

## “APRENDER EN CONTEXTO”. ESTUDIO SOBRE LAS ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN DE POSGRADO DE LAS Y LOS MEDICOS GENERALISTAS EN CENTROS DE SALUD DE ROSARIO.

Lucas F. de Candia, Mariano Mussi

### RESUMEN

Se señala la necesidad de superación de la biomedicina como modelo dominante en la práctica clínica y en la educación médica. Se han identificado problemas en la formación de las y los médicos: desacople entre competencias profesionales y necesidades de las personas, deficiente trabajo en equipo, enfoques técnicos fragmentados, atención episódica, orientación predominantemente hospitalaria, entre otros. Los Centros de Salud (CS) se presentan como lugares estratégicos para la formación de posgrado con orientación en Atención Primaria de la Salud. El presente trabajo se propuso explorar las estrategias educativas que despliegan las y los tutores y las y los médicos en formación en Medicina General y Familiar para resolver la distancia identificada entre la diversidad de formas de sufrimiento y los protocolos del modelo biomédico, en CS de la red municipal de salud pública de Rosario. Surge del supuesto de que dichos espacios podrían ofrecer oportunidades para un aprendizaje problematizador, crítico y favorecedor de una clínica humanizada y contextualizada.

**Palabras Claves:** Educación Médica, Centros de Salud, Atención Primaria de Salud, Tutoría, Médicos Generales

### INTRODUCCIÓN

Existe acuerdo en la necesidad de transformar la formación médica de grado y posgrado. Se presenta como ineludible la superación de las estrategias de enseñanza focalizadas en la transmisión a-crítica y descontextualizada de conocimientos técnicos, en el marco de una clínica centrada en procedimientos. Se requiere una formación que trascienda el pensamiento lógico – instrumental y la mirada biomédica. Los sistemas de salud demandan post graduados/as con capacidades particulares: mirada clínica humanizada y contextualizada, educación permanente, revisión crítica de la bibliografía, trabajo interdisciplinario/intersectorial y análisis de la epidemiología local.<sup>1,2,3,4,5</sup>

Diversos autores concuerdan en la necesidad de des-hospitalizar la formación como estrategia de transformación de la educación médica en post de una orientación a las necesidades de los sujetos en sus contextos de vida, a la priorización de la relación médico-paciente y a la utilización criteriosa de los avances técnico-científicos. Cuando prima la lógica instrumental en el trabajo en salud, las necesidades de las y los usuarios dejan de ser contempladas en términos de valores éticos y políticos. El trabajo se focaliza en los instrumentos, que reducen el abordaje de los problemas de salud a problemas técnicos.<sup>6,7,8,9</sup>

El modelo biomédico como eje de la práctica médica y de la formación profesional necesita ser cuestionado y superado. Merhy propone pensar el trabajo en salud como trabajo vivo en acto: entendiendo la clínica como encuentro. La construcción de problemas contextualizados surge de la articulación entre la escucha y el saber técnico del médico y la propia experiencia de sufrimiento del paciente. Este trabajo posee la potencial espontaneidad y creatividad de los sujetos intervinientes. La clínica, como trabajo terapéutico, existe en tanto posibilidad de cuidado y de diálogo entre individuos. La experiencia individual de sufrimiento y el impacto que esto supone en la cotidianidad de una persona son fundamentales. En consecuencia, Merhy subdivide el trabajo en vivo y muerto. El trabajo vivo se basa en tecnologías blandas: todas aquellas que abonan a la escucha y el dialogo. El trabajo muerto es aquel que se sustenta en la utilización de tecnologías blandas-duras (protocolos, conocimientos disciplinares) y duras (aparatosología), y donde las dimensiones subjetivas del usuario y

del trabajador quedan anuladas.<sup>10</sup> Desde la perspectiva de la biomedicina, las experiencias de sufrimiento aparecen como “lo que queda afuera” de los protocolos, lo que requiere un manejo más artesanal y lo que no puede predecirse sistemáticamente. En consecuencia, la experiencia propia del sufriente es lo que molesta y desencadena en las y los trabajadores malestar, sensación de fracaso e incluso, mecanismos de resistencia. Esto deriva, frecuentemente, en trabajadores alienados, frustrados y que reproducen una clínica deshumanizada y des-humanizante.<sup>11,12,13</sup>

En el campo de la educación médica, el informe Flexner de 1910 marcó un hito insoslayable.<sup>14,15,16</sup> Su idea era que el razonamiento analítico formal de las ciencias naturales debería ser central en el entrenamiento. Su influencia fue funcional a la consolidación del modelo biomédico, a la fragmentación de la atención, la negación de la dimensión subjetiva de las personas, el desarrollo de especialidades médicas y a la centralidad de los hospitales como espacios de prácticas de educación de las y los médicos.<sup>17</sup> Se ha propuesto un enfoque alternativo al flexneriano que se fundamenta en el movimiento de la Salud Colectiva (SC) latinoamericana y que aspira a incorporar elementos de las ciencias sociales para analizar los problemas de salud y reconocer las múltiples determinaciones que influyen en los procesos de salud-enfermedad-atención.<sup>18,19,20</sup> El marco del surgimiento de la SC fue la incapacidad de los sistemas para abordar los problemas poblacionales, el crecimiento de los costos y el lanzamiento de la APS como camino para generar equidad en el acceso, poniendo el foco en sujetos y territorios.<sup>21</sup>

Rovere señala que el primer nivel de atención perfila a constituirse en el lugar estratégico para abordar la complejidad de los problemas. La formación médica de posgrado debe pensarse en este eje central. La organización de los sistemas de salud como redes se presenta como un desafío ineludible. Por lo tanto, se requieren profesionales especializados/as en el trabajo interdisciplinario, en la atención contextualizada, en el seguimiento de cuadros de larga duración y en la lectura crítica de la información. Fundamentalmente, los problemas de salud exigen profesionales “híbridos”, con capacidad de adaptarse rápidamente a diferentes escenarios.<sup>22</sup>

Históricamente, se observaron tensiones entre las residencias médicas y los servicios fueron. Los servicios de salud como espacios de formación tienen doble función: aprendizaje y asistencia. Frecuentemente, esto deriva en pobre acompañamiento, sobrecarga de tareas y atención fragmentada.<sup>23</sup> A partir de los 90, las carreras de posgrado, sumaron el aporte académico de las universidades a las residencias médicas. Sin embargo, en pleno neoliberalismo, adoptaron una visión mercantilista, con bajo interés por la investigación y por las necesidades de las poblaciones. En relación a la tensión entre las necesidades de los servicios y el aprendizaje de los residentes, la introducción de las carreras de posgrado no hizo más que sumar actores con intereses propios sin grandes transformaciones de los espacios de formación práctica.<sup>24</sup>

En Argentina, desde el 2003, el Estado Nacional asume una posición central en el sentido común de la sociedad, en la garantía de derecho y en la intervención estratégica de la economía. Se propuso la APS como estrategia de organización del sector salud y se aumentó la designación presupuestaria para residencias que sustentan la APS como MGyF.<sup>25</sup>

En 2005, Borrell identificó los problemas de las residencias médicas a partir de las perspectivas de docentes/instructores en el ámbito hospitalario en tres provincias: Salta, Mendoza y Santa Fe.<sup>26</sup> Entre otros hallazgos, se destacó que la visión del aprendizaje predominante era la del “adiestramiento en la práctica” con un aumento de la carga asistencial y disminución del tiempo de tareas docentes para sistematizar las experiencias de aprendizaje. Además, el dispositivo pedagógico predominante es la resolución de problemas con un enfoque biomédico característico del marco hospitalario.

Otro estudio que constituye un antecedente inexcusable es el de Abramzón y col, realizado en las ciudades de Rosario y Buenos Aires.<sup>27</sup> Analizaron la articulación entre la formación de grado y posgrado en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral. Como metodologías, utilizaron el análisis de Planes de Estudio y entrevistas a actores clave. Entre sus resultados, en Rosario, se destacan:

- La “perspectiva de APS y a una visión de la salud más allá de los aspectos exclusivamente biomédicos” apareció en todos los Planes de Estudio.
- El rol de tutores como intervención educativa superadora del clásico formato de autoaprendizaje o de formación entre residentes. La Carrera de Medicina General y Familiar (MGyF) presentó particularidades: completamente organizada con perspectiva integradora, compromiso con la estrategia de APS e incorporación de docentes-tutores con tareas de acompañamiento y supervisión.
- Un punto crítico fue la posibilidad de las y los residentes de integrarse al trabajo de un CS, en función del tiempo. Ubicaron que la falta de integración con el equipo de CS y el marcado perfil internista de la formación de grado fueron dos condicionantes de la formación en APS. Estas influencias habrían marcado negativamente las experiencias. Predomina la visión de la rotación en CS como el contacto con otra realidad. Surgen las limitaciones de la aplicación del conocimiento técnico-científico dadas por el contexto. En síntesis, Abramzón y col sostienen: “Los resultados refuerzan la importancia de centrar estos procesos de formación en las necesidades de salud de las personas y de las poblaciones, desde la perspectiva de la atención primaria.”

En los 90, Rosario inició un proceso de transformación del sistema de salud, donde los CS tuvieron un rol protagónico. Se creó la Dirección de APS para coordinar los equipos de CS y gestionar poniendo el foco en las poblaciones. Esto se fortaleció con la generación de grupos interdisciplinarios y con la articulación con la residencia de medicina general. Entre los hitos del desarrollo de la APS de Rosario, se destacan: 1- la APS como filosofía de acción y estrategia de organización; 2- tres líneas directrices: equidad, clínica contextualizante y participación; y 3- una gestión descentralizada asumiendo al CS como institución eje del sistema, y al sistema de salud, como red. La descripción en CS fue una política para acercar los servicios de salud a las poblaciones más vulnerables.<sup>28</sup>

Los programas de formación de posgrado tradicionales, fundamentalmente organizados en hospitales, tienden a reproducir una clínica descontextualizada, mecanizada y centrada en procedimientos. La articulación de los servicios de salud y los espacios de educación, especialmente en equipos de APS de la red pública, posibilita minimizar las distancias entre las instancias de enseñanza y la realidad social de las poblaciones.<sup>29,30</sup>

La propuesta de formación en CS, adoptada por la Carrera de Posgrado de Especialización en MGyF de la Universidad Nacional de Rosario, se presenta como una potencial convocatoria a revisar críticamente el modelo biomédico dominante, complejizando el proceso educativo, y generando oportunidades de exposición a situaciones de sufrimiento en su cotidianeidad. Por consiguiente, se considera necesario preguntar en el contexto particular de la red de salud pública de Rosario, ¿qué estrategias educativas despliegan en CS las y los tutores y médicos en formación de posgrado para resolver la distancia entre los protocolos del modelo biomédico y las experiencias de sufrimiento de las personas?

El presente trabajo fue parte de una investigación mayor sobre las estrategias desplegadas para la formación médica de posgrado en los CS de la red pública de Rosario, titulada “Educación médica de posgrado para una clínica humanizada. El caso de los centros de salud de Rosario”.<sup>31</sup>

En el campo educativo, Freire plantea que formar es mucho más que adiestrar en la repetición de técnicas. Parte de la concepción del hombre como un ser inconcluso y consciente de su condición de inacabado. Propone asumir la posibilidad de transformación de la realidad. El adiestramiento, en contraposición, es una idea reducida de la educación y tiene por objetivo el desarrollo de destrezas técnicas. Adiestrar es capacitar en el marco de condiciones dadas, de una historia acabada y de la imposibilidad de soñar con otros mundos posibles. Es indiscutible su postura en contra de la educación como dispositivo normalizador, mecanicista y apolítico. Para Freire, aprender críticamente implica educadores y educandos instigadores, inquietos, creadores y curiosos. El proceso de enseñanza implica el respeto por la visión del educando, pero con el objetivo de superación. La superación se da en tanto la curiosidad inicial y espontánea se convierte en curiosidad crítica. Invita a pensar la educación como práctica problematizadora de todo lo dado y como un modo de intervención en el mundo. Una intervención que “implica tanto la reproducción de la ideología dominante como su desenmascaramiento.”<sup>32</sup>

En coincidencia, Schön critica el abordaje meramente instrumental de los problemas de la práctica profesional. Plantea que la racionalidad técnica, como epistemología de la práctica, separa los medios de los fines y el saber del hacer. Entonces, la resolución de un problema está en la posibilidad de ubicar los medios técnicos más pertinentes para alcanzar el fin deseado. Un concepto clave de Schön es el de “sobre-aprendizaje”, con el que alude a una práctica profesional repetitiva y rutinaria en la que ya no se piensa al actuar. El profesional deja de ver, minimiza y descarta todo aquello que no encaja en el encuadre de una teoría dada y, en consecuencia, con la resolución técnica conocida y rutinariamente aplicada. Como propuesta superadora, Schön propone una epistemología de la práctica reflexiva basada en fundamentos como la estructuración interdependiente de medios y fines, la consideración de la práctica como un tipo de investigación y la condición de inseparabilidad del saber y el hacer. Por consiguiente, los problemas y los fines no se encuentran dados, sino que se construyen en una situación problemática contextualizada.<sup>33</sup>

Merhy y col. propusieron la educación permanente en salud (EPS) que identifica como disparador del aprendizaje, la incomodidad que generan las dificultades concretas del trabajo cotidiano con situaciones-problema contextualizadas. Partir de las incomodidades, dialogar con lo acumulado y producir sentido, son las claves para el aprendizaje. Entonces, la EPS propone ubicar el proceso de trabajo como objeto de reflexión y aprendizaje para las y los propios trabajadores de salud, recuperando la micro política del trabajo vivo en acto y la dimensión subjetiva. La finalidad es la constitución de colectivos que, a partir de reflexiones sobre su propio trabajo, puedan ser co autores en la transformación de las instituciones de salud.<sup>34</sup>

## METODOLOGÍA

El presente trabajo se propuso explorar las estrategias educativas que despliegan las y los tutores y médicos en formación de posgrado de MGyF para resolver la distancia identificada entre la diversidad de formas de sufrimiento y los protocolos del modelo biomédico, en CS de Rosario. Partiendo del supuesto de que el trabajo clínico en CS se constituye en un favorecedor de una clínica humanizada y contextualizante. Se realizó un diseño de abordaje exploratorio basado en metodología cualitativa, utilizando entrevistas semi-estructuradas a actores claves.

“El trabajo en salud está centrado permanentemente, en el trabajo vivo en acto, un poco a semejanza con el trabajo en educación.”<sup>35</sup> Se destaca que el marco epistemológico que propone la centralidad del encuentro intersubjetivo es compartido por la propuesta de la educación problematizadora de Freire y la del trabajo vivo en acto de Merhy. En consecuencia, el abordaje utilizado fue el cualitativo

dato que pretendió recuperar las perspectivas de los actores en contexto del encuentro clínico y del encuentro educativo.

Desde una perspectiva teórica de análisis hermenéutico-dialéctico, la relación entre las representaciones del actor y su contexto es de central relevancia. Por lo tanto, los actores seleccionados integraban equipos de CS de la Municipalidad de Rosario.

Se identificó, en los CS que eran espacios de formación de la Carrera de posgrado en MGyF, a actores claves: las y los tutores y médicos en formación. Se exploraron las estrategias educativas desplegadas y se propuso el análisis del material haciendo eje en dos aspectos: 1- concepción del trabajo en salud: práctica instrumental vs práctica compleja; y 2- concepción del proceso educativo: aprendizaje bancario vs aprendizaje problematizador.

Se realizó una guía para las entrevistas al modo de conversación con finalidad. Se buscaron disparadores que permitan abordar diferentes dimensiones del objeto, ampliando la comunicación y favoreciendo la emergencia de la perspectiva del entrevistado/a. El objetivo fue comprender el punto de vista de los actores sociales. Por lo tanto, la misma fue puesta a prueba y modificada in situ acorde a lo emergente en el diálogo para permitir flexibilidad y absorber nuevos tópicos o dimensiones no previstas. Se utilizó el criterio de saturación de la muestra para definir la cantidad de entrevistas necesarias para la exploración buscada.<sup>36</sup>

Como dimensión temporal se estableció la fecha 01 de marzo de 2020 para establecer los criterios de selección de actores-informantes claves:

- tutores/as que a esa fecha tengan al menos 1 año en esa función;
- médicos/as que hasta esa fecha hayan completa la formación práctica;
- médicos/as en formación que a la fecha especificada hayan realizado al menos un año de formación en CS.

Todas las personas entrevistadas firmaron un consentimiento informado. El presente artículo es parte de una investigación mayor que fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.<sup>37</sup>

Se realizaron 14 entrevistas a actores claves a quienes se le asignaron nombres ficticios (ver Tabla 1).

**Tabla 1:** Actores-informantes clave entrevistados/as

Nombre ficticio	Edad	Condición	Antigüedad
<b>ANDRES</b>	40	Tutor	Desde 2014
<b>BEATRIZ</b>	40	Tutora	Desde 2009
<b>BRISA</b>	29	Médica en formación	Cursando tercer año
<b>CRISTIAN</b>	32	Médico en formación	Cursando tercer año
<b>DANIELA</b>	41	Médica	Completó formación práctica en 2019
<b>ESPERANZA</b>	32	Médica	Completó formación práctica en 2019

<b>GASTON</b>	38	Tutor	Desde 2013
<b>LAURA</b>	45	Médica	Completó formación práctica en 2018
<b>MONICA</b>	45	Tutora	Desde 2007
<b>NADIA</b>	44	Tutora	Desde 2016
<b>PATRICIA</b>	35	Tutora	Desde 2013
<b>SANDRA</b>	34	Médica en formación	Cursando tercer año
<b>SONIA</b>	36	Tutora	Desde 2015
<b>TAMARA</b>	38	Tutora	Desde 2015

## RESULTADOS

### Características de la formación en CS y la necesidad de cuidado integral.

Las representaciones sobre el trabajo en CS en las entrevistas marcan un claro posicionamiento de crítica a la biomedicina como modelo dominante de la práctica clínica.

*Es trabajo en territorio con una clínica singularizada y contextualizando las intervenciones. Es un trabajo que está atado a las condiciones objetivas de existencia de los usuarios. Está relacionado con las posibilidades reales de la persona.* (Nadia, tutora MGyF)

*Me parece que lo interesante de trabajar en un equipo de un CS es pensar que las cosas no están dadas ni son lineales, sino que son parte de un proceso y que comprende la mirada de todos, incluido el propio paciente.* (Mónica, tutora MGyF)

Aparece la necesidad de desarmar la hegemonía de la biomedicina y adecuar el saber y las herramientas técnicas a las características singulares de las personas y sus contextos de vida. La idea de pensar la construcción de los problemas de salud en el marco del encuentro clínico, como encuentro intersubjetivo, democrático y abierto surge en los relatos.

*Como residente, nuestro trabajo está ligado al trabajo con la comunidad, siempre teniendo en cuenta al paciente en el contexto en que se encuentra. ...buscamos entender los procesos de atención de las personas de manera integral.* (Brisa, médica en formación MGyF)

*Uno aprende a poder escuchar (se emocionó).* (Daniela, médica generalista)

*En comparación con el hospital, en el CS el residente aprende a hacer un trabajo más interdisciplinario, a adaptar la guía clínica al paciente real... ...Contextualizando aprende a salir del protocolo. Salir del deber ser médico. Aprender a priorizar acordando con el otro.* (Patricia, tutora MGyF)

La noción de complejidad y de necesidad de ampliar la mirada aparece ligada al encuentro entre las y los médicos y usuarios. Las tecnologías blandas se presentan como elementos clave: *aprende a poder escuchar*. En contraposición a la captura que implica el proceso rígido del hospital, aparece una expresión de liberación para el trabajo clínico: *Contextualizando aprende a salir del protocolo. Salir del deber ser médico*.

### El tutor como guía y el aprendizaje problematizador

El rol del tutor se define como guía en el aprendizaje y tiene la función de acompañar en dos líneas claras: desarmar la biomedicina como modelo hegemónico de la práctica y desarrollar la capacidad de reproducir una clínica humanizada y contextualizada.

*Acompañar desde la experiencia particular... Ayudarlos a adecuar el conocimiento biomédico al contexto. Ayudarlos a entender que la clínica será más efectiva si se pone en contexto de los pacientes. (Andrés, tutor MGyF)*

*El rol del tutor es dar herramientas que no te da la facultad. Hacerte pensar, analizar tu práctica y hacerte ver que hay otras formas de intervenir más allá de los protocolos. Te ayuda a cuestionar los protocolos y a ponerlos en contexto. (Daniela, médica generalista)*

La tarea de las y los tutores está ligada al estímulo/motivación. Despertar el interés por el trabajo contextualizado y ofrecer posibilidad de exposición a múltiples experiencias de sufrimiento. Se busca romper esquemas más rígidos (protocolos biomédicos) y, a partir del trabajo con personas en su contexto de vida, desarrollar saberes para un ejercicio clínico superador.

*Trasmitir que pueden trabajar con el no saber. Construir día a día. Lo importante es que puedan llevarse herramientas para entender que la clínica es singular. La tarea del tutor es tranquilizar. Manejar la ansiedad del no saber. Está bien no saber, a veces. (Beatriz, tutora MGyF)*

*Primero, motivador: agrega pasión, genera paréntesis en la complejidad de las situaciones reales para preguntar, discutir y pensar. También, deja dudas para que el residente piense y vaya a buscar respuestas. (Laura, médica generalista)*

La pregunta y la problematización respecto a experiencias singulares de sufrimiento son estrategias educativas propuestas. Al respecto habla Laura, en relación al tutor: *genera paréntesis en la complejidad de las situaciones reales para preguntar, discutir y pensar.*

Aceptar *no saber* para subsumir el conocimiento biomédico a la realidad concreta de las personas. El saber en el trabajo con situaciones clínicas singulares no está dado ni se trasmite, sino que se construye en el marco del encuentro clínico.

*...la tutoría siempre la pienso como un tutor de una planta. Algo así como un palito. Algo que va ayudando a que el residente crezca. En cuestiones que tengan que ver con la visión territorial y la complejidad clínica, con cuestiones sociales y culturales que están atravesadas en relación a la clase. Ir acompañando ese proceso sería la función. En algún punto, la misma que como gestora. Para mí, lo de promover valores que instituyan prácticas es tanto para la gestión política del CS como para la gestión del proceso de aprendizaje de los residentes. (Mónica, tutora MGyF)*

En palabras de Mónica, emerge la dimensión política del trabajo educativo de las y los tutores. Para ella, coordinadora del CS y tutora, promover valores que instituyan prácticas es una tarea común de la gestión local y de la tutoría. Los valores son aquellos que se desprenden de la salud como derecho. Entonces, cada paciente pasa de ser un caso en donde la enfermedad toma entidad a un ciudadano con derechos. Valores que promueven una noción dialógica y democrática del trabajo en salud.

*La característica primaria, fundamental, rectora es el trabajo en equipo que tiene por objetivo estar cerca de las necesidades de las poblaciones. (Mónica, tutora MGyF)*

*Acompañar para que la práctica se vaya orientando en el sentido de la salud como derecho. Acompañar para complejizar la clínica. (Tamara, tutora MGyF)*

*El paciente no es una entidad que recibe. Trabajar como residentes implica saber que no somos una máquina de ejecutar protocolos. (Cristian, médico en formación MGyF)*

*El residente aprende en el diálogo con pacientes, trabajando con pacientes. (Patricia, tutora MGyF)*

El aprendizaje se presenta en el marco de lo que Freire define como dialógico/problematizador. Implica rol activo, compromiso ético y concepción del aprendizaje como práctica crítica. En las entrevistas, estos rasgos emergen con claridad. A partir de lo complejo de las experiencias de sufrimiento, las y los tutores desencadenan procesos de búsqueda.

*Las estrategias de aprendizaje son singulares con cada residente. El objetivo es que la residencia sea un cimbronazo en su vida, que vivan, acompañados por sus tutores, la angustia y la incertidumbre de ver más allá del modelo biomédico. Después, cada uno elige qué camino tomar en su vida profesional. (Nadia, tutora MGyF)*

La estrategia aparece como intento de incentivar el pensamiento crítico en el trabajo en salud: liberarse del dominio del modelo biomédico. La educación es un modo de intervenir en la realidad concreta para desarrollar saberes para problemas contextualizados. Y a su vez, se presenta una vocación democrática de respeto por las perspectivas singulares.

### Estrategias para el aprendizaje problematizador: desde el consultorio con tutor a la población adscripta.

Las estrategias educativas puestas en juego parten de la integración a un equipo de CS durante los tres años de formación práctica. En ese marco, se destacan dos estrategias principales: el consultorio con tutor en primer año y gestionar población adscripta en segundo y tercero. La primera estrategia supone la posibilidad de observar el ejercicio clínico desenvuelto por las y los tutores.

*El residente de primero arranca a mi lado en el consultorio. Muestro y pongo palabra a cada atención con cada paciente. Explico por qué hago cada intervención. (Nadia, tutora MGyF)*

*Se aprende estando al lado del tutor, viéndolo trabajar. Pensando con otros. Especialmente, de otras disciplinas. Todo el transcurrir del residente en el CS puede generar aprendizaje. La pregunta en el momento ante situaciones con pacientes es un modo de aprender. (Tamara, tutora MGyF)*

Dice Freire “castrar la curiosidad del educando en favor de la mecánica memorización de contenidos dados, limita su libertad y, en lugar de formar, domestica”. En educación médica, formar en el marco del modelo biomédico implica un adiestramiento en aplicación de protocolos. Es decir, un modo de domesticación. Una formación problematizadora y crítica propone la pregunta y el permanente cuestionamiento de todo lo instituido. Observar y preguntar sobre situaciones concretas es una metodología de aprendizaje.

*Aprende lo que se ofrece y lo que busca. Esta todo ahí. El acompañamiento es variado: depende de cada uno. A mí ese periodo de formación en el CS me generó preguntas, me partió la cabeza, me corrió de donde venía desde la facultad. Me sacó "pie", me dio vértigo. Un vértigo que supe potenciar. (Laura, médica generalista)*

La distancia entre las experiencias singulares de sufrimiento y los protocolos biomédicos aparece potentemente y tiene impacto en las y los médicos en formación: *me partió la cabeza... me dio vértigo*. El consultorio con las y los tutores es la primera estrategia para visualizar dicha distancia. La mediación las y los tutores resulta clave para que la experiencia pueda disparar reflexiones.

A partir del segundo año, las y los médicos en formación de posgrado en MGyF asumen una responsabilidad que supone otra estrategia educativa principal en el CS: tener población adscripta a cargo. La adscripción de pacientes implica asumir responsabilidad, como agentes del Estado, para garantizar el derecho a la salud. Los equipos de CS se constituyen en actores que trabajan para

identificar problemas de salud de la población y para favorecer su acceso oportuno a las intervenciones pertinentes. Por lo tanto, adscribir población implica un ejercicio complejo. Las y los entrevistados destacan esta modalidad de trabajo como una estrategia fundamental en el aprendizaje.

*Los residentes de segundo y tercero tienen población a cargo. Los interpeleo cuando preguntan. Intento siempre acompañar en las situaciones más complejas donde, a veces, se desbordan. Intervengo para que descubran su propio límite.* (Nadia, tutora MGyF)

### La reflexión crítica en la práctica clínica

Los espacios de re trabajo de situaciones complejas se presentan como espacios reflexivos de gran valor en las entrevistas. Se describen como dispositivos pedagógicos que invierten la mirada positivista del mundo: parten de una realidad concreta para reflexionar sobre la utilidad de teorías y conocimientos. Es esta línea, la EPS propone ubicar el proceso de trabajo como objeto de reflexión en los equipos de salud. En otras palabras, reflexionar a partir de la inquietud, de lo que no cierra, en el contexto concreto del trabajo clínico.

*Genera frustración ir de lo académico a la realidad porque nunca encaja, en lugar de hacer lo opuesto: partir de la realidad del paciente.* (Sonia, tutora MGyF)

*Aprende en contexto, eso me parece que es lo más interesante. Aprende haciendo. Y aprende muchas cosas. Muchas cosas de la vida misma... ...Tiene la oportunidad de enfrentarse a situaciones que ponen en cuestión sus saberes, todos los que trae de la vida, por una cuestión de clase muchas veces, y los que trae de la facultad, porque la facultad no nos prepara para cuando el paciente se nos sale de los protocolos.* (Mónica, tutora MGyF)

La reflexión práctica es un modo interesante de fomentar el desarrollo de profesionales críticos y con capacidades adecuadas a las necesidades de las personas en un contexto determinado. Schön critica el abordaje meramente instrumental de los problemas. Desde la perspectiva biomédica, el trabajo médico se reduce a la aplicación de técnicas desarrolladas previamente. *Genera frustración ir de lo académico a la realidad porque nunca encaja.* El trabajo en CS se presenta como modo de re pensar el conocimiento y las prácticas a partir de situaciones concretas: *Aprende en contexto, eso me parece que es lo más interesante. Aprende haciendo.*

*Y a mí me parece que trabajar en un CS “te da un cachetazo” y te hace reflexionar sobre las posiciones que uno trae, sobre lo que te cuenta el libro y lo que implica que el paciente se te sale del protocolo. Yo creo que ya estar en el CS, y mezclarte con la gente, ir a visitarlos a su domicilio y participar en una reunión de la vecinal, por ejemplo, te enfrenta a tu clínica.* (Mónica, tutora MGyF)

*Se reflexiona en encuentro con el tutor y a partir de un caso que no te cierra y que no sabes que hacer. Es un trabajo específico de cada situación.* (Sandra, médica en formación MGyF)

*Habitualmente, se puede dar una revisión de la práctica en tres espacios: reunión de equipos (para re pensar prácticas en general), la reunión de casos complejos (que suele ser interdisciplinaria) y el espacio de gestión de población a cargo de los residentes. Este último es auto gestionado por los residentes, se estimula que puedan hacer una revisión de los pacientes que atienden y tienen a cargo, que puedan revisar, críticamente, para adecuar su trabajo a la realidad particular de su población a cargo y a la coyuntura.* (Andrés, tutor MGyF)

La propuesta de práctica reflexiva de Schön, en cercanía a la EPS, tiene por objeto tomar la incertidumbre, el malestar y la dificultad del trabajo como elemento de análisis: reflexionar a partir de “lo que no cierra” en la práctica cotidiana. Dicha reflexión busca desarrollar nuevos conocimientos y herramientas a partir de situaciones particulares. Mónica presenta la idea de la reflexión espontánea,

como una *cachetada* en el trabajo cotidiano que te despierta. Sandra, destaca el trabajo más regular de acompañamiento tutorial a partir de situaciones clínicas concretas como momento reflexivo. Y finalmente, Andrés señala tres espacios reflexivos: 1- reunión de equipo: para reflexionar sobre la organización local; 2- reuniones de casos complejos, para una reflexión interdisciplinaria específica de situaciones clínicas de difícil abordaje; y 3- gestión de población adscripta: momento en que las y los residentes revisan problemas de las familias adscriptas a su cargo. En las entrevistas emerge lo indispensable de estos espacios, pero al mismo tiempo, se presenta el problema de su discontinuidad: aparece la perspectiva del tiempo como limitante en la posibilidad de parar y pensar.

*Una dificultad es el poco tiempo en el CS, sobre todo durante algunas rotaciones en las que tenemos mucho tiempo en el hospital. Y esto te deja con poco para el re trabajo de situaciones con el tutor o con el equipo.* (Daniela, médica generalista)

Este punto es crítico dado que el *cachetazo* o el *cimbronazo* del trabajo en el CS puede suponer una crisis en la y el profesional en formación. Ese encuentro con las experiencias singulares de sufrimiento que no encajan moviliza la propia posición política frente al trabajo, el modelo que fundamenta la práctica y las herramientas aprehendidas. Entonces, el malestar asociado a esta sensación de perder certezas (*me sacó pie, me dio vértigo*) requiere acompañamiento que guíe y contenga, y una metódica reflexión de la práctica clínica. Una reflexión que se constituya en oportunidad de construcción de nuevos saberes para una clínica superadora, humanizada y contextualizada.

*El re trabajo interdisciplinario de situaciones dispara el pensamiento crítico. Pones en contexto las situaciones de pacientes reales y en discusión con compañeros de otras disciplinas. Así van complejizando la mirada y al mismo tiempo, superando lo bilógico más duro.* (Patricia, tutora MGyF)

*Para la reflexión contamos con el Seminario de Producción de la Carrera que es el espacio académico de los lunes. También, en el CS, pero es más difícil disponer de tiempo. En el CS donde yo me formé, por ejemplo, se hacía poca reflexión.* (Esperanza, medica generalista)

Una preocupación es la dificultad para disponer de espacios periódicos de reflexión. En todas las entrevistas, se destacan el trabajo en CS como movilizador, pero podría resultar desestabilizante si no está acompañado por espacios reflexivos.

Esperanza destaca un espacio académico semanal: el Taller de Producción. No obstante, esta es una actividad periódica con capacidad de revisar críticamente los protocolos biomédicos pero que carece de profundidad en términos de contextualización y recuperación de la perspectiva subjetiva de las y los trabajadores y usuarios.

*No está garantizada esa reflexión. Se hace en el uno a uno en el consultorio. No hay espacio formal de revisión de situaciones entre residentes. Lo cotidiano nos pasa por encima.* (Laura, médica generalista)

*Últimamente, me está costando mucho tener ese tiempo. La demanda te lleva y a veces, no hay posibilidad de parar y pensar.* (Beatriz, tutora MGyF)

*Revisamos situaciones complejas. Complejas por el paciente, por la patología, por la situación en su contexto o por lo que implica para nosotros abordarla. Esta bueno contar con tutores que tienen experiencia y te dejan pensando. Pero, muchas veces, nos quedamos cortos de tiempo para re trabajo de situaciones.* (Brisa, médica en formación MGyF)

La diversidad de experiencias de sufrimiento se presenta como un elemento de aprendizaje y problematización crítica. Sin embargo, lo cotidiano y diverso se puede presentar también como una dificultad en la posibilidad de reflexionar. *Lo cotidiano nos pasa por encima*, dice Laura.

*Lo cotidiano, también, puede ser una dificultad dada la gran cantidad de casos que atenta contra la posibilidad de ampliar. Limita la capacidad de reflexión. Es decir, ver más pacientes te enriquece con esa experiencia, pero, si es mucho te limita la posibilidad de discutir, de preguntar, de ampliar, de tener espacio de búsqueda.* (Laura, médica generalista)

Aparece el tiempo como limitante en la posibilidad de reflexión. Lo que se considera un punto crucial dado que la transformación de la práctica clínica que puede inducir el trabajo en CS, no es un proceso espontáneo. Estimular la permanente actitud indagatoria es un pilar del aprendizaje, pero exige el compromiso ético de las y los tutores y requiere tiempo. La exposición a múltiples experiencias de sufrimiento sin un acompañamiento tutorial contenedor y reflexivo podría inducir un malestar sin orientación. El vértigo de quedarse sin bases requiere apoyo, guía, tutor.

Otro punto interesante en las entrevistas fue el lugar que ocupan espacios colectivos como las reuniones de equipo que ofrecen posibilidad de reflexión sobre acuerdos institucionales, organización y sentido del trabajo en cada equipo de salud.

*También, está la reunión de equipo para reflexionar sobre problemas complejos del barrio, modos de organización del equipo y otros temas comunes.* (Sandra, médica en formación MGyF)  
*El resto del equipo puede constituirse en dificultad en el trabajo y en el aprendizaje. Esto se da cuando otros trabajadores no comparten el sentido del trabajo en salud: no entienden que nuestra tarea es garantizar acceso a una atención integral. Hacen una práctica reducida por especialidades.* (Tamara, tutora MGyF)

*El equipo local puede jugar como dificultad. Lo institucional local se constituye, a veces, en más desgaste cuando existen ciertas diferencias al interior del equipo, aunque siempre pueden utilizarse para aprender reflexionando a partir de esas diferencias y esos conflictos. Si la autoridad local realiza intervenciones en otro sentido, luego, los tutores tenemos más trabajo para desandar ese camino. Y, por otro lado, si no tenés compañeros para articular con otras disciplinas, esa discusión queda sólo en el plano teórico.* (Nadia, tutora MGyF)

Por otro lado, el equipo también se presenta como un potencial obturador. Especialmente, cuando algunos trabajadores reproducen prácticas en un sentido diferente del cuidado integral. Sin embargo, Nadia rescata esto como un elemento de aprendizaje/reflexión, pero que exige un esfuerzo adicional en la tarea tutorial.

Además, las y los tutores señalan como un espacio de retroalimentación y reflexión sobre la práctica clínica y la práctica educativa a la reunión tutores.

*La reunión de tutores me sirve para no alienarme. Para no bajar los brazos y repetir lo que hacen compañeros que se resignan a no transformar nada de la realidad de los servicios de salud.*

*También, para afianzarme y recordar por qué sigo siendo tutora.* (Beatriz, tutora MGyF)

Es interesante la referencia a la reunión de tutores como espacio para superar la alienación, no perder el sentido transformador de la práctica educativa y revisar el rol tutorial. El encuentro con pares aparece como espacio de re afirmación de proyectos, objetivos y argumentos.

## DISCUSIÓN

Recuperando las reflexiones de Merhy, el trabajo en salud, como proceso intersubjetivo, no puede perder absolutamente su autonomía y su capacidad de asombro. Aun en el marco de una biomedicina dominante, en instituciones complejas y con limitadas posibilidades para reflexionar sobre el cotidiano, el saber práctico y la creatividad de las y los trabajadores y usuarios no se deja capturar del todo por la rigidez de los protocolos.

Freire invita a pensar la educación como práctica problematizadora y como un modo de intervención en el mundo. Una intervención que implica tanto la reproducción de la ideología dominante como su desenmascaramiento. A partir de las entrevistas, el rol de las y los tutores está vinculado con el uso de la biomedicina, pero también, con la aspiración a problematizar su utilización y su eficacia en los problemas singulares y contextualizados. Desenmascarar la biomedicina como modelo hegemónico que sustenta una práctica clínica autoritaria, iatrogénica e incluso, alienante. Intervenir, en este caso, sería invitar a vislumbrar que el modelo biomédico no puede ser el eje dominante de la práctica clínica. Las principales estrategias educativas descritas fueron el consultorio con las y los tutores en el primer año y tener población adscrita a cargo en segundo y tercero. El intercambio y la pregunta con las y los tutores y los espacios de trabajo interdisciplinarios aparecieron como fundamentales.

Entre las y los entrevistados, ninguno realizó señalamientos que den cuenta del trabajo de CS como disparador de mecanismos de resistencia. El encuentro con el sufrimiento de personas singulares fue destacado como posibilidad de pensamiento crítico en todas las entrevistas. El carácter dialógico del trabajo clínico y del trabajo educativo emerge de diferentes maneras en la perspectiva de las y los actores. Los encuentros de trabajadores, de las y los tutores entre sí y con las y los médicos en formación emergen como fundamentales para la reflexión crítica y contextualizada, y como metodologías de aprendizaje. En consecuencia, todo intento desplegado por las y los tutores y médicos en formación para comprender el sufrimiento singular de las personas en su cotidianeidad puede constituirse en una convocatoria para el desarrollo de saberes en pos de una clínica más humanizada y humanizante.

### CONFLICTO DE INTERESES

El presente artículo es un resultado parcial de la tesis de la Maestría en Salud Pública CEI-UNR, de la misma autoría, disponible en el repositorio de la Universidad Nacional de Rosario: <https://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/19414>.

La presente investigación no recibió financiamiento.

### AGRADECIMIENTOS

Ma. Laura Saraceni, por su orientación metodológica y sus sugerencias.

Valeria Bulla, por su colaboración en la idea y el marco del trabajo.

### DATOS DE AUTOR

#### Título

“Aprender en contexto”. Estudio sobre las estrategias de formación de posgrado de las y los médicos generalistas en centros de salud de Rosario.

#### Autores:

- Lucas F. de Candia, Médico esp. en Med. General y Familiar y Magíster en Salud Pública; Hosp. Provincial de Rosario; Rosario; Argentina; [lucasdecandia@gmail.com](mailto:lucasdecandia@gmail.com)
- Mariano Mussi, Médico esp. en Med. General y Familiar y en Epidemiología; Hosp. “I. Carrasco”; Rosario; Argentina; [comandantemussi@gmail.com](mailto:comandantemussi@gmail.com)

**Autor para correspondencia:** Lucas F. de Candia, [lucasdecandia@gmail.com](mailto:lucasdecandia@gmail.com)

### Bibliografía

- 1 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* [Internet]. 2010;376(9756):1923–58.
- 2 Enrique Mezzich, J. Educación Médica Centrada En La Persona En El Siglo XXI. *diagnostico* 2019, 58, 29-33.
- 3 Morán Barrios, J. Competencias Del médico Del Siglo XXI. Un Cambio Necesario. *Rev. cient. cienc. salud* 2019, 1, 58-73.
- 4 LÓPEZ ESPINOSA, Guillermo José, et al. Principios de las ciencias médicas o ciencias de la educación médica en educación de posgrado. *Edumecentro*, 2018, vol. 10, no 4, p. 197-204.
- 5 Skochelak SE, Lomis KD, Andrews JS, Hammoud MM, Mejicano GC, Byerley J. Realizing the vision of the Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century: Transforming medical education through the Accelerating Change in Medical Education Consortium. *Med Teach* [Internet]. 2021;43(sup2):S1–6.
- 6 Peixoto MT. Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad. *Interface-Comunicação*. 2019;23.
- 7 Silva JAM da, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc* [Internet]. 2011;20(4):1018–32.
- 8 DE GAUNA, Pilar Ruiz; MORO, Valentín González; MORÁN-BARRIOS, Jesús. Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. *Educación médica*, 2015, vol. 16, no 1, p. 34-42.
- 9 RUIZ, Pilar; MORO, Valentín González; ALFONSO, Montserrat Fonseca. Una formación en ciencias de la salud basada en la lógica social de las competencias: ¿profesionales comprometidos o técnicos?. *REDU: Revista de Docencia Universitaria*, 2012, vol. 10, no 1, p. 95.
- 10 Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2021
- 11 Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Fam Syst Med* [Internet]. 1992;10(3):317–31.
- 12 Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colect* [Internet]. 2020;16:e2615.
- 13 Westerhaus MM, Ma; Finnegan A, Mona MD, Arthur M, Joia MD, Paul MD. PhD The Necessity of Social Medicine in Medical Education. *Academic Medicine*. 2015;90:565–8.
- 14 Flexner A, Pritchett H, Henry S. Medical education in the United States and Canada bulletin number four (The Flexner Report)”. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910
- 15 GUTIÉRREZ, Alberto Orozco. Abraham Flexner, la Educación Médica 113 años después. *Acta Médica Grupo Angeles*, 2022, vol. 20, no 1, p. 5-6.
- 16 Schrewe B. From history to myth: productive engagement with the Flexnerian metanarrative in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* [Internet]. 2013;18(5):1121–38.
- 17 Spinelli H. Máquinas y arte-sanos. *Salud Colect* [Internet]. 2018;14(3):483–512.
- 18 Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2009;33(2):262–70.
- 19 Nunes ED. Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud Colect* [Internet]. 2014;10(1):57.
- 20 BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2013, vol. 31, p. 13-27.
- 21 Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018;42(spe1):315–27.
- 22 Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate* [Internet]. 2012;36(94):327–42.
- 23 Duré I. Residencias médicas en Argentina 2015. *Revista Argentina de Medicina*. 2015;3(5):2–4.
- 24 Spinelli H, Alazraqi M, Federico L, Arakaki J. Los posgrados en Argentina. 2015
- 25 Rovere M. El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. *Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social*. 2016;12:23–41.
- 26 Borrell Bentz, María Rosa. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2005.
- 27 Abramzón M. Articulación entre la formación de grado y posgrado en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral: análisis en dos escenarios. 2012
- 28 Rovere M. Una ciudad modelo en salud pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática [Internet]. *Org.ar.* [cited 2022 Mar 1]. Available from: [https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia\\_Salud\\_Rosario.pdf](https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf)
- 29 Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. *Interface* [Internet]. 2001;5(8):89–100.
- 30 Rao R, Hawkins M, Ulrich T, Gatlin G, Mabry G, Mishra C. The evolving role of public health in medical education. *Front Public Health* [Internet]. 2020;8:251.
- 31 De Candia LF. Educación médica de posgrado para una clínica humanizada. El caso de los centros de salud de Rosario. 2020.
- 32 Freire P. *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo veintiuno editores, SA. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 1970.
- 33 Schön DA, Salvador C. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. *Paidós Ibérica*; 1998.
- 34 Merhy EE, Camargo Macruz Feuerwerker L, Burg Ceccim R. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect* [Internet]. 2006;2(2):147.
- 35 Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2021
- 36 Minayo MCDS. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial; 2009.
- 37 De Candia LF. Educación médica de posgrado para una clínica humanizada. El caso de los centros de salud de Rosario. 2020.