

Percepciones, reflexiones y aprendizajes de estudiantes de Medicina sobre una experiencia de tres años de Educación Basada en la Comunidad

Mariano Granero^{1,✉}, Juan C. Rousseau Portalis^{2,✉}, María A. Mercadal^{2,✉} y Candela V. L. Gonzalez^{2,✉}

1. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

2. Carrera de Medicina. Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: la Educación Basada en la Comunidad (EBC) representa una estrategia educativa que acerca la formación médica a la práctica real, y promueve una atención médica de mayor aceptabilidad que contempla la esfera social de los procesos de salud/enfermedad y aborda de forma adecuada las necesidades reales de la población.

Existen, a la fecha, escasas publicaciones a nivel regional en las cuales los propios estudiantes reflexionen sobre este tipo de experiencias formativas.

Objetivos: identificar y comunicar los principales aprendizajes obtenidos de una experiencia de EBC por parte de estudiantes de grado de Medicina.

Metodología: se revisaron las sistematizaciones de experiencias confeccionadas por la primera cohorte que completó esta experiencia en el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se reflexionó sobre las principales dificultades observadas y los aprendizajes más significativos obtenidos a partir de dicha experiencia. Se establecieron dominios y codificaron los textos de las sistematizaciones generadas durante la cursada. Finalmente, se generó un mapa de conceptos a partir del cual se escribió este artículo.

Resultados: esta experiencia tuvo para los estudiantes tres momentos bien definidos: una etapa inicial, caracterizada por incertidumbre y malestar; una intermedia, con aprendizaje estratégico y algo de transformación; y una avanzada, con aprendizaje profundo y situado.

Conclusión: es recomendable que a las experiencias de EBC se les asigne el tiempo suficiente en las planificaciones y que finalicen con un proceso de reflexión promovido por el equipo docente.

Palabras clave: educación médica, atención primaria de la salud, aprendizaje social.

Perceptions, reflections and learnings of Medicine students about a three-year experience of community-based education

ABSTRACT

Introduction: Community-Based Education (CBE) represents an educational strategy that brings medical training closer to real scenario practice, and promotes medical care of greater acceptability that contemplates the social sphere of health/disease processes and that adequately addresses the real needs of the population.

Autor para correspondencia: mariano.granero@hospitalitaliano.org.ar, Granero M.

Recibido: 19/10/22 Aceptado: 17/02/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v43i1.217>

Cómo citar: Granero M, Rousseau Portalis JC, Mercadal MA, González CVL. Percepciones, reflexiones y aprendizajes de estudiantes de Medicina sobre una experiencia de educación basada en la comunidad de tres años. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2023;43(1):12-16.

To date, there are few publications at the regional level in which the students themselves reflect on this type of training experience.

Objectives: to identify and communicate the main lessons learned from a CBE experience by Medicine-degree students.

Methodology: the systematization of experiences made by the first cohort that completed this experience at the Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires was reviewed. We reflected on the main difficulties observed and the most significant lessons learned from this experience. Domains were established, and the texts of the systematization generated during the course were codified. Then, a concept map was generated from which this work was written.

Results: this experience had three well-defined moments for the students: an initial stage, characterized by uncertainty and discomfort; an intermediate one, with strategic learning and some transformation; and an advanced one, with deep and situated learning.

Conclusion: it is recommended that EBC experiences are assigned enough time in the planning and that they end with a reflection process promoted by the teaching team.

Key words: medical education, primary health care, social learning.

INTRODUCCIÓN

La Educación Basada en la Comunidad (EBC) representa una estrategia educativa en la que los estudiantes se forman trabajando con distintos actores sociales de la comunidad de la que forma parte la universidad, relacionándose con las personas en los lugares donde estas viven y con sus problemas cotidianos en lugar de hacerlo dentro del sistema de salud¹. Tal estrategia tiene una gran ventaja respecto de la responsabilidad social de las instituciones, dado que acerca la formación médica a su práctica real y promueve una atención médica de mayor aceptabilidad que contempla la esfera social de los procesos de salud/enfermedad y aborda de forma adecuada las necesidades reales de la población².

El Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires cuenta desde el año 2018 con un currículo integrado con un perfil de educación basada en la comunidad. Para ello, los estudiantes disponen de un espacio formativo denominado Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que ocupa los primeros tres años de la carrera³. En este espacio se dividen en seis comisiones de aproximadamente 10 estudiantes cada una y llevan adelante intervenciones en distintas comunidades del área metropolitana de Buenos Aires. Para ello se les pide que realicen un diagnóstico de problemas prevalentes y una priorización participativa con su comunidad durante el primer año, planifiquen e implementen una intervención que aborde esos problemas en el segundo año y evalúen los resultados de la intervención y sistematicen la experiencia en el tercer año. De esta manera los estudiantes llevan a cabo, a lo largo de los tres primeros años de su formación médica, cada una de las acciones necesarias para completar el ciclo de APOC tal como se realiza en escenarios reales⁴. Además, se les pide que las intervenciones se realicen desde una perspectiva salutogénica que empodere a las comunidades en la construcción de su salud.

A pesar de que la EBC no es nueva, existen a la fecha escasas publicaciones a nivel regional en las que los propios estudiantes reflexionen sobre este tipo de experiencias formativas. Lo que se detalla a continuación son las percepciones, reflexiones y aprendizajes obtenidos por estudiantes de la primera cohorte que completó esta experiencia.

OBJETIVOS

Identificar y comunicar los principales aprendizajes obtenidos de una experiencia de EBC por parte de estudiantes de grado de Medicina.

METODOLOGÍA

Durante los tres años que duró la experiencia, todos los estudiantes llevaron un registro de las actividades realizadas en la comunidad. En el último semestre del tercer año tomaron como insumo estos repositorios y reflexionaron sobre su recorrido siguiendo el método de sistematización propuesto por O. Jara Holliday, es decir, recuperando “qué había sucedido” (etapa descriptiva de la sistematización) y preguntándose luego “¿Por qué sucedió lo que sucedió?” (etapa reflexiva de la sistematización)⁵. Cada comisión realizó una síntesis de las ideas principales y generó un informe que fue presentado a otros estudiantes y tutores*.

Para llevar a cabo esta publicación se continuó trabajando con un grupo de estudiantes que fueron parte de la primera cohorte y que estaban motivados para realizarla (ya que la publicación en sí misma no forma parte de las actividades contempladas en su currículo de grado). Se realizaron encuentros semanales en los que se profundizó

*La recopilación de las sistematizaciones que realizaron las distintas comisiones de estudiantes de esta cohorte pueden encontrarse en el siguiente link: TROVARE

la reflexión sobre las principales dificultades observadas y los aprendizajes más significativos obtenidos a partir de esta experiencia. Para ello se establecieron dominios y codificaron los textos de las sistematizaciones generadas durante la cursada. Luego se generó un mapa de conceptos a partir del cual se escribió el trabajo. El resultado de este proceso se presenta como una síntesis narrativa con un recorte temático de lo que consideramos de mayor valor para esta comunicación.

RESULTADOS

Se analizaron los trabajos finales presentados por los estudiantes, junto con las entrevistas individuales y grupales registradas a lo largo de todo el proceso. De los conceptos emergentes surge que esta experiencia tuvo para los estudiantes tres momentos bien definidos:

Etapa inicial

Esta primera etapa estuvo principalmente caracterizada por incertidumbre y malestar. Las razones parecen ser múltiples. Se presentan en *itálica* las frases más representativas identificadas en los repositorios revisados.

- ¿Qué hace esta materia en la carrera de Medicina?

La gran mayoría de los estudiantes, al momento que eligen Medicina, lo hacen a partir de los constructos que se encuadran en el modelo médico hegemónico⁶. En este modelo se jerarquiza a los médicos que trabajan en hospitales de alta complejidad, se centran en lo biológico y objetivable, y cumplen un papel predominantemente reparativo, lo cual entra en tensión con una propuesta formativa para salir a las comunidades, contemplar y abordar problemáticas sociales, y trabajar con personas sanas.

- ¿Para qué vamos a perder un año haciendo diagnósticos y pidiéndole a la gente que los priorice, si ya podemos empezar a tomarles la tensión arterial (TA) o a darles un taller?

Otra tensión identificable entre el modelo médico hegemónico y lo propuesto en APOC se relaciona con el rol de los profesionales de la salud. Se destaca aquí que consideraban una pérdida de tiempo hacer un diagnóstico comunitario y una priorización participativa de los problemas identificados, porque estimaban que ya sabían qué necesitaba la población.

- En APOC nos enseñan a ser buenas personas, cuando yo vengo acá para que me enseñen a ser un buen médico.

Dentro del modelo médico hegemónico, de naturaleza positivista y biologicista, los elementos vinculares de la relación médico-paciente y las habilidades interpersonales no son jerarquizadas para el buen ejercicio de la profesión médica.

- Los de la otra comisión tuvieron suerte porque les tocó trabajar en un barrio pobre; ahí sí que hay muchas cosas para hacer.

En esta etapa inicial se pudieron identificar múltiples prejuicios de los estudiantes hacia las comunidades, que influían directa o indirectamente sobre la calidad de las intervenciones que podían realizar en el futuro. Entre ellos se destacaba la noción de APS selectiva, es decir, una APS que solo sirve para personas de bajos recursos socioeconómicos.

- Nosotros no queremos hacer esto, y la comunidad tampoco quiere.

Uno de los principales desafíos que tienen los estudiantes en los primeros años es encontrar a algún actor comunitario que quiera trabajar con ellos desde un enfoque salutogénico. El modelo médico hegemónico no comprende solo el sistema de salud, sino también impregna lo que las comunidades esperan de los profesionales de la salud. En este sentido, fue muy frecuente que las comunidades demandaran intervenciones biologicistas y centradas en los médicos en lugar de salutogénicas y teniendo a las propias comunidades como protagonistas de los procesos.

- ¿Cómo puedo trabajar con la comunidad si no tengo una comunidad definida?

El modelo de APOC está pensado para trabajar con comunidades definidas, que por lo general son una parte de la población, que se referencian a un determinado centro de salud. En nuestro caso eso no tiene lugar porque a nuestros centros de salud solo concurren personas con seguros de salud que permitan atenderse en ese centro⁸. Además, muchos centros de salud están organizados como policlínicos, sin una propuesta clara y abierta para las comunidades.

- ¿Cómo voy a usar esto el día de mañana?

Los estudiantes tuvieron muchas dificultades en imaginar la aplicación de lo aprendido en su futura práctica, ya que ninguno de ellos planeaba ser un médico comunitario, y veían poco campo de acción para quien quiera abordar la salud desde este tipo de propuestas.

Etapa intermedia

Esta etapa se caracterizó principalmente porque los estudiantes cumplían con las consignas por obligación y con el único objetivo de aprobar las instancias de evaluación. No obstante empieza a esbozarse una modificación incipiente en sus ideas; esta etapa está atravesada por un aprendizaje estratégico en el que los estudiantes detectan lo que el docente quiere escuchar/leer en las instancias de evaluación y las repiten para aprobar, sin que haya una modificación significativa en su manera de pensar⁷.

- Hagámoslo, así no los sacamos de encima.

- Desde que empezamos a trabajar con ellos (personas con alguna discapacidad) empecé a mirar si en las plazas había juegos para personas con discapacidad o si en la entrada de los edificios los timbres estaban a la altura de una persona en silla de ruedas.

- Nosotros pensábamos que no íbamos a tener nadie con quien trabajar (por ser un barrio de clase media/alta) y al final encontramos muchas cosas en que trabajar⁹.

⁸Los estudiantes trabajan en los centros asistenciales del Hospital Italiano de Buenos Aires, que es un hospital privado, por lo que solo se atienden aquellas personas que tengan cobertura a través de sus seguros de salud. Se distribuyen en tres centros en la ciudad de Buenos Aires y otros tres en el conurbano bonaerense.

⁹Esta comisión identificó –como problemáticas para trabajar– el aislamiento social en adultos mayores, la obesidad infantil y la infantilización de los cuidados de salud en personas con alguna discapacidad.

Etapa avanzada

En esta etapa, los estudiantes, a través de la reflexión, pudieron encontrar un sentido a lo que se había hecho, identificaron la relevancia de estos aprendizajes y vieron con mayor claridad cómo podrían aplicarlos en su futura práctica. Se observa de esta manera, y a diferencia de la etapa anterior, un aprendizaje significativo⁸.

- Pudimos comprobar de primera mano que la salud no se hace solamente en los hospitales, sino que depende más de las personas y de las comunidades que del sistema de salud. Entendimos que en las comunidades hay mucha gente que ni siquiera llega al sistema de salud, por lo que, si nos quedamos en los hospitales, nunca las vamos a ver.

- Antes pensábamos que el médico era quien sabía todas las respuestas a los problemas médicos de la población y quien daba las indicaciones de tratamiento. Ahora creemos que el objetivo del médico no es únicamente curar enfermedades, sino también mejorar la calidad de vida de las personas, estén sanas o enfermas.

Los estudiantes pudieron reflexionar sobre cómo esta experiencia modificó la forma en que pensaban lo que significaba la salud, la forma de construirla y sobre el papel de los profesionales de la salud en los procesos de salud/enfermedad.

- Antes pensábamos que las personas ricas no tenían problemas de salud y que la APS era solo para pobres. Acá pudimos ver y abordar muchísimos problemas de personas de clase media/alta.

Otro punto identificado como modificación surgida en ellos a través de este proceso se relacionó con una fuerte desarticulación de los prejuicios con los que ingresaron en la carrera.

- Si hubiéramos terminado la experiencia sin reflexión, nuestro aprendizaje hubiera sido muy distinto, menos aprovechado.

En esta instancia comenzaron a jerarquizar la importancia de llevar a la práctica los conceptos aprendidos teóricamente, entendiendo que el trabajo en territorio les daba un conocimiento de mayor profundidad y complejidad. Pero también jerarquizaron la importancia de la reflexión al final como una oportunidad de entender para qué sirve aprender lo que aprendieron y cómo se puede usar en su futura práctica.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo tiene como principales hallazgos que la experiencia de EBC genera una importante resistencia al inicio y que la reflexión sobre la experiencia fue la herramienta que favoreció que los estudiantes pudieran evolucionar desde un aprendizaje estratégico a uno profundo y situado.

Consideramos que la resistencia que experimentan inicialmente es natural y esperable. Se debe tener en cuenta que la experiencia de los estudiantes está atravesada por las características del modelo médico hegemónico, incluso al momento de elegir la carrera. Como se dijo previamente, en este modelo se jerarquiza lo objetivable y biologicista por encima de lo social, por lo que las tareas consideradas como importantes no son aquellas relacionadas con generar salud desde las comunidades sino las relacionadas con curar enfermos en hospitales⁶.

En este contexto está naturalizado que la formación médica se desarrolle en hospitales, mientras que las escasas experiencias que tienen los estudiantes de grado en las comunidades suelen ser de corta duración, con objetivos poco claros⁹, y desde un espíritu que perpetúa la asimetría entre la figura del médico y la población: el médico, que es el que sabe lo que la comunidad necesita, lleva actividades a la comunidad para *ayudarla*, en lugar de trabajar *con* la comunidad para *empoderarla*. De esta manera, consideramos que es esperable que las expectativas de los estudiantes con respecto al currículo de Medicina entren en tensión con lo que se ofrece en APOC, que se orienta en cambio a un abordaje integral, salutogénico y centrado en la comunidad.

Esta resistencia e incertidumbre iniciales posiblemente se exacerban por el hecho de que las experiencias iniciales con la comunidad que tienen en APOC, por lo general, no son amigables para alguien que está dando sus primeros pasos con este tipo de trabajo. D. N. Perkins analiza el proceso necesario para aprender algo de alta complejidad mediante una comparación con cómo una persona aprende a jugar al béisbol desde cero hasta poder jugar “el juego completo”¹⁰. Entre las nociones que describe, postula que es importante que los aprendices tengan –en las instancias iniciales– una “versión para principiantes” del juego que les permita ir adquiriendo las nociones básicas y ganando confianza para poder superar la desorientación inicial que supone exponerse por primera vez a un escenario de tanta complejidad. Esto resulta de gran importancia para mantener la motivación de quien está aprendiendo, lo que el autor denomina “lograr que el juego valga la pena”. En nuestro caso no contamos con una versión para principiantes: los estudiantes salen desde el primer día a trabajar en escenarios reales (con la complejidad que eso implica), de manera que se encuentran con una comunidad que muchas veces no quiere trabajar con los médicos y que, cuando lo hace, espera una intervención biologicista (porque es a lo que está acostumbrada). En este escenario, entendemos que es esperable el malestar que experimentan los estudiantes al inicio de la cursada.

Otra variable de relevancia identificada en esta experiencia formativa se relaciona con el tiempo que se le destina (tres años). K. Bain sostiene que el conocimiento no es algo que se recibe, sino que se construye⁷. Esta construcción se hace mediante la adaptación y actualización de lo que él denomina “modelos mentales”, que son el conjunto de representaciones que intentan explicar el mundo sobre la base de experiencias previas y creencias. El aprendizaje tiene lugar cuando el modelo mental falla al tratar de explicar algo, de manera que se genera una pregunta, y con la respuesta que se obtiene se genera un nuevo modelo mental actualizado y con mejor poder explicativo de la realidad. En el caso de nuestros estudiantes, el esfuerzo cognitivo que deben hacer para deconstruir un modelo mental centrado en el modelo médico hegemónico y adaptarlo a un enfoque salutogénico y centrado en la comunidad, requirió mucho tiempo. Por eso consideramos de relevancia que esto sea tenido en cuenta a

la hora de planificar actividades de EBC, de manera que se generen propuestas que contemplen la necesidad de dar el tiempo necesario para que se desarrolle el proceso de construcción que supone aprender¹¹.

Otro elemento identificado para favorecer la evolución desde un aprendizaje estratégico hacia un aprendizaje profundo y situado fue la reflexión al final de la experiencia. P. Carlino e I. Pozo sostienen que nadie aprende de una vez y para siempre, sino que quien está aprendiendo debe volver a lo mismo y revisarlo recurrentemente desde otras perspectivas para que ese aprendizaje sea cada vez más complejo, situado y profundo^{8,12}. Carlino agrega, además, que esa reflexión no debe dejarse a su libre evolución, sino que debe ser orientada y favorecida por el equipo docente. Por eso, cuando nuestros estudiantes afirman que “si hubiéramos terminado la experiencia sin reflexión nuestro aprendizaje hubiera sido muy distinto, menos aprovechado”, probablemente esto se relaciona con lo que sostiene G. Salomón cuando dice que la reflexión es el camino para convertir la información en conocimiento¹³.

Finalmente, consideramos de gran importancia que los estudiantes hayan trabajado en la identificación y desarticulación de los prejuicios con los que ingresaron en la carrera de Medicina. La *accesibilidad* representa uno de los aspectos centrales de los servicios de salud, la cual históricamente se analiza en función de aspectos geográficos y de cuestiones de oferta-demanda. Sin embargo, en los últimos años fue ganando importancia dentro del constructo *accesibilidad* la noción de *aceptabilidad* de los cuidados ofrecidos, dado que –por más cerca y disponible que esté un recurso para una persona– es menos probable que lo use si por ejemplo esa persona es maltratada en el centro de salud¹⁴. De esta manera, las experiencias de EBC y la desarticulación de prejuicios que estas propician representan una oportunidad para favorecer que los futuros profesionales de la salud provean cuidados de mayor aceptabilidad para las poblaciones¹⁵.

Podemos concluir, entonces, que las experiencias de EBC son de gran relevancia para formar a futuros profesionales de la salud que puedan proveer cuidados de mayor calidad y aceptabilidad a las poblaciones; y que para ello es necesario que se realicen desde una perspectiva salutogénica y centrada en la comunidad, que se les asigne el tiempo suficiente en las planificaciones de los currículos y que finalicen con un proceso de reflexión promovido por el equipo docente.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, et al. (eds). Educación basada en la comunidad para las profesiones de la salud: aprendiendo con la experiencia brasileña. [Washington, DC]: OPAS/PAHO; 2015.
- Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud. Washington, DC: OPS; 2008. (La Renovación de la Atención; 2).
- Saulino JC, Sánchez MN, Busaniche JN, et al. Planificación de actividades de enseñanza en un currículo integrado: el riesgo de la “desintegración”. Rev Hosp Ital B. Aires. 2020;40(3):132-139.
- Gofin J, Montaner Gomis I, Foz Gil G. Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC): elementos para su práctica. Rev Clín Electrón Aten Primaria. 2008;(16):1-8.
- Jara Holliday O. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE; 2018.
- Menéndez EL. Modelo médico hegemónico y atención primaria: segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud. En: Spinelli H, Ferrer C, Diez Roux A, et al., (eds.). Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud; 1988 abril 30 – mayo 7; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; 1988. p.451- 464.
- Bain K. Lo que hacen los mejores estudiantes de universidad. Valencia: Universitat de València; 2014.
- Pozo JI, Pérez Echeverría MP, (eds). Psicología del aprendizaje universitario. Madrid: Morata; 2009.
- Franco JVA, Granero M, Musarella NS, et al. Determinantes de la elección del primer nivel de atención en medicina como ámbito de formación y laboral: un estudio cualitativo [Determinants of the choice of the first level of care in medicine as a field of training and work: a qualitative study]. Aten Primaria. 2022;54(2):102192. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102192>.
- Perkins DN. El aprendizaje pleno: principios de la enseñanza para transformar la educación. Buenos Aires: Paidós; 2010.
- Schwartzman G. El aprendizaje colaborativo en intervenciones educativas en línea: ¿juntos o amontonados. En: Pérez S, Imperatore A, (comps). Comunicación y educación en entornos virtuales de aprendizaje: perspectivas teórico-metodológicas. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2009. p. 412-432.
- Carlino P. Escribir, leer, y aprender en la universidad: una introducción a la alfabetización académica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005.
- Salomón G. No es la herramienta lo que cuenta sino los fundamentos educativos [Internet]. Montreal: ED-Media Meeting; 2000 jun 28 [citado 2022 oct 10]. Disponible en: <http://www.pent.org.ar/centro-de-recursos/no-herramienta-lo-que-cuenta-sino-fundamentos-educativos>.
- Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
- Massé J, Dupéré S, Martin É, et al. Transformative medical education: must community-based traineeship experiences be part of the curriculum? A qualitative study. Int J Equity Health. 2020;19(1):94. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01213-4>.