

El ateneo electrónico

Gabriel Kaplún

Comunicador, Magíster en Educación, Dr. (c.) en Estudios Culturales
Profesor en Ciencias de la Comunicación - Universidad de la República (Uruguay)

Resumen

Se describe la estrategia general y algunas de las herramientas diseñadas para un sistema de información y educación médica continua con fuerte sustento en internet, actualmente en desarrollo en Uruguay. La estrategia diseñada busca ser rigurosa desde el punto de vista pedagógico y comunicacional, con un sustento teórico de tipo constructivista y dialógico. Procura además imbricarse en la cultura médica tanto desde el lenguaje como desde la tradición formativa. Utiliza finalmente una combinación de herramientas informáticas sencillas combinadas con desarrollos más complejos, conformación de grupos de trabajo e instancias presenciales. El ateneo electrónico es tal vez una de las herramientas que mejor resume las apuestas estratégicas y metodológicas del sistema.

Palabras clave: Educación / Comunicación – Educación permanente - “E-learning”

1. El *e-learning* no existe

En un trabajo anterior (Kaplún 2001a) desarrollé una serie de ideas que podrían sintetizarse en lo siguiente: el *e-learning* no existe. Y cuanto más trabajo en eso que ha dado en llamarse “e-learning” más me convengo de esta afirmación. ¿A qué me refiero? A que no existe un aprendizaje electrónico, del mismo modo que no existe un aprendizaje impreso, por ejemplo. El aprendizaje es siempre un actividad humana. Una actividad que requiere de y se basa en procesos de interacción: con otros seres humanos, con la naturaleza, con diversos objetos. Entre estos diversos objetos puede haber libros, aparatos mecánicos, tubos de ensayo... y también computadoras. Pero las computadoras solas no definen el tipo de aprendizaje, sino el conjunto de los procesos en juego.

No puedo repasar aquí lo desarrollado en aquel trabajo, pero cito al menos alguna de sus principales conclusiones:

“A nuestro juicio buena parte de lo que dice ofrecer el “e-learning” no tiene que ver con el uso de Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) sino con problemas pedagógicos independientes de ellas. En este sentido, creemos, el concepto mismo corre uno de dos riesgos, o ambos: estar vacío de contenido u oscurecer la discusión pedagógica. Es decir: no habría un “aprendizaje telemático” sino buenos, malos o regulares procesos de aprendizaje, basados en distintas concepciones educativas, que usan de modo más o menos pertinente y más o menos intenso las NTIC en función de sus fines y sus dispositivos pedagógicos. La discusión sobre el papel de las NTIC no debería dispensar –como sucede en los hechos a menudo- la discusión sobre los problemas pedagógicos en juego, para lo cual, en primer lugar, estos deben hacerse explícitos. Nuestra impresión es que, por suerte, en una medida importante, esto empieza a suceder y las discusiones sobre tecnología conducen rápidamente a discusiones sobre pedagogía. Y docentes que antes se preocupaban poco por los problemas pedagógicos, empiezan a repensar su práctica docente cotidiana a partir de estas discusiones, iniciadas en torno a las tecnologías. Ojalá que esta percepción no sea sólo expresión de un deseo y esperemos que se consolide.”

Porque también puede ocurrir, por el contrario, que lo que suceda sea el reforzamiento de las pedagogías tradicionales, de tipo “bancario”¹, como las llamaba Paulo Freire (1980, 1997). Sólo que ahora estas concepciones aparecen “modernizadas”: mediante la introducción de una concepción educativa conductista² y el uso intenso de nuevas tecnologías, estaríamos ante una educación de “cajero automático” (Kaplún M. 1999), Un modelo que no difiere en lo esencial de las concepciones tradicionales, que ven a la educación como un proceso de transmisión de conocimientos y no como un proceso de construcción activa de los mismos (Kaplún G. 2001b).

¹ En el sentido de concebir los procesos educativos como el “depósito” de información. El docente y los libros son quienes poseen los contenidos, que son depositados en las cabezas vacías de los alumnos.

² Nos referimos a las aplicaciones de la psicología conductista en el campo educativo, a partir fundamentalmente de trabajos como los de Skinner (1970, 1985), centrados en la idea del cambio de conducta a partir de estímulos adecuadamente programados. Esta ha sido la base teórica de buena parte de los desarrollos de las llamadas tecnologías educativas (cfr. Kaplún 2001a y 2001b).

Por todo esto a la hora de diseñar sistemas de “e-learning”, a mi juicio, mucho más importante que el software a utilizar es pensar en los procesos de aprendizaje. Cuando se adopta esta postura la mirada se amplía enormemente, y los elementos propiamente “electrónicos” (info y telemáticos, para ser más precisos) constituyen sólo una pequeña parte del conjunto. Si no visualizamos ese conjunto, si no tenemos una estrategia para la diversidad de procesos en juego, corremos serio riesgo de fracasar. Porque no habrá realmente aprendizajes, o serán muy escasos o de baja calidad. Sin mencionar uno de los problemas más frecuentes en muchos sistemas de educación a distancia: la alta deserción de los participantes.

Con esta mirada amplia es posible pensar entonces que algunas herramientas “electrónicas”, combinadas con otras “no electrónicas”, serán efectivamente útiles para promover y organizar procesos de aprendizaje sistemático. En verdad y para ser más precisos, se trata de *herramientas y equipos (software y hardware) informáticas y telemáticas que facilitan el funcionamiento de herramientas pedagógicas y comunicacionales útiles en procesos de aprendizaje.*

Aquí nos detendremos entonces no en las herramientas “electrónicas”, que no son de nuestra especialidad, sino en las herramientas pedagógicas y comunicacionales que se sirven de aquellas.

2. Un sistema / espacio de información y formación

El caso que presentaré aquí ayudará, espero, a dejar más claro estos conceptos y criterios, al mostrar su aplicación en la práctica. Se trata de un servicio de información y educación permanente³ para profesionales en actividad. El servicio está dirigido, en principio y prioritariamente, a médicos generales y de familia. Es decir: a aquellos que trabajan en el primer nivel de atención a la salud, donde se produce la mayor parte de las consultas. Que son, por otra parte, quienes tienen menos oportunidades de formación continua, al menos en el caso de Uruguay. Hasta hace poco tiempo no tenían acceso a posgrados y muy escasas instancias de formación e intercambio, congresos, publicaciones especializadas, etc. Esta situación ha empezado a revertirse en los últimos

³ En el caso de la educación permanente de los médicos la expresión habitual utilizada es “educación médica continua”, que mantendremos en adelante.

años, pero todavía hay mucho por hacer en este sector, el más numeroso del cuerpo médico nacional.

El servicio forma parte de uno más amplio, que incluye y se articula con un sistema de historia clínica electrónica, lo que permite sistematizar los datos de la consulta médica y obtener sugerencias y apoyos en el momento de la misma. Actualmente en etapa de diseño, el servicio será ofrecido a partir de este año, mediante un sistema de suscripción, por parte una empresa privada, actualmente en régimen de incubación⁴.

Junto al equipo de la empresa⁵ entonces, diseñamos lo que puede entenderse como un servicio pero también y sobre todo como un *sistema* y un *espacio* de aprendizaje e información. Porque no se trata sólo de un servicio que el médico recibe pasivamente sino de un *sistema integrado e integrador*, en que el médico tiene la posibilidad de interactuar con otros colegas y con un equipo de expertos. En ese sentido está concebido como un *espacio abierto*, capaz de adaptarse a las necesidades e intereses de sus usuarios y capaz de recibir los aportes de éstos y no sólo los de los expertos. Esto no dispensa al equipo de brindar los servicios a los que se compromete con sus suscriptores, pero estos mismos servicios serán mucho más valorados si los médicos sienten que pueden aportar su propia experiencia, que también vale y es valorada. Si sienten además que el servicio responde realmente a sus necesidades cotidianas, a las dudas y problemas que se les presentan en su práctica diaria y no sólo a lo que otros creen que él necesita. Y que puede necesitar realmente, pero que puede no reconocer ni sentir como necesidad si no tiene oportunidad de expresión propia.

No se trata sólo de un servicio de información sino de un *conjunto de oportunidades de formación*. La información es un componente imprescindible de los procesos educativos, pero estos no son tales si no hay otras dimensiones presentes: la integración y discusión de los conocimientos previos y las prácticas de los participantes, la reflexión

⁴ Se trata de la empresa uruguaya EviMed, que ha sido acogida por Ingenio, una incubadora de empresas del Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) con apoyo del BID. La incubadora provee apoyos logísticos y técnicos a empresas innovadoras en tecnologías de la información durante el período de su creación y maduración mínima. En ese marco me tocó realizar, entre fines de 2003 y principios de 2004, una consultoría cuyo objetivo central era, precisamente, revisar y diseñar la estrategia pedagógica de EviMed. Esta ponencia recoge, con ajustes, varios tramos del informe final de la consultoría.

⁵ Coordinado por el Dr. Alvaro Margolis e integrado por la Dra. Elba Esteves y la Q.F. Msc. Thais Forster. Este trabajo le debe entonces mucho a ellos tres, además de a la dirección de EviMed, integrada por el propio Margolis, el Dr. Rodolfo Vázquez, el Sr. Antonio Zignago y el Ing. Antonio López. No pretendo sin embargo atribuirles responsabilidad por todo lo dicho en este texto, que incluye también opiniones personales que no necesariamente comparten.

propia de cada uno de ellos, la interacción con quienes cumplen el rol de educadores y con los pares. El espacio está diseñado entonces para permitir y estimular una participación activa de los suscriptores. Y esto incluye una activa y creciente comunicación entre ellos y con los expertos. El equipo central tiene sin duda un rol clave en el sistema: el de facilitador de procesos de aprendizaje. Procesos que requieren además de un clima en que los médicos se sientan motivados y cómodos, para lo cual es necesario que puedan también *comunicarse* con otros colegas incluso más allá de la actividad formativa, rompiendo el aislamiento en que muchos de ellos se encuentran.

Sabemos que pensar así el sistema no es fácil. Porque va contra muchos de los hábitos establecidos a partir de la experiencia educativa de muchas personas. Porque muchos de ellos tienen poco *tiempo* y no les resultará fácil dedicar otro poco a participar en este espacio. Sin embargo hay que tener en cuenta que los sistemas tradicionales, más pasivos y con mayor aislamiento de los participantes, han mostrado aparentes éxitos en el corto plazo pero muchos fracasos a mediano y largo plazo en materia de *motivación* – lo que redundó en alta deserción– y bajos resultados en materia de *aprendizaje* y *cambios reales en sus prácticas cotidianas*⁶. Creemos que por el contrario, una apuesta de este tipo sostenida con coherencia, en el mediano plazo es capaz de motivar a un grupo creciente de participantes y potenciar su aprendizaje.

Es probable que, sobre todo inicialmente, haya una mayor actividad del equipo central y una mayor pasividad y aislamiento de los suscriptores, pero es importante apuntar desde el principio hacia un espacio activo y colectivo de construcción de aprendizajes. Es probable también que el sistema continúe en el futuro teniendo un *carácter mixto*, entre un servicio que se “consume” y un espacio en el que se participa. Pero es importante no reducirse exclusivamente a prestadores de servicio y perder de vista las posibilidades de ser animadores de un espacio colectivo.

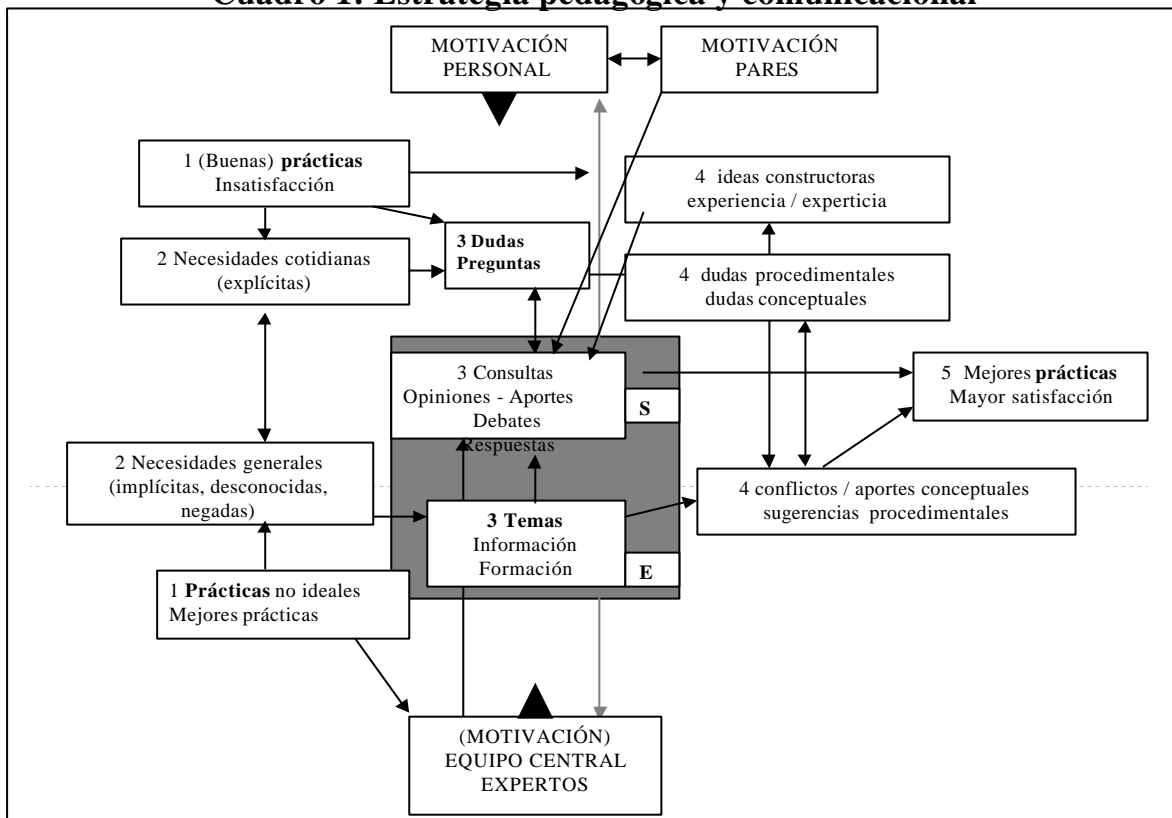
3. La estrategia pedagógica y comunicacional

El Cuadro 1 intenta mostrar la *dinámica pedagógica y comunicacional* del sistema. El rectángulo al centro muestra los procesos que serán visibles para todos los participantes.

⁶ Ver al respecto la revisión de estudios hecha por Davis et. al. (1995, 1999)

Fuera de ese cuadro central aparecen otros procesos que, aunque quedan ocultos o menos visibles, es vital captar y comprender para que lo que pasa en el sistema pueda ser eficaz y sea significativo para todos los participantes.

Cuadro 1: Estrategia pedagógica y comunicacional



La *motivación* para el aprendizaje tiene dos puntos de origen. Por un lado la motivación personal de los propios médicos suscriptores, que interactúa y se refuerza con la de sus colegas. Por otro lado el estímulo que ofrece el equipo central, los expertos que lo asesoran y los materiales que brinda. Estos estímulos buscan a su vez ayudar a reforzar –y no disminuir como sucede muchas veces en los espacios educativos tradicionales- la motivación propia de los participantes. El punto de partida (1) son las *prácticas* de los médicos. Muchos de ellos seguramente las consideran en general buenas prácticas y están orgullosos de la experiencia que han adquirido. Pero también suelen sentir *insatisfacción* con parte de esa práctica y eso les lleva a percibir que *necesitan* “algo más” (2), especialmente a partir de las *preguntas* y *dudas* que surgen cotidianamente en la consulta y que no logran responder satisfactoriamente (3). Claro que estas dudas y preguntas no siempre se explicitan y plantean claramente ni las necesidades se perciben en términos de necesidad de aprendizaje o de información. Plantear explícitamente una duda o una pregunta implica ya un paso importante hacia el aprendizaje y esto debe ser

estimulado entonces por el equipo central. Implica además estar dispuesto a reconocer que se tiene alguna carencia y vencer el temor a exponerla frente a otros. Hay que ayudar a entonces a *vencer esos temores y elaborar explícitamente las necesidades y preguntas*. Para ello además hay que ser cuidadosos para que los participantes *no se sientan atacados* en sus prácticas cotidianas que consideran buenas, aun cuando pueda entenderse que no sean las mejores.

Precisamente el punto de partida para el equipo central son esas *prácticas consideradas no ideales* según la opinión de los expertos que lo asesoran y de la literatura actualizada que recoge las mejores evidencias disponibles y los consensos que la comunidad científica va alcanzando. Ello lleva a plantear *necesidades de formación*, algunas de las cuales pueden no estar siendo reconocidas por los propios médicos, e incluso ser negadas como necesidad si se plantean (2). Ello, junto con otras estrategias de detección de necesidades desde los propios médicos⁷, lleva a conformar una agenda de temas y a proponer un conjunto de *recursos* de información y formación (3) que se presentan a los suscriptores a través de diversos instrumentos (boletines informativos, módulos formativos, ateneos, etc.). En cualquier caso es importante recordar que *no hay que contraponer rígidamente las práctica de los participantes con las mejores prácticas propuestas por los expertos y la literatura*: hay muchos temas que son polémicos, donde la comunidad científica y la comunidad profesional van aprendiendo colectivamente, cambiando criterios que se consideraron buenos en algún momento por otros considerados mejores y que también pueden cambiar en el futuro. Integrar al médico “de base” en esta comunidad científico-profesional no puede hacerse sobre la base de negar y atacar toda su experiencia sino *integrándola y aprendiendo también de ella*.

Sobre esta base es pensable entonces que los médicos no se limiten a leer b que reciben del sistema y trabajar con los materiales propuestos, sino que realicen también *consultas*, planteen *opiniones* y *aportes*, generen *debates*, etc.(3). El hecho de que otros colegas lo hagan estimula a intervenir y, aún cuando se permanezca “callado”, las voces de otros son un factor motivante para aprovechar lo que se recibe. En las dudas

⁷ Estas estrategias incluyen encuestas previas y periódicas, grupos focales, sistematización de información secundaria disponible, consultas y talleres con grupos de suscriptores y facilitadores grupales, monitoreo y sistematización de las inquietudes planteadas por los suscriptores en forma individual y en la lista de correo electrónico.

planteadas por otros, por ejemplo, muchos se reconocen aún cuando sigan prefiriendo no expresar las suyas. Y este reconocimiento es, nuevamente, un estímulo para aprender. Cuando además se participa en un *grupo* de aprendizaje o se asiste a algunas de las sesiones *presenciales* que también prevé el sistema, esto se refuerza mucho más, por lo que es clave desarrollar y estimular el aprovechamiento de estas posibilidades.

Los recursos de información y formación proporcionados deben partir de las *ideas constructoras* que los participantes tienen sobre los temas que se proponen y tener en cuenta su experiencia y su experticia, su “saber hacer”, aún cuando éste pueda ser cuestionable y sea cuestionado luego (4). Llamamos “constructoras” a las ideas que las personas ya tienen sobre un tema y sobre la base de las cuales es posible construir otras nuevas, por empalme con esas ideas y/o generando conflictos conceptuales con ellas. Los materiales buscan realizar entonces sus aportes conceptuales y sugerencias procedimentales sabiendo que en muchos casos generarán estos conflictos y en otros desarrollarán conocimientos o intuiciones ya presentes. Para ello es vital generar y aprovechar metódicamente la duda, estimular a hacerse preguntas y cuestionarse o a explicitar las dudas que no han llegado a formularse como tales pero que están presentes en la práctica cotidiana. Apuntar a la construcción de conocimientos más que a su mera transmisión⁸.

El objetivo final de una dinámica de este tipo no es tanto ni sólo que los participantes adquieran nuevos conocimientos sino sobre todo que puedan mejorar su práctica y estar más satisfechos con ella (5). Sin instalarse nunca esa satisfacción sino estimulándolos a aprender continuamente. Esta mejora concreta en las prácticas es el punto de referencia central para la evaluación que, por tanto, no puede realizarse sólo tras el uso de cada material, sino que implica un seguimiento en plazos más largos⁹. Muchas veces se constatará que las prácticas no cambian fácilmente, porque están muy arraigadas o porque no se tuvieron en cuenta factores que habrá que considerar para proponer nuevos

⁸ Para ampliar estas ideas véase por ejemplo Vigotsky (1979), Bruner (1984), Freire (1997) o la síntesis de corrientes constructivistas en educación en Pérez Miranda y Gallego-Badillo (1996). Para profundizar en la idea del conflicto conceptual y el papel de la deconstrucción en la construcción de nuevos conocimientos véase por ejemplo Pilar Grossi (1994).

⁹ No tenemos aquí el espacio para desarrollar en detalle las formas de evaluación previstas, pero digamos que una de las centrales será el seguimiento de las propuestas de cambio formuladas por los propios participantes al finalizar por ejemplo un módulo de aprendizaje.

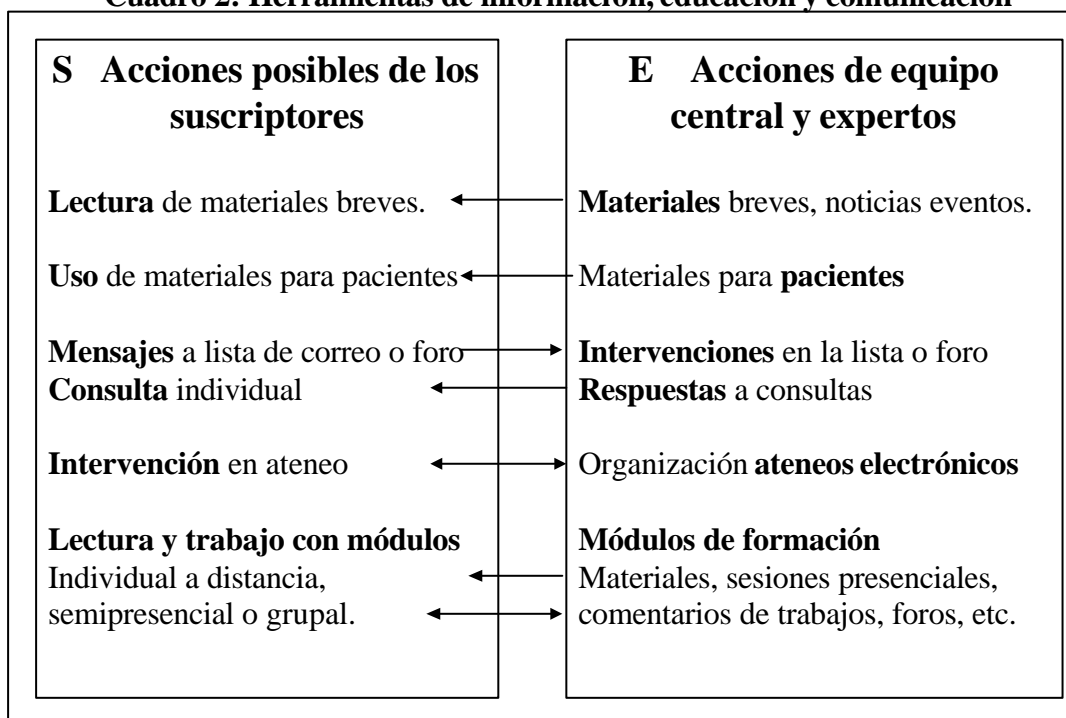
debates y actividades educativas, alimentando así un sistema que se constituya en una verdadera comunidad de práctica y aprendizaje colectivo¹⁰.

El servicio se constituye así en un sistema de educación médica continua capaz de realizar un aporte clave para la mejora de la atención de la salud, contribuyendo además a disminuir la brecha existente entre los avances en el conocimiento científico y la práctica clínica (cfr. Davis et. al. 2003, Larre Borges et. al. 2003, Margolis 2003).

4. Las herramientas “electrónicas” y “no electrónicas”

Como se ve, las herramientas “electrónicas” son apenas una pequeña parte del conjunto, en la caja central del Cuadro 1. Y ni siquiera todas ellas son “electrónicas”, como veremos más en detalle.

Cuadro 2: Herramientas de información, educación y comunicación



El Cuadro 2 muestra en forma esquemática y simplificada las herramientas que se proponen para hacer operativa esta dinámica pedagógica y comunicacional. Están agrupados en dos áreas: una en que aparecen las acciones posibles de los suscriptores (S) y otra en que aparecen las del equipo central y los expertos (E). Las herramientas

¹⁰ Sobre la idea de “comunidades de práctica” para el caso médico véase Parboosingh (2002).

son las que serán visibles en la caja central del Cuadro 1 (por eso es que S y E aparecen también en ese diagrama). Las flechas indican el punto de partida de la acción en cada caso. Como se ve en algunos casos la acción parte de los expertos y los suscriptores hacen un uso relativamente pasivo de las herramientas (aunque todas pueden ser motivo de consultas, comentarios en el foro o lista de discusión, etc.). Otras exigen un uso mucho más activo, como los módulos de formación. En algunos casos la iniciativa es de los suscriptores y el equipo central y los expertos son los que deben responder. Finalmente hay un caso en el que el trabajo es conjunto en todo momento: los ateneos electrónicos.

No podemos describir aquí en detalle cada una de estos cuatro tipos de herramientas y las acciones implicadas en cada caso. Los módulos de formación son especialmente complejos, ya que prevén varias modalidades de uso: individual pero también grupal, completamente a distancia pero también con instancias presenciales opcionales, etc. También es compleja la batería de materiales breves prevista, que se informa semanalmente a través de un boletín y va quedando a disposición de los suscriptores en el sistema informático que integra la historia clínica electrónica. Hay también aspectos delicados respecto a las consultas individuales de los médicos, cuyas respuestas no pueden ser consideradas como una interconsulta que genera responsabilidades legales sino como una herramienta más de formación a partir de las dudas cotidianas que van surgiendo en la práctica clínica. Hay también una cartelera de eventos formativos “tradicionales” (congresos, cursos, etc.) que se alimenta en forma continua.

Nos detendremos en cambio en una herramienta relativamente sencilla pero que nos parece de particular interés: el “ateneo electrónico”. O, para ser más precisos, el ateneo que utiliza herramientas telemáticas para su funcionamiento.

5. El ateneo “electrónico”

Los ateneos integran la tradición educativa de los médicos y son una excelente herramienta pedagógica en tanto permiten unir práctica y teoría. Parten de problemas reales, tal como se plantean en la práctica médica y buscan resolverlos como tales, incorporando la teoría y los conocimientos existentes en discusión crítica colectiva.

En efecto, en las facultades de medicina es habitual organizar instancias en las que se discuten uno o varios casos clínicos. El o los casos son presentados por uno o varios médicos, que exponen sus propuestas diagnósticas y terapéuticas. El conjunto de los participantes puede también formular preguntas y opiniones. Los distintos puntos de vista son confrontados y fundamentados en base a los criterios y posturas clínicas de los participantes, que recurren también a la investigación científica disponible. De este modo cada caso permite avanzar, mediante confrontación de ideas, en el discernimiento de las mejores prácticas clínicas posibles, discutir las de los participantes y aprender colectivamente.

Lo que hemos diseñado en este caso no difiere básicamente de esta dinámica. Los ateneos “electrónicos” son coordinados por un especialista en el tema que se quiere trabajar. Puede también convocarse a dos docentes con puntos de vista discordantes sobre el tema. El ateneo se basa en la discusión de casos clínicos que puede proponer el propio coordinador y/o que surjan de los suscriptores. Esta última posibilidad se estimula especialmente, dado que resulta motivadora para los participantes.

La discusión se produce a través de un foro o lista de correo, es decir de modo no sincrónico, como todo el sistema¹¹.

La elección del tema del ateneo se realiza en base a una serie de herramientas de pre y retroalimentación que no podemos exponer aquí. Digamos simplemente que, en consonancia con el conjunto del sistema, para esta elección se combinan los intereses de los suscriptores con la opinión de los expertos, las inquietudes que surgen de la práctica clínica cotidiana con la opinión especializada que detecta zonas de esa práctica que pueden mejorarse a partir de procesos de aprendizaje.

La dinámica típica prevista es la siguiente:

¹¹ Diversas razones llevaron a optar por un sistema no sincrónico, que no utiliza por tanto discusiones en línea de tipo chat o similares. Entre las principales la inconveniencia de establecer un único horario para todos los participantes –lo que dejaría a muchos fuera de la discusión- y el hecho de que la mayoría se conecta al sistema por línea discada, por lo que los costos de discusiones en línea resultarían muy elevados.

- Se anuncia el tema del ateneo a todos los suscriptores, con dos semanas de anticipación. Se los invita a enviar propuestas de casos para discusión al docente coordinador, con una semana de plazo. Se proporciona una *guía* (genérica o específica) para presentar los casos.
- A la semana siguiente se reitera el aviso y se recuerda que ya se cerró el plazo para presentar casos. El docente coordinador analiza los casos recibidos si los hubo, consulta con quienes los enviaron si es necesario aclarar algún aspecto, o bien busca uno o más casos para proponer él mismo.
- El día de inicio se abre el ateneo con el envío por parte del docente del/los caso/s clínicos y se invita a enviar propuestas sobre los mismos por tres días. Durante esos días y según las intervenciones que van llegando el docente coordinador puede hacer aclaraciones, lanzar preguntas, etc.
- Dos días después, tras leer todas las intervenciones, el docente envía un comentario general y plantea su propia propuesta sobre el/los caso/s.
- Durante dos días más puede haber preguntas o debates con el docente, que las responde y hace una intervención final si le parece necesario.

Estos plazos se pueden alargar más si se entiende conveniente, por lo complejo del tema o de la discusión producida, llevando a 10 o hasta 15 días un ateneo. Es decir, hasta un mes desde el primer aviso. Se está en condiciones entonces de lanzar un nuevo ateneo¹².

El docente coordinador –o eventualmente otros expertos- preparan también materiales complementarios para distribuir antes y después del ateneo: artículos breves, referencias bibliográficas comentadas, materiales educativos para que los médicos entreguen a sus pacientes, etc.

Como puede verse, se trata de una mecánica relativamente simple, que no requiere una gran preparación previa y que resulta coherente con la estrategia general. Cabe añadir

¹² Es decir, puede haber un ateneo por mes. En los hechos no sucede así, porque el sistema alterna ateneos con otras modalidades educativas más complejas, como los módulos de formación.

además que los participantes pueden hacerlo en forma individual, pero también pueden trabajar en forma grupal. En efecto, el sistema prevé la posibilidad de conformar grupos para el trabajo con otras herramientas, como los módulos de formación. Estos grupos pueden entonces también participar como tales en los ateneos, sea opinando como un colectivo único, sea manteniendo cada participante su opinión individual que se vuelca a lista de correo o foro, pero debatiendo los casos en el espacio grupal.

Como se ve además, no se requiere tampoco un software especial. Si bien el sistema cuenta con un software especializado, alcanza aquí con una lista de correo, que puede mejorarse con un sistema de foro asincrónico de modo de ordenar mejor la discusión, ayudando a visualizar más fácilmente la relación entre las distintas intervenciones (quién responde o debate con quién y sobre qué, etc.).

El ateneo “electrónico” así concebido quiere ser entonces una herramienta pedagógica eficaz en tanto posibilita aprendizajes significativos para los participantes, aprendizajes capaces de poner en revisión y cambio sus prácticas cotidianas. Aprendizajes que no son electrónicos: son simplemente aprendizajes. Nada más. Y nada menos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bruner, Jerome (1984) *Acción, pensamiento y lenguaje*. Alianza, Barcelona

Davis, Dave et. al. (1999). *Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?* JAMA 282(9):867-74.

Davis, Dave et. al. (1995) *Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies*. JAMA 274(9):700-5.

Davis, Dave et. al. (2003) *The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect*. En BMJ 327:33-5

Freire, Paulo (1980) *Pedagogia do oprimido*. Paz e Terra, Rio de Janeiro. (1ª ed. 1970)

Freire, Paulo (1997) *Pedagogía de la autonomía*. Siglo XXI, México.

Kaplún, Mario (1999) *Processos educativos e canais de comunicação*. En Revista Comunicação & Educação N° 14, USP, São Paulo.

Kaplún, Gabriel (2001a) *El “e-learning”: ¿una “revolución pedagógica” sin pedagogía?* Ponencia en II Seminario Latinoamericano de ALAIC, La Plata (Argentina) 2001.

Kaplún Gabriel (2001b) *Comunicación, educación y cambio*. Ed. Caminos, La Habana.

Larre Borges, Uruguay et. al. (2003) El desarrollo profesional médico continuo en el Uruguay de cara al siglo XXI. En *Revista Panamericana de Salud Pública* 13(6): 410-7

Margolis, Alvaro (2003) *Aportes de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones a un modelo asistencial más integrado y eficiente, basado en la información y el conocimiento*. En *InfoSUIS*, 16: 3-5, Montevideo.

Parboosingh, John. (2002) *Physician Communities of Practice: Where Learning and Practice Are Inseparable*. En *Journal of Continuing Education in the Health Professions* Vol. 22(4):230-6

Pérez Miranda, Royman y Gallego-Badillo, Rómulo (1996) *Corrientes constructivistas. De los mapas conceptuales a la teoría de la transformación intelectual*. Ed. Magisterio, Bogotá

Pillar Grossi, Esther (1994) *Desconstruir no coração do aprender*. En *Revista do Geempa*, Porto Alegre.

Skinner, Barhus Frederic (1970) *Tecnología de la enseñanza*. Labor, Madrid

Skinner, Barhus Frederic (1985) *Aprendizaje y comportamiento*. Martínez Roca, Barcelona.

Vygotski, Lev (1979) *Pensamiento y lenguaje*. La Pléyade, Buenos Aires.