

## FORMACIÓN MÉDICA INTEGRAL EN ESPACIOS HOSPITALARIOS DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR. ENFOQUE DESDE LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD.

### COMPREHENSIVE MEDICAL EDUCATION IN HOSPITAL FACILITIES FOR THE MEDICAL PROGRAM AT UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR. AN APPROACH FROM HEALTH ANTHROPOLOGY.

MARÍA BELÉN NOCETI, ANA FLORENCIA QUIROGA, MELISA CORREDERA, BELÉN BERTONI.  
*Departamento de Economía. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur (UNS). Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS), Conicet. Bahía Blanca. Argentina.*

**Resumen: Introducción:** El diseño curricular de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur (UNS) se implementa en la consideración del hombre como unidad bio-psico-socio-cultural. Consideramos que la mirada antropológica cobra protagonismo en este tipo de formación médica, de manera tal que los contenidos curriculares de la carrera integran conceptos teóricos de la subdisciplina Antropología de la Salud. Se propone verificar si tales conceptos brindados en el Ciclo Inicial son retomados en el Ciclo Profesional. **Objetivo:** caracterizar cómo se construye el ser humano, el proceso diagnóstico y la diagramación de tratamientos en las rotaciones médicas durante el Ciclo de Desarrollo Profesional de la Carrera de Medicina. **Materiales y Métodos:** La investigación es de tipo cualitativo. Las Unidades Educativas son los espacios de aprendizaje en las Rotaciones

de clínica, pediatría y ginecología del cuanto año del Ciclo Profesional, donde se analiza la dinámica entre estudiantes y docentes tutores, mediante técnicas de observación etnográfica y técnicas de análisis discursivo. **Resultado:** En el espacio de aprendizaje la persona es representada como el locus de la enfermedad más que como agente narrativo, y el diagnóstico como un saber objetivado, omitiéndose, en general, las referencias sociales que rodearon su constitución. **Conclusiones:** Los resultados preliminares confirman que los contenidos de Antropología de la Salud desarrollados en el Ciclo Inicial, no son retomados en el Ciclo Profesional, cuando el estudiante se enfrenta al abordaje del caso real en el ámbito hospitalario. Por tanto desde esta sub-disciplina no podemos confirmar que el abordaje de los casos reales se desarrolle de manera integral.

---

**Correspondencia:** Dra. Maria Belén Noceti. Departamento de Economía (UNS). Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS), Conicet. Bahía Blanca. Argentina.  
E-mail: mbnoceti@gmail.com

**Palabras Clave:** Formación Médica Integral, Antropología de la Salud, Carrera de Medicina.

**Recibido:** 05 de octubre de 2018  
**Aceptado:** 30 de noviembre de 2018

**Abstract: Introduction:** the curricular design of the Medical Program at Universidad Nacional del Sur (UNS) has been implemented considering the individual as a bio-psycho-socio-cultural unit. We believe that the anthropologic view is highly relevant in this type of medical education, so that

the curricular contents in the program include theoretical concepts from the sub-discipline Health Anthropology. We propose to verify if such concepts given at the Initial Cycle are later considered in the Professional Cycle. **Objectives:** to characterize how the human being is constructed, the diagnosis process and the design of treatments in medical rotations during the Professional Development Cycle in the Medical Program. **Materials and Methods:** this is a qualitative research. Educational Units are the learning spaces in clinical, pediatric, and gynecologic rotations in the fourth year of the Professional Cycle, in which the dynamics between students and tutor professors is analyzed by means of ethnographic observation and discourse analysis techniques. **Results:** in the learning space, the individual is represented as the locus of the disease more than as a narrative agent and the diagnosis as an objective knowledge, thus omitting, in general, the social references that surrounded the individual's constitution. **Conclusions:** preliminary results confirm that the contents of the course Health Anthropology developed in the Initial Cycle are not reintroduced in the Professional Cycle, when the student is faced with the approach to the real case in the hospital environment. Therefore, from this sub-discipline we are not able to confirm that the approach to real cases is done in a comprehensive way.

**Keywords:** Comprehensive Medical Education, Health Anthropology, Medical Program.

## INTRODUCCIÓN

El trabajo que aquí se presenta forma parte de un Proyecto de Grupo de Investigación (PGI) en curso denominado "Caracterización antropológica de los procesos de salud-enfermedad-atención en el contexto de formación de médicos de la carrera de medicina, UNS" (1), dirigido por la Dra. María Belén Noceti.

Se propone indagar las formas en que se construye el proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) en los escenarios de rotación médica, correspondientes cuarto y quinto año del Ciclo de Desarrollo Profesional de la carrera de Medicina de la UNS.

En la ciudad de Bahía Blanca, la Carrera de Medicina está radicada en el Departamento de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional del Sur (UNS). La misma tiene su sede central en el Hospital Militar Bahía Blanca y sostiene convenios con la Secretaría de Salud del Municipio, con hospitales públicos y privados de dicha localidad, con el fin de desarrollar prácticas de formación médica en tales ámbitos.

Medicina de la UNS tiene por objetivo la formación de profesionales médicos que sean capaces de abordar al PSEA

desde una perspectiva integral que contemple dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

El plan de estudios está dividido en tres ciclos, el primero dura tres años, el segundo dos años, y el último un año. A diferencia del formato tradicional de carreras cuyo plan de estudio está organizado por asignaturas, en el sistema de aprendizaje basado en problemas (ABP), los contenidos a ser impartidos están organizados en cinco ejes temáticos integrados que atraviesan transversalmente a todas las unidades: Área de Análisis Epidemiológico de los Determinantes de la Salud, Área Biológica, Área de Ciencias del Comportamiento, Área de Clínica Médica, y Área de Salud Individual y Colectiva (1- 3).

El Plan de Estudios se orienta al desarrollo de habilidades de autoaprendizaje en grupos pequeños por parte de los estudiantes, con la orientación, consulta, y evaluación formativa continua del proceso educacional (1). Para ello se proponen variados escenarios de aprendizaje, los cuales difieren entre los ciclos de formación. En el Ciclo Inicial (1ro a 3ro año) los escenarios son: la tutoría de aprendizaje basado en problemas (ABP), los tres Cursos de Relación Médico - Paciente (RMP I, II y, III), los espacios de Trabajo en Terreno (TT), tutorías desarrolladas en Centros de Atención Primaria de la Salud y, los espacios teórico - prácticos desarrollados en el Laboratorio Morfofuncional y en las aulas convencionales de clases teóricas (1-3).

En este contexto, los contenidos de Antropología de la Salud (2) (campo sub-disciplinar de la Antropología) se desarrollan de manera transversal, intentando ser contemplados en cada una de estas instancias, con mayor o menor protagonismo.

En el Ciclo de Desarrollo Profesional (4to y 5to año), los espacios de aprendizaje remiten a las rotaciones por servicios médicos en hospitales, las cuales constituyen una instancia de aprendizaje fundada en los postulados del ABP. Dichas rotaciones médicas son: Clínica, Clínica Pediátrica, Clínica Quirúrgica, Obstetricia y Ginecología, y Salud Mental. Finalmente Medicina Crítica y de Urgencias, Cuidado Integral de la Madre y el Niño, y Medicina Familiar y Comunitaria conforman la práctica final obligatoria correspondiente al 6to año de la carrera (1). En estos espacios los estudiantes se introducen en el conocimiento de la atención de los pacientes, en el contexto de las Prácticas Hospitalarias del Plan de Estudio de Medicina.

Es importante destacar que mientras que en los tres primeros años de la Carrera el formato de ABP se despliega a través de la utilización de situaciones problema de salud simulados, en el Ciclo de Desarrollo Profesional los problemas son reales, acontecen en ámbitos hospitalarios e implican la salud de personas de carne y hueso.

Entendemos que la mirada antropológica tiene relevancia en este tipo de formación médica integral, de manera tal que los contenidos curriculares de la Carrera de Medicina integran -al menos de forma discursiva- conceptos de Antropología de la Salud, los cuáles están diseñados para atravesar de manera continua la práctica del aprendizaje profesional.

Proponemos que en los espacios de aprendizaje correspondientes al Ciclo de Desarrollo Profesional, los contenidos de Antropología de la Salud contribuyen a problematizar el PSEA y contextualizar social-culturalmente los aspectos biológicos que los y las estudiantes estén estudiando en ese momento.

En este contexto los contenidos de Antropología de la Salud que se espera estén integrados en el abordaje de las situaciones problema, refieren al ser humano y su contexto; la relación entre cultura, cuerpo y salud; complementariedad e itinerarios terapéuticos; construcción social de la enfermedad y relaciones de poder en salud/enfermedad; procesos de estigmatización; marcadores sociales de diferencia (edad, género, clase social), representaciones sociales, medicalización de la vida, perspectivas antropológicas de la muerte, entre otros temas que interesan a la Antropología y resultan relevantes en la formación médica.

Considerando que la mirada antropológica resulta uno de los ejes discursivos sobre los cuales se erige el nuevo paradigma de formación médica integral, nos proponemos indagar si los conceptos teóricos de Antropología de la Salud brindados en el Ciclo Inicial son retomados en el Ciclo de Desarrollo Profesional. Nuestros primeros interrogantes son: ¿Cómo y quiénes operacionalizan estos contenidos teóricos en la formación del profesional médico? ¿Resultan los mismos reinterpretados en el ámbito de la formación profesional? ¿De qué manera?

En el presente estudio es nuestro interés caracterizar cómo se construye el ser humano, el proceso de diagnóstico y la diagramación de tratamientos, durante el abordaje del PSEA, en los espacios de aprendizaje del Ciclo de Desarrollo Profesional de la Carrera de Medicina - UNS. Se espera identificar el lugar que ocupan los contenidos antropológicos aprendidos durante el Ciclo Inicial en el subsiguiente proceso de formación médica.

A través de este estudio nos proponemos explorar y reflexionar en torno a la práctica profesional hospitalaria en las rotaciones médicas de la Carrera de Medicina desde el campo sub-disciplinar de la Antropología de la Salud.

A los fines de esta publicación, se focaliza la discusión en el análisis de uno de los escenarios de aprendizaje, correspondiente a la rotación de clínica. Destacamos igualmente que los resultados aquí expuestos son coincidentes con lo observado en otras unidades de estudio. Estos resultados serán

presentados siguiendo la modalidad de estudio de caso (4,5). El estudio se sustenta en los fundamentos de la tradición de la antropología médica “centrada en el significado” (6).

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realizó siguiendo las pautas del diseño de investigación cualitativo, específicamente mediante técnicas etnográficas de trabajo de campo (7).

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los años 2016 y 2017, con distintos lapsos de estancia en cada uno de los escenarios de aprendizaje, correspondiente al 4to año de la carrera de medicina, específicamente clínica, clínica pediátrica y ginecología.

El ingreso a estos escenarios requirió la solicitud de permisos dirigidos a los profesores -tutores de las rotaciones, a través de envíos de notas por escrito, realización de llamados telefónicos y, presentación de los objetivos de investigación.

La “*unidad de análisis*” es “*el caso*” y las formas práctico-discursivas en que el mismo es construido (8). En tanto que la “*unidad de estudio*” refiere al *encuentro de ABP* correspondiente a la rotación de clínica, de clínica pediátrica y de ginecología en hospitales de la ciudad.

Respecto a las técnicas de relevamiento de información, se optó por el uso de la observación, con distintos grados de participación, abierta y estructurada mediante la implementación de una grilla de observación sistemática; de acuerdo a los objetivos planteados, las alternativas impuestas y el “*rapport*” establecido con los informantes en cada espacio.

La información en el campo fue registrada mediante notas de campo (9), anotaciones analíticas, diario de campo, planillas de observación (10); y grabación digital, cuando las circunstancias en el campo la favorecían.

El análisis de los datos se realizó codificando, categorizando y agrupando fragmentos de texto pertenecientes a una misma dimensión de análisis, siguiendo los postulados de la “teoría fundamentada” (11). Las dimensiones de análisis definidas son caracterización del ser humano, formulación de diagnóstico y diagramación de tratamiento.

Los resultados fueron contrastados con los presupuestos teóricos y serán presentados de acuerdo a las dimensiones antes referidas.

## RESULTADOS

### *Contexto etnográfico: rotación médica.*

De las observaciones etnográficas en espacios de ABP identificamos que tales espacios de aprendizaje comprenden un número reducido de no más de 7 estudiantes y, un tutor

docente que acompaña el proceso de autoestudio. El grupo participante en conjunto construye un caso clínico basado en la atención de una persona real que ingresa al hospital por algún motivo. El caso clínico se erige mediante un proceso de diagnóstico de la afección, propuesta de un esquema de tratamiento para superar la misma y, finalmente evaluación del tratamiento y evolución del PSEA.

Desde una mirada antropológica se propone que el espacio de ABP sigue una constitución ritualizada, en tanto el ritual presupone una secuenciación de acciones desarrollada bajo ciertos roles de actores que no se modifica y, que devienen de un esquema abstracto preestablecido con antelación a los sujetos intervinientes. Dicho esquema se constituye de la consideración de un deber ser, que no es cuestionado por los actores, sino que de alguna manera es normatizado y hasta sacralizado, en tanto única forma de garantizar el proceso de aprendizaje.

Las acciones reconocidas son agrupadas en fases. Cada fase entonces se presenta estipulada por una serie de acciones que se repiten de continuo en el mismo orden, tienen una duración temporal pre establecida y, las personas que interpretan cada rol actuado van variando pero ninguno de ellos modifica tales acciones; de allí el carácter de normatización y la posibilidad de referirlas en tanto fases de un esquema ritualizado (4). Las fases y acciones identificadas son:

*Presentación del escenario:* lectura y análisis de la situación problema, lluvia de ideas respecto a cuestiones a ser analizadas;

*Delimitación de la problemática:* elaboración de una lista de aquello que se conoce y se desconoce, definición del problema;

*Definición de estrategias para el abordaje de la problemática:* realización de una lista de lo que se necesita hacer para resolver el problema, búsqueda de información, estudio de la información y cotejo de la misma.

*Presentación de resultados:* presentación de la información seleccionada como relevante, propuesta de enfoque médico para el diseño de un tratamiento.

El equipo de investigación se propone caracterizar cómo se constituye el ser humano, la formulación del diagnóstico y diagramación del tratamiento -en tanto dimensiones de análisis- en el transcurso de aquellas fases y acciones, a lo largo del espacio de ABP. Asimismo, se busca identificar el lugar que ocupa los contenidos y reflexiones antropológicas sobre tales dimensiones de análisis.

#### **Dimensión de análisis: el ser humano**

Una estudiante integrante del grupo realiza la presentación de la situación problema, la cual reproducimos textual dada la relevancia que para nosotros reviste el contenido del enunciado en relación a la manera cómo se construye la

persona en el discurso:

“Un paciente que fue a consulta por un dolor de cabeza y terminó teniendo una meningitis (Pausa). Paciente masculino de 36 años, que había consultado porque había presentado un cuadro de dolor de cabeza *¿lo leo o lo cuento? Con cefalea, más que nada de localización fronto occipital, de intensidad 8 en 10, fiebre, náuseas, había agregado los últimos tres días fotofobia, rigidez de nuca, en la semana hizo 3 consultas a distintos médicos que lo habían tratado con antipiréticos pensando en una gripe (Pausa). No mejoró el cuadro y terminó internado acá, luego de una semana, donde inmediatamente le hicieron las maniobras correspondientes para descartar una meningitis, lo cual dio positivo, era una meningitis”.*

#### **Estudiante E1 (E1):**

A partir de ese testimonio E1 identificamos una diferencia entre lo que comenta la estudiante respecto de lo manifestado por la persona que realiza la consulta – “*un paciente que fue a consulta por un dolor de cabeza*”- , y lo que lee acerca de él. Consideramos que la pregunta “*¿lo leo o lo cuento?*”, realizada por la estudiante E1 al grupo, establece un pasaje entre lo que dice el paciente y lo que se describe en el informe escrito a través del uso de terminología médica, configurando de esta manera un salto cualitativo entre uno y otro.

De acuerdo a la bibliografía de referencia, la presentación oral del caso clínico no solo compone un medio para exponer la realidad sino para construirla. El informe escrito no constituye solo una transcripción de una conversación sino que es una práctica que refleja tanto como modela la conversación. Los modos especializados de hablar y escribir que instrumenta la medicina constituyen un medio para construir a una persona como paciente (6). Considerando tales presupuestos, a partir de los datos observacionales detectamos que en el informe escrito la persona es representada como el locus de la enfermedad más que como agente narrativo, omitiendo toda información acerca de lo expresado por la persona que consulta, adquiriendo la enfermedad la apariencia de hecho objetivo.

Durante la discusión acerca de cómo realizar el diagnóstico de meningitis se produce la siguiente interacción entre estudiantes:

- *Estudiante: ... y si en el laboratorio no encontras nada, en la TAC tampoco, yo iría a hacerle un líquido para quedarme tranquila*

- *Estudiante: yo ante la duda de un proceso infeccioso que no sabes el origen, lo punzaría. Yo lo tendría un tiempo en observación... no sé, le pasaría líquido, le pasaría antipirético, vería si responde a la medicación, si mejora el tratamiento sintomático, extraería antes de indicar antibióticos un hemocultivo para...*

- *Docente: tardarás 48 horas*

- *Estudiante: no, si, pero en el medio ya tenes los*

resultados antes de meterle los antibióticos.

- *Estudiante: ¿qué?*
- *Estudiante: antes de enchufarle antibióticos hacerle una extracción para cubrirte.*

Se reproduce este diálogo con el objeto de destacar la manera en que la mirada médica despersonaliza el sujeto y construye la persona como un objeto al que se le pasa líquido, se le meten o se le enchufan antibióticos, lo cual se ilustra en la anterior interacción entre estudiantes.

### **Dimensión de análisis: la formulación del diagnóstico y diagramación de tratamiento**

Atendiendo al proceso de formulación del diagnóstico, el tutor propone al grupo de estudiantes que:

*“...tenemos que ver racionalmente cómo llegamos al diagnóstico de este paciente...”*

De acuerdo a la bibliografía consultada el diagnóstico no está expuesto como una cosa para que uno lo vea sino que es resultante de un trabajo de elaboración en el que participan médico y paciente (12,13), lo cual entendemos que se ilustra en la anterior afirmación por parte del docente a través del empleo del verbo “llegar”.

Consideramos que el empleo del verbo “llegar” para referir a la formulación del diagnóstico es congruente con el planteo conceptual por el cual se establece que el diagnóstico no está expuesto como una cosa para que uno lo vea sino que es resultante de un trabajo de elaboración en el que participan médico y paciente (12,13).

*Frente a aquella interpelación por parte del docente, un estudiante responde:*

*“El líquido cefalorraquídeo sirve para confirmar diagnóstico de meningitis. En caso de ser meningitis, que tipo de meningitis es, para después evaluar el tratamiento”.*

*Estudiante E2 (E2):*

En base al testimonio de E2, la definición del diagnóstico y tratamiento médico se realizan a través de la observación de las características del líquido cefalorraquídeo, extraído por la técnica de punción lumbar.

Un eje de debate entre los y las estudiantes es si se debe hacer o no tomografía como paso previo a realizar la punción lumbar. Hay estudiantes que consideran que sí, argumentando que la punción conlleva posibilidad de riesgo de herniación cerebral y, de esa manera se podrían descartar patologías de manera menos invasiva. Por el contrario, otros estudiantes proponen que eso retrasaría la posibilidad de hacer diagnóstico de meningitis y más aún en centros médicos donde no cuentan con tecnología adecuada, frente a lo cual plantean realizar la punción directamente. Muy avanzada esa discusión una estudiante refiere:

*“... es que yo no sé si lo punzaría, porque hasta ese punto, y con la edad del paciente, un paciente joven, sano, activo y*

*demás, me inclino más a pensar que tiene una neoplasia... me inclinaría a pensar más en otra cosa que en que tiene una meningitis...”*

*Estudiante E7 (E7).*

Resaltamos el testimonio de la estudiante E7 en la medida en que identificamos en él, la mención de una serie de aspectos acerca de la persona que acude a la consulta, tales como edad, ciclo vital, actividades que realiza en su vida cotidiana, estado físico, correspondientes al “mundo vital del paciente” (6). Tales características que hacen a la constitución de la persona no forman parte del corpus de información expuesta durante la presentación oral del caso, reforzando el carácter de la enfermedad como hecho objetivo.

Estos aspectos estuvieron ausentes en los demás testimonios en los cuales la definición del diagnóstico se focalizó en las características físico químicas y citológicas del líquido cefalorraquídeo que resultarían determinantes del diagnóstico de meningitis -a través de su comparación con los parámetros de normalidad establecidos; en detrimento del “mundo vital del paciente” (6), al cual refiere el testimonio E7.

Cabe destacar que, en la presentación del caso clínico, se omite la discusión acerca de cómo “llegar” al diagnóstico, lo cual consideramos que refuerza la construcción de la enfermedad como fenómeno natural, existente en sí.

De acuerdo a autores de referencia, la medicina formula la realidad de un modo específicamente médico, y ello incluye modos especializados de ver, a través de técnicas visuales que permitan exponer una realidad biológica (6). En el caso analizado eso remite a la punción lumbar también denominada por una estudiante como “hacer un líquido” y, al líquido cefalorraquídeo como realidad objetiva: el líquido le “da datos” al observador:

- *“estamos sospechando que tiene una meningitis, le hacemos el líquido, y ¿el líquido nos da?” (Tutor)*

- *“...eran muy raros los datos del líquido cefalorraquídeo” (estudiante)*

Se conoce que el término dato remite a una elaboración del observador acerca de los hechos observacionales. Lo que se releva en torno a los hechos es información que se transforma en dato en el proceso de recolección y análisis de la misma. Por tanto el dato es un proceso de síntesis y atribución de sentido, es un “real construido” (14).

Por el contrario la afirmación respecto a que el líquido cefalorraquídeo “brinda” datos entendemos que refiere a la existencia del dato como una realidad pre-existente, independiente del observador, quien por lo tanto no intervendría en su elaboración, puesto que los datos ya están ahí en el líquido, como cosas a ser recolectadas; ignorando el carácter interpretativo de la realidad inherente a la noción de enfermedad (12).

La construcción del diagnóstico, y específicamente la definición del tipo de meningitis (viral o bacteriana), no ocurren sin inconvenientes y de manera unidireccional, sino que como afirma la estudiante E3:

*“...yo pensé, después que veía el resultado de la punción lumbar que al ver el resultado del aspecto, glucosa, proteína y tipo de células, iba a saber si era viral o bacteriana. Pero resulta que acá era como mitad viral, mitad bacteriana, entonces no se podía concluir en un diagnóstico”. (E3).*

Según manifiesta la estudiante E3 es esperable que el resultado del estudio realizado sea determinante excluyente del tipo de meningitis. Sin embargo, lo esperado contrasta con la práctica, cuando el resultado es comparado con los valores normales definidos para los indicadores examinados en el líquido cefalorraquídeo (glucosa, proteínas, cantidad de células), de forma tal que la meningitis “era como mitad viral y mitad bacteriana”.

Desde la mirada de la Antropología de la Salud que proponemos, mediante esa referencia al “ser” de la meningitis de tal o cual forma, como expresa la estudiante E3, se le otorga una objetividad, configurándola como realidad física independiente de la evaluación humana y definición social (12): la meningitis pasa a ser una suerte de ente con independencia del sujeto padeciente y, del sujeto interpretante (estudiante de medicina).

Frente a esa discrepancia, subrayamos los comentarios emitidos por los estudiantes tales como: *¡Qué paciente complicado!, ¡¿Estos pacientes?! ¡Qué complicado (resaltado) este muchacho! Ah bueno ¡que se decida!;* que en forma de chiste, dan cuenta de que la persona es “complicada” al no adecuarse a la normalidad definida; normalidad asumida como objetiva y universal sin cuestionar su arbitrariedad. La esperada normalidad, más allá de ser norma en el sentido estadístico tiene peso de legalidad; el paciente debiera ajustarse so pena de constituirse en un espécimen riesgoso en la medida de la impredecibilidad, y pareciera que tal riesgo es su sola responsabilidad, de allí el carácter de complicado que se le adjudica

En este marco el docente-tutor plantea la distinción entre el “paciente de libro” frente al caso real,

- *... el tema es qué significa el líquido cefalorraquídeo, si yo lo punzo al día 5, 10... si la meningitis es bacteriana encuentro x, si es viral encuentro x... si yo encuentro un líquido con cristal de roca y con pocas células y con proteínas en el límite y la glucosa por debajo de tanto es bacteriana hasta que se demuestre lo contrario, si yo ... algo, tenemos que empezar a buscar algo en el líquido que tiene Pablo, que como todos los pacientes, no es el de los libros..(Docente-tutor)*

- *lamentablemente...(Estudiante)*

- *por suerte, eso lo hace... (Docente-tutor)*
- *¿Divertido? (Estudiante)*
- *No estás muy convencido de lo divertido... (Docente-tutor)*
- *No, si, obvio... está bueno, para sacarle... el significado a lo que estamos viendo (estudiante).*

Se reproduce esa interacción para ilustrar cómo esa discrepancia es interpretada de diferente manera entre estudiantes y docente, entre divertido y lamentable.

Para el conjunto de estudiantes, el enfrentamiento con una situación de salud en contexto hospitalario representa el encuentro con una medicina distinta a la del libro, que resulta en una tensión entre lo que se aprende en los libros y los interrogantes que sugieren los casos reales (15):

*“Estaba re confiada pensando que era una meningitis así, de libro... y cuando ví los valores ya no sabía que poner, si viral o bacteriana. Y digo, qué tratamiento le doy, que hago, y tenía que poner las indicaciones y no sabía qué poner” (E3)*

Tensión que también se evidencia entre lo que se aprende y cómo se aprende en el Ciclo Inicial de la carrera por oposición a los requerimientos del abordaje de casos reales en el Ciclo de Desarrollo Profesional:

*“...Me gustan que estos pacientes...estos casos que son así, no de libro, sino que te plantean más dudas... Y me gusta que por lo menos que yo estoy sintiendo que ya cuestiono las cosas establecidas en el libro, que ya no me quedo con si los tratamientos son así o si siempre le voy a hacer la punción... Entonces imaginarme en la situación, en la época que me dice que tiene... si yo sé que ante esta situación yo no punzaría, que cosas me alarmarían para decir tengo que pensar en otras cosas... que yo veía que pasaba siempre en el ciclo básico, nunca pensamos en diagnósticos diferenciales pero porque estábamos en cardio, entonces si tenía algo en miembros inferiores era porque tenía cardiopatía, lo que sea insuficiencia cardíaca, que ahora ya vamos como más integrando...” (E4).*

Entendemos que el testimonio de la estudiante E4 contribuye a ilustrar la manera en que la medicina formula el cuerpo humano como realidad clínica (16). De los datos observacionales extraemos que el cuerpo es compartimentado en una serie de sistemas con funciones definidas, estableciéndose la correspondencia entre la división de los sistemas y la división en especialidades de la propia Medicina, definiendo patologías como terreno peculiar a una u otra. El testimonio de E4 refiere a cómo esa representación del cuerpo, de las patologías y de las especialidades médicas caracterizaría las prácticas de aprendizaje durante el Ciclo Inicial de la carrera, lo cual se contrapone a lo vivido en el Ciclo Profesional donde deben aprender a pensar “integrando” las partes.

Frente al cuestionamiento sugerido en el testimonio de E4, resulta relevante para los objetivos de investigación la perspectiva ofrecida por el docente, quien expresa:

*“...la contextualización es compleja y si van a la evidencia más aún, porque la evidencia trata de, en un modelo hiper recontra positivista, trata de hacer algo que sea replicable para lo cual hay que sacar todos los factores contextuales y entonces es solamente la meningitis, y lo que tenemos es un paciente con cefalea y fiebre... es importante la búsqueda en artículos para ir respondiendo nuestras preguntas pero también entendamos que el modelo de la evidencia también tiene esta pequeña trampa que nuestro paciente no está ahí...”*

Esa diferenciación entre la “contextualización” y el “modelo de la evidencia” es representada por el docente en términos de la dicotomía entre “mundo real” y “mundo de los libros”:

*“...la contextualización es lo que nos lleva al mundo real, bienvenidos al mundo real que es el mundo donde vamos a trabajar, el mundo de los libros es un mundo... mundo de los libros que es el de las enfermedades, nosotros trabajamos en el mundo real, este paciente que como bien dijiste hace 8 días que esta con fiebre, está bien el libro me dice que se puede ir a la casa, pero ¿lo podemos mandar a la casa? Quédese tranquilo tiene una meningitis... el mundo real es ese, y hay que lidiar con estas cuestiones”*. (Docente-tutor).

El interrogante planteado por el docente “¿lo podemos mandar a la casa?”, interpela a los y las estudiantes en el marco de la discusión respecto al tratamiento de meningitis. De acuerdo a la búsqueda bibliográfica realizada por ellos/as, comentan que dependiendo del tipo de meningitis, viral o bacteriana, se indica tratamiento ambulatorio o requiere hospitalización, respectivamente. Tal como expresa alguien:

*“...pero a ver tengo una pregunta, sino voy a tener que leer todo... el tratamiento de la meningitis bacteriana sí necesita hospitalización porque va a estar con tratamiento antibiótico, pero por lo menos acá [caso analizado, cuyos resultados arrojó tipo viral] lo que yo leí en el libro de medicina interna es que el tratamiento de apoyo sintomático es suficiente, no es necesaria la hospitalización en meningitis viral”*.

Lo cual desencadenó diferencias de criterios al considerar una u otra opción:

*“...Es un paciente joven, deportista, o sea este paciente por lo menos no estaba deshidratado ni nada. Entonces yo, por eso lo mandaría a la casa”*. (Estudiante).

*“Yo lo mando a la casa con tratamiento sintomático”*

*“[¿Se lo manda a la casa?] Para mí no, tiene un proceso inflamatorio de las meninges que no deja de ser grave, por más de que sea viral y que tenga menos mortalidad que la bacteriana y no necesite tratamiento antibiótico, yo lo dejaría unos días en internación hasta que mejore la sintomatología,*

*porque no es lo mismo andar por la casa con el ibuprofeno que darle analgésicos”*.

Al final de la discusión el docente pregunta:

- *Si yo les digo meningitis, ¿cuál es la representación social del concepto meningitis? No tengo nada o tengo un cuadro...*

- *sí, tengo un cuadro jodido*

- *con lo cual, no es que yo le digo eh eh.. Listo, extraigo el líquido, ¿que tengo?*

- *una meningitis viral*

- *...claro el tema es como dice Ale que socialmente la meningitis esta vista como algo re grave*

El “modelo de la evidencia” pretende ser replicable, para lo cual discrimina los factores contextuales, recortando una serie de enunciados objetivos, a partir de los cuales busca determinar la definición de la patología y la estrategia terapéutica en consecuencia. A partir de los testimonios podemos reconocer que este modelo, el de los libros de medicina interna, instrumenta un modo de abordaje del PSEA, centrado en los aspectos biológicos, desconsiderando las dimensiones psicológica, social y cultural, divergiendo de la pretendida perspectiva del ser humano como unidad bio-socio-cultural. Esas últimas tres dimensiones están ausentes en la discusión entre los y las estudiantes hasta que finalmente es el docente quien plantea al grupo el interrogante “*el libro dice que se puede ir a la casa, pero ¿lo podemos mandar a la casa?*”

## DISCUSIÓN

En este estudio nos propusimos explorar y reflexionar cómo se concibe al ser humano, el proceso de diagnóstico y la diagramación de tratamiento en la práctica profesional hospitalaria vinculada a la Carrera de Medicina, desde un enfoque de la Antropología de la Salud.

A partir de los datos observacionales identificamos modos específicos de ver, escribir y hablar, que de acuerdo a la bibliografía consultada son referidos como prácticas formativas a través de las cuales se formula la realidad de un modo específicamente médico (6).

En diálogo con la bibliografía consultada podemos identificar que la medicina instrumenta modos especializados de “ver” por medio de técnicas visuales que permiten exponer una “realidad biológica”, nos referimos a la punción lumbar y al líquido cefalorraquídeo: la observación de las características del líquido cefalorraquídeo, y su comparación con ciertos parámetros de normalidad son los que permiten confirmar el diagnóstico presuntivo de meningitis.

En el proceso de definición de diagnóstico, la persona que consulta frente a una situación de salud/enfermedad es construida como cuerpo médico, despersonalizado; y el

diagnóstico como un saber objetivado. En base a los resultados expuestos podemos concluir que la persona que acude a consulta es representada más como locus de la enfermedad que como agente narrativo. La enfermedad adquiere carácter de hecho objetivo, una vez que se confirma el diagnóstico presuntivo, omitiéndose en ese momento todas las referencias sociales que rodearon su construcción. Las evaluaciones de los enunciados producidos y de los agentes que los producen originadas durante el proceso de diagnóstico quedan eliminadas en su formulación “científica”, adquiriendo el diagnóstico y la enfermedad la apariencia de una “objetividad fantasmal” (13).

La visión despersonalizada de los hechos, desplaza las dimensiones sociales y culturales del PSEA y, aquellos contenidos propios de la disciplina antropológica que resultarían de utilidad para la caracterización del mismo. Los debates y reflexiones se focalizan en el conocimiento de los procedimientos de acción médica para diagnosticar y tratar al paciente, en detrimento del abordaje integral del hombre de las dimensiones biológica, psicológica, social y cultural en un sistema unitario de análisis (17) y la mirada holística respecto al PSEA propuestos en la unidad 1 de la carrera de medicina.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez, R (Editor) Programa de Medicina para la UNS. Planificación de una Carrera de Medicina basada en nuevos paradigmas. Bahía Blanca, Buenos Aires. 2004.
2. Branda LA, Scierra AF. Faculty development for problema-based learning. *Annals of Community-oriented Education*, 1995; 8: 195-208
3. Nayer M. Faculty development for problema-based learning. *Teach Learn Med* 1995; 7 (3): 138-148
4. Noceti, MB. “Niñez intitucionalizada en Argentina. Discordancias entre discursos y prácticas”, *Gazeta de Antropología*. 2014; 24 (2), artículo 39.
5. Stake. *Investigación con estudios de casos*, Ediciones Morata, Madrid. 1999.
6. Good, B. “Como construye la medicina sus objetos”. En *medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Cambridge. 2003.
7. Mendizábal, N. “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa”. En *Vasilachis de Gialdino. Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa. 2007: 65-105.
8. Guber, R. *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós, Buenos Aires. 2004.
9. Taylor y Bodgan “La observación participante en el campo”. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica. 1984.
10. Borgerhoff Mulder, M., T.M. Caro. “El uso de técnicas observacionales cuantitativas en antropología”. *Current Anthropology*, 1985; 26 (3): 323-35.
11. Glaser, B. & Strauss, A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press. 1967.
12. Freidson, E. “La enfermedad como desviación social”; Capítulo 11 “La construcción profesional de conceptos de enfermedad”. En *La profesión médica*, Barcelona, Península. 1978.
13. Taussig, M. “La reificación y la conciencia del paciente”. En *Un gigante en convulsiones*. Barcelona, Gedisa. 1992.
14. Saltalamacchia HR, et al. “Historias de vida y movimientos sociales: propuestas para el uso de la técnica, *Revista Iztapalapa*, 1983; (año 4);9:321-36, México.
15. Bonet, O. “Saber y sentir. Los Protocolos y las Prácticas en el Cotidiano de la Biomedicina”, *Congreso de Antropología Social*, La Plata. 1997
16. Camargo Jr “A biomedicina”. En *Physis: Rev. Saúde Colectiva*, Río de Janeiro, 15 (suplemento). 2005; 177-201.
17. Geertz, C. *La interpretación de las culturas*, Ed Gedisa, Barcelona. 1987.