



| UNR



CENTRO DE ESTUDIOS  
INTERDISCIPLINARIOS

TESIS MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**EDUCACIÓN MÉDICA DE POSGRADO PARA UNA CLÍNICA HUMANIZADA.  
EL CASO DE LOS CENTROS DE SALUD DE ROSARIO.**

“El educador democrático no puede negarse el deber de reforzar,  
en su práctica docente, la capacidad crítica del educando,  
su curiosidad, su insumisión.” (Freire, 1997:27)

Alumno: Lucas F. De Candia

Director: Mariano Mussi

Co Directora: María Laura Saraceni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS  
INSTITUTO DE LA SALUD JUAN LAZARTE

**ROSARIO, ABRIL 2020**

## **DEDICATORIA**

A LAS TUTORAS Y LOS TUTORES DE CENTROS DE SALUD DE LA  
CIUDAD DE ROSARIO, POR SU INQUEBRANTABLE COMPROMISO ÉTICO  
CON EL TRABAJO COTIDIANO

A LOS USUARIOS DE LA RED DE SALUD, QUIENES CON SUS  
SINGULARES EXPERIENCIAS ME AYUDARON A VER MAS ALLÁ DE LOS  
LIBROS

## **AGRADECIMIENTOS**

A SOFI Y A JESY POR SER UN SOSTÉN EN EL COTIDIANO DE MI VIDA

A CONCE, OSCAR, FLORENCIA Y GERMÁN POR SU APOYO Y SU  
AMOROSA PRESENCIA

A MARIANO MUSSI Y A MARIA LAURA SARACENI POR SUS  
ACOMPAÑAMIENTOS Y SUS CONSEJOS

A VALERIA BULLA Y EL COLECTIVO DE LAS Y LOS GENERALISTAS, POR  
AYUDARME A RETOMAR PERMANENTEMENTE LA DISCUSIÓN SOBRE EL  
SENTIDO DEL TRABAJO EN SALUD

## INDICE

	Pag.
<b>1. RESUMEN</b>	1
<b>2. FUNDAMENTACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO</b>	2
<b>2.1. La educación médica de posgrado</b>	2
2.1.1. Breves referencias históricas	2
2.1.2. Crisis, necesidad de reforma y desafíos del siglo XXI	4
2.1.3. Algunos antecedentes de relevancia	8
<b>2.2. El contexto: la red de salud pública de Rosario y la atención primaria de la salud</b>	13
<b>3. PROBLEMA Y OBJETIVOS</b>	21
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	24
<b>4.1. De la biomedicina a la clínica humanizada</b>	24
4.1.1. Algunas determinaciones históricas	24
4.1.2. Consolidación del modelo biomédico	27
4.1.3. Criticas y necesidad de superación	30
4.1.4. Los modelos de clínica y el trabajo en salud	32
<b>4.2. El aprendizaje dialógico/problematizador y la reflexión crítica en la práctica</b>	38
4.2.1 El aprendizaje dialógico/problematizador	40
4.2.2 El profesional reflexivo	43
4.2.3 La educación permanente en salud	46
4.2.4. El desarrollo de saber práctico a partir del trabajo concreto	47
<b>5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA</b>	49
<b>6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: DIÁLOGOS ENTRE LA BIBLIOGRAFÍA Y EL CAMPO</b>	54
<b>6.1. La formación médica de posgrado en CS de la ciudad de Rosario</b>	54
<b>6.2. La formación práctica de los médicos pediatras en CS de la ciudad de Rosario</b>	61
6.2.1. El modelo de clínica y la necesidad de ampliar la formación hospitalaria: impacto de la diversidad del trabajo en CS.	61
6.2.2. El rol del tutor, el aprendizaje y las estrategias pedagógicas	66
6.2.3. Otros espacios como estrategias educativas: lo comunitario, lo interdisciplinario y lo intersectorial	71
6.2.4. Algunas dificultades en la formación de posgrado en pediatría: los mecanismos de resistencia y la reflexión práctica.	72
<b>6.3. La formación práctica de los médicos generalistas en CS de la ciudad de Rosario</b>	76
6.3.1. La necesidad de un modelo de clínica humanizada y cuidado integral.	76
6.3.2. El tutor como guía y el aprendizaje problematizador	78
6.3.3. Aprendizaje problematizador: desde el consultorio con tutor a la población a cargo. La diversidad de experiencias clínicas como elemento de aprendizaje	83
6.3.4. Los mecanismos de resistencia y la reflexión crítica de la práctica clínica: necesidad y dificultades	85
<b>7. CONCLUSIONES A MODO DE SÍNTESIS Y REFLEXIONES FINALES</b>	93
<b>7.2. Sintetizando el caso de los pediatras</b>	93
<b>7.3. Sintetizando el caso de los generalistas</b>	94
<b>7.4. Reflexiones finales</b>	97
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	100
<b>9. ANEXOS</b>	107

## **1. RESUMEN**

El presente trabajo se propone explorar las estrategias educativas que despliegan tutores y médicos en formación de posgrado para resolver la distancia identificada entre la diversidad de formas de sufrimiento y los protocolos del modelo biomédico, en centros de salud (CS) de Rosario. Surge del supuesto de que dichos espacios podrían ofrecer oportunidades particulares para un aprendizaje problematizador, crítico y favorecedor de una clínica humanizada y contextualizada. En el trabajo clínico en CS, tutores y médicos, se exponen a diversas situaciones de sufrimiento, las que desde su singularidad suponen una imposibilidad de aplicación mecánica de protocolos clínicos. En la actualidad, se identifica la necesidad de superación de la biomedicina como modelo médico dominante. El objeto del trabajo clínico, desde una perspectiva superadora, es una construcción a partir del diálogo entre el saber instrumental y la experiencia del trabajador y el saber práctico y la propia experiencia de sufrimiento del individuo. El contexto del estudio es la red sanitaria de la Municipalidad de Rosario que presentó un particular desarrollo del sector salud en los últimos 30 años. Se realizó un estudio cualitativo con entrevistas semi-estructuradas a médicos tutores y médicos en formación de posgrado en CS.

## **2. FUNDAMENTACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO**

El presente trabajo se propone explorar las estrategias educativas que despliegan tutores y médicos en formación de posgrado para resolver la distancia identificada entre la diversidad de formas de sufrimiento y los protocolos del modelo biomédico, en centros de salud de la ciudad (CS) de Rosario. Surge del supuesto de que dichos espacios podrían ofrecer oportunidades y características particulares para un aprendizaje problematizador, crítico y favorecedor de una clínica humanizada y contextualizada. En el trabajo clínico en CS, tutores y médicos en formación, se exponen a diversas situaciones de sufrimiento, las que desde su singularidad suponen una imposibilidad de aplicación mecánica de protocolos de clínicos.

De alguna manera, el problema a investigar es, al mismo tiempo, una búsqueda y una introspección en el propio proceso de transformación de la mirada clínica. Como médico graduado de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), inicié un camino de revisión crítica de la práctica clínica a partir de las primeras experiencias de trabajo en un CS de Rosario, en el marco de la formación práctica de posgrado como médico generalista. Posiblemente, este estudio acarrea la inevitable marca de una necesidad personal de entender y re pensar ese proceso.

### **2.1. La educación médica de posgrado**

#### **2.1.1. Breves referencias históricas**

Abraham Flexner, académico y educador norteamericano, es considerado un hombre clave en la historia de la educación médica. Su famoso informe, de más de 100 años de antigüedad, ha marcado un antes y un después en el enfoque, la organización y los objetivos de las escuelas de medicina de Estados Unidos (EEUU) y de Canadá. Asimismo, décadas más adelante de su publicación en 1910, su influencia tuvo fuertes impactos en la educación médica latinoamericana. (Flexner, 1910) El estudio fue financiado por la Fundación Carnegie y, en el mismo, visitó 155 escuelas de Medicina. Las

variables de análisis y comparación en cada escuela, incluidas en el reporte publicado, fueron: población de la ciudad, condiciones de ingreso, cantidad de estudiantes que asisten, recursos disponibles, planta de profesores, facilidades de laboratorio y facilidades clínicas. A partir de sus observaciones, concluye que en EEUU se forman más médicos que la cantidad requeridas, que la distribución de ellos es irregular, que éstos médicos están mal capacitados, que existen demasiadas escuelas de medicina y la calidad de formación que ofrecen es baja. Finalmente, define que el país necesita menor cantidad de médicos y con una preparación superior y que los observados bajos estándares de educación de los médicos no deben constituirse en el método usual para proveer profesionales a las comunidades. (Flexner, 1910) Realiza recomendaciones que marcaron un antes y un después en la educación médica en EEUU y, luego, en Latinoamérica:

- El conocimiento de las ciencias biomédicas es la base necesaria e imprescindible de la formación de los médicos. En consecuencia, toda escuela de medicina de calidad debe contar con un ciclo básico enfocado en las ciencias básicas (física, química, fisiología, anatomía) y, luego, un ciclo clínico organizado por disciplinas, concentrando la asistencia en el nivel individual y la atención por especialidades.
- El hospital es el lugar de prácticas necesario, debe contar con su propio staff de médicos y se debe cotejar el número de camas disponibles en función de la cantidad de alumnos.
- Las escuelas de medicina deben ser evaluadas y acreditadas en relación a los criterios antedichos. Aquellas que no alcancen un estándar mínimo de acreditación, no deben ser habilitadas para formar médicos.

El modelo que Flexner tomaba como su ideal de programa educativo era la Universidad John Hopkins. El corazón de su mirada sobre la educación médica era que el razonamiento analítico formal de las ciencias naturales debería ser central en el entrenamiento intelectual de los médicos. El gran poder del informe derivaba del énfasis en las bases científicas de la práctica médica, la naturaleza exhaustiva de su encuesta y el atractivo de su mensaje para la población estadounidense. Su impacto fue relevante en favorecer la reforma de la educación médica americana. Si bien, su informe no fue el

disparador inicial de dicha reforma, que ya estaba en curso, su crítica basada en la baja calidad de las escuelas, la poca preparación científica de los profesores/docentes, lo inadecuado de los currículos y las facilidades otorgadas por la gran cantidad y disponibilidad de escuelas de medicina fue favorecedor. En consecuencia, se destacan algunos de los impactos del informe Flexner en las escuelas de medicina norteamericanas: (Cooke, 2006; Borrell, 2005)

- Reducción del número de escuelas: de 147 en 1910 a 76 en 1929.
- Tanto en las disciplinas científicas básicas como en los departamentos clínicos se alcanzó a tener docentes a tiempo completo.
- Se definieron pre requisitos académicos para el ingreso: estudios de biología, química y física.
- Cambios en los currículos sumando énfasis en los estudios de laboratorio de las ciencias básicas.
- Avances importantes en el control de los hospitales por parte de las universidades.

### **2.1.2. Crisis, necesidad de reforma y desafíos del siglo XXI**

Los profesionales de la salud hicieron contribuciones a la salud y el desarrollo socioeconómico en el siglo pasado, pero, en la actualidad, se observan nuevos desafíos que exigen reformas en las prácticas sanitarias y en la educación médica. En el mundo actual es pertinente y prioritario re pensar las estrategias de formación de profesionales de salud. Estas deben orientarse en función de las necesidades locales de las comunidades, en busca de mayores niveles de equidad y en la perspectiva de una educación transformadora. Se presentan nuevos desafíos en el siglo XXI como las desigualdades en salud entre países e intra países, el fracaso colectivo en aplicar un criterio de equidad en los avances en salud, el advenimiento de nuevos riesgos infecciosos, medioambientales y conductuales, las transiciones demográficas y epidemiológicas, y la dificultad de los sistemas de salud para estar a la altura de los nuevos retos, al mismo tiempo que se tornan complejos y costosos. En general, la educación médica se basa en un currículo

fragmentado, obsoleto y estático que proyecta a producir graduados mal equipados o inadecuadamente capacitados para abordar las necesidades de los sistemas de salud y las poblaciones. Se identifican algunos problemas generales en la educación médica de principios de siglo XXI: desfases entre las competencias profesionales y las necesidades de los pacientes y de la población, deficiente trabajo en equipo, enfoques técnicos estrechos sin una comprensión conceptual amplia (mirada clínica reducida), encuentros episódicos en lugar de un cuidado continuo de la salud, orientación predominantemente hospitalaria a expensas de la atención primaria, entre otros. (Frenk J, 2010)

Existe cierto consenso respecto de la necesidad de transformar los espacios y estrategias de formación de médicos de grado y posgrado. A pesar de los grandes avances científico-tecnológicos, un número importante de personas continúan sufriendo y muriendo a consecuencia de problemas de salud prevalentes y conocidos. Surgen evidencias de un claro agotamiento del paradigma flexneriano que exigen el desarrollo de nuevos modelos de formación de profesionales de salud. En general, los modelos de aprendizaje están basados en el dominio y transmisión de conocimiento y habilidades enfocados en los últimos avances técnico-científicos, como modelo de buena práctica profesional. Los currículos suelen estar orientados a incorporar este bagaje cognitivo. De este modo, la práctica educativa pasa a ser una mera simulación de un trabajo clínico dentro del modelo biomédico. Esto motiva la necesidad de modelos de formación con profundo conocimiento académico pero contextualizados en los espacios reales de los servicios de salud y contemplando las necesidades y determinantes concretos de vida de los usuarios. Modelos en los que el aprendizaje basado en memorización y transferencia unidireccional de conocimientos y habilidades sea sustituido por propuestas de auto aprendizaje y educación permanente. (Machado y otros, 1997)

Se ha propuesto la existencia de un modelo alternativo y contrapuesto al flexneriano, denominado "crítico". El mismo se fundamenta en el marco de la Medicina Social (MS) y la Salud Colectiva (SC) latinoamericana como movimiento teórico-práctico que surge en la década del '70. La intención fue

tomar conceptos y métodos de las ciencias sociales para describir y analizar los problemas de salud. Trascender e incluir la mirada biologicista de la salud-enfermedad, pasar de relaciones mono o multicausales (o factores de riesgo) a la noción de determinaciones con diferentes niveles de análisis, superar la conceptualización estática de la enfermedad por la idea de proceso salud-enfermedad-atención (PSEA), entre otras. (Granda, 2004; Borrel, 2005; Laurell, 1982; Galeano, 2011; Nogueira, 2009)

El marco político económico del surgimiento de la MS/SC latinoamericana fue la incapacidad de los sistemas de salud de abordar los problemas de las poblaciones, el creciente costos de los servicios y las tecnologías, y el lanzamiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como mecanismo para generar equidad en el acceso a la atención, poniendo el foco en los usuarios y los territorios. (Granda, 2004; Rovere, 2012)

En la década de 1970, en diferentes puntos del planeta la desigualdad en la distribución de los recursos se desmarcaba como determinante de la irregular distribución de las enfermedades y la heterogeneidad de indicadores. En Latinoamérica, muchos países se hallaban bajo el manto de autoritarismo de los gobiernos militares que implementaron políticas de marcada línea neoliberal con las conocidas consecuencias de incremento de las desigualdades y su impacto en la salud de las poblaciones. En ese contexto, la Declaración de Alma Ata de 1978 establece que la salud "es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo". (Declaración de Alma Ata, 1978) Rovere destaca que las ideas trascendentales de esos años surgen en la conjunción de una serie particular de factores: la emergencia del capitalismo como nuevo orden económico mundial, la crisis del petróleo, la aún vigencia de la Guerra Fría, una particular presencia de la Socialdemocracia en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en UNICEF, la presencia de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) y un gobierno Demócrata en Estados Unidos. Asimismo, el aumento de los costos de la atención médica relacionado al desarrollo tecnológico y a la influencia del Complejo Médico Industrial (CMI) ponía en jaque las capacidades de los sistemas de salud de sostener los servicios de salud. (Rovere, 1999)

El primer nivel de atención perfila a constituirse en el lugar estratégico para abordar la complejidad de los problemas de mayor impacto en salud de individuos y poblaciones en un futuro cercano. La formación de posgrado de los profesionales de salud en general y de los médicos en particular debe planificarse con este eje central. La organización y el funcionamiento de los sistemas de salud como redes, con flexibilidad en sus mecanismos en función de las necesidades de los usuarios, se presentará como un desafío. Los médicos para estas coyunturas deberán ser profesionales especializados en el trabajo interdisciplinario e intersectorial, en la adscripción de familias en su contexto de vida y en el seguimiento de cuadros clínicos de larga duración, en la lectura crítica de la exponencial información científica disponible y en la educación permanente con énfasis en los problemas contextualizados de la práctica clínica y desde una perspectiva estratégica y transformadora de la realidad. Es decir, las redes de salud y sus usuarios empiezan a exigir profesionales “híbridos”, con capacidad de adaptarse rápidamente a diferentes escenarios. (Rovere, 2012)

Desde sus orígenes las tensiones entre las residencias médicas y los servicios asistenciales fueron evidentes y complejas. En Argentina, los servicios de salud constituidos como espacios de formación de médicos especialistas atraviesan la dificultad de favorecer la enseñanza y, al mismo tiempo, resolver los problemas de los usuarios que se atienden. En no pocas oportunidades esto deriva en un pobre acompañamiento de los residentes <sup>A</sup> y, al mismo tiempo, una sobrecarga de tareas. (Duré, 2015; Borrell, 2005)

Las carreras de posgrado desarrolladas en Argentina fuertemente a partir de la década del 90 sumaron el aporte académico de las universidades y, en el mejor de los casos, al desarrollo de ciclos teóricos y cuerpos docentes de jerarquía y reconocida trayectoria. Sin embargo, entran con fuerza en la Argentina neoliberal de la década de 1990 y lo hacen desde una visión de la educación como negocio, con muy baja preocupación en la investigación y mucho menos en el compromiso social. (Spinelli, 2015) En relación a la tensión compleja entre las necesidades de los servicios y el proceso de aprendizaje de

---

<sup>A</sup> Residentes: médicos incluidos en programas de formación de posgrado con responsabilidad asistencial y, en general en la provincia de Santa Fe, rentados.

los residentes, la introducción de las carreras de posgrado no hizo más que sumar actores con intereses propios sin una intervención contundente en términos de transformaciones de los espacios de formación práctica de los médicos. Los modelos de atención, los procesos de trabajo y la organización de las instituciones en donde los médicos realizan sus prácticas de formación de grado y posgrado determinan el perfil de trabajador y el enfoque de praxis médica a reproducir en el futuro. (Borrell, 2005; Spinelli, 2015)

Diversos autores abonan a la necesidad de *des hospitalizar* la formación médica de grado y posgrado como estrategia de transformación de la educación médica orientada a la APS, a las prácticas profesionales centradas en los sujetos y sus contextos de vida y contextualizadas en la coyuntura real de los servicios de salud, a la priorización de la relación médico-paciente y las tecnologías blandas, y a la utilización criteriosa y apropiada de los avances técnico-científicos. (Feuerwerker y otros, 2000; Peixoto y otros, 2019; Machado y otros, 1997)

### **2.1.3. Algunos antecedentes de relevancia**

Diferentes experiencias en países latinoamericanos dan cuenta de la necesidad de diversificar los espacios de formación de los médicos y, en particular, en la articulación de las escuelas de medicina y los servicios de salud. Varios artículos describen los avances y las dificultades de dichas articulaciones, en especial en Brasil en el marco del *Programa Mais Médicos para Brasil* del año 2013. (Brasil Ministério da Saúde, Lei N° 12.871/2013) De esta manera, los CS (las unidades básicas de salud brasileñas) se presentan como una alternativa prometedora como espacio educativo con el horizonte de un perfil de profesional de la salud enmarcado en una clínica humanizada y puesta en contexto, adecuado a las necesidades de los usuarios y a las condiciones de los servicios de salud, sensibilizado con la realidad social de los pueblos, capacitado para el trabajo interdisciplinario e intersectorial e incorporando reflexiones éticas sobre el trabajo médico. Además, la convocatoria de médicos y trabajadores de CS como tutores-docentes se presenta como una posibilidad de acercamiento entre la academia y los

trabajadores del sistema sanitario. No obstante, los servicios de salud suelen ser instituciones complejas atravesadas por diferentes tensiones que presentan variadas dificultades para constituirse en lugares de formación médica. De todas maneras, la mayoría de los artículos y relatos de experiencias publicados concluyen o reflexionan que es necesaria una reforma de la educación médica y que la diversificación de los espacios de práctica con la incorporación de los equipos de CS es una propuesta superadora, favorecedora de la formación ética y humanista de los médicos y, potencialmente, una intervención eficaz en el camino de transformación de las prácticas sanitarias. Sin embargo, es necesario destacar que la mayoría de las publicaciones disponibles en Latinoamérica no describen experiencias de este tipo en educación médica de posgrado. (Cyrino y Cyrino, 1997; Carvalho y otros, 2006; Oliveira y otros, 2017; Silva y otros, 2018; Lima y otros, 2016)

A nivel de la formación de posgrado de los médicos en CS, es interesante señalar la experiencia de la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de Brasil. En el marco de la misma ley del *Programa Mais Médicos para Brasil*, se incluyen transformaciones curriculares de esta residencia con el objetivo de alinear los proyectos políticos y pedagógicos con las necesidades del sistema de salud. En dicho proceso se planificaron los cambios en la formación de posgrado acorde a las transformaciones proyectadas en la red de atención del Sistema Único de Salud (SUS). Es necesario destacar entre los principales cambios instaurados en la residencia: a) el establecimiento de las unidades básicas de salud de familia (UBSF) como escenario de prácticas principal y mayoritario, así como también, las unidades de emergencias/urgencias del SUS (“pronto-atendimento”); b) reuniones clínicas semanales entre docentes preceptores y residentes, y encuentros de reflexión semanales entre residentes y docentes de las UBSF; c) rotaciones en medicina rural y en establecimientos con poblaciones vulnerables; d) contenido teórico trabajado en reuniones clínicas con metodología activa de aprendizaje y sin necesidad de presentar artículos para publicación; e) se acorta la duración de 3 a 2 años. (Ferreira y otros, 2018)

La etnografía de Bonet profundiza sobre el proceso de aprendizaje de posgrado de los médicos en un hospital desde el marco de la biomedicina.

(Bonet, 1999) A partir del reconocimiento de la legitimación de la biomedicina en el mundo occidental, propone analizar que el aprendizaje de los médicos está determinado por una tensión estructurante dada por lo que deben saber hacer y lo que sienten en ese hacer. Identifica una separación entre lo profesional y lo humano de los médicos en el marco de la biomedicina. El hospital se constituye en el espacio fundamental donde la enfermedad es mostrada, donde se impone la mirada médica. Bonet propone que esta biomedicina dualizante se forman los médicos y adhieren al modelo dominante. Dicha adhesión al modelo puede convertirse en un dilema ético para los médicos en formación de posgrado: rechazar este dualismo, que es oponerse a los principios troncales de la práctica médica dominante (a ser médico en el marco actual) o aceptar el dualismo, sumarse a la tradición de las instituciones en las que se formaron, y quedar atrapados en este conflicto sin salida entre saber y sentir.

En un estudio sobre la educación médica de postgrado en Argentina del año 2005 se buscó identificar los problemas de las residencias médicas a partir de las perspectivas de docentes/instructores en el ámbito hospitalario en las provincias de Salta, Mendoza y Santa Fe. (Borrell, 2005) Entre otros hallazgos se destaca que la visión del aprendizaje predominante es la del “adiestramiento en la práctica” con un aumento de la carga asistencial y disminución del tiempo de tareas docentes para sistematizar las experiencias de aprendizaje (investigación, discusión, reflexión). Además, el dispositivo pedagógico predominante es la resolución de problemas, pero con un enfoque biomédico característico del marco hospitalario.

“La resolución de problemas y el “estudio de casos” está ligado al concepto del paciente como “unidad biológica”, constituyendo el “biologismo” el rasgo estructural dominante que garantiza la “cientificidad” del modelo, mientras otros niveles explicativos de los procesos de salud y enfermedad quedan subordinados o ausentes del modelo explicativo.” (Borrell, 2005: 281)

Otro estudio realizado en Argentina que constituye un antecedente necesario es el de Abramzón, realizado en el año 2012, en las ciudades de Rosario y Buenos Aires. (Abramzón y otros, 2012) Dicho trabajo presenta el

objetivo de analizar la *articulación entre la formación de grado y posgrado en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral*. En este estudio descriptivo se utilizaron dos estrategias metodológicas: el análisis de fuentes documentales secundarias (Planes de Estudio de Carreras de Grado y Posgrado) y entrevistas a actores clave en la formación. Entre sus resultados en el escenario de la ciudad de Rosario, se destacan:

- Encuentran una mención a la “perspectiva de APS y a una visión de la salud más allá de los aspectos exclusivamente biomédicos” (Abramzón y otros, 2012: 204-205) en todos los programas de formación de posgrado.
- El caso de la Carrera de Medicina General y Familiar (MGyF) reviste la particularidad de estar completamente organizada desde una perspectiva integradora y problematizadora con un marcado compromiso con la estrategia de APS.
- En el Reglamento General de las Carreras de Posgrado de Especialización se señala la figura del “docente tutor” con tareas de seguimiento y supervisión de médicos en formación en el ciclo práctico. La creación y sanción de dicho reglamento fue posterior a la creación de casi todas las Carreras de Posgrado y, en consecuencia, la figura de tutor no está clara en las actividades de supervisión docente. Una excepción la constituye la Carrera de MGyF que fue creada luego de dicho sanción reglamento y en su Plan de Estudio se detallan características del rol del tutor, la supervisión y sus responsabilidades.
- Los relatos de las entrevistas dan cuenta de un condicionamiento de los residentes de diferentes especialidades a partir de sus experiencias de trabajo y formación en el primer nivel de atención. Señalan que cuando el residente tiene como sede de formación el CS se observa cierto impacto en el compromiso con las propuestas basadas en la estrategia de APS. Un punto crítico emergente es la posibilidad o no de los residentes de integrarse a la dinámica de trabajo de un equipo de CS, en función del tiempo destinado al trabajo en APS.
- Ubican que la falta de integración de los residentes con el equipo de CS y el marcado perfil internista de la formación de grado serían dos elementos

condicionantes de la formación en APS. Estas influencias estarían marcando negativamente las experiencias: “inhibiendo en gran medida las posibilidades reales del residente, en ese paso por el centro de salud, tanto para incorporarse al trabajo en equipo como para establecer vínculos con los pacientes, con sus demandas de atención y con las necesidades y problemas de salud de la comunidad.” (Abramzón y otros, 2012: 210)

- Predomina la visión de la rotación en CS como el contacto con otra realidad. Surgen, aun en el consultorio, las limitaciones de la aplicación del conocimiento técnico-científico dadas por el contexto real de las personas. Los autores destacan esta ruptura observada “entre la formación previa y las exigencias de la práctica, que adquieren una dimensión distinta a la visualizada desde la carrera de grado.” (Abramzón y otros, 2012: 211)
- Se destaca el rol de tutores como intervención educativa superadora del clásico formato de autoaprendizaje o de formación entre residentes de diferentes años.
- A modo de síntesis, los autores sostienen que Los resultados refuerzan la importancia de centrar estos procesos de formación en las necesidades de salud de las personas y de las poblaciones, desde la perspectiva de la atención primaria. (Abramzón y otros, 2012: 215)

Entonces, establecer los espacios de formación de los médicos en servicios de las redes públicas de salud (especialmente, centros de APS) podría ser una adecuada estrategia para minimizar los distanciamientos entre la enseñanza y la realidad social de los usuarios. Así, puede proponerse el espacio de los servicios de salud y la problematización del cotidiano como bases del proceso de aprendizaje. Estos ofrecen características muy diferentes de las de cualquier otro espacio de formación más académico como el dispositivo del aula y la clase. En cuanto a relaciones, además de las establecidas entre docente-alumno y alumno-alumno, en los servicios de salud se suman las relaciones usuarios-trabajadores y trabajadores-trabajadores. En cuanto a los contenidos, el marco de los espacios asistenciales ofrece la posibilidad de integrar aquellos de carácter informativo con cuestiones formativas éticas, psicológicas, políticas ligadas a las relaciones sociales establecidas. Esta aproximación a los problemas del cotidiano podría hacer

más significativo el proceso educativo a través de la sensibilización y la vivencia de situaciones reales. Pero, la sola presencia en los servicios de salud no garantiza ningún aprendizaje ni reflexión. Para que una dada vivencia sea significativa y motorice el proceso educativo requiere de mediaciones, especialmente por parte de un docente/tutor. Este tiene la compleja labor de problematización de lo cotidiano (su deconstrucción y reconstrucción) en plena articulación entre el concreto real del encuentro clínico (trabajo vivo basado en tecnologías blandas) y el saber técnico-científico (trabajo muerto tecnologías blandas-duras y duras). Una dificultad descrita en la implementación de prácticas integradas asistencia-educación en los servicios de salud está dada por el propio choque de culturas institucionales diferentes e históricamente disociadas. No es tarea sencilla compatibilizar las necesidades de enseñanza con las necesidades de los servicios de salud. (Feuerwerker, 1999) Esto exige del docente la transformación de su rol de informante trasmisor de contenidos disciplinares a estimulador de la producción de conocimiento y la reflexión crítica de los alumnos en el marco concreto de los problemas de salud y del ejercicio clínico. Para ser un educador no basta el conocimiento técnico, se requiere, además, de la experiencia, la propia vivencia y la capacidad de interacción. Es importante la postura del docente/tutor también como profesional y miembro de un equipo de salud. Cualquier intervención clínica, ubicada como objeto de estudio, implica asimismo una acción pedagógica. Sin embargo, lidiar y problematizar lo cotidiano del trabajo en salud es un acto complejo y exige una revisión constante e interdisciplinaria. Es válido afirmar, entonces, que la aproximación del mundo del estudio y del mundo del trabajo en salud puede derivar en una enseñanza-aprendizaje transformadora y significativa. (García, 2001)

## **2.2.El contexto: la red de salud pública de Rosario y la atención primaria de la salud.**

Si bien, pueden existir variaciones desde que se comienza a teorizar sobre la atención primaria, luego de la declaración de Alma Ata, la definición de la misma se limita principalmente a cuatro perspectivas: (Grodos y De béthune, 1988, Rovere, 2012)

1. “Como un nivel de atención dentro de una red integrada de servicios de un sistema de salud”;
2. “como un programa de acción que incluya como componentes el tratamiento de enfermedades corrientes, la protección materno infantil, la vacunación, la educación para la salud, la lucha contra la malnutrición, prevención y control de enfermedades endémicas, suministro de medicamentos esenciales y saneamiento del medio”;
3. “Como una estrategia de organización de los servicios de salud”;
4. Como “una filosofía general que impregna todo el sistema de salud, que pone a la medicina en su lugar, tratando de responsabilizar a los individuos y a las comunidades sobre su propia salud considerando la equidad en la distribución de la atención” Con cualquiera de las definiciones que se elija, los criterios a los que pretenda responder la APS y sobre los que demanda ser juzgada son: Integralidad, equidad, eficacia y enfoque participativo.

La APS propone dar una respuesta integral de los problemas de salud tomando a cargo el alivio del sufrimiento cotidiano, pero también los aspectos de prevención y promoción. “El fin último de la APS, es aumentar la calidad de vida cotidiana y permitir mayor autonomía en la concreción de metas personales y en la vida familiar y social.” (Grodos y De béthune, 1988)

La exigencia de que la atención primaria sea equitativa no descansa sólo en una ideología de justicia social, se basa mucho más en una exigencia de racionalidad y eficacia, ya que si los grupos más desfavorecidos no pueden tener un acceso permanente a los servicios de salud es vano esperar que la intervención tenga un efecto importante y durable para la comunidad. La equidad refuerza lo más ampliamente posible los servicios de salud, e implica la responsabilidad de dirigentes y técnicos de dar cuenta de los grupos más desfavorecidos.

Algunas investigaciones internacionales de diversos países demuestran que el cuidado en APS deriva en resultados positivos en la atención de las necesidades de los usuarios. (Trivedi, 2017; Macinko y otros, 2009)

Pensando el problema de la descontextualización y su contrapartida la necesidad de contextualizar los objetos de trabajo en salud, Testa es categórico al referirse a la APS: “no es posible considerar la atención primaria de salud como un concepto totalizante, con la misma validez en cualquier país y circunstancia.” (Testa, 2004: 161) En esta línea de reflexión, el primer punto a destacar es la fuerte crítica a la definición abstracta y generalizante de la OMS. Entonces, el significado concreto de la APS deviene de su inserción en un sistema de salud. A posteriori, el problema surge en países en donde el sistema de salud destaca por presupuestos acotados e insuficientes, lógica regresiva de financiamiento, fragmentación en la atención, poca o nula articulación entre subsectores, ausencia de estrategias, principios y/o ejes organizadores comunes de todo el sistema, replicación de la desigualdad y la inequidad al interior del sistema, etc. En el marco de dificultades de dichos sistemas de salud, la APS suele verse reducida a una puerta de entrada y una atención básica de prestaciones sanitarias de baja complejidad material destinada a los sectores de la población sin cobertura sanitaria y de mayor vulnerabilidad. Lo que Testa sintetizó bajo la denominación de “Atención Primitiva de Salud.” (Testa, 2004)

En Argentina, a partir del año 2003, el Estado Nacional asume nuevamente una posición central en el sentido común de la sociedad, en la garantía de derecho y en la intervención estratégica de la economía. Desde el Ministerio de Salud se propone, fuertemente, la APS como estrategia de acción y organización de las redes de salud. A su vez, en coherencia con estas decisiones se define aumentar la designación presupuestaria para becas de residencias en especialidades básicas que sustentan la APS como Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología, y también, algunas residencias hospitalarias de baja oferta profesional (terapia intensiva, anestesiología, neonatología) y las residencias interdisciplinarias en Salud Mental. (Duré, 2015)

La situación en la ciudad de Rosario presenta algunas características distintivas que nos obligan a reflexionar sobre la APS en este contexto. Los CS de la SSP-MR, en contexto de un proceso de descentralización de la atención

iniciado en la década del 90, funcionan en el marco de la estrategia de APS. (Rovere, 2005)

Se podría establecer como fecha inicial del proceso de transformación del sector salud de la Municipalidad de Rosario (MR) el año 1989. Se empezó a priorizar la Secretaría de Salud Pública (SSP) en la agenda del gobierno municipal. Rovere identifica el período 1989-1995 como fundacional en el proceso de la SSP y en el cuál se establecen los ejes y la direccionalidad de la gestión. (Rovere, 2005) En palabras de uno de los referentes de este proceso, H. Binner, “Rosario no está desprotegido de recursos naturales, científicos y tecnológicos. Pero requiere de un sistema de salud solidario, participativo que permita arribar a la equidad. Necesitamos ordenar los servicios de salud partiendo de temas clave, como la descentralización, participación, red de servicios, atención primaria, epidemiología, carrera sanitaria, hospitales.”<sup>B</sup> En el marco nacional de políticas neoliberales regresivas, las diferentes gestiones municipales a partir de 1989, sostuvieron lineamientos coherentes con un proyecto de gestión con centralidad en el ciudadano. Un objetivo de trabajo fue dotar a los hospitales de las tecnologías eficaces para resolver problemas. Podría ubicarse como principio la recuperación y ampliación de los hospitales municipales. La capacidad técnica resolutoria no dejó de ser una prioridad. Al mismo tiempo, buscando poner el foco en el territorio y en los ciudadanos, se creó, en 1990, la Dirección de APS con el objetivo de coordinar los equipos de trabajo de CS con los demás efectores del sistema. El trabajo de APS de los primeros años se fortaleció con la generación de grupos interdisciplinarios y con la articulación con la residencia de medicina general. Tomando el trabajo de E. Taboada se recuperan los ejes o hitos en los que se fundó el desarrollo de la APS en la SSP de la MR: (Taboada, 2003)

- La APS como filosofía de acción y estrategia de organización del sistema a modo de red regionalizada.
- Eje en el cambio de direccionalidad de las practicas sanitarias.
- Direccionalidad dada por tres líneas directrices:
  - Equidad: igual utilización de servicios a igual necesidad.

---

<sup>B</sup> Apertura del II Congreso “La salud en el Municipio de Rosario” (1991)

- Clínica contextualizante: privilegiar el ámbito domiciliario ambulatorio y considerar a los sujetos en su historia y contexto, promoviendo su autonomía.
- Participación: construcción colectiva de conocimiento epidemiológico.
- Una gestión descentralizada impuesta por estas directrices. Una permanente discusión en torno al desafío de definir el espacio de autonomía de los equipos locales. Una coordinación que establezca, desde las líneas directrices de gestión, el marco de autonomía de los equipos locales.
- Las concepciones del CS como eje del sistema y del sistema, como red.
- Se constituyeron equipos de referencia con población a cargo, con la lógica adscripción basada en el establecimiento de vínculo. Se pensaron estos equipos para cumplir el rol de agencia para garantizar la relación longitudinal entre los usuarios y cualquier punto de la red de salud.
- Se fomentaron la creación de equipos de gestión local de los CS y equipos de gestión distritales, como organizamos de coordinación entre las directrices de gestión y las necesidades territoriales.
- Con discusiones internas y diferentes posturas, se estimularon experiencias de participación.

Este proceso, y con estos lineamientos de gestión, se vio fortalecido por la asunción en la Intendencia del Dr. H. Binner. Rovere denomina la etapa 1995-2000 como de “institucionalización de cambios en el subsector salud.” Se re definió la estructura del sistema bajo lineamientos particulares: descentralizar los servicios de salud, jerarquizar la APS, recuperar capacidad instalada, capacitar al personal, desarrollar investigación, impulsar tareas promoción, prevención y rehabilitación, articular en red los diferentes niveles del sistema y fomentar la participación. Todo principalmente focalizado en dos ejes estratégicos: descentralización y participación. (Rovere, 2005)

En este periodo se identifican algunas innovaciones en la gestión de salud que ameritan ser destacadas: (Rovere, 2005; Jimenez, 2009)

- La creación del Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) en 1996, con el objetivo de producir y distribuir medicamentos con costos menores que los comerciales. El fin fue resolver el problema de desabastecimiento de insumos mediante el reemplazo de la producción privada, siempre de costos superiores.
- Articulación en red de efectores municipales de salud: a partir de esta redefinición y con las directrices de equidad, clínica contextualizante y participación como ejes orientadores, se estableció una red con los CS como la institución encargada y capacitada para articular el encuentro entre los ciudadanos y los recursos de toda la red sanitaria. Se apuntó a acercar los CS a los territorios con mayores necesidades, buscando mejorar la accesibilidad. El objetivo fue crear un subsector público de salud, articulado, con visión integral y territorializado.
- La creación del Instituto “J. Lazarte” como centro de Formación Superior de Postgrado en Salud Pública. Se trató de una Institución tripartita, conformada por la intervención de MR, UNR y Asociación Médica de Rosario (AMR). Sus funciones fueron las de fomentar la investigación y la formación de recursos humanos orientados al abordaje interdisciplinario de problemas de salud colectiva.
- La creación del Centro de Especialidades Médicas de Rosario (CEMAR) como centro para diagnóstico y tratamiento de segundo y tercer nivel, con interconsultas de especialidades de salud y prácticas quirúrgicas ambulatorias. Se diseñó con la condición de partida de no recibir demanda espontánea sino de constituirse en una institución de soporte de los CS, recibiendo exclusivamente atenciones solicitadas por los equipos territoriales. Este hecho constituyó un elemento fundamental en la acumulación para constituir a los CS como las instituciones para articular el acceso oportuno a prácticas de salud.

Tomando como referencia la reforma sanitaria brasilera, a partir del año 2001 se profundizó el trabajo de transformación del sistema de salud rosarino. La propuesta partía de construir la base de una estrategia de trabajo en salud basado en tres conceptos fundamentales universalidad, integralidad y equidad. Así, a partir de la creación de efectores estatales *periféricos*, ubicados estratégicamente cercanos a la población, especialmente en barrios y microáreas desabastecidas de insumos en salud, se definió la atención primaria de la salud como una estrategia de trabajo. Esto implica, principalmente, acortar distancias entre los servicios y los sectores más vulnerables; y, al mismo tiempo, suponen un trabajo de adaptación de las respuestas del sistema a las condiciones socio-culturales particulares que determinan los modos de vivir y enfermar. (Ferrandini, 2004) En adición, se llevó a cabo una descentralización de la atención hospitalaria y se propone la adscripción de pacientes por equipos de referencia en CS como metodología de abordaje de los problemas de salud. Como instrumentos de soporte se crearon las historias clínicas familiares (HCF) orientadas por problemas, los ficheros calendarios (FC), los carnés de tratamiento prolongado y diferentes tipos de dispositivos de admisión de las consultas espontáneas. Estos conceptos y modos de trabajo suponen el reconocimiento del trabajo en equipo como elemento indispensable, del vínculo con el individuo y la comunidad como una valiosa herramienta terapéutica, así como una posición crítica hacia el modelo médico hegemónico como ideología organizadora del trabajo en salud. (Ferrandini, 2004)

Retomando la contextualización de la APS en Rosario, el proceso de transformación del sector salud tuvo como características relevantes las de sostener lineamientos generales de gestión (como la participación y la descentralización) por largo periodos de tiempo, la permanente inquietud por elucidar las raíces de los problemas con la perspectiva de derechos y los ciudadanos en el centro de la escena, el viraje desde la planificación normativa a la estratégica, la articulación y el soporte de referentes del campo de la salud colectiva (M. Testa, P. Bonazzola, A. Chorny, M.C. Troncoso, E. Rechinger, D. Ferrandini) y de instituciones educativas (I. "J. Lazarte", UNR, AMR, etc), la identificación de tecnificar lo político y politizar lo técnico, entre otros.

Definiciones políticas que permitieron a la MR asistir a los colectivos más vulnerables en el marco de prácticas participativas durante momento de crisis como el periodo post diciembre de 2001. Esta breve recopilación histórica da cuenta de un proceso de búsqueda de dar *contexto* a la APS en el sistema de salud público de Rosario. En términos objetivos, pueden destacarse algunos números de esas épocas que fundamentan esta afirmación: (Rovere, 2005)

- Priorización del sector salud: el presupuesto municipal para salud para de menos del 8 % en 1989 a superar el 25 % en varios ejercicios.
- Mortalidad infantil: bajó de 25,9 por mil en 1988 a 13.8 en el 2001 y a un estimado de 11.4 en el 2003. Transitando la crisis del 2001 sin impacto significativo de estos indicadores como ocurrió en el país y en muchas jurisdicciones.
- Aumentaron los números de consultas médicas:
  - Las consultas de los hospitales pasaron de 366.000 en 1989 a 764.500 en 2004 (incremento de un 108%),
  - Las consultas en CS pasaron de 152.300 en 1989 a 630.254 en 2004 (incremento de 314%);

En este marco, con este modelo particular de implementación de la APS como filosofía y como estrategia, la formación médica de posgrado en los CS, como lugar estratégicamente diseñado para ser eje organizador de los procesos de atención, focalizando en las necesidades de los usuarios en sus contextos locales de vida (clínica contextualizante) y asumiendo la equidad como principio organizador, adquiere cualidades de particular interés y de especial singularidad.

### **3. PROBLEMA Y OBJETIVOS**

En la actualidad, se identifica la necesidad de superación de la biomedicina como modelo médico dominante. Diferentes autores, investigaciones y procesos políticos dan cuenta de ello. El paradigma de la simplificación, como marco epistemológico, y el abordaje mecanicista, a-histórico, reduccionista y fragmentado del sufrimiento humano muestran evidencias de crisis. El pensamiento lógico-instrumental es uno de los ejes principales que orientan la práctica médica del siglo XXI, llevando al extremo la división del trabajo por especialidades y favoreciendo la mercantilización del sector salud, aun a costa del cuidado de los usuarios y del malestar de los trabajadores.

Existe acuerdo en relación a la necesidad de transformar la formación de los médicos de grado y posgrado. Se presenta como ineludible la superación de las estrategias de enseñanza aprendizaje focalizadas en la transmisión acrítica y descontextualizada de conocimientos técnico – científicos, en el marco de un modelo de clínica centrado en procedimientos e intervenciones fragmentadas y desarticuladas entre sí. Se requiere una formación que trascienda el pensamiento lógico – instrumental y la mirada biomédica.

Los sistemas de salud demandan post graduados con capacidades particulares: mirada clínica humanizada y contextualizada, práctica reflexiva, educación permanente y revisión crítica de la bibliografía, trabajo interdisciplinario e intersectorial y el análisis de la epidemiología local como base para la atención con enfoque territorial.

El modelo biomédico dominante como eje de la práctica médica y de la formación profesional debe ser cuestionado, transformado y superado. El trabajo clínico implica el encuentro ineludible de trabajador y usuario. La idea del médico como técnico poseedor de un saber que le permite objetualizar el sufrimiento e identificar enfermedades para intervenir, es una peligrosa reducción de la clínica. El acto clínico es mucho más que la reproducción mecánica de protocolos. El trabajo clínico es aquel producido por el médico y el paciente en un encuentro e intercambio entre ellos establecido. Este encuentro será más eficaz en su capacidad cuidadora cuanto más democrático, abierto y

simétrico sea el diálogo. La construcción de problemas de salud concretos y contextualizados surge, entonces, del intercambio y la articulación entre la escucha y el saber técnico científico y la experiencia de trabajo del médico y la apertura al relato y la propia experiencia de sufrimiento del paciente. Este trabajo posee la potencialidad de la inventiva, la espontaneidad y la creatividad de los sujetos intervinientes. El individuo que padece un problema de salud lo describe a partir de su propia e irreplicable experiencia de sufrimiento y de la interrupción de la funcionalidad en su vida cotidiana concreta. La clínica, como trabajo terapéutico, existe en tanto posibilidad de alivio/cura/cuidado y de diálogo entre individuos. La experiencia individual de sufrimiento y el singular impacto que esto supone en la cotidianidad de una persona son un elemento central del trabajo clínico. Sin embargo, desde la perspectiva de la biomedicina y el razonamiento instrumental, estas experiencias singulares de sufrimiento aparecen como “lo que queda afuera” de los protocolos, lo que requiere un manejo más artesanal y lo que no puede predecirse sistemáticamente. En consecuencia, desde el modelo dominante, la experiencia propia del sufriente es lo que molesta en el trabajo clínico y, a consecuencia, desencadena en los trabajadores malestar, sensación de fracaso e, incluso, mecanismos de resistencia. Esto deriva, frecuentemente, en trabajadores de salud alienados, frustrados en su profesión y que reproducen una clínica deshumanizada y deshumanizante.

En la ciudad de Rosario, a partir de la década del 90, se inició un proceso de transformación de la gestión política en general y de la organización de la red de salud pública en particular. Los principales ejes fueron la descentralización de los servicios de salud, la incorporación de la propuesta de APS como estrategia y principio ordenador de toda la red, la clínica contextualizante y la adscripción de ciudadanos en CS estratégicamente ubicados en los territorios con mayores necesidades. La formación médica de posgrado, en particular de los médicos generalistas, presentó un proceso vinculado con estas decisiones de la SSP. La propuesta fue articular los procesos de gestión, de trabajo clínico y de formación profesional en el mismo eje de la estrategia de la APS, la clínica ampliada, humanizada y contextualizada y la adscripción en equipos de salud territoriales.

Los programas de formación médica de posgrado tradicionales tienden a reproducir una clínica descontextualizada, mecanizada y centrada en procedimientos, en el marco de los hospitales. Es decir, una clínica deshumanizada. La propuesta innovadora de la formación en CS se presenta como una convocatoria a revisar críticamente el modelo biomédico dominante, complejizando el proceso educativo, y generando situaciones de exposición del tutor médico y médico en formación a nuevas situaciones de sufrimiento en su cotidianeidad concreta. Por todo ello, se considera necesario explorar y describir las estrategias educativas que despliegan en CS tutores y médicos en formación de posgrado para resolver esta distancia identificada entre la diversidad de formas de sufrimiento y los protocolos del modelo biomédico.

#### OBJETIVO GENERAL

Explorar y describir las estrategias educativas que despliegan tutores y médicos en formación de posgrado para resolver la distancia identificada entre la diversidad de formas de sufrimiento y los protocolos del modelo biomédico, en CS de la SSP-MR en la actualidad.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características del proceso de formación médica de posgrado en CS y las ventajas que ofrece para la superación del modelo biomédico.
- Describir la relación entre la diversidad de las situaciones clínicas y el proceso de formación médica de posgrado en CS.
- Identificar y detallar las estrategias educativas que utilizan los tutores y médicos en formación de posgrado para superar los mecanismos de resistencia derivados del modelo biomédico en el trabajo en CS.
- Identificar las estrategias educativas que elaboran los tutores y médicos en formación de posgrado para favorecer la reflexión crítica sobre la práctica clínica en CS.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. De la biomedicina a la clínica humanizada**

#### **4.1.1. Algunas determinaciones históricas**

El Renacimiento es un periodo que se considera central en el origen y desarrollo de los fundamentos de la medicina científica moderna. Se destacan algunos hechos históricos que marcaron dicho periodo: la invención de la imprenta, el “descubrimiento” del continente americano, la nueva visión del cosmos propuesta por Copérnico y Galileo, la fractura de la Iglesia Católica de Roma, los cambios en el rol y la noción de Estado, el distanciamiento con las culturas orientales, el creciente interés en el individuo, el abandono de la idea de postergación personal en pos de la gracia divina del cristianismo y el surgimiento de la ciencia moderna. Además, es interesante señalar que muchas de las figuras protagonistas de dichos hitos coincidieron en un periodo relativamente corto. Por ejemplo, en el año 1543 publicaron sus revolucionarios libros Vesalio y Copérnico. (Pérez Tamayo, 1997; Luz, 1997)

El mismo Vesalio es considerado una de las influencias principales a la idea de una medicina del cuerpo, las lesiones y de las dolencias, pionero del método anatomoclínico. Su libro *De humani corporis fabrica* se constituyó en una de las primeras referencias en oposición a los postulados de la medicina galénica y las teorías medievales humoral y miasmática. Por otro lado, W. Harvey (1578-1657) fue el primero en involucrar a las matemáticas en el estudio del cuerpo humano. Se basó en los principios de la hidráulica y comparó al corazón con un fuelle mecánico. La suya fue la primera monografía escrita desde un enfoque mecanicista y confirmó algunas de las ideas desarrolladas por Descartes (de Micheli, 2005) Este y otros innovadores de la época suelen agruparse dentro de lo que se denomina la “teoría latromecánica”, que explica el funcionamiento del cuerpo humano, concebido como máquina, en base a las explicaciones de la física mecánica (Spinelli, 2018) Más adelante en la historia, Morgagni (1682-1771) marcó los primeros pasos en el proceso de ubicar la esencia de las enfermedades a partir del examen empírico de lesiones. La anatomía patológica se constituye en el fundamento objetivo e indiscutible de las enfermedades. Y más aún, no sólo se logra por vez primera correlacionar lesiones con manifestaciones clínicas, sino

que también a partir de las características de las lesiones orgánicas surge el orden de las clasificaciones nosológicas. (Foucault, 2008) Así, la medicina occidental se transforma en una “ciencia de las enfermedades.” Estas transformaciones en la práctica y la enseñanza médica no se habrían producido sin la correlación con el proceso de hospitalización de la medicina. Para Foucault “el hospital como instrumento terapéutico es un concepto relativamente moderno que data de fines del siglo XVIII.” (Foucault, 1978: 20) En esa época se descubrió que los hospitales no curaban tanto como debían. El hospital era una institución para aislar y/o alojar pobres y enfermos, y para morir. El personal a cargo era caritativo y la medicina profesional era, fundamentalmente, no hospitalaria. De hecho, se considera a la medicina medieval particularmente individualista, basada en la relación médico paciente y contextualizada en la visita domiciliaria más que en instituciones de salud. La formación del médico estaba llevada a cabo por la propia corporación médica en base a textos y recetas que constituían el corpus básico. Se denomina el modelo abierto de la formación médica, ya que esta no era estrictamente universitaria, y el médico aprendía al lado de su maestro, médico de mayor experiencia y experticia. Entonces, el hospital no era un lugar ni de práctica ni de formación de los médicos. (Perez Tamayo, 1997) Foucault propone que su medicalización, la conformación de la medicina hospitalaria, tuvo que ver con la anulación de los efectos deletéreos de los hospitales medievales. El primer argumento a favor de este punto es la primera organización hospitalaria en Europa en el siglo XVII. Los hospitales marítimos y militares se constituían en lugar de mucho desorden económica dado que en ellos se traficaban mercancías provenientes de colonias. En consecuencia, el primer reglamento hospitalario tiene por objetivo una intervención de orden y económica: se permitía la inspección de cofres y el castigo a quienes fueran descubiertos en actividades de contrabando. Por otro lado, estaba presente la cuestión de las cuarentenas en los hospitales militares y marítimos, dado que las personas que desembarcaban podrían traer enfermedades epidémicas. (Foucault, 1978) En adición, Foucault identifica otro punto clave en la transformación de los hospitales: la introducción del fusil como elemento que aumentó los costos y la capacidad técnica de los soldados. Entonces, el hospital militar suma funciones como vigilar a los hombres ya capacitados como soldados (su desertión era

muy deletérea para el ejército), curarlos para sólo tener bajas en el campo de batalla y, luego, detectar con precisión a aquellos que ya restablecidos podían regresar a las filas del ejército. Una vez más, el hospital se transforma acorde a las necesidades de control. Así surge, la disciplina hospitalaria: se organizan funciones, distribuciones espaciales, metodologías de registro y control de procedimientos, etc. Esta disciplina, como técnica de poder, implica la vigilancia permanente de los individuos para controlar que se ajusten a las reglas, con una organización de supervisión piramidal vertical con registro continuo y rendición de cuentas. Dice Foucault *La introducción de los mecanismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital iba a permitir su medicalización. Y agrega: ...si este poder disciplinario se confía al médico, se debe a una transformación del saber médico.* (Foucault, 1978: 28)

Hasta el siglo XIX aproximadamente, las teorías humorales y miasmáticas eran reconocidas como explicaciones válidas de la enfermedad. Hipócrates fue uno de los principales referentes de la teoría humoral. (Volcy, 2007; Perez Tamayo, 1997, Susser y Susser, 1996) Se concebía que la salud dependía del equilibrio de cuatro humores (flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra). Un humor, en función de su consistencia relacionada con calor/frío, puede acumularse en un determinado órgano y obstruir la circulación de los demás. Desde esta perspectiva, la enfermedad era el desequilibrio humoral o discrasia. A su vez, la botánica era el modelo tomado para clasificar las enfermedades. Como las plantas, se identificaron especies, variables observables y cursos de evolución. La enfermedad era un fenómeno de la naturaleza. La enfermedad es natural, pero, se debe a una acción particular del medio sobre el hombre. Entonces, el aire, el agua y la alimentación son los pilares sobre los que un individuo enferma. Por ende, la cura se orienta al medio que rodea al enfermo. Se trata de una medicina del medio. (Foucault, 1978; Perez Tamayo, 1997)

La relación de estos dos fenómenos, desde la hipótesis foucaultiana, sería el origen del hospital médico: las técnicas disciplinarias adoptadas por el hospital y la orientación del saber médico hacia la intervención del medio como metodología de cura. La interrelación de estos dos procesos como originarios del hospital médico, también nos aportan algunos argumentos sobre las

características destacadas del hospital: la distribución espacial, el sistema de poder interno y los sistemas de registro continuo. Estas transformaciones abonan, también, a que el poder dentro del hospital pase del personal religioso a los médicos. Dado que ya no se trata de un lugar para la caridad, para acompañar y aislar a los agonizantes, sino de un espacio para la cura, con el objetivo de recuperar a los individuos, el poder pasa a manos de los médicos. Por último, este nuevo hospital necesita un registro individualizado y riguroso de cada paciente ingresado. En este contexto surge la posibilidad de que los médicos confronten sus experiencias y sus registros de lo acontecido con cada paciente. Sintetiza Foucault: *Gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objeto del saber y de la intervención de la medicina* (Foucault, 1978: 33) De este modo, se establece el modelo de racionalidad médica occidental en torno a las enfermedades y trae implícita la noción de que las mismas son objetos de existencia autónoma. El método anatomoclínico, a partir de los avances de la anatomía patológica y de los datos aportados por el registro hospitalario, establece que cada enfermedad se traduce en lesiones orgánicas, que serían la consecuencia de una cadena de eventos a partir de una o varias causas no siempre identificables. (Camargo, 1997)

#### **4.1.2. Consolidación del modelo biomédico**

La medicina moderna científica occidental o biomedicina se consolida como modelo dominante de la práctica y la enseñanza médica a partir de descubrimientos y transformaciones ocurridas entre el siglo XIX y el XX. El surgimiento de Alemania unificada como potencia creciente brindó contexto al desarrollo de la medicina científica y alojó a algunos de los principales referentes de la época: Virchow, Koch, Liebig, Ehrlich, etc. Muchos de los más destacados descubrimientos de dicho periodo ocurrieron en Alemania. Luego de las guerras mundiales, toda Europa queda desbastada y empobrecida por lo que el desarrollo científico más avanzado y las principales inversiones en investigación médica se mudaron a Estados Unidos. (Perez Tamayo, 1997)

Virchow (1821-1902) desarrolló las bases teóricas de la patología celular y estableció que las células eran las unidades más pequeñas del cuerpo dado que contienen todas las características particulares de los organismos vivos. Morgagni, en 1761, había postulado que el sitio de la enfermedad eran los órganos internos y que existía una correlación lesión orgánica-enfermedad. Bichat, en 1801, propuso que eran los tejidos. Virchow, finalmente, cerró el debate concluyendo que la célula era el sitio último de la enfermedad. Así, esta concepción de la patología celular incorporó la biología más desarrollada (de la mano del mejoramiento técnico de la microscopía) al estudio de las enfermedades. Por otro lado, la teoría infecciosa de la enfermedad en base a los descubrimientos de Pasteur (1822-1895) y Koch (1843-1910) fue otro de los hitos que profundizaron el éxito y la diseminación de la biomedicina, sobre todo en base a su eficacia práctica. La identificación de los agentes causales fue decisiva en la definición de intervenciones que bajaron la mortalidad por enfermedades infecciosas. Asimismo, otro gran impulso en la reafirmación de la medicina científica lo constituyó Alexander Fleming (1881-1955) con el descubrimiento de la penicilina como antibiótico. (Volcy, 2007; Perez Tamayo, 1997, Susser y Susser, 1996; Luz, 1997)

En consecuencia, la descripción de lesiones orgánicas, el entendimiento de la función y patología celular, la correlación entre lesiones y manifestaciones clínicas, las explicaciones físicas para entender los fenómenos biológicos y, finalmente, la identificación de agentes causales microbianos consolidaron el modelo biomédico en la práctica y la enseñanza médica.

La medicalización del hospital y la transformación del saber clínico de una medicina del medio a una ciencia de las enfermedades establecieron los cimientos del hospital actual y se dio lugar a ciertas acumulaciones que derivaron en la constitución del hospital como un actor central del denominado CMI. Spinelli establece una posición contundente respecto del hospital como actor central del CMI y desnuda algunas determinaciones históricas asociadas a la consolidación de la cultura hospitalo céntrica: (Spinelli, 2018)

- Luego de la segunda guerra mundial, los hospitales se convierten en centros de investigación. Se requieren grandes esfuerzos por controlar

el uso de fármacos y para ello el hospital es un lugar idóneo para la realización de ensayos clínicos y estudios estadísticos que aporten información. Esto deriva es el desarrollo de investigación clínica poco regulada, incluso abusiva.

- El hospital hacia finales del siglo XIX pasó a centrarse en la rentabilidad económica, dado que los avances en las prácticas antisépticas y en las cirugías determinó una disminución de la mortalidad hospitalaria. Así, se constituyó en el lugar predilecto para nacimientos y muertes. Los adelantos científicos fueron claves en esta disminución de la mortalidad en los hospitales y, también, en la baja en los días de internación. En pos de superar su mala prensa pre científica, el hospital empezó a rechazar o aislar los casos contagiosos, los pacientes peligrosos y los incurables.
- Con el desarrollo de la medicina científica desde finales de siglo XIX, los hospitales se jerarquizaron, compitieron y marginaron a los médicos de prácticas privadas ambulatorias. Éstos quedaban afuera de los nuevos desarrollos científicos.
- La fragmentación del conocimiento médico y la creciente jerarquización de la razón instrumental. Hasta mediados del siglo XIX, mayoritariamente los médicos hacían prácticas generales, sin especialidades. Los médicos generalistas dominaban el campo de la salud y los curanderos se asociaban a la especialización. En ese momento histórico, una parte reducida de la población consultaba al médico. En el año 1910, se presenta el conocido Informe Flexner que establece las bases para asignar el monopolio de la cura a los médicos. La matriculación de los médicos se centralizó en un número menor de escuelas, se establecieron criterios de calidad en la educación médica con ciclos básicos basados en disciplinas básicas y ciclos clínicos favorecedores de la departamentalización del conocimiento. Así, se le dio mayor jerarquía al médico especialista que el médico general.
- Los médicos se organizaron para hacer uso y dirigir los hospitales, sin ser empleados de los mismos. Objetivo: perpetuar su autonomía profesional pero no delegar el control de los hospitales como centros de atención, de formación y de investigación.

### 4.1.3. Críticas y necesidad de superación

La biomedicina se constituye en el imaginario científico dominante de la práctica médica en correspondencia con la racionalidad mecánica clásica que implica la idea de aislar los componentes concretos para elucidar los mecanismos particulares. Esta racionalidad se sustenta en tres proposiciones: (Camargo, 1997)

- carácter generalizante: intenta producir discursos de validez universal, con modelos y leyes de aplicaciones generales,
- carácter mecanicista: piensa a los fenómenos de la realidad como máquinas subordinadas a principios de causalidad lineal y plausibles de traducir en mecanismos, y
- carácter analítico: presupuesto de que el todo es necesariamente dado por el funcionamiento integrado de las partes.

Este marco de racionalidad, sustenta una biomedicina dominante que asume a la enfermedad como el eje central de su estudio y como un fenómeno totalmente explicable mediante la detección de desviaciones de la norma de variables biológicas. Exige la concepción de la enfermedad como una entidad independiente y se excluye lo social y lo histórico de su misma definición. Incluso, los síntomas de la esfera de lo psicosocial o del comportamiento deben ser argumentados en la base a desórdenes somáticos. (Engel, 1992) Menéndez denomina a la biomedicina *Modelo Médico Hegemónico* (MMH), destacando el rol central del médico y la medicalización de la vida en este proceso. Coincide con otros autores en identificar hechos ocurrido en los siglos XIX y XX como claves en la consolidación del modelo tanto en el ambiente de los trabajadores de salud como en la sociedad. Particularmente, señala la retroalimentación del modelo más allá de los propios médicos e investigadores científicos. Critica fuertemente su carácter mecanicista, centrado en la enfermedad, que descarta lo social, cultural e histórico de la vida de las personas como parte del trabajo en salud. El enfoque es puramente biológico con tendencia a hacer un excesivo reduccionismo de los fenómenos clínicos, descontextualizando los problemas de salud y negando la subjetividad del

usuario sufriente y la del trabajador. Entre otros elementos, este autor puntualiza que el éxito en la consolidación del modelo se relaciona con su eficacia pragmática. Aun a pesar de sus inconsistencias epistemológicas, de asumir a la enfermedad como eje del trabajo, como una entidad independiente, y de su abordaje mecanicista, reduccionista y descontextualizado ha logrado algunos resultados con impacto positivo en la calidad de vida. En consecuencia, estas características del modelo lo convierten en un aliado estratégico del CMI. La biomedicina favorece la mercantilización del trabajo en salud, centrando la atención en procedimientos orientados por variables biológicas. Esto deriva, no pocas veces, en intervenciones iatrogénicas, en prácticas de salud no integrales y en la alienación de los trabajadores. (Menéndez, 2005)

Testa propone reflexionar sobre cómo la concepción capitalista del mundo de alguna manera ordena la práctica médica y por consiguiente, convierte la relación médico paciente en una relación cliente proveedor. Se desdibujan en el fondo las necesidades de quién padece un problema de salud como eje principal de la práctica médica. La descontextualización del objeto de trabajo de la medicina podría identificarse como una de las raíces de la concepción del cuerpo enfermo como objeto abstracto, desligado del mundo real. Éste, en tanto objeto abstracto, es plausible de ser fragmentado y convertido en mercancía. *La descontextualización del objeto de trabajo no permite su tratamiento como algo concreto, puesto que lo despoja de sus múltiples determinaciones.* (Testa, 2004: 54) El problema de la abstracción es que, si bien es válida e incluso necesaria como base de un proceso investigativo, resulta inadecuada cuando no se complementa con un proceso de reconstrucción del objeto de estudio en tanto objeto concreto, ligado a las múltiples determinaciones del mundo real. Cuando el objeto de trabajo de la práctica médica permanece atascado en el proceso de abstracción, como objeto abstracto, dicha práctica pierde legitimidad, valor y eficacia dado que no puede realizarse trabajo alguno sobre un objeto que no es real y concreto. Trasladando el problema de la descontextualización a la enseñanza de la medicina, Testa propone identificar dos determinaciones especiales: una interna y otra externa. La determinación interna estaría dada por la práctica

médica y su modelo biomédico predominante. La externa se relaciona con el marco de referencia en el conocimiento médico fijado por los países centrales. Es decir, desde los descubrimientos científicos hasta los protocolos de actuación clínica y las indicaciones de uso de las tecnologías, los criterios de “verdad” del conocimiento médico establecidos son descontextualizados para Latinoamérica. (Testa, 2004)

En el campo social, se distingue la enfermedad (*disease*), de la experiencia subjetiva de sufrimiento o padecimiento (*illness*) y de la concepción social de un padecimiento (*sickness*). La enfermedad, definida por parámetros biológicos objetivos, es una entidad, un fenómeno orgánico, ontológicamente independiente de quien la padece, su singular experiencia subjetiva o las construcciones sociales sobre dicho fenómeno. El padecimiento, en cambio, está determinado por la singular experiencia de sufrimiento o la interpretación subjetiva de la enfermedad. Y, por último, el *sickness* es la identidad social del padecimiento. (Hofmann, 2002) El modelo biomédico pone el foco sólo en la enfermedad como fenómeno orgánico independiente de quien lo padece (*disease*) desconociendo la singular experiencia del individuo a partir de ese padecimiento y las construcciones sociales sobre el mismo en un contexto dado. Entonces, la medicina basada en este modelo es una ciencia de las enfermedades, no de las personas que sufren. Por consiguiente, una medicina deshumanizada y des-humanizante en tanto niega toda dimensión del padecimiento humano que no sea observada en variables biológicas.

La biomedicina como modelo de clínica persiste dominante en la práctica y en la enseñanza médica en la actualidad. Se sostiene así una clínica deshumanizada y des-humanizante con deletéreas consecuencias para quienes sufren en sus cuerpos y, también, para quienes asumen el rol de trabajar con ese sufrimiento.

#### **4.1.4. Los modelos de clínica y el trabajo en salud**

Como modelos de clínica se podrían definir básicamente dos: el de la biomedicina y la clínica humanizada y contextualizante. Este último fue tomado como eje de transformación del proyecto sanitario de Rosario y se fundamenta,

principalmente, en desarrollos conceptuales como la clínica del sujeto (Campos, 2001) y la propuesta del trabajo vivo en acto (Merhy y De Vega, 2006).

El primero propone ampliar el objeto de saber de la clínica, en su modalidad clásica enfocada en la enfermedad. Señala el peligro de la deshumanización de las prácticas que borran al sujeto que padece un problema de salud y todo su contexto concreto de vida. *Para la medicina ocurrirá un apagarse de todas las otras dimensiones existenciales o sociales del enfermo, la dolencia lo recubrirá como una segunda piel, como una nueva identidad.* (Campos, 2001: 75) En este sentido, se ubica la necesidad de ampliación del objeto de la clínica a las personas que sufren y todas las determinaciones concretas de su mundo real. Entonces, se definen tres conceptos de clínica: (Campos, 2001)

- Clásica u oficial: aquella cuyos saberes y prácticas están marcados por un enfoque mecanicista, fundamentalmente biológico, unilateral y organizado por enfermedades. Este modelo de abordaje deriva en una atención fragmentada que favorece el desarrollo y la multiplicación de especialidades y subespecialidades. Todo esto no aporta más que un nivel cada vez más profundo de fragmentación del trabajo en salud.
- Degradada: sería una derivación de la clínica oficial erosionada y limitada en sus posibilidades de intervención por condiciones institucionales adversas como carencias de recursos indispensables.
- Del sujeto o ampliada: aquella que se enfoca en un objeto totalizante ubicado en quien padece una determinada dolencia y todo lo que puede constituir su contexto.

La propuesta de pensar el trabajo en salud como trabajo vivo en acto expone un grado más profundo de describir y re pensar la clínica. Sin constituirse, particularmente, en una oposición a la conceptualización y propuesta de la clínica del sujeto como intervención superadora del modelo

biomédico predominante, sugiere un desarrollo más amplio y minucioso. (Merhy y De Vega, 2006) Aquí, el foco está puesto en el encuentro clínico como espacio único e irrepetible en el cual se produce el verdadero trabajo vivo, basado en la relación y el diálogo. Es decir, desde luego que se reconoce la condición de sujeto de quien padece un problema de salud, y se lo contextualiza en su mundo. Pero, la diferencia yace en que Merhy pone el foco de la clínica en un proceso intersubjetivo y todo lo que se construye en el marco de ese proceso, que sólo puede existir en el encuentro clínico. Este encuentro, necesariamente, requiere de condiciones de simetría, apertura y respeto del otro con toda su diferencia. Mientras en la clínica del sujeto se amplía y complejiza de manera interesante el objeto de la clínica, en el trabajo vivo en acto se propone el propio encuentro clínico médico-usuario como objeto y eje principal de la clínica. En dicho acto clínico, los trabajadores utilizan tres modalidades tecnológicas: duras, duras-blandas y blandas. El primer grupo incluye todos los equipamientos y materiales utilizados (instrumentos, aparatos, fármacos). El segundo está integrado por los cuerpos de conocimiento estructurado de las disciplinas (clínica, psicología, epidemiología, fisiología, etc). El tercer grupo corresponde a las denominadas tecnologías relacionales, las que habilitan al trabajador y al usuario a vincularse entre sí. Estas últimas son las que confieren vida al trabajo en salud, permiten que el trabajador actúe sobre la singularidad de cada sujeto y su contexto. Cuanto más rígido, repetitivo y sistemático en desmedro de la creatividad y la dimensión intersubjetiva se torne este acto clínico, el trabajo decantará hacia la configuración de un trabajo muerto y el predominio de utilización de tecnologías duras y duras-blandas. (Merhy y De Vega, 2006) En consecuencia, Merhy subdivide el trabajo en vivo y muerto. El trabajo vivo se basa en tecnologías blandas: todas aquellas que abonan a la escucha y la democrática ocurrencia del encuentro intersubjetivo. El trabajo muerto, por otro lado, es aquel que se sustenta en la utilización de tecnologías blandas-duras y duras. (Merhy y De Vega, 2006)

“Es exactamente en ese espacio del trabajo vivo, en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la

producción de actos de salud. Es en ese espacio privado, en que ocurre la relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, que se construye y re-construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido, al menos para los trabajadores, pero preferentemente para las dos partes.” (Merhy y otros, 2006: 151)

El trabajo en salud, dentro del marco de la producción capitalista, se podría clasificar como producción de servicios. En consecuencia, el resultado del trabajo en servicios no es un producto dado, no se produce nada. El servicio es un permanente trabajo en proceso, produce un producto intangible que presenta una producción y un consumo simultáneo en tiempo y espacio. Así, el trabajo en salud es un servicio que se caracteriza por la interpretación de las necesidades y demandas de los usuarios, y se lleva a cabo en el marco del encuentro entre el usuario y el trabajador. (Meirelles, 2006) Entonces, asumir el trabajo en salud como trabajo vivo en acto es entender la clínica a partir del encuentro intersubjetivo médico-usuario y todo lo que allí se produce. En consecuencia, es en el marco de ese encuentro en donde se complejiza la clínica y donde emergen todas las determinaciones del problema de salud en la concreta singularidad de un individuo que sufre. (Merhy y De Vega, 2006)

Entonces, el trabajo en salud reviste una amplia complejidad relacionada a la intersubjetividad intrínseca del proceso de trabajo. El médico realiza una transformación operando en su objeto de intervención a partir del conocimiento científico que le otorga fundamento. Este acto técnico científico se supone debe ser repetido y aplicado de un modo particular, como toda intervención técnico instrumental. Sin embargo, todo acto médico se puede calificar como un acto singular y único. No podría ser calificado como repetitivo e invariable. La singularidad del mismo está determinada por la decisión personal del médico implicada en el mismo acto de aplicación de un conocimiento técnico. La libertad del trabajo clínico. Por lo tanto, no se produce una implementación directa o inmediata de la ciencia establecida, sino a través de un nuevo juicio de la evidencia científica, realizado por el médico, en el marco de las particularidades de cada caso, de cada experiencia, singular y contextualizada, de sufrimiento. (Schraiber, 1995)

Cuando prima la lógica instrumental en el trabajo en salud, es decir, la aplicación acrítica y descontextualizada de los protocolos de actuación clínica; las necesidades de los usuarios dejan de ser contempladas en términos de valores éticos y políticos. El foco del trabajo se pone en los instrumentos, que reducen el abordaje de los problemas de salud a problemas técnicos. (Silva y Peduzzi, 2011)

Ayres propone un enfoque hermenéutico del trabajo en salud en cercanía a la propuesta del trabajo vivo en acto de Merhy. Señala que desde este enfoque el cuidado implica asumir que la objetividad es inherente a todo acto en salud, pero no puede ser producto exclusivo de un saber instrumental. Es decir, el objeto de la clínica no puede ser construido por el arsenal científico-técnico aplicado sobre un individuo o una población. Define como *deshumanizadas* a las prácticas que dejan al margen todo lo que no puede ser sistemáticamente subordinado al discurso biomédico. En contraposición, Ayres propone que la objetividad debe ser producto de un encuentro auténtico entre sujetos que buscan soluciones comunes, contemplando las perspectivas de ambos. En consecuencia, el objeto no es un individuo ni una población, sino que se construye con ellos y a partir de ellos. Los saberes técnicos no están suprimidos, ni tampoco la presencia subjetiva de cada uno de los participantes del encuentro clínico. El objeto del trabajo clínico es una construcción a partir del diálogo entre el saber instrumental y la experiencia laboral del trabajador y el saber práctico y la propia experiencia de sufrimiento del individuo. Cada uno aporta su saber práctico y su saber instrumental. Una vez más, como en la propuesta del trabajo vivo en acto, el eje central de la clínica es el encuentro intersubjetivo y lo que se construye a partir de allí. (Ayres, 2007)

“...cuanto más se configura el cuidado como una experiencia de encuentro, de verdaderos intercambios dialógicos, cuanto más lejos de una aplicación mecánica y unidireccional del conocimiento instrumental, más la intersubjetividad experimentada alimenta a sus participantes con nuevos conocimientos tecno-científicos y prácticos.” (Ayres, 2007: 53)

Heller invita a pensar la particularidad de la vida de los hombres a partir de su vida cotidiana. En lo habitual de cada día, los hombres y las mujeres realizan una serie limitada de actividades en pos de satisfacer sus necesidades. En la vida cotidiana, se reproducen a sí mismos y a su mundo. Más aún, el hombre formando su mundo (su ambiente inmediato), se forma también a sí mismo. La vida cotidiana es la vida del hombre entero: participa de ella con todos los aspectos de su individualidad. Al nacer el hombre se encuentra con un mundo independiente. Allí debe aprender e internalizar su entorno: objetos y sus significaciones, modelos para entender el mundo y patrones de comportamiento aceptados. En ese mundo particular cotidiano cada hombre aprende a sobrevivir, a desarrollarse, a desenvolver sus actividades, aprende de otros y trasmite su aprendizaje. Aprendizaje válido en el entorno de ese su mundo particular, su vida cotidiana. Entonces, dice la autora (Heller, 1977: 30) “el particular se objetiva en la vida cotidiana.” Forma su mundo en su ambiente inmediato. “La vida cotidiana hace de mediadora hacia lo no cotidiano y es la escuela preparatoria de ello.” (Heller, 1977: 31) En este proceso en el marco de la vida cotidiana, cada hombre se apropia de las habilidades necesarias para la adaptación al ambiente inmediato dado, interiorizar y desarrollar capacidades humanas para ser hombre útil y sobrevivir en ese su mundo, así como también para, en relación a la sociedad en su conjunto, apropiarse de la alienación. El hombre necesita apropiarse de las costumbres y las instituciones de su ambiente inmediato para moverse y existir allí. (Heller, 1977)

“En consecuencia, luchar contra la “dureza del mundo” significa no solamente que el hombre debe aprender a manipular las cosas, debe apropiarse de las costumbres y las instituciones, para poder usarlas, para poder moverse en su propio ambiente y para mover este ambiente, sino también que él va aprendiendo a conservarse a sí mismo y a su ambiente inmediato frente, a otros ambientes y estratos.” (Heller, 1977: 34)

Cualquier experiencia de sufrimiento, se expresa como tal en tanto implica una interrupción de la habitual reproducción de la vida cotidiana de un individuo particular. Tomando algunos conceptos de Heller, podemos plantear la enfermedad como experiencia de interrupción de las actividades de la vida cotidiana de un hombre particular y, en consecuencia, de sufrimiento. Asimismo, la experiencia de sufrir asume particularidades en cada hombre en función de su mundo. Lo que implica asumir la diversidad amplia del sufrimiento humano y lo inadecuado de la universalización de los criterios de abordaje de las enfermedades. Retomando los conceptos de *disease-illness-sickness*, una clínica humanizada, ineludiblemente, debe construir los problemas de salud, como objeto de estudio e intervención, a partir de estas tres dimensiones del padecimiento humano. Para ello, el trabajo en salud debe ser comprendido como trabajo vivo en acto y con un enfoque hermenéutico en la construcción de los problemas. Sin suprimir el saber técnico-científico disponible, sino subordinándolo a una simetría dialógica con los saberes y experiencias particulares de cada individuo en su vida cotidiana.

#### **4.2. El aprendizaje dialógico/problematizador y la reflexión crítica en la práctica.**

El capitalismo como esquema económico y social, desde sus orígenes transformó los modos de producir y pensar la realidad. En ese marco, los modelos educativos se pensaron y diseñaron para formar sujetos acordes al mundo capitalista. La imagen dominante de la realidad, denominada *cuadro científico clásico del mundo*, se caracteriza por: (Sotolongo y Delgado, 2006)

- la noción de la naturaleza como algo inmutable;
- asumir a los átomos como el elemento último de constitución de toda la materia, indivisible e inmutable, la unidad última;
- la evidencia mecánica, en consecuencia, para entender al funcionamiento de la mayoría de los fenómenos;
- la idea acabada de la historia, la suposición de que la realidad está dada y no es transformable.

Estos ideales establecieron las bases de una comprensión científica del mundo que se constituyó en dominante desde el siglo XVII hasta el XIX y cuya influencia se extiende hasta la época actual. En este marco se configura el paradigma científico clásico sustentado en la idea de simplicidad, en la dualidad cartesiana sujeto-objeto, en la noción de realidad como entidad acabada y sobre la base del determinismo. Lo que Morin denomina el *paradigma de la simplificación*. (Morin y Pakman, 1994) A su vez, el método científico se constituye en el camino por excelencia para entender y explicar los fenómenos del mundo con la consecuente hegemonía del saber científico. En el área educativa, el proceso de aprendizaje parte de un conocimiento dado y veraz que alguien posee (educador) y debe transmitir a quien lo carece (educando). El desarrollo apunta a definir los mejores dispositivos para otorgar eficacia y eficiencia de dicha transferencia. La evaluación, entonces, se limita a verificar la asimilación de un conocimiento estático entregado. (Taeli Gómez, 2010)

Sin embargo, el mundo actual deviene en una realidad que no se corresponde con el cuadro científico clásico ni puede ser entendido desde la perspectiva de un *paradigma de la simplificación*. Algunos elementos ayudan a visualizar la caducidad o crisis este paradigma científico clásico: (Taeli Gómez, 2010; Sotolongo y Delgado, 2006; Morin y Pakman, 1994)

- Lo complejo paso de ser aquello difícil de reducir para su estudio, a una totalidad que debe ser observada como tal.
- La composición del mundo en átomos-ladrillos-unidades básicas pierde vigencia con el descubrimiento de las partículas subatómicas. Asimismo, la explicación mecánica de los fenómenos también pierde fuerza.
- La posibilidad de separación de los fenómenos de la realidad se vislumbra lejana. La multiplicidad de relaciones que conforman la realidad, las múltiples interconexiones, hacen que aislar fenómenos para su estudio descontextualizado se convierta en una incoherencia epistemológica.
- La dualidad cartesiana de sujeto-objeto separados ya no es posible sostenerla. Es innegable la interrelación entre ambos. Por consiguiente, el pensamiento positivista y las aspiraciones de objetividad y división de

las partes de un fenómeno para su abordaje pierden coherencia en el mundo actual. En su lugar, emerge para entender y comprender la realidad actual el pensamiento dialéctico, hermenéutico, contextualizado y complejo. El mundo simple ya no es real.

- En continuidad, las explicaciones de la realidad desde perspectivas disciplinares aisladas y su consecuente estudio por especialidades ya no es un modo exitoso. Se presenta la necesidad de un abordaje práctico – holístico, con una fuerte base en lo interdisciplinario.

#### **4.2.1. El aprendizaje dialógico/problematizador**

Freire se estableció como uno de los autores de referencia en temas de educación de las últimas décadas del siglo XX e inicios de XXI. Su propuesta educativa se presenta como un intento de superación del paradigma de la simplificación. (García y Mallart, 1998)

Freire suele iniciar sus textos con la idea de que formar es mucho más que adiestrar en la repetición de técnicas. Parte de la concepción del hombre como un ser inconcluso y consciente de su condición de inacabado. El hombre como protagonista de su propia historia que sale a conocer el mundo. Propone asumir la posibilidad de transformación de la realidad. (Freire, 1997) El adiestramiento, por otro lado, es una idea reducida, escueta y regresiva de la educación. El adiestramiento como práctica educativa tiene por objetivo el desarrollo de destrezas técnicas. Adiestrar es capacitar en el marco de condiciones dadas, de una historia acabada y de la imposibilidad de soñar con otros mundos posibles. En sus palabras: “Reconocer que la Historia es tiempo de posibilidad y no de determinismo, que el futuro, permítanme reiterar, es problemático y no inexorable.” (Freire, 1997: 20) Es indiscutible su postura en contra de la educación como dispositivo normalizador, mecanicista, apolítico y fundamentalmente técnico.

Se puede observar en sus escritos, claramente, una propuesta de reconocer el rol activo del sujeto que aprende. “Enseñar no es transferir el entendimiento del objeto al educando si no instigarlo para que, como sujeto cognoscente, sea capaz de entender y comunicar lo entendido.” (Freire, 1997:

112) Destaca la importancia central de la relación docente-discente<sup>C</sup>, ubicando que allí, en el seno de ese intercambio respetuoso y bidireccional, es donde se aprende. El docente asumiendo, en el marco de ese vínculo y de su inserción real en el mundo, la tarea de acompañar y aportar herramientas para el aprendizaje del discente. Destaca la ineludible necesidad de superar la perspectiva bancaria del aprendizaje. Esto es, la idea de aprendizaje como transferencia vertical, autoritaria y unidireccional de conocimientos dados como criterios de verdad. (Freire, 1970) Volviendo al concepto de formación: “quien enseña aprende al enseñar y quien aprende enseña al aprender.” (Freire, 2003: 47) Ambos son sujetos en una relación bidireccional. En un proceso de aprendizaje intersubjetivo no hay lugar para explicar el fenómeno como relaciones sujeto-objeto. (Freire, 1997)

“...enseñar no es transferir contenidos a alguien, así como aprender no es memorizar el perfil del contenido transferido en el discurso vertical del profesor. Enseñar y aprender tienen que ver con el esfuerzo metódicamente crítico del profesor por desvelar la comprensión de algo y con el empeño igualmente crítico del alumno de ir entrando como sujeto de aprendizaje, en el proceso de desvelamiento que el profesor o profesora debe desatar.” (Freire, 1997: 111)

Este autor habla de rigor metódico al identificar la necesidad imperiosa del educador de estimular, reforzar y despertar la capacidad crítica del educando y su insaciable curiosidad. Cuanto más metódica y permanente es nuestra capacidad de indagar, “más eficazmente curiosos nos podemos volver y más crítico se puede hacer nuestro buen juicio.” (Freire, 1997: 60-61) Aprender críticamente implica educadores y educandos instigadores, inquietos, creadores, curiosos y persistentes. Entonces, un proceso de enseñanza crítico, implica el respeto por el sentido común y las visiones del educando, por su espontánea curiosidad, pero, con el objetivo de superación. La superación, en lugar de la ruptura, se da en tanto la curiosidad inicial, ingenua y espontánea se

---

<sup>C</sup> Discente: neologismo de Freire para hacer mención de los educandos.

convierte en curiosidad crítica. Se hace crítica en tanto suma rigor metódico en su aproximación al objeto. Se podría sintetizar que pensar críticamente requiere de tres condiciones: 1- profundidad en la comprensión e interpretación de los hechos, 2- disponibilidad para la revisión de los hallazgos, y 3- posibilidad de cambiar de opinión o de apreciación sobre los fenómenos estudiados. Ese pensar acertadamente no es un trabajo aislado sino un acto comunicante, no es algo a transferir sino a coparticipar. Entonces, la tarea coherente del educador que piensa acertadamente es invitar al educando a producir su comprensión de lo que se viene comunicando. “La práctica docente crítica, implícita en el pensar acertadamente, encierra el movimiento dinámico, dialéctico, entre el hacer y el pensar sobre el hacer.” (Freire, 1997: 39) Con tal fin, es necesario una educación permanente de los docentes en espacios de reflexión crítica sobre la propia práctica educativa. Sólo revisando el propio trabajo realizado se puede mejorar hacia el futuro. También, en la perspectiva de una práctica educativa crítica, el educador debe fomentar en los educandos la experiencia de asumirse como seres sociales e históricos, pensantes, comunicantes, transformadores. En consecuencia, este asumirse sujeto es absolutamente incongruente con la perspectiva conductista bancaria de la educación. (Freire, 1970) El educador que aplica un adiestramiento pragmático y autoritario, de quien posee la verdad en una determinada área del conocimiento o disciplina, atenta contra el pensamiento crítico y la práctica educativa dialógica, progresista y democrática. (Freire, 1997)

“Es así como, mientras la práctica bancaria, como recalcamos, implica una especie de anestésico, inhibiendo el poder creador de los educandos, la educación problematizadora, de carácter auténticamente reflexivo, implica un acto permanente de descubrimiento de la realidad.” (Freire, 1970: 86)

En síntesis, Freire definió la práctica educativa en torno a condiciones necesarias para la constitución de una situación educativa: la presencia de sujetos (educador y educando), el marco de espacio-tiempo del encuentro

entre ambos, la experiencia de producción de conocimiento en el mismo encuentro y el reconocimiento de que toda práctica educativa es una práctica política. (Freire, 2003) Invita a pensar la educación como práctica problematizadora de todo lo dado y como un modo de intervención en el mundo. Una intervención que “implica tanto la reproducción de la ideología dominante como su desenmascaramiento.” (Freire, 1997: 93)

En el año 1981, la publicación del destacado libro de J. Habermas *Teoría de la acción comunicativa* significó un nuevo rumbo en las ciencias sociales donde el eje de la construcción de significados estaba en la comunicación humana, en la intersubjetividad. Superando así muchas de las concepciones del marco constructivista. Freire y Habermas proponen, desde diferentes lugares, una perspectiva comunicativa que es posterior y superadora de la constructivista. (García y Mallart, 1998) Entonces, en el aprendizaje dialógico de Freire vemos lo trascendente de sus ideas aun en nuestros días.

#### **4.2.2. El profesional reflexivo**

D. Schön es considerado uno de los pensadores más influyente en el desarrollo de la teoría y la práctica profesional. Realizó importantes aportes a la propuesta de la reflexión sobre la práctica. (Schön, 1998) En coincidencia con Freire, critica el abordaje meramente instrumental de los problemas de la práctica. Plantea que, desde el marco del pensamiento positivista, la racionalidad técnica, como epistemología de la práctica, separa los medios de los fines. Es decir, el saber del hacer. Entonces, la resolución de un dado problema está en la posibilidad de ubicar los medios técnicos más pertinentes para alcanzar el fin deseado. El trabajo práctico de un profesional se reduce a la aplicación de teorías y técnicas desarrolladas (en otras instancias) por la investigación científica. Esta epistemología positivista sienta sus bases en tres dicotomías. La primera dada por esta separación entre medios y fines que permite reducir la tarea práctica a la simple reproducción y aplicación de técnicas instrumentales del modo más eficiente posible. La segunda, franca separación entre investigación y práctica. El investigador a partir de su objetividad y su distancia, desde el marco del método científico, desarrolla

conocimiento que el profesional aplica en su quehacer cotidiano. La tercera, la división entre el saber y el hacer. (Schön, 1998)

Se observa una clara coincidencia de Schön con la crítica al paradigma de la simplificación que hace Morín. (Morin y Pakman, 1994) Schön resalta su crítica a las profesiones orientadas por la racionalidad técnica (la medicina, por ej.) como argumento que fundamenta la necesidad de desarrollar la reflexión práctica de los profesionales. Detalla que las profesiones, en este marco de racionalidad, carecen de vivencia de valores, se tornan ineficaces y caen en la posición de no contemplar los intereses de la sociedad. Por consiguiente, se les atribuye la responsabilidad por problemas como el aumento de la contaminación ambiental, la desigualdad y los costos crecientes de la atención médica. En cercanía con las reflexiones de Testa, asocia este escenario de las profesiones con el hecho de que el conocimiento desarrollado en las universidades está descontextualizado y no se correlaciona adecuadamente con las características de las situaciones de la práctica profesional. (Schön, 1998) En otras palabras, no todo está en los libros. En lo concreto de la tarea profesional, los problemas no se presentan obvios, inequívocos y evidentes, sino que se caracterizan por la incertidumbre, la indeterminación y el desorden. El modo de abordaje práctico que estos problemas requieren contrasta profundamente con la manera en que se resuelven desde la racionalidad técnica. El primer paso, en la propuesta de Schön, es re pensar el encuentro<sup>D</sup> de los problemas, su construcción. Esta construcción no puede realizarse solo de la mano de procesos técnicos, ya que una dada situación práctica es única y no se adapta a los estándares de la ciencia aplicada.

Un concepto clave de Schön es el de “sobre-aprendizaje”, con el que alude a una práctica profesional repetitiva y rutinaria en la que ya no se piensa al actuar. El profesional deja de ver, minimiza y descarta todo aquello que no encaja en el encuadre de una teoría dada y, en consecuencia, con la resolución técnica conocida y rutinariamente aplicada. En contraposición y como superación de este nudo de la práctica profesional, Schön propone una epistemología de la práctica reflexiva basada en fundamentos como la

---

<sup>D</sup> Encuadre: proceso mediante el cual definimos la decisión que se ha de adoptar, los fines que se han de lograr y los medios que pueden ser elegidos. (Schön, 1998)

estructuración interdependiente de medios y fines, la consideración de la práctica como un tipo de investigación y la condición de inseparabilidad del saber y el hacer. Por consiguiente, en clara cercanía a las ideas de Freire, los problemas y los fines no se encuentran dados, sino que se construyen en una situación problemática contextualizada. (Schön, 1998)

En términos pedagógico-metodológicos, Schön describe tres fases de pensamiento práctico: a) conocimiento en la acción, b) reflexión en y durante la acción y c) reflexión sobre la acción/reflexión en acción. La primera se trata de una rica acumulación de conocimiento tácito vinculado a la percepción, a la acción y/o el juicio previo en la espontaneidad del individuo. Está constituido por el saber teórico (proposicional) adquirido mediante estudio de la teoría y el saber-en-la-acción que procede de la práctica profesional (tácito, espontáneo y dinámico). La reflexión en la acción es un conocimiento de segundo orden: conocimiento construido por el profesional sobre lo que hace mientras lo realiza. El autor lo define como una conversación reflexiva in situ con la situación problemática concreta. Es una fase determinada por lo inmediato de su reflexión, su análisis y su captación de los fenómenos. En general, se trata de la reflexión que surge frente a la sorpresa de un problema en el que las respuestas técnicas habituales y repetitivas no alcanzan para su resolución. Este pensamiento reflexivo surge irremediamente y se abastece de lo inesperado y novedoso de la situación y al mismo tiempo, de la imposibilidad de resolución con las respuestas técnicas disponibles y conocidas. Esta fase cuestiona al conocimiento en la acción (fase previa) en tanto esta reflexión tiene un carácter crítico desencadenado por lo inesperado de la situación o de la respuesta a la intervención técnica habitual. A su vez, la reflexión en acción irremediamente, conduce a una experimentación sobre la marcha en la que se prueban nuevos enfoques, intervenciones y/o explicaciones del fenómeno observado. Lo desarrollado en el marco de esta fase del pensamiento práctico se hace bajo las limitaciones dadas por las presiones afectivas, sociales y de tiempo y espacio en que transcurre la situación problema en su contexto concreto de ocurrencia. Por ello, Schön propone todo lo acaecido en esta fase como materia de revisión crítica posterior en una tercera fase denominada “reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en la acción.” Entonces, se

construye conocimiento sobre lo realizado en una situación: encuadre, enfoque, análisis, reconocimiento, reconstrucción e intervenciones. Se trata de un conocimiento de tercer orden que analiza los dos anteriores en relación con la situación y el contexto. Esta tercera fase es considerada indispensable en la formación permanente de todo profesional práctico ya que habilita el cuestionamiento (individual y colectivo) de las características de la situación problemática, los procedimientos de detección, diagnóstico y definición, el establecimiento de metas, medios y mecanismos de intervención y los esquemas de pensamiento, marcos teóricos, creencias y emociones del profesional. Finalmente, Schön enuncia el carácter inseparable e interdependiente de estas tres fases del pensamiento práctico. (Schön, 1998)

#### **4.2.3. Educación permanente en salud**

Si bien, en el mundo capitalista, el modelo biomédico es dominante, no todo está perdido. Una vez más, volvemos a Merhy para repensar los procesos de trabajo en salud. Se sostiene que la biomedicina es un modelo deshumanizado, en tanto se enfoca en la enfermedad y no en la persona con un padecimiento, y deshumanizante, porque a su vez, el profesional posterga su propia subjetividad, su propia creatividad, subordinándose a la reproducción rígida de protocolos basados en el saber científico. El razonamiento instrumental aplasta al trabajador, le quita autonomía y libertad en su actuar clínico, obligándolo a reproducir acríticamente guías de actuación por enfermedades. Entonces, Merhy rescata el concepto y la potencia del trabajo vivo, caracterizándolo como un proceso agenciado por sujetos, que trae en sí el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva. Propone pensar que el trabajo en salud es siempre relacional e inmanente del trabajo vivo en acto. Y a partir de ese espacio los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos en salud. En ese espacio de encuentro intersubjetivo trabajador-usuario es donde existe la libertad de actuar en pos de producir sentido. De allí que el control sobre el trabajo clínico no es del todo posible. (Franco y Merhy, 2011)

“Lejos de ser “cajas vacías”, cada trabajador y cada usuario tiene ideas, valores y concepciones acerca de la salud, del trabajo en salud y de cómo debería ser realizado. Asimismo, todos los trabajadores utilizan activamente sus pequeños espacios de autonomía para actuar en salud como les parece correcto, de acuerdo con sus valores y/o intereses” (Merhy y otros, 2006: 151)

En pos de reflexionar sobre el proceso de trabajo y para elucidar la micropolítica del trabajo vivo en acto, el mismo autor propuso la estrategia de la educación permanente en salud (EPS). La misma tiene como objetivo constituir una red de enseñanza aprendizaje a partir del trabajo en salud, particularmente, pensada como estrategia en el marco del desarrollo del SUS brasileño. Identifica como principal disparador del proceso de aprendizaje, la sensación de incomodidad que genera la visualización de las dificultades concretas del trabajo clínico en el marco cotidiano con situaciones-problema reales y contextualizadas. Partir de las incomodidades, dialogar con lo acumulado y producir sentido, son las claves para el aprendizaje. Entonces, la EPS propone ubicar el proceso de trabajo como objeto de reflexión y aprendizaje activo para los propios trabajadores de los equipos de salud, recuperando la micro política del trabajo vivo en acto y la propia dimensión subjetiva de los trabajadores. La finalidad de la propuesta es la de dar soporte a la constitución de colectivos de trabajadores que, a partir de reflexiones sobre su propio trabajo concreto, puedan ser co autores en la transformación de las instituciones de salud. Se identifica la clara necesidad de dialogar y problematizar en el cotidiano real de trabajo de cada equipo. (Merhy y otros, 2006)

#### **4.2.4. El desarrollo de saber práctico a partir del trabajo concreto**

En síntesis, se destaca la cercanía entre la propuesta pedagógica de Freire, la práctica reflexiva de Schön y la EPS de Merhy y col. dado que todos ellos reconocen el desarrollo de saberes y herramientas a partir de la experiencia concreta de trabajo, el encuentro con otros (usuarios,

trabajadores), la superación del abordaje instrumental de los problemas y la perspectiva crítica de pensamiento. En el marco específico del trabajo en CS, esto implica reflexionar y crear conocimiento en y desde los mismos encuentros clínicos, asumiendo una perspectiva dialógica de construcción de los problemas e incluyendo las propias emociones y marcos teóricos del trabajador. Se podría plantear que se trata de contemplar las singulares situaciones de sufrimiento de las personas en su vida cotidiana y su distancia con los protocolos de la biomedicina (racionalidad técnica) como elemento de reflexión y aprendizaje. Reflexionar, con otros, a partir de lo que no encaja y lo que no se puede resolver desde el pensamiento instrumental disponible. Reflexionar sobre lo que molesta, angustia y, muchas veces, desencadena mecanismos de resistencia en los trabajadores. Estos autores, desde diferentes recorridos, ofrecen elementos teórico-metodológicos a modo de soporte para los trabajadores con la finalidad de desarrollar saberes y herramientas prácticas para el contexto concreto del trabajo.

## 5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El presente trabajo se propone explorar las estrategias educativas que despliegan tutores y médicos en formación de posgrado para resolver la distancia identificada entre la diversidad de formas de sufrimiento y los protocolos del modelo biomédico, en CS de Rosario, en el marco del particular desarrollo de la red de salud. Partiendo del supuesto <sup>E</sup> de que el trabajo clínico en CS con responsabilidad territorial y adscripción de personas, se constituye en un favorecedor de una clínica humanizada y contextualizante. Este trabajo permitiría la exposición de tutores y médicos en formación a una diversidad de situaciones de sufrimiento que motivarían el desarrollo de actos clínicos con una construcción dialógica de problemas en el marco del encuentro médico-usuario. Dicho trabajo clínico en sí y la mediación reflexiva con el médico tutor podrían constituirse en una estrategia educativa favorecedora del reconocimiento del trabajo en salud como trabajo vivo de acto y de la ineludible necesidad del saber práctico en el trabajo clínico. Es decir, la necesidad de contemplar las experiencias singulares en el marco de la vida cotidiana de las personas que sufren.

“El trabajo en salud está centrado permanentemente, en el trabajo vivo en acto, un poco a semejanza con el trabajo en educación.” (Merhy y De Vega, 2006: 19) Se puede destacar que el marco epistemológico que propone la centralidad del encuentro intersubjetivo es compartido por la propuesta de la educación dialógica/problematizadora de Freire y la del trabajo vivo en acto de Merhy o el enfoque hermenéutico de la salud de Ayres. Observamos el mismo marco teórico desarrollado y enfocado en el ámbito de la educación y en el de la salud. En consecuencia, el abordaje metodológico propuesto en el presente trabajo es el cualitativo dado que se requiere como trabajo de campo, recuperar las perspectivas propias de los actores en juego y en contexto del encuentro clínico y del encuentro educativo: los médicos tutores y los médicos en formación de posgrado.

---

<sup>E</sup> Supuesto: se define como una afirmación provisoria relacionada con un determinado fenómeno de estudio, pero de carácter menos estructurado que una hipótesis. El planteo de supuestos se estima más adecuado para estudios de carácter exploratorio. (Minayo, 2009)

El primer paso de la estrategia metodológica en tanto estudio exploratorio, fue describir el fenómeno identificando CS de la ciudad de Rosario que actualmente, funcionan como espacios de formación médica de posgrado. En dichas instituciones se identificó a los actores claves: médicos tutores y médicos en formación de posgrado. También, se incluyeron como actores clave a médicos que hayan completado su periodo de formación de posgrado. De esta manera, se buscó incluir en el trabajo de campo la perspectiva tanto de educadores como de educandos, en coherencia con la concepción dialógica del aprendizaje.

A su vez, se identificaron residencias médicas y/o carreras de posgrado que utilizan en la actualidad los CS como espacios de formación, independientemente de la carga horaria asignada. Se revisaron los Planes de Estudio de dichas carreras de posgrado, en pos de identificar fundamentación y objetivos de la asignación de los CS como espacios de formación práctica.

Finalmente, se propuso explorar y describir las estrategias educativas que se elaboran y utilizan para la formación de posgrado en CS, a partir de un abordaje cualitativo.

Siguiendo a Minayo, la combinación hermenéutica-dialéctica es una propuesta, inicialmente descrita por Habermas, que sintetiza los procesos comprensivos y críticos. La hermenéutica trabaja con la comunicación de la vida cotidiana y el sentido común. Desde lo metodológico, este abordaje hermenéutico se caracteriza por: 1- intenta elucidar el contexto de los actores y de sus propuestas, 2- todo lo observado se debe colocar en el contexto particular de los actores, 3- el observador asume su papel singular tomando posición clara y 4- se intenta producir un “relato de los hechos en donde los diferentes actores se sientan contemplados.” (Minayo, 2009: 135) Por otro lado, la dialéctica como ciencia del dialogo, la pregunta y la controversia, busca en los hechos de la realidad, en el lenguaje y en la cultura “los núcleos oscuros y contradictorios para realizar una crítica informada sobre ellos.” (Minayo, 2009: 135) La perspectiva combinada de hermenéutica y dialéctica es una opción fundamental de pensamiento para construir la fundamentación de abordajes cualitativos. En esta combinación se puede señalar: a) ambas reconocen los condicionamientos históricos de las prácticas sociales, b) ambas reconocen la

imposibilidad de un observador imparcial, c) ambas asumen posiciones en favor de lo intersubjetivo de comprensión y de crítica, y en contra de los tecnicismos, d) la principal diferencia está dada en que la hermenéutica se orienta hacia lo consensual, el acuerdo y la unidad de sentido y la dialéctica, en cambio, hacia la diferencia, el disenso, la ruptura de sentido y la crítica. (Minayo, 2009)

Las representaciones sociales podrían definirse como conceptualizaciones operativas utilizadas para el intercambio, la comunicación y el trabajo en la vida cotidiana. Son el conjunto de elementos con los cuales los actores, en un contexto de cotidianidad dado, construyen y definen situaciones y ejecutan trabajos. Las representaciones surgen de las experiencias de la vida cotidiana y del sentido común. Entre sus funciones se destacan la de convertir en familiar y accesible a la realidad extraña, favorecer la comunicación y el entendimiento entre las personas, promover la construcción de la identidad social (pensamiento colectivo) y justificar las decisiones en las interacciones sociales de un grupo o colectividad en un contexto particular. (Materán, 2008)

Siguiendo a Minayo, “una muestra cualitativa ideal es la que refleja la totalidad de las múltiples dimensiones del objeto de estudio.” (Minayo, 2009: 163) La definición del muestreo cualitativo debe contemplar, entre otros aspectos, el grupo social protagonista de la pregunta central de la investigación, incluir progresivamente los descubrimientos del campo, considerar el número de interlocutores necesarios para asegurar reincidencia y complementariedad, y abstenerse de despreciar informaciones singulares y no repetidas. (Minayo, 2009) En consecuencia, se realizaron entrevistas semi estructuradas a médicos tutores y médicos en formación de posgrado o que hayan completado dicha formación en CS de la ciudad de Rosario. De esta manera, se buscó abordar la perspectiva de educadores y educandos. Además, se buscó explorar las representaciones de los entrevistados sobre el trabajo clínico y sobre la práctica educativa. Se utilizó el criterio de saturación <sup>F</sup>

---

<sup>F</sup> Criterio de saturación: “conocimiento formado por el investigador, en el campo, al conseguir comprender la lógica interna del grupo o de la colectividad en estudio” (Minayo, 2009: 164)

de la muestra para definir la cantidad de entrevistas necesarias para la exploración buscada.

Todos los entrevistados firmaron previamente el debido consentimiento informado acorde a las normas éticas de cuidado de la autonomía y el anonimato de los datos. (modelo de consentimiento informado en ANEXOS)

Se propuso el análisis del material haciendo eje en dos aspectos de las estrategias educativas de formación médica de posgrado en CS de la ciudad de Rosario: (categorías analíticas)

1. Concepción del trabajo en salud: práctica instrumental/biomédica vs práctica compleja/comunicativa.
2. Concepción del proceso educativo: aprendizaje bancario vs aprendizaje dialógico/problematizador.

Para la realización de las entrevistas, se realizó una guía para facilitar el trabajo de campo con actores claves al modo de conversación con finalidad. Se buscaron disparadores que permitan abordar diferentes dimensiones del objeto, ampliando siempre la comunicación y favoreciendo la emergencia de la perspectiva del entrevistado en función de su experiencia, sus valores y sus opiniones. El objetivo es comprender el punto de vista de los actores sociales. Por lo tanto, la misma fue puesta a prueba en las primeras entrevistas y modificada in situ acorde a lo emergente en el diálogo para permitir flexibilidad y absorber nuevos tópicos o dimensiones no previstas. (Minayo, 2009) Se adjunta la guía de entrevistas en ANEXOS.

Como contexto del estudio se definió el marco de los CS dependientes de la SSP-MR. Los mismos, a partir de un proceso que inició en la década del 90, se constituyeron en instituciones centrales en la organización de la red de salud pública de Rosario. Algunos de los ejes principales de este proceso son la salud como derecho, la APS como estrategia y filosofía de la red, la adscripción como política de trabajo y la clínica humanizada y contextualizante como modelo de atención. Estos valores del proyecto sanitario rosarino fueron afianzados y perpetuados en el contexto de la crisis social y económica que sacudió al país en el año 2001. Por lo tanto el presente estudio fue avalado por

la Dirección de Centros de Salud de la SSP-MR y aprobado por el Comité de Ética en la Investigación de la SSP-MR.

Como dimensión temporal del presente estudio se estableció la fecha 1 de marzo de 2020 para establecer los criterios de selección de actores-informantes claves:

- tutores que a esa fecha tengan al menos 1 año en esa función,
- médicos que hasta esa fecha hayan completa la formación práctica,
- médicos en formación que a la fecha especificada hayan completado su rotación en CS o un periodo mínimo de un año en dicho espacio.

## 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: DIÁLOGOS ENTRE LA BIBLIOGRAFÍA Y EL CAMPO

### 6.1. La formación médica de posgrado en CS de la ciudad de Rosario

La red de salud pública de la ciudad de Rosario está constituida por efectores dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (Min Sal SF) y por otros dependientes de la SSP-MR. La estructura provincial presenta 5 hospitales y 32 CS. (Min. Salud Prov. Santa Fe, 2020) La municipal, 6 hospitales, un centro de especialidades médicas ambulatorias, un centro especializado en rehabilitación y 49 CS. (SSS-MR, 2020) En el presente estudio, se tomó como marco histórico el particular proceso de desarrollo del sector salud de la SSP-MR. Como se detalló previamente, a partir de la década del 90 tuvieron lugar fuertes transformaciones que implicaron un aumento considerable del presupuesto municipal para el sector salud, la mejora de equipamientos y capacidad de respuesta de hospitales y la creación de una red de CS estratégicamente ubicados en cercanía de los territorios más vulnerables. Asimismo, se asumió la APS como filosofía y estrategia que impregnaba todo el sistema de salud. Entre otras transformaciones, los equipos de los CS se constituyeron en eje central de los procesos de atención, con una política de adscripción de ciudadanos y una clínica contextualizante.

Se identificaron dos Carreras de Posgrado de la Facultad de Cs. Médicas de la UNR que utilizan los CS como espacios de formación práctica: Pediatría (Ped) y Medicina General y Familiar (MGyF). A continuación, se presenta una breve descripción de organización, fundamentos y perfil del título del Plan de Estudio de ambas carreras.

La Carrera de Posgrado UNR en **Pediatría** posee un Plan de Estudio (Resolución CS N° 80/2019, UNR) que se organiza en tres áreas:

- Formación General, incluyendo contenidos vinculados con Epidemiología, Metodología de la investigación, Ética, Auditoria y gestión de la salud y Pediatría Legal;
- Área de Formación Específica, donde se incluyen contenidos teóricos y teórico prácticos específicos de pediatría;
- Área de Formación Práctica, que consiste en el desarrollo de las prácticas profesionales específicas de pediatría.

Esta última, articula la teoría con la práctica profesional en pediatría y se estructura con actividades de sala hospitalaria y rotaciones trimestrales, una de las cuales es la de CS. Tiene organizada la formación práctica en función de los 5 hospitales que tienen el rol de centros formadores. Cada hospital, por criterio de territorialidad y cercanía, tiene CS de referencia que son los lugares de realización de la rotación de APS. Se identifican 17 CS que funcionan como espacios de formación en la ciudad de Rosario (dependientes tanto de la SSP-MP como del Min Sal SF). Todas las actividades prácticas son tutorizadas. A lo largo de los 3 años, se establece la realización de prácticas de atención ambulatoria. Presenta en su FUNDAMENTACIÓN:

*La pediatría constituye una de las ramas de la medicina consideradas prioritarias en la atención de salud de la población, partiendo del reconocimiento del niño y adolescente como sujetos plenos de derechos, constituyendo la base para alcanzar una adultez saludable. El plan de estudios se concibe desde una visión integral del proceso salud-enfermedad con énfasis en el enfoque de riesgo y actividades de promoción y prevención, abarcando los diversos modelos de atención, con intervenciones acorde a las necesidades de la comunidad.*

Se especifica en el PERFIL DEL TÍTULO, ciertas características que están relacionadas con el trabajo en CS, especialmente, aquellas en relación al cuidado integral, el seguimiento y las actividades de promoción/prevención:

- *Evaluar al niño y adolescente en sus aspectos biológicos, psíquicos y sociales.*
- *Realizar el seguimiento del niño y adolescente y su familia enfatizando la importancia de la promoción y prevención de la salud.*
- *Efectuar todas las acciones necesarias inherentes a la atención integral del paciente, formando parte del equipo de salud y determinando la oportunidad de recurrir a la consulta especializada.*
- *Orientar y acompañar a la familia a lo largo de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y de la evolución familiar abordando el proceso salud-enfermedad con un enfoque integrador con énfasis en acciones de prevención y promoción de la salud.*

- *Preparado para comprender, diseñar, modificar y efectivizar programas sencillos y eficaces de promoción-prevención-rehabilitación de la salud en la comunidad donde actúe.*

La Carrera de Posgrado UNR de especialización en **Medicina General y Familiar** (MGyF) presenta un área de formación teórica y una práctica. En el área de formación práctica se asigna centralidad a los CS y se asumen las actividades hospitalarias como rotaciones complementarias. Se identifican 18 CS que funcionan como centros formadores en la ciudad de Rosario entre ambas dependencias. Según el Plan de Estudios (Resolución CS N° 842/2018, UNR), el área de formación práctica se divide en tres áreas de cuidado: niños, adultos y perinatal/sexual/reproductiva. Presenta en su FUNDAMENTACIÓN:

*La Carrera está fundamentada en la necesidad de reconocer los determinantes del proceso salud-enfermedad tanto a nivel colectivo como individual. Se entiende que estos determinantes se organizan en forma jerarquizada, de modo tal que los niveles de organización de la materia estructuralmente más complejos determinan a los de menor complejidad, es decir, el nivel social subsume al nivel biológico imprimiéndole un nuevo orden y una nueva lógica.*

Establece como PERFIL DEL TÍTULO:

- *Posgraduado con formación en la promoción y prevención de la salud y con sólida formación en el manejo de criterios diagnóstico y terapéutico de problemas de salud, tanto a nivel individual como familiar y comunitario.*
- *Aborda problemas de salud susceptibles de ser resueltos en el primer nivel de atención; o en otros niveles de la red de salud, en caso de requerir éstos mayor complejidad de cuidado y/o técnica. La necesidad de mayor complejidad será construida de manera singular, con el soporte matricial de otras especialidades médicas o disciplinas, y de guías de trabajo.*
- *Posee una actitud reflexiva y responsable que le permite ejercer el acto médico, con criterio ético.*

- *Es capaz de programar en forma participativa e intersectorial acciones de salud en el contexto local, con un enfoque estratégico que surge de un adecuado análisis de las políticas del sector, en la búsqueda de garantizar el derecho a la salud.*

En este punto es pertinente destacar algunas diferencias medulares en las propuestas curriculares de estas Carreras en relación a los CS:

- Lugar del CS en el ciclo práctico: la Carrera de Pediatría está organizada con una rotación en CS de 3 meses de duración en primer año y un día de asistencia al CS por semana durante el resto de los 3 años de la Carrera. Durante la rotación de 3 meses, el médico de 1er año participa con un médico tutor de las actividades diarias de la institución, con la salvedad de un día que debe cumplir con una guardia en sala de internación hospitalaria. Más allá de esta rotación, el médico en formación de pediatría tiene la mayor parte de su carga horaria asignada a actividades en el hospital con un día semanal de consultorio en CS. La Carrera de MGyF, en cambio, asigna alrededor de un 40% de la carga horaria semanal a actividades en CS durante los 3 años de duración de la misma. En los diferentes años cada médico en formación tiene actividades hospitalarias organizadas en rotaciones por áreas de cuidado: adultos, niños y sexual/perinatal. Según la rotación de cada año, varía la asignación de tiempo al CS. Sin embargo, es pertinente destacar que el CS es considerado el espacio central del ciclo práctico y las actividades hospitalarias se establecen como rotaciones complementarias.
- Continuidad: en la Carrera de Ped no existe una asignación de cada alumno a un CS puntual durante la rotación especial de 1er año y las subsiguientes actividades de 2do y 3ero. El mismo alumno puede a lo largo de los 3 años de Carrera asistir a más de un CS. En la Carrera de MGyF, la asignación de un CS para los 3 años de trabajo está garantizada y es un eje organizador del ciclo práctico. Además, las rotaciones hospitalarias de los médicos generalistas en formación están determinadas territorialmente por el CS de base.

- Población a cargo: los médicos pediatras en formación en sus rotaciones y actividades de consultorio en CS no tienen una población asignada a su cargo. Las pacientes que atienden y a los que realizan seguimiento son pacientes adscriptos al médico tutor u a otro médico de la institución. Los de MGyF, durante su 2do y 3er años, tiene población a cargo. Este grupo de pacientes puede variar en cantidad y complejidad de situaciones según el CS, la epidemiología del área de referencia, las características del equipo de salud, las decisiones del tutor y las aptitudes del médico en formación.

En consecuencia, se definió como *categoría empírica* la Carrera de Posgrado en la que se enmarca la formación dadas las diferencias establecidas en los planes de estudio.

Se realizaron 22 entrevistas a tutores, médicos en formación y médicos que completaron la formación de las Carreras de Posgrado de MGyF (14) y Pediatría (8). Dado el contexto político histórico previamente descrito de la red de salud pública de la MR, se seleccionaron actores que trabajen o hayan transitado instancias de trabajo y formación en CS dependientes de la SSP-MP. Desde una perspectiva teórica de análisis hermenéutico-dialéctico, la relación entre las representaciones del actor y su contexto son de central relevancia. Por lo tanto, se definió excluir de las entrevistas a actores de instituciones de dependencia provincial.

Actores de carrera posgrado de Pediatría (UNR):

<b>NOMBRE (FICTICIO)</b>	<b>EDAD</b>	<b>GRUPO</b>	<b>SUB - GRUPO</b>	<b>ANTIGÜEDAD</b>
<b>MILAGROS</b>	28	PED	Médica en formación	Cursando segundo año
<b>SILVINA</b>	28	PED	Médica en formación	Cursando segundo año
<b>GABRIELA</b>	33	PED	Médica	Completó formación práctica en 2018
<b>SELENE</b>	30	PED	Médica	Completó formación práctica en 2019
<b>BARBARA</b>	35	PED	Tutora	Desde 2019, jefa de residentes (2018-2019)
<b>CARINA</b>	41	PED	Tutora	Desde 2016
<b>LILIANA</b>	38	PED	Tutora	Desde 2015
<b>VIVIANA</b>	38	PED	Tutora	Desde 2017

Actores de carrera posgrado de MGyF (UNR):

<b>NOMBRE (FICTICIO)</b>	<b>EDAD</b>	<b>GRUPO</b>	<b>SUB - GRUPO</b>	<b>ANTIGÜEDAD</b>
<b>BRISA</b>	29	MGyF	Médica en formación	Cursando tercer año
<b>SANDRA</b>	34	MGyF	Médica en formación	Cursando tercer año
<b>DANIELA</b>	41	MGyF	Médica	Completó formación práctica en 2019
<b>ESPERANZA</b>	32	MGyF	Médica	Completó formación práctica en 2019

<b>LAURA</b>	45	MGyF	Médica	Completó formación práctica en 2018
<b>CRISTIAN</b>	32	MGyF	Médico en formación	Cursando tercer año
<b>ANDRES</b>	40	MGyF	Tutor	Desde 2014
<b>GASTON</b>	38	MGyF	Tutor	Desde 2013
<b>BEATRIZ</b>	40	MGyF	Tutora	Desde 2009
<b>MONICA</b>	45	MGyF	Tutora	Desde 2007
<b>NADIA</b>	44	MGyF	Tutora	Desde 2016
<b>PATRICIA</b>	35	MGyF	Tutora	Desde 2013
<b>SONIA</b>	36	MGyF	Tutora	Desde 2015
<b>TAMARA</b>	38	MGyF	Tutora	Desde 2015

## **6.2. La formación práctica de los médicos pediatras en CS de la ciudad de Rosario**

### **6.2.1. El modelo de clínica y la necesidad de ampliar la formación hospitalaria: impacto de la diversidad del trabajo en CS.**

La perspectiva de las tutoras de CS y las médicas entrevistadas da cuenta de un posicionamiento superador de la mirada clínica biomédica. Se percibe una propuesta de ampliar la clínica y contextualizar las intervenciones.

*Trato de no focalizarme sólo en lo biológico. En pediatría, no es sólo pesar, medir y decirle a la madre qué tiene que hacer. Es importante, que la madre se sienta cómoda y pueda preguntar. Que sea el lugar del pediatra más abierto. No sólo ver lo biológico. Es un trabajo de acompañamiento de salud con los niños muy relacionado con la familia. Cómo cada uno de esos niños se relaciona con su familia. Es muy importante adonde viven y las características de vida que tienen. (Viviana, tutora pediatría)*

*A muchos profesionales les cuesta el cambio de paradigma hacia un trabajo más interdisciplinario en el sentido del cuidado de la salud. (Liliana, tutora pediatría)*

*Aprende la individualidad de cada paciente, el seguimiento de cada paciente. En cuestiones de enfermedad, que todo no tiene que ser decidir, salvo urgencias. Muchas veces te lleva a vos a poder decir “mañana te vuelvo a controlar, dar las pautas de alarma”. Ese seguimiento que en otros lugares no existe. (Viviana, tutora pediatría)*

Muchas de las nociones sobre el trabajo clínico del pediatra en el CS se podrían enmarcar en la propuesta de la clínica del Sujeto (Campos, 2001) en

tanto buscan ampliar el objeto de análisis de la clínica más allá de la enfermedad, incluyendo la familia del niño, las condiciones de vida y demás determinaciones particulares del contexto de vida. Es muy interesante ver, en el relato de las tutoras, cómo se destaca que el médico en formación *aprende de la individualidad de cada paciente*. Así, se percibe una noción que subsume la mirada biomédica al contexto real de las personas. Las tutoras reconocen que la exposición a experiencias singulares de sufrimiento en el marco del trabajo en CS son elementos clave para el aprendizaje..

*El trabajo en CS, por el vínculo que haces, por conocer más, te afecta más. En el hospital, te preocupas, te pone mal no poder ayudar más, pero, luego, pasan dos o tres días y te olvidas y ya no te enteras más de la situación.* (Gabriela, médica pediatra)

*Vienen por algo banal, quizá, y al final de la consulta la madre abre otros problemas como un atraso menstrual o conflictos con su pareja. Es impresionante cómo se da eso. Es porque se generó un vínculo con nosotros.* (Milagros, médica en formación)

Así mismo, se señalan cuestiones diferentes de los procesos de trabajo del hospital y del CS. El potencial carácter longitudinal del trabajo en CS en contraposición con la inmediatez fotográfica del abordaje clínico hospitalario. Aparece la posibilidad del seguimiento en acuerdo con la familia y el niño, y una posibilidad de relativizar y acotar la aplicación acrítica de protocolos. Vemos en palabras de Viviana la posibilidad pensar el seguimiento en función de las singularidades de cada niño y su familia. Por otro lado, en las palabras de Gabriela encontramos una marcada diferencia en la posibilidad de vínculo en el hospital y en el CS. A propósito de la dimensión humana del trabajador, este relato se acerca a la idea de una clínica más humanizada y su carácter humanizante para el médico: *te afecta* porque existe la posibilidad de vínculo real y sostenido en el tiempo. En el hospital, esto parece ser más difícil.

Aparece una noción de lo que Bonet describe como tensión estructurante entre saber y sentir. (Bonet, 1999)

*En el CS, vos podés conocer a cada uno de la población que atendés y a sus mamás. Eso influye mucho. Cada mamá es distinta y en relación a esa diferencia uno puede tenerlo en cuenta para tomar decisiones terapéuticas. Además, es la mamá la que te va transmitiendo lo que le pasa a cada niño. (Viviana, tutora pediatría)*

*Los residentes aprenden otra mirada del mismo niño que ellos ven en el hospital. En el hospital, uno ve en el contexto de la enfermedad y muchas veces te da poco tiempo para repensar lo que atraviesa la familia en la internación. Por eso cuando vienen al CS, pueden ver al niño sano y en su medio, que no pasa en el hospital que ven al niño enfermo. También, pueden abordar todas las otras cosas que pasan desde lo social desde lo afectivo que no lo pueden ver en el hospital. (Bárbara, tutora pediatría)*

Aparece el contraste con el hospital en relación a la histórica noción de la atención de la enfermedad y los controles de salud. El hospital es la institución que mira y se ocupa de la enfermedad. Esto incluso parece quedar expresado textualmente: *aprenden otra mirada del mismo niño*. Aun siendo el mismo médico en formación trabajando en ambas instituciones, en cada una aprende una mirada diferente: en el hospital *uno ve en el contexto de la enfermedad* y en el CS se puede ver lo demás: lo social, lo afectivo, lo que atraviesa la familia, las singularidades de la madre, las condiciones de la vivienda. En el CS se puede ver lo que sobra de la enfermedad. También, lo que condiciona la imposibilidad de aplicar linealmente protocolos. Retomando a Campos, desde la perspectiva de la clínica clásica la enfermedad es como *una segunda piel* que reviste por fuera e identifica al sufriente en el marco nosocomial. (Campos, 2001) En el hospital, lo que da contexto al sufrimiento es

la enfermedad. Toda otra dimensión del sufrimiento humano queda ocultada de la mirada médica. Una expresión del MMH: predominancia de las variables biológicas con menosprecio de lo subjetivo, lo social y lo histórico en el sufrimiento humano. (Menéndez, 2005) La mirada médica se circunscribe al diagnóstico que es guía del trabajo y objeto de las intervenciones.

*De mi experiencia como residente, me pareció que el hospital no me aportaba porque uno en el hospital tiene una forma de actuar muy sistemática. En el CS es diferente: uno al convivir todo el tiempo con los vecinos del barrio y con las familias, tiene otra llegada que no existe en el hospital. (Bárbara, tutora pediatría)*

*En el hospital, ves a los pacientes de manera aislada, no tenés el seguimiento y el control posterior. (Silvina, médica en formación en pediatría)*

En el hospital, el trabajo médico está más protocolizado. *Uno en el hospital tiene una forma de actuar muy sistemática.* Como detalla Foucault: desde su origen como institución médica, el hospital estuvo caracterizado por reglamentos disciplinarios rígidos y sistemas de registro continuo. (Foucault, 1978) Las normas disciplinarias del hospital acotan el quehacer médico. El actuar sistemático, determinado por los protocolos y guías (tecnologías duras-blandas) constituyen una captura del trabajo vivo por el trabajo muerto. Le restan tiempo y espontaneidad. En otras palabras, la rígida disciplina del hospital tiende a deshumanizar el trabajo clínico.

*En el hospital los tiempos apuran, a veces, tenés el apuro de liberar camas. Otras, te toca un ingreso a la sala en la madrugada y no haces un interrogatorio exhaustivo porque estas cansada y la dinámica no te lo permite. (Selene, médica pediatra)*

Es llamativo, a su vez, la reiterada noción del tiempo que escasea y esta rígidamente limitado, en el hospital, en comparación con el tiempo más largo del trabajo en CS. Si bien, el trabajo ambulatorio permite planificar seguimiento y acompañar procesos durante semanas, meses o años, el tiempo concreto de encuentro médico-paciente es inevitablemente más corto e intermitente: consultas de minutos distanciadas por diferentes intervalos de tiempo. En el curso de un ingreso en sala, durante todo el lapso de internación la posibilidad de encuentro es permanente. Así mismo, se reconoce en el CS la falta de tiempo para discutir adecuadamente las situaciones, por ej. Sin embargo, estas limitaciones en el tiempo de trabajo en el CS no parecen torcer la perspectiva de la clínica. En consecuencia, surgen las preguntas: ¿cómo se piensa el tiempo? y ¿qué tiempo es el que limita la posibilidad de ampliar el ejercicio clínico: el del niño y su familia o el de los equipos de salud?

*En el CS tenés que aprender a manejarte sin todo, sin lujo. Es importante saber que existen dos formas de trabajo distintas. En el CS tenés que manejarte sin recursos, pero, podés ver el contexto del paciente, estar en el barrio, conocer la familia. Te basas mucho más en la relación médico paciente. Y ves al paciente como un todo. Salir de la burbuja porque, en el hospital, eso se pierde un poco. (Selene, médica pediatra)*

Por otro lado, el trabajo en CS emerge como el lugar en donde no se cuenta con recursos. Es el lugar de la red de servicios de salud donde el médico trabaja *sin recursos*. Esta mención está vinculada, directamente, con el concepto de tecnologías en salud. En el desarrollo de Merhy, el foco de la clínica está puesto en su definición como un proceso intersubjetivo. El trabajo clínico se construye en el marco de ese proceso, que sólo puede existir en el encuentro entre el usuario-sufriente y el trabajador de salud. En dicho acto clínico, los trabajadores utilizan tres modalidades tecnológicas: duras, duras-blandas y blandas. Estas últimas son las que confieren vida al trabajo en salud,

permiten que el trabajador actúe sobre la singularidad de cada sujeto y su contexto. (Merhy y De Vega; 2006) Entonces, la noción de que los *recursos* están disponibles en el hospital y ausentes en el CS está fuertemente vinculada a las tecnologías duras. Lo disponible en el nosocomio son los aparatos, los protocolos y las rígidas normativas de trabajo. Además, esta disponibilidad diferencial de recursos influye, de alguna manera, en el modelo de clínica a reproducir: centrada en procedimientos en el hospital o centrada en usuarios en el CS. El punto crítico de esta reflexión es que la centralidad de la clínica no parecería estar definida por el posicionamiento del trabajador, sino por la disponibilidad de tecnologías duras y el proceso de trabajo del marco institucional en el que se encuentra. El mismo profesional en el hospital, ve limitada su creatividad y la libertad del acto clínico, acota las posibilidades de encuentro intersubjetivo. Su clínica se ajusta a los protocolos de trabajo institucional. En ese sentido, el trabajo en el CS se presenta como una oportunidad de liberar la clínica de las ataduras de los protocolos y los procesos de trabajo hospitalarios. En el CS, parece ser posible otro modo de trabajo más allá de esa *forma de actuar muy sistemática* del hospital. La falta de recursos tecnológico-materiales en el CS, podría visualizarse como posibilidad de una clínica más centrada en las personas y en las tecnologías blandas. Una clínica más humanizada. Retomando las palabras de Selene: *Te basas mucho más en la relación médico paciente. Y ves al paciente como un todo.*

### **6.2.2. El rol del tutor, el aprendizaje y las estrategias pedagógicas**

El rol del tutor está ligado en las entrevistadas a la idea de guía y acompañamiento. Surgen relatos críticos de la idea de aprendizaje como transmisión de conocimientos. Los tutores tienen que estimular y orientar. Su tarea se centra en acompañar ese encuentro entre el saber técnico científico de la biomedicina y la realidad concreta y cotidiana de las personas que sufren. Acompañar en términos de generar condiciones para que el médico en formación tenga la suficiente exposición a esos encuentros y, también, acompañar en la reflexión crítica que permite transitar las tensiones entre la biomedicina y el sufrimiento de las personas en su cotidianidad. *Salir de la*

*burbuja*, salir del hospital, para poner a jugar el saber científico en el contexto real de vida de las personas.

*Para mí la formación en pediatría debería ser más integral. Poder mostrar a los residentes que detrás de cada paciente hay una historia, una familia. Poder individualizar a nuestros pacientes. Que ninguno es igual a otro. Me parece lo más importante. Ver esta parte, no sé si llamarla más humanitaria, porque tampoco es que en el hospital no son humanos, pero, poder individualizar cada niño, cada historia, cada familia. Hay mamás que se bancan más ciertos procesos que otras. Que puedan ver la práctica de otra manera. (Viviana, tutora pediatría)*

*Una vez que se va el paciente, poder charlar cosas que vimos en la consulta o que nos llamaron la atención. Tener ese tiempo después de la consulta me parece provechoso. Cosas que por ahí dentro de la consulta no se te ocurren o cosas que se te pasaron, por ahí las hiciste mecánicamente y el tutor te resalta otra forma de hacerlo o cosas que había que pensar en esa situación. (Silvina, médica en formación)*

Freire destaca la importancia central de la relación docente-discente, ubicando que allí, en el seno de ese intercambio respetuoso y bidireccional, es donde se aprende. El docente asumiendo, en el marco de ese vínculo y de su inserción en el mundo, la tarea de acompañar y aportar herramientas para el aprendizaje del educando. (Freire, 1997) Se observa esta perspectiva del aprendizaje en cuestiones como el tutor acompañando desde su lugar de médico en un CS, desde su propia experiencia, destacando otro modo de hacer clínica, superando ese intervenir *mecánicamente*. Vemos el rol del tutor como quien acompaña en el proceso de volver a pensar las situaciones clínicas. Una vez más, el camino señalado es el de *individualizar* la experiencia de sufrimiento singular de cada persona, identificando características particulares de su vida cotidiana. Se observa la aspiración a una formación más *integral*.

*En mi experiencia de rotación por APS, me toco con una pediatra súper biologicista. Era llegar al consultorio y ver, ver, ver. No existía esto de poder abrir otra pregunta. A mí me gusta mucho toda la parte de desarrollo infantil. No existía todo eso. Era una pediatría muy básica. Muy biologicista. Jamás fui a un domicilio. Jamás una discusión de la situación de una familia. (Viviana, tutora pediatría)*

*Principalmente, creo que es el acompañamiento del residente en su formación. Leemos como pares, siempre uno puede aportar desde su experiencia de lo que ve. Brindarles herramientas desde la práctica de lo que uno va viviendo en el CS. Es siempre una enseñanza continua de ellos conmigo y yo con ellos. (Bárbara, tutora pediatría)*

La experiencia y la historia de des hospitalización de la práctica de las mismas tutoras, el aprendizaje a partir de su recorrido personal, son elementos para la reflexión. Vemos en el relato de Viviana la crítica a la práctica clínica predominantemente biomédica. Y en Bárbara, aparece la noción de educador – educando retroalimentándose mutuamente en el proceso educativo. Se encuentra ahí una referencia a la perspectiva activa, dialógica y bidireccional del aprendizaje. Asimismo, se destacan las *herramientas desde la práctica* de la propia tutora. El saber práctico construido por la experiencia propia de trabajo en el CS toma un lugar central y supera la generalidad de los protocolos biomédicos.

*Cuando yo empiezo a hacer mi práctica como pediatra en un CS, también era muy básica porque no tenemos formación en APS: lista de problemas, familiograma, HCF. Abrir un poco más la mirada. Eso te lo da la experiencia. En ese CS trabajé mucho con psicología y trabajo social y eso es lo que me hace abrir mucho mi práctica en ese momento. (Viviana, tutora pediatría)*

*Sirve para darte cuenta del contraste entre un lugar de tercer nivel donde uno tiene todo: no sólo me refiero a cuestiones de insumos, aparatos o laboratorio, sino también, a sub especialistas para consultar. Y después, uno se encuentra en el CS donde, tal vez, tiene que aprender a manejarse de otra manera sin todo ese lujo, por así decirlo. Creo que eso es, en la formación, saber que existen dos formas de trabajo muy distintas. Y que uno no siga siempre como en una burbuja, porque está cómodo, así como está y tiene todo lo que tiene a disposición. (Selene, médica pediatra)*

Resulta fundamental, destacar que en el relato de todas las entrevistadas de pediatría el aprendizaje en los CS está ligado a: 1- la singularidad de las personas que sufren y su contexto, 2- la propia experiencia, 3- el trabajo con el equipo de salud local, y 4- la *apertura* de la práctica (o la superación del modelo biomédico). Este encuentro de la biomedicina aprendida de los textos de referencia y practicada en el marco hospitalario con el trabajo clínico en CS es identificado como central en la rotación de APS de los pediatras. La propia experiencia de las entrevistadas da cuenta del impacto que tuvo en ellas este proceso, tanto en el marco formal de la carrera como en la inserción laboral posterior. Nuevamente, se enfatiza en la propia experiencia de trabajo con situaciones singular y concretas de sufrimiento y el saber práctico acumulado.

*En primer año tenés la rotación de tres meses en CS. Primero, se aprende observando al tutor en su práctica de consultorio. Progresivamente, vas teniendo más intervención. La consulta es más amena y relajada que en la guardia. Hay un vínculo, la pediatra ya conoce a la familia. Y el trabajo no está orientado sólo a la enfermedad. (Milagros, médica en formación)*

El material de trabajo educativo es la propia experiencia clínica de trabajo en CS y la exposición a diversas situaciones concretas de sufrimiento. Las tutoras identifican la necesidad de poner en contexto los protocolos de actuación y las sistemáticas de manejo incorporadas por los médicos en formación hospitalaria. Y en este camino se señalan como estrategias: el trabajo clínico en el consultorio con tutor, la reflexión sobre el propio trabajo clínico, el trabajo en el equipo y la participación en actividades diferentes del consultorio (dispositivo desarrollo Infantil<sup>G</sup>, taller de juego, visitas domiciliarias). La observación del trabajo que hace el tutor en la consulta es la primera estrategia utilizada, especialmente, en los primeros contactos de los médicos en formación con el CS. Parte de la misma se focaliza en las herramientas propias del tutor para abordar el trabajo clínico contemplando la singularidad en cada situación. Se reconoce el carácter no sistemático del saber práctico de las familias. En el relato de una tutora (Viviana), observamos cómo ella vincula su experiencia con trabajadores de otras disciplinas en un CS con la apertura de su práctica. Apertura entendida como superación del abordaje biomédico mecanicista y protocolizado. En otras palabras, *salir de la burbuja*.

*A medida que vas pasando de año y vas aprendiendo la dinámica nos van dejando hacer la anamnesis o el examen físico. (Silvina, médica en formación)*

La supervisión indirecta de la práctica clínica del médico en formación es otra estrategia pedagógica puesta en juego. Esto incluye el entrenamiento en habilidades semiológicas, en utilización de las herramientas de registro de información (HCF) o en las decisiones terapéuticas.

*Uno en general, ya va conociendo las familias que circulan en el CS, las familias que viven en el barrio. Entonces, es cómo decir, cómo*

---

<sup>G</sup> Dispositivos de Desarrollo Infantil (DDI): se trata de espacios de trabajo interdisciplinario para situaciones complejas de niños de 0 a 3 años de edad con sus madres o cuidadoras/es. Se organizan como espacios colectivos para estimular desde diferentes estrategias el vínculo madre-hijo. Son coordinados en articulación entre integrantes de los equipos de los CS y los CCB. Se trata de una intervención interdisciplinaria e intersectorial.

*expresarnos, cómo hacer, cómo acompañar... También, es vivencial la experiencia que uno les brinda. (Bárbara, tutora pediatría)*

*Aprenden viendo cómo uno atiende, primero. Luego, a medida que van teniendo más experiencia en CS, presentando un paciente que ellos evaluaron y yo les pregunto. Pensar, re leer HC y revisar situaciones. (Viviana, tutora pediatría)*

Emerge la noción de un *cómo* hacer práctico ligado al conocimiento de las personas con las que se trabaja y a la propia experiencia acumulada. En una entrevista, una tutora define la experiencia de aprendizaje en el CS como *vivencial* (Bárbara). En este sentido, el que aprende vive la experiencia en tanto sujeto concreto inserto en el mundo y en la historia. La propia vivencia del tutor y del médico en formación implican en sí un aprendizaje. Lo emocional de cada uno es parte del proceso educativo. De alguna manera, este modo de definirlo enmarca la práctica pedagógica desde una perspectiva cercana al aprendizaje dialógico/problematizador. Suponer que la vivencia es parte del proceso, posiciona al aprendizaje en una superación de la visión del mismo como transmisión de conocimiento y adiestramiento. El aprendizaje *vivencial* subsume la adquisición de capacidades técnicas e implica la propia presencia del educador y del educando como personas concretas construyendo una mirada del mundo a su alcance.

### **6.2.3. Otros espacios como estrategias educativas: lo comunitario, lo interdisciplinario y lo intersectorial**

El trabajo en el marco de tareas diferentes de la atención en consultorio es presentado como posible espacio de aprendizaje, según la perspectiva de las entrevistadas. Se destaca su potencialidad de ofrecer experiencias, abordajes y reflexiones ampliadoras del trabajo en el consultorio a partir de situaciones clínicas singulares. Se identifican las visitas domiciliarias, las actividades de vacunación en el territorio, un dispositivo de juego (en el caso

particular de un CS) y el DDI que se sostiene en muchos CS en articulación con Centros de Convivencia Barrial (CCB) cercanos.

*Tenemos tiempo para reflexionar desde los distintos espacios que vamos abordando, como en el espacio de desarrollo donde vamos hablando de las diadas y de las familias, hasta cuando hacemos una visita: qué nos pareció, cómo lo abordamos. Durante la rotación exclusiva tenemos tiempo para reflexionar sobre las distintas conductas y sobre cómo nos manejamos. (Bárbara, tutora pediatría)*

*También, tenés la posibilidad de aprender participando en talleres y actividades que ofrecen otros abordajes y otros tiempos diferentes de los del consultorio. Como el dispositivo de juego que funcionaba en el CS en el que yo roté en primer año. (Silvina, médica en formación)*

Se reconoce la riqueza y potencialidad de estos espacios para el trabajo con situaciones complejas de niños, para el trabajo en equipos interdisciplinarios y para la reflexión crítica en el contexto singular de cada familia. Ambos dispositivos, el de juego y el de desarrollo infantil, se constituyen en espacios clínicos basados en el uso de tecnologías blandas y el encuentro intersubjetivo entre trabajadores y usuarios.

#### **6.2.4. Algunas dificultades en la formación de posgrado en pediatría: los mecanismos de resistencia y la reflexión práctica.**

Todas las entrevistadas reconocen la marginalidad de la rotación de CS en la planificación actual de actividades de ciclo práctico de la carrera de posgrado de Pediatría. Dicha actividad se limita a tres meses en primer año y un día a la semana durante el resto de los tres años. Este día de CS, a su vez, se acota en tiempo dado que la llegada del médico en formación está

condicionada por otras actividades: tareas pendientes de la sala de internación y clases teóricas dictadas en el hospital.

*Uno viene muy cansado de todo el trabajo en el hospital. A veces, empezás a las 5 de la mañana y llegas al CS tipo 15 y te quedas con la pediatra hasta las 19. La verdad es que, con toda esa carga previa de trabajo y de cansancio en esos momentos te cuesta mucho más sacarle provecho a la atención. No tenés ni ganas de preguntar. (Silvina, médica en formación en pediatría)*

*Cuando vienen una vez a la semana a la tarde, con la vorágine del día, es difícil que lo aprovechen. Hay momentos en que me replanteo “¿sigo siendo tutora?, ¿para qué vienen a esta hora?”. Llegan liquidados, no le encuentro ningún sentido. (Viviana, tutora pediatría)*

*En pediatría, la base es el nivel hospitalario y cuesta mucho que los residentes lleguen a los CS y puedan cumplir su formación allí de manera adecuada. (Liliana, tutora pediatría)*

La distribución de las actividades prácticas de los médicos en formación de posgrado en Pediatría está enfocada predominantemente a la actividad hospitalaria. Tanto tutoras como médicas en formación reconocen esto como un problema en función de: 1- poca posibilidad de acceder a prácticas ambulatorios, 2- formación poco integral y 3- focalización excesiva en medicina interna. Como se detalló, se reconoce la formación exclusivamente hospitalaria como una dificultad dada la sistematización del trabajo en el marco de un modelo biomédico dominante. Las tutoras ubican la necesidad de contextualizar el trabajo clínico en la singularidad de cada persona y su vida cotidiana. El trabajo en CS es reconocido como una estrategia posible para superar el abordaje biomédico hospitalario. Queda planteada como pregunta:

en el esquema de rotación actual, ¿es suficiente el tiempo asignado al CS para promover una formación orientada al cuidado integral en pediatría?

*Principalmente, la dificultad es el poco tiempo que vienen. El poco tiempo que se destina a APS. Su formación es mucho más hospitalaria. Existe un proyecto de sumar un cuarto año de APS, pero no hay nada de eso implementado aún. (Bárbara, tutora pediatría)*

*Si uno estuviera solamente trabajando y aprendiendo en el hospital, creo que no podría vislumbrar demasiado. Además, no hay posibilidad de seguimiento, de conocer a la familia y la dinámica de relaciones. Todas cuestiones que en una guardia o en una internación no se pueden abordar. (Silvina, médica en formación pediatría)*

La falta de coordinación en los objetivos del aprendizaje en CS y del rol de los tutores es visualizado a su vez como otra dificultad. La marginalidad de la rotación en CS aparece también en la perspectiva de los tutores que señalan la falta de encuentro entre ellos, la ausencia de discusión y acuerdo en relación a objetivos, modalidades y estrategias de aprendizaje en los CS. Cada uno, en base a su propia experiencia y a su perspectiva como trabajador en un equipo de salud define los lineamientos de la rotación. Incluso, aparece un malestar en relación a esta falta de construcción colectiva en el grupo de tutores de CS de pediatría.

*No hay un contrato ni aparecemos como tutores específicamente, sino que es un contrato implícito, solicitamos voluntariamente la función para cumplir con la formación en CS de pediatría. (Liliana, tutora pediatría)*

*No está facilitado este acceso. Por ej, les ponen clases el día que tienen que venir al CS. Influye mucho esto. Estaría buenísimo que hubiera un*

*coordinador de tutores que organice un poco estas cosas. A veces, me siento sapo de otro pozo, ni opino. No me quiero enfrentar con los otros tutores. No hay un lineamiento claro de qué es lo que tiene que hacer el residente en cada lugar. Ni de por qué es importante esta rotación.* (Viviana, tutora pediatría)

Los espacios de re trabajo de situaciones complejas, como espacios reflexivos, quedan afuera del marco de la rotación de CS, según las perspectivas de recabadas en algunos de los actores:

*Los casos complejos se discuten en momentos donde los residentes no participan como es la reunión de equipo o reuniones de re trabajo. Después depende de que uno les cuenta lo que pasó. En el día a día se ven muchos niños, cuando ellos vienen es mucho más asistencialismo que lo que podemos reflexionar.* (Bárbara, tutora pediatría)

*Los casos complejos se discuten en momentos donde los residentes no participan* manifiesta con mucha contundencia Bárbara. Este punto es central en el análisis: la reflexión crítica de la práctica clínica. En el caso de los pediatras, se reconoce el trabajo en CS como un espacio de prácticas que puede ampliar y complementar la formación hospitalaria, predominante, en el esquema actual. Allí, el médico en formación tiene la potencialidad de exposición a diversas situaciones singulares de sufrimiento en el contexto concreto de vida de las personas. Dicha exposición, en las distintas modalidades de trabajo en el CS, supone la posibilidad de generar experiencias que inviten a la superación del modelo biomédico. Sin embargo, este proceso difícilmente sea espontáneo y natural. Se requieren espacios complementarios de reflexión crítica sobre la práctica clínica contextualizada que acompañen, guíen y den soporte. Espacios reflexivos que, en base a lo emergente en las entrevistas, parecen quedar, frecuentemente, afuera de la rotación en CS de los médicos en formación de posgrado en pediatría.

### **6.3. La formación práctica de los médicos generalistas en CS de la ciudad de Rosario**

#### **6.3.1. La necesidad de un modelo de clínica humanizada y cuidado integral.**

Las representaciones sobre el trabajo en CS de los tutores de MGyF que se observaron en las entrevistas marcan un claro y constante posicionamiento de crítica a la biomedicina como modelo dominante de la práctica clínica.

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

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

La perspectiva del enfoque hermenéutico (Ayres, 2007) y del trabajo vivo en acto (Merhy y De Vega; 2006) aparece, fuertemente, como marco para entender el trabajo en salud. Se asume la necesidad de desarmar la hegemonía de la biomedicina y adecuar el saber y las herramientas técnicas a las características singulares de las personas que padecen y sus contextos de vida cotidiana. La idea de pensar la construcción de los problemas de salud en el marco del encuentro clínico, como encuentro intersubjetivo, dialógico, democrático y abierto surge en los relatos de los generalistas. ...*una clínica singularizada*, dice Nadia.

*Como residente, nuestro trabajo está ligado al trabajo con la comunidad, siempre teniendo en cuenta al paciente en el contexto en que se encuentra. Utilizando diferentes herramientas como el familiograma, con preguntas sobre sus modos de transitar la vida, sobre su vivienda, sobre su trabajo, sobre sus necesidades. De esta manera, buscamos entender los PSEA de las personas de manera integral. Siempre, trabajando con otros. (Brisa, médica en formación MGyF)*

*No sé si se aprende lo biológico. Uno aprende a poder escuchar (se emocionó). (Daniela, médica generalista)*

*En comparación con el hospital, en el CS el residente aprende a hacer un trabajo más interdisciplinario, a adaptar la guía clínica al paciente real, a pensar la pertinencia de una interconsulta. Aprende a conocer cómo vive la gente con quien trabaja. Contextualizando aprende a salir del protocolo. Salir del deber ser médico. Aprender a priorizar acordando con el otro. (Patricia, tutora MGyF)*

La noción de complejidad y de necesidad de ampliar la mirada clínica aparece ligada al trabajo intersubjetivo y al encuentro médico-usuario. *Aprender a priorizar acordando con el otro* dice Patricia. *Uno aprende a poder escuchar*, dice Daniela. La perspectiva dialógica se observa en relación al usuario y al trabajo interdisciplinario. Las tecnologías blandas se presentan como elementos fundamentales para una clínica con perspectiva de cuidado integral. En contraposición a la captura que implica el proceso rígido del hospital, aparece una expresión de liberación para el trabajo clínico: *Contextualizando aprende a salir del protocolo. Salir del deber ser médico.*

*El trabajo clínico tiene que ver con una historia que médico y paciente construyen con el soporte de la HCF para reconstruir para atrás. (Laura, médica generalista)*

*La complejidad de la clínica en el CS tiene que ver con la equidad, con la heterogeneidad de problemas y con la perspectiva de escuchar y poner en contexto. (Sonia, tutora MGyF)*

La escucha y la capacidad de construcción de los problemas en el marco del encuentro con otros emerge con contundencia. Las tecnologías blandas se reconocen como fundamentales para el trabajo clínico que se complejiza al asumir una perspectiva dialógica. La clínica no se enfoca en la enfermedad sino en la construcción hermenéutica de los problemas. *El trabajo clínico tiene que ver con una historia que médico y paciente construyen, dice Laura.*

En concordancia con lo que Ayres describe como el enfoque hermenéutico de la salud. Los problemas de salud son construcciones que emergen del encuentro entre el trabajador con sus saberes técnico-científicos y el sufriente con su experiencia y su saber práctico. La clínica da un paso superador: desde un escudriñar la enfermedad en los cuerpos a una construcción compleja y dialógica de los problemas. (Ayres, 2007)

### **6.3.2. El tutor como guía y el aprendizaje problematizador**

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

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

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

La tarea de los tutores está ligada al estímulo y la motivación. Despertar el interés por el trabajo clínico contextualizado y ofrecer posibilidad de exposición a múltiples experiencias singulares de sufrimiento. De este modo, se busca romper esquemas previos más rígidos (los protocolos biomédicos) y desarrollar, a partir del trabajo con personas concretas en su contexto particular de vida, aptitudes, saberes y herramientas para un ejercicio clínico superador, dialógico y complejo.

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

*(el rol del tutor) Primero, motivador: agrega pasión, genera paréntesis en la complejidad de las situaciones reales para preguntar, discutir y pensar. También, deja dudas para que el residente piense y vaya a buscar respuestas. El tutor no tiene que ser, necesariamente, el más idóneo. Tiene que tener capacidad de estimular y ordenar procesos. (Laura, médica generalista)*

Freire invita a pensar la educación como práctica problematizadora de todo lo dado y como un modo de *intervención en el mundo*. Una intervención que *implica tanto la reproducción de la ideología dominante como su desenmascaramiento*. (Freire, 1997: 93) Insiste en asumir que toda práctica educativa es una práctica política, en tanto actividad humana que explica e interviene sobre el mundo, mediante el encuentro con otros. A partir de las entrevistas, el rol del tutor de MGyF tiene que ver con tomar las herramientas de la biomedicina, pero al mismo tiempo, problematizar críticamente su

utilización y su eficacia en los problemas singulares y contextualizados. Desenmascarar la biomedicina como modelo hegemónico que sustenta una práctica clínica autoritaria, asimétrica, iatrogénica e incluso, alienante. Intervenir en el mundo del sector salud mediante la educación, en este caso, sería invitar a comprender que el modelo biomédico no puede ser el eje dominante de la práctica clínica.

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

Asumir el no saber, como mecanismo para subsumir el conocimiento biomédico a la realidad concreta de la vida de las personas. El saber en el trabajo con situaciones clínicas singulares no está dado ni se trasmite, sino que se construye en el marco del encuentro clínico. Por eso Beatriz dice: *trabajar con el no saber y Construir día a día.*

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

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

*La característica primaria, fundamental, rectora es el trabajo en equipo que tiene por objetivo estar cerca de las necesidades de las poblaciones. Construir problemas de salud y otros problemas que no son de salud pero que uno puede agenciar a otros organismos del Estado en función de las necesidades de la gente. Esa es la característica principal: la posibilidad de trabajar en equipo y de estar cerca de la gente, siendo un agente del Estado, para agenciar problemas. (Mónica, tutora MGyF)*

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

Lo recabado en las entrevistas cambia francamente el eje del trabajo en salud. El foco ya no es la enfermedad sino el sufrimiento humano en el contexto concreto de personas reales. Y, a su vez, la definición de los problemas deja de ser unilateral y técnica, para convertirse en una construcción conjunta.

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

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

El aprendizaje se presenta en el marco de lo que Freire define como *dialógico/problematizador*. (Freire, 1970) Implica el rol activo del educando, el compromiso ético y político del tutor docente, la concepción del aprendizaje como práctica crítica para mirar, entender y transformar el mundo. En los discursos de los entrevistados estos rasgos emergen con claridad. El médico

en formación tiene un lugar activo, trabajando, preguntando y buscando. El tutor acompaña y estimula la búsqueda. Desde su saber y su experiencia como tutor y médico, guía el proceso de aprendizaje para que sea crítico y significativo en el contexto concreto de trabajo en un CS. Utiliza el mundo a su alcance para despertar inquietud. A partir de lo complejo y singular de las experiencias de sufrimiento, el tutor desencadena procesos de búsqueda. Lo significativo del aprendizaje surge del contexto concreto y real del sufrimiento humano: *el residente aprende en el diálogo con pacientes*, dice Patricia.

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

*Acompañar para de-construir modos y pensamientos. Trasmitir desde lo emocional.* (Sonia, tutora MGyF)

La estrategia aparece como intento de incentivar en cada uno el pensamiento crítico en el trabajo en salud: liberarse del dominio del modelo biomédico. *Acompañar para de-construir modos y pensamientos*, dice Sonia. La educación es un modo de intervenir en la realidad concreta de un territorio y de un equipo de salud en pos de pensar y desarrollar saberes y herramientas para problemas singulares.

Se contempla el proceso de aprendizaje de cada educando: *Las estrategias de aprendizaje son singulares con cada residente*, explica Nadia. Y a su vez, la misma tutora presenta una profunda vocación democrática de respeto por las perspectivas del médico en formación: *Después, cada uno elige qué camino tomar en su vida profesional.*

### **6.3.3. Aprendizaje problematizador: desde el consultorio con tutor a la población a cargo. La diversidad de experiencias clínicas como elemento de aprendizaje**

Las estrategias educativas puestas en juego en el caso de los generalistas parten de la base de asumir el CS como sede de la formación práctica. Los médicos en formación se integran a un equipo de salud durante los tres años de la carrera de posgrado. En ese marco, se destacan dos estrategias principales: el consultorio con tutor en primer año y el trabajo con población adscripta en segundo y tercero. La primera estrategia supone la posibilidad del médico en formación de observar y, progresivamente, intervenir en el ejercicio clínico desenvuelto por el tutor. Este acto supone el primer encuentro del médico en formación, cargado de herramientas y conocimientos teóricos, con un contexto concreto como marco para el trabajo clínico.

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

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

Dice Freire que *castrar la curiosidad del educando* en favor de la mecánica memorización de contenidos dados, limita su libertad y en lugar de formar, domestica. (Freire, 1997) Tomando sus ideas en la enseñanza médica, formar en el marco del modelo biomédico implica un adiestramiento en la aplicación de protocolos. Es decir, una práctica educativa de domesticación. Una formación problematizadora, dialógica y crítica propone la pregunta, la duda, el permanente cuestionamiento de todo lo instituido como camino de

formación. Cuanto más metódica y permanente es nuestra capacidad de indagar, “más eficazmente curiosos nos podemos volver y más crítico se puede hacer nuestro buen juicio.” (Freire, 1997: 60-61) El aprendizaje observando al tutor está ligado al compromiso político con un modo de entender el trabajo de salud de los tutores y a su capacidad de estimular y habilitar la pregunta frente a la realidad del sufrimiento humano. A su vez, implica un educando ávido, activo y abierto a preguntar. La pregunta respecto a situaciones singulares se presenta como metodología de aprendizaje: *La pregunta en el momento ante situaciones con pacientes es un modo de aprender, dice Tamara.*

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

La distancia entre las experiencias singulares de sufrimiento y los protocolos biomédicos aparece de manera contundente en el trabajo en CS y tiene impacto en el médico en formación: *me partió la cabeza... me dio vértigo*, en palabras de Laura. El consultorio con el tutor es la primera estrategia para visualizar dicha distancia. La mediación del tutor es clave para que la experiencia en el marco del trabajo en salud puede disparar reflexiones. (Feuerwerker, 1999)

A partir del segundo año, el médico en formación de posgrado en MGyF asume una responsabilidad que supone otra estrategia educativa principal en el CS: tener población adscrita a cargo. La adscripción de pacientes implica, en el marco de la red sanitaria de Rosario, que los equipos de CS asuman la responsabilidad, como agentes del Estado, de garantizar el derecho a la salud. Estos equipos se constituyen en actores que trabajan para identificar problemas y necesidades de salud de la población y para favorecer su acceso oportuno a las intervenciones sanitarias pertinentes. Entonces, el médico de referencia asume responsabilidad sobre una población y se constituye en

agente que trabaja para gestionar respuestas estatales en función de los problemas construidos e identificados. Por lo tanto, asumir la tarea de tener una población a cargo implica un ejercicio mucho más amplio que la atención de consultorio. Los entrevistados destacan esta modalidad de trabajo como una estrategia fundamental en el proceso de formación de los médicos generalistas. Esta responsabilidad es asumida por médicos en formación con el acompañamiento indirecto y singularizado del tutor.

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

#### **6.3.4. Los mecanismos de resistencia y la reflexión crítica de la práctica clínica: necesidad y dificultades**

Los espacios de re trabajo de situaciones complejas se presentan como espacios reflexivos de gran valor en las entrevistas. Se describen como dispositivos pedagógicos que invierten la mirada positivista del mundo: parten de una realidad concreta para reflexionar sobre la utilidad de teorías y conocimientos. Es esta línea, la EPS propone ubicar el proceso de trabajo como objeto de reflexión y aprendizaje activo para los propios trabajadores de los equipos de salud, recuperando la micro política del trabajo vivo en acto y la propia dimensión subjetiva de los trabajadores. (Merhy y otros, 2006) En otras palabras, reflexionar a partir de la inquietud, de lo que no cierra, en el contexto concreto del trabajo clínico.

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

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

La reflexión práctica es un modo interesante de fomentar el desarrollo de profesionales críticos y con capacidades adecuadas a las necesidades concretas de las personas en un contexto determinado. Schön, en coincidencia con Freire, critica el abordaje meramente instrumental de los problemas de la práctica. Plantea que, desde el marco del pensamiento positivista, la racionalidad técnica, como epistemología de la práctica, separa los medios de los fines. Es decir, separa el saber del hacer. (Schön, 1998; Freire, 1997) Desde la perspectiva biomédica, el trabajo práctico de un profesional se reduce a la aplicación de teorías y técnicas desarrolladas (en otras instancias) por la investigación científica. Al respecto, Sonia dice *Genera frustración ir de lo académico a la realidad porque nunca encaja*. El trabajo en CS se presenta como modo de re pensar el conocimiento y las prácticas a partir de situaciones concretas: *Aprende en contexto, eso me parece que es lo más interesante. Aprende haciendo.*

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

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

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

La propuesta de práctica reflexiva de Schön, en cercanía a la EPS, tiene por objeto tomar la incertidumbre, el malestar y la dificultad del trabajo concreto como elemento de análisis y reflexión posterior. (Schön, 1998; Merhy y col, 2006) Reflexionar a partir de *lo que no cierra*, lo que hace ruido, a los trabajadores en su práctica cotidiana. Dicha reflexión busca desarrollar nuevos conocimientos y herramientas de abordaje a partir de situaciones particulares. En este sentido, es necesario e ineludible la reflexión práctica a consecuencia de situaciones clínicas que se presentan como complejas y que despiertan malestar, incertidumbre o dudas. Mónica presenta la idea de la reflexión espontánea, como *una cachetada* en el trabajo cotidiano que te despierta. Sandra, destaca el trabajo más regular de acompañamiento tutorial a partir de situaciones clínicas concretas como momento reflexivo. Y, finalmente, Andrés señala tres espacios reflexivos con diferentes ejes: 1- reunión de equipo de salud: para reflexionar sobre el trabajo y la organización local en términos generales, en un determinado CS; 2- reuniones de casos complejos, para una reflexión interdisciplinaria específica de situaciones clínicas de difícil resolución o abordaje; y 3- el espacio de gestión de población adscripta: momento en que los residentes con o sin acompañamiento tutorial revisan características y problemas de los pacientes adscriptos sobre los que tiene responsabilidad como agentes del Estado. Resulta de gran relevancia el detalle que ofrece

Andrés respecto de los espacios para reflexionar en CS, el enfoque y la finalidad de cada uno.

Sin bien, en las entrevistas emerge el reconocimiento de lo indispensable de estos espacios reflexivos, al mismo tiempo, se presenta el problema de su continuidad. En varias entrevistas, aparece la perspectiva del tiempo como limitante en la posibilidad de *parar y pensar*.

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

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

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

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

La principal preocupación presentada en las entrevistas es la dificultad para disponer de espacios periódicos de reflexión sobre la práctica clínica. Todos destacan que el trabajo en CS posee un impacto movilizador, pero, dicha movilización podría no tener efecto en el desarrollo de una clínica humanizada sino está acompañada por espacios reflexivos.

Esperanza, por otro lado, destaca un espacio académico semanal como momento para la reflexión sobre la práctica clínica. Sin embargo, las situaciones clínicas allí trabajadas son seleccionadas por tutores y reconstruidas en base a los registros de las HCF. Un ejercicio con capacidad de instalar una revisión crítica de los protocolos biomédicos según los actores. Sin embargo, no podría proponerse como espacio de reflexión singularizado y contextualizado.

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

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

---

<sup>H</sup> Taller de Producción I, II y III: se trata de tres módulos del Área de Formación Teórica de la Carrera de Posgrado UNR de especialización en Medicina General y Familiar. No se realiza en el CS, participan todos los médicos en formación de Rosario y se discute y reflexiona sobre la práctica clínica a partir de situaciones reales seleccionadas y presentadas por los tutores.

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

La diversidad de experiencias singulares de sufrimiento se presenta como un elemento de aprendizaje y problematización crítica del trabajo en salud. Sin embargo, al mismo tiempo, lo cotidiano y diverso en su abundancia y complejidad se puede presentar también como una dificultad en la posibilidad de reflexionar sobre la práctica. *Lo cotidiano nos pasa por encima*, dice Laura.

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

Una vez más, aparece en las entrevistas el tiempo como limitante en la posibilidad de reflexión. Lo que se considera un punto ineludible de este estudio dado que la transformación de la práctica clínica que puede inducir la experiencia de trabajo en CS, no es un proceso espontáneo. La práctica educativa crítica exige un compromiso ético del educador, con su mirada del mundo y con la curiosidad del educando. Estimular, en el educando, la curiosidad, la permanente actitud indagatoria del mundo, es un pilar del aprendizaje y un elemento que exige el compromiso ético del educador por acompañar esa genuina pregunta. La amplia exposición a múltiples experiencias de sufrimiento sin un acompañamiento tutorial contenedor, reflexivo y crítico podría inducir un malestar sin orientación. El *vértigo* de quedarse sin bases requiere apoyo, guía, tutor.

Otro punto interesante de las entrevistas fue el lugar que ocupan espacios colectivos como las reuniones de equipo en los CS.

*Las discusiones y todo lo que se trabaja en las reuniones de equipo, también, son material de aprendizaje para los residentes. (Tamara, tutora MGyF)*

*También, está la reunión de equipo para reflexionar sobre problemas complejos del barrio, modos de organización del equipo y otros temas comunes. (Sandra, médica en formación MGyF)*

La reunión de equipo ofrece posibilidad de reflexión sobre acuerdos colectivos, organización local y sentido del trabajo en el contexto particular de un territorio.

*El resto del equipo puede constituirse en dificultad en el trabajo y en el aprendizaje. Esto se da cuando otros trabajadores no comparten el sentido del trabajo en salud: no entienden que nuestra tarea es garantizar acceso a una atención integral. Hacen una práctica reducida por especialidades. Básicamente, integralidad vs fragmentación. (Tamara, tutora MGyF)*

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

Por otro lado, el equipo también se presenta como un potencial obturador de la práctica educativa. Especialmente, cuando algunos trabajadores reproducen modelos de atención en un sentido diferente de la perspectiva del cuidado integral y la clínica humanizada. Sin embargo, una tutora (Nadia) rescata esta situación como un elemento potencial de reflexión y aprendizaje, pero, que exige un esfuerzo adicional en la tarea tutorial.

Además, los tutores de MGyF señalan como un espacio de retroalimentación y reflexión sobre la práctica clínica y la práctica educativa a la reunión tutores. Ese es un espacio de periodicidad semanal, en el que participan todos o la mayoría de los tutores y los referentes de la coordinación de la carrera de posgrado.

*La reunión de tutores me sirve para no alienarme. Para no bajar los brazos y repetir lo que hacen compañeros que se resignan a no transformar nada de la realidad de los servicios de salud. También, para afianzarme y recordar por qué sigo siendo tutora. (Beatriz, tutora MGyF)*

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

## **7. CONCLUSIONES A MODO DE SÍNTESIS Y REFLEXIONES FINALES**

### **7.1. Sintetizando el caso de los pediatras**

Actualmente, desde la perspectiva de las entrevistadas, el CS es una rotación en el ciclo práctico de la Carrera de Posgrado de Pediatría. De las entrevistas surge que el trabajo en CS tiene la potencialidad de complementar la formación hospitalaria y transformar la práctica clínica en pos de superar la mirada biomédica. Se reconocen como estrategias implementadas: 1- el trabajo en conjunto tutor-educando en el consultorio y la discusión posterior de las situaciones clínicas singulares, 2- las visitas domiciliarias, y 3- espacios colectivos e interdisciplinarios como la reunión de equipo, reuniones de casos complejos, talleres de juego infantil y DDI. Sin embargo, el tiempo para favorecer la exposición a la diversidad de situaciones clínicas y reflexionar sobre las mismas es acotado y, según los relatos, frecuentemente insuficiente. Si bien, existe el proyecto de ampliar la Carrera con un cuarto año con dedicación exclusiva al trabajo en CS, el esquema actual de ciclo práctico ofrece un lugar muy postergado a la rotación de APS. La formación práctica está centrada en el hospital. En consecuencia, la rotación en CS: 1- se ve limitada en asignación horaria y en prioridad frente a otras actividades, 2- sus objetivos y estrategias de aprendizaje son poco claros, y 3- los tutores se sientan confusamente convocados a una práctica educativa crítica.

El Plan de Estudio de la Carrera de Posgrado señala, puntualmente, como objetivo la capacitación de los médicos pediatras en prácticas específicas de consultorio y destaca, particularmente, la orientación hacia el cuidado integral de los niños en el marco de su vida familiar y su contexto. Se contemplan en la descripción del Área de Formación Práctica la distribución de las actividades por áreas, dentro de las cuales se encuentra la atención ambulatoria y el trabajo en CS. Sin embargo, la implementación del Plan deviene, según la perspectiva encontrada en el trabajo de campo, en una organización de la formación práctica predominantemente focalizada en el hospital. En cercanía a lo detallado en el estudio de Abramzon y otros, la perspectiva de APS y de una clínica superadora del modelo biomédico podría no tener tanto impacto en la formación cuando el trabajo en CS se presenta

como un rotación no priorizada o secundaria. El contexto político-histórico de desarrollo de la red de salud pública de la SSP-MR propone focalizar los procesos de atención en los CS estratégicamente distribuidos en el territorio. Dicho marco contextual parece no tener influencia contundente en el diseño de la formación práctica de los pediatras, dado que, como se detalló previamente, sus actividades se focalizan en los hospitales.

Las perspectivas recabadas en las entrevistas presentan la necesidad de deshospitar la formación práctica. Aparece una marcada crítica al trabajo hospitalario que está caracterizado por un actuar sistemático, normas rígidas, mirada clínica focalizada en la enfermedad y prácticas descontextualizadas. La posibilidad de vínculo con el niño y su familia se ve fuertemente acotada. Por otro lado, en el CS el trabajo en consultorio con tutor y los espacios interdisciplinarios como los DDI son estrategias potentes para abordar la distancia entre las situaciones clínicas singulares y el conocimiento biomédico. Las entrevistas ponen el foco en aprender de la singularidad de situaciones. El aprendizaje aparece ligado a la propia vivencia de educador y educando en la práctica. Las tecnologías blandas adquieren mayor jerarquía fuera del hospital. Por consiguiente, el trabajo en CS tiene la potencialidad de ampliar la mirada clínica del médico en formación y ayudarlo a *salir de la burbuja* del hospital.

Finalmente, todo lo revisado y los relatos de las entrevistadas dejan abierta la pregunta: ¿es suficiente el tiempo y la prioridad asignada al trabajo en CS para formar pediatras con una perspectiva de cuidado integral y una clínica humanizada y contextualizante?

## **7.2. Sintetizando el caso de los generalistas**

En el proyecto sanitario de la SSP-MR, previamente descrito, se asigna una centralidad a los equipos de los CS en los procesos de atención. En este sentido, se identifica una cercanía entre el diseño del Área de Formación Práctica de los generalistas establecido en el Plan de Estudio, su implementación recogida en las entrevistas y el proceso histórico-político particular de desarrollo del sector salud en la ciudad de Rosario. El CS se presenta como institución central en la organización de la red de salud pública

y también, como espacio principal en la formación médica de posgrado de los médicos generalistas.

El objetivo de la práctica educativa de los tutores y de los médicos en formación en la Carrera de Posgrado en MGyF tiene un claro sentido en su Plan de Estudio y en las representaciones identificadas a partir de las entrevistas: el trabajo en salud como encuentro intersubjetivo y su mirada crítica. Se observa un franco posicionamiento en favor de la necesidad de superación del modelo biomédico y las estrategias pedagógicas puestas en juego tienen ese objetivo claro. El CS es central en la organización del esquema de formación práctica. Se le otorga prioridad en términos de asignación horaria y jerarquía en relación a otras actividades, en general. Se asume un rol activo del médico en formación, incluso asignándole responsabilidades como tener población adscrita a cargo. El tutor posee una tarea amplia de contención, acompañamiento, soporte y guía. Tanto los tutores como los médicos en formación, señalan el vínculo educador-educando como elemento favorecedor del aprendizaje. Se reconoce la propia experiencia en el contexto concreto del trabajo como un elemento educativo de relevancia. En este caso, vemos el impacto de lo observado en el estudio de Abramzón y otros, en relación a la asignación del CS como sede de formación práctica, la especificación del rol y la responsabilidad del tutor en el Plan de Estudio y la posibilidad de integración del médico en formación en un equipo con responsabilidad territorial.

Emergen como estrategias desplegadas por los generalistas en CS: 1- la atención de consultorio tutor-educando y la reflexión in situ sobre la práctica clínica, 2- la asignación de población adscrita al médico en formación y los espacios de gestión de esa población a cargo, 3- el re trabajo de situaciones con tutor, 4- las reuniones interdisciplinarias sobre situaciones complejas, y 5- las reuniones de equipo. En todas las instancias se destaca la potencialidad de reflexionar a partir de las diversas y singulares situaciones de sufrimiento, romper con abordajes meramente instrumentales y construir con otros, en la realidad concreta del trabajo en CS, nuevos saberes y herramientas.

En el trabajo de campo con generalistas, aparece la imperiosa necesidad de sostener espacios de reflexión crítica sobre la práctica clínica

como instancia formativa. El potencial efecto transformador de la mirada clínica que supone la experiencia de trabajo concreto con diversas situaciones de sufrimiento requiere, ineludiblemente, de espacios reflexivos. Desde la perspectiva de los actores, el acompañamiento tutorial de estas reflexiones fue destacado reiteradamente como una necesidad insustituible. Sin embargo, una frecuente observación en las entrevistas fue la dificultad de disponer tiempo y espacio para la reflexión. La creciente demanda de trabajo y la complejidad de las situaciones clínicas fue señalada como un elemento que sobrecarga de tareas a los trabajadores y obtura la posibilidad de reflexionar. Lo cotidiano emerge como elemento y estímulo para el aprendizaje y, a la vez, como dificultad y obturación. Los espacios reflexivos son reconocidos como necesarios y potentes, pero su continuidad y periodicidad, en la mayoría de las experiencias recabadas, no es constante. *Parar y pensar* no parece ser siempre una opción posible.

El otro punto de preocupación que surgió en el campo de la investigación con generalistas fue la perspectiva del trabajo en salud de los integrantes del equipo. Cuando éstos actores asumen posiciones no alineadas al cuidado integral en salud y la clínica humanizada y contextualizante, el trabajo en CS, en general, y la práctica educativa, en particular, se ven obstaculizados. Si bien, los tutores reconocen esta situación como un potencial elemento para el aprendizaje y la reflexión, la diferencia de posiciones implica un conflicto desgastante y desafiante. Es interesante reflexionar sobre la contradicción que este punto despierta: en el marco de un proyecto sanitario como el de SSP-MR y una propuesta de formación que se constituye y se enmarca en dicho proyecto como la de los generalistas, no deberían existir diferencias amplias en la perspectiva del trabajo en salud. Es decir, tanto en el proyecto político de la SSP como en la propuesta educativa de la Carrera de Posgrado se reconoce la salud como derecho, la APS como filosofía y estrategia y la adscripción como política de instrumentación del derecho en los CS. En consecuencia, las diferentes posiciones que constituyen una dificultad para el trabajo como médicos y tutores en CS disparan interrogantes y la necesidad de profundizar el análisis con investigaciones sobre la articulación entre los servicios de salud y las carreras de posgrado de la UNR. En otras

palabras, estudios sobre las relaciones de contacto, acuerdo y conflicto entre el campo de la educación y el campo de los servicios de salud.

### **7.3. Reflexiones finales**

Los CS de la SSP-MR, a partir de un proceso que inició en la década del 90, se constituyeron en instituciones centrales en la organización de la red de salud. Algunos de los ejes principales de este proceso son la salud como derecho, la APS como estrategia y filosofía de la red, la adscripción como política de trabajo y la clínica humanizada y contextualizante como modelo de atención. Estos valores del proyecto sanitario rosarino fueron afianzados y perpetuados en el contexto de la crisis social y económica que sacudió al país en el año 2001. La Carrera de Posgrado UNR de Especialización en MGyF asume este contexto histórico tanto en lo especificado en el Plan de Estudio como en la organización del Área de Formación Práctica donde se asigna un rol troncal a los CS. Para los médicos generalistas, su formación está basada en el trabajo en CS y las rotaciones hospitalarias funcionan como complementarias. En cambio, en la Carrera de Posgrado UNR en Pediatría, el diseño del Área de Formación Práctica es casi inverso: centralidad asignada al hospital y rotaciones por CS como un complemento de tiempo acotado.

De todos modos, tanto pediatras como generalistas reconocen el trabajo en CS como instancia de aprendizaje de gran valor y potencialmente favorecedora de la superación del modelo biomédico. Desde sus propias experiencias, destacan procesos personales de *apertura* de la propia práctica clínica hacia un modelo de cuidado integral y clínica humanizada. Por lo tanto, el dialogo entre la teoría y lo construido en el trabajo de campo nos permite sostener el supuesto de investigación inicialmente planteado: *el trabajo clínico en CS con responsabilidad territorial y adscripción de personas, se constituye en un favorecedor de una clínica humanizada y contextualizante*. Esta modalidad de trabajo permitiría la exposición de tutores y médicos en formación a una diversidad de nuevas situaciones de sufrimiento que motivarían el desarrollo de actos clínicos con una construcción dialógica de los problemas en el marco del encuentro médico-usuario. Dicho trabajo clínico en sí y la

mediación reflexiva con el tutor podrían constituirse en una estrategia educativa favorecedora del reconocimiento del trabajo en salud como trabajo vivo de acto y de la ineludible necesidad del saber práctico en la clínica. Se toma contacto con las diversas experiencias singulares de sufrimiento a través de múltiples dispositivos, pero fundamentalmente se destacan dos: la atención de consultorio con tutor y el trabajo con población adscripta con acompañamiento tutorial indirecto. De esta manera, tutores y médicos en formación desarrollan saberes y herramientas a partir de situaciones singulares concretas y contextualizadas.

Sin embargo, resulta pertinente hacer una mención especial a la reflexión crítica en la práctica profesional. La apertura a otra modalidad de clínica, superadora del modelo biomédico, es posible en el marco del trabajo en CS. No obstante, romper los esquemas interiorizados de un modelo de práctica, mediante la exposición a situaciones concretas de sufrimiento también implica un cuestionamiento al propio saber. Una interpelación a la concepción de la medicina dominante y a la propia posición del médico en formación. Dicho cuestionamiento debe ser cuidadosa y éticamente acompañado por un tutor con experiencia y pericia en la tarea. De lo contrario, se corre el riesgo de poner en crisis al educando sin la posibilidad de construir herramientas para reproducir un trabajo superador. Siguiendo las propuestas de Schön y de la EPS, la reflexión práctica es un modo de revisar durante y a posteriori del acto clínico. Esta metodología permite re pensar con otros y críticamente el uso del saber y de las herramientas técnicas, la propia posición y las propias emociones frente a problemas concretos del trabajo cotidiano. Esta propuesta reflexiva se constituye en el complemento ineludible de la exposición a situaciones complejas y problemáticas de sufrimiento en la vida cotidiana de las personas. Es decir, generar espacios de exposición al sufrimiento humano, como crítica a la biomedicina, sin un acompañamiento singular y reflexivo por parte del tutor podría ser una intervención pedagógica no recomendable. Esta situación supone dos riesgos potenciales: la ineficacia en el objetivo de fomentar el desarrollo de una práctica clínica superadora del modelo biomédico y/o la génesis de un malestar sin acompañamiento ni elaboración. Enfrentar la pérdida de eficacia de las herramientas técnicas en los problemas concretos y

no poder reflexionar con otros sobre ello podría implicar, incluso, el desarrollo de mecanismos de resistencia frente a lo que sobra, lo que molesta e interrumpe por afuera de la enfermedad. Lo que *no encaja en los protocolos*. El riesgo entonces sería reforzar, quizá indirectamente, posiciones hegemónicas y alienantes en trabajadores que se sienten sin recursos suficientes para abordar la singular y compleja realidad del sufrimiento humano. *Salir de la burbuja* no parece ser un proceso que pueda sostenerse en soledad. En consecuencia, resulta pertinente puntualizar que la tarea de los tutores en los CS debe incluir espacios de reflexión crítica sobre la práctica clínica con los médicos en formación.

Finalmente, retomando palabras de Merhy, el trabajo en salud, como trabajo intersubjetivo, no puede perder absolutamente su autonomía y su capacidad de asombro. Aun en el marco de una biomedicina dominante, en instituciones complejas y con limitadas posibilidades para reflexionar sobre el trabajo concreto, el saber práctico de trabajadores y usuarios, la creatividad para intervenir en situaciones singulares de sufrimiento, no se deja capturar del todo por la rigidez de los protocolos (trabajo muerto). Ningún actor interpelado en el trabajo de campo, realizó señalamientos que den cuenta del trabajo de CS como disparador de mecanismos de resistencia. El encuentro con las experiencias concretas de personas singulares en la práctica fue destacado como posibilidad de pensamiento crítico en todas las entrevistas. El carácter dialógico del trabajo clínico y del trabajo educativo emerge de diferentes maneras en la perspectiva de los actores. En consecuencia, todo intento desplegado por tutores y médicos en formación en CS para comprender el sufrimiento singular de personas en su cotidianidad puede constituirse en una convocatoria para el desarrollo de saberes y herramientas en pos de una clínica más humanizada y humanizante.

“Es así como, mientras la práctica bancaria, como recalcamos, implica una especie de anestésico, inhibiendo el poder creador de los educandos, la educación problematizadora, de carácter auténticamente reflexivo, implica un acto permanente de descubrimiento de la realidad.”  
(Freire, 1970: 86)

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Abramzón, M., y otros (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." En: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20121107040720/dt62.pdf> (01/03/2020)
- Alfredo de Micheli; "William Harvey y los inicios de la ciencia médica moderna." *Gac Méd Méx* Vol.141 No. 3, 2005
- Ayres, J. R. (2007). "Uma concepção hermenêutica de saúde." *Physis: revista de saúde coletiva*, 17, 43-62.
- Bonet, O. (1999). "Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina." *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 9, 123-150.
- Borrell Bentz, R. M. (2005). La educación médica de postgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Disponible en: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/educa\\_med\\_arg\\_rmb.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/educa_med_arg_rmb.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 12.871/2013 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
- Camargo Jr, K. T. D. (1997). "A biomedicina." *Physis: revista de saúde coletiva*, 7, 45-68.
- Campos, G. W. D. S. (2001). "La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada" (71-83). En: Campos, G. W. D. S. (2001). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Editorial Lugar.
- Carvalho, S. R., Garcia, R. A., & Rocha, D. C. (2006). "O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde." *Interface-Comunicação, Saúde,*

Educação, 10(20), 457-472.

- Cooke, M., Irby, D. M., Sullivan, W., & Ludmerer, K. M. (2006). "American medical education 100 years after the Flexner report". *New England journal of medicine*, 355(13), 1339-1344.
- Cyrino, A. P., & Cyrino, E. G. (1997). "Integrando comunicação, saúde e educação: experiência do UNI-Botucatu." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 1, 157-168.
- Declaración de Alma Ata (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata, URSS, 6-12.
- Duré, I. (2015). "Residencias médicas en Argentina 2015." *Revista Argentina de Medicina*, 3(5), 2-4.
- Engel, G. L. (1992). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine." *Family Systems Medicine*, 10(3), 317.
- Ferrandini D. (2003) "Trabajo en atención Primaria de la Salud". Documento de la Dirección de APS, Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario.
- Ferrandini D. (2004) "Proyecto: Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia". Dirección General de Servicios de salud. Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario.
- Ferreira, N. M., Cunha, G. T., & Dias, N. G. (2018). "O desafio da mudança: a transformação curricular de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade." *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40), 1-12.
- Feuerwerker, L. C. M. (1999). "Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico." *Rev. Bras. Educ. Méd*, 23, 21-6.
- Feuerwerker, L., Costa, H., RANGEL, L. (2000). "Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade." *Divulg. saúde debate*;(22):36-48

- Flexner, A., Pritchett, H., & Henry, S. (1910). "Medical education in the United States and Canada bulletin number four (The Flexner Report)". New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Foucault M. "Incorporación del hospital a la tecnología moderna." En: La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Altamira; 1992. p. 153-173.
- Foucault M. "Incorporación del hospital a la tecnología moderna." En: La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Altamira; 1992. p. 153-173.
- Foucault, M. (1978). "Incorporación del hospital en la tecnología moderna." Educación médica y salud, 12(1), 20-35.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. 2da edición argentina revisada.
- Franco, TB & Merhy EE (2011). "El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado." Salud colectiva, 7, 9-20.
- Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. México: Siglo veintiuno editores, SA. (1° ed. (especial). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2014)
- Freire, P. (1997). Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa. Siglo XXI. (2da edición argentina revisada: 2008)
- Freire, P. (2003). El grito manso. Siglo veintiuno editores Argentina.
- Frenk, J. y col. (2010). "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world." The lancet, 376(9756), 1923-1958.
- García, J. R. F., & Mallart, L. P. (1998). "Aportaciones de Paulo Freire a la educación y las ciencias sociales." Revista interuniversitaria de formación del profesorado, (33), 21-28.
- Garcia, M. A. A. (2001). "Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde." Interface-Comunicação, saúde, educação, 5(8), 89-100.

- Granda, E. (2004). "A qué llamamos salud colectiva, hoy." *Revista cubana de salud pública*, 30(2), 0-0.
- Grodos D; De béthune X: "Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política sanitaria del tercer mundo" 9, s.l.: Cuaderno médicos sociales, 1988, Vol. 46
- Heller, A. (1977). *Sociología de la vida cotidiana*. Colección Socialismo y Libertad
- Hofmann, B. (2002). "On the triad disease, illness and sickness." *The Journal of medicine and philosophy*, 27(6), 651-673.
- Jiménez, C. A. (2009). "Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000." *Salud colectiva*, 5, 211-224.
- Laurell, A. C. (1982). "La salud-enfermedad como proceso social." *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Lima, R. D. C. G. S, y otros (2016). "Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política." *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2797-2805.
- Luz, MT (1997). *Natural, Racional, Social. Razón médica y racionalidad científica moderna*. Editorial Lugar
- Machado, J. L. M., Caldas Jr, A. L., & Bortoncello, N. M. F. (1997). "Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 147-156.
- Macinko J, Starfield B, Erinosh T. "The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries." *J Ambul Care Manage*. 2009; 32(2):150-71.
- Materán, A. (2008). "Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa." *Geoenseñanza*, 13(2), 243-248.
- Meirelles, D. S. (2006). "O conceito de serviço." *Brazilian Journal of*

Political Economy, 26(1), 119-136.

- Menendez, E. L. (2005). "El modelo médico y la salud de los trabajadores." *Salud colectiva*, 1, 9-32.
- Merhy, E. E., & De Vega, L. I. N. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Ceccim, R. B. (2006). "Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud." *Salud colectiva*, 2, 147-160.
- Minayo, M. C. D. S. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud, Prov. Santa Fe, 2020. En: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114837/\(subtema\)/114560](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114837/(subtema)/114560) (Consultado: 01/03/2020)
- Morin, E., & Pakman, M. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Nogueira, M. I. (2009). "As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento." *Revista brasileira de educação médica*, 33(2), 262-270.
- Oliveira, A. L. D. O., y otros (2017). "Vivencia integrada en la comunidad: inserción longitudinal en el Sistema de Salud como estrategia de formación médica." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 1355-1366.
- Peixoto, M. T. y col. (2019). "Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170794.
- Pérez Tamayo, R. (1997). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. Secretaría de Educación Pública. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

- Róvere, M. (1999). Redes en salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).
- Rovere, M. (2005). "Una ciudad modelo en salud pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática. Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad." En: [https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia\\_Salud\\_Rosario.pdf](https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf)
- Rovere, M. (2012). "Atención primaria de la salud en debate." Saúde em Debate, 36, 327-342.
- Schön, D. A., & Coll Salvador, C. (1998). El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Paidós Ibérica.
- Schraiber, L. B. (1995). "O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional." Cadernos de Saúde Pública, 11, 57-64.
- Secretaría Salud Pública, Municipalidad de Rosario, 2020. En: <https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/salud/hospitales/> (Consultado: 01/03/2020)
- Silva, F. A. D., y otros (2018). "Papel docente no fortalecimento das políticas de integração ensino-serviço-comunidade: contexto das escolas médicas brasileiras." Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 22, 1411-1423.
- Silva, J. A. M. D., & Peduzzi, M. (2011). "Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo." Saúde e Sociedade, 20(4), 1018-1032.
- Sotolongo, L y Delgado, C. (2006), "La revolución contemporánea del saber y la complejidad social: Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo." En: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/soto.html> (22/02/20)

- Spinelli, H. (2018). "Máquinas y arte-sanos". *Salud colectiva*, 14, 483-512.
- Spinelli, H. y otros. (2015) "Los posgrados en Argentina." Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/modulacionesIV.pdf>
- Taboada, E, "Construcción de salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de Gestión. Entrevistas". Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. UNR Editora, 2003.
- Taeli Gómez, F. (2010). "El nuevo paradigma de la complejidad y la educación: una mirada histórica." *Polis (Santiago)*, 9(25), 183-198.
- Testa, M. (2009). *Pensar en salud*. Editorial Lugar
- Trivedi D. "Cochrane review summary: interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings." *Prim Health Care Res Dev*. 2017/; 18(2):109-11.
- Volcy, C. (2007). "Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología." *Iatreia*, 20(4), 407-421

## **9. ANEXOS**

### **9.1. Modelo consentimiento informado para participantes de la investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por Lucas F. de Candia, médico graduado UNR, especialista en Medicina General y Familiar. La meta de este estudio es explorar las estrategias educativas de tutores médicos y médicos en la formación de posgrado en centros de salud de la ciudad de Rosario, y surge del supuesto de que dichos espacios podrían ofrecer oportunidades y características particulares para un aprendizaje problematizador y crítico y, al mismo tiempo, favorecedor de una clínica humanizada y contextualizada.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lucas F. de Candia. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es explorar las estrategias educativas de tutores médicos y médicos en la formación de posgrado en centros de salud de la ciudad de Rosario, y surge del supuesto de que dichos espacios podrían ofrecer oportunidades y características particulares para un aprendizaje problematizador y crítico y, al mismo tiempo, favorecedor de una clínica humanizada y contextualizada.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Lucas F. de Candia, e-mail: [lucasdecandia@gmail.com](mailto:lucasdecandia@gmail.com).

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

## 9.2. Guía de entrevistas semi estructuradas:

Dentro de los pilares del desarrollo de la Red de Salud de Rosario se destacaron la descentralización de los servicios, la centralidad de los equipos de CS en los procesos de atención, la equidad, la gratuidad y la clínica humanizada y contextualizante. En el marco de dicho proceso, los CS se constituyeron en espacios de formación médica de posgrado. En consecuencia, se propone explorar y describir las estrategias de aprendizaje desplegadas por médicos tutores y médicos en formación de posgrado en CS. Las siguientes son las preguntas guía pre establecidas:

- Nombre, edad, antigüedad como tutor, trabajador de CS y/o como médico en formación.
- ¿Qué características tiene el trabajo clínico en CS de Rosario?
- ¿Qué aprende un médico en formación de posgrado trabajando en un CS?
- ¿Cómo aprende un médico en formación de posgrado trabajando en un CS?
- ¿Cuál es el rol del tutor en el CS?
- ¿Existen espacios de reflexión de la propia práctica clínica en el CS?
- ¿Qué dificultades observas en el CS como espacio de formación médica de posgrado?