

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**Educación Permanente en Salud: La trayectoria académica de
médicas recientemente egresadas del posgrado de Medicina
General de la sede Santo Tomé, Santa Fe.**

“Constituirse en el territorio: recorridos, tensiones, aprendizajes y nudos críticos
en la formación de Medicina General y Familiar.”

Nombre y apellido de la autora: Vergara, María Belén.

Directora de tesis: Mg. Mabel Andrea Obregón.

Febrero de 2026.

DEDICATORIAS.

A las personas que, en los territorios, sostienen cotidianamente el cuidado.

A quienes creen y hacen de la salud pública un derecho colectivo.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco especialmente a mi directora de tesis por el acompañamiento sostenido, la escucha atenta y la orientación rigurosa a lo largo de todo el proceso. Su mirada fue fundamental para ordenar, profundizar y dar sentido a esta investigación, fortaleciendo una perspectiva crítica y comprometida con la Salud Pública.

A las médicas generalistas que participaron de las entrevistas por la generosidad de compartir sus trayectorias, reflexiones y tensiones. Sus voces constituyen el corazón de este trabajo.

A la Universidad Pública y a la Maestría en Salud Pública para ofrecer un espacio de formación desde el cual pensar la salud como derecho y como una práctica social situada.

Y a mi familia por el sostén silencioso y constante, imprescindible para transitar este camino.

ÍNDICE.

1. RESUMEN	1
2. FUNDAMENTACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO	3
2.1 Fundamentación del estudio y posicionamiento profesional	3
2.2 La Residencia de Medicina General y Familiar como modelo formativo	3
2.3 Contexto institucional y organización del sistema de salud	4
2.4 El Primer Nivel de Atención y condiciones de trabajo	5
2.5 Problema de investigación y relevancia del estudio	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN	7
3.1 Planteamiento del problema y relevancia del estudio	7
3.2 Objetivos de la investigación	8
3.2.1 Objetivo general	8
3.2.2 Objetivos específicos	8
3.3 Supuestos de investigación	8
3.4 Factibilidad y viabilidad del estudio	9
4. ESTADO DEL ARTE Y ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
5. MARCO TEÓRICO	16
6. METODOLOGÍA	20
6.1 Diseño general y enfoque del estudio	20
6.2 Universo de estudio y criterios de selección	21
6.3 Informantes clave: tutoras de la Residencia de Medicina General y Familiar	22
6.4 Técnica de producción de datos	23
6.5 Guía de entrevistas	23
6.6 Estrategia de análisis de los datos	24
6.7 Reflexividad e implicancia de la investigadora	27
6.8 Consideraciones éticas	29
7. RESULTADOS	32
7.1 La Residencia como sistema formativo	32
7.2 Estrategias académicas del sistema formativo	36
7.2.1 Articulación entre práctica, reflexión y teoría	36
7.2.2 Instancias formales de formación: tutorías y carrera de posgrado	37
7.2.3 Espacios informales de aprendizaje y carácter colectivo de la formación	40
7.2.4 Un proceso formativo cuidado, con autonomía progresiva	41
7.3 Espacios institucionales del proceso formativo	42
7.3.1 El centro de salud como espacio de formación	42

7.3.2 El hospital como espacio de aprendizaje durante la residencia.....	44
7.3.3 Ámbitos teóricos - académicos en el proceso formativo de la residencia.....	45
7.3.4 Articulación con la Residencia de Salud Mental Comunitaria como una potencialidad formativa.....	46
7.4 Actores del proceso formativo y relaciones en la residencia.....	48
7.4.1 Las médicas en formación: rol activo y responsabilidades en la residencia.....	48
7.4.2 El rol de las tutoras en el trayecto formativo.....	49
7.4.3 Los equipos de salud en la experiencia formativa de la residencia... 50	
7.4.4 Experiencias relacionales en el proceso formativo.....	51
7.5 Nudos críticos.....	53
7.5.1 El acompañamiento tutorial: condiciones en su implementación y sostenimiento.....	53
7.5.2 Gestión institucional y académica: experiencias de articulación y desarticulación entre los espacios formativos.....	56
7.5.3 Condiciones de trabajo y organización de la tarea asistencial durante la residencia.....	57
7.5.4 Tensiones en la apropiación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.....	58
7.5.5 La transición a la inserción laboral y la continuidad del cuidado....	60
8. DISCUSIÓN	63
8.1 Aprender trabajando. La residencia como trama formativa situada en la producción de saber y la construcción de la subjetividad profesional.	63
8.3 Nudos críticos como expresión de procesos estructurales que tensionan la sostenibilidad de la formación.....	66
8.3.2. Tensiones en la articulación entre espacios asistenciales y académicos: fragmentación y desafíos para la continuidad formativa....	69
8.3.3 Sobrecarga asistencial y micropolítica del trabajo: efectos en la construcción del rol profesional en la Medicina General y Familiar.....	71
8.3.4 La estrategia de Atención Primaria de la Salud como horizonte formativo en disputa.....	73
8.3.5. La inserción laboral y sus implicancias para la consolidación de la longitudinalidad del cuidado.....	75
8.4 Emergentes del proceso formativo.....	78
8.4.1 La Práctica Final Obligatoria como umbral de conocimiento y elección de Medicina General y Familiar.....	78
8.4.2 El compromiso subjetivo en el sostén de la estrategia de Atención Primaria de la Salud: potencialidades y límites.....	81
9. CONCLUSIONES	84
10. ANEXOS	88
11. BIBLIOGRAFÍA	91

1. RESUMEN

La implementación de la Residencia de Medicina General y Familiar en la ciudad de Santo Tomé en el año 2008 implicó un proceso de transformación del modelo de atención, enmarcado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, en la integralidad del cuidado, la participación comunitaria y la longitudinalidad de los procesos de atención. El sistema formativo se sustenta en la Educación Permanente en Salud como estrategia pedagógica central para la producción de saberes situados y la construcción de prácticas reflexivas.

El objetivo del estudio fue describir y analizar los nudos críticos que se configuraron en las trayectorias formativas de la Residencia de Medicina General y Familiar y en los procesos de transición a la inserción laboral, en tanto se constituyen en obstáculos para el sostenimiento de prácticas en salud centradas en la Atención Primaria de la Salud, desde la perspectiva de las médicas egresadas en 2024 y 2025 de la sede Santo Tomé.

Se desarrolló un estudio cualitativo, descriptivo y retrospectivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por cuatro médicas recientemente egresadas y cuatro tutoras del Primer Nivel de Atención, consideradas informantes clave. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada.

Los hallazgos evidencian que la residencia constituye un dispositivo formativo de gran potencia para la construcción del rol profesional desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud, aunque dicha potencia se encuentra tensionada por las condiciones institucionales, organizacionales y laborales del sistema de salud. En este escenario, la sostenibilidad de las prácticas promovidas durante la formación —y, con ella, la permanencia de profesionales en el territorio— depende no solo de la calidad del dispositivo formativo, sino

también de la existencia de condiciones que permitan sostenerlas una vez finalizada la residencia.

Palabras clave: Educación Permanente en Salud – Residencias Médicas – Trayectorias formativas – Atención Primaria de la Salud – Nudos críticos.

2. FUNDAMENTACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO.

2.1 Fundamentación del estudio y posicionamiento profesional.

Soy médica especialista en Medicina General y Familiar, con formación de posgrado realizada bajo el Sistema de Residencias en la ciudad de Rafaela, provincia de Santa Fe. Tras la finalización de dicha formación, me desempeñé en funciones de jefatura y coordinación durante un período de tres años (junio 2011 - mayo de 2017). Desde el 1 de noviembre de 2018 y hasta la actualidad, integro el equipo de coordinación de la Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) de la sede Santo Tomé, Santa Fe, así como la coordinación general de Sede Centro-Norte de la Carrera de Posgrado de la especialidad, dependiente de la Universidad Nacional de Rosario. Recientemente, obtuve el título universitario de especialista otorgado por esta casa de estudios.

Desde el inicio de mi trayectoria profesional, la experiencia en espacios de trabajo compartidos con otros profesionales y saberes favoreció un proceso de aprendizaje colectivo. A partir de este recorrido, concibo la Medicina General como una disciplina que conlleva la oportunidad, el desafío y la necesidad del trabajo interdisciplinario. Este proceso implicó un desplazamiento desde una concepción del discurso médico como saber hegemónico hacia un enfoque en el que el conocimiento se construye en diálogo —y en tensión— con otros saberes igualmente válidos, e incorpora la participación activa de la población en el abordaje de su propia salud.

2.2 La Residencia de Medicina General y Familiar como modelo formativo.

El sistema tradicional de residencias constituye una estructura de formación de posgrado caracterizado por la adquisición intensiva de conocimientos y habilidades prácticas en un campo específico. Generalmente, se desarrolla a partir de estrategias de enseñanza de tipo jerárquico y en instituciones donde el campo de actuación es

predominantemente disciplinar y se vincula a una especialidad determinada.

En contraste, la Residencia de Medicina General y Familiar se enfoca en la adquisición de competencias mediante un plan formativo anclado en los servicios de salud del Primer Nivel de Atención (PNA). En este marco, la formación se desarrolla en un ámbito interdisciplinario, en el que la participación de distintos integrantes del equipo de salud amplía la comprensión de los problemas sanitarios. Se diferencia de otras residencias por formar profesionales capacitados para profundizar la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, con una centralidad en la atención integral y continua de las personas, las familias y la comunidad. Asimismo, contribuye al desarrollo de un campo de saberes y prácticas destinado a responder a las necesidades de salud de la población, y se constituye en un actor clave para la garantía del derecho a la salud.

En consonancia con el posicionamiento profesional y formativo previamente expuesto, la implementación de la Residencia de Medicina General y Familiar en la ciudad de Santo Tomé en el año 2008 representó un punto de inflexión frente a la necesidad de transformar el modelo de atención vigente. Este proceso promovió una mirada integral e interdisciplinaria. Desde esta perspectiva, el recurso formativo incorpora las dimensiones y determinaciones sociales de la salud en el ámbito comunitario y favorece la longitudinalidad en los procesos de atención de la población santotomesina.

2.3 Contexto institucional y organización del sistema de salud.

La red de atención del sistema de salud de la provincia de Santa Fe se organiza en seis regiones y se encuentra conformada por efectores de gestión provincial y municipal (véase Anexos). Dentro de esta red, la provincia cuenta con los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCo), creados a partir de la Ley Provincial N.º 6312 del año 1967 y su decreto reglamentario N.º 04321/67. En la

actualidad, existen aproximadamente 200 efectores SAMCo distribuidos en todo el territorio provincial.

La ciudad de Santo Tomé integra el departamento La Capital, ubicado en el centro-este de la provincia de Santa Fe. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, cuenta con una población aproximada de 95.000 habitantes. A partir de una propuesta municipal, la red sanitaria local se organiza de manera estratégica y operativa en seis regiones sanitarias, en las cuales se emplazan siete Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y un SAMCo (véase Anexos).

El SAMCo de Santo Tomé comenzó a gestarse en la década de 1970 y fue impulsado principalmente por el médico Ricardo Nanzer. La primera etapa del hospital fue inaugurada en 1982 y una segunda etapa en 1991. Se trata de un efector de segundo nivel de atención que dispone de internación, recursos de mediana complejidad, equipamiento para estudios diagnósticos, guardia general y de salud mental, así como atención ambulatoria en consultorios externos de diversas especialidades y servicios. La población usuaria del hospital proviene no sólo de su región sanitaria, sino también de otras regiones y de localidades cercanas —como Sauce Viejo, Desvío Arijón y Coronda—, lo cual lo posiciona como un centro de referencia regional.

2.4 El Primer Nivel de Atención y condiciones de trabajo.

Los centros de salud que integran la red cuentan con atención médica, administrativa y de enfermería. Sin embargo, disciplinas como trabajo social, psicología y psiquiatría no se encuentran garantizadas en todos los efectores, ni tampoco se asegura la presencia sistemática de profesionales especialistas en Medicina General y Familiar.

Las médicas que constituyen las unidades de análisis del presente estudio desarrollaron su ciclo práctico en tres de los siete Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad, considerados estratégicos y

columna vertebral para el cumplimiento de los objetivos formativos de la especialidad.

2.5 Problema de investigación y relevancia del estudio.

En este contexto, el modelo formativo de la Residencia se sustenta principalmente en la metodología de la Educación Permanente en Salud, entendida como uno de los pilares para la construcción de nuevos sentidos del trabajo, la enseñanza y el aprendizaje. Desde esta perspectiva, el profesional no solo profundiza en un área de conocimiento, sino que reflexiona de manera sistemática sobre su práctica y sobre el trabajo colectivo, con el propósito de transformarlos.

No obstante, la distancia existente entre este instrumento de formación y las condiciones concretas en las que las médicas egresadas se insertan posteriormente en el sistema de salud pone de manifiesto tensiones que inciden en la apropiación y el sostenimiento de dichas prácticas a lo largo del tiempo.

En este marco, el presente trabajo se propone describir y analizar, desde una perspectiva retrospectiva, los nudos críticos que se configuran en las trayectorias de médicas recientemente egresadas de la Residencia de Medicina General y Familiar de la sede Santo Tomé, Santa Fe, así como en los procesos de transición hacia su inserción laboral. Se busca comprender de qué modo estos nudos críticos obstaculizan la apropiación y el sostenimiento de un modo de trabajo en salud reflexivo, centrado en la población y orientado a la transformación de las prácticas cotidianas, a partir de la perspectiva de las egresadas y en diálogo con los relatos de las tutoras, consideradas informantes clave del proceso formativo.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.1 Planteamiento del problema y relevancia del estudio.

El presente estudio se inscribe en la necesidad de reflexionar críticamente sobre la persistencia del Modelo Médico Hegemónico —que trasciende el campo estrictamente biomédico— y sobre los procesos de fragmentación de la atención en salud, los cuales dificultan la construcción de prácticas integrales y continuas. En este sentido, la investigación se propone aportar a la deconstrucción de dichas lógicas, orientándose hacia la consolidación de un modelo de atención centrado en el proceso salud–enfermedad–atención–cuidados de la población, que contemple tanto la calidad del cuidado brindado como la satisfacción profesional, en sus dimensiones individuales y colectivas. Desde este enfoque, la Atención Primaria de la Salud se reconoce como una estrategia organizadora del sistema de salud, que encuentra en el Primer Nivel de Atención su principal espacio de materialización, a partir de abordajes territoriales, integrales y longitudinales. En dicho contexto, el rol del profesional especialista en Medicina General y Familiar adquiere una impronta central, dado que su formación lo posiciona como un actor clave en el Primer Nivel de Atención para la articulación del trabajo en equipo, la coordinación del cuidado y la construcción de prácticas transformadoras junto a otros trabajadores de la salud, contribuyendo de este modo al fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y a la concreción de los principios de la Atención Primaria de la Salud.

En este escenario, se configura una tensión entre el modelo de atención y de formación propuesto por la Medicina General y Familiar y las condiciones institucionales y organizacionales que atraviesan las prácticas concretas en el Primer Nivel de Atención.

3.2 Objetivos de la investigación.

3.2.1 Objetivo general:

❖ Describir y analizar los nudos críticos que se configuran en las trayectorias formativas de la Residencia de Medicina General y Familiar y en los procesos de transición hacia la inserción laboral, en tanto se constituyen en obstáculos para el sostenimiento de prácticas en salud centradas en la Atención Primaria de la Salud, desde la perspectiva de las médicas egresadas en los años 2024 y 2025 de la sede Santo Tomé.

3.2.2 Objetivos específicos:

❖ Caracterizar el sistema formativo de la Residencia de Medicina General y Familiar de la sede Santo Tomé, en sus aspectos académicos, teóricos y metodológicos.

❖ Describir los espacios institucionales y el posicionamiento de los actores involucrados en el proceso formativo, atendiendo a las lógicas organizacionales, las dinámicas relacionales y las jerarquías institucionales que configuran el recorrido de las profesionales en formación.

❖ Reconstruir los principales sucesos, continuidades y rupturas de las trayectorias formativas y de inserción laboral.

❖ Identificar y analizar los nudos críticos y las tensiones del proceso formativo y de la transición hacia la inserción laboral, así como su relación con la apropiación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

❖ Analizar los aportes de las tutoras como informantes clave para la comprensión de los nudos críticos del dispositivo formativo y de los procesos de acompañamiento en la construcción del rol profesional.

3.3 Supuestos de investigación.

Supuesto 1:

La Residencia de Medicina General y Familiar, sustentada en la Educación Permanente en Salud y en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, se configura como un recurso formativo con potencial de transformación de las prácticas profesionales; no obstante, condiciones institucionales, organizacionales y relacionales limitan la posibilidad de cumplir de manera sostenida algunos de los objetivos formativos propuestos por la residencia a lo largo de la trayectoria.

Supuesto 2:

La transición desde la residencia hacia el ejercicio profesional expone discontinuidades entre el enfoque formativo propuesto y las condiciones reales de inserción laboral, lo cual incide en la posibilidad de sostener prácticas coherentes con la clínica ampliada y con los principios de la Atención Primaria de la Salud.

En este sentido, el estudio se propone contribuir a la comprensión y problematización de los procesos formativos en la Residencia de Medicina General y Familiar, con el objetivo de generar insumos analíticos que permitan reflexionar sobre las condiciones institucionales y organizacionales que inciden tanto en la formación como en la continuidad de prácticas de cuidado en el Primer Nivel de Atención.

3.4 Factibilidad y viabilidad del estudio.

La presente tesis cuenta con el aval del Comité de Docencia e Investigación del Hospital SAMCo Dr. Ricardo Nanzer, de la ciudad de Santo Tomé, provincia de Santa Fe.

La investigación resulta viable dado que integro de manera activa el equipo de coordinación del sistema formativo de la Residencia de Medicina General y Familiar de la sede Santo Tomé, Santa Fe; lo que facilita el acceso al campo de estudio. Asimismo, se garantiza el resguardo de la confidencialidad y la obtención del consentimiento informado de todas las participantes.

4. ESTADO DEL ARTE Y ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Las investigaciones en torno a las trayectorias académicas se desarrollan principalmente en el campo de los estudios educativos, donde se analizan los recorridos formativos de los sujetos a lo largo de distintos niveles del sistema educativo. En este marco, el concepto de trayectoria permite problematizar los procesos de formación más allá de una mirada lineal o exclusivamente normativa, incorporando dimensiones institucionales, contextuales y subjetivas que inciden en los recorridos de los estudiantes.

En el ámbito de la educación superior, el trabajo de García Robelo y Barrón Tirado (2011), titulado *“Un estudio sobre la trayectoria escolar de los estudiantes de doctorado en Pedagogía”*, constituye un antecedente relevante. A partir de un enfoque cuantitativo basado en cuestionarios, los autores exploran la trayectoria escolar de estudiantes de doctorado, identificando que, si bien el diseño del programa resulta congruente con el perfil de egreso esperado, persisten dificultades académicas vinculadas tanto a factores internos como externos a los sujetos. El estudio aporta información significativa para la toma de decisiones institucionales orientadas al fortalecimiento de los programas de posgrado.

En su desarrollo conceptual, los autores definen las trayectorias escolares como el comportamiento académico de un individuo a lo largo de los ciclos escolares, incluyendo variables como el desempeño, la aprobación, la reprobación y el promedio alcanzado, y sostienen que el análisis de las trayectorias implica observar los movimientos de una cohorte a lo largo del tiempo (García Robelo & Barrón Tirado, 2011). Asimismo, destacan la importancia de construir bancos de datos que integren información sobre trayectorias académicas y laborales, con el fin de identificar factores que influyen favorable o desfavorablemente en los recorridos formativos y diseñar estrategias preventivas y de acompañamiento.

Si bien estos aportes resultan valiosos para comprender las trayectorias en el ámbito educativo, su aplicación al campo de la salud —y particularmente a la formación de posgrado médico— es limitada. En este sentido, son escasos los estudios que indagan específicamente las trayectorias académicas de médicos en formación de posgrado y su relación con la apropiación de un modo de trabajo reflexivo, centrado en la población y orientado a la transformación de las prácticas cotidianas.

Entre los antecedentes situados en el campo de la formación médica, el artículo *“Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica”* (Acosta Fernández et al., 2016) aborda las experiencias de residentes en relación con la sobrecarga de trabajo, la ambigüedad de roles, la falta de apoyo institucional, la escasez de recursos y las relaciones de poder con superiores jerárquicos. Los autores señalan que estas condiciones generan elevados niveles de estrés y desgaste físico y mental, y concluyen sobre la necesidad de profundizar el análisis del impacto del proceso formativo en salud, así como de promover cambios en las políticas institucionales y en los modos de enseñanza-aprendizaje.

Por su parte, el trabajo de Marín (2011), *“Entre el deseo y la realidad: las relaciones entre el perfil de egresado postulado y el efectivamente alcanzado en la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata”*, analiza las trayectorias estudiantiles desde el cursado de la carrera de grado hasta los procesos de selección para la Residencia de Medicina General y Familiar. El estudio pone de relieve las tensiones entre la planificación curricular basada en competencias y las demandas del mercado laboral y de la comunidad. Asimismo, subraya la escasa presencia de contenidos vinculados a aspectos sociales, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y estrategia de Atención Primaria de la Salud, señalando que “no se quiere lo que no se conoce”. El autor destaca la necesidad de articular las políticas de formación de grado y posgrado, particularmente en el sistema de residencias, en el marco de una política integral de recursos

humanos que permita que el aprendizaje en la práctica profesional resulte verdaderamente transformador.

En relación con los procesos formativos en salud desde una perspectiva crítica, el trabajo de Merhy (2006), *“Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud”*, constituye un aporte teórico fundamental. Si bien no se trata de un estudio empírico sobre trayectorias académicas, su enfoque resulta clave para comprender la formación como un proceso inseparable del trabajo cotidiano en los servicios de salud. Merhy propone pensar la producción de salud como un proceso que se realiza “en acto”, atravesado por relaciones interpersonales, valores, concepciones sobre la salud y dinámicas institucionales, donde se entrelazan normas formales y prácticas concretas de los distintos actores.

En la provincia de Santa Fe, la Educación Permanente en Salud ha encontrado uno de sus principales desarrollos en la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario, en articulación con el Instituto de la Salud Juan Lazarte y la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario. Desde este espacio se ha promovido una concepción de la formación centrada en la problematización de las prácticas, el aprendizaje colectivo, la reflexión crítica sobre los procesos de trabajo y la construcción situada del conocimiento, entendiendo la formación como parte constitutiva de la organización del trabajo en salud. Si bien estas experiencias no analizan específicamente las trayectorias académicas de médicas residentes, constituyen un antecedente institucional relevante, en tanto aportan el marco político-pedagógico desde el cual se comprende la Educación Permanente en Salud y en el que se inscribe la presente investigación.

El informe *“Evaluación del Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. Estrategias y herramientas pedagógicas”* (Duré et al., 2019) aporta evidencia sobre la centralidad de la formación situada en los servicios de salud y sobre el rol pedagógico de las tutorías en la construcción del comportamiento profesional. Las

autoras destacan que la formación acontece en la resolución de problemas de la práctica cotidiana y que la jerarquización de la tarea docente tutorial permite integrar saberes y visibilizar al residente como profesional en formación, en un contexto atravesado por la rutina asistencial.

En el contexto argentino, se identifican investigaciones que abordan la formación médica en estrecha relación con el Primer Nivel de Atención y la estrategia de Atención Primaria de la Salud. El estudio de Abramzón et al. (2012), titulado *“Articulación entre la formación de grado y posgrado en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral”*, analiza dos escenarios —la Ciudad de Buenos Aires y el municipio de Rosario— y destaca la relevancia de los centros de salud como espacios formativos privilegiados. Los autores señalan que la articulación entre los procesos formativos y las prácticas en el Primer Nivel de Atención favorece el desarrollo de competencias orientadas a la integralidad del cuidado, aunque advierten sobre las tensiones institucionales y organizacionales que dificultan la consolidación de estos modelos.

Desde una perspectiva crítica sobre la educación médica de posgrado, Borrell Bentz (2005) analiza los desafíos que enfrenta el sistema de residencias en Argentina, señalando la persistencia de modelos pedagógicos tradicionales que entran en tensión con las necesidades sanitarias actuales y con los principios de la Atención Primaria de la Salud. El autor subraya la necesidad de repensar la formación de posgrado como una práctica educativa situada, capaz de articular saberes clínicos, comunitarios y organizacionales, y de promover transformaciones en los modos de trabajo en salud.

En una línea afín, el estudio cualitativo de De Candia y Geuna (2023) sobre la formación de posgrado en Pediatría en centros de salud de la ciudad de Rosario aporta evidencia empírica sobre la centralidad del Primer Nivel de Atención como espacio formativo. Los autores analizan las experiencias de los profesionales en formación, destacando

tanto las potencialidades del aprendizaje situado en los servicios como las dificultades derivadas de las condiciones institucionales, la organización del trabajo y las dinámicas de los equipos de salud.

Por su parte, el trabajo de De Candia (2025) profundiza el análisis de la formación de médicos generalistas en centros de salud de la ciudad de Rosario, recuperando las voces de los actores involucrados y problematizando las tensiones entre los modelos formativos propuestos y las prácticas efectivamente desplegadas en los servicios. Si bien este estudio constituye un antecedente cercano en términos temáticos y territoriales, no aborda específicamente la reconstrucción retrospectiva de las trayectorias académicas ni la transición hacia la inserción laboral, dimensiones que el presente trabajo se propone explorar.

En una línea convergente, una investigación cualitativa desarrollada en la Residencia de Medicina General y Familiar de Ushuaia (2025), basada en entrevistas semiestructuradas a residentes, egresados y referentes históricos del dispositivo formativo, reconstruye los sentidos atribuidos al ejercicio profesional de la Medicina General en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. El estudio identifica como dimensiones centrales la mirada integral de la salud, el trabajo interdisciplinario, el compromiso con la comunidad y el papel de la residencia como espacio de construcción de identidad profesional y de transformación de las prácticas en el sistema de salud. Asimismo, reconoce tensiones entre esos ideales y las condiciones concretas del trabajo cotidiano, destacando la necesidad de fortalecer los dispositivos formativos para sostener modos de hacer coherentes con la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Aunque el foco de dicho estudio se centra en la identidad profesional más que en las trayectorias formativas, constituye un antecedente reciente que reafirma la relevancia de analizar los procesos de formación de especialistas en Medicina General desde enfoques cualitativos y situados.

El recorrido por los antecedentes de investigación permite advertir que, si bien existen estudios relevantes sobre trayectorias académicas

en el ámbito educativo y sobre experiencias de formación médica en el sistema de residencias, persiste un área aún escasamente explorada en relación con el análisis de las trayectorias formativas de médicos generalistas desde una perspectiva que integre las dimensiones institucionales, organizacionales y subjetivas del trabajo en salud. En consonancia con ello, el presente estudio se propone abordar este vacío articulando los aportes del campo de las trayectorias con marcos teóricos provenientes de la Educación Permanente en Salud, recuperando asimismo la tradición de formación e investigación desarrollada por la Secretaría de Salud Pública de Rosario, el Instituto de la Salud Juan Lazarte y la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario, la cual constituye un marco de referencia para comprender los procesos formativos en el Primer Nivel de Atención.

De este modo, el marco teórico se constituye en el andamiaje conceptual que orienta el análisis de las trayectorias académicas y laborales de las médicas egresadas de la Residencia de Medicina General y Familiar, y permite identificar y problematizar los nudos críticos que inciden en la apropiación y el sostenimiento de prácticas coherentes con la Atención Primaria de la Salud y la clínica ampliada. Asimismo, aporta insumos para la reflexión crítica y el fortalecimiento de los dispositivos formativos y de las condiciones contractuales en Medicina General y Familiar en el Primer Nivel de Atención.

5. MARCO TEÓRICO.

El presente marco teórico se inscribe en una perspectiva que concibe la formación en Medicina General y Familiar como un proceso histórico y situado, atravesado por múltiples dimensiones institucionales, políticas y subjetivas. Desde esta mirada, resulta necesario articular los conceptos de trayectoria, educación permanente en salud, modelo de residencia, organización de los servicios y modelo de atención, a fin de comprender cómo se configuran las prácticas formativas y asistenciales en el Primer Nivel de Atención.

La noción de **trayectoria**, retomada desde Bourdieu, permite comprender que los recorridos formativos y profesionales de las médicas en formación no constituyen secuencias lineales ni exclusivamente individuales, sino procesos que se desarrollan en el marco de espacios organizacionales dinámicos, regulados por normas, reglas y mecanismos que habilitan ciertas posiciones y restringen otras. Las trayectorias formativas y laborales se construyen, así, en la intersección entre proyectos personales y estructuras institucionales, dejando marcas que muchas veces permanecen invisibilizadas por las lógicas administrativas que organizan la formación.

Analizar estos recorridos implica, entonces, reconocer que los procesos formativos se encuentran profundamente entrelazados con las dinámicas de las instituciones de salud y con los modelos de atención que estas sostienen.

En esta perspectiva, la formación en salud no puede pensarse escindida del trabajo cotidiano. La **educación permanente** en salud aporta un marco conceptual que permite comprender el proceso de trabajo como un espacio privilegiado de aprendizaje, donde la producción de saberes se da en el acto mismo de cuidar. Siguiendo a Merhy, el trabajo en salud se configura como una práctica relacional, atravesada por disputas de poder, lógicas corporativas y tensiones institucionales, en la que intervienen sujetos portadores de saberes,

valores e intencionalidades diversas. Concebir el mundo del trabajo como escuela habilita la problematización de las prácticas, la construcción de sentidos colectivos y la interrogación de las limitaciones que emergen en los espacios de formación cuando las médicas en posgrado interactúan con otros actores, disciplinas y saberes.

La **residencia médica**, como dispositivo central de la formación de posgrado, se inscribe plenamente en esta lógica. Lejos de constituirse únicamente como un espacio de adquisición de competencias técnicas, se configura como una práctica formativa intensiva y situada, que articula asistencia, docencia y servicio en escenarios reales de atención. En el caso de la Medicina General y Familiar, esta modalidad adquiere una relevancia particular, dado que se trata de una especialidad históricamente vinculada a la respuesta a necesidades sociales y a la consolidación de la Atención Primaria de la Salud como estrategia organizadora del sistema sanitario. La inserción de las médicas en formación en el Centro de Salud y en equipos interdisciplinarios favorece una mirada integral de los problemas de salud y tensiona permanentemente las formas tradicionales de organización del cuidado.

La implementación de la Residencia de Medicina General y Familiar en la ciudad de Santo Tomé constituye un ejemplo concreto de cómo la incorporación de este recurso formativo puede generar transformaciones institucionales significativas. Su puesta en marcha implicó no solo la reconfiguración de espacios y roles dentro del hospital y de los centros de salud, sino también la introducción de una perspectiva integral, interdisciplinaria y longitudinal del cuidado, con fuerte anclaje territorial y comunitario. Estos procesos de transformación, sin embargo, no se encuentran exentos de tensiones y conflictos, que se expresan en los denominados nudos críticos del proceso formativo.

Los **nudos críticos** permiten identificar aquellos problemas relevantes y determinantes que se entranan en la cotidianeidad del dispositivo de la residencia y que impactan negativamente en el logro de los objetivos propuestos. Su análisis resulta central para comprender

cómo las trayectorias de las médicas en formación se ven condicionadas por las características de la organización de los servicios, los modelos de atención vigentes y las relaciones entre los distintos actores institucionales.

Tal como plantea De Sousa Campos, en este marco, el **modelo de atención en salud** no constituye sólo una cuestión técnica ni exclusivamente política, sino una configuración tensa que expresa intereses, valores y disputas en torno a las formas de cuidar. Este modelo se materializa en organizaciones de salud complejas, atravesadas por transformaciones constantes y por demandas crecientes de los usuarios y las comunidades, lo que interpela directamente a los procesos formativos.

En este entramado cobra especial relevancia la noción de **clínica ampliada**, que propone un corrimiento desde una clínica centrada en la enfermedad hacia una clínica orientada al sujeto en su existencia concreta. Incorporar esta perspectiva implica reconocer que las dolencias no pueden comprenderse al margen de las condiciones de vida, los vínculos y los proyectos de las personas, y que el cuidado requiere necesariamente del diálogo entre disciplinas, saberes y actores. La clínica ampliada demanda, a su vez, servicios de salud con capacidad de flexibilidad organizacional y equipos preparados para sostener prácticas de encuentro y escucha.

La **interdisciplina** se presenta entonces como una condición necesaria para el desarrollo de prácticas coherentes con este enfoque. Lejos de concebirse como una simple yuxtaposición de saberes, el trabajo interdisciplinario supone la construcción de marcos comunes, el reconocimiento de las dimensiones subjetivas e intersubjetivas de los equipos y la problematización de las relaciones de poder que atraviesan los vínculos profesionales. Tal como señala Stolkiner, este enfoque reabre el debate sobre el estatuto del conocimiento científico y su articulación con otros saberes, habilitando prácticas interprofesionales orientadas a la integralidad del cuidado.

Finalmente, la **longitudinalidad** se constituye como un eje estructurante tanto del modelo de atención como de la formación en Medicina General y Familiar. La relación sostenida en el tiempo entre el médico, el equipo de salud y la comunidad permite construir procesos de cuidado continuos y comprometidos, y se vuelve un componente central de la experiencia formativa. En este sentido, el **Primer Nivel de Atención y la Atención Primaria de la Salud** se configuran no sólo como espacios físicos o niveles de atención, sino como una estrategia política y organizacional orientada a garantizar el derecho a la salud, promoviendo la participación comunitaria y la articulación de múltiples actores en la toma de decisiones.

A partir de esta articulación conceptual, el marco teórico permite situar el análisis de las trayectorias formativas de las médicas dentro de un entramado de prácticas, instituciones y modelos de cuidado. Desde esta perspectiva, las categorías desarrolladas orientan la comprensión de los procesos formativos considerando los recorridos académicos y laborales, las marcas institucionales que los atraviesan y las posiciones que las médicas ocupan en los espacios de formación y desempeño profesional.

De este modo, categorías como trayectoria, nudos críticos, clínica ampliada, interdisciplina y longitudinalidad constituyen herramientas analíticas para interpretar las experiencias de las médicas recientemente egresadas en su contexto de formación y trabajo. Así, el marco teórico establece el andamiaje conceptual que orienta la estrategia metodológica y el análisis de las tensiones, los límites y las potencialidades que atraviesan la formación en la Residencia de Medicina General y Familiar.

6. METODOLOGÍA.

6.1 Diseño general y enfoque del estudio.

El presente trabajo se inscribió en un enfoque cualitativo, de carácter exploratorio, comprensivo e interpretativo, orientado a la reconstrucción retrospectiva de las trayectorias formativas y laborales de médicas egresadas de la Residencia de Medicina General y Familiar en el Primer Nivel de Atención. Este enfoque resultó pertinente para abordar procesos complejos y situados, atravesados por dimensiones institucionales, organizacionales y subjetivas, ya que favoreció la comprensión de los sentidos que las actoras atribuyen a su experiencia formativa y a su inserción profesional.

La investigación no se orientó a la verificación de hipótesis causales ni a la medición de variables, sino a la comprensión de procesos, tensiones y configuraciones producidas en contextos institucionales específicos. El diseño metodológico se apoyó en el diálogo entre el marco teórico y el material empírico, entendiendo que las categorías de análisis se construyeron y reformularon en interacción con los datos, ya que la metodología cualitativa trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables (Minayo 2007).

Desde este enfoque, las trayectorias formativas fueron analizadas no como recorridos lineales, sino como procesos dinámicos, atravesados por tensiones, reconfiguraciones y nudos críticos, inscriptos en contextos institucionales y laborales específicos. Los autores que siguen tal corriente no se preocupan en cuantificar, sino en comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales que, a su vez, son depositarias de creencias, valores, actitudes y hábitos. Trabajan con la vivencia, con la experiencia, con la cotidianeidad y también con la comprensión de las estructuras e instituciones como resultados de la acción humana

objetivada. O sea, desde este punto de vista, el lenguaje, las prácticas y las cosas son inseparables.

Durante el proceso de elaboración del presente trabajo se emplearon herramientas digitales de apoyo con fines organizacionales. En particular, se utilizó una herramienta de inteligencia artificial generativa (ChatGPT, OpenAI) como recurso auxiliar para la estructuración de algunos apartados del texto, sin intervención en la producción de datos, el análisis empírico ni la construcción conceptual e interpretativa del estudio. Asimismo, para la transcripción de las entrevistas se utilizó el sistema de reconocimiento de voz de Google Drive. Las entrevistas fueron realizadas por la autora, de manera presencial y mediante la plataforma Google Meet.

6.2 Universo de estudio y criterios de selección.

El universo de estudio estuvo conformado por médicas recientemente egresadas de la Residencia de Medicina General y Familiar de la sede Santo Tomé, que finalizaron su formación en los años 2024 y 2025.

Se optó por un muestreo intencional y exhaustivo, que incluyó a la totalidad de las médicas egresadas del sistema formativo en el período considerado, por tratarse de un grupo acotado y directamente vinculado con los objetivos del estudio. Las egresadas se encontraban en condiciones de reconstruir retrospectivamente su trayectoria formativa y de reflexionar sobre el pasaje hacia la inserción laboral inmediata.

La elección de este universo resultó pertinente, en tanto hizo posible abordar el proceso formativo en su fase de cierre y analizar las experiencias asociadas al egreso y a las primeras instancias de ejercicio profesional.

La selección de la Residencia de Medicina General y Familiar de la sede Santo Tomé se fundamentó en su inserción en el Primer Nivel de Atención y en su relevancia como recurso formativo para el análisis de

las articulaciones entre formación, organización institucional y condiciones de trabajo en contextos concretos.

6.3 Informantes clave: tutoras de la Residencia de Medicina General y Familiar.

Con el objetivo de profundizar el análisis del entramado institucional y pedagógico de la residencia, se incorporó a médicas tutoras de la Residencia de Medicina General y Familiar de la sede Santo Tomé como informantes clave.

Las tutoras seleccionadas habían acompañado directamente los procesos formativos de las médicas entrevistadas y, además, eran egresadas de la misma Residencia. Esta doble condición —haber transitado el dispositivo como residentes y ocupar posteriormente un rol de acompañamiento pedagógico-académico— les otorgó un saber situado, construido a partir de una experiencia prolongada y significativa dentro del mismo contexto institucional.

La inclusión de las tutoras como informantes clave posibilitó el acceso a una mirada longitudinal e institucional sobre el proceso formativo, aportando elementos para identificar continuidades, rupturas y transformaciones en el dispositivo a lo largo del tiempo. Asimismo, su posición facilitó el reconocimiento de nudos críticos del recorrido de formación que no siempre emergen de manera explícita en los relatos de las egresadas, así como la problematización de las condiciones organizacionales y pedagógicas en las que se desarrolla la residencia.

De este modo, la incorporación de las tutoras no respondió a una lógica de contraste o validación de los relatos, sino a una estrategia analítica orientada al enriquecimiento de la comprensión del fenómeno, mediante la articulación de perspectivas producidas desde posiciones institucionales diferenciadas y con distintos grados de implicación en el proceso formativo.

En este sentido, las tutoras aportaron una lectura situada que articuló la experiencia individual de las egresadas con las dinámicas institucionales y pedagógicas que estructuran la residencia en el mediano y largo plazo.

6.4 Técnica de producción de datos.

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas como técnica principal de producción de datos, en tanto resultaron adecuadas para explorar trayectorias formativas y laborales desde una perspectiva cualitativa. Esta técnica articuló una guía temática común con la flexibilidad necesaria para profundizar en las experiencias singulares de las entrevistadas, recuperando los sentidos atribuidos a la residencia, al trabajo cotidiano y a las relaciones institucionales.

Las entrevistas fueron concebidas como espacios de diálogo reflexivo orientados a la construcción narrativa de las trayectorias formativas y profesionales, lo que favoreció la emergencia de dimensiones no previstas inicialmente y de aspectos vinculados a la subjetividad. Se realizaron un total de ocho entrevistas: cuatro a médicas recientemente egresadas y cuatro a médicas tutoras que participaron como informantes clave del proceso formativo, todas egresadas de la misma sede.

6.5 Guía de entrevistas.

La guía de entrevistas se organizó en bloques temáticos abiertos, que funcionaron como orientadores flexibles de la conversación. Se mantuvo un núcleo común de preguntas para residentes egresadas y tutoras, con adaptaciones específicas según el rol de la entrevistada, lo que favoreció el análisis comparativo.

Los bloques abordaron los siguientes ejes:

- Reconstrucción de la trayectoria formativa y profesional.
- La residencia como dispositivo de formación en la práctica.

- Experiencia de trabajo en el Primer Nivel de Atención.
- Vínculos, acompañamiento tutorial y trabajo en equipo.
- Interdisciplina y clínica ampliada.
- Nudos críticos y condiciones institucionales.
- Sentidos atribuidos a la Medicina General y Familiar y proyecciones profesionales.

La guía fue utilizada de manera flexible, habilitando repreguntas y profundizaciones en función del relato singular de cada entrevistada.

Esta organización posibilitó el abordaje del objeto de estudio desde distintas dimensiones, manteniendo la coherencia analítica y favoreciendo la emergencia de sentidos no previstos inicialmente.

6.6 Estrategia de análisis de los datos.

6.6.1 Primera aproximación al material empírico.

El proceso de análisis se inició de manera simultánea con la producción del material empírico y continuó durante toda la investigación, en un movimiento permanente entre la lectura de las entrevistas, la reflexión analítica y el marco teórico que orientó el estudio. Las entrevistas fueron registradas en formato de audio y posteriormente transcritas de manera textual, procurando preservar la riqueza de los relatos, sus matices y el sentido atribuido por las participantes a sus experiencias.

Una vez obtenidas las transcripciones, se realizaron sucesivas lecturas de cada entrevista con el propósito de lograr una comprensión global de los recorridos relatados, evitando una separación prematura del discurso. Esta etapa permitió familiarizarse con el material empírico, reconocer las particularidades de cada proceso formativo e identificar recurrencias, acontecimientos significativos, tensiones y aspectos que emergen de manera reiterada en las narrativas.

Más que buscar respuestas inmediatas a los objetivos de investigación, estas primeras aproximaciones estuvieron orientadas a comprender el sentido general de las experiencias relatadas, favoreciendo una lectura abierta y reflexiva que permitiera preservar la complejidad del fenómeno estudiado antes de iniciar el proceso de codificación (Minayo, 2007).

6.6.2 Codificación y construcción de unidades de significado.

Luego de las primeras lecturas, se inició un proceso de codificación abierta orientado a identificar unidades de significado presentes en los relatos de las participantes. Estos fragmentos fueron entendidos como fragmentos del discurso que expresan experiencias, percepciones, valoraciones o acontecimientos relevantes para comprender los procesos formativos y la transición al ejercicio profesional.

La codificación no respondió únicamente a la frecuencia con que determinados temas aparecían en las entrevistas, sino a su capacidad para aportar comprensión sobre el fenómeno estudiado y responder a las preguntas de investigación.

Para ello, se preservó el sentido contextual de los testimonios, evitando fragmentar los relatos de manera aislada del proceso formativo en el que se inscribían. Ello permitió reconocer relaciones entre experiencias, prácticas institucionales, modalidades de acompañamiento y condiciones de trabajo que posteriormente fueron integradas en las categorías analíticas.

6.6.3 Construcción y reformulación de las categorías analíticas.

La construcción de las categorías analíticas constituyó un proceso progresivo y dinámico, desarrollado mediante un diálogo permanente entre los objetivos de la investigación, el marco teórico y el material empírico producido durante las entrevistas. En este sentido, el análisis combinó categorías iniciales, orientadas por los principales desarrollos conceptuales sobre Educación Permanente en Salud, micropolítica del

trabajo en salud, Atención Primaria de la Salud y trayectoria formativa, con categorías emergentes construidas a partir de los relatos de las participantes.

Los primeros ejes analíticos funcionaron como orientaciones para la lectura del material y la organización de los primeros núcleos temáticos en consonancia con los objetivos específicos del estudio. A medida que avanzó el análisis, estos núcleos analíticos fueron revisados, ampliados y reorganizados a partir de las experiencias reconstruidas en las entrevistas, incorporando dimensiones analíticas no previstas inicialmente y redefiniendo otras que adquirieron nuevos significados. Este proceso iterativo evitó la aplicación mecánica de categorías preestablecidas y permitió consolidar un esquema interpretativo capaz de dar cuenta de las regularidades, tensiones, continuidades y singularidades presentes en los recorridos de las médicas egresadas y de las tutoras entrevistadas.

La matriz final de categorías analíticas constituyó el resultado de este proceso interpretativo. Su organización respondió a la necesidad de mantener coherencia con los objetivos del estudio y representar la complejidad de las experiencias reconstruidas. La reformulación progresiva de las categorías fue consistente con el carácter flexible y explicativo de la investigación cualitativa y no implicó una modificación del diseño metodológico, sino el desarrollo de una estrategia analítica coherente con este enfoque (Minayo, 2007).

6.6.4 Análisis comparativo e interpretación.

El análisis se desarrolló mediante un proceso comparativo continuo entre los relatos de las médicas recientemente egresadas y los de las tutoras participantes como informantes clave. Esta estrategia permitió identificar convergencias, divergencias y matices en relación con las experiencias formativas, las modalidades de acompañamiento, la organización del dispositivo de residencia, las condiciones institucionales y los procesos de transición hacia el ejercicio profesional.

La comparación entre ambas perspectivas no tuvo como finalidad establecer diferencias entre grupos, sino enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado a partir de la complementariedad de las experiencias reconstruidas. Mientras las médicas egresadas aportaron una mirada situada sobre sus recorridos formativos y laborales, las tutoras contribuyeron con una perspectiva institucional y longitudinal del proceso de formación.

En el proceso de interpretación de los datos, los testimonios fueron comprendidos como expresiones de procesos sociales e institucionales más amplios, cuyos sentidos se reconstruyeron a partir de las relaciones establecidas entre las experiencias narradas, las regularidades identificadas durante el análisis y los referentes conceptuales del estudio. De este modo, la interpretación procuró trascender la descripción de los relatos para reconstruir cómo las trayectorias formativas se configuraban en un entramado de prácticas, condiciones institucionales y procesos de trabajo.

En consecuencia, la elaboración de los resultados respondió a un proceso interpretativo orientado a reconstruir los sentidos atribuidos por las participantes a sus experiencias. Las citas textuales se incorporaron para sustentar las interpretaciones y preservar la voz de las participantes, mientras que la comparación entre recorridos y escenarios institucionales permitió reconocer regularidades y singularidades del fenómeno estudiado.

6.7 Reflexividad e implicancia de la investigadora.

La presente investigación se desarrolló reconociendo a la investigadora como parte constitutiva del proceso investigativo. Desde una perspectiva epistemológica, el conocimiento científico no constituye una representación directa de una realidad dada, sino un proceso de construcción en el que intervienen el sujeto cognoscente, el objeto construido y las condiciones históricas y metodológicas de producción del conocimiento (Samaja, 2004).

En consonancia con los enfoques cualitativos, se asume que quien investiga no ocupa una posición externa ni completamente neutral respecto del fenómeno estudiado, sino que participa de su construcción mediante las decisiones metodológicas, las interpretaciones realizadas y el vínculo establecido con el campo de investigación.

En este estudio, la implicancia de la investigadora adquiere una relevancia particular, dado que forma parte del dispositivo formativo analizado en su carácter de médica especialista en Medicina General y Familiar y coordinadora de la Carrera de Posgrado de la sede Centro-Norte. Esta pertenencia institucional posibilitó un conocimiento situado del contexto, de las dinámicas organizacionales y de los procesos formativos que constituyen el objeto de estudio, facilitando el acceso al campo y la construcción de un vínculo de confianza con las participantes. Al mismo tiempo, dicha proximidad requirió un ejercicio reflexivo permanente para problematizar los propios supuestos y posicionamientos.

En este sentido, durante todo el desarrollo de la investigación se procuró sostener una vigilancia epistemológica sobre el proceso de construcción del conocimiento, entendida como un ejercicio permanente de revisión crítica de las categorías utilizadas, las decisiones analíticas adoptadas y la posición desde la cual se produjo la interpretación de los hallazgos.

La incorporación de médicas recientemente egresadas y de tutoras como participantes permitió, además, poner en diálogo perspectivas diversas sobre el dispositivo analizado, evitando reducir la interpretación del proceso formativo a una única perspectiva. El análisis comparativo entre los distintos relatos favoreció la identificación tanto de experiencias compartidas como de tensiones, diferencias y singularidades presentes en los procesos reconstruidos, fortaleciendo la consistencia interpretativa del estudio.

Desde esta perspectiva, la implicancia de la investigadora no fue considerada como un obstáculo metodológico a eliminar, sino como una condición inherente a la investigación cualitativa que, al ser reconocida y analizada reflexivamente, se constituyó en un recurso para comprender de manera situada la complejidad del proceso formativo estudiado. Esta reflexión resultó coherente con los principios de la Educación Permanente en Salud que orientan la investigación, al asumir la producción de conocimiento como un proceso de problematización de la práctica y de construcción crítica sobre la propia experiencia profesional.

Finalmente, se reconoce que las interpretaciones desarrolladas en esta investigación constituyen una producción contextualizada, generada en un escenario institucional específico y desde una determinada posición teórico-metodológica. En consecuencia, los resultados no pretenden establecer generalizaciones universales, sino aportar una comprensión contextualizada de los procesos formativos de médicas recientemente egresadas de la Residencia de Medicina General y Familiar, contribuyendo a la reflexión sobre la formación y el trabajo en el campo de la Atención Primaria de la Salud.

6.8 Consideraciones éticas.

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación social en salud. La participación de las entrevistadas fue voluntaria y se contó con el consentimiento informado de todas ellas.

Se garantizó el anonimato mediante el uso de seudónimos y la supresión de datos identificatorios, así como la confidencialidad de la información producida, especialmente aquella vinculada a trayectorias formativas, laborales y condiciones institucionales. Asimismo, se cuidó que los relatos fueran utilizados exclusivamente con fines académicos, resguardando la identidad de las participantes y de las instituciones involucradas.

Del mismo modo, se procuró que la presentación de los resultados no comprometiera los vínculos profesionales ni institucionales de las participantes.

Tabla 1. CATEGORÍAS Y DIMENSIONES DE ANÁLISIS.

Categorías	Dimensiones
La residencia como dispositivo formativo	Formación en servicio; articulación teoría–práctica; aprendizaje situado; producción de saberes prácticos
Estrategias académicas	Tutorías; carrera de posgrado; espacios formativos formales e informales
Espacios institucionales	Centro de salud; hospital; otros ámbitos académicos y de rotación
Posicionamiento de los actores y dinámicas relacionales	Roles y responsabilidades de los actores, jerarquías institucionales, modalidades de acompañamiento y sostén, reconocimiento y valoración del rol, relaciones de poder en la formación
Trayectorias formativas	Ingreso a la residencia; proceso de formación; egreso
Continuidades, rupturas y reconfiguraciones	Prácticas sostenidas, elementos estructurantes, reorientaciones del dispositivo
Nudos críticos	Modalidades del proceso tutorial y del acompañamiento pedagógico

Nudos críticos de la gestión institucional y académica	Articulación entre niveles institucionales y académicos. Organización del dispositivo formativo. Trayectoria y funcionamiento de la carrera de posgrado.
Tensiones en la apropiación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)	Distancia entre discurso y práctica; límites en la aplicación de la estrategia de APS
Condiciones de trabajo y tensiones en la práctica cotidiana	Organización del trabajo, carga laboral, recursos disponibles
Transición de la residencia al ejercicio profesional	Salida del dispositivo; reconfiguración del rol profesional, de los vínculos y del trabajo en equipo
Rol de las tutoras en el dispositivo formativo	Funciones pedagógicas y de acompañamiento, mediación institucional, mirada longitudinal del proceso formativo, aportes a la identificación de nudos críticos, transmisión del modelo y formación identitaria

Las categorías y dimensiones de análisis presentadas en la Tabla 1 fueron construidas en articulación con los objetivos específicos de la investigación y el marco teórico, y se ajustaron progresivamente a partir del análisis del material empírico. Las categorías analíticas, de carácter amplio, organizan los principales ejes del proceso formativo, mientras que las dimensiones permiten desagregar y operacionalizar el análisis, recuperando la diversidad de prácticas, experiencias y tensiones identificadas. Esta matriz orientó la organización del análisis y la presentación de los resultados.

7. RESULTADOS

7.1 La Residencia como sistema formativo.

Los relatos de las médicas egresadas y de las tutoras permiten caracterizar a la Residencia de Medicina General y Familiar como un sistema formativo cuyo **eje estructurante es la práctica cotidiana en el Primer Nivel de Atención**. A diferencia de la formación de grado —descrita de manera recurrente como predominantemente teórica, fragmentada y distante de los escenarios reales de atención— la residencia es vivida como una experiencia de **formación en servicio**, donde el aprendizaje se construye de manera situada, progresiva y en estrecha articulación con el territorio, el equipo de salud y las personas usuarias del sistema.

En este sentido, las entrevistadas destacan la centralidad de las actividades territoriales y comunitarias desde los primeros momentos del recorrido formativo, señalándolas como experiencias fundantes en la apropiación de la especialidad:

“...esas cuestiones territoriales... de salir al terreno... de estar con la gente desde el principio, hacer visitas domiciliarias, fueron las que me marcaron y las que me motivaron a querer empaparme de lo que se trataba esta especialidad...”
(Egresada 4).

La práctica cotidiana en el centro de salud no aparece únicamente como un espacio de aplicación de conocimientos previamente adquiridos, sino como el principal organizador del proceso de aprendizaje. Señalan que es en la repetición de situaciones clínicas, en la continuidad del vínculo con la comunidad y en la toma de decisiones en contextos reales donde se produce la apropiación de saberes específicos de la Medicina General y Familiar:

“...no me imagino aprendiendo estas cosas de otra manera que no sea con la práctica, vos podés estudiar toda la teoría,

hacer un posgrado, pero sin lo diario de la residencia no se aprende... (Egresada 3).

Desde esta perspectiva, el recorrido formativo es descripto como un proceso intensivo de formación, que concentra experiencias diversas y complejas en un período acotado de tiempo, combinando niveles crecientes de responsabilidad con instancias de acompañamiento y resguardo institucional:

“...la residencia es como un intensivo que te prepara para el después, tenés mucha responsabilidad, pero estás resguardado, cuidado, con espalda para equivocarte y aprender...” (Egresada 3).

La experiencia formativa no se reduce a la transmisión de contenidos académicos formales, sino que se configura como un dispositivo integral, en el que el aprendizaje se produce en la interacción con otros actores y en situaciones reales de atención:

“...la formación es lo que te habilita para que vos el día de mañana puedas abordar una situación real compleja en el marco de un equipo de trabajo y que lo puedas hacer con confianza, con seguridad, en base a toda una trayectoria previa que vos tenés de formación. Y sí o sí hay que hacerlo en la práctica, eso no es teórico, hay una diferencia muy grande entre lo teórico y lo práctico y entre la realidad que atraviesa cada lugar...” (Tutora 3).

Este modo de aprender “haciendo” se inscribe en un proceso que las entrevistadas describen como gradual, en el cual la autonomía profesional se construye progresivamente a partir del acompañamiento tutorial y del intercambio diario con el equipo de salud. La permanencia en un mismo centro de salud durante los tres años favorece la construcción de una mirada integral sobre los procesos de

salud-enfermedad-atención-cuidado, así como el conocimiento del territorio y de las trayectorias de las personas atendidas:

“...la residencia de Medicina General da lugar a momentos de investigación, momentos de salidas a terreno, momentos para la gestión que se van dando de manera gradual y progresiva a lo largo del recorrido en el mismo centro de salud...” (Egresada 4).

Desde la perspectiva de las tutoras, el acompañamiento aparece como una dimensión central del proceso formativo, en tanto implica sostener el tránsito de las residentes hacia la autonomía profesional, no solo en la práctica clínica sino también en la construcción del rol y del posicionamiento como médicas generalistas:

“Para mí uno tiene que enseñar y acompañar con el ejemplo... no puedo pedir algo si yo no lo hice cuando era residente...” (Tutora 1).

“...es acompañar desde afuera, pero desde cerca, el proceso del residente...” (Tutora 2).

Asimismo, algunas señalan transformaciones en los modos de acompañamiento a lo largo del tiempo, dando cuenta de un pasaje desde estilos más verticales hacia formas más reflexivas y fundamentadas:

“Al principio todo era mucho más vertical, pero con el tiempo se fue construyendo otra forma, más de acompañar, de enseñar con fundamentos...” (Tutora 4).

La continuidad en el territorio y en el mismo centro de salud aparece como un elemento clave en la construcción del rol profesional, en tanto habilita procesos longitudinales tanto en la atención como en el aprendizaje:

“...poder acompañar procesos durante los tres años, conocer a las familias... eso es lo más gratificante y lo que más te llevás...” (Egresada 4).

El conocimiento que se produce adquiere así un carácter eminentemente práctico y situado, vinculado a la resolución de problemas concretos y a la gestión de la incertidumbre propia del ejercicio clínico en el Primer Nivel de Atención. Este saber no se agota en la adquisición de contenidos biomédicos, sino que incorpora dimensiones relacionales, organizacionales y comunitarias, configurando un modo particular de ejercer la Medicina General y Familiar.

Las médicas egresadas señalan de manera reiterada la diferencia entre la atención centrada en otros espacios de rotación (tocoginecología, sala de internación y guardias generales de segundo y tercer nivel de atención) y el trabajo longitudinal propio del Primer Nivel:

“...acá vos conocés al paciente, sabés quién es la mamá, el papá, el vecino... en la guardia es distinto, son dos conceptos distintos...” (Egresada 4).

“...uno trata de ver un poco más allá, no solamente decir le damos esta medicación y chau, sino pensar el contexto, la familia... si tiene para comer o no...” (Egresada 1).

“...el centro de salud es una herramienta para la comunidad y nosotros somos parte de ella...” (Egresada 3).

“...las dificultades fueron que no pudimos trabajar en otros espacios desde la clínica ampliada, con el resto de las disciplinas más allá de nuestra tutora de clínica o pediatría, por ejemplo, en sala general del SAMCo o la guardia...” (Egresada 1).

En conjunto, los relatos permiten caracterizar a la residencia como un instrumento formativo centrado en la práctica, que promueve un

aprendizaje situado, progresivo y colectivo, y que habilita la construcción de una mirada integral sobre los procesos de salud y cuidado. Este eje constituye un pilar central del dispositivo formativo y funciona como base para comprender tanto sus fortalezas como las tensiones y nudos críticos que serán abordados en los apartados siguientes.

7.2 Estrategias académicas del sistema formativo.

7.2.1 Articulación entre práctica, reflexión y teoría.

Una vez caracterizada la residencia como un sistema formativo centrado en la práctica situada, los relatos permiten identificar las principales estrategias académicas que sostienen ese proceso de aprendizaje. Lejos de constituirse como dispositivos aislados, estas estrategias articulan instancias formales e informales de formación, favoreciendo la integración entre la experiencia asistencial, la reflexión crítica y la construcción progresiva de autonomía profesional.

Esta dinámica aparece como un rasgo central del dispositivo formativo:

“...se articula permanentemente y simultáneamente: hoy voy al paciente, hago la práctica y eso mismo me lleva a revisar desde dónde la estoy haciendo, desde la teoría...” (Egresada 2).

La práctica es vivida como un disparador de procesos de revisión, actualización, problematización y aprendizaje; así como de reconocimiento de limitaciones:

“...eso te lleva todo el tiempo a revisar las prácticas, a actualizarte, a estudiar, nunca dejás de estudiar...” (Tutora 3).

En este marco, las entrevistadas señalan que la residencia les permitió resignificar contenidos teóricos adquiridos durante la formación de grado, otorgándoles sentido en la experiencia concreta y en el trabajo habitual con otros actores del sistema de salud:

“...En la facultad uno sabe la teoría, pero el hacer cotidiano te enseña cómo trabajar con otros, con el equipo y con la comunidad...” (Egresada 3).

7.2.2 Instancias formales de formación: tutorías y carrera de posgrado.

Entre las estrategias académicas formales, las entrevistas destacan especialmente las tutorías y la carrera de posgrado como dispositivos orientados a acompañar, organizar y problematizar el proceso de formación.

En relación con las tutorías, tanto egresadas como tutoras las describen como un espacio de acompañamiento cercano, orientado a la revisión de las habilidades clínicas, la discusión de casos y la reflexión sobre las decisiones tomadas en el trabajo diario.

Desde la mirada de las tutoras, este acompañamiento se construye como un proceso gradual, que combina supervisión y exigencia con la promoción de una mayor autonomía por parte de las residentes:

“...Siempre fue un tira y afloje entre acompañar y de a poco ir soltando, supervisar pero exigiendo sin imponer, permitiendo algunas libertades sin que se desvirtúe el proceso...” (Tutora 2).

Las médicas egresadas valoran estos espacios como instancias que les permitieron detenerse a pensar la experiencia profesional, revisar intervenciones y compartir miradas con otros actores del proceso formativo:

“...Las tutorías eran el espacio donde uno podía frenar, pensar un caso, revisar lo que había hecho y escuchar otras miradas...” (Egresada 3).

“...Con la tutora podíamos discutir por qué hacíamos tal cosa y no otra, no era solo resolver el caso sino pensar cómo y desde dónde...” (Egresada 4).

Asimismo, algunas señalan que las tutorías contribuyen a sostener determinados enfoques en el ejercicio:

“...Las tutorías ayudaban a no perder el enfoque, a pensar a la persona y no solo el síntoma, que es algo muy de la Medicina General y Familiar...” (Tutora 3).

No obstante, en los relatos también aparecen diferencias en relación con la regularidad y la sistematicidad de estos espacios, las cuales varían según los momentos del proceso formativo, los contextos institucionales y las rotaciones realizadas:

“...Hubo momentos en los que las tutorías eran regulares y otros en los que prácticamente no estaban, dependía mucho del momento y de quién estuviera y el lugar por el que estabas rotando...” (Egresada 3).

“...No siempre había un espacio fijo para tutoría, muchas veces se resolvía sobre la marcha...” (Egresada 4).

Desde la perspectiva de las tutoras, la incorporación de la carrera de posgrado contribuyó a establecer criterios más claros en relación con la formación, la jerarquización del Primer Nivel de Atención y la evaluación de las residentes:

“...Cuando empezamos con la carrera de posgrado se hizo más fácil tener un eje, un marco de evaluación y de prácticas...” (Tutora 4).

“...la implementación de la carrera vino a enfatizar al centro de salud como columna vertebral en el aprendizaje de la especialidad...” (Tutora 3).

“...todos los tutores de los centros de salud de la misma sede teníamos reuniones periódicas, todos seguíamos más o menos una misma línea de trabajo, una misma línea de evaluación y me parece que eso también era importante... al igual que encontrarnos mensualmente con las tutoras y coordinadoras de las demás sedes de centro-norte” (Tutora 2).

Las médicas egresadas también destacan el valor de estos espacios en términos de acceso a referencias teóricas y bibliográficas sumando y jerarquizando a la materia Taller de Producción como espacio de encuentro e intercambio problematizando las prácticas:

“...Las clases del posgrado eran importantes porque te daban el sustento bibliográfico, no aprender solo de lo que te dice el otro...” (Egresada 3).

“...el taller de producción era el espacio donde más se producía y enriquecía nuestro aprendizaje...” (Egresada 4).

No obstante, en los relatos también emergen observaciones críticas en relación con algunas instancias del estudio de posgrado. Algunas señalan que, en determinados momentos del recorrido, existieron contenidos desactualizados o enfoques que requirieron posteriores ajustes:

“...En algunas materias hubo desactualización en los contenidos, que después se fue mejorando...” (Tutora 3).

Asimismo, se destaca que la procedencia y el anclaje territorial de quienes dictan los espacios teóricos inciden en la experiencia formativa. En este sentido, las entrevistadas refieren diferencias entre cursar con docentes pertenecientes a la propia sede y hacerlo con docentes externos, valorando especialmente el aporte contextual de los primeros:

“...No es lo mismo tener clases con docentes de nuestra sede que con otros, porque le dan el plus del contexto...”
(Tutora 4).

De este modo, los relatos muestran que tanto las tutorías como la carrera de posgrado constituyen instancias formales centrales en la estructuración del proceso formativo durante la residencia, siendo valoradas como espacios de acompañamiento, sistematización conceptual y reflexión sobre la práctica. Al mismo tiempo, estos espacios no se presentan como espacios homogéneos ni exentos de tensiones, sino atravesados por variaciones en su implementación, actualización y grado de contextualización, aspectos que inciden en los sentidos que adquieren a lo largo del recorrido formativo.

7.2.3 Espacios informales de aprendizaje y carácter colectivo de la formación.

Junto a estas instancias formales, las entrevistadas reconocen la **existencia de múltiples espacios informales de aprendizaje** que se producen en la cotidianeidad del trabajo en los servicios: **el intercambio entre pares, la consulta espontánea a integrantes del equipo de salud y la reflexión compartida frente a situaciones complejas:**

“...aprendíamos mucho entre nosotras, comentando los casos del día, preguntándonos qué había hecho cada una...”
(Egresada 1).

“Muchas veces el aprendizaje era preguntar en el pasillo, sentarse un rato con alguien del equipo y pensar juntas qué hacer...” (Egresada 2).

“Cuando aparecía un caso complejo, lo hablábamos entre todos, no quedaba solo en una...” (Tutora 1).

Estos intercambios muestran que una parte sustantiva del aprendizaje se produce fuera de los dispositivos formales de enseñanza, a través de la interacción cotidiana con pares y equipos de salud:

“La residencia no se transita sola, se aprende mucho del otro, del equipo y de lo que va pasando en el día a día...”
(Egresada 3).

7.2.4 Un proceso formativo cuidado, con autonomía progresiva.

Las entrevistadas describen que las distintas estrategias formativas se organizan de manera progresiva, favoreciendo la adquisición gradual de responsabilidades bajo el acompañamiento de diferentes figuras institucionales:

“...Es un espacio cuidado, exigente y cansador, pero fundamental; tenés residentes superiores, tutoras, jefa de residentes e instructora...”(Egresada 4).

La progresividad del aprendizaje aparece asociada tanto a la organización por años como a las rotaciones:

“En el primer año estás más perdida, en segundo empezás a tener más independencia y en tercero ya ves todo de otra manera; es un proceso y está bien que sea así...” (Egresada 3).

Sin embargo, también emergen tensiones vinculadas al acompañamiento tutorial, especialmente en los primeros momentos de la formación y en aquellos espacios de tutoría que se desarrollan por fuera del centro de salud, en el marco de las rotaciones:

“...En el primer año el tutor tiene que orientar más esa parte de la tutorización; capaz que me faltó para sacar más frutos de algunas rotaciones, sobre todo...” (Egresada 3).

“...Al principio las tutorías estaban más alejadas de lo que pasaba en el centro de salud, costaba llevar lo que veíamos todos los días...”(Egresada 1).

En síntesis, la autonomía profesional se construye de manera gradual a partir de un entramado de apoyos institucionales y pedagógicos. Sin embargo, las posibilidades de sostener este acompañamiento se ven condicionadas por las características organizacionales de los distintos escenarios de formación, cuestión que reaparece posteriormente como uno de los nudos críticos del proceso formativo.

7.3 Espacios institucionales del proceso formativo.

Los relatos muestran que el proceso formativo de la residencia se desarrolla en distintos **espacios institucionales —el centro de salud, el hospital y los ámbitos académicos del posgrado—**, cada uno con dinámicas, objetivos y modalidades de trabajo que configuran experiencias formativas diferenciadas. Más que escenarios físicos, estos espacios representan formas particulares de organización del aprendizaje y del cuidado, cuya articulación resulta central para comprender la complejidad del dispositivo formativo.

7.3.1 El centro de salud como espacio de formación.

El **centro de salud** constituye el **principal escenario institucional** donde se materializa la propuesta formativa de la residencia. En este espacio, las entrevistadas destacan especialmente la continuidad de los vínculos con las personas, las familias y la comunidad, así como las posibilidades de desarrollar prácticas interdisciplinarias y procesos de cuidado longitudinales:

“...Ahí entendés que la Medicina General y Familiar no es sólo atender, sino formar parte de la comunidad...” (Egresada 2).

“...El centro de salud es donde realmente aprendés Medicina General y Familiar, porque ves a la persona en su contexto...”
(Egresada 4).

Desde la mirada de las tutoras, estas vivencias se asocian especialmente a la permanencia sostenida en un mismo centro de salud durante los años de capacitación, condición que posibilita un conocimiento gradual de las familias y de la comunidad que asiste al efector:

“...El hecho de estar varios años en el mismo centro permite conocer a la comunidad, a las familias, y eso es central para la formación...” (Tutora 2).

Con igual relevancia, en algunos relatos se menciona que el trabajo en el centro de salud se desarrolla junto a otros profesionales, destacando la presencia del equipo de salud como parte de la experiencia laboral durante la formación. En estos testimonios, el trabajo en equipo aparece asociado a instancias sistemáticas de encuentro y organización compartida:

“...las reuniones de equipo se llevaban adelante semanalmente, las actividades en terreno tenían su cronograma y su espacio en la agenda, y las situaciones complejas se trabajaban de manera interdisciplinaria...”
(Egresada 3).

Desde la mirada de las tutoras, las reuniones de equipo son valoradas como espacios de diálogo, intercambio y organización de la tarea en el centro de salud:

“...las reuniones de equipo son fundamentales como espacio de diálogo, para sostener el respeto por los diferentes posicionamientos...” (Tutora 1).

“...defiendo y sostengo la necesidad de las reuniones de equipo; si no se sostienen llevan al quiebre y al desgaste del equipo...” (Tutora 4).

Si bien estos espacios son valorados como componentes centrales del aprendizaje, las entrevistas también evidencian diferencias en su funcionamiento entre los distintos centros de salud, aspecto que reaparecerá posteriormente al analizar los nudos críticos del proceso formativo.

7.3.2 El hospital como espacio de aprendizaje durante la residencia.

El hospital constituye otro de los escenarios relevantes del recorrido formativo, particularmente para el desarrollo de competencias clínicas y el abordaje de situaciones de mayor complejidad. Sin embargo, las entrevistadas reconocen diferencias entre las lógicas de atención hospitalarias y el enfoque promovido en el Centro de Salud.

Las entrevistadas reconocen que si bien la rotación por el hospital forma parte del trayecto formativo, existen diferencias en el modelo de atención que se desarrolla en el Primer Nivel:

“...En el hospital aprendés mucho en lo clínico, pero es otro modelo; cuesta sostener la mirada integral que tenés en el centro de salud...” (Egresada 4).

“...Muchas veces sentía que en el hospital se perdía la persona y quedaba solo la enfermedad...” (Egresada 1).

Desde la perspectiva de las tutoras, el paso por el hospital es reconocido como una instancia necesaria dentro de la formación, y se mencionan estrategias de acompañamiento a las residentes para abordar las habilidades observadas en este espacio:

“...El hospital es necesario, pero hay que ayudar a las residentes a leer esas prácticas y a no perder el enfoque de la Medicina General y Familiar...” (Tutora 1).

En los relatos, el hospital aparece así como un espacio que forma parte del trayecto formativo de la residencia, con características y dinámicas propias del modelo hospitalocéntrico hegemónico.

7.3.3 Ámbitos teóricos - académicos en el proceso formativo de la residencia.

Los ámbitos académicos del posgrado aparecen en los relatos como espacios institucionales de encuentro entre residentes y docentes de distintas sedes, favoreciendo la circulación de experiencias, la construcción de marcos conceptuales comunes y el intercambio entre diferentes contextos de formación.

Las egresadas señalan que los espacios académicos adquieren mayor sentido formativo cuando permiten problematizar la experiencia situada del Primer Nivel de Atención, favoreciendo una lectura reflexiva de las propias habilidades:

“...Cuando en el posgrado podíamos llevar casos reales del centro de salud, ahí cobraba sentido la teoría...” (Egresada 2).

Desde la perspectiva de las tutoras, los ámbitos teóricos resultan formativos en la medida en que sostienen un diálogo efectivo con el ejercicio profesional, evitando que la teoría se configure como un saber abstracto o desvinculado del quehacer diario:

“...La teoría es fundamental, pero tiene sentido cuando dialoga con lo que pasa en el centro de salud; si no, queda muy lejos...” (Tutora 1).

En los relatos aparece reiteradamente la referencia a la carrera de posgrado como un espacio académico compartido con residentes y tutoras de otras sedes de la provincia. Las entrevistadas señalan que este dispositivo permitió acceder a contenidos, bibliografía y enfoques similares, así como compartir instancias formativas con colegas que transitaban experiencias en otros contextos institucionales:

“...Empezás a darte cuenta de que lo que te pasa no es solo de tu centro de salud, sino que hay cosas que se repiten en otros lugares...” (Egresada 3).

Asimismo, la posibilidad de acceder a un título universitario común para todas las egresadas de la provincia aparece como un aspecto significativo del proceso formativo, tanto en términos de acreditación académica como de reconocimiento del recorrido realizado durante la residencia.

7.3.4 Articulación con la Residencia de Salud Mental Comunitaria como una potencialidad formativa.

En los relatos emerge la existencia de instancias de articulación entre la Residencia de Medicina General y Familiar y la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria con la cual se comparte la misma sede administrativa. Estas experiencias son referidas como espacios de encuentro interresidencia que, cuando logran sostenerse, **resultan formativamente significativos, especialmente en términos de trabajo interdisciplinario y abordaje territorial.**

Las entrevistadas señalan que estas instancias habilitan el intercambio con disciplinas como terapia ocupacional, enfermería, psicología y trabajo social, lo que amplía la mirada clínica y enriquece la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en contextos comunitarios. En particular, algunas destacan el aprendizaje vinculado a la intervención territorial y al abordaje comunitario desde otras disciplinas, valorando la posibilidad de construir miradas compartidas más allá del enfoque médico tradicional:

“...En el centro de salud, cuando coincidimos con la residencia de salud mental, aprendí un montón, sobre todo de terapia ocupacional, de cómo trabajan en el territorio, cosas que sola no hubiera pensado...” (Egresada 3).

No obstante, los relatos muestran que el desarrollo de estas articulaciones depende en gran medida de las condiciones coyunturales y de las posibilidades organizativas de cada momento, lo que les confiere un carácter irregular y discontinuo a lo largo del recorrido formativo:

“...Hubo momentos en los que se pudo trabajar en conjunto y fue muy rico, pero después eso se fue perdiendo y no se sostuvo en el tiempo...” (Egresada 3).

Asimismo, algunas egresadas refieren dificultades para sostener dispositivos de intervención comunitaria compartidos, vinculadas a la complejidad de articular objetivos, tiempos y responsabilidades entre ambos grupos de residentes. En estos casos, la experiencia aparece marcada por intentos que no logran desarrollarse plenamente, generando sensaciones de frustración frente a proyectos que no alcanzan los resultados esperados:

“...Intentamos llevar adelante un proyecto de intervención comunitaria en el barrio con RISaMC, pero fue muy complejo coordinar y al final no se pudo sostener como lo habíamos pensado...” (Egresada 4).

Desde la perspectiva de las tutoras, estas articulaciones son reconocidas como una fortaleza potencial de la experiencia formativa, aunque, al igual que las médicas egresadas, señalan que su sostenimiento se ve limitado por las condiciones institucionales, los objetivos planteados por disciplina y año de competencia y la irregularidad de mecanismos formales que garanticen su continuidad.

En conjunto, los relatos muestran que la articulación entre ambas residencias constituye una oportunidad para fortalecer el aprendizaje interdisciplinario y comunitario. No obstante, su desarrollo depende de condiciones organizacionales que dificultan su continuidad, limitando la

consolidación de esta experiencia como componente estable del proceso formativo.

7.4 Actores del proceso formativo y relaciones en la residencia.

Los relatos muestran que el proceso formativo de la residencia se configura a partir de la interacción entre múltiples actores, cuyas posiciones, responsabilidades y vínculos inciden en las experiencias de aprendizaje. Las médicas en formación, las tutoras, los equipos de salud y los espacios de coordinación conforman un entramado relacional que organiza el desarrollo cotidiano de la residencia y condiciona las posibilidades de apropiación del rol profesional.

7.4.1 Las médicas en formación: rol activo y responsabilidades en la residencia.

Los relatos muestran que las médicas en formación ocupan una posición activa dentro del dispositivo de residencia, participando desde etapas tempranas en la atención y en la dinámica de los equipos de salud. Esta participación supone un proceso permanente de negociación entre las demandas asistenciales, las oportunidades de aprendizaje y la construcción progresiva del rol profesional:

“...Desde el principio tenés mucha responsabilidad, no sos una observadora, sos parte del equipo y eso también te exige mucho...” (Egresada 1)

“...la constante necesidad de dar respuesta a una cuestión asistencialista que no responde a un objetivo formativo como tal, y terminar respondiendo a ese asistencialismo y tal vez estabas problematizando una situación determinada con el equipo porque ameritaba más tiempo pero vos tenías la agenda de consejería y no ibas a decir bueno se suspende la atención y seguir debatiendo la situación compleja....” (Egresada 3).

Al mismo tiempo, las egresadas señalan que el reconocimiento de su rol dentro de los equipos de salud incide directamente en la experiencia formativa:

“...Cuando el equipo te reconoce como médica y no solo como residente, aprendes mucho más...” (Egresada 2).

Esta asunción de responsabilidades aparece asociada tanto a oportunidades de aprendizaje como a exigencias vinculadas al trabajo cotidiano en los servicios.

7.4.2 El rol de las tutoras en el trayecto formativo.

Las tutoras ocupan una posición de mediación entre las residentes, los equipos de salud y la institución, articulando funciones pedagógicas, asistenciales y organizacionales. Esta posición las sitúa en un lugar de acompañamiento, pero también de gestión de las tensiones propias del dispositivo formativo.

Desde la perspectiva de las tutoras con mayor experiencia, el acompañamiento se concibe como una práctica situada, que implica estar presentes sin anular la autonomía de las residentes:

“...Acompañar no es decirle qué hacer todo el tiempo, es estar, sostener y ayudar a pensar...” (Tutora 1)

A su vez, señalan el desafío de ocupar un rol intermedio entre la formación y la exigencia institucional:

“...estás entre la institución, el equipo y la residente, tratando de que el proceso no se rompa...” (Tutora 2).

No obstante, también emergen tensiones vinculadas a la disponibilidad de tiempo, la sobrecarga de tareas y las condiciones institucionales en las que se desarrolla la tutoría:

“...Muchas veces la tutoría se hace cómo se puede, en los huecos que deja el trabajo...” (Tutora 1).

“... responder a números solicitados por la gestión del momento, evitando reclamos, manejando la agenda de todo el equipo en lo diario se torna complejo encontrar el momento de revisar la manera en que una acompaña...” (Tutora 4).

En los relatos, la tutoría aparece como una habilidad que se desarrolla en condiciones diversas, atravesada por las demandas asistenciales y las posibilidades institucionales de cada contexto.

7.4.3 Los equipos de salud en la experiencia formativa de la residencia.

Los equipos de salud constituyen un actor central del proceso formativo, en tanto las posibilidades de integración de las residentes dependen en gran medida de las dinámicas relacionales y organizacionales presentes en cada efector:

“...cuando el equipo te integra, aprendes un montón; cuando no, se hace muy cuesta arriba...” (Egresada 4).

El trabajo en equipo se asocia a aprendizajes que exceden lo clínico, incorporando dimensiones organizacionales, comunicacionales y éticas:

“...aprendés a trabajar con otros, a escuchar otras miradas, eso no te lo enseña ningún libro...” (Egresada 1).

Desde la mirada de las tutoras, el equipo de salud cumple un rol formativo central, aunque condicionado por las lógicas de organización del trabajo:

“...el equipo forma, pero también está atravesado por el cansancio, la falta de recursos, la sobrecarga...” (Tutora 4).

En este sentido, los equipos no sólo representan un ámbito de inserción laboral, sino también un espacio donde se construyen

aprendizajes vinculados con la comunicación, la organización del trabajo y la toma compartida de decisiones.

7.4.4 Experiencias relacionales en el proceso formativo.

Las experiencias reconstruidas muestran que el proceso formativo no depende exclusivamente de los dispositivos pedagógicos o de la práctica asistencial, sino también de la calidad de los vínculos que se establecen entre los distintos actores del dispositivo.

Desde la perspectiva de las egresadas, sentirse acompañadas habilita la posibilidad de pensar la práctica, formular preguntas y transitar el error como parte del proceso de aprendizaje, en un contexto de confianza y sostén subjetivo:

“...sentirte acompañado hace que te animes a pensar, a preguntar, a equivocarte...” (Egresada 2).

Estas experiencias aparecen asociadas a vínculos significativos con tutoras, residentes superiores y equipos de salud, y son valoradas como un componente clave para sostener la exigencia formativa propia de la residencia. En este sentido, lo relacional no se presenta como un aspecto secundario, sino como un soporte que permite tramitar la intensidad del trabajo asistencial y la progresiva asunción de responsabilidades:

“...los compañeros de la resi fueron sostén a lo largo del camino y en oportunidades fueron quienes me sostuvieron para que no deje o para que no recaiga o no lllore y poder seguir...” (Egresada 1).

Sin embargo, los relatos también dan cuenta de experiencias relacionales marcadas por la falta de reconocimiento y la desvalorización del rol de la Medicina General y Familiar dentro de determinados espacios institucionales. Se expresan, por ejemplo, en comparaciones con otras especialidades o en la escasa valoración de las decisiones

clínicas tomadas en el primer nivel de atención donde el saber de la Medicina General y Familiar es puesto en segundo plano:

“...a veces sentís que lo que hacés no tiene el mismo valor que otras especialidades...” (Egresada 3).

Estas situaciones son vividas como limitantes del proceso de aprendizaje, en tanto generan malestar, desmotivación y tensiones en la construcción del posicionamiento profesional. La ausencia de reconocimiento no solo afecta el plano subjetivo, sino que condiciona las posibilidades de intervención y de despliegue del enfoque integral promovido por la residencia.

Desde la mirada de las tutoras, estas tensiones se expresan en una brecha persistente entre el modelo formativo que se intenta transmitir y las prácticas efectivamente habilitadas en los servicios:

“...Hay una distancia entre lo que se dice que es la Medicina General y Familiar y lo que después te dejan hacer...” (Tutora 1).

Esta distancia se inscribe en relaciones institucionales atravesadas por jerarquías, disputas de sentido y valoraciones diferenciales de los saberes, que inciden directamente en las dinámicas relacionales y en las condiciones de aprendizaje de las residentes.

En síntesis, las relaciones construidas durante la residencia constituyen una dimensión estructurante del proceso formativo. El acompañamiento, el reconocimiento y la posibilidad de construir vínculos de confianza favorecen la apropiación del rol profesional, mientras que las experiencias de desvalorización y fragmentación institucional limitan estas posibilidades y anticipan algunos de los nudos críticos desarrollados en el apartado siguiente.

7.5 Nudos críticos.

A partir de los relatos de las entrevistadas, es posible identificar una serie de nudos críticos vinculados a las condiciones en las que se desarrolla el proceso formativo de la residencia. Estos nudos emergen en las narraciones como **situaciones recurrentes que generan tensiones, dificultades o discontinuidades en la experiencia de formación.**

7.5.1 El acompañamiento tutorial: condiciones en su implementación y sostenimiento.

Aunque las tutorías son reconocidas por egresadas y tutoras como uno de los principales dispositivos pedagógicos de la residencia, los relatos muestran que su sostenimiento resulta heterogéneo y depende de condiciones organizacionales que exceden la voluntad de quienes participan del proceso formativo. Esta situación transforma al acompañamiento tutorial en uno de los principales nudos críticos del dispositivo:

“...La tutoría junto al equipo son la fortaleza de la formación...”
(Egresada 3).

“...son como un plus necesarias las tutorías, el engranaje en el acompañamiento...” (Egresada 1).

No obstante, describen una implementación heterogénea de estos espacios con variaciones en su frecuencia, duración y condiciones de realización. Mientras algunas egresadas refieren instancias tutoriales regulares y planificadas, otras relatan encuentros más esporádicos, asociados a la ausencia física de la tutora asignada a determinadas rotaciones y condicionados por la dinámica asistencial y la limitada disponibilidad institucional.

En particular, durante las rotaciones hospitalarias, el acompañamiento tutorial es descrito como escaso o poco sistemático, lo que favorece modalidades de aprendizaje centradas en el intercambio

entre residentes más que en instancias formales de tutorización. Estas situaciones aparecen vinculadas a los múltiples roles y funciones que asumen las tutoras en los distintos momentos de la organización de los servicios hospitalarios:

“...en la mater, estábamos acompañadas por los residentes superiores de gineco más que nada... la instructora junto a la nuestra nos tomaban el examen de cierre...” (Egresada 4).

Asimismo, varios testimonios señalan que las características del acompañamiento tutorial varían según el momento de la residencia. Algunas egresadas destacan la necesidad de un rol tutorial más orientador durante el primer año de formación, especialmente en relación con la organización y el aprovechamiento de las rotaciones:

“...En el primer año el tutor tiene que orientar más esa parte de la tutorización; capaz que me faltó para sacar más frutos de algunas rotaciones, sobre todo...” (Egresada 3).

De manera similar, las tutoras describen que el acompañamiento, desde el primer nivel de atención, se ve atravesado por la multiplicidad de tareas que integran su función, entre las que se incluyen la atención clínica, la supervisión de residentes, la participación en instancias institucionales y las tareas administrativas, sumado que en algunas oportunidades, se ha dado en contextos de irregularidad contractual. Estas condiciones inciden en la disponibilidad de tiempo efectivo para sostener los espacios tutoriales:

“...El acompañamiento es fundamental, pero muchas veces se hace en condiciones de mucha carga y con poco tiempo disponible...” (Tutora 1).

“...Con qué ganas vas a tutorizar a alguien... a enseñarle cosas cuando desde lo laboral está todo tan mal inestable... que una semana si y a la siguiente te cortaron las

horas o te mandan a otro lugar a brindar atención...” (Tutora 4).

Desde la perspectiva de las egresadas, esta situación se traduce en tutorías desarrolladas en tiempos acotados o superpuestas a otras actividades asistenciales, como la atención de personas o la resolución de situaciones agudas o urgentes:

“...A veces la tutoría era entre pacientes o al final de la jornada, cuando ya estábamos cansadas...” (Egresada 3).

Finalmente, desde la mirada de las tutoras, el seguimiento incluye también instancias de mediación con otros espacios formativos, particularmente en relación con las rotaciones hospitalarias. En los relatos se mencionan estrategias orientadas a revisar y contextualizar las destrezas observadas en ese ámbito en función del enfoque de la Medicina General y Familiar:

“...El hospital es parte de la formación, pero después hay que poder trabajar eso con las residentes, revisar lo que ven y cómo impacta...” (Tutora 2).

No obstante, estas intervenciones no siempre aparecen reconocidas del mismo modo en los relatos de las egresadas, dando cuenta de experiencias diversas en torno a la articulación entre tutoría y rotaciones.

En conjunto, los testimonios permiten describir que, si bien el acompañamiento tutorial es reconocido como un componente central del dispositivo formativo, su implementación concreta se ve condicionada por las características de los distintos espacios de formación, el momento del trayecto formativo y las condiciones institucionales en las que se desarrolla.

7.5.2 Gestión institucional y académica: experiencias de articulación y desarticulación entre los espacios formativos.

Los relatos muestran que la articulación entre el centro de salud, el hospital y la carrera de posgrado constituye una de las principales dificultades organizacionales del dispositivo formativo. La coexistencia de lógicas institucionales diferentes produce experiencias de fragmentación que las residentes deben resolver cotidianamente:

“...Muchas veces lo académico y lo asistencial iban por carriles distintos y era difícil articularlos en el día a día...”
(Egresada 1).

“...muchas veces lo del hospital, el centro de salud y el cursado de la carrera iban cada uno por su lado, y una tenía que arreglarse para cumplir con todo...” (Egresada 4).

Desde la perspectiva de las tutoras, esta situación se vincula con la coexistencia de formas de organización del trabajo y de la formación propias de cada ámbito —centro de salud, hospital y espacios teóricos-académicos—, que operan con tiempos, prioridades y modalidades de funcionamiento diferentes. Estas diferencias se expresan en la dificultad para articular las demandas asistenciales del centro de salud, la dinámica de las rotaciones hospitalarias y los requerimientos de la carrera de posgrado, que no siempre cuentan con instancias sistemáticas de coordinación:

“...Cada espacio tiene su lógica y no siempre dialogan entre sí...” (Tutora 2).

En este sentido, las entrevistadas describen una articulación parcial entre los distintos espacios formativos, caracterizada por la discontinuidad de instancias compartidas de planificación y reflexión. Esta fragmentación dificulta la integración entre las experiencias desarrolladas en el centro de salud, el hospital y la carrera de posgrado, generando superposición de demandas y tensiones en la organización

del recorrido formativo. En conjunto, los relatos muestran que la gestión institucional y académica incide en las condiciones en que se desarrolla la residencia, configurando una experiencia de formación atravesada por desafíos de articulación entre sus distintos espacios.

7.5.3 Condiciones de trabajo y organización de la tarea asistencial durante la residencia.

Las condiciones de trabajo emergen en los relatos como una dimensión que incide de manera directa en la experiencia de la residencia. Se describen contextos de alta demanda asistencial, con recursos limitados y modalidades de organización del trabajo en las que la lógica de la atención diaria tiende a imponerse sobre los tiempos y espacios específicamente destinados a la formación:

“...muchas veces el servicio te lleva puesto; el tiempo formativo queda supeditado a la cantidad de personas a atender...” (Egresada 4).

En este marco, refieren dificultades para compatibilizar la atención asistencial con los espacios de reflexión, acompañamiento y formación teórica. La urgencia de la tarea habitual aparece de manera recurrente como un factor que limita la posibilidad de revisar prácticas y discutir situaciones complejas:

“...Muchas veces la urgencia del trabajo no dejaba espacio para parar y pensar...” (Egresada 4).

Asimismo, describen jornadas extensas y dinámicas asistenciales que se reorganizan de manera permanente en función de la demanda, lo que afecta la previsibilidad y continuidad de espacios no asistenciales, como tutorías o reuniones de equipo:

“...había días en los que la demanda era tan alta que no había margen para otra cosa que atender y resolver lo urgente...” (Egresada 2).

Desde la perspectiva de las tutoras, estas condiciones tensionan el carácter formativo del recorrido, en tanto la organización del trabajo prioriza la resolución inmediata de la atención por sobre la planificación de instancias pedagógicas desde una planificación estratégica:

“...Cuando todo es atender y resolver, lo formativo queda en segundo plano...” (Tutora 3).

Estas condiciones muestran cómo las exigencias asistenciales tienden a desplazar los tiempos destinados a la formación, generando una tensión permanente entre la lógica del servicio y la lógica pedagógica que organiza la residencia.

7.5.4 Tensiones en la apropiación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Otro nudo crítico identificado refiere a las tensiones entre el modelo de atención promovido durante la residencia —centrado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud— y las prácticas predominantes en los distintos servicios de salud donde las médicas desarrollan su formación. Los relatos muestran que, si bien la residencia promueve una perspectiva integral, longitudinal y comunitaria del cuidado, su implementación se enfrenta cotidianamente con modalidades de organización del trabajo orientadas principalmente a la resolución inmediata de la demanda asistencial.

En las entrevistas de las médicas egresadas, esta distancia se expresa en la dificultad para sostener una mirada integral en contextos atravesados por la alta demanda asistencial, la escasez de recursos y la organización del trabajo centrada en la resolución de problemas inmediatos:

“...El enfoque estaba claro en lo teórico, pero después en la práctica muchas cosas chocaban con la realidad del sistema...” (Egresada 3).

Refieren que, en el trabajo cotidiano, las posibilidades de desarrollar intervenciones orientadas a la longitudinalidad del cuidado, al abordaje familiar o a la dimensión comunitaria se ven condicionadas por los tiempos disponibles, las exigencias institucionales y las prioridades establecidas en los servicios. En este marco, describen la necesidad de realizar ajustes permanentes entre lo aprendido durante la formación y lo efectivamente posible de llevar adelante en la práctica:

“...La formación te da un marco claro de cómo debería ser el trabajo en APS, pero después en la práctica tenés que estar todo el tiempo negociando con la realidad, con los tiempos, con lo que te piden y con lo que se puede hacer...” (Egresada 1).

Desde la perspectiva de las tutoras, estas tensiones también son reconocidas y aparecen asociadas a las condiciones institucionales en las que se insertan las residentes. Menciona que el sostenimiento del enfoque de la Atención Primaria de la Salud requiere un esfuerzo constante en contextos que no siempre lo favorecen:

“...Una trata de sostener el enfoque, pero hay condiciones que no ayudan...” (Tutora 4).

En conjunto, los relatos muestran que la apropiación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud no depende exclusivamente de los aprendizajes desarrollados durante la residencia, sino también de las condiciones institucionales y de los modelos de atención presentes en los servicios donde transcurre la formación. De este modo, el nudo crítico no radica en el conocimiento del enfoque por parte de las residentes, sino en las tensiones que se producen entre el modelo de atención que la residencia procura consolidar y las modalidades predominantes de organización del cuidado en el sistema de salud.

7.5.5 La transición a la inserción laboral y la continuidad del cuidado.

La transición hacia la inserción laboral pone en evidencia una tensión estructural entre el modelo formativo promovido por la residencia y las condiciones efectivas de ejercicio profesional disponibles tras el egreso. Las médicas egresadas describen este pasaje como una etapa de reconfiguración del rol profesional, marcada por cambios significativos en las condiciones de trabajo, la pérdida de espacios de acompañamiento y la incorporación a escenarios institucionales heterogéneos.

En este contexto, la discontinuidad de los dispositivos de sostén propios de la residencia y las características de la inserción laboral condicionan la posibilidad de sostener las prácticas promovidas durante la formación:

“...Cuando termina la residencia se siente un corte; ya no está el equipo ni la tutoría sosteniendo...” (Egresada 1).

Esta interrupción no aparece asociada a una expectativa de continuidad del rol tutorial en sí mismo, sino al pasaje a una posición profesional diferente, en la que las egresadas asumen mayores responsabilidades en la organización y el funcionamiento de los espacios de trabajo. No obstante, los relatos ponen de manifiesto que, a diferencia de la capacitación de posgrado —donde los ámbitos formativos se seleccionan y organizan procurando garantizar determinadas condiciones teóricas y pedagógicas—, la inserción laboral posterior se desarrolla en contextos institucionales heterogéneos, con equipos de salud de conformación, funcionamiento y estabilidad variables:

“...cuando salí me di cuenta que transité por un ambiente bastante controlado... no sé si me sentía tan armada para salir. Creo que me fui encontrando con el afuera que por

momentos es mucho más hostil... estar muy solo, tener que armar un mínimo equipo, encontrando voluntades, conociendo nuevos circuitos... terminás siendo un poquito de todo...”
(Egresada 2).

Al incorporarse a distintos centros de salud, las egresadas refieren encontrarse con realidades diversas en relación con la composición de los equipos, la existencia —o no— de espacios de trabajo colectivo y la posibilidad de sostener instancias de acompañamiento y reflexión compartida. Esta heterogeneidad aparece vinculada a la multiplicidad de efectores y contextos del sistema de salud, y contrasta con la experiencia formativa relativamente contenida y estructurada transitada durante la residencia.

Asimismo, destacan dificultades vinculadas a las modalidades de inserción laboral, particularmente en relación con la inestabilidad contractual, la fragmentación de los espacios de trabajo y la necesidad de desempeñarse simultáneamente en más de un efector. El pluriempleo emerge, así como una estrategia frecuente para sostener la inserción laboral, pero al mismo tiempo como una condición que tensiona la continuidad del cuidado y la posibilidad de construir vínculos longitudinales:

“...Es muy difícil sostener un seguimiento cuando vas rotando de lugar o tenés contratos cortos...” (Egresada 3).

Estas condiciones son descritas como obstáculos concretos para sostener la continuidad del cuidado y el tipo de vínculo clínico-territorial promovido durante la capacitación en servicio. La imposibilidad de permanecer en un mismo territorio, equipo o población asignada aparece reiteradamente asociada a la dificultad para desarrollar procesos de atención longitudinales, limitando la construcción de vínculos sostenidos en el tiempo:

“...Te forman para quedarte, para acompañar procesos, pero después el sistema no te ofrece lugares donde eso sea posible...” (Egresada 4).

Desde la perspectiva de las tutoras, estas tensiones también son reconocidas y se vinculan con las condiciones laborales ofrecidas por el sistema de salud una vez finalizada la residencia:

“...Si no hay continuidad laboral, es muy difícil sostener el modelo que se enseña...” (Tutora 1).

En conjunto, los relatos muestran que la transición a la inserción laboral constituye un momento de reconfiguración del ejercicio profesional, en el que las condiciones laborales disponibles tensionan la posibilidad de sostener los principios aprendidos durante la residencia. La inestabilidad contractual, la fragmentación de los espacios de trabajo y el pluriempleo aparecen como factores que dificultan la continuidad y la longitudinalidad del cuidado, evidenciando una distancia entre el modelo formativo promovido durante la residencia y las condiciones institucionales en las que las médicas desarrollan posteriormente su práctica profesional.

8. DISCUSIÓN.

El presente capítulo discute los principales hallazgos de la investigación a la luz de los objetivos planteados y del marco teórico que orientó el estudio. A partir de los resultados obtenidos, se analizan las trayectorias formativas de las médicas egresadas de la Residencia de Medicina General y Familiar de la sede Santo Tomé y los procesos de transición hacia la inserción laboral, con el propósito de comprender las condiciones que configuran la formación en este dispositivo.

Desde esta perspectiva, la residencia es comprendida como un sistema formativo en el que el aprendizaje se construye en la articulación entre la práctica asistencial, las dinámicas institucionales y las condiciones concretas de trabajo. En este marco, la discusión se organiza en torno a los principales nudos críticos identificados durante el análisis, entendidos no como dificultades aisladas o atribuibles a los actores, sino como expresiones de tensiones estructurales entre el modelo formativo que la residencia promueve y las condiciones institucionales y organizacionales en las que dicho modelo se desarrolla.

8.1 Aprender trabajando. La residencia como trama formativa situada en la producción de saber y la construcción de la subjetividad profesional.

Los resultados de esta investigación permiten comprender la Residencia de Medicina General y Familiar como una trama formativa situada, cuyo rasgo distintivo es la centralidad del trabajo cotidiano en el Primer Nivel de Atención como espacio privilegiado de aprendizaje. En este marco, la práctica clínica no constituye un ámbito de aplicación de saberes previamente adquiridos, sino un proceso formativo en el que el conocimiento se produce, resignifica y transforma de manera permanente en interacción con las personas, los equipos de salud y el territorio.

Desde esta concepción, la formación se construye en el marco del trabajo vivo en acto, entendiendo que el aprendizaje en salud emerge inseparablemente del hacer cotidiano y de la reflexión situada sobre las prácticas (Merhy, 2006). Los relatos de las médicas egresadas y de las tutoras dan cuenta de procesos de educación permanente, en los que la experiencia asistencial interpela los saberes disponibles, habilita nuevos interrogantes y promueve instancias continuas de revisión del quehacer profesional, contribuyendo a la construcción de la subjetividad profesional.

En este proceso no sólo se construyen saberes clínicos y organizacionales, sino también modos de comprender el cuidado, de vincularse con las personas y de asumir el rol profesional, configurando una subjetividad coherente con los principios de la Medicina General y Familiar y de la Atención Primaria de la Salud.

Sin embargo, estos procesos formativos se desarrollan en escenarios institucionales atravesados por una elevada demanda asistencial, escasez de recursos y modalidades de organización del trabajo que tienden a priorizar la resolución inmediata de la consulta. En este marco, la posibilidad de sostener prácticas clínicas reflexivas y cuidadas se encuentra estructuralmente tensionada. No se trata únicamente de la dificultad para desplegar una clínica ampliada orientada a la integralidad y la longitudinalidad, sino —como emerge de los relatos— de límites concretos para sostener incluso modalidades básicas del ejercicio clínico.

Esta situación puede ser leída a la luz del concepto de clínica degradada, que da cuenta de contextos en los que las condiciones de trabajo deterioran las posibilidades del ejercicio clínico, reduciendo la intervención a respuestas fragmentadas, centradas en la urgencia y desprovistas de espacios sistemáticos de reflexión (De Sousa Campos, 1993; 1997). En este sentido, los resultados muestran que la residencia sostiene un horizonte formativo orientado a la clínica ampliada, pero se desarrolla en condiciones que obstaculizan su desarrollo sostenido e

incluso tensionan las formas de práctica clínica promovidas durante la formación.

Desde esta clave, la tensión entre el modelo formativo propuesto y las condiciones concretas de los servicios no puede ser interpretada como un desajuste circunstancial ni como una dificultad individual de las residentes o las tutoras, sino como expresión de las tensiones estructurales que atraviesan el campo sanitario. La formación de posgrado se configura así como un espacio de producción de saber en contextos de alta exigencia, donde la intensidad del trabajo y la asunción temprana de responsabilidades operan simultáneamente como motor del aprendizaje y como límite para su despliegue pleno.

En consonancia con esta lectura, puede comprenderse como una modalidad de formación en servicio caracterizada por la coexistencia —no exenta de tensiones— entre las lógicas asistenciales y las lógicas pedagógicas, en la que el trabajo constituye al mismo tiempo el principal recurso formativo y una fuente persistente de desgaste (Borrell, 2005). De este modo, la trama formativa no se sitúa por fuera de las contradicciones del sistema de salud, sino que se inscribe plenamente en ellas, produciendo aprendizajes situados y una subjetividad profesional atravesada por las condiciones reales del ejercicio.

8.2 Entre lo normativo y lo estratégico: disputas institucionales y lógicas organizacionales en el dispositivo formativo.

En este encuadre, las instituciones no operan únicamente como el soporte normativo del proceso formativo, sino como espacios estratégicos en los que se producen y regulan las prácticas, los posicionamientos profesionales y los márgenes de acción disponibles para residentes y tutoras. La coexistencia de diversas lógicas organizacionales en los distintos ámbitos de formación configura escenarios desiguales para el desarrollo del enfoque integral del cuidado, dando lugar a tensiones persistentes entre el proyecto

formativo de la residencia y las reglas instituidas en cada espacio de formación (Tobar, 2002; Merhy, 2006).

Desde esta mirada, la apropiación de una concepción ampliada de la clínica no puede pensarse como un proceso lineal ni garantizado por la sola pertenencia a la residencia. Tal como señalan los desarrollos sobre la reformulación de la clínica y los modelos de atención, la ampliación del enfoque clínico se despliega en un campo atravesado por restricciones organizacionales, jerarquías profesionales y condiciones concretas de trabajo que, en muchos casos, no solo dificultan su desarrollo, sino que limitan incluso la posibilidad de sostener una práctica clínica integral básica, en los términos promovidos por el propio sistema formativo (De Sousa Campos, 1993; 1997).

En coherencia con lo anterior, los resultados muestran que la clínica ampliada se configura más como un horizonte en disputa que como una práctica plenamente consolidada. Su materialización depende de las condiciones institucionales específicas, de los márgenes de autonomía disponibles en el trabajo cotidiano y de las mediaciones que logran construirse en cada ámbito. En consecuencia, la apropiación del modelo de atención promovido por la residencia constituye un proceso necesariamente situado, atravesado por relaciones de poder, disputas entre modelos de atención y condiciones institucionales que habilitan o restringen las posibilidades de transformación de las prácticas formativas y asistenciales (Bourdieu, 2018; Merhy, 2006).

8.3 Nudos críticos como expresión de procesos estructurales que tensionan la sostenibilidad de la formación.

El análisis de los resultados permite identificar una serie de nudos críticos que atraviesan el proceso formativo de la Residencia de Medicina General y Familiar. Estos no pueden ser comprendidos como dificultades aisladas, coyunturales ni como déficits individuales de las médicas recientemente egresadas o de las tutoras, sino como expresiones de procesos estructurales que se configuran en la

interacción entre el proyecto formativo de la residencia, las lógicas organizacionales de los servicios de salud y las condiciones concretas en las que se desarrolla el trabajo cotidiano.

En consonancia con ello, los nudos críticos emergen allí donde el proyecto formativo —orientado por la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, la continuidad del cuidado, el trabajo en equipo y la clínica ampliada— entra en fricción con marcos institucionales heterogéneos, demandas asistenciales centradas en la resolución inmediata y modalidades de gestión del trabajo que no siempre acompañan dichos principios.

En los relatos analizados, estas tensiones se expresan en escenarios formativos atravesados por relaciones de poder, jerarquías de saberes, condiciones materiales diversas y disputas en torno al sentido de la práctica, que inciden directamente en los modos de aprender y de ejercer el cuidado (Merhy, 2006; De Sousa Campos, 1993; 1997).

Los resultados muestran que estas tensiones no se manifiestan de manera homogénea ni constante, sino que adquieren formas diversas a lo largo del recorrido formativo y en los distintos espacios institucionales. La fragilidad en la articulación entre instancias formativas, las dificultades para sostener el acompañamiento de manera sistemática, la sobrecarga asistencial y las condiciones de inserción laboral posteriores al egreso emergen como dimensiones que condensan estos procesos y configuran nudos críticos del sistema formativo.

Desde esta mirada, los nudos críticos identificados no invalidan el valor formativo de la residencia ni desconocen sus potencialidades, sino que habilitan problematizar las condiciones institucionales y políticas que estructuran el proceso formativo y tensionan su sostenibilidad. Estas condiciones inciden tanto en la construcción del rol profesional en la especialidad como en las posibilidades de sostener prácticas coherentes

con el modelo de cuidado integral y la estrategia de Atención Primaria de la Salud que orientan la formación.

8.3.1 El acompañamiento tutorial como sostén frágil del proceso formativo en contextos de desjerarquización institucional.

El acompañamiento tutorial emerge en los resultados como un componente central del proceso formativo, en tanto espacio privilegiado para la reflexión sobre la práctica, la discusión clínica y el sostén subjetivo frente a las exigencias del trabajo asistencial cotidiano. Sin embargo, esta función tutorial se despliega en condiciones institucionales que limitan su estabilidad y continuidad, constituyéndose en uno de los principales nudos críticos de dicho proceso.

Tal como se observa en los relatos, la tutoría funciona como un dispositivo pedagógico y subjetivo que permite tramitar las tensiones propias de la formación en servicio. Sin embargo, este acompañamiento se desarrolla en un contexto marcado por la sobrecarga asistencial, la escasa disponibilidad de tiempo protegido y la débil formalización del rol tutorial dentro de la organización del trabajo. Estas condiciones hacen que esta función se sostenga, en gran medida, a partir del compromiso individual de las tutoras, más que por mecanismos institucionales estables.

En los discursos analizados, cuando las exigencias asistenciales adquieren prioridad sobre los tiempos destinados a la reflexión y al acompañamiento pedagógico, la tutoría se configura como un sostén frágil, expuesto a discontinuidades y a procesos de desjerarquización institucional. En estos contextos, el acompañamiento tutorial no pierde su valor formativo, pero ve tensionadas sus posibilidades de sostenerse de manera sistemática y reconocida. Esta desjerarquización no refiere a la valoración individual de las tutoras, sino al lugar que ocupa la función tutorial dentro de la organización institucional del trabajo. (Merhy, 2006; Tobar, 2002).

Por otra parte, los relatos permiten identificar que el ejercicio del rol tutorial requiere no solo trayectoria clínica, sino también saberes pedagógicos específicos y condiciones institucionales que lo legitimen y lo sostengan. Cuando estas condiciones no están garantizadas, el acompañamiento tiende a reducirse a prácticas informales, sostenidas principalmente por la disposición individual de quienes lo ejercen, lo que limita su potencial como espacio colectivo de elaboración y resignificación de la práctica (Duré, 2019).

En esta clave analítica, la tutoría puede comprenderse como un espacio potencialmente instituyente en términos formativos, que disputa sentidos y habilita procesos reflexivos coherentes con la estrategia de Atención Primaria de la Salud, pero que se encuentra débilmente institucionalizado. Este nudo crítico no cuestiona el valor del acompañamiento tutorial, sino que visibiliza la necesidad de fortalecer sus condiciones estructurales para que pueda sostenerse como un componente constitutivo de la formación en servicio y no como un recurso accesorio subordinado a la lógica asistencial.

8.3.2. Tensiones en la articulación entre espacios asistenciales y académicos: fragmentación y desafíos para la continuidad formativa.

Uno de los nudos críticos que emerge con claridad del análisis es la dificultad para articular de manera sostenida los distintos espacios que componen el dispositivo formativo de la residencia —centro de salud, hospital y carrera de posgrado—. Si bien cada uno de estos ámbitos ofrece oportunidades de aprendizaje específicas, el análisis permite interpretar que operan frecuentemente bajo lógicas organizacionales y simbólicas diferenciadas, lo que genera experiencias formativas fragmentadas a lo largo del recorrido.

En los relatos de las médicas egresadas, esta fragmentación se expresa, en primer lugar, en la percepción de una limitada integración entre los espacios académicos y asistenciales. Se señalan dificultades

para articular los contenidos teóricos con el quehacer diario, especialmente cuando las demandas asistenciales imponen ritmos y prioridades que no dialogan con los tiempos de reflexión y sistematización propuestos desde la formación teórico-académica, situación que aparece como una debilidad persistente del proceso formativo (Abramzón et al., 2012).

Desde una mirada institucional, los resultados permiten interpretar esta fragmentación como el efecto de modelos de gestión y de organización del trabajo organizados bajo lógicas diferenciadas y escasamente articuladas. En los distintos espacios de formación analizados, estas lógicas se traducen en la coexistencia de ámbitos que no siempre dialogan entre sí, generando superposición de demandas, tensiones en la distribución de los tiempos y limitaciones para sostener instancias compartidas de reflexión, rasgos característicos de sistemas organizados en torno a lógicas sectoriales y jerárquicas (Tobar, 2002).

Del mismo modo, el estudio muestra que los distintos espacios asistenciales se asocian a modelos de atención y de organización del trabajo diferenciados. Mientras que el centro de salud es construido en los relatos como un espacio predominantemente asociado a la continuidad del cuidado, el abordaje integral de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado y el trabajo en equipo, el ámbito hospitalario aparece vinculado con mayor frecuencia a lógicas de atención centradas en episodios agudos, especialización e intervenciones focalizadas.

Esta coexistencia de modelos de atención y de formación no constituye solo una diversidad de escenarios formativos, sino que expone a las profesionales residentes a racionalidades clínicas parcialmente contradictorias, que tensionan la construcción de un posicionamiento profesional coherente. En este sentido, el desarrollo sobre la reformulación de la clínica y de los modelos de atención advierten que los enfoques hegemónicos, basados en la fragmentación del sujeto y del proceso de cuidado, entran en conflicto con perspectivas

orientadas a la integralidad y a la continuidad de las prácticas (De Sousa Campos, 1993; 1997).

Desde esta concepción, la Atención Primaria de la Salud no puede ser entendida únicamente como un nivel de atención, sino como una estrategia que propone determinados modos de organización del trabajo, del vínculo clínico y de la producción del cuidado. Los resultados muestran que esta concepción no se despliega de manera homogénea en los distintos espacios de la experiencia formativa, lo que genera tensiones en la consolidación de un posicionamiento profesional coherente con la especialidad y en la integración de los aprendizajes a lo largo del recorrido de la residencia.

8.3.3 Sobrecarga asistencial y micropolítica del trabajo: efectos en la construcción del rol profesional en la Medicina General y Familiar.

Las condiciones de trabajo en las que se desarrolla la residencia emergen como un nudo crítico estructural del sistema formativo, en tanto inciden directamente en los modos cotidianos de aprender y ejercer la práctica médica. La elevada demanda asistencial, la escasez de recursos y la organización del trabajo en los servicios configuran un escenario en el que la formación se produce, muchas veces, bajo una lógica centrada en la respuesta inmediata a la demanda que tensiona los tiempos necesarios para la reflexión y la elaboración colectiva de la práctica, afectando de manera específica la construcción del rol profesional propio de la Medicina General y Familiar, cuyo ejercicio se sustenta en la integralidad del cuidado, la longitudinalidad y el trabajo territorial.

En los registros narrativos aparece de manera recurrente la experiencia de cansancio y desgaste, asociada a la dificultad para compatibilizar la atención clínica con los espacios de formación. Los procesos de aprendizaje en salud se inscriben en la micropolítica del

trabajo vivo en acto, en tanto no se aprende exclusivamente en instancias formales, sino en las condiciones concretas en las que se produce el cuidado (Merhy, 2006). Cuando dichas condiciones están dominadas por la presión asistencial, las posibilidades de interrogar críticamente la práctica y producir transformaciones se ven significativamente restringidas, lo que impacta directamente en la experiencia formativa.

Desde este enfoque, la sobrecarga asistencial no constituye únicamente un problema organizativo, sino un factor que incide en la producción de subjetividad profesional. Los contextos de trabajo marcados por la presión asistencial y la resolución inmediata de la demanda dificultan el despliegue de una clínica ampliada, centrada en el sujeto y en la integralidad del cuidado (De Sousa Campos, 1997). En los discursos analizados, esta tensión se expresa en la dificultad para sostener espacios de pensamiento clínico, trabajo en equipo y reflexión crítica sobre las situaciones complejas.

Asimismo, las tutoras señalan que estas condiciones afectan el despliegue del acompañamiento formativo, en tanto la presión asistencial y la multiplicidad de tareas reducen la disponibilidad de tiempo protegido para la tutoría. Cuando la formación no es reconocida como parte constitutiva del trabajo en los servicios, los dispositivos formativos tienden a sostenerse de manera precaria, dependiendo de estrategias individuales de compensación desarrolladas por quienes participan del proceso formativo (Duré, 2019; Borrell Bentz, 2005). Los resultados del estudio dan cuenta de esta situación, evidenciando la fragilidad de los espacios tutoriales en contextos de alta demanda.

Desde una mirada institucional más amplia, estas tensiones pueden ser comprendidas como parte de modelos de gestión que priorizan la productividad asistencial y la respuesta inmediata a la demanda por sobre la construcción de procesos formativos reflexivos. Estas configuraciones organizacionales tienden a invisibilizar el tiempo de formación, generando un desajuste estructural entre los objetivos

pedagógicos de la capacitación en servicio y las lógicas de funcionamiento del sistema de salud (Tobar, 2002).

En conjunto, los resultados permiten afirmar que las condiciones de trabajo y la sobrecarga asistencial no solo limitan dispositivos específicos del proceso formativo, sino que inciden de manera decisiva en la construcción del rol profesional como médicas especialistas en Medicina General y Familiar. La formación en contextos atravesados por la urgencia y la fragmentación de las tareas tiende a consolidar modos de ejercicio centrados en la resolución inmediata de la demanda, restringiendo la posibilidad de construir una identidad profesional reflexiva, con capacidad de problematizar el quehacer cotidiano, sostener el trabajo en equipo y asumir un posicionamiento clínico-político acorde a la especialidad.

8.3.4 La estrategia de Atención Primaria de la Salud como horizonte formativo en disputa.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) promovida por la residencia se configura, en el recorrido formativo, como un horizonte ético-político que organiza el modo de comprender el rol profesional. Sin embargo, su puesta en acto se encuentra atravesada por tensiones persistentes en los distintos espacios institucionales, que se expresan en un proceso permanente de tensión entre los principios incorporados y las condiciones concretas del trabajo diario en los servicios de salud.

En los relatos analizados se observa una adhesión sólida a la APS en el plano valorativo y conceptual. La integralidad del cuidado, la mirada territorial, la longitudinalidad y el trabajo en equipo aparecen como dimensiones constitutivas del posicionamiento profesional. No obstante, esta apropiación se ve tensionada cuando las condiciones institucionales —especialmente en aquellos ámbitos institucionales donde predominan lógicas de atención centradas en la resolución episódica y la especialización— restringen los márgenes de acción

necesarios para desplegar dichas prácticas. De este modo, se configura una brecha persistente entre el modelo formativo promovido y las posibilidades reales de su implementación en la práctica.

Desde esta perspectiva, la transformación de los modelos de atención no puede reducirse a la transmisión de principios o valores, sino que requiere modificaciones en las formas de organización del trabajo y en las relaciones de poder que estructuran la práctica clínica (De Sousa Campos, 1993). Los resultados muestran que la formación de posgrado logra consolidar la APS como marco interpretativo del rol médico, pero que su materialización se ve condicionada cuando este horizonte entra en contacto con lógicas organizacionales instituidas que priorizan la resolución inmediata de la demanda, la fragmentación de los procesos de cuidado y la productividad asistencial.

Estas tensiones pueden ser interpretadas a la luz del concepto de clínica degradada, entendido como el proceso mediante el cual la práctica clínica se reduce a una respuesta instrumental y episódica, perdiendo su dimensión reflexiva, relacional y contextual (De Sousa Campos, 1997). En determinados escenarios institucionales, las condiciones de trabajo no solo dificultan el despliegue de una clínica ampliada, sino que comprometen incluso la posibilidad de sostener formas básicas de una clínica integral, en los términos promovidos por el propio sistema formativo. La sobrecarga asistencial, la fragmentación del cuidado y la presión por la productividad emergen como factores que empobrecen el acto clínico y limitan la construcción de vínculos significativos con las personas y las familias.

La imposibilidad de sostener la longitudinalidad del cuidado constituye uno de los puntos de mayor tensión identificados. La continuidad en el tiempo, componente central del sentido del trabajo en Medicina General y Familiar, aparece reiteradamente obstaculizada por la fragmentación de los recorridos formativos y la inestabilidad de los ámbitos institucionales (Gérvás et al., 2012). Esta discontinuidad impacta no solo en la práctica asistencial, sino también en el posicionamiento

profesional de las médicas en formación, generando sentimientos de frustración e incoherencia entre la formación recibida y la práctica posible.

Desde una perspectiva institucional, estas tensiones pueden comprenderse como expresión de disputas de sentido en torno al lugar de la Atención Primaria y de la Medicina General y Familiar dentro del sistema de salud. La integralidad del cuidado y el trabajo interdisciplinario no se producen de manera espontánea, sino que requieren marcos organizacionales y simbólicos que los legitimen (Stolkiner, 1999). En los relatos, la APS aparece frecuentemente subordinada frente a modelos de atención más tecnificados o especializados, lo que condiciona los márgenes de acción de las residentes y el reconocimiento de su rol profesional.

En síntesis, la incorporación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud no constituye un proceso lineal ni plenamente garantizado por la formación. Se trata de una construcción situada, atravesada por condiciones institucionales que habilitan o restringen su puesta en acto. La formación de posgrado consolida la APS como horizonte ético-profesional y como matriz de sentido del rol médico, pero su realización cotidiana se ve tensionada por lógicas organizacionales que, en muchos casos, reproducen formas de empobrecimiento del acto clínico. Esta tensión no anula el modelo, pero sí lo somete a un trabajo permanente de negociación, adaptación y resignificación por parte de las médicas recientemente egresadas.

8.3.5. La inserción laboral y sus implicancias para la consolidación de la longitudinalidad del cuidado.

La transición del proceso formativo al ejercicio profesional como especialista emerge en los resultados como uno de los nudos críticos más relevantes y persistentes. Este pasaje no se presenta como una continuidad natural del recorrido previo, sino como un momento de quiebre que expone con particular crudeza las tensiones entre la

estrategia de Atención Primaria de la Salud aprendida durante la formación y las condiciones concretas de inserción laboral disponibles en el sistema de salud.

Los relatos permiten comprender este momento como una etapa atravesada por la pérdida del acompañamiento propio de la residencia —tutorías, equipo estable, espacios de reflexión compartida— y por la necesidad de reconfigurar el rol profesional en contextos institucionales más fragmentados. Esta vivencia de discontinuidad no se reduce solamente a un registro subjetivo, sino que se inscribe en transformaciones objetivas de las condiciones de trabajo: cambios en las modalidades de contratación, inestabilidad laboral, rotación entre múltiples espacios y debilitamiento del anclaje territorial.

La falta de articulación entre la formación de posgrado y políticas de desarrollo y sostenimiento de recursos humanos en salud en el Primer Nivel de Atención constituye una de las principales brechas para el sostenimiento de prácticas coherentes con una APS integral (Abramzón et al., 2012). En este sentido, los resultados del presente estudio muestran que la residencia logra formar profesionales especialistas con una fuerte orientación hacia la continuidad del cuidado, pero el sistema de salud no siempre ofrece condiciones que permitan materializar dicha orientación una vez finalizada la formación.

La longitudinalidad del cuidado no constituye únicamente un atributo organizacional del Primer Nivel, sino un componente central del sentido del trabajo profesional y de la calidad de la atención (Gérvás et al., 2012). En los relatos analizados, la imposibilidad de sostener vínculos en el tiempo —debido a contratos precarios, cargos temporales o múltiples inserciones laborales— es vivida como una contradicción profunda con el modelo de Medicina General y Familiar aprendido en el recorrido formativo.

La transición hacia la inserción laboral puede ser comprendida como un momento de reconfiguración del campo profesional, en el que

el capital formativo adquirido durante la residencia entra en tensión con las condiciones y reglas que organizan el mercado laboral (Bourdieu, 2018). Las médicas egresadas se encuentran con un campo que no siempre valora ni reconoce las competencias específicas construidas en el Primer Nivel de Atención, lo que las obliga a desplegar estrategias de adaptación que pueden implicar la fragmentación del trabajo y el debilitamiento del proyecto profesional inicialmente construido.

Los modelos de gestión en salud condicionan de manera decisiva las prácticas profesionales, más allá de la formación recibida (Tobar, 2002). En contextos donde predominan lógicas de gestión orientadas a la productividad, la resolución rápida de la demanda y la flexibilización laboral, la posibilidad de sostener prácticas centradas en el vínculo, la prevención y el trabajo territorial se ve seriamente limitada. Los relatos muestran que estas lógicas no solo afectan la organización del trabajo, sino que inciden en la identidad profesional y en el sentido atribuido al ejercicio de la Medicina General y Familiar.

La inserción laboral implica un pasaje desde un espacio formativo que reconoce y habilita el trabajo vivo en acto hacia escenarios donde dicho trabajo se ve restringido por marcos institucionales que priorizan otras lógicas (Merhy, 2006). En este aspecto, las egresadas despliegan esfuerzos por sostener el enfoque de APS, pero reconocen los límites estructurales que condicionan sus posibilidades de acción.

Un aspecto central que emerge de los resultados es que esta transición no puede ser comprendida como una dificultad individual de las egresadas ni como una falta de preparación para el ejercicio profesional. Por el contrario, los relatos evidencian que las médicas egresadas cuentan con herramientas conceptuales, clínicas y relacionales sólidas, pero se enfrentan a un sistema que no garantiza continuidad laboral ni condiciones adecuadas para desplegar el modelo aprendido. Esta situación produce una tensión sostenida entre el deseo de permanecer en el Primer Nivel de Atención y las posibilidades reales de hacerlo en condiciones dignas y coherentes con la estrategia de APS.

En este sentido, la transición de la residencia al ejercicio profesional especializado se configura como un punto crítico donde se condensan múltiples dimensiones analizadas a lo largo del trabajo: las condiciones de trabajo, las lógicas institucionales, los modelos de gestión y las disputas de sentido en torno al rol de la Medicina General y Familiar. La fragilidad de este pasaje pone en evidencia la necesidad de pensar políticas integrales que articulen formación, empleo y organización del sistema de salud, de modo de evitar que el esfuerzo formativo realizado durante la residencia se vea erosionado.

En conjunto, este nudo crítico expone que la sostenibilidad de la estrategia de Atención Primaria de la Salud no depende únicamente de la calidad del sistema formativo, sino de la existencia de condiciones institucionales y laborales que permitan dar continuidad a las prácticas aprendidas. La ruptura de la longitudinalidad del cuidado, lejos de ser un fenómeno accidental, emerge como una expresión estructural de las tensiones entre formación y sistema de salud, constituyendo uno de los principales desafíos para la Medicina General y Familiar.

8.4 Emergentes del proceso formativo.

8.4.1 La Práctica Final Obligatoria como umbral de conocimiento y elección de Medicina General y Familiar.

Uno de los emergentes más significativos del análisis, no previsto inicialmente en los objetivos del estudio, refiere al lugar que ocupa la Práctica Final Obligatoria (PFO) del grado en la aproximación a la Medicina General y Familiar y en la construcción de condiciones para su posterior elección como especialidad. En los relatos, la PFO aparece como el primer contacto sistemático con el Primer Nivel de Atención y como una experiencia que habilita nuevas formas de comprender el rol médico, así como sobre el enfoque de cuidado asociado a la Atención Primaria de la Salud. Este emergente incorpora una dimensión no prevista inicialmente que amplía la comprensión de las trayectorias formativas vinculadas con la elección de la especialidad.

Los resultados muestran que el primer acercamiento significativo a la Medicina General y Familiar se produjo en instancias finales del recorrido de grado, cuando la PFO posibilitó una experiencia situada en los centros de salud, con contacto directo con la comunidad, el trabajo territorial y el abordaje integral de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Este hallazgo permite problematizar la PFO no solo como una instancia curricular de cierre, sino como un umbral de pasaje formativo, en tanto introduce a las y los estudiantes en escenarios y prácticas escasamente integrados en otros momentos del grado.

Desde la perspectiva de las trayectorias formativas, este emergente dialoga con los aportes que conciben las elecciones profesionales como procesos socialmente situados, atravesados por condiciones estructurales de acceso diferencial a determinados espacios de formación y práctica. En los relatos analizados, la elección de la Medicina General y Familiar no aparece como una decisión individual aislada, sino como una posibilidad que se construye a partir de un contacto tardío y acotado con este campo dentro del trayecto formativo de grado. En esta línea, el momento y el modo en que la especialidad se hace visible parecen incidir en su reconocimiento simbólico y en su valoración como opción profesional (Bourdieu, 2018).

De igual manera, los resultados se articulan con antecedentes que señalan las dificultades persistentes para lograr una articulación temprana y sostenida entre la formación de grado y el Primer Nivel de Atención. Desde esta lectura, la PFO emerge como una instancia que contribuye parcialmente a reducir dicha brecha, aunque lo hace en una etapa avanzada del recorrido académico, cuando muchas representaciones sobre el ejercicio profesional ya se encuentran en proceso de consolidación (Abramzón et al., 2012).

Desde una lectura institucional, este emergente permite tensionar la organización curricular del grado en medicina y su relación con la formación de posgrado. Tal como señalan los estudios sobre educación

médica, el sistema de formación en servicio adquiere un peso central cuando el grado no logra ofrecer experiencias significativas y sostenidas en escenarios reales de Atención Primaria. En el material empírico analizado, la residencia aparece, en varios casos, más como la profundización de una experiencia iniciada de manera tardía en la PFO que como la continuidad de un proceso formativo progresivo iniciado desde los primeros años de la carrera (Borrell Bentz, 2005).

En el mismo material empírico, la PFO aparece como un espacio que habilitó el reconocimiento de otras formas posibles de ejercer la medicina, más vinculadas al trabajo en equipo, al territorio y a la continuidad del cuidado. Estas dimensiones, que no siempre ocupan un lugar central en la formación de grado, adquieren visibilidad en este tramo final del recorrido académico y parecen resonar posteriormente en la elección de la residencia en Medicina General y Familiar.

No obstante, los resultados no permiten afirmar de manera concluyente que la PFO opere como un dispositivo plenamente instituyente. Más bien, se presenta como un espacio de posibilidad, cuya incidencia en la construcción de posicionamientos profesionales aparece mediada por múltiples factores, entre ellos las trayectorias previas, las experiencias concretas transitadas y las condiciones institucionales en las que se desarrolla dicha práctica.

En síntesis, la emergencia de la Práctica Final Obligatoria como umbral de conocimiento y aproximación inicial a la Medicina General y Familiar pone en evidencia una tensión estructural entre el diseño curricular del grado y los principios que orientan esta especialidad. Lejos de constituir un hallazgo marginal, este emergente permite comprender el papel estratégico de la PFO en la visibilización de la Medicina General y Familiar y en la habilitación de procesos de identificación profesional que inciden en la elección de la formación de posgrado. En esta línea, los resultados refuerzan la necesidad de pensar estrategias de articulación curricular e institucional más tempranas y sostenidas entre la

formación de grado, el posgrado y los escenarios del Primer Nivel de Atención.

8.4.2 El compromiso subjetivo en el sostén de la estrategia de Atención Primaria de la Salud: potencialidades y límites.

Más allá de los nudos críticos previamente analizados, los relatos permiten identificar un fenómeno transversal que no había sido considerado inicialmente como categoría de análisis, es el peso que adquiere el compromiso subjetivo de las médicas recientemente egresadas para sostener el enfoque de la Atención Primaria de la Salud en contextos institucionales que no siempre lo garantizan. La persistencia de prácticas orientadas a la integralidad del cuidado, la longitudinalidad y el trabajo territorial aparece frecuentemente asociada a convicciones personales y a elecciones éticas individuales, más que al respaldo sistemático de dispositivos institucionales estables.

Este compromiso se expresa en los relatos a través de referencias a la necesidad de “poner el cuerpo”, “sostener el enfoque a pesar de las condiciones” o “buscar la manera” de mantener prácticas coherentes con la formación recibida aún en marcos organizacionales adversos. Estas expresiones dan cuenta de una fuerte apropiación del modelo de APS y de una identidad profesional comprometida con sus principios, pero también permiten interpretar un proceso de creciente sobre-responsabilización subjetiva en la sostenibilidad del cuidado.

A partir de esta lectura, el modelo formativo de la residencia puede ser comprendido como un proceso que no se reduce a la transmisión de saberes técnicos y prácticas asistenciales, sino que promueve la construcción de un posicionamiento ético–político frente al ejercicio profesional. La formación en Medicina General y Familiar implica, en esta línea, una construcción ética y política respecto de los modos instituidos de organización del trabajo en salud y de los modelos de atención hegemónicos, orientando a las médicas hacia prácticas coherentes con los principios de la Atención Primaria de la Salud (De

Sousa Campos, 1993; 1997). En los relatos analizados, esta toma de posición se encarna principalmente en las trayectorias individuales, configurando perfiles profesionales fuertemente identificados con los valores de la APS.

Sin embargo, cuando este posicionamiento ético-profesional no se encuentra acompañado por condiciones institucionales que lo sostengan, se ponen en evidencia los límites de un compromiso subjetivo que tiende a transformarse en una exigencia implícita hacia las propias profesionales. El cuidado en el Primer Nivel de Atención, entendido como trabajo vivo en acto, requiere no solo disposición y compromiso individual, sino también dispositivos colectivos y organizacionales que lo reconozcan, lo protejan y lo hagan sostenible (Merhy, 2006). La fragilidad o ausencia de estos soportes tiende a desplazar la responsabilidad hacia el plano individual, invisibilizando las dimensiones estructurales que condicionan la práctica.

Este emergente dialoga asimismo con la caracterización de la Medicina General y Familiar como una “filosofía de vida”, presente en los relatos analizados. Si bien esta concepción fortalece el sentido del trabajo y la identidad profesional, también puede operar como un mecanismo que naturaliza la sobreexigencia y el desgaste, especialmente en contextos de precariedad laboral y alta demanda asistencial. En este sentido, la apelación al compromiso personal aparece como una respuesta adaptativa frente a un sistema que no siempre garantiza las condiciones necesarias para el despliegue del modelo aprendido.

Lejos de desestimar el valor de este compromiso, los resultados permiten advertir sobre la necesidad de problematizar sus límites. La sostenibilidad del enfoque de Atención Primaria de la Salud no puede descansar exclusivamente en la vocación o en la militancia individual de las médicas generalistas, sino que requiere marcos institucionales, políticas de gestión y condiciones laborales que acompañen y legitimen dichas prácticas. De lo contrario, el compromiso subjetivo tiende a

operar como un recurso compensatorio frente a la fragilidad estructural del sistema.

En coherencia con ello, este emergente refuerza uno de los núcleos problemáticos centrales del trabajo: la tensión entre un modelo formativo potente en términos éticos y profesionales, y un entramado institucional que delega en las trayectorias individuales la responsabilidad de sostenerlo. Visibilizar esta dimensión resulta clave para evitar lecturas idealizadas de la APS y para situar el debate en el plano de las condiciones colectivas necesarias para su implementación efectiva.

9. CONCLUSIONES.

Las trayectorias formativas analizadas en este estudio permiten comprender a la Residencia de Medicina General y Familiar como un dispositivo formativo complejo, situado y atravesado por tensiones estructurales. Lejos de configurarse como recorridos lineales y homogéneos, las experiencias de formación se construyen en la intersección entre los principios que orientan la estrategia de Atención Primaria de la Salud y las condiciones institucionales concretas en las que se desarrolla el trabajo cotidiano. La investigación muestra que la construcción del rol profesional se produce en un escenario marcado por negociaciones, discontinuidades y reconfiguraciones permanentes, donde conviven aprendizajes significativos construidos en el Primer Nivel de Atención con límites derivados de la fragmentación institucional, la sobrecarga asistencial y la heterogeneidad de los espacios formativos.

En relación con el objetivo propuesto, el estudio permitió analizar de manera situada cómo se configuran las trayectorias formativas de las médicas egresadas de la Residencia de Medicina General y Familiar de la sede Santo Tomé, atendiendo a la incidencia de las condiciones institucionales, las lógicas organizacionales y los posicionamientos de los distintos actores en la experiencia formativa. A partir del análisis de los relatos, fue posible identificar tensiones estructurales vinculadas al acompañamiento tutorial, la articulación entre espacios asistenciales y académicos, las condiciones de trabajo y la transición a la inserción laboral, como dimensiones centrales para comprender los desafíos actuales de la formación en Medicina General y Familiar.

Uno de los aportes principales del estudio consiste en visibilizar que la residencia opera como un espacio privilegiado de producción de saber en el trabajo, donde la estrategia de Atención Primaria de la Salud adquiere densidad formativa y practicabilidad cotidiana. Tutorías sistemáticas, equipos relativamente estables, espacios de reflexión colectiva y un reconocimiento institucional explícito del enfoque promovido configuran un entramado que habilita prácticas orientadas a

la integralidad del cuidado, la longitudinalidad y el trabajo territorial. Al mismo tiempo, queda expuesto que esta potencia formativa se encuentra tensionada por condiciones organizacionales y laborales que limitan la posibilidad de sostener dichas prácticas de manera homogénea en los distintos espacios del sistema formativo.

En este entramado, el rol tutorial emerge como un componente clave para la sostenibilidad del dispositivo formativo. Los hallazgos muestran que una parte sustantiva de la articulación entre espacios con lógicas heterogéneas descansa en prácticas de acompañamiento, mediación y traducción que, en muchos casos, se sostienen más por el compromiso individual de las tutoras que por condiciones institucionales consolidadas. La disponibilidad efectiva de tiempo, el reconocimiento del rol y la estabilidad de las condiciones laborales aparecen así, como dimensiones que inciden directamente en la posibilidad de sostener espacios de reflexión, seguimiento y coherencia formativa.

Otro hallazgo relevante refiere a la transición entre la residencia y la inserción laboral posterior, identificada como un momento especialmente sensible del recorrido profesional. La interrupción de los espacios de guía formativa, la heterogeneidad de los equipos de trabajo y las condiciones de inestabilidad laboral emergen como factores que dificultan la continuidad de prácticas aprendidas durante la formación, particularmente aquellas vinculadas a la longitudinalidad del cuidado y al trabajo territorial. Esta discontinuidad pone en evidencia una brecha persistente entre el horizonte formativo promovido por la residencia y las condiciones concretas de ejercicio profesional ofrecidas por el sistema de salud.

Como aporte adicional, el estudio permitió visibilizar un emergente no previsto inicialmente: el lugar que ocupa la Práctica Final Obligatoria del grado como instancia significativa de contacto con el Primer Nivel de Atención y con modalidades de ejercicio profesional que enfatizan el trabajo en equipo, el abordaje territorial y la continuidad del cuidado. No obstante, su incidencia en la elección de la especialidad y en la

construcción del posicionamiento profesional no aparece como un efecto homogéneo ni lineal, sino como un espacio de posibilidad mediado por trayectorias previas, experiencias concretas y condiciones institucionales específicas.

Desde una perspectiva más amplia, los resultados sugieren que la estrategia de Atención Primaria de la Salud encuentra en la formación de posgrado un marco institucional que favorece su despliegue en el quehacer cotidiano. Sin embargo, una vez finalizado el trayecto formativo, muchas de las condiciones que sostienen estas prácticas —como el rol tutorial, la estabilidad de los equipos y los espacios de reflexión colectiva— no encuentran continuidad en los ámbitos de inserción laboral. En este sentido, la investigación pone de relieve que la formación de profesionales comprometidos con la APS no resulta suficiente si no se articula con políticas laborales, de gestión y con transformaciones en las lógicas organizacionales de los servicios

En cuanto a los alcances y límites del estudio, los resultados se inscriben en un análisis cualitativo desarrollado en una sede específica de residencia, lo que no habilita generalizaciones estadísticas. Sin embargo, esta delimitación refuerza el valor del estudio como producción de conocimiento situada, capaz de ofrecer claves analíticas transferibles para pensar procesos formativos similares en otros contextos del Primer Nivel de Atención.

Finalmente, los hallazgos abren interrogantes y líneas de trabajo futuras en torno a la articulación entre grado y posgrado, la institucionalización de espacios colectivos de tutoría, las condiciones organizacionales de los servicios de salud, las modalidades de inserción laboral de las y los médicos generalistas y las políticas públicas necesarias para sostener en el tiempo la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Asimismo, ponen de relieve la necesidad de fortalecer políticas públicas que articulen estos componentes y favorezcan la continuidad de las prácticas promovidas durante la formación.

Comprender estas trayectorias formativas y profesionales no constituye únicamente un ejercicio académico, sino una contribución al campo de la Salud Pública, en tanto permite problematizar los modos de formación, las condiciones de trabajo y los dispositivos institucionales que hacen posible —o tensionan— la construcción de un sistema de salud orientado al cuidado integral, la equidad y la justicia social.

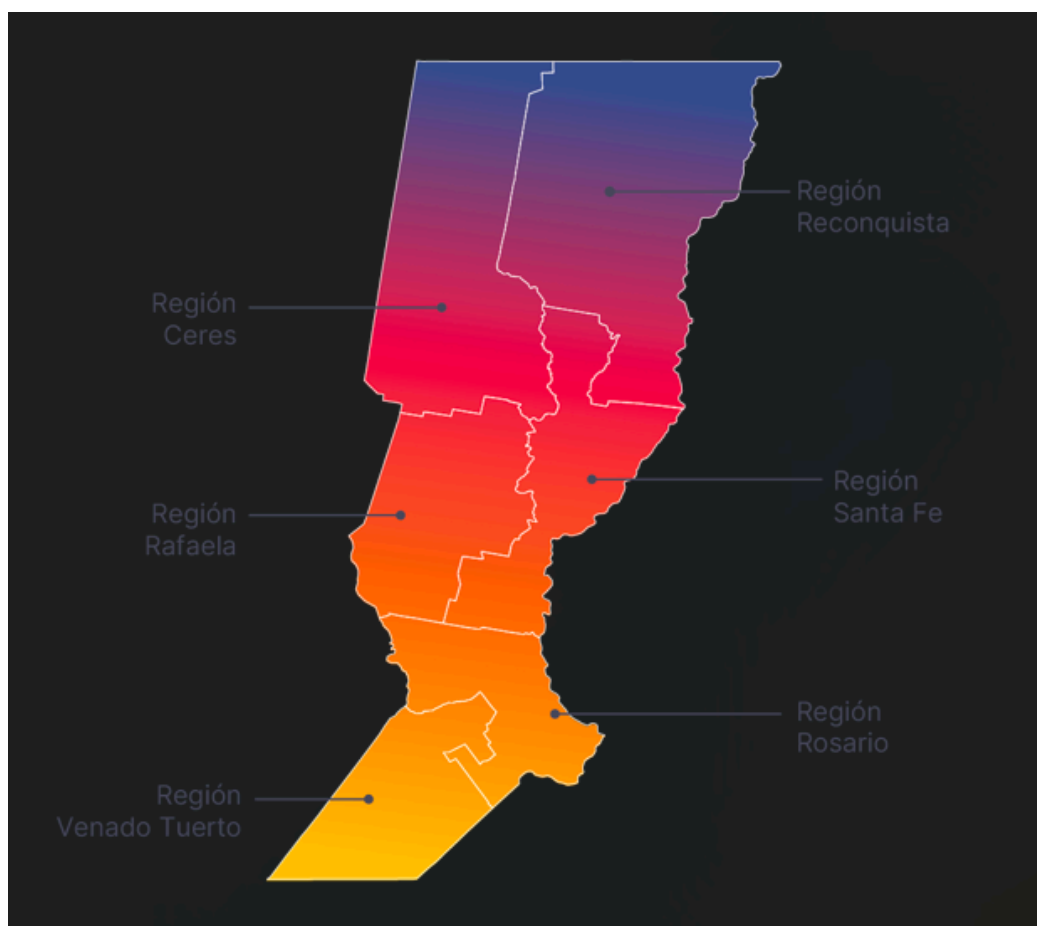
Los hallazgos de esta investigación permiten sostener que la formación de profesionales comprometidos con el cuidado integral no puede desvincularse de la construcción colectiva de un sistema de salud capaz de alojar, reconocer y sostener esas prácticas como parte constitutiva de su proyecto sanitario. En este sentido, fortalecer la Medicina General y Familiar como especialidad supone también fortalecer las condiciones institucionales, organizacionales y laborales que hacen posible la Atención Primaria de la Salud como estrategia efectiva para garantizar el derecho a la salud.

“Sostener recorridos formativos exige que el territorio no sea solo escenario de aprendizaje, sino una responsabilidad colectiva del sistema de salud.”

10. ANEXOS.

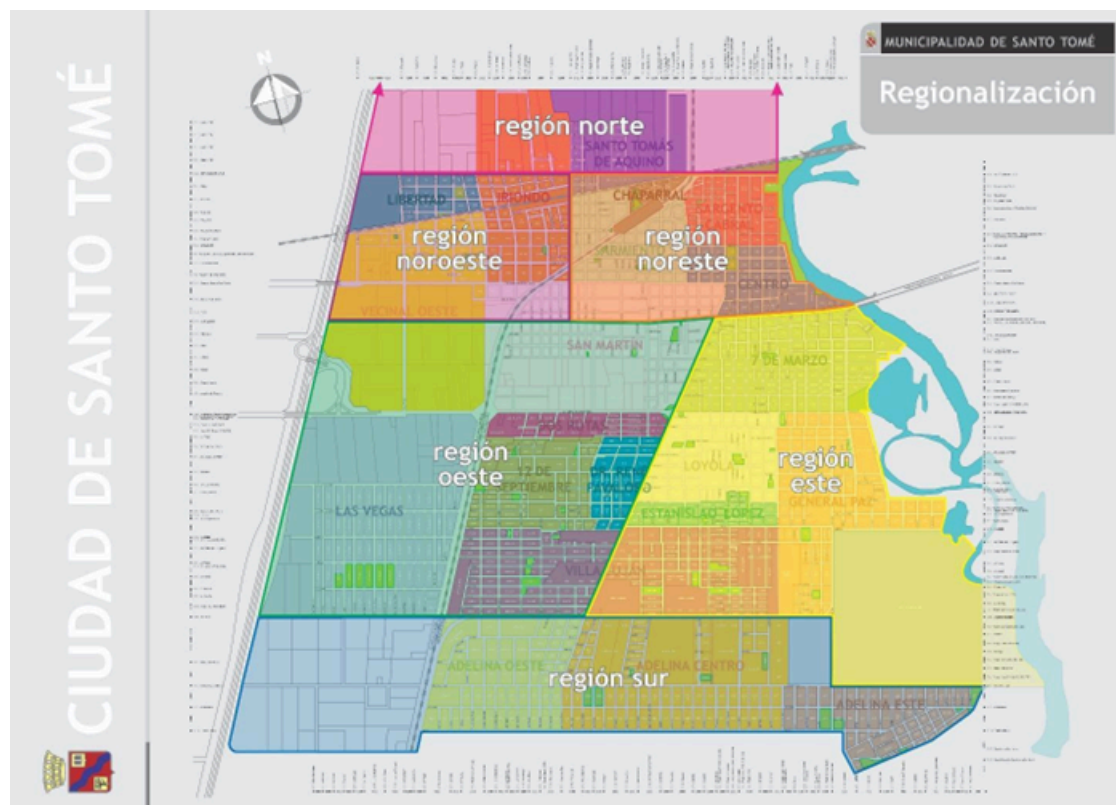
El presente anexo incluye mapas de regiones sanitarias a nivel provincial y local, incorporados con el objetivo de contextualizar territorialmente el estudio y respaldar la fundamentación del problema de investigación. Estos materiales permiten situar la residencia analizada dentro de la organización regional del sistema de salud, aportando información relevante sobre la distribución de efectores, áreas programáticas y referencias institucionales.

Los mapas no constituyen objetos de análisis en sí mismos, sino que funcionan como insumos complementarios para la comprensión del contexto sanitario en el que se desarrolla la experiencia formativa estudiada.



Mapa con las 6 regiones de salud de la provincia de Santa Fe.

<https://www.santafe.gov.ar/>



Mapa de las 6 regiones de la ciudad de Santo Tomé (3 CAPS en región norte y 4 CAPS en región sur). <https://www.santotome.gob.ar/>

11. BIBLIOGRAFÍA.

Abramzón, M., et al. (2012). *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: Ciudad de Buenos Aires y Municipio de Rosario*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigguba/20121107040720/dt62.pdf>

Acosta Fernández, M. (2016). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación en Educación Médica*.

Borrell Bentz, R. M. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/educamed_arg_rmb.pdf

Bourdieu, P. (2018). Carrera académica: una mirada desde el concepto de trayectoria. *Ciencia y Sociedad*, 43(3), 13–23.

<https://doi.org/10.22206/cys.2018.v43i3.pp13-23>

De Candia, L. F., & Geuna, J. D. (2023). La formación de posgrado en Pediatría en centros de salud de Rosario. Un estudio cualitativo. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario*, 3, 37–46.

<https://doi.org/10.35305/fcm.v3i.107>

De Candia, L. (2025). *La formación de las y los médicos generalistas en centros de salud de la ciudad de Rosario* [Tesis]. Universidad Nacional de Rosario.

<https://rephip.unr.edu.ar/items/5bba3e29-bfd2-4c74-9505-46194c77d6f1>

De Sousa Campos, G. W. S. (1993). Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. *Cuadernos Médico Sociales*, (65–66). Rosario.

De Sousa Campos, G. W. S. (1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

De Souza Minayo, M. C. (2007). INVESTIGACIÓN SOCIAL. Teoría, método y creatividad. (primera edición, segunda reimpresión). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Duré, M. I. (2019). *Evaluación del Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. Estrategias y herramientas pedagógicas* (Ediciones 2013, 2014, 2015 y 2017).

García Robelo, O., & Barrón Tirado, C. (2011). Trayectoria escolar de estudiantes de doctorado en Pedagogía. *Perfiles Educativos*, XXXIII(131).

Gérvás, J., Pérez Fernández, M., & Sánchez Sánchez, R. J. (2012). Longitudinalidad y medicina general/de familia. *Gaceta Sanitaria*, 26(Supl. 1), 52–56.

Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas de Medicina General y/o Familiar. (2010). Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Marin, G. (2011). *Entre el deseo y la realidad: relaciones entre el perfil de egresado postulado y el efectivamente alcanzado en la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata*.

Merhy, E. E. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147–160.

Samaja, J. (2004). EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA. Elementos para una teoría de la investigación científica (tercera edición, cuarta reimpresión). Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Campo Psi*.

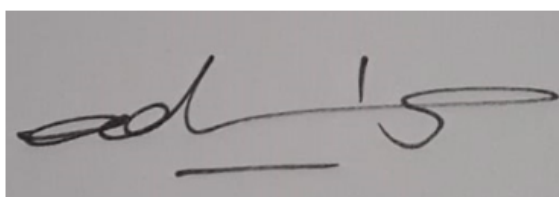
Suarez, V. (2025). "Ser generalista, entre el imaginario de la profesión y los condicionantes del sistema. Expresiones sobre la práctica profesional de médicas y médicos vinculados a la Residencia de Medicina General y Familiar de Ushuaia".

<https://famg.org.ar/archivos/Listado-de-trabajos-aceptados-y-resumenes-40-CONGRESO-FAMG-2025.pdf>

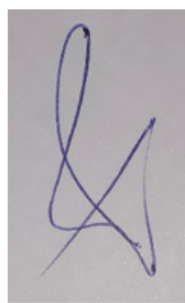
Tobar, F. (2002). *Modelos de gestión en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Velurtas, M., & Guardia, V. (2018). Medidas socioeducativas y trayectorias escolares: nudos críticos en las intervenciones interdisciplinarias. Corte Suprema de Justicia de la Nación.

<https://www.csjn.gov.ar/bgd/verMultimedia?data=2889>



Mabel Andrea Obregon



Maria Belen Vergara