es estar obligado a aprender (Charlot, 1997). Esta obligación no debería ser sentida como castigo, sino como un derecho que se ofrece desde la institución educativa y que posteriormente se deberá continuar en el contexto personal y profesional.”.

Ejes temáticos posibles de abordarse a través de la interdisciplina:

Luego del análisis exhaustivo de los contenidos mínimos algunos de los espacios curriculares que integran el eje socio-médico (Salud de la Comunidad e Investigación en Salud y Bioética) cuyos programas se acompañan en anexos, se proponen los siguientes recortes temáticos para ser presentados desde la interdisciplina.

⁵⁶ Comellas JM “La formación competencial del profesorado: formación continuada y nuevos retos organizativo. En Educar 27, 2000. Pág. 97

Concepción político legal de la “salud”

Señalábamos en líneas anteriores la multiplicidad de definiciones que existen sobre el término “salud” y la necesidad de no reducirlo a la ausencia de enfermedad, desentrañando sus sentidos. Pensar en aproximaciones, nociones nunca definitivas, siempre en construcción y en constante lucha⁵⁷.

Por otra parte, hay que asumir que la salud es un objeto científico-técnico de contenido complejo y especializado donde la visión médico-científico profesional a menudo predomina por sobre la visión comprensiva y social (que cuenta con sus propios avales científicos).

La modalidad interdisciplinaria propuesta no implica en ningún sentido abordar en los espacios curriculares específicos las respuestas a las problemáticas propias de las “enfermedades”, muy por el contrario intenta enriquecer la práctica médica, presentando la **salud como un derecho**.

Varios interrogantes propuestos en el aula se relacionan con la intervención profesional del médico. ¿Se agota con la prescripción de un medicamento? ¿Se involucra en el acceso a la salud que esa persona ostenta? ¿Le interesan las aristas del cuidado cuando indica reposo? ¿Comprende la relación del cuerpo-capacidad en el sistema capitalista? ¿Comprende la dimensión integral del padecimiento en términos de salud mental?

Para guiar en la construcción de nuevas formas de pensar la salud nos auxiliamos en -por un lado- el “**Derecho a la Salud**” pensando los matices de la salud como un derecho exigible, un bien garantizado y tutelado por el ordenamiento jurídico nacional y también internacional, donde intervienen el acceso gratuito y los derechos individuales de cada persona en los circuitos sanitarios.

El concepto de Derecho a la Salud se ha convertido en un escenario de debate y lucha político-ideológica, y aloja en su contenido teórico y discursivo componentes fundamentales del “Derecho” y de la “Salud”. A los efectos de la enseñanza interdisciplinaria su relevancia está planteada en el despliegue de los cuerpos en tanto realidades biopolíticas, en un país que asume la perspectiva de

⁵⁷ <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>

los Derechos Humanos, a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El derecho positivo⁵⁸ suele considerarse transversal a cualquier disciplina, seguramente al leer los planes de estudio de diversas carreras encontraremos un espacio curricular específico llamado “aspectos legales”. Allí se acumulan los marcos normativos y las cuestiones vinculadas al ejercicio profesional como también los márgenes establecidos por el respeto del orden público. Pues bien, la presentación que propone este trabajo desde la interdisciplina, viene a introducir al enfoque de derechos en los **itinerarios sanitarios**, es decir además de la comprensión de cierto cuerpo normativo que se aplica a la práctica médica, se introduce a lxs estudiantes en la implicancia social de esas normas.

Esta no es una tarea sencilla, ya que con el simple hecho de escribir en el pizarrón un número de ley o el enunciado de un artículo, se puede observar cómo los ojos de las y los estudiantes se ponen en blanco y se escuchan los suspiros de tedio. Esta reacción es comprensible ya que el lenguaje jurídico es ininteligible y aburrido incluso para quienes estudiamos derecho. Follari expresa con asertividad dos cuestiones centrales para el dar pie a la interdisciplina:

“La mayoría de las personas no conoce las leyes” con la paradójal afirmación que en nuestro ordenamiento civil, el derecho se presume conocido por todxs⁵⁹ y a su vez **“El derecho es abstracto y opera con un lenguaje formal, tedioso e inexpresivo, de modo que la lectura de leyes se hace poco amigable para casi cualquier sujeto que no sea especialista en el aérea”⁶⁰.**

Este sería un modo ilustrativo de cómo la interdisciplina en la práctica docente favorecería la interpretación e incorporación del derecho como una construcción social, el resultado de una lucha por hacer operativas aquellas leyes que transforman la sociedad en un lugar más amable.

⁵⁸ <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/derecho-positivo/derecho-positivo.htm>

⁵⁹ Este adagio surge de la interpretación del Art 5 y del Art. 8 del Código Civil y Comercial de la Nación. ARTICULO 5°.- Vigencia. Las leyes rigen después del octavo día de su publicación oficial, o desde el día que ellas determinen. ARTICULO 8°.- Principio de inexcusabilidad. La ignorancia de las leyes no sirve de excusa para su cumplimiento, si la excepción no está autorizada por el ordenamiento jurídico.

⁶⁰ Follari, R () Interdisciplina y el estatuto científico de lo jurídico.

Tema presentado: Libreta sanitaria y control niño sano (Salud de la Comunidad)

Situación analizada desde la teoría. Se presentan definiciones específicas y luego la situación práctica a partir de un ejemplo en un Centro de Atención Primaria de la Salud de un barrio en la ciudad de Comodoro Rivadavia.

En un control de peso, algo que los pediatras hacen regularmente en las consultas, quien lo efectúa, sea el mismo pediatra o del equipo de enfermería ¿debe conocer los derechos del paciente respecto de su intimidad? ¿Conocen los derechos de NNyA⁶¹ en relación a garantizar un espacio de escucha para los mismos?

Este acercamiento a los esquemas normativos se presenta desde la interdisciplina, superando su instrumentalidad prescriptiva y buscando favorecer en los estudiantes la comprensión del concepto de persona humana, autónoma y corporalmente individual, un sujeto de derecho atravesando el sistema sanitario.

Toda esta lectura, adquiere mayor relevancia cuando los mismos estudiantes que participan de la clase, ya están integrando la vida comunitaria no sólo universitaria, sino también como participantes activos en los CAPS y en diversas instituciones públicas de salud de la órbita provincial y municipal.

Este trabajo sostiene el supuesto de que su práctica se encontrará enriquecida, con el consecuente beneficio de que sus habilidades retornen a la comunidad y transformen progresivamente las formas de pensar la “salud” y las intervenciones médicas.

Determinantes sociales: la mirada de una salud colectiva

Otro de los ejes temáticos abordables desde la práctica docente de manera interdisciplinaria son los determinantes sociales. Ellos presentan la intersección entre los componentes de la perspectiva social de la medicina; el

⁶¹ NNyA es la expresión abreviada de niños, niñas y adolescente utilizada en distintos instrumentos normativos nacionales e internacionales.

medio ambiente, las condiciones materiales de vida de cada persona, el acceso a los servicios (agua, luz, servicios sanitarios), los estilos de vida, cuestiones vinculadas a la urbanización de los barrios, la pertenencia a determinados grupos sociales ya sea de trabajo o recreativos, entre otros.

La bibliografía propuesta para la aproximación teórica interdisciplinaria en el aula es la producida por autores de la medicina social latinoamericana tales como Asa Ebba Cristina Laurell, Eduardo L. Menéndez, Jaime Breilh⁶² entre otros.

Las nociones teóricas se incorporan de manera crítica. Una posible experiencia interdisciplinaria se compone de un texto con una guía de lectura diseñada previamente. Es el texto narrativo que incluye el relato de experiencias en la llamada Extensión 30 de octubre. Allí se presentan entrelazadas las cuestiones urbanas (extensión vs asentamiento), el acceso a la salud (las ambulancias no acceden por una zanja profunda que los vehículos no pueden cruzar) y a partir de la lectura se cuestiona la función sanitaria y comunitaria del CAPS 30 de Octubre, en el cual varios de los estudiantes ya están haciendo sus prácticas en terreno.

Concepción económica de la salud

Tal cual se expresara en el marco teórico seleccionado sobre la interdisciplina, la modalidad de enseñanza nos permite tematizar a través de otros saberes los cambios históricos en relación a la salud y al cuerpo humano. Se menciona también el cambio paradigmático acerca de la relevancia que adquiere el cuerpo en el capitalismo. El factor humano ha pasado a constituir a lo largo del tiempo un elemento estratégico de los procesos productivos, y con ello también la necesidad de contar con “buena salud” por parte de los agentes de esos procesos.

⁶² Breilh propone una definición de determinantes sociales muy apropiada para el abordaje interdisciplinario: “La noción de determinación social de la salud, como toda idea de ruptura, no es el producto aislado de elucubraciones personales sino la expresión del pensamiento crítico que se había apoderado del movimiento latinoamericano de medicina social (ahora mejor conocido como de salud colectiva); a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizados, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación del paradigma obsoleto de la vieja salud pública empírico-funcionalista”. En La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27 Pág. 14.

En nuestro país la vinculación del cuerpo físico y el estado de salud aparece con la implantación del servicio militar obligatorio⁶³ (Ley Riccheri 1901). Los nefastos resultados arrojados por las primeras revisiones médicas realizadas a los hombres en todo el país advirtieron sobre los altos índices de desnutrición y pobreza, contradiciendo las versiones oficiales del “país granero del mundo”⁶⁴. Ello fue clave para mostrar cómo a partir de la estadística médica de rechazo de varones quedaron al descubierto las deficiencias estructurales del modelo económico agroexportador sostenido por la Argentina en esos tiempos. Otro dato médico relevante es el llamado Informe Biale Massé⁶⁵, que consistía en relevar el estado de salud de la clase obrera a lo largo del país, para la redacción de una ley de trabajo. Los resultados plasmados por el catalán en sus dos tomos son alarmantes y revelan las precarias condiciones de vida en el interior del país.

Esa vinculación medicina-economía es clave para entender todos los procesos a lo largo de la historia y cómo los modelos médicos están intrínsecamente relacionados y en constante tensión con modelos económico-sociales determinados.

¿Cómo se integran las dimensiones de estos contenidos curriculares de manera interdisciplinaria? ¿Se propone la lectura de material vinculado con el mundo del trabajo?

⁶³ En 1901, el Ministro de Guerra, teniente general Pablo Riccheri, presentó el proyecto según el cual se reclutaba a los varones argentinos de veinte años en las Fuerzas Armadas para cumplir servicio durante dos años. Sus objetivos eran difundir la idea de ciudadanía y de igualdad ante la ley y alfabetizar e integrar a los hijos de inmigrantes, además de aumentar el patriotismo en varones provenientes de diversas clases sociales y rincones del país. El proyecto seguía ideales del entonces presidente Julio Argentino Roca, también militar, comandante de la conquista del Desierto. La Ley N° 4031 fue aprobada por la cámara de Senadores el 11 de diciembre de 1901, tras medio año de varias discusiones. Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/Servicio_militar_obligatorio_en_Argentina

⁶⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=vSZPUR2qqNs>

Pigna, F presenta en este video un interesante recorrido por la historia de la salud en la Argentina. Este material es presentado desde la cátedra para el abordaje de los modelos de salud pública y su relación con los modelos económicos y sociales. Permite a partir de un recurso audiovisual la aproximación con los hitos históricos más importantes.

⁶⁵ https://www.quimica.es/enciclopedia/Juan_Biale_Mass%C3%A9.html

Para la preparación de su informe sobre el estado de los trabajadores en el interior del país, un trabajo contenido en tres volúmenes, el Doctor BIALET MASSÉ debió recorrer toda la campaña en trenes de carga, en sulky y a caballo. Visitar estancias, talleres, colonias, yerbatales y obrajes.

La selección tiene como criterio apelar a un recorte que sea de producción nacional, preferentemente producido por la UNPSJB y que presente las contradicciones propias de la región. Luego se promueve la búsqueda de estadísticas en salud y la confección de instrumentos propios de la investigación social cualitativa. Por ejemplo, la confección de una entrevista o de una encuesta. Luego se solicita el diseño de una estrategia de promoción o prevención en salud que recupere los datos relevados.

La heterogeneidad en cuanto a la composición social de la ciudad y actividad petrolera presentan una simbología propia que configura y determina, entre otras dimensiones de clase, las asimétricas formas de acceso a la salud. Esta concepción mercantilizadora y enfocada en el individuo es influenciada por el discurso neoliberal y representa una especie de “pensamiento único” en el ámbito de la salud. La pertenencia y continuidad en cada uno de los subsistemas quedan establecidas por el ciclo de vida laboral (en actividad, jubilada o jubilado), como también por la formalidad o precariedad del trabajo; las que presentan una relación evidente con las inequidades entre los habitantes a la hora de acceder al sistema de salud.

La salud mental y los equipos interdisciplinarios de salud:

El pronunciamiento de la OMS en torno al bienestar mental, abrió el juego a la cuestión de la **salud mental** con los respectivos debates, ribetes sociales y políticos aún más complejos.

El contexto remite a los procesos mundiales (1970) de desmanicomialización y a la sanción en 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657⁶⁶. Esta ley se inscribe en el repertorio de regulaciones de los derechos consagrados en la Constitución Argentina del año 1994, que da jerarquía constitucional a los pactos internacionales de Derechos Humanos. Esto quiere decir que a partir de la mencionada reforma constitucional, diez documentos internacionales sobre Derechos Humanos (Tratados, Pactos y Convenciones que incluyen declaraciones universales y americanas sobre derechos humanos, económicos y sociales, genocidio, discriminación racial, discriminación contra la

⁶⁶ Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

mujer, torturas, derechos del niño) tienen supremacía constitucional (Art. 75 Inc. 22).

La perspectiva de los derechos humanos en el campo de la salud presenta claroscuros, principalmente debido a que los mismos *“son un producto de una determinada configuración histórica en el que se reflejan las condiciones de poder en que se gestaron: el campo de representaciones de la modernidad occidental. Se desarrollaron en distintos momentos históricos e incluyen concepciones potencialmente antagónicas”*⁶⁷. No obstante ello, debemos reconocerle sus intentos por reemplazar los enfoques tecnocráticos centrados en costo-efectividad, para acercarse a las nociones de autonomía y dignidad humana. Sin duda este enfoque de derechos en las políticas públicas, basado en la normativa internacional sobre derechos sociales, influyó en la estrategia de atención primaria en salud (APS) en lo referido a salud mental, incluyendo la vinculación entre el contexto social y la salud.

Esta lectura abre paso a lo receptado por la ley en tanto considera entre los problemas mentales el consumo de sustancias psicoactivas, asociándolas a padecimientos mentales.

Artículo 3° de la Ley N° 26.657: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.*
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.*

⁶⁷ STOLKINER, A. “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”. En Medicina Social (www.medicinasocial.info) - 89 - volumen 5, número 1 marzo de 2010

c) Elección o identidad sexual.

*d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización
Para la ley, las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales,
son comprendidos en el marco de todos los derechos y garantías en relación
con los servicios de salud.”*

*Artículo N° 4 de la Ley de la Ley N° 26.657: “Las adicciones deben ser
abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las
personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los
derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con
los servicios de salud.”*

Es a partir de la fuerza de esta ley que el sistema de salud público intenta reemplazar los grandes hospitales psiquiátricos por unidades psiquiátricas en hospitales locales y dispositivos que a partir de atención primaria de la salud propongan la instalación de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

Una vez más la ley es el vehículo para robustecer los ideales de transformación del sistema sanitario. La presentación interdisciplinar de esta ley desde las aulas de medicina, derivaría en la comprensión de los estudiantes de los principios rectores de la misma y de la indeclinable necesidad de incorporar la dimensión social en su análisis. Más aun siendo la interdisciplina requisito obligatorio en la ley para la composición de los equipos de salud. En su articulado la ley propone una serie de composiciones y mecanismos de equipos interdisciplinarios, morigerando las potestades del saber médico-hegemónico (médico psiquiatra) y del juez en cuanto a la declaración de capacidad.

En salud mental las intervenciones deberían incluir el análisis de condiciones materiales: lo habitacional, los costos del tratamiento, las tareas de cuidado, las posibilidades de reinserción social y laboral y también la singularidad de la persona que padece. La salud mental requiere una **concepción integral** de la vida, en la que nos pensamos como seres de existencia no meramente biológica, sino como fenómenos netamente humanos, de quienes se espera una respuesta en términos de funcionalidad social.

- ¿Debería ser la normalidad el objetivo de toda intervención en salud?
- ¿Qué se entiende por normalidad?
- ¿En qué plano juegan las capacidades del individuo?
- ¿Qué posibilidades nos ofrece la sociedad para desarrollarnos en plenitud?
- ¿Cuál son las implicancias respecto de la salud mental para el individuo que no es “capacitado para el trabajo”?
- ¿Cuál es la relación del consumo problemático de sustancias con las expectativas en los proyectos de vida?
- ¿Son los síntomas-irritabilidad, ansiedad, angustia, depresiones, expresiones psicosomáticas, conductas antisociales? ¿Pueden siempre ser considerados muestras de una enfermedad? ¿Lo es el consumo problemático de sustancias?
- ¿Cómo preparar a la sociedad para que familias u otras unidades sociales puedan hacerse cargo del cuidado de quienes experimentan un padecimiento mental?

Se pretende con estos interrogantes iluminar las características de la ID que coadyuvan a resolver cierto agotamiento de las ciencias naturales para explicar fenómenos atravesados por lo social, estimulando en las y los estudiantes la incorporación de miradas no prejuiciosas ni estigmatizantes a la hora de intervenir.

Una de las potencialidades clave de la interdisciplina es que la misma obliga a un trabajo sostenido en conjunto, no una colaboración ocasional, tanto para los docentes en la planificación y diseño previa de las clases, como en las lógicas de los estudiantes, ya que no existe un “sujeto interdisciplinar” Necesariamente la ID en los procesos formativos, requiere planificación, articulación y cierta integración. Este trabajo grupal e interdisciplinario en el aula provee a lxs estudiantes pistas para la integración a futuros equipos de trabajo en salud.

La mirada interdisciplinaria para la construcción del conocimiento propicia una tendencial simetría en los aportes de cada disciplina en los equipos de salud. Esta intención se hace más evidente cuando se trata de los equipos interdisciplinarios de salud mental, cuyas potestades están reguladas, al menos desde lo formal en la ley.

A partir del análisis de situaciones concretas en las que interviene el Poder Judicial y los dispositivos de salud mental provincial, se observa la necesidad de enriquecer las intervenciones de cada profesional con otras miradas, beneficiando al reconocimiento de la singularidad y la autonomía de las personas en el sistema de salud.

La perspectiva de género en salud

Las disímiles concepciones de salud que se organizan a partir de condiciones socioculturales, poseerán una especificidad distinta al considerar la diversidad que aporta la edad, la etnia, la clase social, el hábitat, como también de manera determinante el género.

La categoría “género” a diferencia de clase social y etnia es una herramienta categorial de reciente creación, y la actualidad requiere que se la incorpore tanto en la planificación curricular como en la atención sanitaria. Esto nos lleva a revisar las estructuras curriculares y a pensar una planificación de las clases con la óptica del género incluida.

A los efectos de abordaje en salud, es pertinente incorporarla como un determinante más, presentando de manera introductoria sus sentidos, la evolución histórica de esta concepción y la conquista de derechos que la misma importa en términos de ciudadanía.

De acuerdo a lo que señala Lamas (1994: 52) se generalizó el uso de la categoría *género* para referirse a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas a partir de sus cuerpos. Esta construcción social del cuerpo implica revisar los nuevos significados culturales del cuerpo, desde su aspecto corporal hasta sus reformulaciones políticas.

Comprender el esquema cultural del género y sus manifestaciones en los espacios sanitarios, llevará a desentrañar la red de interrelaciones e interacciones simbólicas existentes en nuestro contexto.

Este trabajo sostiene que es posible generar a partir de la formación interdisciplinaria nuevas estrategias contra-hegemónicas que rompan con el binarismo de género. El abordaje interdisciplinario de la perspectiva de género propone profundizar en la siguiente reflexión:

“El género es el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características “femeninas” y “masculinas” a cada sexo, a sus actividades y conductas, y a las esferas de la vida. Esta simbolización cultural de la diferencia anatómica toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. Así, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que es “propio” de cada sexo.⁶⁸”

A partir de esta afirmación seleccionada por su vinculación con las representaciones en torno a la “salud” podrían presentarse en el aula diferentes dimensiones en torno a la categoría analítica género:

- Aspectos normativos (Conjunto de normas nacionales e internacionales vigentes tanto en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos y No reproductivos, como a las violencias y a la Educación Sexual Integral.
- Aspectos de habilidades y competencias esperables como estudiantes insertos en la comunidad. Dentro de las competencias que se espera que los estudiantes adquieran en la carrera se encuentran las siguientes: que las y los estudiantes puedan lograr la “aceptación de la diversidad y el respeto por la cultura”, lo que significaría estar preparadxs para desempeñarse en diferentes escenarios, con

⁶⁸ Lamas, M. (1994) Cuerpo: Diferencia sexual y género. Pág. 59

diferentes estratos sociales, etnias y pautas culturales, libres de prejuicios de género y discriminación.

- Aspectos relativos al concepto ideal de salud, que implica comprenderla en su integralidad, considerando de manera ineludible la esfera del “cuidado.”: En otra dimensión posible la incorporación del género en salud también invita a revisar las matrices patriarcales del saber médico hegemónico y las instituciones sanitarias en las que circula y se reproduce. La escisión del cuerpo y espíritu quedó plasmada en las prácticas médicas occidentales a partir del papel relevante de la ciencia moderna y de la visión científica del mundo. La noción integral⁶⁹ del cuerpo, aparece tensionada por la fragmentación y patologización propuesta por las intervenciones médicas actuales, que en general suele desatender las nociones de afectividad y cuidados.

La incorporación de los cuidados a la atención médica es una consecuencia de la práctica fragmentada, que nos remite ineludiblemente a la división sexual del trabajo y las nociones de género y clase. Resulta curioso preguntarnos por qué “los cuidados” no integran las discusiones del espectro de la atención médica. Se habla de alimentación saludable, pero pocas veces reflexionamos sobre quién cocina. Se habla de la estricta adhesión a las prescripciones médicas en cuanto a horarios de remedios y tomas específicas, pero no se revisa el acceso a ese medicamento y quién debe obtenerlo y suministrarlo.

Posibles respuestas podemos encontrarlas en que el saber médico resuelve su intervención con la prescripción diagnóstica y/o medicamentosa y terceriza en el mejor de los casos, con otros profesionales de la salud, el cuidado. La autoridad del “médico” sigue concentrando el saber y los poderes que de él

⁶⁹ La medicina tal como la conocemos se construyó sobre la eliminación física de las mujeres, producto de la caza de brujas, que eran médicas, curanderas, parteras, hechiceras principalmente. Dice la autora Silvia Federici (2015:328) que con la persecución de la curandera de pueblo, se expropió a las mujeres de un patrimonio de saber empírico, en relación con las hierbas y los remedios curativos, que habían acumulado y transmitido de generación en generación, una pérdida que allanó el camino al ascenso de la medicina profesional que, a pesar de sus pretensiones curativas, erigió una muralla de conocimiento científico indisputable, inasequible y extraño para las clases bajas.

derivan, y las tareas de cuidado les corresponden a las enfermeras, psicólogos, kinesiólogos, fisioterapeutas entre otros.

También existe una clave en la concepción universal e ideal de “salud”, en la cual la “enfermedad” es transitoria y hasta vergonzante y estigmatizante, en consecuencia el cuidado, el acompañamiento, la ayuda tanto afectiva como material parecen no ser necesarios más que de manera excepcional. Esto explicaría también la invisibilización de ese trabajo y su falta de reconocimiento tanto social como salarial.

Una vez más la interdisciplina permitiría hacer orgánicos los contenidos, a partir de la planificación previa de las clases y la selección de los materiales adecuados. Utilizando los marcos normativos específicos y obligatorios (nacionales e internacionales) para impactar en las intervenciones profesionales, garantizando una atención sanitaria respetuosa, libre de prejuicios, y que tienda a una relación médico paciente horizontal, que asuma a la persona como protagonista, tanto de su vida como de su proceso de salud-enfermedad.

Contando con una notable feminización de la matrícula en la Carrera de Medicina resulta interesante revisar las características que históricamente se han valorado como positivas en la atención médica; por un lado la objetividad y por otro la atención médica desprovista de emocionalidad. Aún subsiste en la formación universitaria de la medicina el mito del hombre de ciencia como **frío y desapegado**. ¿Y es a partir de allí donde aparece la pregunta y el reclamo sobre la ausencia de emoción que produce el dolor ajeno en algunos profesionales de la salud. Chollet (2019) en su libro Brujas, relata una afirmación del filósofo Michel Hunin en la que expresa que es ilusorio aspirar a una racionalidad pura, desembarazada de todo afecto “...solamente sobre el suelo movedizo de la preferencia afectiva puede apoyarse el edificio entero de nuestras construcciones teóricas en todas las provincias del saber”⁷⁰.

Epistemológicamente, está aún por construirse la modalidad de conocimiento que incluya la resonancia afectiva y emocional, a vez que la exigencia de respeto metódico por los datos y la relación fundante que con ellos tiene la teoría.

⁷⁰ CHOLLET; M. (2019) Brujas: La potencia indómita de las mujeres. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Hekht Libros. Pág. 259

Posible evaluación en el tiempo:

Una vez aprobado este TIF y con las conclusiones extraídas, se realizarán observaciones participativas de algunas de las clases de los espacios curriculares del eje.

Esperamos que el tiempo transcurrido sea suficiente para el restablecimiento de las clases en el aula.

Esta acción nos permitirá rastrear algunas pistas en la presencialidad, que puedan contrastarse con los datos obtenidos, dejando abierta la posibilidad de redactar un documento de posibles “buenas prácticas” en los espacios curriculares que se verifique la interdisciplina de la manera que este trabajo la propone.

Bibliografía del marco teórico:

- Bachelard, G. (2007) *La formación del espíritu científico*, Siglo XXI: Bs As.
- Follari, R. (1982) *Interdisciplinariedad (los avatares de la ideología)*, UAM-Azcapotzalco: México.
- Follari, R. (2000) *Epistemología y Sociedad*. Rosario-Santa Fe, Argentina.
- Follari, R. (2017) *Interdisciplina, complejidad y sistemas: de la teoría a la operatividad*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias de la Fac. de Humanidades de la UNAM en México.
- Follari, R. (2005, Jun). La interdisciplina revisitada. *Andamios*, México, 1(2), 7-17.
- Follari, R. (2007). La interdisciplina en la Docencia. *Polis, Revista académica* de la Universidad Bolivariana, 16. Visitada en <http://www.revistapolis.cl/polis%20final/16/follari.htm>.
- Foucault, M. (2012) *Hermenéutica del sujeto*. Bs As, Argentina: Ed. Altamira
- Foucault, M. (2014) *La vida de los hombres infames*, Bs As, Argentina: Ed. Altamira.
- Kuhn, T. (1980) *La estructura de las revoluciones científicas*, F.C.E., México.
- Kuhn, T. (1989) “*Conmensurabilidad, comparabilidad y comunicabilidad*”, en Kuhn, T.: *¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos*, Paidós-I.C.E., Barcelona.
- Piaget, J. (1975) “*La epistemología de las relaciones interdisciplinarias*”, en Apostel, L. y otros: *Interdisciplinariedad*, Biblioteca de la Educ. Superior, ANUIES, México.
- Rose, N. (2012) *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. (1ra Ed.) La Plata: Editorial Universitaria.

Bibliografía general:

ACHILLI, E. (2005) *“Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio”* Cap. 3 (pag. 43 a 57) Rosario, Laborde Editor

BARRANCOS, D. y varias (2019) *“Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización”* CABA. Tinta Limón.

CARLINO, P. (2005) *Escribir, leer y aprender en la universidad. Una introducción a la alfabetización académica.* Bs As. Fondo de la cultura económica de Argentina. 1° Ed.

LAMAS, M (1994) *Cuerpo:*

LLANOS, R.A. *“La investigación en Ciencias Sociales: Sugerencias prácticas sobre el proceso. Artículos de Reflexión. INVESTIGACION Y DESARROLLO Vol. 17, N° 1 (2009)- ISSN 0121-3261*

MOREIRA, M. A. (2010) *Aprendizaje significativo crítico. Versión revisada y extendida de la conferencia dictada en el III Encuentro Internacional sobre Aprendizaje Significativo, Lisboa (Peniche) 1ª edición, en formato de libro, 2005; 2ª edición 2010; ISBN 85-904420-7-1.*

ANTELO, E. (2011) *“Qué significa enseñar”.* En Alliaud, Andrea y Antelo, Estanislao, *Los gajes del oficio. Enseñanza, pedagogía y formación*, Bs As: Aique. Pp. 20 a 38.

BREILH, J. *“La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”.* Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27

CAMINO, N. *“Extractos de la Tesis de Doctorado “Génesis y evolución del concepto de Gravedad. Construcción de una visión de Universo”.* Esquel. FHCE, UNLP, octubre de 2006. Inédita. pp. 42-51.

CHARLOT, B. (2008) *La relación con el saber, formación de maestros y profesores, educación y globalización. Cuestiones para la educación de hoy,* Montevideo: Trilce.

CHOLLET; M. (2019) *Brujas: La potencia indómita de las mujeres.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Hekht Libros.

COMELLAS, JM (2000) *“La formación competencial del profesorado: formación continuada y nuevos retos organizativos”.* Educar No 27. Disponible en: http://ddd.uab.es/pub/educar/0211819Xn27_p87.pdf

EZCURRA, A.M. (2009), *Educación Universitaria: una inclusión excluyente,* Tercer Encuentro Nacional sobre Ingreso Universitario, Universidad Nacional de Río Cuarto, Conferencia Inaugural.

FEDERICI, S. (2015) "Calibán y la Bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria". Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón.

FOLLARI, R. (1982) Interdisciplinariedad (los avatares de la ideología), UAM-Azcapotzalco: México

FOLLARI, R. () Interdisciplina, complejidad y sistemas: de la teoría a la operatividad. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias de la Fac. de Humanidades de la UNAM en México

FOLLARI, R. () Interdisciplina y estatuto científico de lo jurídico.

FREIRE, P. (2009). "El grito manso", Bs As: Siglo Veintiuno Editores.

IMBERNON, F. (2011) "La formación pedagógica del docente universitario". En Revista do Centro de Educação, 36 (Septiembre-Diciembre) Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=117121313005>

KORNBLIT, A., MENDEZ DIZ. (2007) La Salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Contenidos curriculares. (1ra Ed.) Ciudad de Buenos Aires: Aique Grupo Editor SA.

LUCARELLI, E., FINKELSTEIN C. Prácticas de enseñanza y prácticas profesionales: un problema de la Didáctica Universitaria. Revista Diálogo Educativo, vol. 12, núm. 35, 2012, pp. 17-32. Pontificia Universidade Católica do Paraná, Brasil

RODRIGUEZ, M: (2011) Historia de la salud. Relatos sobre el cuerpo, la medicina y la enfermedad en la sociedad occidental. Bs As: Capital intelectual.

ROSE, N. (2012) Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. (1ra Ed.) La Plata: Editorial Universitaria.

STOLKINER, A. "Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente". En Medicina Social (www.medicinasocial.info) - 89 - volumen 5, número 1 marzo de 2010.

ZABALZA, M. (2002). "Estructuras organizativas de las instituciones universitarias" y "El Profesorado Universitario". En: La enseñanza universitaria: el escenario y sus protagonistas. Madrid. Narcea. Pp. 68- 96 y Pp. 107-145.

Material audiovisual

<https://www.youtube.com/watch?v=BPbQXEzXAFw>

<https://www.youtube.com/watch?v=vSZPUR2qqNs>

Material de la Cátedra Salud de la Comunidad

<https://www.youtube.com/channel/UCMdXogL1bkeUJ-vNdO6mASw/videos>

Anexos documentales

Anexo A Listado de docentes del eje socio médico

Anexo A1 “Guía de preguntas para entrevista a docentes”

Anexo B “Instrumento de encuesta a estudiantes”

Resultado Encuesta Estudiantes de la Carrera de Medicina

Programa de Investigación en Salud y Bioética 2019

Programa de Salud de la Comunidad Año 2019

Resolución CDFCN N° 458/13 Plan de Estudio Carrera Médica

Resolución CDFCNyCS N°286/18 Reglamento de Trabajo de Campo

Resolución CDFCNyCS N° 617/18 Creación Observatorio de Salud (FCNyCS)

Resolución CDFCNyCS N° 344/19 Integración Observatorio de Salud

Resolución CS N° 67/20 Aprobación Proyecto TIF

Resolución DFCNyCS N°471/2021