



DOCUMENTOS DE TRABAJO

Documentos de Trabajo N° 62

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 Rosario

Mónica Abramzón, Viviana Laperuta, Gabriel Listovsky, Irene Raquel Luppi, Ariel Martínez, Adriana Olivetto, Marysol Orlando, Patricia Rodríguez [autoras/es]

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, 2012

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



DT

Documentos de Trabajo

Nº 62

septiembre 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 ROSARIO

Mónica Abramzón

Viviana Laperuta

Gabriel Listovsky

Irene Raquel Luppi

Ariel Martínez

Adriana Olivetto

Marysol Orlando

Patricia Rodríguez



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Documentos de Trabajo

Nº 62

septiembre 2012

DT

Documentos de Trabajo

Nº 62

septiembre 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 ROSARIO**

**Mónica Abramzón
Viviana Laperuta
Gabriel Listovsky
Irene Raquel Luppi
Ariel Martínez
Adriana Olivetto
Marysol Orlando
Patricia Rodríguez**



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Instituto de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Instituto de Investigaciones Gino Germani
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires
Pte. J.E. Uriburu 950, 6° piso - C1114AAB
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

www.iigg.sociales.uba.ar

Los **Documentos de Trabajo** son informes o avances de proyectos de investigación de investigadores formados y de grupos de investigación. Todos los trabajos son arbitrados por especialistas.

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca "Ramón Carrillo – Arturo Oñativía" para Proyectos Institucionales, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación , a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

ISBN 978-950-29-1383-4

Desarrollo Editorial: Centro de Documentación e Información, IIGG

Asesoramiento gráfico: Pablo Alessandrini para aurelialibros.com.ar



Atribución-NoComercial 2.5 (Argentina)

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 ROSARIO

Resumen

En los últimos años se incrementaron los recursos humanos, económicos y de infraestructura asignados al primer nivel de atención. Esta situación obedeció a distintas lógicas, configurando variados modelos de atención y de formación de posgrado en Argentina.

Esta investigación se propuso analizar la dinámica de la articulación entre la formación de grado y las residencias en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria en dos escenarios: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Municipio Rosario.

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo de corte transversal basado en fuentes secundarias, complementado con un abordaje cualitativo que recupera la perspectiva de los principales actores involucrados en la dinámica formación-trabajo en los centros de APS.

El estudio se orientó a analizar la formación en APS, a partir de los diseños curriculares de las carreras de grado y posgrado, qué habilidades se proponen enseñar, en qué ámbitos y con qué estrategias pedagógicas, de la revisión de fuentes secundarias y de testimonios de los actores involucrados en el proceso. Los resultados constituyen un valioso insumo para el diseño y ajuste de dispositivos de formación con enfoque de APS. Aún cuando se registran avances en las reflexiones respecto de las características del aprendizaje, no se visualizan todavía impactos significativos en las prácticas. La formación en los espacios de trabajo debe ser complementada con otras decisiones político - organizacionales que faciliten la incorporación de prácticas transformadoras, a partir de la reflexión crítica sobre los modos de resolución que se plantean.

Palabras clave:: Recursos Humanos en Salud - Formación de Pregrado - Formación de Posgrado - Formación Profesional - Residencias - Atención Primaria de la Salud

ARTICULATION BETWEEN GRADE FORMATION AND RESIDENCY'S PROGRAMS IN THE FIRST LEVEL OF ATTENTION, WITHIN THE PRIMARY HEALTH CARE.

FRAMEWORK, IN TWO CITIES: BUENOS AIRES AND ROSARIO

Abstract

In the last years there has been an increase in the human, economic and infrastructure resources assigned to the first level of attention. This was caused by various reasons, resulting various health care models and postgraduate programs in Argentina.

This research aimed to analyze the way grade formation and the residency's programs in the first level of attention articulate, within the primary health care framework, in two cities: Buenos Aires and Rosario.

It is an exploratory and descriptive cross section study based on secondary sources and complemented with a qualitative approach that enable to recover main actors' perspective regarding the dynamic formation – work tasks involved in the PHC centers.

The analysis was oriented to analyze the perspective of the formation in PHC, as it shows in the curricular designs at the undergraduate and postgraduate levels, what abilities they set out to teach, with what scopes and pedagogical strategies based on the revision of the secondary sources and the testimonies of the actors involved in the process.

The results of the investigation constitute an invaluable input for the design and adjustment of the pertinent devices of formation in the PHC strategy.

There had been improvements in the way of analyzing the formation process but in practice no significant changes have been registered. The formation in the workplaces must be complemented with other political and organizational decisions that facilitate the incorporation of transforming practices, based on the critical analysis of the solutions proposed.

Keywords: Health human resources – Undergraduated education – Postgraduated education – Professional education – Residencies – Professional practice - Primary Health Care

LOS AUTORES

Mónica C. ABRAMZÓN mabramzon@sociales.uba.ar

Licenciada en Sociología (Universidad de Buenos Aires) y Especialista en Recursos Humanos en Salud en la Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Río de Janeiro, Brasil. Investigadora del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Viviana LAPERUTA vlaperuta@fibertel.com.ar

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires) y Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad de Lomas de Zamora y Fundación ISALUD), Administración Pública (Facultad de Ciencias Económicas-UBA) y en Análisis Organizacional y Gestión de Recursos Humanos (UBA). Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Gabriel LISTOVSKY ulistovsky@fibertel.com.ar

Licenciado en Ciencias de la Educación (Universidad de Buenos Aires). Especialista en Formación de Formadores (UBA). Maestrando en Salud Pública (Universidad Nacional de Rosario). Miembro del equipo técnico-profesional y ex Director de la Dirección de Capacitación e Investigación. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Irene Raquel LUPPI irene.luppi@gmail.com

Estadística (Universidad Nacional de Rosario), Mg. en Salud Pública (UNR). Coordinadora Académica de la Maestría en Salud Pública del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario. Docente e investigadora del Instituto de la Salud Juan Lazarte.

Ariel MARTÍNEZ arielmoo@gmail.com

Licenciado en Sociología (Universidad de Buenos Aires), División Información y Estadística de la Municipalidad Almirante Brown, Área Medio Ambiente.

LOS AUTORES

Adriana OLIVETTO lic.aolivetto@gmail.com

Licenciada en Ciencias de la Educación (Universidad de Buenos Aires). Egresada de la Residencia de Educación para la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Maestranda en Salud Pública (UNR).

Marysol ORLANDO solorlando@yahoo.com

Licenciada en Sociología (Universidad de Buenos Aires). Maestranda en Ciencias Sociales del Trabajo, Facultad de Ciencias Sociales, UBA – CEIL-Piette, CONICET. Auxiliar de investigación Área Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani y docente Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Patricia RODRIGUEZ lic.prodriguez@gmail.com

Licenciada en Ciencias de la Educación (Universidad de Buenos Aires). Especialista en Formación de Formadores, UBA. Maestranda en Salud Pública (Universidad Nacional de Rosario). Miembro del equipo técnico-profesional de la Dirección de Capacitación e Investigación. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Sede del Proyecto

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Instituciones colaboradoras

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA
Instituto de la Salud Juan Lazarte, Maestría en Salud Pública CEI/UNR.
Dirección de Capacitación e Investigaciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

ÍNDICE

INTRODUCCION -----	13
OBJETIVOS-----	20
METODOLOGÍA -----	21
RESULTADOS-----	31
DISCUSIÓN-----	200
REFLEXIONES FINALES-----	214
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	216
BIBLIOGRAFÍA -----	220
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS-----	221
ANEXOS-----	222

INTRODUCCIÓN

En la Argentina, el desarrollo del primer nivel de atención durante las últimas décadas resulta uno de los fenómenos más notables de la reconfiguración de los servicios de salud. Tras treinta años de la declaración de Alma Ata y más de cincuenta años desde que el país comenzó a experimentar con centros de salud y programas de paludismo y salud rural se constata un incremento de la proporción de recursos económicos, infraestructura y recursos humanos asignados a este nivel.

Este desarrollo obedeció a distintas lógicas con la resultante de combinatorias diversas de fuerza laboral asignada, tecnologías y capacidad resolutive, configurando variados modelos de atención en el país, tanto entre jurisdicciones como entre sucesivas gestiones de una misma jurisdicción.

En este marco se han desarrollado múltiples programas de formación de posgrado que se nutren de los egresados de distintas carreras, cuyos planes de estudio, en términos generales, están poco orientados a los problemas de salud comunitarios y se estructuran mayormente en torno de disciplinas. La posibilidad de pensar estos posgrados de profesionales de salud, no sólo como mecanismos

de formación sino también como dispositivo de cambio de los servicios de salud, no es un concepto nuevo. El propio sistema de residencias nació como una herramienta dirigida a mejorar la calidad de los servicios.

Las residencias brindan la oportunidad de formación en el marco de problemas reales y contextualizados, aprovechando el potencial educativo de la propia realidad. Se constituyen de este modo en un espacio de alto impacto en la modelación de los comportamientos socio profesionales en el equipo de salud. Sin embargo, los requerimientos al interior de los ámbitos de trabajo en los que se insertan tales procesos de formación están orientados por criterios alejados de esta perspectiva. Tal es el caso de los Centros de Salud como uno de los efectores que componen el primer nivel y que constituirán el escenario de formación analizado.

Los lineamientos centrales de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), considerada hoy como la pertinente y deseable para atender la mayor parte de los problemas de salud (OPS, 2008) tuvo distintos alcances en los efectores. En los hechos se impone la necesidad de dar respuesta a los problemas que plantea la atención en dichos centros en una lógica fuertemente condicionada por el contexto organizacional.

En este sentido corresponde problematizar las características de la dinámica de la relación formación-trabajo en el marco de la estrategia de APS.

La formación en servicio ha estado históricamente connotada por la lógica de “espacios de práctica”, o sea la de ámbitos en los que los alumnos van a “experimentar”, a poner en práctica lo aprendido en el aula, al tiempo que aumentan de hecho la dotación de personal para atender las demandas del servicio. Asimismo, la relación entre formación y empleo es tensionada desde lo conceptual por la brecha creciente entre los objetivos del mundo de la educación y del trabajo.

En las organizaciones sanitarias, muy especialmente en los espacios en los que se desarrolla el primer nivel de atención, el interrogante es si los procesos que en ellos tienen lugar favorecen el aprendizaje. Esto es, si favorecen una forma de pensar abierta y expansiva, que estimule las capacidades individuales a la vez que el trabajo en equipo, permitiendo la elaboración de una visión compartida, que contribuya a reformular los procesos y se oriente al logro de resultados (Senge, 1992).

Por ello, se sostiene que los procesos de formación de los profesionales de salud deben centrarse en las necesidades de salud de las personas y de las poblaciones, de la gestión sectorial y del control social y deben tener como objetivo incidir en la transformación de las prácticas profesionales y de la propia organización de trabajo (Roschke; Davini; Haddad Q, 1993).

La discusión incluye la reflexión de cómo se aprende y cuáles son los procesos que un sujeto atraviesa para aprender. Se acuerda que en los aprendizajes significativos, la experiencia personal juega un papel muy importante que da cuenta del modo en que interactúa el sujeto con las condiciones del medio en el que ejerce. Es justamente en esta dimensión donde el problema delimitado adquiere entidad (Davini, 1994).

Ribeiro (2003) señala que actualmente la idea de la calificación orientada por una perspectiva escolarizada y por la posesión de atributos garantizados por un título formal está crecientemente tensionada por la valoración del saber tácito y de la subjetividad que se construyen en espacios laborales y en la vida del individuo. Por eso no sólo es importante conocer los procesos por los cuales los profesionales han sido formados sino también cómo interactúan con los procesos

organizacionales en los que desarrollan su trabajo. Para la autora, estas cuestiones no son sólo de naturaleza teórica o académica, están implicadas **en** y resultan **del** debate social al estar inscriptas en las configuraciones institucionales del sistema de salud y de las prácticas de los profesionales.

A lo largo de las últimas décadas existe consenso respecto del reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, que fortalece no sólo la formación del personal de salud sino también el desarrollo de los servicios en los que dicho proceso se inserta. Por ello, resulta inevitable la aproximación de los procesos de formación al mundo de las prácticas, en los propios contextos de la acción. De este modo, cada una de las situaciones que a diario deben enfrentar los profesionales en el ejercicio de su práctica se convierte en instancias de reflexión y valoración del proceso de trabajo en el que esas prácticas ocurren. Por tratarse de procesos grupales, se valoriza el aporte de cada uno de los integrantes del equipo de salud para la resolución de esos problemas.

Cuando se refiere al “aprendizaje organizacional” los autores aluden metafóricamente a las situaciones en las que los aprendizajes individuales son además puestos en acción a través de la coordinación del trabajo en equipo, incluyendo necesariamente a

quienes ocupan posiciones de coordinación o de conducción jerárquica en la organización (Senge, 1992).

El trabajo en salud, por sus especificidades, es un trabajo reflexivo en el cual las decisiones que se toman requieren una articulación de saberes provenientes de diversas instancias: formación general (con énfasis en el conocimiento científico), formación profesional (con énfasis en el conocimiento técnico) y la experiencia laboral y social mediada por la dimensión ético-política.

La complejidad, heterogeneidad y fragmentación del trabajo en salud ha sido ya descripta con precisión.

El trabajo en las instituciones se caracteriza por contener una diversidad de profesionales, usuarios, tecnologías que establecen relaciones sociales e interpersonales, formas de organización, espacios y ambientes. A ello se suma la complejidad de la naturaleza de los procesos sobre los que actúa, salud, enfermedad, muerte, y las decisiones y variables implicadas en esos procesos. La heterogeneidad del proceso de trabajo en salud resulta del hecho de englobar una multiplicidad de otros procesos que lo hacen posible, muchos de los cuales, a veces, parecen estar poco relacionados. La fragmentación que caracteriza este trabajo se basa en el principio taylorista de la separación

que existe entre la concepción de la tarea y su ejecución, como requisito de la productividad (Brito Quintana Quintana, Roschke y Ribeiro, 1994).

Asimismo, el proceso de trabajo en salud, al igual que en educación, se caracteriza por articular un conjunto de factores y personas para producir un resultado que es la satisfacción de una necesidad socialmente determinada.

A su vez ese proceso se inscribe en un medio institucional que lo orienta a partir de numerosas determinaciones relacionadas con los recursos asignados, la tecnología disponible, las características de las relaciones al interior de la organización (Brito Quintana, Novick y Mercer, 1993).

Estas consideraciones son particularmente significativas para el análisis de la dinámica de formación de trabajo en el espacio de la APS. Esta estrategia ha sido ratificada como parte integral del desarrollo de los sistemas de salud para garantizar la cobertura y el acceso universal a los servicios, promoviendo la equidad (OPS, 2008).

Las propuestas recientes para su renovación, enfatizan el papel de los recursos humanos como el componente esencial de los sistemas de salud. Sin embargo se reconoce que no se encuentran adecuadamente preparados, por lo cual se hace

necesario generar condiciones para el desarrollo de los recursos humanos, enfatizando la calidad y el mejoramiento continuo, el desarrollo de competencias apropiadas, la conformación de equipos multidisciplinarios y la promoción de la investigación, entre otras (Macinko, Montenegro, Nebot Adell y Etienne, 2007). Para ello, el enfoque de Educación Permanente (Davini, 1995), representa un importante aporte para las prácticas de formación del personal de salud, comprometidas no sólo con el aprendizaje individual sino también con el desarrollo de los servicios de salud.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la dinámica actual de la relación formación-trabajo en términos de su incidencia en las condiciones para la reproducción y/o transformación de la práctica en APS en los Centros de Salud de dos escenarios particulares: la Ciudad de Buenos Aires y el Municipio Rosario.

Objetivos específicos

En ambos escenarios:

1- Caracterizar las opciones de formación en residencias con sede o ámbito de desarrollo en los Centros de Salud, las vacantes disponibles y los postulantes.

2- Analizar los lineamientos curriculares vigentes de la formación de grado y posgrado de los profesionales de tales residencias en relación con los requerimientos de la práctica de APS.

3- Indagar la perspectiva de los actores sobre la dinámica de la relación formación trabajo en el marco de las políticas de APS e identificar el rol que ocupa la formación en el contexto organizacional de las prácticas en los centros de salud.

METODOLOGÍA

Diseño general

Se realizó un estudio de carácter descriptivo exploratorio, de corte transversal basado en fuentes de información secundaria, complementado con un abordaje cualitativo, considerando que es particularmente adecuado para obtener una aproximación más estrecha con la perspectiva de los

actores comprometidos con la dinámica formación-trabajo de las residencias en los Centros de Salud. Un registro de este orden resulta particularmente adecuado cuando se trata de indagar cuestiones que se manejan diariamente, que no son parte de la conciencia reflexiva sino de la conciencia práctica de los informantes en su contexto cotidiano. Estos informantes son seleccionados por su participación activa y/o conocimiento especial acerca de los temas a indagar y por su disposición a abordarlos y compartirlos con los investigadores.

Escenarios de estudio

El estudio abordó dos escenarios de estudio:

- La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).
- Municipio Rosario (MR), Provincia de Santa Fe.

La CABA cuenta con una población de 3.042.581 habitantes (Proyección 2008 según Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA), que aumenta a alrededor de once millones de personas, durante la jornada laboral.

A partir de la declaración de su autonomía, tanto la Constitución de la Ciudad, sancionada en 1996,

como las diversas leyes que de ella se desprenden (especialmente la Ley Nº 153 Básica de Salud), han marcado el camino de acceso a un sistema de salud que busca instalar con la estrategia de Atención Primaria su puerta de entrada, y con la capacitación permanente y en servicio, la formación del factor humano en salud.

A diez años de la sanción de su Ley Básica, el Sistema Público de Salud cuenta con 33 hospitales, de los cuales 13 son generales de agudos y 20 son especializados.

La CABA es uno de los ámbitos más relevantes en las políticas de formación de posgrado de los recursos humanos en salud en la Argentina.

Las residencias del Equipo de salud en el GCABA dependen de la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica e Investigación.

El sistema de residencias se rige por una serie de normativas en las que se establece la importancia de la formación en APS y en la organización de cada residencia en base a un programa.

En los últimos años las residencias de la Ciudad aumentaron sus vacantes en especialidades con fuerte peso en el primer nivel de atención (como es el caso de la Residencia de Medicina General) y garantizan la rotación de residencias médicas básicas por el primer nivel.

Otro ámbito de estudio es el Municipio Rosario. En 1989 la gestión del Municipio se planteó como dilema crear una dirección de Atención Primaria o un área de responsabilidad territorial de cada distrito y desarrollar la APS en su dependencia. Optó por el primer camino con un resultado efectivo si se lo compara con la CABA, que dos años antes decidió crear áreas programáticas lo que en la práctica retrasó en más de diez años el desarrollo de la APS. Mientras que en Buenos Aires, que tenía en 1985 una meta de 50 Centros de Salud y apenas se logró incrementar entre 1987 y 2004 de 8 a 34 su número, Rosario, con un tercio de la población, se acercó a casi 50 centros en la mitad de ese tiempo (Rovere, 2006). Esto fue así por la construcción política de Atención Primaria con la creación de la Dirección de Atención Primaria de la Salud en 1990, como una instancia de coordinación de los distintos niveles y con una jerarquía equivalente al resto de las direcciones centrales de la Secretaría de Salud. A partir del 1993 obtuvo asignación presupuestaria específica. Actualmente cuenta con 52 Centros de Salud, distribuidos en los seis distritos político-administrativos creados como base para la territorialización del espacio urbano. Completan el sistema de atención municipal un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias

(CEMAR) y 6 hospitales¹.

Un cambio significativo fue la creación de la Residencia de Medicina General y Familiar, actualmente establecida en 14 Centros de Salud y enmarcada en la Carrera homónima perteneciente a la Universidad Nacional de Rosario (UNR).

Estrategias metodológicas

Para cada objetivo formulado se definieron las siguientes estrategias metodológicas:

- Objetivo 1

Población objetivo: postulantes e ingresantes a residencias/carreras de especialización en la CABA y el MR que se desarrollan en los efectores del primer nivel de atención o espacios comunitarios de su jurisdicción, comprendidas en la última convocatoria con información disponible.

Unidad de análisis: los postulantes e ingresantes correspondientes a la convocatoria año 2009.

Fuentes de información: Dirección de Capacitación e Investigación del Ministerio de Salud del GCABA, Área de Formación y Capacitación Profesional de la Secretaría de Salud del Municipio Rosario (SSMR). Se recuperaron y diseñaron tablas para la síntesis

¹ Cabe señalar que en la ciudad también existen 28 Centros de salud y 2 hospitales provinciales

de la información disponible correspondiente a la convocatoria año 2009, suministrada por la Dirección de Capacitación e Investigación del Ministerio de Salud del GCABA y por el Área de Formación y Capacitación Profesional de la SSMR. (ANEXO I)

Se definió **residencias** como el sistema remunerado de formación de posgrado a tiempo completo, con actividad asistencial programada y supervisada. Se consideran las experiencias de formación que se desarrollan en los efectores del primer nivel de atención o espacios comunitarios de su jurisdicción.

La **oferta de residencias** comprende vacantes, postulantes e ingresantes a la última convocatoria a las residencias/carreras que se desarrollan en los efectores del primer nivel de atención o espacios comunitarios de su jurisdicción, comprendidas en la última convocatoria con información disponible.

- Objetivo 2

Población objetivo: programas curriculares de las carreras de grado y de las residencias/carreras de especialización de las universidades públicas con sede o espacio de formación en los efectores del primer nivel de atención o espacios comunitarios de su jurisdicción, comprendidas en la convocatoria

año 2009 en la CABA y en los servicios de salud de la SSMR. A saber:

- para CABA

Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina General, Nutrición, Obstétricas, Salud Mental, Tocoginecología, junto con los programas correspondientes de grado: Medicina y Licenciaturas en Nutrición, Obstetricia, Fonoaudiología, Psicología, Kinesiología y Fisiatría

- para el MR

Clínica Médica, Ginecología y Obstetricia, Medicina General y Familiar y Pediatría.

Unidad de análisis: los programas vigentes de grado y de las residencias/carreras de especialización mencionadas antes para ambos escenarios.

Fuentes de información: planes de estudio, programas curriculares, reglamentos y resoluciones de los Consejos Superiores de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y de la UNR (Anexos II III y IV) y documentos del Ministerio de Salud del GCABA y de la SSMR.

Se realizó la búsqueda y sistematización de los programas curriculares vigentes de las residencias/carreras y los correspondientes programas de grado mencionados antes. Según guías elaboradas de acuerdo con las dimensiones y ejes de análisis

mencionados antes. Para relevar los lineamientos curriculares vigentes de la formación de grado y posgrado en relación con los requerimientos de la práctica de APS se elaboraron guías considerando las dimensiones y los ejes de análisis siguientes:

- sobre el nivel político
 - conceptualización de salud, perspectiva de intervención en salud (individual, familiar, poblacional), concepción de APS (incluye valores y principios rectores).
- sobre la propuesta
 - lineamientos que fundamentan la formación, carácter interdisciplinar, competencias esperadas, actividades.
- sobre la modalidad de formación
 - espacios, tiempos, estrategias educativas, supervisión, bibliografía.

- Objetivo 3

Dada la naturaleza del enfoque cualitativo, la selección de los sujetos de investigación, como fuente primaria de información, respeta criterios establecidos según su significación para dar cuenta de las dimensiones a indagar según la delimitación del objeto de estudio y a los fines de conformar un grupo heterogéneo que permita abarcar diversas perspectivas. No responde por consiguiente a

criterios de representatividad estadística.

Se consideran como unidades de análisis: referentes relacionados con la formación de recursos humanos en APS, directores, coordinadores, instructores, tutores, jefes de residentes, residentes y jefes/coordinadores de 4 Centros de Salud de la CABA y 2 del MR sede o ámbito de formación de residencias/carreras de las residencias/carreras mencionadas antes. Se los seleccionó según los siguientes criterios: diversidad de carreras/residencias; dotación, recursos (humanos, pedagógicos, tecnológicos, físicos), horarios de atención, población a cargo, actividades de formación y estrategias de educación permanente.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad. Para ello se elaboró una guía como orientadora de los encuentros con todos los entrevistados a fin de obtener el mismo tipo de información, de modo de poder identificar recurrencias y al mismo tiempo singularidades en sus discursos. Esto no significó dejar de respetar ritmos, lógicas y especificidades de los entrevistados. El número de entrevistas se definió de acuerdo con el criterio de "saturación teórica", que refiere a la posibilidad de no poder ya incorporar información adicional en relación con las categorías determinadas por el objeto de estudio

(Souza Minayo, 1997). La categorización del material reunido, la identificación de segmentos de textos considerados relevantes y su análisis, implicó la reconstrucción de las categorías conceptuales con las que los entrevistados dan cuenta de su perspectiva para acceder a su comprensión en el marco de los objetivos planteados. En total se realizaron 58 entrevistas, de las cuales 37 corresponden a actores de la CABA y 21 del MR, de las residencias/carreras mencionadas.

En función de la delimitación del estudio y a los fines de organizar la indagación en terreno, se definieron los siguientes ejes temáticos:

- conceptualización de APS
- conceptualización de proceso salud-enfermedad
- significado de la residencia en términos de formación y de trabajo
- experiencia de trabajo en el primer nivel de atención como potencial educativo y/u ocupacional.
- características de la inserción en el primer nivel de atención (el equipo de trabajo, la organización/ planificación institucional, estrategias de intervención, condiciones de trabajo y vínculo con la comunidad)
- valoración de la formación previa para esta práctica

- valoración de esta práctica para el ejercicio profesional

RESULTADOS

Las residencias en el primer nivel de atención en servicios de atención dependientes del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Secretaría de Salud de Rosario. Año 2009

En Argentina las residencias médicas constituyen la modalidad más utilizada como formación de posgrado en el sector salud y uno de los sistemas que permiten el acceso al título de especialista. Son consideradas un sistema de educación profesional para graduados de carreras universitarias y se estructuran como procesos de capacitación en servicio, en una especialidad determinada, a tiempo completo, con responsabilidades crecientes bajo supervisión permanente y en un plazo definido según especialidad.

La mayoría de las residencias tienen su sede en hospitales, los que históricamente han sido concebidos como lugares privilegiados para la práctica profesional. Más recientemente, se ha tomado como sede el primer nivel de atención.

Desde principios de los años noventa se inició un proceso de expansión de la oferta de residencias, tradicionalmente para médicos, hacia otras profesiones del equipo de salud; así surgieron residencias para egresados de las carreras de Nutrición, Kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería, Psicología y Farmacia entre otras (Borrell, 2006). Se presenta a continuación la modalidad de residencias en los escenarios de estudio, así como las cifras correspondientes a postulantes e ingresantes disponibles para el año 2009.

Escenario CABA

Las residencias para profesionales en salud constituyen un sistema remunerado de capacitación en servicio y de tiempo completo destinado a egresados de reciente graduación. Las residencias en su conjunto se incorporan al Sistema de Atención de la Salud dependiente del Gobierno de la CABA, que integra 13 Hospitales Generales de Agudos y sus respectivas áreas programáticas, 40 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), 38 Centros Médicos Barriales y 20 hospitales especializados. La normativa que las rige es la Ordenanza N° 40997/85.²

² El Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires también ofrece como opción de formación en Concurrencias. Este

En los últimos 25 años se han producido cambios sustantivos en el sistema de residencias en este escenario, algunos considerados como hitos. El primero coincide con la restitución de los gobiernos elegidos constitucionalmente a principios de la década del 80 cuando se sanciona la reglamentación mencionada, que se reglamenta al año posterior. En la segunda mitad de los años ochenta se destaca la creación de la primera Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud y de residencias para otras áreas: Arquitectura, Administración Hospitalaria, Ingeniería. A partir de 1989 y en los primeros años de la década de los noventa se suceden las de Obstetricia, Psicopedagogía, Trabajo Social, Fonoaudiología, Nutrición, Kinesiología. Con posterioridad, en consonancia con la legislación en el campo (Ley de Salud Mental) se creó la residencia en Salud Mental. A fines de la década del 90 cambia el status jurídico de este escenario y la municipalidad pasa a ser una Ciudad Autónoma. En el marco de la Ley Básica de Salud de la CABA, Nº 153, sancionada en 1999 se adoptó el encuadre de estrategia de Atención Primaria de la Salud como una línea prioritaria de política de formación en las residencias.

sistema no es remunerado, a dedicación parcial y no establece límite de año de graduación ni de edad para el ingreso. Se rige según la Resolución 45/86.

Las residencias dependen de la Dirección de Capacitación e Investigación del Ministerio de Salud del GCABA (MSGCBA)³ y articulan su desarrollo con los Comités de Docencia e Investigación de los distintos hospitales que integran el sistema tal como lo establece la normativa vigente.

Para acceder a la residencia, los aspirantes deben aprobar un examen y se adjudican en orden de méritos. Para la elección del puesto en la oferta de cargos por especialidad se consideran el puntaje obtenido en el examen y el promedio de la carrera de grado.⁴ El cumplimiento de una residencia completa no es equivalente al título de especialista pero habilita para su tramitación en las dependencias del Ministerio de Salud de la Nación. En el mes de septiembre de 2009, la cantidad total de residentes en el sistema era 2.467. En ese año se presentaron 4.982 postulantes, de los cuales el 33% aspiraba a residencias médicas (Cuadro N° 1, ANEXO I).

Las posibilidades de ingreso quedan claramente expresadas al analizar las cifras de vacantes ofrecidas para cada categoría, que reflejan una relación de 7 postulantes por vacante para el total (Cuadro N° 2, ANEXO I).

3 Decreto N° 590/09. Boletín Oficial 3209 GCABA, Julio 2009

4 Información disponible en www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap

Para las residencias seleccionadas en el estudio los postulantes suman 2.248 y las vacantes ofrecidas 353 (45,1% y 47,7% del total respectivamente). El Cuadro Nº 3 (ANEXO I) incluye en cada caso la relación ingresantes versus postulantes.

Escenario Municipio Rosario

En función de la delimitación del estudio se incluye la formación de posgrado de profesionales que se desarrollan en servicios de salud municipales de la Ciudad de Rosario. En consecuencia, el estudio no comprende otras opciones de formación, que coexisten en la Ciudad, consistentes en concurrencias y residencias dependientes de servicios provinciales y del sector privado, según convenio con el Colegio de Médicos de la Segunda Circunscripción de la Provincia de Santa Fe.

El desarrollo histórico de las residencias en la ciudad es similar a las del resto del país en el sentido que la oferta municipal de cargos surgió a propuesta de los servicios de los distintos hospitales en función de las necesidades asistenciales. Ante la ausencia de un debido análisis de los requerimientos de la población y de los programas de salud vigentes, el mercado laboral médico fue el gran trazador de las necesidades de especialización (Drism, 2003). En la última década esta oferta de capacitación

de especialistas de la SSMR sufrió modificaciones sustantivas que tomaron como eje dos procesos. El primero, constituido por los cambios perseguidos a partir de una política de conformación de una red de atención a la salud que, basada en la estrategia de la atención primaria, brindara cobertura gratuita a todos sus habitantes. Para ello se contó con un Proyecto de Salud en el marco de un Proyecto de Ciudad,⁵ un incremento significativo de recursos financieros (de un 8% destinado a salud en 1990 pasó a un 25% en 2003) y continuidad de la política aplicada. El segundo, aportado por la profunda transformación del plan curricular de la Carrera de Medicina realizado por la Facultad de Ciencias Médicas, que conlleva también en relación a la formación de posgrado, la reivindicación del papel de las universidades en el otorgamiento de títulos de especialista, lo que implicó reconsiderar las modalidades existentes de especialización médica. Entre los lineamientos de esta propuesta se destacan:

- la consideración de la residencia como un ciclo de formación práctica y como parte de una carrera universitaria;
- la adopción de la formación tutorial;

5 El municipio Rosario recibió el 8 de diciembre de 2003, el premio de Naciones Unidas al Ejemplo de Gobernabilidad Democrática, entre 274 ciudades postuladas.

- el replanteo del rol de los médicos en formación, en el sentido, de colocarlos con mayor definición en situación de aprendizaje;
- la unificación del tiempo de formación;
- la definición de la red de salud pública como ámbito de formación con rotaciones de los profesionales en diferentes efectores de distintas complejidades. (Drisum, 2003)

En este proceso de cambio se tomaron algunas decisiones fundantes:

- asociar la formación en servicio a carreras universitarias de especialización, correspondiendo a la SSMR hacerse cargo de la formación en el ámbito de práctica y a la Facultad de Ciencias Médicas de la (UNR) del desarrollo académico de las carreras;
- unificar las concurrencias y residencias bajo un mismo sistema y modificar el sistema de contratación, creando la figura de becario;
- realizar una distribución de recursos de acuerdo a las necesidades de la red municipal, jerarquizando las especialidades básicas (Morabito, 2004).

De este modo, se estableció el actual "Sistema de Formación de Especialidades Médicas para Médicos Residentes Becarios de Posgrado y Alumnos Becarios de Carreras de Especialización

de Posgrado”, en el que unifican residencias y concurrencias. Se designan como “becarios” a los alumnos que reciben becas y en el caso contrario, como “no becarios” (discriminados sólo según la fuente de financiación). Becarios y no becarios son regidos por iguales condiciones en cuanto a la formación. Sólo se diferencian en la extensión de la semana laboral, 52 horas para los primeros y 40 para los segundos (a los fines de disponer de un día laboral libre). Los puestos para los becarios tienen carácter de dedicación exclusiva, siendo en consecuencia incompatibles con cualquier otro cargo rentado y/o ejercicio privado de la profesión.

Las vacantes para el ingreso a primer año son provistas por concurso abierto de acuerdo a los artículos del Reglamento de Concurso.⁶ El concurso para el ingreso es organizado por la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR y cada año se constituye una Comisión de Concurso designado por el/la Decano/a de la Facultad, integrada preferentemente por especialistas en Atención Primaria de la Salud y Médicos Generalistas.

6 “Reglamento de Concurso para ingreso a 1º año. Sistema de Formación de Especialidades Médicas para médicos residentes becarios de posgrado y alumnos becarios de Carreras de Especialización de Posgrado”. Disponible en <http://www.escueladegraduados.com.ar/indexconcursos.htm>

Los graduados acceden a las vacantes ofrecidas en orden de mérito según la calificación obtenida en el examen y por sus antecedentes.⁷

Los alumnos de las carreras acceden al título universitario de alcance nacional, habiendo cumplido las exigencias establecidas en el plan curricular que culmina con la presentación de un trabajo final. Al margen de esto, alumnos que no han completado el trabajo final, acceden al reconocimiento de la especialidad aprobando el examen correspondiente en el Colegio de Médicos de la Segunda Circunscripción de la Provincia de Santa Fe, con alcance para dicho ámbito.

En el año 2009 la SSMR ofreció 87 puestos para ingresantes en 26 especialidades médicas. Los profesionales en formación en los servicios municipales totalizan 273, de los cuales 127 (47%) son becarios.⁸

El Cuadro N° 4 (ANEXO I) especifica las 25

7 En el último año se unificó el examen de ingreso para postulantes a residencias en servicios municipales como para las que se desarrollan en servicios provinciales en la ciudad de Rosario.

8 Información suministrada por el Área de Formación y capacitación Profesional de la Secretaría de Salud. Las modalidades de renta incluyen alumnos becarios de carreras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, y residencias habilitadas por el Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción de la Pcia. de Santa Fe. Por su parte, los no becarios (54% de ingresantes y 53% del total) son alumnos de carreras universitarias sin beca y/o concurrentes de sistemas habilitados por el mismo Colegio.

especialidades médicas para las que se abrieron opciones de ingreso en el año 2009, en los servicios dependientes de la SSMR, 12 de ellas rentadas.

El total de ingresantes a servicios dependientes de la SSMR fue 56, de los cuales 29 contaron con el beneficio de una beca, distribuidos según especialidad. (Cuadro N° 5, ANEXO II)

Los lineamientos curriculares vigentes para la formación de grado y posgrado de los profesionales en relación con los requerimientos de la práctica de APS

En el presente capítulo se presenta la revisión realizada de los programas de grado y posgrado de las carreras en estudio. En el escenario Buenos Aires se incluyen las carreras de grado de Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición, Obstetricia, Psicología. Las residencias seleccionadas a las que aplican los egresados de estas carreras totalizan diez según se detalla en el Objetivo I. En el escenario Rosario es sólo la carrera de Medicina que da lugar a cuatro especializaciones.

Se realizó la búsqueda y organización de toda la documentación y luego se procedió a la discusión y elaboración de dos guías destinadas al análisis

de los documentos recabados.

En relación a la indagación y obtención de la información, se observa una diferencia entre los escenarios Rosario y CABA. En esta última, fruto de la historia de la UBA y vinculada con los cambios políticos, existe una proliferación de resoluciones y modificatorias subsecuentes por lo que resultó dificultoso acceder a los documentos referidos a la formación de grado. De este modo, la información obtenida sobre los programas de las carreras universitarias resultó fragmentada y, en algunos casos, parcial. Los programas de residencia vigentes, se obtuvieron sin dificultad, a través de la página web del MSGCBA.

En el MR se dispuso de información completa respecto de la carrera de Medicina de la UNR, y de las carreras de especialización, en las cuales las residencias conforman el Ciclo de Formación Práctica.

El análisis de los programas permite reconocer cómo en determinado momento histórico se organiza y promueve un proyecto formativo. En este sentido, Borrell (2004), siguiendo a Sacristán, señala que “el Currículo es uno de los conceptos más potentes para analizar cómo se desarrolla la práctica y cómo se expresa de una forma peculiar dentro de un contexto educativo y es además un punto central

de referencia en la mejora de la calidad de la enseñanza, en el cambio de las condiciones de la práctica, en el perfeccionamiento de los profesores, en la renovación de la institución educativa y en sus proyectos de innovación". También recupera que "detrás de todo currículum hoy existe, de forma más o menos explícita e inmediata, una *filosofía curricular* o una orientación teórica que es, a su vez, síntesis de una serie de posiciones filosóficas, epistemológicas, científicas, pedagógicas y de valores sociales. Este condicionamiento cultural de las formas de concebir el currículum tiene una importancia determinante en la concepción misma de lo que se entiende por tal y en las formas de organizarlo. Es fuente de códigos curriculares que se traducen en directrices para la práctica y que acaban reflejándose en ella." (Sacristán 1989, *apud*, Borrell 2004).

Todo currículum refleja una determinada "expresión de intereses", un determinado juego de poderes, por lo que "su formulación e instrumentación son básicos para mantener o disputar la hegemonía de determinados sectores sociales o grupales". (Borrell, 2004)

Desde esta perspectiva conceptual, el análisis se desarrolló considerando dos dimensiones centrales que posibilitaron construir la guía para la captación

y ordenamiento de las fuentes, de modo de sistematizar el análisis de los programas.

- Una dimensión teórico-política centrada en la perspectiva del programa tanto en lo atinente al proceso salud – enfermedad – atención, como en lo referido a los lineamientos que fundamentan la formación.
- Una dimensión técnica, destinada a describir las características del programa: tiempos, escenarios, estrategias, etc.

- Los planes de estudio de carreras de grado

Se consignan a continuación los aspectos centrales de las distintas carreras que, en detalle se consignan en ANEXO II.

Escenario CABA

- ***LICENCIATURA EN NUTRICIÓN. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.***
Resolución CS Nº 5288/08

La lectura y análisis del documento de creación refleja que la carrera incluye contenidos biológicos y anatómicos, complementados con un enfoque social y de salud integral.

En relación con valores y principios rectores de

APS, entre los objetivos de la carrera se destacan, los que proponen “ofrecer al estudiante mediante experiencias organizadas, la capacitación necesaria para atender los requerimientos de la población más importantes y frecuentes mediante acciones de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud”, formar profesionales que desarrollen “trabajo en equipo y que sean capaces de analizar objetivamente la realidad social presente y adaptarse a los cambios que experimentarán las ciencias de la salud y la sociedad” y “percibir la magnitud y naturaleza multicausal del problema nutricional, que le permita insertarse en la comunidad en actitud de servicio y compromiso”. En el detalle de contenidos de algunas asignaturas se hace referencia al proceso salud-enfermedad de las poblaciones. También se identifica la salud en sus dimensiones individual y colectiva.

El perfil profesional define al graduado como “capacitado por formación y experiencia en el campo de la nutrición para actuar individualmente o como integrante de un equipo en diversos niveles de acuerdo a las necesidades y prioridades del país... con una filosofía humanística que (se) identifique con los problemas nutricionales de la comunidad y comprometa su actuar en la solución de los mismos con el propósito de mejorar la nutrición humana

para el desarrollo y mantenimiento del más alto nivel de salud”.

- ***LICENCIATURA EN OBSTETRICIA. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.***
Resoluciones CS Nº 5066/00 y 1988/07

En cuanto al perfil del graduado, el profesional en Obstetricia se define como “un profesional obstétrica-obstétrico con una sólida formación científica, humanística, ético-moral y tecnológica que lo capacita para realizar acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la mujer, la familia y la comunidad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva”. Esta definición del profesional puede considerarse orientada por una mirada integral respecto de los sucesos vitales de embarazo, parto, puerperio, así como sexualidad y procreación, en tanto aborda a la mujer en su ámbito de referencia, familia y comunidad.

En cuanto a las incumbencias de la licenciatura se presentan divididas en asistenciales, de gestión, docentes y de investigación. Entre las asistenciales se detallan acciones de prevención, de educación, de integración de equipos interdisciplinarios y de implementación de actividades de APS.

En los contenidos de algunas asignaturas aparecen

referencias al proceso salud-enfermedad: Ciencias Psicosociales –en el contexto sociocultural y familiar-; Salud Comunitaria I y Salud Mental.

- **LICENCIATURA EN FONOAUDIOLOGÍA.**
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Resoluciones CS Nº 2568/92 y 3390/96

El objeto de la profesión del fonoaudiólogo se define como el desarrollo de una disciplina que se ocupa de la comunicación humana y su optimización, a través del estudio de los factores individuales e influencias socio-culturales que intervienen en la habilidad e interacción comunicativa. Las incumbencias profesionales hacen referencia a habilidades técnicas para trabajar en relación al lenguaje, la audición y el habla.

En cuanto a la perspectiva de intervención en salud, en el plan de estudios se observan referencias a la dimensión colectiva de la salud, pero los contenidos en general parecen enfocarse en un abordaje individual biológico y psicológico. En el análisis de los contenidos mínimos aparecen referencias al proceso salud-enfermedad en la asignatura Sanitarismo, que no se evidencian en el resto. El plan incluye una asignatura dedicada a la

Atención Primaria de Salud; asimismo se proponen contenidos relacionados en otras asignaturas.

- ***LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.*** Resolución CS Nº 6631/09

En los objetivos de la licenciatura se hace una referencia a la promoción de la reflexión sobre la función social del psicólogo. Asimismo se propone “proporcionar una aproximación científica a los problemas de la psicología a través de una formación y capacitación en las distintas áreas y campos que favorezcan las opciones del alumno en su práctica futura como graduado”. En el documento no se evidencian referencias a la APS, o a alguno de sus valores, principios o componentes, así como tampoco al proceso salud-enfermedad, promoción de salud o una perspectiva poblacional respecto de la tarea que podría desempeñar un graduado.

En el Área de Formación General, la asignatura Salud Pública y Salud Mental aborda contenidos directamente referidos a las temáticas en estudio: conceptualización del proceso de salud-enfermedad, enfoque epidemiológico; epidemiología psicosocial, principales problemas de salud en Argentina,

Atención Primaria de la Salud, elementos de psicología de la salud y psicología comunitaria.

En el ciclo de Formación Profesional se desarrolla un área específica electiva, "Área social comunitaria", que comprende contenidos referidos a la intervención social y grupal, con un enfoque epidemiológico.

- **LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.** Resolución CS N° 3508/93

De acuerdo con las pautas de análisis, las asignaturas del plan tienen un sesgo predominantemente biomédico. Entre los objetivos de la carrera se incluyen algunos que podrían considerarse como atributos de APS: "trabajar en equipo e interdisciplinariamente", "complementar la excelencia técnica con un enfoque integral del ser humano que considere sus aspectos biológicos, psíquicos y sociales" y "atender a personas sanas con finalidad preventiva, estética y/o deportiva".

La asignatura Módulo de Atención Primaria incluye el abordaje del proceso salud-enfermedad con una perspectiva poblacional, el análisis de antecedentes nacionales e internacionales de atención kinésica en APS, el desarrollo de componentes de APS, como

interdisciplina y trabajo en equipo. La asignatura Organización Hospitalaria, Institucional y de Centros de rehabilitación aborda contenidos como Salud Pública, Políticas de Salud, Administración y Planificación de Salud.

Entre las incumbencias y funciones del graduado, se cita en primer lugar "actuar en promoción de la salud".

- ***MEDICINA. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.***

Resoluciones CS Nº 2861/92, 3769/93, 4207/93, 4685/96 y 6269/97

En los documentos analizados se señala que los cambios curriculares están basados especialmente en la necesidad de "elevar la formación práctica del egresado... priorizando la atención integrada sobre la especializada... y la atención primaria de la salud como estrategia para elevar la calidad de vida de la población...". La fundamentación se desarrolla desde la perspectiva de la universidad y del alumno, no encontrándose referencias a las necesidades de salud del país, aún cuando por otra parte, se afirma que "la Facultad de Medicina, por sus características peculiares, contrae un alto grado de compromiso con la sociedad que la sostiene".

Con respecto a la perspectiva de salud asumida “se destaca la acción comunitaria (extra-hospitalaria), priorizando la atención integrada sobre la especializada y la atención primaria de la salud como estrategia para elevar la calidad de vida de la población y para la formación del médico generalista”. Asimismo, la normativa que dispuso el reemplazo del Módulo de Atención Primaria por Medicina Familiar se fundamenta de la siguiente manera: “Que la atención primaria de la salud constituye una estrategia global, tendiente a mejorar las condiciones sanitarias de la población mundial, válida y aplicada a toda la comunidad y no solamente a segmentos o sectores de ella. Que por ello resulta necesario resolver los principales problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, brindando los imprescindibles servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación”.

Escenario **Rosario**

- ***MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO***

Resolución CS Nº 158/01

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNR encaró,

a partir del año 2001, una reforma curricular de la carrera de Medicina que se plantea como por finalidad la formación de un profesional del área de la salud, capacitado para comprender al ser humano integralmente, reconociendo a la vida y la dignidad humana como valores supremos e involucrándose en la defensa activa de estos valores; intervenir idóneamente en el Proceso Salud-Enfermedad-Atención, desde el campo teórico práctico de la Atención Primaria de Salud, reconociendo a la salud como un derecho y su tarea como un servicio en el camino para la construcción de la ciudadanía; tomar decisiones aún en contextos de incertidumbres, crisis y cambios sociales profundos, para desarrollar un desempeño autónomo comprometido con la realidad social, reconociendo a la profesión como una práctica ética; Promover la formación del -equipo de salud- con otros trabajadores de la salud y actores sociales; reconocer la importancia del autoaprendizaje y de la educación continua. En la fundamentación del cambio curricular se hace referencia al papel de la facultad, desde “una perspectiva histórica para reflexionar acerca de las condiciones de realización de sus prácticas sociales y en ese sentido elaborar estrategias que faciliten el mejoramiento de la calidad de vida”. Se cita asimismo la estrategia de APS como un fundamento

del modelo médico elegido, y se resumen las propuestas de sucesivos encuentros internacionales y regionales, que definen la educación médica desde la perspectiva de Alma Ata. Se agregan al análisis los lineamientos normativos de educación superior en nuestro país, que expresamente declaran que "la estrategia de APS deberá ser privilegiada en la planificación de las actividades prácticas" y que "en las áreas de formación debe tenderse a introducir al alumno en las prácticas hospitalarias asistenciales y comunitarias, privilegiando la estrategia de APS". Por otra parte, se afirma que el objeto de estudio de la formación de médico es "el proceso salud-enfermedad-atención".

Respecto del perfil de título, se define como "un graduado universitario con sólida formación, que le permite intervenir científicamente en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, en las distintas etapas de la vida y en las diversas condiciones socio-histórico-culturales, con adecuado manejo de criterios diagnósticos y terapéuticos".

Por otra parte, en el Ciclo de Promoción de la Salud, se incorporan los contenidos conceptuales referidos a "salud-enfermedad como proceso biosocial y su interpretación histórica, problemas de salud-

enfermedad y atención médica: sistemas de salud. APS. Documento de Alma Ata y Declaración de Arare”.

- Los programas de residencias/carreras de especialización

Se mencionan a continuación los aspectos centrales de las distintas residencias/carreras que, en detalle se consignan en ANEXO III

Escenario CABA

En el MSGCBA existe dentro de su estructura orgánico-funcional una Dirección de Capacitación e Investigación, la cual tiene como misión central entender en la orientación, coordinación y gestión de los sistemas de residencias y concurrencias. Desde el año 1985, el sistema de residencias cuenta con la Ordenanza N° 40.997, la cual rige y ordena el sistema. El artículo 2º de la citada norma establece que: “Las Residencias del Equipo de Salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo, con actividad asistencial programada y supervisada, tendiente a incorporar a todos los profesionales del área de la salud con el objetivo de formar en

el ámbito intra y extra hospitalario, un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad... El programa de residencias se desarrollará en todo el sistema de salud, ya sea hospitalario, en el área de urgencias, internación o consultorios externos, o extramural en íntima relación con la comunidad a la que se dirige y en el marco de la estrategia de la atención primaria de la salud, destacando los aspectos de prevención y promoción de la salud, detección precoz y rehabilitación.”

En el año 2001 y a partir de la sanción de la Ley N° 601 se estableció el nombramiento de instructores para el cumplimiento de la rotación por centros de salud: “Déjase establecido que los residentes de “Clínica Médica”, “Clínica Pediátrica”, “Salud Mental-Psiquiatría”, y “Psicología Clínica”, podrán rotar durante el desarrollo de su programa, y bajo la supervisión de la Dirección de Capacitación e Investigación, por los CeSAC. Estas rotaciones se harán, en uno de los tres Centros que anualmente seleccionará la Secretaría de Salud para el desarrollo de las mismas, asignando para ello un (1) Instructor de Residentes para cada Especialidad en cada Centro” (artículo II). Todos los programas de residencia (DIRCAP, 2008) cuentan con lineamientos básicos comunes e incluyen la normativa que rige el sistema

de residencias para orientar las pautas de su funcionamiento. En todos los casos se hace referencia a la concepción de red del sistema y se propone aprovechar las diversas posibilidades que brinda para la formación del residente. En todos los programas se hace especial referencia a la Ley Básica de Salud (Ley Nº 153) como el marco normativo rector del sistema de salud y de las políticas de formación. Los programas citan especialmente el artículo Nº 3 de dicha ley, el cual en entre sus incisos señala:

"La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel. El acceso de la población a toda la

información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual”.

En ese documento de DIRCAP se indica que: “el programa pauta las competencias que serán adquiridas por el residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y establece el perfil común esperado para todos los residentes”. Se sostiene que el programa de formación se desarrolla reconociendo al sistema de salud de la Ciudad como una red que aprovecha la magnitud y diversidad de ámbitos y estrategias presentes en sus diversos efectores.

El documento presenta la cadena de responsabilidades que rigen el sistema y señala la importancia del “esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la Residencia: Dirección de Capacitación y Desarrollo, Coordinadores Generales, Jefes de Servicios, Coordinadores de Programa y de rotaciones, Jefes e Instructores de Residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito”. Se indica también que “las estrategias de capacitación que se implementen deben adecuarse a lineamientos tales como:

- Asegurar una Fuerte Formación Práctica.
- Promover la Participación de profesionales

de staff

- Estimular la Integración Asistencia – Docencia - Investigación.
- Integrar la Formación Teórica con la Práctica
- Fomentar la Interdisciplina”.

- **La Residencia de Clínica Médica**

Resolución 3739/MSGC/09

El Programa docente de la residencia del GCBA tuvo su última actualización en el año 2009. Se trata de un programa de 4 años de duración organizado en base a rotaciones. El mayor peso del programa está centrado en la medicina interna y el trabajo hospitalario. Sobre 48 meses de formación, el programa propone seis meses de rotación por lo que denominan “Módulo de capacitación en atención primaria de la salud y primer nivel de atención”. El módulo reparte los seis meses entre tres meses en el tercer año y tres meses en el cuarto año. Tres meses corresponden a la rotación por consultorios externos del hospital y tres meses a la rotación por centros de salud. Al fundamentar la rotación se indica que “el objetivo de este módulo es brindar las herramientas para el manejo de temas prevalentes de la medicina ambulatoria; acercar al medico

clínico al individuo en su contexto biopsicosocial y favorecer la medicina de promoción y prevención de la salud, con el trabajo interdisciplinario". Se indica también que el módulo se articula con el curso de medicina ambulatoria que se dicta durante el segundo año de residencia. El programa presenta objetivos y actividades para cada rotación.

- **La Residencia de Tocoginecología**

Resolución N° 1352-MSGC/09

Se trata de una residencia de 4 años de duración. El mayor peso del programa está centrado en el trabajo hospitalario. Se incluyen en el segundo año 3 meses de APS en el área programática del hospital y en el tercer año, tres meses de rotación por el CeSAC. Se detallan objetivos y actividades referidas a la rotación por el centro de salud. Se indica que la rotación por centros de salud se podrá cumplir sólo cuando se cuente con instructores responsables de dicha rotación.

- **La Residencia de Clínica Pediátrica**

Resolución N° 2650/MSGC/07

Se trata de una residencia de 4 años de duración organizada en rotaciones. Se trata de una formación

con fuerte peso en la medicina interna y en la tarea hospitalaria. Dentro de los 48 meses se incluyen en el primer año 4 meses de consultorio de niño sano, 3 meses de consultorio externo en el tercer año y 3 meses de rotación por el CeSAC en el segundo año. El programa incluye un detalle de contenidos mínimos por año de formación y detalla objetivos y actividades del residente en la rotación por el centro de salud. Se detallan y discriminan actividades del residente tanto en el ámbito intra como extra mural del trabajo en el centro.

- **La Residencia de Medicina General**

Resolución Nº 2682/MSGC/07

En la fundamentación se indica que la elaboración del programa se sustenta en el interés de proyectar “el accionar de los futuros especialistas para intervenir en la complejidad y en la interdisciplina, priorizando la estrategia de atención primaria de la salud y a los CeSAC como espacios privilegiados de funcionamiento dentro de la estructura de salud”. Se trata de una residencia de cuatro años de duración que se organiza en rotaciones. Se incluyen rotaciones a medio tiempo por las especialidades hospitalarias básicas, junto a medio tiempo de estancia en CeSAC. Durante los espacios de

tiempo completo en CeSAC, se asumen mayores responsabilidades a medida que se avanza en el año de formación. Se discriminan objetivos y contenidos/actividades por año y por ámbito de rotación. Se presenta una discriminación de contenidos organizada según grupo etéreo.

- **La Residencia de Fonoaudiología**

Resolución N° 0571/SS/03.

Se trata de un programa de 3 años de duración, en el que se incluyen asignaturas con contenidos de APS: Psicología I, II y III, Atención primaria de la salud, Sanitarismo, Fonoaudiología preventiva y Deontología y ejercicio profesional. En el detalle de los contenidos mínimos se explicita que se desarrollará una "capacitación práctica asistencial hospitalaria" bajo la supervisión de profesionales a cargo de los servicios. Desde el primer año se incluyen los consultorios externos y en segundo y tercer año la asistencia regular a CeSAC. El documento presenta las actividades que deben realizarse en los diferentes ámbitos.

En el caso de CeSAC-área programática se presentan detalladas para cada año de formación.

- **La Residencia de Nutrición**

Resolución Nº 1605/2003

Se trata de un programa de tres años de duración con un fuerte peso formativo de la orientación en APS. El programa liga contenidos estrictamente nutricionales con la perspectiva social y el abordaje comunitario. Facultad de Medicina

Servicios de Hospitales y centros de salud. Se explicita que la formación se llevará a cabo en distintos escenarios: Facultad de Medicina, Servicios de Hospitales y centros de salud. El 50% del tiempo está centrado en el primer nivel de atención, ya que según la distribución de ámbitos por año, el programa refleja que todo el primer año y 6 meses del tercer año están centrados en el primer nivel de atención. Presenta un detalle de objetivos, contenidos y actividades a desarrollar en el primer nivel de atención

- **La Residencia para Obstétricas**

Resolución Nº 2581/SS/03.

Entre los fundamentos del programa se indica que “desde la perspectiva de los Servicios de Salud, la implementación de políticas activas para aumentar las coberturas, deben ir necesariamente acompañadas por la mejoría de la calidad de

las prestaciones. Para contribuir con este último aspecto y mejorar la calidad, se ha implementado la Residencia para Obstétricas; situada en la perspectiva de la promoción, prevención y atención de la Salud Perinatal”.

Se trata de un programa de tres años de duración que articula trabajo en CeSAC y en servicios hospitalarios de obstetricia. El tiempo se reparte equitativamente entre la atención del parto normal en servicios hospitalarios y el resto de las actividades en CeSAC. El programa detalla de manera precisa y por años las actividades de los residentes en el centro de salud.

- **La Residencia de Salud Mental**

Resolución N° 2555/SS/03.

En la introducción al programa se hace referencia a la Constitución de la Ciudad, al igual que en los otros programas a la Ley Básica de Salud, pero se hace también una especial referencia a la Ley N° 448, dedicada de manera puntual a la Salud Mental en la CABA. Dicha Ley propone *"Garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires"* indicando que *"La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la*

persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.” (Art. 2 inciso b)

Se trata de un programa de formación de 4 años de duración, que organiza sus distintos espacios de aprendizaje tomando como ejes las diferentes áreas que integran el sistema de salud mental del GCABA. Sobre el total de las áreas de formación, consultorios externos representa el 20%, resocialización y rehabilitación 10% y salud mental comunitaria/APS representa el 10%. Para cada área se presentan objetivos generales, pautas de implementación y detalle de contenidos.

- **La Residencia de Kinesiología**

Resolución N° 3501/MSGC/09

La residencia de Kinesiología tiene un fuerte desarrollo en el ámbito hospitalario. En la fundamentación se indica que se busca ofrecer una formación general y polivalente.

Se trata de un programa de 3 años de duración organizado en rotaciones. Se incluye una rotación por APS en consultorio externo y área programática. Se detallan contenidos y actividades para dicha rotación. Entre los contenidos vinculados con esa

rotación se mencionan: Estrategias de Salud Pública en relación a la Declaración de Alma Ata (URSS-1978); APS, definición y Características; Sistemas locales de salud, Áreas programáticas; Niveles de Atención, Programas, Estrategias, Redes: Concepto y alcances; Importancia del 1er. Nivel de Atención; Epidemiología.

Los programas analizados hasta aquí reflejan una decisión política que encuentra su factibilidad en la propuesta organizacional de los responsables del sistema de residencias, de pautar y organizar las mismas garantizando propósitos, objetivos y criterios comunes.

Todos los programas son elaborados siguiendo un formato común. En sus fundamentos, propósitos y objetivos incluyen el mismo marco conceptual, pautado y organizado por la guía propuesta por la Dirección de Capacitación e Investigación para normar la elaboración de programas de residencias. A nivel propositivo, los lineamientos de la estrategia de la APS, la relevancia de articular la perspectiva clínica, institucional y comunitaria, la comprensión de la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención, la relevancia del trabajo interdisciplinario, la prevención y promoción de la salud están presentes en los fundamentos y objetivos de todos los programas.

El análisis del desarrollo de las actividades muestra que cada una de las residencias ejecuta, pone en práctica, de manera distinta los postulados enunciados. La mayoría destina un tiempo significativo de la formación a las actividades en el primer nivel de atención y presenta de manera detallada el trabajo en el mismo.

Otras, si bien comparten estos lineamientos, luego despliegan un esquema de actividades centrado en el ámbito del hospital y con una fuerte carga ligada a la medicina interna. La estrategia de APS es abordada por una rotación y/o un módulo, que en general incluye un periodo de tres meses por centros de salud y otro de alrededor de tres meses, destinado a actividades de carácter ambulatorio, pero desarrolladas en el ámbito hospitalario. En estas residencias, la formación en APS pareciera quedar reducida a esa rotación sin vinculación alguna con el resto de la formación.

Escenario **Municipio Rosario**

Las residencias en el Municipio de Rosario funcionan en el marco de un convenio de articulación entre el Municipio y la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR.

En el año 2000 se firmó un Convenio entre la

Municipalidad de Rosario y la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, que sentó las bases para asociar la formación de médicos especialistas en los servicios municipales a las carreras universitarias y, de manera coincidente con este hecho, fue modificada la normativa que regula la especialización médica en el ámbito municipal. Ese marco regulatorio estableció, según Morabito, algunos rasgos que definen la articulación de las residencias definidas como Ciclo de Formación Práctica de las carreras de especialización (Morabito, 2004 y ANEXO III). Entre ellos:

- La Secretaría de Salud y la Facultad de Ciencias Médicas se comprometen a disponer, respectivamente, del ámbito de práctica y de la estructura académica para el desarrollo de las carreras de especialización;
- Los alumnos de las carreras acceden al título universitario, habiendo cumplido las exigencias del caso.
- Los servicios médicos se mantienen como centros formadores de especialistas aprobados por el Colegio de Médicos, con lo cual los profesionales (alumnos de las carreras o no) tienen la posibilidad de certificar su especialidad en el Colegio;

El citado autor señala "el nuevo sistema articula los aspectos académicos con la formación práctica bajo un régimen administrativo que responde por una parte a las normas universitarias y por la otra a las municipales".

A través de la Resolución CS Nº 1915/2001 la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR aprobó el "Reglamento General de Carreras de Posgrado de Especialización de la Facultad de Ciencias Médicas"

Entre los aspectos destacables de dicho reglamento se indica en el artículo 13: "Las comisiones de post-grado podrán asimismo aceptar propuestas de servicios o efectores para la realización del ciclo de formación práctica, propuestas que serán analizadas en cada caso por dicha comisión, elevándose el informe de su evaluación a la Escuela de Graduados. Corresponderá al Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas emitir la resolución final sobre su aceptación, debiendo suscribirse en tal supuesto, el convenio respectivo con el servicio donde se desarrollará la práctica"

El artículo 14 señala que "las asignaturas comunes que se contemplan en la formación general en cada Carrera de Posgrado de Especialización a saber: Epistemología, Ética, Epidemiología, Gestión y Metodología de la Investigación, se desarrollarán

en espacios comunes a través de programas elaborados por la Escuela de Graduados, teniéndose como objetivo la formación en las áreas pertinentes y el cursado en conjunto de los alumnos de las distintas carreras de modo tal que compartiendo ideas y programas, enriquezcan las necesidades de investigación tanto en relación a los objetivos de la escuela de graduados como de las carreras de especialización y de los servicios por los que transitan en el transcurso de su formación”.

El artículo 19 establece las funciones del director/es de la Carrera, entre las cuales se indica el de responsabilizarse de la formación de los alumnos y del desarrollo del plan y del programa de la carrera. En el artículo 25 se explicita que “el desarrollo del ciclo de formación práctica estará a cargo de docentes tutores, que deberán ser especialistas en el tema y poseer capacitación pedagógica requerida. La figura del docente-tutor es coherente con el tipo de aprendizaje que se quiere promover, dado que el rol del mismo es el de guiar y orientar ese proceso, de planificar y organizar las situaciones pedagógico-didácticas, de promover la operación con los conocimientos, de provocar experiencias en las que el alumno pueda adquirir y utilizar las herramientas que requiere para su formación científica y técnica. En suma, favorecer la

autoeducación tomando en cuenta las capacidades y los ritmos de cada alumno, con la responsabilidad de actuar como asesor individual y coordinador grupal”.

En el punto L de dicho artículo se señala que “la supervisión de la formación práctica estará a cargo de un docente-tutor de tiempo completo, con una dedicación horaria de 30 horas semanales, elegido por sus antecedentes, formación en la especialidad, conocimientos de los objetivos de la carrera y de la Escuela de Graduados a la que pertenece y antecedentes pedagógicos pertinentes”.

- **Carrera de Especialización en Clínica Médica**

El análisis se realizó a partir de la consideración la resolución 3155/02 del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas, refrendada por la Resolución 315/02 del Consejo Superior de la UNR aprueba la “carrera de posgrado de especialización en Clínica Médica” y cuenta con un anexo en el cual se detalla el referido plan de estudios.

El **perfil profesional** da cuenta de que el clínico “Trabaja integradamente dentro de un equipo interdisciplinario y juzga su función no sólo en

términos curativos, sino también en términos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.”

En el documento de la SSMR se presentan pautas para el trabajo del becario de Clínica Médica en actividades ambulatorias. Allí se refiere que el perfil de la atención médica en el consultorio de APS debe ser: integral, accesible, continuada, responsable, de trabajo en equipo, participativa, integrada a un sistema de salud, docente e investigadora.

La resolución referida indica que “El Ciclo de Formación Práctica consiste en el ejercicio de actividades profesionales específicas en Clínica Médica, que articulan la formación teórica con el acto médico. El Ciclo de Formación Práctica implica tres (3) niveles de complejidad médico asistencial y preventivo, de optimización de resultados y búsqueda de la excelencia en el nivel de capacitación....”. No se indican ni detallan las actividades que realizarán los profesionales durante el desarrollo del Ciclo de Formación Práctica.

- **Carrera de Especialización en Ginecología y Obstetricia**

El programa docente disponible corresponde a la “Carrera de Posgrado de Especialización en

Ginecología y Obstetricia", que cuenta con una resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas (Res. Nº 464/95) y con la aprobación del Rectorado de la UNR a través de la Res. 089/96.

En el programa se indica que se trata de un ciclo de formación teórica que se integra con las prácticas médicas específicas (denominadas residencia). Presenta unidades temáticas y delimitación de contenidos para 4 años de formación con un total de 1.695 hs; un detalle de unidades temáticas y contenidos y la distribución de la carga horaria.

En relación con los ejes de esta indagación, se registra que en primer año se incluyen 90 horas de asistencia prenatal y obstetricia normal y 30 horas de epidemiología, en segundo año se destinan 180 horas a reproducción, esterilidad y planificación familiar, mientras que el tercer año incluye 30 horas de Bioestadística y Metodología de la Investigación. Se indica que la residencia consiste en el ejercicio de prácticas profesionales específicas en Ginecología y Obstetricia, que articulan la formación teórica con el acto médico, que se desarrollarán en los hospitales con los cuales la Universidad mantiene vinculación mediante convenios. Se indican de manera genérica las responsabilidades del residente en sus actividades hospitalarias. No se

detallan las actividades que realizan los residentes en el primer nivel de atención.

- **Carrera de Especialización en Clínica Pediátrica**

Se revisó el plan de estudios de la “Carrera de Post-grado de médico pediatra” aprobada por Resolución del Consejo Superior nº 476/80 de la UNR. Su análisis indica que en el primer año “Pediatria social y sanitaria” cuenta con 30 horas mientras que 360 se destinan a la patología más incidente de atención primaria ambulatoria. En el segundo año se destinan 280 horas a “Clínica epidemiológica”. No se presenta información referida a las actividades que debe realizar el profesional durante el desarrollo de la residencia.

- **Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar**

Se analizó la Resolución nº 3249/2002 del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas y la 675/2002 del Consejo Superior de la UNR, que en su Anexo I presenta el “Plan de Estudios de la Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar” y en su Anexo II incluye el Reglamento de la Carrera.

Se trata de un plan de estudios de tres años de duración “estructurado sobre la base de un ciclo de especialización en Medicina General y Familiar que funciona paralela e interrelacionadamente con la residencia en donde se integran los conocimientos teóricos con las prácticas médicas específicas”.

En el Anexo I de la resolución de referencia se indica que “La carrera de posgrado de especialización en Medicina General y Familiar está destinada a la profundización de las estrategias de atención primaria y promoción de la salud para la asistencia integral y continua de los grupos familiares, de sus integrantes y de la comunidad”. Sobre una carga total de 4.840 horas en cada año se le otorgan 1.200 a la residencia.

No se presenta un detalle de la organización y actividades en la residencia aunque se da cuenta de un proceso paulatino de complejidad y autonomía a medida que el residente pasa de año. El primer año está centrado totalmente en el primer nivel de atención. En el segundo año se indican rotaciones hospitalarias por clínica de adultos, pediatría, neonatología, traumatología y tocoginecología (no se da cuenta de la carga horaria/tiempo de estas rotaciones). El tercer año vuelve a estar totalmente centrado en el primer nivel de atención.

Las unidades temáticas del programa académico

están organizadas en base a problemas.

Los programas analizados están estructurados de acuerdo con los modelos universitarios. Dedicar especial atención a los requisitos de ingreso, al perfil del título y a los contenidos conceptuales a desarrollar. En algunos de los programas, el ciclo de formación práctica es llamado residencia y está mencionado como requisito de la carrera, se incluye su carga horaria pero no se explicitan pautas para las rotaciones y actividades que se realizan en dicho ciclo, a excepción del de Medicina General y Familiar que es más explícito.

Aunque con distinto nivel de desarrollo, en todos los programas se hace mención a la perspectiva de la atención primaria y a una visión de la salud más allá de los aspectos exclusivamente biomédicos.

Los contenidos están organizados por asignatura. En ellas, la perspectiva ligada a la APS, planteada en la fundamentación de los planes de estudio, tiene escasa presencia, salvo el caso de Medicina General y Familiar, que está organizado desde una perspectiva integradora y problematizadora con un marcado compromiso con la estrategia de APS. Por otra parte en la documentación suministrada por la SSMR se explicita la visión que orienta el Ciclo de Formación Práctica y el trabajo en el primer nivel de atención, pero no se observan

especificaciones equivalentes respecto de tareas, tiempos y modalidades de las actividades.

Es importante destacar en especial, en el Reglamento General de las Carreras de Posgrado de Especialización, el desarrollo de asignaturas comunes a todas las especializaciones tales como epistemología, ética, epidemiología, gestión y metodología de la investigación y la instalación de la figura del docente-tutor, quien debe cumplir un rol destacado en el seguimiento y supervisión del ciclo de formación práctica.

Sin embargo, merece una reflexión el hecho que, en los programas específicos de las especialidades no se hace referencia a dicha figura, ni sus tareas y responsabilidades. Se mencionan en general actividades bajo supervisión docente sin mencionar a un tutor. La documentación de Medicina General y Familiar, en la que se detallan con más amplitud las características de la supervisión, es una excepción en este sentido, hecho que puede atribuirse a que el Reglamento antecede la creación de la especialización. En los programas, no se menciona la obligatoriedad de cursado de las materias comunes, que ya están establecidas en reglamento.

La perspectiva de los actores involucrados en la dinámica de la relación formación-trabajo

Se realizaron en total 58 entrevistas, a profesionales de salud con actividad en los dos escenarios considerados en la investigación, de las cuales 37 tuvieron lugar en CABA abarcando 8 residencias y 21 en MR para 4 carreras.

En CABA se incluyeron residentes y en el MR, los “becarios” y “no becarios” denominación que sustituyó a la tradicional de residentes y que realizan las mismas tareas y tienen idéntica responsabilidades. Sólo los diferencia una guardia semanal menos, para que dispongan tiempo libre, dada la ausencia de remuneración. En este estudio se mantuvo la denominación de residentes por ser la utilizada por los entrevistados.

Se entrevistaron 28 residentes, 6 jefes de residentes y 24 instructores/tutores, jefes actuales y ex jefes de centro, coordinadores de carrera/residencia y de centros de salud de ambos escenarios.

La edad de los residentes varía entre los 25 y los 34 años de edad. Los jefes de residentes tienen entre 30 y 32 años de edad. Los jefes de centro/referentes / coordinadores entre 30 y 55 años

de edad, siendo los más jóvenes los que tienen funciones de tutores o instructores de residentes.

Las mujeres constituyen casi el 80% (46) de los entrevistados..

Dado que por criterio de inclusión se incluyeron residentes que estuvieran rotando o hubieran rotado por centros de salud, la mayoría de los entrevistados (17) pertenecen a tercero y cuarto año de la residencia y 11 que cumplen el primer y segundo año.

En base a selección de las residencias consideradas en el estudio se entrevistaron en MR 8 profesionales formándose en clínica médica, pediatría, tocoginecología y medicina general y familiar. Para CABA esta cantidad se elevó a 20, incluyendo además residentes de fonoaudiología, kinesiología, nutrición, obstétricas y salud mental.

- Cómo llegan a la residencia

En relación con la formación de grado se reiteran testimonios respecto de la distancia existente entre las herramientas que disponen y las que necesitan para desarrollar las actividades de la residencia. Se hace referencia a una formación predominantemente teórica, enfocada en lo biológico, al tratamiento de las patologías,

con orientación al trabajo hospitalario. Las incursiones previas vinculadas con APS resultan acotadas y con escaso impacto. Se reiteran las referencias manifestando desconocimiento al respecto, así como de las tareas propias del primer nivel de atención. A pesar de ello, se recupera alguna valoración de la formación recibida, en tanto esencial para poder encarar la carrera profesional futura. No obstante se manifiesta cómo la llegada a la residencia provoca una ruptura entre tal formación y las exigencias de la práctica, que adquieren una dimensión distinta a la visualizada desde la carrera de grado.

CABA

"No tenía mucha idea de lo que es APS, sinceramente. Desde la facultad no nos dan muchas herramientas acerca de lo que es esto... sí, atención primaria de la salud: prevención, promoción, qué sé yo y nada más; como conceptos muy básicos sin ahondar mucho en el tema..." (R2, Fonoaudiología)

"Y uno viene también con esa carga de la facultad que le dan más importancia a la patología; aprende en la facultad cada especialidad con lo propio de cada especialidad,

más lo que uno trae mismo de la idiosincrasia de la sociedad, y cuando llega al consultorio acá, cuando uno empieza a hacer consultorio solo, un poco también tiene un poco esa impronta..." (R4, Clínica Médica)

"Yo no tenía ni idea de qué se trataba el trabajo en un centro de salud. Nosotros sabíamos que se llamaba prácticas de salud pública, pero la verdad no sabía de qué se trataba..." (R3, Nutrición)

"Yo había cursado medicina familiar en el Hospital..., que la verdad es lo que se acerca muchísimo a APS y en la rotación de pediatría en el internado, en el hospital. Y también nos habían hablado mucho de APS, o sea que más o menos tenía un pantallazo general, obviamente nunca llevado a la práctica, pero está bueno... Todo teoría, y qué sé yo, es todo teoría. Nos mostraban planillas que había que llenar, controles de niños sanos, todo, o sea, qué abarcaba el APS, todo, pero o sea, todo estudiar, examen, pero es todo... O sea, nunca tuvimos un práctico, digamos, más allá de que por ahí íbamos una vez a hacer... En el Hospital... había una vez a la semana días de vacunatorio, otro días llenabas libretas sanitarias, llenabas, las entregabas, pero nunca así como acá en el consultorio. Tampoco estábamos recibidos...tampoco estábamos 100% capacitados como para hacerlo como ahora, pero bueno, faltaba la parte esa de llevarlo a la práctica que abarca mucho más

de lo que vos estudiaste.”(R2, Pediatría)

“... O sea, sí, algo viste de salud pública, pero no tenés ni idea de... de nada” (Jefa Residentes, Medicina General)

“Nuestra formación de grado no nos capacita como para que podamos desarrollar esto que tenemos que desarrollar en atención primaria, entonces como que es más conocido lo otro: atender un paciente, saber de la patología y resolverla ya, a diferencia que en atención primaria hay otro conglomerado de cosas que hay que saber como para poder aplicarla ... (en el Centro de Salud) es un trabajo a largo plazo, tiene que ver con planificar, con organizar, con evaluar resultados, evaluar programas, y nuestra formación de grado no nos capacita como para que podamos desarrollar esto que tenemos que desarrollar en atención primaria.” (Coordinadora, Kinesiología)

“Son muchas horas las que se dan durante la carrera. Hay varias horas de APS. El tema es que no saben, cuando llegan acá a la práctica (en el consultorio y de los partos en el hospital) no saben cómo implementarlo. Hay que ponerlo en marcha y hay que orientarlas hacia ese lado.” (Coordinadora, Área Obstetricia)

“Una cosa que subyace fuertemente en los médicos o en las disciplinas más biológicas es la formación de grado. Eso es fuerte. Lo social queda afuera, directamente afuera

de la formación, entonces lleva un tiempo importante.” (Jefa Centro de Salud)

”Y, creo que vienen con debilidades en cuanto a que en el pregrado no se habla demasiado de lo que es la atención primaria.” (Jefa Centro de Salud)

Municipio Rosario

”...pero creo que es fundamental la parte de la formación académica, de una buena base académica previa. Me parece que es importante obviamente al salir de la facultad, uno tiene solamente eso porque por más que uno de los pacientes, tampoco es igual verlo como estudiante mientras uno se está formando que ya con una base teórica un poco acabada, en sentido de cuestiones basales. Después puede tener otra perspectiva de lo que es el paciente que cuando uno es estudiante. Pero nosotros teníamos poca formación práctica.” (R3, Clínica Médica)

”Digamos, cuando uno sale de la facultad, o sea lo que sería técnicamente, tiende a estudiar un montón de cosas y demás que después a la hora de ponerlo en la práctica, están pensadas para otro espacio, para saber aplicar en la internación. Algunas cosas en la guardia, pero no se contempla, no tenés formación para eso. Digamos... vos podés creer que como sabés algo de interacción vas a poder estar en un centro de salud y lo

vas a atender de taquito. Te encontrás con problemas que son absolutamente diferentes y hasta eso mismo que vos crees que sabés, te encontrás con personas que te dicen pero yo no me quiero internar, y ahí tenés que entrar a ver, a pensar otras cosas, tenés que saber, a lo mejor, más que el protocolo que vos tenés estudiado para ese tipo (de problema) si estuviera internado, porque no le podes hacer antibióticos cada seis horas, tenés que ver qué otra cosa le hacés y eso para mí fue tener que aprender de vuelta.” (Tutor, Medicina General y Familiar)

“... Llegan crudos, crudos y por ahí alguno que hizo algún laburo, que viene del norte, que hizo algún laburo de militancia o de voluntariado, con otra realidad.” (Coordinadora Centro de Salud)

“... yo creo que...cómo llegan... como llega cualquier persona a la atención primaria, sin la menor idea de dónde uno va a trabajar. Porque por más que tenga contacto con alguien que lo hace y qué se yo, yo creo que esto es de la única manera de que vos puedas conocerlo y reconocerlo es estando, laburando y teniendo la experiencia.” (Jefa Centro de Salud)

Casi sin excepción los entrevistados refieren la ausencia de contacto con los pacientes durante la formación de grado. Aún cuando se valora la formación teórica de la carrera, esta situación de

mínima supone una gran incertidumbre al iniciar la residencia. Se plantean incluso situaciones de angustia, de miedo ante la expectativa de esas primeras experiencias, al enfrentar una tarea compleja, como es la de poner en acto una práctica en interacción con otro, para la que no se sienten preparados.

CABA

"... por ejemplo, yo cuando hice medicina familiar, constaba de una cursada de cuatro días y un práctico en un centro de salud, que en un día uno mucho no podía... y más cuando ni siquiera tiene el aprendizaje de estar frente a un paciente, entonces era la primera vez que estaba frente a un paciente, la primera vez que estaba en un centro de atención primaria, era como todo... demasiadas cosas, imposibles que en un día se pudieran aprender.... cuando uno entra al posgrado, entra con todos esos miedos, con todos... con toda la urgencia, con toda la circunstancia de estar frente al paciente y tener que preguntar y esperar... recibir la repregunta del paciente y saber qué contestar. Y tal vez lo que uno...lo que a uno le pregunte el paciente no es algo que uno no sepa sino es algo que, por las circunstancias, uno no sabe manejar hasta que, bueno, va aprendiendo con el ejercicio." (R4, Clínica Médica)

"Por ejemplo, yo entraba a la cirugía pero ya cuando el paciente estaba dormido. Eh... y sí,

eso. También hice cirugía en el Hospital... Iba a las recorridas de salas con los médicos, pero poco contacto con... Bueno, igualmente cirugía no tiene nada de atención primaria, pero hablando de atención primaria en sí, lo único que tuve un poquito así de conexión fue con eso, medicina familiar y ahí nomás. Y lo que es salud pública, mal.” (R2, Pediatría)

“...sabés lo que es un análisis integral de salud, digamos, pero la realidad es que llegás acá con toda la teoría y ves un paciente y te largás a llorar, como que no... ¿viste?, cuesta desarrollar o ponerse por ahí más aceite en lo que es, bueno, tratar con pacientes que de golpe vos caés en una villa, cuando te criaste por ahí en un barrio que no te tocó pasar por estas situaciones y, bueno, cuesta ver cómo llegar a la gente.” (Jefa Residentes, Nutrición)

“Con respecto a las expectativas, es como que venís del hospital y es todo patología, patología, patología, es como que venís con un poquito de miedo, porque decís, te puedo manejar la patología pero no algo...un niño sano, como que hacés un poco de aguas con respecto a eso. Así que con respecto a eso muchísimas expectativas y muchísimos nervios porque el día de mañana es lo que uno va a hacer.” (R2, Pediatría)

Las experiencias durante las rotaciones en el grado, denominadas de forma diversa, internado, medicato, rotatorio, serían la oportunidad para

establecer contacto con los pacientes, también para lograr acercamiento a las prácticas que se desarrollan en el primer nivel de atención. Sin embargo abundan las referencias negativas al respecto.

CABA

"... porque uno sale del internado sin mucha formación de nada. Entonces decís, ¿qué hago?, porque estudié todo esto y nunca vi un paciente, no hablé más que cinco minutos, no sé cómo hablar, no sé cómo..." (R2, Pediatría)

"No, en realidad APS la cursé en el Hospital... y después roté por el servicio de medicina familiar del Hospital... no, por Centros de Salud en la carrera, no, salvo eso que hice, no roté más; salvo esas dos que tuve, eso solito". (R4, Medicina General).

"Yo medicina familiar la cursé en el Hospital... y fui a un centro del Hospital... pero no... Y en el internado, que hay una relación con atención primaria, yo hice el internado en el Hospital..., y si hacías cuatro guardias te firmaban la rotación, y como yo hacía guardias ahí, bueno..." (Jefe Residentes, Medicina General)

"...durante el internado hacés APS, pero nada, en realidad esa rotación muy útil no es

porque la función de la persona que está en el internado no es del todo definida, porque no te pueden usar para atender, no te pueden... No hay nadie que esté, digamos, con la función de enseñarle a la gente del internado, no es que hay una persona designada para explicarle a los del internado, entonces estás medio boyando en el medio de la nada.” (R2, Pediatría)

Municipio Rosario

“Yo con el medicato, por ejemplo, con la formación ésta del medicato, uno va ya adquiriendo alguna habilidad con respecto a la práctica clínica y después uno la desarrolla en la residencia...” (R3, Clínica Médica)

“No, bueno en realidad (tuve alguna práctica) en la práctica final obligatoria únicamente, que son tres meses y se hace en un centro de salud, cuando terminás de cursar, para recibirte.” (R3, Pediatría)

“... cuando estaba terminando hice el practicanato, que es la práctica en el centro de salud en donde ahí tuve bastante contacto y me enteré cómo se maneja esta parte de derivar. ...Y después yo también tuve la posibilidad de hacer el medicato. ... una vez recibida, que son seis meses de práctica intensiva sobre todo en una guardia y después

vas a centros de salud también algunos días y eso me entrenó bastante para desenvolverme en la práctica, ya sea de emergencia como en consultorio” (R3, Ginecología y Obstetricia).

“Cuando yo hice el practicanato, como una práctica... una práctica que era optativa en el momento que yo cursé pero que ahora es obligatoria... En el centro de salud donde lo hice había una pediatra y una médica generalista, estuve cuatro meses ahí y al estar en el trabajo con ella y demás, me gustó toda la parte de atención primaria, atención ambulatoria, la relación cotidiana que había con la gente” (Tutor, Medicina General y Familiar)

“Y nosotros cuando terminamos sexto año tenemos que hacer el medicato para poder recién ver algo de pacientes en vivo y en directo.” (Coordinador Académico Área Obstetricia, Ginecología y Obstetricia)

En este escenario, los entrevistados hacen alusión al cambio curricular de Medicina en la UNR, ya no centrado exclusivamente en lo biológico, sino con una amplia incorporación de las dimensiones sociales de la salud. Dado que sólo recientemente sus primeros egresados se han incorporado a las residencias, advierten que estas valoraciones pueden ser prematuras por tratarse de un proceso seguramente de largo plazo. Se reconoce la bondad del nuevo plan en relación a la propuesta de análisis

de casos, de situaciones problemáticas que los estudiantes deben indagar cómo resolver, en una dinámica de formación ligada con la práctica y en un esfuerzo de conexión con la realidad. A pesar de ello, y considerando que el cambio curricular proporcionaría un mejor acercamiento, se mantendría una carencia de herramientas entre los egresados.

"... (cursé) el plan de estudios nuevos...quedé muy... o sea.. un desarrollo durante la carrera muy personal, no tenés marcado bien por materias qué es lo que vos tenés que estudiar y hasta donde tenés que estudiar, sino es como que te dejan algo muy personal. Entonces el alumno tiene que desarrollar todo el tema, tiene que estudiar mucho por su propia cuenta, bueno y eso te sirve de una forma a aprender a estudiar y poder buscar cosas por tus medios, verificar la información, o sea basarte en la evidencia y esas cosas..." (R1, Medicina General y Familiar)

"... la cuestión es que, digamos, no notamos un gran cambio en los médicos que ingresaron... nosotros estamos tomando...estamos viendo recién los primeros egresados de formación de pregrado de ese currículum. Creo que el proceso, digamos, que se hace notorio va a ser medio lento." (Instructor, Ginecología y Obstetricia)

"Los chicos del plan nuevo con el tema de aprender, con aprendizaje basado en problemas y demás, se les describe situaciones

de las cuales ellos se tienen que enfrentar y nosotros vemos que los residentes que vienen del plan nuevo tienen una lógica diferente de entender el problema, desde dónde se parte, no así los conocimientos de práctica. Se paran hermosos, pero están verdes. Claro entienden el problema, pero lo entienden y no tienen con qué responder". (Tutor, Medicina General y Familiar)

"... un interés por eso de resolver lo grave, lo agudo, los casos mucho más que de lo otro, pero es la primera etapa de la formación. Después increíble como van cambiando, como se van interesando por otros temas lo que se ha hecho con el nuevo programa de formación es introducir un poco más estos temas y no ser tan biologicistas o de introducir un poco de otros temas de otros saberes..." (Coordinadora Ciclo Formación Práctica Pediatría)

"Mirá este año fue el primer año que ingresaron chicos del plan nuevo que son dos o tres, nada más. La diferencia que yo noto es que estos chicos están más holgados para estudiar, de la manera que nosotros les pedimos que estudien, que archiven libros, apuntes, machetes, ahora esto es búsqueda, esto es estudiar por problemas, esto es otra cosa. Es el modo en que hacían las lecturas en las tutorías del plan nuevo, es un entrenamiento que ya traen." (Coordinadora Centro de Salud)

"El cambio curricular de Médicas,... yo sigo

insistiendo es mucho más reformista que transformador, tiene algunos gérmenes muy revolucionarios, que la enseñanza, digamos la problematización, en realidad no es...es basada en problemas, no es problematización pero es un intento que se le acerca y entonces ya el estudiante viene predispuesto de otra manera,... hoy por hoy el que hace clínica, el que hace pediatría, el que hace medicina general es alguien más cercano a lo reflexivo que el que va a una especialización. Así como en líneas muy generales, no?" (Directora, Carrera de Medicina General y Familiar)

"Hubo un cambio en la currícula y todo ese cambio se notó porque fue, creo que un cambio importante en lo que era la formación tradicional en los médicos de pregrado con escasa, por ahí, no sé, formación práctica y mucha académica, y ahora se le intentó dar un enfoque más primario." (Instructor, Ginecología y Obstetricia)

- Las actividades de los residentes en el primer nivel de atención

Las actividades que los residentes tienen posibilidad de llevar a cabo en los centros de salud están condicionadas en gran medida por el lugar reservado a este nivel de atención en la propuesta de la residencia. En este sentido, la instalación

de este espacio como sede de la residencia es definitorio, como es el caso de Medicina General en la CABA y de Medicina General y Familiar en el MR. El tiempo destinado a estas experiencias es significativo en relación con su potencial impacto en el compromiso que pueden adquirir los residentes con las propuestas basadas en la APS.

Cuando la sede se fija en el hospital, la rotación supone un tránsito durante períodos acotados, en términos generales entre 3 meses y 9 meses, no siempre distribuidos regularmente a lo largo de la residencia y a veces, significa concurrir un solo día a la semana. En algunas especialidades se plantea que estas rotaciones están condicionadas por el proyecto o programa en el cual se inserta el residente, y en el caso extremo, por la disponibilidad de instructores. Para los médicos generales, la rotación significa asistir en tiempos acotados a servicios hospitalarios, con la finalidad de incursionar en temáticas específicas.

CABA

"Nosotros en primero y segundo año rotamos por las cuatro básicas que es salud del adulto, salud de la mujer, salud del niño y (por el) CeSAC, que es el centro de salud. En general salud del adulto la hacemos acá en el hospital, y las otras tres, en primero y en segundo año,

las hacemos en los centros de salud.” (R4, Medicina General)

“La rotación de APS, que no les dije, es dos veces por semana durante ocho meses. Esas dos veces por semana, de acuerdo al lugar donde rotan, puede ser medio día o un día entero, ¿sí?, ese es un requisito de la sede, no nuestro digamos. Entonces en ese caso rotan un día por este programa y otro día en otro programa del centro de salud” (Instructora, Salud Mental)

Municipio Rosario

“El esquema de formación es el siguiente, en primer año, el 12 de junio entran a los cuatro hospitales base y están todo el año haciendo sala. Al tercer mes, o sea septiembre, empiezan a hacer consultorio en los veinte centros de salud que tenemos (con residentes) en toda la red... y todo primer año entonces hacen sala y consultorio y tiene aparte la actividad de la carrera (de especialización)... Se decidió que vayan una tarde completa, una sola vez por semana porque por ejemplo, un rentado no tiene tanto problema para ir dos veces por semana, que sería lo ideal, pero un no rentado tiene un día de guardia en el hospital donde está haciendo la formación gratuita, porque es ad honorem y tiene otro día libre, o sea que por ejemplo, de lunes a viernes hay un día que tiene guardia en el hospital y otro día que no está, le quedan

tres días y en realidad los jueves hay que descartarlos porque los jueves tienen carrera, no les queda día... Segundo año, seis meses en su hospital, esos seis meses que están en su hospital base hacen consultorio semanalmente también y los otros seis meses rotan, tres meses todos van a terapia intensiva y tres meses todos van a otro nivel de complejidad... y en el tercer año hacen medio año de hospital de base...donde hacen también consultorio..."
(Coordinadora Ciclo de Formación Práctica Clínica Médica)

"...los residentes de Medicina General están la mayor parte del tiempo en los centros de salud, entonces están todo el día. En cambio esta residente de Clínica viene una vez a la semana 3 horas y la otra viene un día 3 horas y otro día 4 horas. Entonces en ese momento que viene, viene y entra al consultorio de la clínica, a compartir esa actividad puntual."
(Tutor, Medicina General y Familiar)

"No, las otras residencias, que serían Pediatría y Clínica, Pediatría sólo tiene la residencia del hospital..., las otras no. Tienen una rotación de tres meses, pero ellos van con el pediatra del centro de salud, tienen su consultorio dos o tres veces por semana, van hacen ese horario y vuelven. Creo que es algo que lo empobrece mucho por el hecho de que los pediatras en general tienen hoy una perspectiva de lo que es el trabajo en el primer nivel muy interesante, son también pilares

en los equipos, en los equipos de referencia”
(Coordinadora Ciclo de Formación Práctica
Medicina General y Familiar)

La atención en consultorio

Los testimonios dan cuenta del lugar principal que ocupa, para la mayoría de los entrevistados, la atención a pacientes en consultorio, más allá de la heterogeneidad de los ámbitos a los que se arriba y de la especialidad. Cabe destacar al respecto, que en el MR la organización del sistema de atención de la SSMR reserva las consultas ambulatorias exclusivamente al primer nivel y se accede sólo por derivación al CEMAR y a los hospitales que integran la red de atención.

CABA

“...y más que nada en el consultorio son consultas ginecológicas, algunas de primera vez, o muchas de control de métodos anticonceptivos, de DIU, se hace el papanicolau y colposcopía. ... muchas vienen o para comenzar a ver con qué método se van a cuidar ...Y también control, digamos, del embarazo de bajo riesgo, el control normal, ya cuando se detecta algo de alto riesgo se suelen

derivar acá al hospital.” (R2, Tocoginecología)

“Yo estaba con los médicos clínicos. En ese centro hay tres médicos clínicos, eh... Yo atendía en el consultorio con ellos, eh... por la mañana había dos profesionales médicos y por la tarde había una doctora. Y bueno, básicamente era estar en compañía de ellos, trabajábamos juntos.” (R4, Clínica Médica)

“...básicamente, en cuanto a lo asistencial, se divide la actividad en niños sanos, demanda espontánea, que son las urgencias del día, y algo que se llama salud escolar que se hace durante el ciclo lectivo que es obligatorio tres veces durante la escuela primaria.” (Instructora, Pediatría)

Municipio Rosario

“...como actividades yo hago consultorio compartido con un instructor, o sea estos primeros seis meses siempre tengo que estar con un instructor haciendo consultorio.” (R1, Medicina General y Familiar)

“...en primer año esos nueve meses que trabajan, trabajan con el tutor, en el consultorio del tutor, no hacen nada que no sea tutorizado, trabajan todas las horas de consultorio que están con su tutor, en el segundo año los seis meses que hacen consultorio, hacen consultorio en paralelo con pacientes de la lista del tutor, como ya estuvieron haciendo

nueve meses en el año anterior... y en un consultorio en paralelo el alumno de segundo año o de tercer año los ve... en general hacen las actividades de consultorio...en APS es todo pequeñito y vos deambulás...estás en el consultorio con el tutor pero te vas diez veces durante la mañana a la enfermería a ver pacientes porque la enfermera te llama, porque se infectó la herida, para ver si hay que suturarlo, o sea que salís permanentemente, vas a la farmacia porque no conseguís un antibiótico... o vas al teléfono a donde está la administrativa para llamar para conseguir un turno..." (Coordinadora Ciclo de Formación Práctica Clínica Médica)

"Nosotros nos manejamos con turnos para control y espontáneamente está la demanda de los pacientes que están enfermos. Los pacientes enfermos van a enfermería, hacen una admisión y después se derivan a pediatría. Entonces esta posibilidad de tener este espacio como para que los pacientes puedan ser directamente vistos por el médico residente, controlados por el médico residente, siempre con nuestra presencia o el tiempo, pero la posibilidad de a lo mejor de una primera vista por ellos y después la posibilidad de consultar con nosotros o sea no estar solamente mirando." (Tutora, Pediatría)

Las actividades extramuros

La salida fuera del centro de salud supone la posibilidad de establecer contacto con otra realidad, de vincularse con los pacientes sin la mediación del consultorio. Surgen en primer lugar referencias de actividades vinculadas con proyectos o programas especiales que se desarrollan en el centro de salud, más allá de la tarea específica asistencial y con énfasis en la prevención y la promoción de la salud.

CABA

"...me sorprendió porque no es un trabajo específicamente kinésico lo que se hace, por decirlo de alguna manera. Ahí, al menos lo que pude ver yo, es que... como que los trabajos más grandes que tenían eran dos grupos. Un grupo que era de rehabilitación de factores de riesgo, bah, rehabilitación: un grupo de factores de riesgo donde se hacían...se juntaba a gente con enfermedades cardiovasculares o diabetes o distintas patologías y se las ponía a hacer actividad física...el otro trabajo que hacían importante, es que trabajaban en conjunto con una trabajadora social, con una psicóloga o psicopedagoga, no me acuerdo bien qué era, y, bueno, y un kinesiólogo. Entonces lo que hacían era asesorar a la gente que venía a la consulta por...en general era un grupo de discapacidad." (R2, Kinesiología)

"Acá prácticamente lo que hacemos en el centro de salud, estamos formando parte de distintos programas que funcionan en el centro de salud como es el programa de vigilancia nutricional, o el programa de bajo peso, como se lo conoce más comúnmente. El programa de embarazo, ¿sí?, también, eso tiene que ver más que nada con talleres y charlas que se le dan a embarazadas sobre la alimentación en el embarazo, en la lactancia, también hacemos talleres para las madres menores." (Jefa Residentes, Nutrición)

"... dentro del centro hacen la actividad de control prenatal del embarazo.... dan el curso, el PIM (Preparación Integral para la Maternidad), que es el curso de psicoprofilaxis, que se le llamaba antiguamente. Dan clases de lactancia, eh... tienen una orientación hacia la paciente de todo lo que es procreación responsable." (Coordinadora Obstétricas)

Municipio Rosario

"Yo participé de dos (talleres). Uno era de lactancia, que se citaban sobre todo las madres primerizas, o a las que tenían dudas acerca de la lactancia, así que bueno, se enseñaba las técnicas, se hacía mucho hincapié sobre la lactancia, que era mejor que las otras leches. Y el de control del recién nacido también, se citaba desde el primer control a todas las

mamás y se enseñaba todas las dificultades que se podrían encontrar con el bebé, todas las dudas que tuvieran.” (R3, Pediatría)

“Nosotros gracias a que tenemos el Centro de Integración Comunitaria tenemos la posibilidad de hacer otra cosa más y no estar únicamente en la parte de enfermedades en el consultorio, no?, entonces la posibilidad de hacer talleres a lo mejor con las mamás, con las abuelas, ya sea literarios, ahora con la formación de la biblioteca y si no lo que yo te contaba antes del taller de estimulación para mamás, para bebés” (Tutora, Pediatría)

En segundo lugar, se reconocen actividades de seguimiento de pacientes, de búsqueda y de atención en domicilio a aquéllos que no retornan a la consulta. También se mencionan algunas experiencias como parte de campañas organizadas por la autoridad sanitaria.

CABA

“Otra de las actividades fue acá en epidemiología, cuando hay algún caso detectado de una enfermedad transmisible, por ejemplo, no sé, tuberculosis, eh... hay que hacer el seguimiento del paciente externado.

Entonces esas denuncias van al centro de salud y los médicos clínicos tienen que ir al domicilio declarado por esa persona para, bueno, hacer el seguimiento del paciente. Bueno, en eso también participé en dos oportunidades, en dos o tres oportunidades hice el seguimiento.” (R4, Clínica Médica)

“...nosotros tenemos un libro, ahí en el centro, que se anotan pacientes con problemas que sabés que si no vuelven hay que ir a buscarlos o hacer algún tipo de catastro, por ejemplo, la otra vez fuimos a buscar a un chico que tenía fiebre tifoidea. Lo fuimos a buscar y fuimos a preguntarle quiénes eran sus contactos, con quién vivía, como para hacer algo de epidemiología y poder... pero básicamente se manejan siempre yendo a buscar un caso que haya quedado, como algún niño que hayan anotado y que sepan que no volvió, que no vino a control, y se lo va a buscar.” (R2, Clínica Pediátrica)

“A veces hay ciertos casos de riesgo y se los visita y se los contacta.” (R4, Medicina General)

“Ahora estuvimos bastante con prevención del dengue, con la campaña de vacunación pero, digamos, estamos en un área que es muy urbana, de repente, de la ciudad, y no hacemos tantas salidas a la comunidad como a lo mejor yo hacía más en el centro de La Boca” (Instructora, Pediatría)

Municipio Rosario

"Lo que pasa que nosotros aparte de eso tenemos actividades planificadas dentro de la carrera de posgrado y estas actividades de los chicos de medicina general están dentro de su carrera de posgrado. Ya son distintas carreras también y nuestra actividad del centro de salud se basa en la atención en el centro de salud, pero no en actividades fuera del centro. (¿hizo visitas domiciliarias?) sí, eso sí, con la tutora... en general es interesante esa actividad. En general los pacientes que más se van a buscar son los pacientes que menos cumplen... pacientes bastante resistentes a la atención, pero tienen un muy buen vínculo con la tutora." (R3, Clínica Médica)

"... ven dónde vive la gente, cómo son sus condiciones de vida, por ahí ellos les dan de alta con nebulizaciones y viven en un lugar donde no tienen luz. Más allá de no tener nebulizador no tiene luz y no se puede nebulizar." (Tutora, Clínica Médica)

"Porque cuando vos estás en un centro de salud primero que los hospitales están en el centro, todos están en la zona céntrica, donde están todos los servicios, donde hay cloacas, donde no hay una cuneta llena de barro y mosquitos. Viste como somos que en realidad, lo que no vemos, no lo entendemos muy bien. En cambio en atención primaria siempre en algún momento, incluso cuando

estaban poco tiempo, se hacían visitas domiciliarias, entonces una visita domiciliaria es algo que te impacta para siempre. Por ejemplo, un paciente que vos lo venís viendo en el consultorio y a lo mejor lo estás retando por alguna cuestión o estás viendo que no respeta la dieta según tal patología que tiene, cuando conocés su forma de vivir lo comprendés claramente”. (Coordinadora Ciclo de Formación Práctica Clínica Médica)

En tercer lugar, se relatan experiencias de trabajo en la comunidad, con grupos poblacionales específicos y con participación de otras organizaciones con las que se comparte el espacio de intervención.

CABA

"Hay una actividad que también es del gobierno de la ciudad, bueno, que ahora no recuerdo el nombre, pero que hacen actividad física en una plaza, que eso está supervisado por profesores de gimnasia. Entonces bueno a esta gente nosotros la convocamos, hicimos una charla en conjunto con la residencia de nutrición y diabetes sobre factores de riesgo cardiovascular y, bueno, qué dieta saludable sería, bueno, para contrarrestar estos factores de riesgo.” (R4, Clínica Médica)

"El miércoles es el día que queda libre como para hacer actividades extramuros, entonces

vamos a comedores, a colegios, a jardines, ahora en el verano a la colonia. Y damos talleres y ahí también agarramos gente como para derivarla al centro.” (R1, Nutrición)

“Hay un día a la semana que hacemos todo laburo comunitario, trabajamos con una cooperativa de adolescentes donde damos charlas de todo tipo con los adolescentes y los... a la tarde trabajamos en un programa de prevención de riesgos y daños de chicos que consumen paco, con otra eh... con una institución que se llama La Otra Base, que está ahí cerquita, bien cerca del centro.” (R1, Medicina General)

“Este año hicimos muchas charlas en los colegios porque nos llamaron para hablar de educación sexual ...Talleres de alimentación saludable, también, con los chicos de nutrición, y ahora para marzo vamos a empezar a ir a hacer controles de salud a un jardín evangélico que hay por acá... Después en otro hicimos, con la residencia de nutrición también, un trabajo de detección de alcoholismo en escuelas secundarias y de ahí después nos llamaron para que diéramos otra charla sobre otros temas y no sólo alcoholismo.” (Jefe Residentes, Medicina General)

“.....tienen dos veces por semana en la que ellas están en el área programática. Esto es en un centro de salud o en varios centros de salud; van a los comedores; trabajan en los

diferentes programas del área programática del hospital.” (Coordinadora, Fonoaudiología)

Municipio Rosario

“Después, como actividad fuera de lo que es el consultorio, tuvimos actividades con el pueblo de los tobas, estuvimos haciendo cosas con los jóvenes, también, como ellos tienen un pequeño comité de salud que es propio, estuvimos haciendo algunas actividades con el SIES (Sistema de emergencias médicas).” (R1, Medicina General y Familiar)

“A mí un poco me sorprendió. Porque yo no sabía bien de qué se trataba la residencia de medicina general. Yo pensé que se trataba más de la parte clínica. Pero después me fui dando cuenta que tiene muchas otras cosas. Esta residencia en particular tiene muchas cosas de gestión, de política, de trabajo con la comunidad, no se queda solamente dentro del consultorio, es un poco más amplia... (en el centro de salud) se trabaja con la escuela, con el centro Crecer, con los centros comunitarios... Tratamos (de participar)... a veces es un poco complicado por los tiempos porque a veces cuando hacen las actividades, nosotros o estamos en la rotación o no tenemos tiempo pero sí, estaríamos invitados a participar de todo esto...” (R3, Medicina General y Familiar)

“Cuando estuvimos en primer año íbamos al (centro) Crecer a dar charlas con las mamás.

Sí hay un día al mes que van a buscar la caja de alimentos, así que aprovechamos ese espacio para tener alguna charla o dudas que tengan la madres...cómo bajarle la fiebre, cómo medir la fiebre. Eran todas dudas que planteaban las mamás y nosotros respondíamos. Y después se hizo un taller de embarazadas que después, por todo lo de la gripe A y todo eso se suspendió y no lo volvimos a retomar lo de las embarazadas... (las convocamos)... y básicamente desde el consultorio, vamos convocando que tal día vamos a hacer un taller, nos vamos a juntar y va viniendo la gente, va viniendo hasta que se forma el grupo y ya saben que tal día se hace y vienen.” (R3, Medicina General y Familiar)

Entre los testimonios vinculados con salidas a la comunidad, cabe destacar algunas referencias a actividades relacionadas con análisis de situación de salud, encuestas poblacionales, de carácter epidemiológico, que enlazan demandas o propuestas institucionales con pautas programáticas y que tienen fines formativos.

CABA

"Ahora, esto de que fuimos a muchos colegios fue porque se hizo un screening para ver la situación nutricional de toda el área

programática del hospital.... Entonces, junto con las nutricionistas del centro..., más las nutricionistas de planta del hospital...y las residentes, hicimos, fuimos por seis colegios y evaluamos novecientos chicos.” (Jefa Residentes, Nutrición)

“Estuve ocho meses, durante los ocho meses empezamos a armar una encuesta de salud en conjunto con el MOI (Movimiento de Ocupantes e Inquilinos) y la llevamos a cabo y la terminamos un mes antes más o menos de que yo termine la rotación, hicimos la devolución.” (R2, Salud Mental)

“En primer año también lo que se hace, que es la condición sine qua non para pasar de año, es hacer un ACIS que es un análisis de acción de salud, para eso se elige una manzana del barrio y se hace el análisis de salud, aprendemos a hacerlo y nos sirve para conocer también dónde trabajamos, pero más que todo para tenerlo como herramienta para trabajar en el futuro.” (R1, Medicina General)

“... otras veces se hicieron encuestas para ver cómo estaba, no sé, un hotel o cómo estaba un conventillo o... o bueno, si tenían atención o no. En general se ingresa por algo que a la gente le gusta, que es el carnet de vacuna, pesar a los chicos. Y después se ve si se necesita algo más o si se puede hacer algo más.” (R4, Medicina General)

Municipio Rosario

"...Y nosotros tenemos un modo de trabajo en lo cotidiano donde hay una mesa de gestión distrital donde se discute y a veces se toman decisiones desde ahí. Uno entiende que es un trabajador que asume un compromiso con un proyecto político donde el lugar individual también está muy ligado a lo colectivo. (Coordinadora Centro de Salud)

"En realidad sí, es una experiencia totalmente distinta a lo que uno tiene con los pacientes del hospital, en general al centro de salud va el grupo familiar... Incluso si el paciente por equis motivo no cumple, se lo va buscar a la casa. Entonces se tiene un seguimiento mucho más cercano...". (R3, Clínica Médica)

Actividades formativas por fuera de la tarea asistencial

Los entrevistados relatan una serie de actividades denominadas de manera también diversa, charlas, clases, talleres, ateneos, día de actividad académica, seminario, pero que tienen en común que establecen un momento de corte a la tarea cotidiana vinculada con los procesos de atención. La finalidad también común es lograr la inmersión

del residente en las problemáticas que se abordan, su aproximación a la realidad social en ese entorno. Estas actividades también son mencionadas en el MR al describir las tareas en el primer nivel de atención, las que se suman a las actividades de formación teórica previstas en las carreras de especialización de la universidad, de carácter obligatorio.

CABA

"...apenas llegan nosotros, (les damos) una clase sobre lo que es atención primaria; lo que es atención primaria, área programática, centro de salud, lo que es área de responsabilidad, el área de influencia, nuestra área, las características, ¿viste?, de la zona en la cual nos manejamos nosotros. Todo eso lo tenemos como...preparado para todas las residencias... Cada año lo vamos mejorando. Este año se les pasó un power point, este... de lo que es APS, lo que hacemos acá. Agregamos modelo médico. Yo quería agregar proceso salud-enfermedad pero era demasiado. Conceptos de salud-enfermedad era la idea, conceptos de salud-enfermedad, pero vamos a pensarlo para más adelante. Y dos o tres entrevistas, o dos o tres seminarios, digamos, o dos o tres encuentros que duran como dos horas que tienen... con la socióloga. Ella les da un panorama sobre la población. Después ellos empiezan a rotar por los equipos y empiezan..."
(Jefa Centro de Salud)

"Primero la bienvenida, que es toda la mañana prácticamente,...se les da material para que ellos sepan en dónde están. Este año empecé a darles modelo médico hegemónico, directamente, les bajé todo el modelo médico..." (Jefa Centro de salud)

" Está bueno acá que siempre se hacen reuniones para recibir a los residentes y se les cuenta un poco la historia del barrio, cuáles son las patologías más prevalentes, qué es lo más común de ver y después, bueno, cada uno en su área va viendo lo que te va tocando más de cerca" (Jefe Residentes, Nutrición)

" a las once, once y pico, se suspende la parte asistencial por parte de los residentes y se hace una actividad que puede ser una actividad sistemática – una actividad sistemática programada – o puede ser una actividad asistemática que es la discusión de pacientes o situaciones a nivel de, digamos, bueno, al nivel asistencial, docente, todo eso.." (Ex Jefe Centro de Salud)

"Todos los mediodías hay clases, todos los mediodías, o dadas por los residentes, o dadas por nosotros, o por los médicos de planta o, una vez por semana, o cada quince días, médicos, en general del (hospital) Gutiérrez o de afuera, de otro lado. Eh... o sea que la parte docente sí está como bien fortalecida." (Instructora, Pediatría)

"Dentro del centro de salud, por ejemplo, nosotros tenemos ateneos entre todos los profesionales también, que eso me olvidé de mencionarte." (R3, Nutrición)

"Junto con la gente de servicio social, de enfermería, o sea, de otras residencias, organizamos un ateneo puntual que proponemos un tema y lo charlamos." (Jefa Residentes, Nutrición)

"Lo que nosotros tenemos para intentar unificar y que haya algo como más seguro en relación a la formación, es un curso centralizado. Que son... dura, depende cada año, pero más o menos dura...agosto, septiembre, octubre, noviembre, casi cinco meses. ... es un curso obligatorio para todos los residentes del gobierno de la ciudad que están rotando en atención primaria." (R2, Salud Mental)

"...en el centro de salud no tuvimos actividad teórica. En ese momento nosotros teníamos el curso... de medicina ambulatoria. Entonces justo a mí me coincidió porque fue de septiembre a diciembre que todos los jueves tenía la actividad teórica que estaba dada por este curso. En el centro de salud no tuve clases, digamos, los médicos que estaban ahí no me dieron clases." (R4, Clínica Médica)

"Los miércoles es el día que nosotros tenemos el día académico puro, entonces por la mañana nos estamos dedicando a este tema

del ASIS (análisis de acción de salud) y a la tarde tenemos clases de diferentes cosas...La otra vez discutíamos el modelo biomédico, el modelo médico hegemónico.” (R1, Medicina General)

”Se realiza un ateneo general....vienen todos los residentes de nutrición de los seis hospitales y nos juntamos y alguien nos da un ateneo. En realidad es un ateneo pero es una charla que nos da alguien que decidamos, y eso está bueno.” (Jefa Residentes, Nutrición)

Municipio Rosario

”se trata de que sí a veces... es complicado. Nosotros tratamos de tener un espacio para hacer seminarios o para plantear dudas, tratamos de hacerlo, a veces es difícil por todo esto que estás viendo... (el número Cantidad de pacientes) (R3, Medicina General y Familiar)

”.... el gran logro fue el tema del seminario conjunto. Una de las actividades clave de la semana es el seminario de casos clínicos, que es un espacio de trabajo muy contundente, muy rico que para nosotros es además un visor de lo que está ocurriendo, hasta incluso más allá de la formación de los residentes... es en general un espacio de trabajo semanal con el tutor. A veces lo llaman seminarios, a veces lo llaman espacio de revisión de situaciones problemáticas, espacio de revisión de historias

clínicas. Esto, ya les digo, los tutores tienen bastante autonomía para organizarlo, pero la función básica ahí es estar y poder mirar el trabajo del residente.” (Coordinadora Ciclo Práctico Medicina General y Familiar)

“El tema del cursado se me hace muy pesado porque siempre, por lo general, es al final del día y hay días que son muy pesados para nosotros. Por ejemplo los lunes, los jueves, los viernes, que siempre hay un montón de demanda, un montón de gente y siempre por ahí te coincide con una guardia. Entonces es medio cansador estar desde la siete de la mañana o las ocho de la mañana en el centro de salud hasta las siete de la tarde y después tener la carrera, de la siete hasta las diez de la noche.” (R1, Medicina General y Familiar)

- El entorno social en el primer nivel de atención

Las referencias a los espacios sociales en que se desarrolla la actividad de las residencias en su paso por los centros de salud refieren a condiciones compartidas de pobreza extrema, con frágiles condiciones sanitarias y de vida. En algunos casos, las demandas de estos grupos poblacionales, excederían las capacidades resolutivas. Esta situación no excluye las menciones de realidades

en mejores condiciones relativas.

CABA

"...más o menos la manejo porque también es la del hospital, digamos, se comparte un poquito porque este centro de salud pertenece al hospital... que es mi hospital. Y sí, más o menos me doy cuenta que está muy mal la situación sanitaria, hay mucho hotel, mucha ocupación. ...Acá lo que se ve mucho, que sí me doy cuenta, es mucha patología de hacinamiento..." (R2, Pediatría)

"Muchos extranjeros, mucha gente desocupada, el tema de las adicciones también está presente" (R4, Clínica Médica)

"...el centro de salud está en la puerta de ... (una villa), como te conté ... están cerquita en realidad, pero vos te das cuenta cuando llegás al hospital que viene otro tipo de gente, que por ahí te entiende un poquito más y que algunos tienen un poquito más de posibilidades con respecto a lo que es la población de la villa." (R3, Nutrición)

"Nosotros tenemos un centro rodeado de 30.000 personas con 15.000 pibes y la verdad que el centro no da a basto.... Tenés una ciudad rodeándote." (Jefe Centro de Salud)

"Nuestro centro no está en una villa, no está, o sea, cerca de grandes poblados de gente que realmente requiere o no tiene recursos económicos, edilicios, no tiene vivienda, o sea, qué sé yo. Por eso nuestras estrategias... quizás la gente se acerca más al centro, lo hace más como control y, bueno, y las salidas no son tantas como en otros lugares." (R3, Nutrición)

También es mencionado el tema de la inseguridad, como fenómeno complejo, por sus implicancias sociales y en relación con el propio accionar de los trabajadores de salud y de las residencias.

"Y ahora está bastante complicado porque incluso cuando arrancó este período, en junio, estuvimos quince días el centro cerrado porque hubo una situación de violencia y bueno... Nadie quiso ir más a trabajar ahí, entonces se cerró hasta que no pusieran más policía y bueno, entonces como que sacar a las chicas al barrio es una responsabilidad importante... Hay un colegio, el centro de salud y está al lado del centro de salud lo que es toda la villa... no es que tenés que pasar por la villa para ir al centro de salud pero... Y robar te roban." (Jefe Residentes, Nutrición)

"Algo que sucedía esporádicamente, que era una agresión, digamos, al personal del centro, se ha convertido en la regla, incluso

con armas. Entonces, bueno, ya la cosa ha cambiado: es muy difícil salir, se sale en determinadas circunstancias. Por otra parte, la rotura de los lazos de solidaridad intercomunitarios, la aparición de los líderes como, muchas veces, delegados del poder, esas cosas, bueno han complicado muchísimo” (Ex Jefe Centro de Salud)

“Este tema de la inseguridad es todo un problema. Tampoco uno los quiere mandar (a los residentes) al medio de la...de una villa, es un tema complicado, entonces tampoco querés que lo pinchen y que lo roben tres veces para que haga la residencia.” (Instructora, Clínica Médica)

Municipio Rosario

En este escenario se recuperan en particular los testimonios de los coordinadores de los centros de salud respecto de las características sociales del barrio donde está ubicado. Se destaca cómo algunas condiciones del contexto pueden ser visualizadas en términos positivos, como el caso de estar ubicado en una zona de difícil acceso. Este aislamiento, sin embargo, fortalecería la posibilidad de realizar acciones intersectoriales en ese espacio al potenciar la proximidad con otras organizaciones sociales. También se destaca como un aspecto

clave la génesis del asentamiento y del centro de salud, que fuera creado a partir de la demanda de la propia población, estableciendo lazos de pertenencia facilitadores para el trabajo en APS.

"Cuando la gente se traslada acá se da cuenta que si bien el policlínico está a ocho cuadras, la accesibilidad al policlínico es complicada porque en realidad lo que sucede en el (Centro)... es que está cercado, digamos, por la circunvalación, que es una barrera, por las vías del ferrocarril que es otra barrera y por los campos...nosotros siempre decimos que el hecho de estas barreras que existen en el barrio a nosotros nos facilita muchísimo el trabajo, porque tenemos la escuela ahí, la escuela en frente, el Centro Crecer a la vuelta, es imposible no articular... En sí es que la mayoría son todos familiares, porque esta familia fue llamando a sus familiares y ahí se generó un barrio donde estaban todos los lazos de parentesco, de la convivencia. Cuando se proyecta el trazado de la autopista, la primera intención es que se vayan y nada... Porque todo esto que uno tiene que trabajar desde la atención primaria, de generar un vínculo y que las personas consideren que el centro de salud es de ellos, acá no fue necesario porque en realidad era de ellos y fueron ellos los que lucharon para que esto, lucharon para que esto existiera" (Coordinadora Centro de Salud)

En otro caso, la descripción del barrio no se diferencia de la de muchos otros, con condiciones precarias, con zonas de villas miseria, sin servicios básicos, también con algunos sectores de viviendas humildes. Se identifica como particularidad un grupo poblacional de la etnia toba, proveniente de las provincias de Chaco y Formosa, también que la presencia del estado está limitada a la escuela y al centro de salud, en un entorno de pobreza, tanto simbólica como material, con carencia de condiciones sanitarias mínimas, con severas implicancias en la situación de salud de la población.

"... en este barrio está uno de los asentamientos de la comunidad toba. En Rosario no es muy grande la colectividad, pero acá hay un asentamiento que data más o menos de la década del 80 y es un barrio que a diferencia de otros barrios no tiene presencia institucional del estado, de ninguna índole. O sea las instituciones básicas que existen son un centro de salud y la escuela... Es un barrio donde hay aproximadamente 30.000 personas...los indicadores son muy complejos, unas cuestiones comparables al interior del Chaco y de Formosa y una situación de precariedad en lo material y en lo simbólico muy complicada... Problemas sanitarios que están ligados a condiciones de

vida básicas, agua potable... pensar alguna salida, algún paliativo, no está pensado desde ningún lado... las condiciones son exactamente las mismas porque donde viven los tobas hay exactamente lo mismo que en el sector donde viven los criollos, no hay luz, no hay agua potable, no hay caminos, no hay nada. Lo que sí nosotros notamos es la diferencia en relación a lo cultural. Una persona que viene de..., migrante de una zona rural del Chaco, donde su cosmovisión es totalmente diferente a la nuestra y no comparten estos patrones si querés en salud y a veces no comparte el lenguaje, hace mucho más difícil todo” (Coordinadora Centro de Salud)

La referencia a la inseguridad no está ausente, como una situación que no es reciente, que es “de siempre”, que forma parte del contexto con el cual hay que trabajar.

“O sea hay un montón de dificultades en cuanto a la accesibilidad del barrio... aquí no entran los remises, los taxis, ni las ambulancias si no es con la policía.... Porque... acá hay una sola línea de colectivo que entra hasta las once y media de la noche y vuelve a entrar a las seis. Siempre fue así, no es una cuestión de ahora por la inseguridad, fue siempre. Entonces por ahí los chicos se dificultaban para salir a la escuela, muchos chicos no iban a la escuela

secundaria. Ahora hace un año que hay escuela secundaria en el barrio, pero también por una movida entre las instituciones y la gente del barrio, se organizó y se pidió la escuela secundaria y empezó a funcionar, pero antes no había y los chicos no tenían posibilidades ni con el transporte. Los que querían ir caminando, el puente es un lugar muy inseguro, generalmente nunca hay luz...” (Coordinadora Centro de Salud)

- La residencia como espacio de formación y trabajo

Se recuperan testimonios sobre cómo se visualiza la experiencia de la residencia en su actividad diaria en los servicios de salud. En algunos casos, la finalidad de la residencia es la que connota las respuestas *"todo es formación"*. En otros, éstas son expresadas en términos duales, de modo tal que las actividades más estrechamente ligadas a satisfacer las demandas de atención se opondrían a las formativas o, dicho de otro modo, es la dimensión laboral la que se impone y moviliza valoraciones sobre el rol que ocupa el residente en los espacios donde actúa.

CABA

"Uno cuando termina la carrera lo primero que dice es, ojalá pueda aprobar el examen de residencia y entrar en un hospital, porque la experiencia es muy buena, contás con profesionales que están atrás tuyo supervisando todo el tiempo tus tareas y es una formación para aprender, ¿no?, te pagan para aprender, digamos, como decimos acá. Eso es lo mejor, ¿no?" (R2, Fonoaudiología)

"Y uno a veces se olvida de que en realidad estás ahí para aprender y no para sacarte de encima el trabajo y nada, y entrás como en una vorágine de correr para todos lados y decís pará, porque en realidad yo tengo una clase obligatoria los lunes a la una, y si tengo la clase, tengo que ir a la clase, no me importa si no llego a hacer la inter consulta, pero tengo que bajar a la clase porque esto es lo que estoy haciendo para formarme." (R2, Pediatría)

"Eh, la verdad que para mí depende mucho esto que sí, es un espacio de formación o de trabajo de cómo, de cuánto te deje hacer la gente de planta.... Nosotras siempre decimos, parece que no terminan de entender que la residencia no es trabajo-explotación, que la residencia tiene capacitación, y por lo menos nosotras tratamos de hacerlo cumplir, por más que en el hospital nos ponían la cara, no: es nuestro espacio de formación, la residencia lo

dice clarito en el programa, tiene que tener un porcentaje de trabajo y el resto es formación, porque sino...Está bien que uno trabajando, trabajando va a aprender, pero me parece que si no sería como tratar de tapar los huecos con los residentes, que yo eso sinceramente lo veo así en las residencias médicas: yo siento que es tapar el hueco y listo, no importa.... la verdad que nosotras, o por lo menos, calculo que el coordinador también, hacemos que este espacio de capacitación no sea solamente explotación, por lo menos nosotras lo hacemos valer y logramos que se cumpla, a pesar de que en algunos lados no se instala, y yo la verdad que eso en lo que es los médicos no lo siento, no lo veo. Eso sí, te puedo asegurar que es así.” (R3, Nutrición)

“No, la residencia es un ámbito donde adquieren todo tipo de conocimientos para poder formarse, y luego, finalizando la residencia, ya tienen todos los conocimientos para que los puedan ir aplicando. Pero es todo formación año tras año, año tras año. Por eso es el objetivo de no adquirir todo en el momento ni tampoco, sean un recurso de humano de otras personas.” (Jefa Residentes, Obstetricia)

Municipio Rosario

“Está obviamente la idea de que esto es una formación, pero hay muchas cuestiones de trabajo, funciones de trabajo y puramente

asistenciales que las cumplimos y que no tiene que ver con la formación. Ésa es una realidad. O sea, la idea y la estructura están organizadas para que sea puramente formativo. Obviamente que en la atención de pacientes, y uno está activamente con los pacientes... pero la verdad que cubrimos muchas, muchas funciones asistenciales que no están planteadas explícitamente en términos formativos..." (R3, Clínica Médica)

"No, es más formación, más formación. Obviamente que después de tanta formación, tantos años de formación, uno necesita una retribución porque obviamente que uno ya es médico, está exponiendo su título, hoy en día sabemos que hay juicios de mala praxis ante cualquier...te das vuelta y tenés un abogado atrás así que nosotros estamos trabajando y con el riesgo que eso significa; estamos exponiéndonos a lo que es la práctica médica en el día a día. Obviamente que uno lo hace por una formación pero es un trabajo también." (R3, Ginecología y Obstetricia)

"Las dos cosas, porque te estás formando, pero a su vez lo hacés en un trabajo, donde tenés responsabilidades, tenés que tomar decisiones, no estás solo, siempre hay alguien a quien podés pedirle ayuda si tenés un problema. Es como dice la doctora (la Coordinadora del Ciclo de Formación Práctica) tenés que aprender a manejar las situaciones, con los conocimientos que tenés, poder decidir

cuál es el procedimiento más adecuado para cada situación. Pero no sería sólo un trabajo porque tenés que estudiar mucho, leer bibliografía, trabajos de investigación, tenés que formarte.” (R3, Pediatría)

En otra perspectiva se ubican aquellos para quienes los límites son borrosos y conciben a la residencia como un proceso de trabajo, que se desarrolla en un espacio de formación, y por consiguiente, y en razón de sus particulares características, se le atribuye un potencial significativo como dinamizador de cambios y de transformaciones de las prácticas de atención.

CABA

“Teóricamente como formación en el trabajo, creo que sí es algo de eso, ¿no? No tiene las exigencias quizás de un trabajo y al ser tan variable tampoco se transforma en algo ni monótono ni aburrido y como que... Sí, creo que sí, que uno está aprendiendo todo el tiempo, en algunos lugares más y en otros menos. En algunos lugares se tiene más en consideración esto de formación y asistencia y en otros no.” (R2, Salud Mental)

"... para mí es una formación en servicio, con mucho de parte práctica y de parte teórica es lo que tiene que conseguir uno, pero es un trabajo y al mismo tiempo es un trabajo formativo; no te podría decir si es uno o el otro. Pero sí, es un trabajo, es un trabajo y también una formación. No es como cualquier trabajo, pienso que es distinto." (R3, Salud Mental)

"Y, lo que pasa que van muy de la mano (formación y trabajo), porque creo que son intereses que... mutuos, digamos. Para nosotros está bueno también que nos deleguen por ahí responsabilidades, siempre con supervisión, ¿no?, pero es una manera buena de aprender porque uno se acaba de recibir, tiene nula experiencia, prácticamente laboral en la mayor parte de los casos, entonces está bueno que arranques así con tantas actividades y cosas así que por ahí en otro contexto no sé si lo verías tanto. Y a ellos, también, convengamos que les viene bien que haya residencia acá porque saben que tenés una franja horaria mucho más amplia que el personal de planta, que como te tenés que capacitar tenés que, bueno, es una cosa, yo veo, es un interés mutuo, nos aprovechamos las dos partes..." (Jefa Residentes, Nutrición)

"Y yo ahora pienso que con el pasar de los tiempos las cosas fueron cambiando un poco, ¿no?, como que... a veces no sé si es... no tanto por la crisis de valores que hay en

forma general, ¿eh?, no creo que sea... Les parece que esto es más un trabajo y no... A veces, lo que yo les trato de decir a ellos es que en realidad esto es la formación, que a partir de acá es una base con la que después van a seguir construyendo. Les explico, esto es un trabajo, sí, se les paga por esto, es verdad, pero más allá de eso es la formación de ustedes.” (Instructora, Clínica Médica)

“Nosotros lo que tenemos que hacer como coordinadores generales es ver que la gente que egresa de las universidades y que ingresa al sistema de residencias reciba una formación práctica, digamos... en el servicio, en el trabajo, que sea acorde con los objetivos que plantea el programa de formación de residencia... Nosotros tenemos que... una de nuestras funciones más importantes es poder acreditar la capacidad formadora, porque es bien sabido, bien sabido, que así como hay gente que siente que la residencia les ha dado nuevos bríos y les ha ayudado a que el servicio crezca, también hay lugares y hay servicios que dejan al residente hacer el trabajo que ellos no tienen ganas de hacer, y es una fuerza de trabajo que a ellos se les anexa para que se incremente su estadística hospitalaria. Nosotros no permitimos eso de ninguna manera.” (Coordinadora, Fonoaudiología)

Municipio Rosario

“En realidad (la residencia) es primero un

proceso de trabajo, digamos....todo esto es si uno lo puede ver a la distancia... yo no creo que sea la residencia un espacio de trabajo o una salida laboral digamos, a lo mejor algunos residentes lo puedan ver así pero no es... no es como está diseñada la residencia. Es un espacio de formación en el trabajo para construir un determinado sistema de salud... Todo eso fue una experiencia, pero fue a partir de la tarea. Es algo que muchas veces genera contradicción con los residentes o con otro espacio de formación de esta residencia, no están pensados los espacios, hasta acá hacemos la práctica, desde esta hora a esta hora nos sentamos y estudiamos, digamos..., es fundamentalmente la práctica en el espacio, con alguna instancia de supervisión de lo que se hace, con estos encuentros y con el espacio de la carrera y los seminarios. Porque cuando uno está puntualmente en el centro de salud es la práctica, sumarse a la actividad que hacen..." (Tutor, Medicina General y Familiar).

"Es un espacio de formación en el trabajo que nosotros damos gracias a que esté la residencia porque es la posibilidad que vos tenés de consultar sin tener a lo mejor tanta... en la parte de formación de residencias, vos tenés esa libertad y esa posibilidad de decir, bueno me estoy formando, tengo esa posibilidad del error, que si bien es humano, pero en la residencia no voy a tener grandes errores, pero la posibilidad de consultar y aparte tenés todos los especialistas a tu

alrededor, que están con esa capacidad de enseñarte. Entonces es un lugar donde vos tenés toda la formación, pero a su vez hay que aprovecharla muchísimo.... entonces sí o sí son dos o tres años que sí o sí los tenés que dedicar para estudiar y formarte...” (Tutora, Pediatría)

“Para mí la definición más correcta sería la de espacio de formación y trabajo. Porque es un trabajo. Esto es gente que tiene un título universitario, que ya transitó por un lugar estrictamente académico y para mí es interesante verle esa veta de trabajo. El tema es que no se puede.... Entonces esto del ámbito de formación y trabajo tiene que ver con responsabilidades mutuas y deberes, derechos de ambas partes, por la cuestión del espacio de formación y de ellos como residentes. Para mí es importante la discusión por lo que les decía antes. En muchos ámbitos los residentes, las residencias han sido creadas y los residentes se interpretan como recurso más económico y eso es un problema. Sobre todo para los pacientes” (Coordinadora Ciclo de Formación Práctica Medicina General y Familiar)

La práctica supervisada, las tutorías

La importancia asignada en las distintas propuestas a la supervisión del trabajo del residente y

al acompañamiento en el encuadre de una tutoría, surge como un punto clave en relación con cómo juegan los ejes formación y trabajo en la cotidianidad de los entrevistados en sus distintos espacios de práctica, tanto en el hospital como en el primer nivel de atención.

CABA

"... No trabajaría de otra manera (junto con los pediatras de planta) no me gustaría trabajar de otra manera. Venir acá yo sola a atender en segundo año de residencia, me muero. No me gustaría, porque no me gustaría que a mi hijo lo atienda alguien que está en segundo año y no tiene a nadie a quién consultar, nadie, una duda, algo, lo que sea. Yo prefiero pecar por preguntar cien veces que por no preguntar y comerte algo..." (R2, Pediatría)

"En realidad, la coordinadora de área (supervisa) Tenemos todos los meses una reunión de equipo y ella organiza, bah... supervisa con la Jefa de residentes. También, eso también estaría bueno tener una supervisión externa, ¿no?, que en teoría la hay pero no... Es muy difícil a veces por burocracia o cosas de papeles o de salir en ese horario de trabajo a consultar, bueno, eso es medio complicado pero estaría bueno que por ahí alguien que tenga más experiencia en el tema y que sea de otro lugar venga y supervise tal taller o tal paciente para ver qué otro punto

de vista tiene o cómo se puede resolver esto. Sí, eso sería bueno: otro tipo de supervisión.” (R2, Fonoaudiología)

“Los primeros dos meses es, bueno, vamos juntos, los evaluamos juntos, los tratamos juntos, y hacemos las maniobras o el tratamiento que haya que hacerles, lo escribimos juntos, lo leemos, leemos la historia clínica juntos, vamos desglosando la historia clínica juntos, los primeros dos meses. Los segundos dos meses parecido, pero ya los empezamos a soltar un poco, como que, bueno, vayan a evaluar un paciente solos y ‘después venís y me contás’, eh..., ‘escribí la historia y después venís y la leemos juntos’, todas situaciones en las cuales se empieza a dar un poquito más de libertad como para que empiece también a tener más confianza en sí mismo y para que también se puedan empezar a discutir otras situaciones, o sea, ‘hice esto, vi a tal paciente y le hice esto’, ‘bueno, ¿por qué se lo hiciste?’... ‘ahora que te dejé solo ¿evaluaste tal y cual cosa?’ Entonces también se enriquece, más si hay vuelta, porque los primeros dos meses es tipo me mirás todo a mí, o sea, aprendés de mí, pero también empieza a hacer su experiencia....Entonces siempre está como bastante, digamos, no sé si protegido es la palabra, pero siempre está como bastante supervisado.” (R3, Kinesiología).

“En primer año estamos las dos residentes,

porque por cada año de residencia son dos residentes. Entonces en primer año estamos la dupla y después en tercer año, como una hace un semestre... En segundo año también estamos la dupla, y en tercer año como un semestre a una le toca en tercer nivel y a otra en primer nivel, entonces estamos solas. Pero siempre con la nutricionista de planta que está guiando el trabajo, ¿no?, eso siempre. Lo mismo en el hospital y en el centro de salud lo mismo. Y también está la coordinadora del año que va...que uno la tiene siempre, obviamente, como asesora. Así que eso sí.” (R3, Nutrición)

“Y es como que no entienden que estemos solos, entonces nos dicen, bueno, pero dependen del área programática, dependen de la jefa del centro de salud, dependen del jefe de clínica médica,...antes había un coordinador de residencias que por lo menos, bueno, para nosotros que no teníamos médico de planta era un referente importante, y lo sacaron.” (Jefa Residentes, Medicina General)

“No, en lo que es el área programática me parece que hay mayor formación, es donde más acompañada estás, donde más supervisada estás, donde hay más... no sé si control, pero en lo que es formación está como mucho más, eh... nada, está más dada, digamos, la formación así de estar acompañada, de estar supervisada, de tener a la obstétrica titular al lado para que te diga esto sí, esto no, esto es mejor hacerlo de esta

forma. También te sentís como más amparada legalmente, eh... La verdad que nada, la interacción es bárbara con las obstétricas titulares.” (Jefa Residentes, Obstetricia)

“El residente está siendo formado, y tiene que ser permanentemente acompañado por alguien de la planta y supervisado en su formación. Por supuesto que un residente de tercero es un residente que puede estar solo, y de hecho acompaña a los que están en segundo y a los que están en primero; no necesita una supervisión constante. Pero tiene que haber una supervisión de la planta en la formación. Y la planta tiene que tener un programa de formación; además de llevar éste, la planta tiene que poder acompañar en la formación y dar su opinión. A veces ocurren cosas justamente en lo incidental donde alguien inexperto como un residente no puede responder, y entonces ahí sale alguien... Entonces el residente está aprendiendo cómo se puede responder ante situaciones así y además se revisa el caso, cuál es la situación” (Coordinadora, Fonoaudiología)

Municipio Rosario

“Si, tenemos tutores... Tenemos tutores que están permanentemente asegurándonos que con cada paciente vamos a hacer las cosas bien, y obviamente, nos están enseñando.” (R3, Pediatría)

"Nosotros tenemos un tutor. El primer año hacemos consultorio siempre con el tutor y ya en segundo año tenemos un consultorio nuestro con pacientes a cargo y el tutor nuestro siempre está en el consultorio al lado, digamos estamos atendiendo al mismo tiempo, así que cualquier duda le podemos preguntar al tutor o a cualquier otra persona del equipo. O sea, todo, está como bastante instalada la residencia." (R3, Medicina General y Familiar)

"O sea nosotros nunca estamos solos a la hora de tomar decisiones. Siempre, cada vez con mayor autonomía y uno se siente cada vez más seguro en la práctica médica, pero no queda al descubierto nunca. La idea es que sea un sistema bien académico, donde aparte uno ayuda a tomar decisiones, al instructor, aporte también otros ingredientes y lo que tiene que ver con lo académico." (R3, Clínica Médica)

"Yo hago consultorio compartido con un instructor, o sea estos primeros seis meses siempre tengo que estar con un instructor haciendo consultorio... cuando no está mi instructor, está otro médico de APS." (R1, Medicina General y Familiar)

En este escenario, se reconoce una designación indistinta como tutor o instructor, según la especialidad. Al respecto, la responsable de una de

ellas sostiene que esto no sería grave en tanto se comprenda que el tutor no se limita a acompañar y a supervisar al residente, sino que se espera que actúe como un facilitador, un orientador del análisis de la tarea de acuerdo con la propuesta pedagógica de problematización de la realidad, es decir, tomando los problemas del propio proceso de trabajo como objeto de estudio en el proceso de formación.

"Más allá del nombre sí, (la diferencia entre tutor e instructor) tiene que ver con la modalidad de enseñanza-aprendizaje. En realidad la modalidad de un instructor es la de enseñar, el eje estaba en enseñar. Acá el tutor es un acompañante, es un facilitador y el eje está en aprender más que en enseñar y digamos que las prácticas, toda la actividad práctica tiene que estar bien supervisada, porque se trata de una modalidad estudio-trabajo o sea que el centro del aprendizaje es el trabajo que se realiza en la institución. Es bien un sistema de modalidad estudio-trabajo por lo tanto todas las prácticas tienen que ser tutoradas. Antes había un tutor para toda la residencia, ahora hay un tutor por cada área, es decir tiene que haber un tutor por cada cuatro o seis alumnos más o menos. Eso en el hospital se respeta, ese número de tutor en relación a los alumnos, ya te digo, no se tienen que autogestionar la formación teórica, antes era el jefe de residentes que planificaba el programa teórico del año, hoy el residente

acompaña al proceso pero en realidad hay otras personas que están planificando..."
(Coordinadora Ciclo de Formación Práctica Pediatría)

"... hay muchas tensiones y muchas imposiciones diferentes, incluso debate. Entre nosotros una fortaleza del esquema, que nosotros nos planteamos, que es un espacio, digamos, nuestro nudo crítico, es el núcleo de tutores. Crítico en términos de lo limitado del número y la heterogeneidad de la capacidad. Entonces hay una estrategia que es un espacio que entendemos es de planificación de gestión, pero fundamentalmente de educación permanente de estos tutores que se reúnen sistemáticamente a construir los problemas de sus alumnos y ahí mi aporte y el de los tutores más viejos es un poco esto de... esta cosa más 'testiana' (refiere a Mario Testa) de eliminación de los escenarios ideales como objeto de análisis, no? Es pensar esto es lo que hay en situación, entonces ¿qué es lo que aparecen como urgencias y como problemas? el primero que aparece es el de... es precisamente el propio objeto de entrenamiento que nosotros formamos, esto de la demanda excesiva en relación a lo que podemos hacer. Entonces lo devolvemos en términos, bueno ésa es la realidad, ése es el contexto real, ésta es la oportunidad. Pero sí, hay algunas cuestiones reales en términos de que resulta muy difícil y esto sí es un parámetro, es digamos un aprendizaje que

hace a la ética de la propuesta, que es que el residente tenga permanentemente actividad docente y esto a veces es muy difícil de lograr. No se logra de todas maneras, pero con un esfuerzo a veces artesanal muy importante, porque el recurso al que podemos echar mano es muy limitado, es muy disperso.” (Directora Carrera Medicina General y Familiar).

A escasos años de la instalación del tutor como figura clave de la propuesta, se registran reflexiones críticas por parte de sus responsables, en relación con una eventual menor autonomía profesional de los residentes para la toma de decisiones respecto de las experiencias previas en las que con frecuencia los residentes trabajaban en soledad.

“Y ahí armamos la residencia municipal, que la armamos de la nada, pero yo había aprendido estas dos cuestiones: la entidad del objeto de trabajo que valía la pena para formar a los generalistas era pensar la clínica desde la medicina social, esto sólo se podía pensar situado en una población a cargo y que todo lo demás que antes era central en la formación pasaba a ser periférico respecto de esta necesidad, y que la búsqueda en la teoría tenía que ser en función de problemas que fuera construyendo la práctica ...Y esto también viéndolo así retrospectivamente fue

fundante de las iniciativas, el pensar que los programas de formación son una herramienta central de la gestión....los residentes se forman como un aprendiz de la edad media, como un aprendiz de..., siempre con un tutor porque lo que se enseña es una práctica y la práctica requiere de supervisión, de autonomía creciente... hay algunas cuestiones como que esta formación tutorial choca o en algún punto genera un desafío al propio crecimiento del residente... Es como que la Secretaría de Salud es, particularmente la residencia, tiene una contención excesiva del problema. Entonces hasta genera reacciones absolutamente adolescentes. Es un proceso por ahí que, de ser un proceso de acompañamiento tiene muchas posibilidades de caer hacia la puerilización de adultos. Esto es uno de los desafíos más enormes y en este sentido la apuesta es también a que los tutores puedan ellos y el resto de los docentes estar reflexionando permanentemente, qué operaciones de pensamiento generar. Porque también hay distancias generacionales de los últimos años en términos de cuál es el modo de conectarse con el pensamiento. Si los chicos están muy atrapados en lo inmediato y en la ansiedad de lo inmediato.... Entonces esto viene siendo un desafío complicado, porque tienen un nivel de frustración demasiado bajo y esto nos cuesta, cómo trabajar con esto, cómo trabajar con la necesidad de complejizar, tener que rechazar 'me falta tiempo para...' porque se traducen cuestiones de 'tengo que atender por lo tanto

no puedo ir a una reunión de planificación', esto es una tensión permanente." (Directora Carrera Medicina General y Familiar)

"En un ejercicio de adquisición de autonomía gradual durante el primer año el residente empieza sin ver pacientes solo y en el transcurso del año va ganando una autonomía que primero es adentro del consultorio y después, acercándonos hacia el último trimestre, va comenzando alguna actividad más autónoma en paralelo con el tutor, en el consultorio de al lado, más específicamente, donde comienza a hacer su ejercicio con la atención de pacientes él solo. Durante el segundo y tercer año, los residentes, ya a lo que se apunta es que hagan el ejercicio de tener una población a cargo, una población adscripta y esto tiene tantas modalidades como centros de salud formadores, pero lo que tienen es en general un espacio de trabajo semanal con el tutor. En realidad ha sido una prioridad en la organización del ciclo de formación práctica el estar pensando en la existencia real de un tutor por centro de salud. El tutor es un médico generalista, que hoy por hoy estamos en condiciones de poder tenerlo... el tema del tutor es una discusión permanente, además creo que lo interesante que tiene es que siempre es una discusión en la Dirección de Atención Primaria, siempre participa en la discusión, siempre ha participado e incluso en la elección del centro de salud formador de residentes de

medicina general. Porque esto bueno, siempre es un ejercicio muy interesante de gestión, pensar por qué un centro se instituye como centro formador o no...” (Coordinadora Ciclo de Formación Práctica Medicina General y Familiar)

“Lo que dicen es que tenía más autonomía al egresar ese residente, que la que tiene ahora. Que ahora es alguien que sigue con una figura de alumno o sea dependiente, que no tiene la capacidad de toma de decisión que tenían los residentes de antes, éste es el comentario. Entonces, yo no pienso lo mismo. ... tenía mucha autosuficiencia el residente porque además lo dejaban siempre muy solo. Al tener ahora permanentemente un respaldo está muy acostumbrado a la consulta, a compartir antes de actuar. Eso para algunos es visto como que es poco autónomo o muy dependiente, pero bueno es todo como con el cristal con que se mire, no? A mí me parece que ellos... estudian más y están más acostumbrados a debatir una opinión, a compartir, a trabajar en equipo, eso es lo que ellos llaman dependencia...” (Coordinadora Ciclo de Formación Práctica Pediatría)

Las particulares formas del trabajo en equipo. La integración de las residencias en los espacios de atención.

La propuesta de la formación en el trabajo trae como supuesto de partida la necesaria integración

de los residentes en los procesos de trabajo de los distintos espacios por donde se transita. Se recuperan situaciones diversas y no homogéneas, según sean las relaciones establecidas entre los profesionales responsables de las tareas, en el hospital, en el centro de salud, según la especialidad.

CABA

"En lo que es consultorio no (hay interdisciplina) porque son especialidades aisladas; sí quizás es decir multidisciplina lo que sería que derivación es derivación pero no que forman un equipo. O sea, quizás debe venir un paciente derivado del diabetólogo del hospital... por ejemplo, por decirte un ejemplo, que como profesional lo único que puedo ver es la hojita de derivación que me dan, no tengo manera de comunicarme ni...Entonces yo creo que sería más bien multidisciplina cuando el paciente te viene con toda la carpeta de especialidades, especialistas que lo vieron, y...pero a la vez nadie se contactó con nadie y son todas terapias aisladas." (R3, Nutrición)

"La verdad es que nosotros, por lo menos cuando yo fui, nos encontramos realmente con un equipo interdisciplinario donde todos están al mismo nivel, donde digamos, la hegemonía médica no se percibe, al contrario, parece el licenciado en trabajo social, parece más activo que el resto, ¿no?" (R3, Kinesiología)

"En lo que es... en nuestro centro de salud la verdad que lo que falta es mucho trabajo interdisciplinario. Yo sé que en otros centros de salud hay mucho trabajo de grupo, dicen bueno, que Nutrición después vaya a tal lado, pero la verdad que en nuestro centro de salud falta mucho de eso, como que estamos aislados... Estarían buenísimas reuniones de equipo donde participemos todos, los residentes y los de planta. Entonces como ellos no conocen cuál es nuestro accionar, cómo trabajamos, también creo que por eso algunas veces dicen, no, que la vea la nutricionista de planta. Para mí sería eso, básicamente interdisciplina y más trabajo en equipo, poder reunirnos entre todos y que los profesionales de planta nos tengan en cuenta como una parte más del grupo y no como los residentes que, bueno, se están formando y que se van a ir en algún momento." (R3, Nutrición)

"Lo que tratamos es, por ahí no dar una continuidad de un residente en especial, sino que la residencia participa. Entonces por ahí hay un R1 con un R2 o con un R3 y a veces el R3 tiene que rotar por otro lado y se tiene que ir unos meses, pero siempre va a haber alguien de la residencia ahí y es como que se va pasando la posta de lo que pasa en el equipo. Nosotros tenemos los días miércoles que nos reunimos y se charla también de lo que hace cada uno de los residentes en los equipos." (R4, Medicina General).

"Viene la mamá con el chico y estamos un residente de pediatría y uno de nutrición... atendemos en forma conjunta, entonces ellos van aprendiendo de nosotros y nosotros de ellos. ... Pero básicamente lo que yo saco de positivo es aprender de los chicos de nutrición cosas que yo no sabía y que sí son necesarias para nosotros....., cuando surge alguna duda le preguntamos a la persona que está a cargo en ese momento y después, bueno, nos contesta, lo vemos y si es algo para ver todos, como que vemos al chico entre todos. Después, cuando se termina la atención, decimos, bueno, vamos a hablar de tal chico, que surgió esta duda, y hablamos un poco entre todos" (R2, Pediatría)

"Y, nada, cada centro de salud tiene como una identidad distinta. Este centro de salud, yo elegí este centro de salud cuando estaba en tercer año y es como que se da mucho esto de... de trabajar muy en equipo, de poder ir, no sé, al kinesiólogo y decirle, mirá, me pasa esto con esta paciente, podemos hacer tal cosa, podemos hacer tal otra y es como que cada uno te va enseñando desde su especialidad distintas cosas, como que están muy abiertos a hacer actividades." (Jefa Residentes, Obstetricia)

"Y, no... A mí me costó mucho esto, entender lo que estaba haciendo, no me sentí acompañada por las referentes en ese momento, no hubo... No había como reuniones de equipo donde

se pueda pensar lo que estábamos haciendo, reflexionar qué íbamos a hacer ese día en la juegoteca o qué...” (Instructora, Salud Mental)

“Bueno, lo interdisciplinario en algunos espacios anda. En general anda en el centro de salud, pero podría decir que hay algunos espacios donde ya no se podría hacer si no es interdisciplinariamente, por ejemplo, en salud sexual y reproductiva, crecimiento y desarrollo. Son equipos armados que están acostumbrados a trabajar en interdisciplina.” (Jefa Centro de Salud)

Municipio Rosario

“Siempre es como que se trata de hacer participar a todo el equipo de salud (del centro de salud) mediante la reunión de equipo... sí, en la reunión de equipo, son los miércoles a la tarde. Ahí en las reuniones de equipo se trata por ejemplo de planificar cuáles son las líneas de trabajo que va a hacer el equipo de salud y ver quién se va a integrar, entonces siempre es como que te invitan a participar y después uno decide si ir o no...a mi hay cosas que me interesan y obviamente hay cosas que por ahí no tanto, pero trato de participar siempre.” (R1, Medicina General y Familiar).

“Sí, sí, ellos (en el centro de salud) tienen una vez por semana una reunión de trabajo de equipo y donde discuten pacientes y tienen mucho más control, por ejemplo, de las

embarazadas” (R3, Ginecología y Obstetricia)

“También la idea es que nuestros residentes estén incorporados a los centros, los de medicina general, pero eso tampoco se da en todos los centros de una forma muy homogénea. La idea que no queden a cargo de la residencia, no armar un centro paralelo, el tutor con los residentes, digamos... un servicio paralelo, sino que se integren el equipo... hay residentes de clínica pero... (la interacción con ellos) es compartir algún caso, ver las situaciones, compartir el centro, pero están parados de visitantes...digamos. No, la sensación es que ellos vienen a mirar los consultorios, toman alguna situación, que comparten y demás pero no, no están posicionados desde el centro de salud, tomando los problemas del centro, es como parte de una rotación...” (Tutor, Medicina General y Familiar).

“Aparte, la forma de trabajo en equipo, porque en el hospital por ahí trabajás siempre con tus pares, vos trabajás con los clínicos en el hospital, a lo sumo te cruzás con los residentes de las otras especialidades, por una interconsulta, raramente tratás vos con un jefe de otra especialidad, es como muy entre residentes. En cambio en el centro de salud vos tenés tu equipo y estos últimos años que se han organizado por adscripción y por equipos de trabajo fue muy interesante realmente el cambio. Yo he trabajado por ejemplo con

una pediatra y con una enfermera, entonces nos juntábamos, hicimos historias clínicas familiares y nos reuníamos para armarlas, entonces por ahí asociábamos.” (Coordinadora Ciclo Formación Práctica Clínica Médica)

“Con los residentes es toda una discusión, está bueno. Nosotros tenemos en la cabeza un diseño que nos cuesta mucho ponerlo en práctica. Lo primero es que como centro de salud asumimos todos el compromiso de formar a los residentes de medicina general. ... muchas veces, lo que yo veía en otros centro de salud... era que la residencia montaba un centro de salud paralelo. Entonces... hicimos una propuesta al equipo de asumir todos un compromiso de formación. Entonces los residentes son parte de un equipo y no cubren las faltas estructurales de la Secretaría de Salud Pública.” (Coordinadora Centro de Salud)

“Es una opinión personal, muy personal, yo creo que la residencia es el bastión de este proyecto de salud. O sea que para mí la residencia es parte del equipo y no es una cuestión que va paralela al equipo, y que excede a los tutores, excede la tutoría.” (Coordinadora Centro de Salud)

“Los centros donde podemos jugar el desafío en el terreno de la accesibilidad, como ser centros con población originaria o particularmente marginales o marginados o particularmente

violentos digamos, los escenarios más conflictivos de la ciudad, son los escenarios que más nos interesa para formar gente y en esto hay distintas experiencias. Esto en el campo de la medicina general donde necesitamos también un entrenamiento de destrezas en relación con la interacción. Destrezas, más destrezas de crecimiento y de reflexión en relación con la relación con la comunidad, no sé si estaría planteándome lo mismo en relación con la pasantía de los clínicos o los pediatras, seguramente no.” (Directora Carrera Medicina General y Familiar)

Las dificultades y las capacidades necesarias para el trabajo en equipo

Las tensiones que atraviesan los lugares de trabajo, las asimetrías vinculadas con las relaciones de poder y el conflicto de intereses, entre especialidades, al interior de los servicios, se constituyen en obstáculos para establecer momentos de encuentro que van más allá de las dificultades organizacionales de la tarea. Asimismo complican e incluso atentan contra la incorporación de los residentes a los encuentros de trabajo del equipo, a los que arriban desprovistos de capacidades especiales, donde el primer esfuerzo de acercamiento comenzaría con

la incorporación de otros lenguajes.

CABA

"... Ahora lo que tratamos es que vayan sólo con los clínicos, no quiero que los residentes de clínica hagan pediatría porque la verdad que nosotros, la mayoría vamos a trabajar en Buenos Aires y donde nunca vamos a ver un chico y ni estamos preparados para verlo... Entonces, la verdad, no quiero que vayan con el pediatra, quiero que vayan con el médico clínico..... O sea, no van con el pediatra, no van con el ginecólogo, es como que nosotros somos clínicos y nos juntamos con los clínicos... no por ser selectivos sino porque la visión del clínico es diferente a la del especialista, y la verdad que en un... Si estuviéramos en un medio más extremo, en una provincia, donde los médicos son más escasos y supónete que tengan una noción de traumato, qué se yo, por ahí no está tan mal, pero ésta es la residencia en clínica médica del Gobierno de la Ciudad, o sea que trabajamos en clínica médica y la verdad no quiero saber nada de traumato, yo hago clínica." (Instructora, Clínica Médica)

"Acá, te digo, en el Centro donde es difícil la integración del generalista es sobre todo con pediatría. Con gineco y con clínica médica no tanto, pero con el pediatra es especial en cuanto a que el pediatra es como muy celoso de lo que es la especialidad y, bueno, hay diferencias..... hacemos una reunión de todo el

equipo una vez por mes. Por ejemplo ahora, la semana pasada, fue la última del año donde, bueno, cada uno puede hablar libremente.” (Jefa Centro de Salud)

“Por ahí...las diferencias profesionales. A veces es difícil también entenderse con... el trabajo en equipo es difícil, y más cuando hay diferentes disciplinas, porque cada uno viene con su lenguaje, con su forma de ver a las personas, de hablar, y... y bueno, a veces es difícil entenderse al principio, pero bueno, una vez que se acepta eso, funciona.” (R4, Medicina General).

“Después, con la participación en las reuniones multidisciplinarias y todo eso, en general los residentes participan solamente cuando vienen a hacer rotación especial, o sea, los de tercero y cuarto año; los residentes de segundo año y los de primero no participan de ese tema, habitualmente. Y el problema de la participación en eso es el problema de la conformación de los equipos en los efectores de atención primaria. La conformación de los equipos ha sido siempre problemática. Los equipos tienden a discutir más sobre sí mismos que sobre las situaciones sobre las que deben operar. El problema más grande de los equipos es la determinación de hegemonías, es lo que pasa siempre y entonces muchas veces se diluye, se diluye en discusiones sobre la conformación del equipo y sobre...” (Ex Jefe Centro de Salud)

"Creo que las residencias se ubican en un lugar en la institución a veces más marginal, a veces más central, porque a veces la verdad que sostienen la mayoría de los programas que hay en un centro de salud y otras veces si están o no están, nadie se entera, hacen su vida, arman su propio programa, ocupan un espacio y ni saben los nombres de los residentes... Es que las residencias no son parte del proyecto de la jefatura de los centros ni de las áreas programáticas, son como un accidente con el que se convive mejor o peor, o se aprovecha más o menos." (Directora, Carrera de Medicina General y Familiar)

Municipio Rosario

"Me parece que la residencia (de Medicina General y Familiar) si bien intenta generar lazos más democráticos y no tan verticalistas, la estructura médica en general es muy verticalista, hasta la terminología es militarizada. Entonces eso como que el R1 pueda decir en una reunión de equipo a un médico que ya es generalista que se recibió hace un montón y trabaja acá, hay una cosa de mucha asimetría. Esto además del R1 le pasa al administrativo, le pasa al enfermero, al trabajador social, a otros profesionales del equipo...nosotros lo que incentivamos mucho en los chicos es que son parte de un equipo en formación....espacio que nosotros sostenemos como espacio natural de encuentro y discusión es la reunión de equipo, las cosas se acuerdan

ahí, es semanal, es obligatoria.... Entonces bueno, instrumentalizamos a los chicos en esto, que es una práctica que uno no está acostumbrado... Te enfrentás con gente que puede posicionarse y no estar de acuerdo. Te encontrás con gente que transita. Nosotros la apuesta nuestra, digo nuestra porque... es que los compañeros se posicionen ante cualquier cosa, no que piensen como nosotros... Esto, todo esto que suena divino a veces nos lleva un horror..." (Coordinadora Centro de Salud)

"(la participación del residente) en actividades del centro de salud es muy aleatoria, porque pasa que la reunión del centro es un solo día por semana. Tiene que coincidir que justo ese día sea el día que va el alumno y aparte, por ahí, en algunos centros de salud me han dicho que a veces las reuniones son un poco álgidas, en la reuniones de equipo en muchos centros de salud... yo por ejemplo, cuando veía que el alumno iba el mismo día de la reunión yo decía y bueno por qué no van más temprano y participan de la reunión de equipo y por ahí el mismo tutor me decía, mmm... mirá, para lo que vas a escuchar mejor que no venga, porque no siempre son tan constructivas las reuniones de equipo. Porque ése sería un espacio ideal realmente si se trabajara bien en la reunión de equipo..." (Coordinadora Ciclo de Formación Práctica Clínica Médica)

"Una cuestión es que la práctica interdisciplinaria es fundamental. Si nosotros no queremos

formar gente en lugares donde no haya, donde no haya conflicto. O sea a veces hay lugares donde la práctica interdisciplinaria es el tópico más conflictivo del lugar y eso es útil para la formación....Esto en el campo de la medicina general que es donde necesitamos también un entrenamiento de destrezas en relación con la interacción. ... El otro eje, que no mencioné, son estas tecnologías específicas en la ampliación de la clínica que son algunas cuestiones irrenunciables, la utilización de registros de seguimiento del vínculo en el tiempo, empezamos con fichero manual, el calendario, ahora ellos tienen todas sus planillas Excel o sus sistemas de seguimiento de la población, la utilización de historias clínicas familiares, listas de problemas, lista de problemas familiares, la reunión de equipo. ..Bueno, es otro espacio obligatorio de práctica, digamos, son espacios que trabajes donde trabajes el residente tiene que estar en la región que le toca y formar parte de esa..." (Directora Carrera Medicina General y Familiar)

- La valoración de la residencia

Sobre la experiencia general de la residencia

Se registra una valoración sobre la experiencia general de la residencia como una instancia que permite completar la formación de grado, como una

oportunidad para adquirir nuevos conocimientos, pero esencialmente como un acercamiento fundamental a la práctica profesional, a través del contacto con la práctica en terreno, con los pacientes, con las problemáticas de salud de la comunidad, que no ha sido experimentado durante el pregrado universitario. Aún con experiencias diversas según el escenario y la especialidad, se constituye en un primer paso, en una base desde la cual se construye el ejercicio profesional, visualizándose como una oportunidad única que permite el reconocimiento del objeto de la especialidad.

CABA

"La verdad que la residencia permite un acercamiento que no lo da la facultad, que no lo da el internado, o sea, una especialización que es fundamental, creo, para cualquier médico que termina su carrera." (R4, Tocoginecología)

"El hecho, por ahí, de estar actualizado, de leer, nada, de leer artículos, de leer formas de trabajar distintas a los que nos mostraban en la facultad y que daban muchos más resultados que lo que veía en los demás lugares. Y más que nada el hecho de ver personas, por ahí, que se estaban actualizando, que estaban estudiando todo el tiempo más allá que habían terminado" (R2, Kinesiología)

"Mi experiencia fue buena, o sea, yo, es

verdad, estoy terminando la residencia y creo que la residencia es fundamental realizarla porque uno sale de la facultad con muchos conocimientos pero teóricos, pero poca práctica, y desde el libro a la realidad hay una brecha muy, muy grande y creo que la residencia, digamos, te ayuda a que esas dos, digamos, instancias se acerquen un poquito más, que uno pueda practicar en ejercicio.” (R4, Clínica Médica)

“Cuando yo terminé la carrera, consideraba que quizás podría llegar a hacer una concurrencia, por todo así lo que se escucha de la residencia, que estás todo el día adentro del hospital, que las guardias y... Al menos en la residencia de salud mental no es tan grave, eh... y sí me parece fundamental hacerla, por la formación. Que igual, de todas formas, ya te digo, no alcanza, es muy pobre la residencia de salud mental, muy pobre.” (R2, Salud Mental)

“Conocen todo lo que son las funciones de la obstétrica, pueden abrir caminos a partir de eso o ver otro tipo de actividades que les gusten, no solamente se va a centrar en la actividad asistencial. Yo creo que les brinda ese espacio para poder elegir y ver cuál es el ámbito en que mejor se desarrollan.” (Jefa Residentes, Obstetricia)

“... A veces, lo que yo les trato de decir a ellos (los residentes) es que en realidad esto es la formación, que a partir de acá es una base

con la que después van a seguir construyendo. Si no tienen una buena base desde donde puedan pensar las cosas, después les va a ser muy difícil incorporar, ¿sí?” (Instructora, Clínica Médica)

Municipio Rosario

“Creo que los médicos lo entienden como una formación necesaria muchas veces para terminar de cerrar un ciclo, o sea, por ahí muchos entienden que la formación de pregrado no alcanza para salir a trabajar o por lo menos, digamos, no la formación con que se vino antes o que vi yo...la gente que ha terminado la residencia, ha terminado bien formada. Nosotros tenemos una especialidad clínico-quirúrgica, así que en las dos cosas uno se tiene que ir bien formado.” (R3, Ginecología y Obstetricia)

“Después de que se hace el trabajo hospitalario, está la formación. Y por la formación es que peleamos nosotros, si nosotros no le ponemos pilas a la formación no nos sirve de nada todo esto.” (R3, Pediatría)

“Yo por eso elegí la (residencia) de la municipalidad o sea me parece que es distinta la formación, quizás yo la valoro más porque es como después donde vos te vas a desarrollar habitualmente, desarrollás tu práctica de médico general, no sé, me parece que es buena por esa parte, aunque tiene

sus pros y sus contras. O sea, cuando uno aprende mucho el desarrollo del consultorio, el vínculo con la gente, a manejar bien las situaciones, a poder trabajar en equipo, y tiene también algunas contras, que son por ahí las que nosotros nos quejamos siempre porque, qué se yo, hay mucha carga horaria, las situaciones estresantes y eso, bueno, pero es habitual a cualquier trabajo, y después tenemos quizás menos desarrollo en lo que es por ahí el manejo de guardia, porque no es nuestra actividad central por la que nosotros hacemos toda la carrera, sino que es al revés, pero bueno.” (R1, Medicina General y Familiar)

“A mí un poco me sorprendió. Porque yo no sabía bien de qué se trataba la residencia de medicina general. Yo pensé que se trataba más de la parte clínica. Pero después me fui dando cuenta que tiene muchas otras cosas. Esta residencia en particular tiene muchas cosas de gestión, de política, de trabajo con la comunidad, no se queda solamente dentro del consultorio, es un poco más amplia.” (R3, Medicina General y Familiar)

Se plantea una demanda específica en aquellas residencias con sede en el hospital en el que, en función de la organización de la atención, el tiempo de rotación en el primer nivel es la única oportunidad de trabajar en la consulta ambulatoria, para establecer otro tipo de relación

con el paciente, que a su vez se considera esencial con miras a la futura inserción laboral.

Para muchos de los entrevistados, la distribución de la carga horaria asignada a las actividades de la residencia, en particular al consultorio, resulta inadecuada, dado que la mayor parte del tiempo se asigna a tareas intrahospitalarias, que no serán las que asuma la mayoría de los profesionales al egresar.

"(lo deficitario es) más que nada lo ambulatorio, consultorio externo, porque estamos prácticamente todo el tiempo en internación, en las salas, y muy poco en consultorio externo, y creo que en pediatría es más habitual lo ambulatorio que la internación, digo cuando uno se inserta en el trabajo, en general termina haciendo consultorio." (R3, Pediatría)

"...realmente, no sé, si haciéndolo en el centro de salud el consultorio. Me parece que tenemos un déficit de consultorio externo, toda la residencia. No se si sería hacerlo en APS, a lo mejor sería bueno también hacer consultorio en el hospital con los pacientes que les damos de alta y poder seguirlos y poder controlarlos y no perder el contacto." (R3, Clínica Médica)

"Uno no puede pensar en ser clínico me parece, si no tiene experiencia en consultorio. Porque no, porque clínico justamente se trata

de eso, de que si uno se va a preparar para atender en el hospital y para hacer atención hospitalaria, como que se queda muy corto en términos de formación clínica, de medicina interna creo. Que el mayor campo del clínico está en el consultorio, el mayor campo laboral, que por ahí en ese sentido, en ese aspecto nos falta un poco, porque uno tiene un poco de formación académica en ese aspecto.” (R3, Clínica Médica).

“No me gusta en realidad pero la experiencia fue buena, seguro, todo te va sumando, no creo que me haya hecho mal ir a APS, pero no me gusta. ... Nosotros acá en el hospital vemos más que nada la parte de internación y de guardia, pero no hacemos consultorio. Y esa parte la ves en APS.... Y (aporta) muchas cosas... lo ambulatorio cosa que en el hospital es solo sala y guardias.” (R3, Pediatría)

Sobre la experiencia en el primer nivel de atención

Cuando se hace referencia en particular al primer nivel de atención, los testimonios evidencian el impacto que causa en los residentes el encuentro con las condiciones de vida de la comunidad, un contacto cara a cara que pareciera no haberse experimentado con anterioridad. Asimismo, se reconocen esfuerzos y fortalezas

en ese espacio de atención, incluso como campo atractivo para la inserción profesional futura.

CABA

"A la mayoría (de los residentes) les gusta, a la mayoría les gusta porque esto tiene muchas ventajas. La verdad que en el hospital, en general, viven en una vorágine de laburo y no pueden pararse ni a pensar, ni a leer, ni a nada." (Instructora, Pediatría)

"...no tenía mucha idea con qué me iba a encontrar porque no sabía bien el trabajo específico que se hacía, desde el punto de vista de kinesiología, y me sorprendió porque no es un trabajo específicamente kinésico lo que se hace, por decirlo de alguna manera" (R2, Kinesiología)

"A nivel de atención primaria de salud, la verdad que eso no... Es una rotación que, a ver, lo que dicen es, no sirve para nada – estoy citando a la gente – o es una pérdida de tiempo, con todo el trabajo que hay en el hospital, ¿para qué vamos a ir a una juegoteca? A mí me parece que la idea está buena, lo que pasa es que habría que ver cómo está funcionando la atención primaria en salud mental acá." (R2, Salud Mental)

"Algunos están muy contentos y otros por ahí no es lo que hubieran querido hacer. Igual es lo que yo les dije desde un inicio, nadie

pretende que sean médicos de centros de salud, por ahí es una medicina que a ellos no les gusta hacer y es válido, pero no pueden no conocerla y más cuando las leyes y todo el... toda la, digamos, la ley de salud está orientada hacia la medicina, a hacer atención primaria de la salud.” Instructora, Clínica Médica)

” pero no es lo mismo si uno se posiciona en el primer nivel y, desde ahí, mira el sistema de salud, y parado desde ahí ve cómo se articula... las residencias que tienen como base el centro de salud y que el residente, incluso, dentro de sus primeras rotaciones lo primero que hace es estar en el centro de salud, salen con una fortaleza y con una claridad mucho más importante que el que empieza en el hospital y que todo el tiempo está tratando de explicar lo que no conoce”. (Ex Instructora, Medicina General)

”Hay escenarios distintos, el escenario es el barrio, están las instituciones, están las escuelas. Bueno, hay que tener lectura y capacidad de moverse y tener lectura crítica sobre esas cosas que van pasando en el barrio, en las instituciones, para poder trabajar con cierta ductilidad en atención primaria. Y éstas son cosas que la residencia actualmente no, porque llegás a atención primaria y te sorprende, te pegan un cachetazo todas estas problemáticas nuevas, que no es nueva, porque hace mucho tiempo que está, pero está enunciada, no hay formación específica.”

(Jefe Centro de Salud)

Municipio Rosario

"Sí, yo venía muy así, muy cuadradita en mi cajita de cristal, cuando vine acá dije dónde estuve viviendo todos estos años..." (R3, Medicina General y Familiar)

"Al ir al centro de salud uno está en contacto con esa realidad, sobre todo porque los centros de salud están ubicados en villas o en barrios donde son muy carenciados." (R3, Ginecología y Obstetricia)

Se expresa también una apreciación del campo de la salud pública como espacio de trabajo junto con el reconocimiento de las fortalezas que aporta realizar tareas en un efector del primer nivel de atención.

CABA

"...yo creo que te sirve mucho. A mí me gustaría mucho trabajar en salud pública. O sea, aprendí a valorar todo el trabajo pero creo que esa parte... me gustaría mucho trabajar en salud pública ...agradezco que haya tenido esa experiencia, que si no hubiese sido por la residencia quizás no sé si la hubiese tenido

porque, ¿cómo accedés a trabajar en un centro de salud?” (R3, Nutrición)

"Porque la verdad que yo creo que son una oportunidad ...en general, las residencias que no tienen base en el centro de salud van al centro de salud con la concepción de que eso es hacer atención primaria... todo lo que no es baja complejidad a otro lado. No hay conflicto, digamos, en ese modelo. El conflicto es cuando aparece otro, cuando la realidad te plantea que te tenés que parar ahí para quedarte y eso no te cierra.” (Ex Instructora, Medicina General)

Se recuperan por su significación, aún en su singularidad, dos testimonios con referencia a valoraciones negativas. En primer lugar, el de un residente que no comparte con otros integrantes de la residencia que cursa la opinión sobre el centro de salud. En segundo lugar, el de un instructor, revela una particular visión respecto de las especificidades de los espacios de formación. Así considera que el bagaje adquirido en el ámbito hospitalario es homologable con el requerido para desempeñarse en el primer nivel de atención, lo que lleva a suponer que los residentes que hicieron su capacitación exclusivamente en el hospital estarían en condiciones de brindar atención en un centro

de salud.

Municipio Rosario

"Sin embargo está muy desvalorizado el centro de salud, se maltrata mucho a los que trabajan ahí, todo el tiempo están recibiendo la demanda de la gente y tratando de resolver problemas con pocos recursos, porque no hay como acá en el hospital la posibilidad de hacer estudios complementarios o tecnología. En general los residentes no quieren rotar por APS porque creen que no se aprende, que solo aprendés en el hospital, pero es todo lo contrario. Pero son sólo tres meses en tres años, igual lo aprovechás mucho." (R3, Pediatría)

"Pero sí, en cuanto a la formación (en el hospital) yo creo que salen capacitados para resolver muchas de las situaciones que se presentan en un hospital como en el que están formados, ni hablar creo que en un centro de salud. Si van a trabajar a un centro de salud a hacer atención primaria, salen absolutamente capacitados. Si van a trabajar en un hospital como, qué sé yo, atendiendo una guardia donde tienen que hacer intervenciones quirúrgicas y demás, sí, salen capacitados. O sea, no digo que sea más difícil operar que atender un centro de salud, sino que le insume un poquito más de preparación práctica y sobre todo psicológica el enfrentar una situación adversa en poco

tiempo como es una intervención. Pero sí, creo que tienen la seguridad.” (Instructor, Ginecología y Obstetricia)

Sobre el tiempo destinado al primer nivel de atención

Es interesante destacar algunos testimonios, aún con escasa recurrencia entre los entrevistados, en los que se valora negativamente la rotación en el primer nivel de atención en razón de la formación que pretenden, según sus expectativas de ejercicio profesional en la especialidad. Para otros, por el contrario, la distribución de la carga horaria asignada a las actividades de la residencia es inadecuada en relación con la práctica laboral futura, dado que la mayor parte del tiempo se asigna a tareas intrahospitalarias, que poco probablemente sean las que asuma la mayoría de los profesionales al egresar.

CABA

“... muchos no la quieren hacer (la rotación). Qué sé yo, es como que depende también de lo que a uno le guste. Sin lugar a dudas, el médico que es internista, por decirlo de alguna forma, y sí, digamos, ir al centro de salud, y por ahí les resulta aburrido porque no hay, digamos, la adrenalina que hay o la urgencia, digamos, que hay en una sala de internación.

Es otra cosa, digamos, es otra práctica de la medicina. De repente yo pienso que esto los puede aburrir, eh... por ahí si no les interesa la parte social, digamos, la parte comunitaria o la parte, digamos, de hacer tareas de prevención, y bueno, sí obviamente no les va a gustar, se van a aburrir. Y de repente, por ahí, qué sé yo, yo hice tres meses de rotación, pero creo que por ahí con dos meses podría funcionar la rotación sin necesidad de estar tres meses. Y con dos meses se puede trabajar bien, se puede conocer el funcionamiento del lugar.” (Instructora, Clínica Médica)

“Tocoginecología tiene una particularidad, al ser, al tener gran porcentaje de formación quirúrgica, no como las otras que tienen un fuerte enlace con la atención primaria, el residente o el recurso humano en formación consideraba y sigue considerando que la atención primaria que se hace extra muros... el hecho de salir de la sede de formación... de ser atención primaria fuera de la sede de formación trae aparejado una disminución en la cantidad de cirugías en las que uno puede participar... No hay demanda para atención primaria en la especialidad; es algo como que ahí no está el porvenir económico, ¿sí?, porque de eso no se vive: se vive del parto, se vive de la cirugía, se vive no de la prevención, sino del ingreso económico por la enfermedad” (Coordinador General, Residencia Tocoginecología)

"Si yo tuviera que salir a trabajar ahora, sería entrar a un consultorio o algo y creo que es lo que nos sirve. No creo que pueda hacer algo tan específico, salvo que siga la formación." (R4, Tocoginecología)

"La verdad es que no puede ser que el 90% de mi trabajo cuando termine va a ser ambulatorio y en la residencia es, no sé, son tres meses en cuatro años, no sé, ¿cuánto sería el porcentaje?, menos del 10%, un 10%. O sea está mal hecho, está mal hecho. Porque no puede ser, porque está bien, puede ser que trabaje en una sala, pero el 90% de los pediatras no trabajamos en un hospital. ... Es como que para el sistema somos útiles en la sala, no están pensando, me parece a mí, en nosotros. No digo que no nos formamos: sí, tengo docentes, damos clases, lo que es aprender no es que nos falta eso, me parece que está mal la distribución del tiempo." (R2, Pediatría)

Municipio Rosario

"Uno no puede pensar en ser clínico me parece, si no tiene experiencia en consultorio. Porque no, porque clínico justamente se trata de eso, de que si uno se va a preparar para atender en el hospital y para hacer atención hospitalaria, como que se queda muy corto en términos de formación clínica, de medicina interna creo. Que el mayor campo del clínico está en el consultorio, el mayor campo laboral, que

por ahí en ese sentido, en ese aspecto nos falta un poco, porque uno tiene un poco de formación académica en ese aspecto.” (R3, Clínica Médica)

“Muchos de los residentes, de los chicos les gusta operar, entonces este tema de ir al centro de salud les resulta un incordio y el traslado y el calor y el techo de chapa, y la cantidad de pacientes que están esperando afuera. Hay otros, sobre todo aquéllos que son un poco más aplicados, más estudiosos que lo ven como una parte de su formación y como una parte fundamental...Entonces chicos que se han ido a formar a los centro de salud o que están en la residencia pero que han hecho rotaciones en los centro de salud y que están haciendo reemplazos de alguna vacante por maternidad o por vacaciones, entonces ya se les empieza a abrir un poco la mente en este sentido.” (Coordinador Académico Área Obstetricia, Ginecología y Obstetricia)

En contraste, son frecuentes las opiniones que destacan como negativo el escaso tiempo de permanencia en el primer nivel de atención, considerando la complejidad de las situaciones que allí se enfrentan y la riqueza de la experiencia que representa.

CABA

“En mi experiencia (en el CeSAC) estábamos

bien y todo, pero hubiera sido positivo seguir un tiempo más, terminar los casos, ver más casos... Para mí debería ser de un año mínimo. Habría que alargar la residencia.” (R2, Salud Mental)

“Porque pasan tres meses y no pueden tener una idea longitudinal, entonces por lo menos que miren fotos que significan pedacitos de la atención primaria: trabajo comunitario, trabajo en equipo, control de focos epidemiológicos. Pequeñas fotos de una realidad que, bueno, ellos no pueden verla longitudinalmente como tendría que ser un espacio de formación en atención primaria.” (Jefe Centro de Salud)

“...es el único momento que tenés para aprender todo, todo, todo y que tenés a gente por arriba tuyo que le consultás todo y que te explican... Quizás sobre exigida por el hecho, por la necesidad de abarcar todo y tratar de aprender lo más... todo lo que se pueda... te ayuda, tenés a quien consultar, todo lo que quieras, pero si uno no pone su parte, llegar a tu casa y leer o... o qué sé yo, un 50% dependés de otro y un 50% sos autodidacta.... En cierta forma tres meses, si vos calculás que esto lo vas a hacer el resto de tu vida, es como poco, o sea, como que te quedás con ganas de más.” (R2, Pediatría)

“...yo la verdad que si hay algo que estoy completamente convencida y agradecida también al programa, al menos en esta

residencia, es pasar por tanto tiempo de atención primaria, porque la verdad que después uno llega al hospital... y uno en el hospital, por otros tiempos que manejas, no llegas a conocerlos (a los pacientes) tanto y haber pasado por acá es fundamental porque se manejan cosas que no ves en el hospital tampoco.” (Jefa Residentes, Nutrición)

“Las residencias que tienen como base el centro de salud y que el residente, incluso, dentro de sus primeras rotaciones lo primero que hace es estar en el centro de salud, salen con una fortaleza y con una claridad mucho más importante que el que empieza en el hospital y que todo el tiempo está tratando de explicar lo que no conoce.” (Ex Instructora, Medicina General)

En Rosario se señala como una condición adversa, cuando se trata de rotaciones acotadas en el tiempo y en horario, la tensión existente entre éstas y las responsabilidades y tareas asumidas en el hospital, sede de la residencia, que afectan el cumplimiento previsto en los Centros de Salud.

“... a veces uno está muy cansado porque viene de pos guardia, entonces lo que puede aprovechar de eso realmente es..., no le puede sacar tanto el jugo como a uno le gustaría. A mí me hubiera gustado tener un rol más activo inclusive... pero es súper interesante el trabajo en campo en el centro de salud y

es totalmente distinto al del hospital, eso ni hablar.” (R3, Clínica Médica)

“... la residencia de clínica está... o sea, está agotada en el tema de los horarios, porque vos por ahí no podés esperar que un residente termine sus funciones en la sala de clínica, se traslade a un centro de salud, que puede ser entre media hora o cuarenta minutos de viaje, llegue... por ahí funcionaría si la rotación fuera distinta. Separar las cosas, o sea, no mezclar la cuestión de sala de internación y APS ya que en nuestro caso no es lo mismo.” (Jefe Residentes, Clínica Médica)

Sobre la posibilidad de establecer vínculos con el paciente, con la comunidad

La precariedad de la relación que se establece con el paciente se vincula con la corta permanencia en el centro de salud. Contrariamente, cuando el tiempo es mayor, es valorado en forma positiva, particularmente cuando el primer nivel de atención es asumido como sede de la residencia. Sin embargo, aún con estancias breves, se aprecia especialmente la posibilidad que el espacio brinda para establecer vínculos con los pacientes y con la comunidad. Es precisamente el período que se transcurre en el centro de salud el que, aún en la heterogeneidad relevada, la oportunidad privilegiada para conocer el trabajo de los equipos,

el espacio social local y acercarse a los sujetos de atención, con sus particularidades. En definitiva, el que permite la adquisición de otra mirada sobre sus problemas de salud y demandas de atención.

CABA

"Es como que yo siento que empecé a tener contacto, cuando empecé la residencia, con la gente." (R2, Pediatría)

"...llega un momento que estás saturadísima del hospital y decís ¿qué pasa si me viene un chico ahora y me dice tengo fiebre y no es uno que esté internado? Es súper esperada por todos (la rotación en el primer nivel) porque es como que es otra forma de encarar y estás vos, o sea, en la sala tenés a todo el mundo, acá si bien consultás todo, con el paciente estás vos." (R2, Pediatría)

"Es como que siento que hay otra relación con la paciente, como que es más fuerte, como que hay más confianza, como que llegás más a que te cuente cosas, miedos... (en el primer nivel de atención).... Pensar en la paciente, no tomarla como alguien que va a venir y no sé quién es, sino, bueno, tal día viene fulana y la tengo que atender." (R1, Obstetricia)

"Me parece que todos los médicos y todos los profesionales de salud debieran tener este contacto con la comunidad. Te abre los ojos. Vos podés escuchar por la radio o mirar por

la televisión muchas cosas, pero estar acá te abre la mente de otra forma.... Yo creo que, mis compañeros, por ejemplo, que se graduaron en la UBA, no tenían ni idea de lo que era trabajar en la comunidad y en APS. Y están, para decírtelo de una forma, flasheados, ¿no?, porque se dieron cuenta realmente qué es trabajar con la comunidad, las cosas que te provoca..." (R1, Medicina General)

"Te abre la cabeza. Yo cuando empecé a salir a la villa y empecé a conocer cómo vivía la gente, y por ahí yo estaba haciendo guardias y un día que venía una mamá en parto de noche, con lluvia, que uno dice, no, pero mamá, te falta mucho, andate de vuelta a tu casa, y ves todo lo que tiene que atravesar con lluvia hasta llegar a la casa, ahí entendés como un montón de cosas." (Jefa Residentes, Obstetricia)

Municipio Rosario

Se reúnen testimonios coincidentes respecto del aporte que significan las habilidades adquiridas en el primer nivel de atención, relativas al vínculo con los pacientes y la comunidad. En este sentido, es elocuente la síntesis que realiza un tutor sobre cómo se aprenden formas nuevas de relacionarse con las personas. En el seno de los

equipos, al compartir tareas con profesionales de disciplinas diferentes a la propia y en prácticas de intervención grupal y comunitaria. Estas experiencias aportan elementos que enriquecen la práctica profesional, desde el propio quehacer.

"Para mí, todo está basado en que no es como en el hospital un vínculo impersonal, que vos atendés una persona y no sabés si la vas a ver o no. Acá uno conoce a los pacientes, crea un lazo, una relación con ellos y bueno, eso permite facilitar el proceso de atención.... Conocer a las personas básicamente, para poder atenderlas mejor. En el hospital eso no se da, pocas veces porque no hay una continuidad de atención." (Tutora, Clínica Médica)

"En realidad sí, es una experiencia totalmente distinta a lo que uno tiene con los pacientes del hospital, en general al centro de salud va el grupo familiar, hay un conocimiento de historia del paciente en otro plan, se conoce mucho más, las cosas se sienten como de otra manera, es mucho más estrecho el vínculo que se establece entre médicos y pacientes. Y eso como que tiene mucho que ver también después con la relación médico paciente, con la continuidad, que el paciente le da a la atención. Incluso si el paciente por equis motivo no cumple, se lo va buscar a la casa. Entonces se tiene un seguimiento mucho más cercano..." (R3, Clínica Médica)

"La primer gran diferencia es incorporar un montón de herramientas para la relación cotidiana con las personas, para vincularse con las personas como yo creo, eso lo tuvimos que aprender de cero, porque es algo que no lo teníamos incorporado. Eso por un lado, por el otro, aprendí a trabajar con otras disciplinas, situaciones que digamos... tampoco estaba preparado, tampoco pensaba que se podían presentar ciertas situaciones y después, aprender algunas patologías que son prevalentes, que no tenemos jerarquizadas en la formación....Aprender cómo relacionarte con un grupo de mujeres en un taller, en espacios diferentes al del consultorio. Que vos, por más que las conozcas a todas individualmente y sepas, te hayan contado parte de su vida, en ese espacio, es un espacio diferente, tenés que manejarlo de otra forma. Todo eso fue una experiencia, pero fue a partir de la tarea"
(Tutor, Medicina General y Familiar)

Sobre el Ciclo de Formación Práctica en servicios de Carreras de Especialización universitaria en Rosario

En este escenario, merecen una consideración especial las apreciaciones sobre la formación en relación con las Carreras Universitarias de Especialización, dentro de las cuales las residencias constituyen el Ciclo de Formación Práctica en Servicio.

En algunos testimonios se hace una valoración de la formación como insatisfactoria, por motivos tales como falta de actualización de los contenidos y repetición de los abordados en el pregrado, escasa exigencia hacia los profesionales, entre otros.

"La carrera de posgrado, bueno, a nosotros se nos hace difícil porque nos queda lejos: se cursa en el Centenario, siempre en el Centenario, y la verdad que con la carrera de posgrado con respecto a los contenidos y eso, personalmente, y bueno, yo hablo con las compañeras, varias de mi año, no fue muy satisfactoria...Y sobre todo que uno va esperando por ahí actualizaciones y eso y por ahí encuentra cosas que es lo mismo que vos te podés sentar a leer en un libro o cosas que son más de pregrado que de posgrado, entonces por ahí no satisface las necesidades que uno esperaba. Que por ahí yo he charlado con otras residencias de otras especialidades y no es igual." (R3, Ginecología y Obstetricia)

"Nosotros siempre nos quejamos porque nos gustaría que fuera un poquito más exigente la carrera de posgrado. ... como que no llegan a darnos cosas nuevas por ahí, entonces siempre como que te desilusiona un poco la carrera. Pero por lo menos te hace estudiar." (R3, Ginecología y Obstetricia)

Para los responsables de la formación, entre otras fortalezas, se incluye la posibilidad de diferenciar los

momentos centrados en el trabajo de los centrados en la formación. Al mismo tiempo, señalan carencias en los planes respecto de la especificación de actividades propias de APS. Asimismo, destacan que la iniciativa de ubicar la residencia en la carrera universitaria, constituyéndola en la base del proyecto de APS, representó un “salto cualitativo” con la implementación de un sistema de tutorías. De este modo, se concretó el acompañamiento de los aprendizajes, con base en la pedagogía de la problematización para abordar los problemas de la población como eje central de la atención. En forma consistente, otra característica positiva que se indica es la adscripción de población a cargo, con progresiva responsabilidad de parte de los residentes.

“Con esto (la carrera) se empezó a planificar el tiempo del alumno de otra manera, un tiempo para el trabajo, un tiempo para discusiones, seminarios, cursos, discusión bibliográfica o sea que esos tiempos se respetan.”
(Coordinadora Ciclo de Formación Práctica Pediatría)

“Nuestra apuesta fue el residente al lado de uno de estos tutores, población a cargo, el centro de su formación es el centro de salud y todo lo demás se reconfigura para resolver los problemas que ve ahí, ya sea lo que utilice de los servicios como la teoría, la clínica que necesite. Con los años esto se fue constituyendo

en la base del proyecto de atención primaria... la residencia queda conceptualizada como uno de los requisitos de una carrera de posgrado, que podía a la vez sistematizar los distintos campos de conocimiento en un programa que reconfiguraba los contenidos habituales tanto de la salud pública como de la clínica en función de una práctica en la comunidad, con la población. Acá, esto es un salto cualitativo enorme y hay en la primera cohorte de la carrera, la primera cohorte que se forma haciendo la carrera en relación a la cohorte inmediatamente predecesora, una distancia enorme en calidad... Un salto cualitativo fue dejar de pensar residencias del hospital o del efector para pensar la residencia de la red. Entonces medicina general no tiene base en un efector, ni siquiera en un centro de salud, sino que se fue planteando, los residentes que terminaron en este momento, tienen una estructura en la que de primero a tercer año están con un tutor adscribiendo población en la comunidad, tiene que acompañar a esa población en toda la utilización del resto de la red de servicios que le sea necesario, entonces acompañan las interconsultas... También un salto cualitativo enorme ha sido centrarnos en la pedagogía de la problematización, esto viene siendo una sistemática, si bien la carrera tiene la misma estructura que cualquier carrera, asignatura por asignatura el eje de la carrera es la problematización... Las evaluaciones, digamos el proceso de problematización se fue ganando en dos

materias de todo el contenido, que son 'residencia' y 'taller', pero bueno eso es la negociación que tenemos que hacer con una estructura pedagógica cavernaria.” (Directora Carrera Medicina General y Familiar)

Se reconoce que la organización de la formación en esta residencia en particular es la que da inicio y sostiene en sus lugares de inserción la instalación del modelo de atención en el MR, basado en la estrategia de APS. Una de sus finalidades es la difusión y construcción progresiva de este modelo en las instituciones de salud de la red de servicios.

"... la residencia en general marca una impronta, es una punta de lanza para todo lo que fue la instalación del modelo de atención, del modelo de gestión, los centros donde ha habido residencia siempre han sido como promotores de alguna manera de todo esto.... la diferencia con el residente de medicina general es que el lugar de formación es el centro de salud. ... Pero hoy, si vos pensás, con todas las bondades del sistema de salud rosarino, esto no está instalado así. Igual yo no tengo una visión así de pesimista, para mí está en construcción. ... la residencia tiene que ser un contaminante, no puede ser de otra manera, ésa es otra función de la residencia, es así como se hace, por eso yo no tengo una visión pesimista, 'ay esto no es', no es mientras no haya gente trabajando para que

no sea.” (Coordinadora Ciclo de Formación
Práctica Medicina General y Familiar)

- La noción de APS

Los testimonios de los entrevistados relativos a sus experiencias de formación y de trabajo en el primer nivel de atención en el marco de las residencias, permiten valorar la noción de APS que las sustentan. Entre las referencias específicas se distinguen, en primer lugar, aquéllas en que APS es mencionada como el primer contacto, la mínima complejidad, la puerta de entrada al sistema de atención. También como el espacio donde se da la posibilidad de realizar actividades de educación, prevención y promoción de la salud con la comunidad

CABA

"En realidad... digamos, el concepto que muchas veces se tiene (de APS) de que es como el primer contacto del paciente con el sistema, bueno, eso está. Nosotros acá tratamos de darles a los pacientes la atención en lo que más podemos, obvio que si se necesita una interconsulta con el hospital se hace. Pero bueno, el trabajo, digamos, propio con la comunidad dentro y fuera, también, ¿no?, porque el hecho de salir al barrio y hacer cosas afuera también es importante y

es parte del APS. A lo mejor es lo que no se hace en mayoría, porque también el tema del consultorio y todo saca como un tiempo que bueno... Pero bueno, es ese tema de que el paciente venga al centro de salud, pueda encontrar, digamos, lo que más venga a buscar, eh... Y también el tema de darle una mirada más amplia en el sentido que sí podemos... O sea, trabajamos en conjunto con la trabajadora social de la tarde, este..." (R2, Medicina General)

"No sé, un espacio de prevención, de promoción de la salud, eh... a ver, eh... sí, o sea, qué sé yo, es como el primer nivel de atención donde el paciente llega y a partir de ahí, en general, la mayoría de la gente va a quedar en el...en ese primer nivel, y es más de prevención, de protección." (R2, Tocoginecología)

"... cuando volví en tercero (año de rotación) al centro de salud, sí siento que es atención primaria porque siento que estoy ayudando en realidad con educación, con lo poco que pueda tener esa familia: hacerle un contacto con un comedor, la entrega de la leche, eh... Muchas veces utilizando recursos que llegan de donación para ayudarlos,...Yo realmente sí siento que hacemos atención primaria, porque hacemos mucha educación, y para mí es básica..." (R3, Nutrición)

"Y bueno, eso es atención primaria: manejar la patología prevalente y control del niño

sano, eso es por lo menos lo que yo hablo de pediatría. Lo que hacemos acá.” (R1, Pediatría)

“Claro, entonces es la formación básica la de atención primaria de la salud y los pediatras tienen que abundar mucho más en el área de lo que es prevención y promoción de salud, más que la parte de recuperación de salud, es la formación base la prevención y promoción de salud.” (Jefe Residentes, Pediatría)

“Y, por ahí el tomar en cuenta también lo que la población necesita. O sea, sus necesidades, hacer un diagnóstico correcto de qué es lo que está pasando en este momento, por qué está atravesando esta gente, cuál es la problemática más prevalente, sea de salud o no, pero es importante.” (Jefa Residentes, Nutrición)

“... básicamente sería un primer nivel de atención donde uno ve por lo general la población más vulnerable, que es lo que realmente se ve en un centro de salud, y por lo que yo tengo entendido, en APS uno trata de ayudar al otro con lo mínimo, con las mínimas herramientas porque no estoy en un hospital y no tengo... O yo lo que sentí durante mi formación en primer año.” (R3, Nutrición)

“La atención primaria, lo que yo pienso o lo que creo, es que uno tiene que salir y acercarse uno a la comunidad a plantear

cosas, a... llevar la medicina desde el centro hacia la comunidad porque hay muchos pacientes que si no nunca se van a acercar, este... De hecho hemos ido últimamente a casas tomadas. Hay una...que entramos y parecía una película de terror, había, no sé, trescientas familias, la mayoría de los chicos no estaban vacunados, fuimos a vacunar. O sea que concibo la atención primaria así, como acercándose uno a la comunidad, porque hay gente que sino no tendría acceso nunca a la salud". (Instructora, Pediatría)

Municipio Rosario

"Sería la primer intervención del médico en la familia digamos, o sea eso es lo que yo entiendo por atención primaria. Es la consulta primera desde un centro de salud que tiene lo básico, al sistema de salud. Es lo más sencillo, lo más a mano que tienen las familias, los enfermos y es muy importante. No es que si no es un hospital, no, es muy importante porque a partir de ahí, se activaría todo lo que sería el sistema de salud, si es necesario internación, si es necesario un estudio." (R3, Pediatría)

"Y es el primer contacto que tiene la gente con el sistema de salud, donde puede que le resuelvan el problema como no." (Jefe Residentes, Pediatría)

"La mínima complejidad, el primer enfoque, digamos, entre lo que sería el paciente, el

individuo, la familia con el sistema de salud. Empezando desde ahí. Pero es... o sea, el primer contacto entre lo que sería el paciente, el individuo, la familia con el sistema de salud" (Jefe Residente, Clínica Médica)

"Bueno, es, digamos, la puerta de entrada al sistema de salud; o sea, es la atención inicial, el primer contacto que tiene el paciente con la salud, o sea, no solamente con el médico sino con la salud... Es desde donde, bueno, ahí el paciente puede llegar a entrar, digamos, al sistema y solucionar no solamente si tiene algún problema ya sea psicológico, social o médico o biológico, sino el control, digamos, la prevención, perdón, de la patología que se debe realizar: o sea, en nuestro caso, bueno, la realización de un papanicolau, un control ginecológico anual, un examen mamario y demás o el control del embarazo." (Instructor, Ginecología y Obstetricia)

"...o sea atención primaria sería como la puerta de entrada, la puerta de entrada, el vínculo que nosotros tenemos con la gente, ya sea para los cuidados elementales. Nosotros en pediatría nos mezclamos mucho, porque por ahí más que nada uno trata de inculcar hábitos, que a lo mejor uno pensaría que tendrían que estar en casa, pero que por ahí no están, ya sea la higiene, el orden, muchas cosas que por ahí uno piensa que son elementales y lamentablemente no están y a su vez si están, tratar de mejorarlo." (Tutora, Pediatría)

A diferencia, se perfila otra definición de APS cuando surgen referencias que destacan el acceso y la accesibilidad. En esos testimonios conviven dos aspectos, uno referido a la universalidad de las propuestas y otro, según el cual APS se restringiría al modo de instrumentar una política de salud destinada a los sectores poblacionales carenciados, marginales, con dificultades de inserción social.

CABA

"... debiera ser un sistema universal donde todos pudieran acceder. A mí me parece que acá hay gente que no accede, que no accede porque no puede, que no accede porque no conoce, que no accede porque viene de otras culturas ¿no? Tendría que estudiar un poquito más (sobre APS)." (R1, Clínica Médica)

"Mirá, acá hay una... Creo que hay una falsa concepción de que APS es la medicina para los pobres. No, la APS es una estrategia, una estrategia de intervención. Me parece que para eso, ¿cuáles son las falencias o cuál debiera ser la estrategia?, bueno, tratar de ver de qué forma se pueden poner más recursos en la comunidad..., o sea, no puede ser que haya un centro para diez mil personas, porque es imposible. Digamos, la buena atención primaria es trabajar el tema de la prevención, promoción y cuando vos tenés un centro para

diez mil personas, obviamente que lo único que podés hacer es asistencia porque no podés hacer otra cosa. Ésa es la limitación no? Muy difícil pensarlo, tendríamos que estudiar gestión.” (R1, Medicina General)

“Es un instrumento para garantizar la salud para todos, digamos, que el paciente tenga fácil acceso a la salud y que sea algo más integral: el paciente, su familia, el barrio donde vive, las necesidades que tiene. Y con esta cuestión de la salud trabajan diferentes capacidades, eso es lo que les trato de enseñar a cada uno.” (Instructor, Clínica Médica)

“...o sea que hay ejes de atención primaria que funcionan. Accesibilidad que se está todo el tiempo tratando de no expulsar, no expulsar, no expulsar. Digo se trata todo el tiempo porque somos muchos, somos muchos sujetos, todos tenemos nuestra historia, nuestras maneras. Hay algunos sujetos del centro de salud que han formado parte, tienen una historia muy de una manera más estructurada hospitalaria, son administrativas del hospital, que han sido del hospital, entonces sacarles o transformar o entrar un poco... Aunque no pueda atenderse hoy, si vino al centro, vamos a ver la manera... Es decir, todo se trabaja continuamente, hay gente que ya lo tiene estructurado hace mucho, porque todo el equipo de las administrativas, digamos, son básicos para... Son la trama en donde todo se inserta, para mí.” (Jefe Centro

de Salud)

"La atención primaria es aquello que determina la política pública en salud para los sectores que no pueden financiar su atención. Esto es la atención primaria a lo largo de estos veinticinco años, lo que uno ha observado. La atención primaria tiene unos presupuestos previos de los cuales el único que parecería cumplirse es el de la extensión de la cobertura. O sea, un nivel de atención se convierte en un nivel de atención no muy bien definido en estos momentos en una ciudad con treinta y tres hospitales y con cuarenta y un centros de salud, porque uno lo cerraron, cuarenta y un centros de salud con ecografías, rayos y una serie de cosas. No está muy bien definido el nivel de atención, pero está definido como tal. El problema es, digamos, de extensión de cobertura, de asegurar el tránsito por todos los niveles del sistema, ¿sí?, de la intersectorialidad. ¿Cuál es el único que se cumple a nivel urbano?, es el de extensión de cobertura. Acercó atención médica a situaciones de mayor vulnerabilidad, eso es cómo funciona la atención primaria en estos momentos." (Jefe Centro de Salud)

Municipio Rosario

"O sea para mí, como una definición bien personal de APS, es poder desarrollar algún tipo de estrategia, para poder no solamente trabajar con los pacientes, por ejemplo de

algún distrito, alguna zona de alguna ciudad, sino también poder captarlos, no solamente trabajar cuando el paciente necesita o demanda algún tipo atención, sino también poder captarlos para poder realizar actividades preventivas, tanto primarias o secundarias y poder así integrarlo a una red de atención que pueda contar con distintos niveles para poder resolverles los problemas. Eso es la parte médica y también me parece que es importante el aspecto social de la atención primaria, o sea, porque muchas veces se intenta que los centros de salud sean también, no centros de salud asistenciales sino que también sean, pero que en cierta parte garanticen, no solamente la salud sino también el bienestar social de la comunidad, que lo puedan articular con actividades y también con algunos, lo que se llama a veces asistencialismo, por ejemplo de entregarle leche, entregarle medicamentos y eso, distintas cosas, eso es una definición media pobre pero bueno.” (R1, Medicina General y Familiar)

“La concepción de APS,... la atención primaria es la estrategia, es la estrategia de un sistema de salud, no es una parte de un sistema de salud, no es un nivel de un sistema de salud, es la estrategia.” (Coordinadora Medicina General y Familiar)

“Bueno acá en Rosario hoy es importantísimo. Es fundamental (la APS) porque digamos, lo que permitió esto es una prolijidad en

la atención y además esto de acercarse a la gente, las pacientes esperan muchísimo menos, tienen mucho menos tiempo de traslado. Vos pensá que en muchos de estos barrios el promedio de hijos por pareja es mucho más elevado que en el centro, por lo cual se hace muy difícil dejarlos a los chicos. Si a veces teniendo uno solo se te dificulta dejarlo con alguien para ir a una consulta con el médico, imaginate si tenés tres o cuatro. Entonces creo que fue una política de salud importante. Los médicos que están en los centros de salud están super capacitados, era la duda que siempre queda, si los médicos que van a atender a los centros de salud son los menos capacitados.” (Coordinador Académico Área Obstetricia, Ginecología y Obstetricia)

Por último, en la CABA se destacan, como preocupación particular, las referencias a la necesidad de sumar esfuerzos de modo de lograr una provisión de atención integrada e integralidad en las respuestas a las necesidades en salud.

“Y con esta cuestión de la salud trabajan diferentes capacidades, eso es lo que les trato de enseñar a cada uno. Después se trabaja más coordinadamente con otros equipos: con las ginecólogas por el método de anticoncepción, con las asistentes sociales porque tienen muchos más problemas que

la parte física en realidad, entonces quiero que vean que hay otra medicina que es un poquito más integradora, que no es ésa...que no es eso que es un más allá y que muchas veces el hilo que va más allá tiene muchos más problemas que lo físico y que por ahí el asistente social se encarga más de esas cosas. La verdad que no tienen para comer, entonces va la asistente social, busca de qué manera puede ser o piden...Son de otras culturas, porque tenemos gente de otros países, entonces cómo se acerca a esa cultura que es diferente a la nuestra y que no tiene las mismas herramientas, por ahí hay que conocer otras pautas culturales para poder abarcar, para poder acercarse al paciente que consulta. Entonces es eso, como algo más integral, no tanto de tantas especialidades, que no sólo trabajan el tema físico sino como el... sería lo ideal, ¿no?" (Jefa Centro de Salud)

"Sí, en una actividad, claro, que desarrollamos en el centro de salud de promoción y prevención, etcétera, etcétera, y aparte atiendo a su hija, y aparte atiendo a sus nietas, y aparte... Entonces la veo en otro contexto a esta mujer. Eso sólo uno lo puede hacer... Y sé dónde vive, y sé dónde compra. Eso sólo se puede hacer en un centro de salud. Después en el hospital uno puede tener mejor vínculo con un paciente, digamos, pero es otro tipo de conocimiento el que se da. Entonces cuando uno piensa que la atención de la salud tiene que tener como un marco,

digamos, una visión que apunte a una visión integral y a la continuidad y a facilitar el acceso, etcétera, etcétera, el lugar es el centro de salud. Después está también cómo uno articula... Yo tenía que articular con PAMI, porque ella tenía PAMI, para que le pidan los estudios. Entonces yo le mando una notita a su médico de cabecera de PAMI para que le pida unos estudios y a la vez no se demoren y... Pero también me paro con esa cabeza de que, bueno, no es que yo lo veo y después no sé qué pasa, sino que tengo que, en el centro de salud, ver cómo se articula con los otros niveles de complejidad. Para mí es distinto, digamos, se logra un compromiso distinto con el trabajo, digamos, con el trabajo, con el paciente, con el seguimiento...Entonces la atención primaria puede ser desde lo básico y lo de baja complejidad, y eso es atención primaria, o este... o una visión integral, y la articulación de los distintos efectores, de otra visión del proceso salud-enfermedad.” (Ex Instructora, Medicina General)

“Es una perspectiva la de la estrategia de atención primaria difícil de incluir, este... Porque nosotros estamos imbuidos de una atención más bien fragmentada, más bien aislada entre los diferentes servicios; hay un concepto erróneo acerca de lo que es la interdisciplina; parece que la interdisciplina es un montón de gente de diferentes disciplinas que se juntan y opinan todos acerca de lo que le pasa a alguien, cuando en realidad

es una construcción común en función de ese caso en particular...Estos componentes, como la interdisciplina, la intersectorialidad, la interculturalidad, o sea la atención en la diversidad en función de la necesidad del otro, son componentes esenciales de la atención primaria de la salud y son muy difíciles de incluir. Es una lucha constante, no es fácil, es una tensión constante...” (Coordinadora, Fonoaudiología)

- El concepto de salud enfermedad

Los relatos de los entrevistados revelan modos particulares de concebir la salud, la enfermedad, y cómo se ponen en juego en la experiencia de formación en la residencia. En el tránsito por los distintos espacios y en particular en los vínculos que establecen con los pacientes, es donde se reconocen matices y puntos de interrogación respecto a las implicancias de estas nociones en el ejercicio de la propia práctica. En ese sentido se recuperan algunos testimonios por su significación más que por su recurrencia en el material reunido, a excepción de la mención de una noción de salud que excede la mera ausencia de enfermedad, que no puede ser concebida disociada de las condiciones de vida material y social de los sujetos.

CABA

"Claro. Un chico sano para nosotros es un chico que todo lo que es la parte física está bien, que crece bien, que se alimenta bien. Y lo que para nosotros también es un chico sano es el que tiene una relación buena con la mamá: tratamos de fortalecer eso, todo lo que es la relación entre lo que es la familia, el medio familiar, la salud ambiental de la casa. Todo eso para mí es un niño sano. Que acá llamamos niño sano al que viene y capaz no tiene todo eso, pero sí tratamos de fortalecerlo. Básicamente acá el niño sano es un chico que está sano físicamente, pero acá en pediatría vemos todo lo demás también. Eso es lo que llamamos niño sano." (R2, Pediatría)

"...para mí un chico sano va más allá de la salud física porque puede estar perfectamente, muy sano, pero con una familia poco continente, con padres que no se ocupan, que no lo traen a vacunación, que vienen al control como un trámite para llevarse la leche y no les importa nada del nene, como que en su casa no le prestan mucha atención... la familia juega un rol muy importante... Hay que ver al chico, la familia, conocer la dinámica un poquito, mínimamente, la dinámica familiar...." (R2, Pediatría)

Municipio Rosario

"Nosotros aprendimos que es el completo bienestar biopsicosocial, que eso lo escuchamos un montón de veces, y nosotros siempre pensando en la enfermedad, enfermedad, enfermedad y después yo, lo que me pasó a mi, de interactuar con los niños que es lo más lindo que hay de la pediatría de darse cuenta que no solamente es enfermedad. Uno cuando está en contacto con los chicos nota la relación que tienen con la mamá, o con la persona con la que están a cargo, que hay otros problemas, digamos. Y eso para mi es más enfermedad que otras cosas. O sea, nosotros notamos muchos problemas que son muy importantes en la vida de los chicos y que a veces hasta les condiciona el resto de sus vidas. Porque es así, hay muchos problemas que le van a condicionar el resto de su vida, que son más enfermedad que por lo que están internados. Entonces, mi concepto de salud, cambió en ese sentido. A veces uno lo pensaba como la ausencia de enfermedad, pero, ahora tal vez uno puede lograr una mejoría, porque no hay enfermedad pero hay algo más, que condiciona que exista enfermedad." (R3, Pediatría)

En sentido opuesto, se destaca por su significación, aún cuando no se sostiene de forma generalizada,

una comprensión que se detiene en lo patológico, en coherencia con una formación de grado dirigida a conocer lo estrictamente biológico y sus desequilibrios. En esta concepción el ideal de intervención es de carácter internista, sin margen para incorporar otro tipo de intervenciones, que les son ajenas.

".. .no, yo no sé, para mí, yo te puedo decir qué es la enfermedad, pero eso de la salud enfermedad... Por más que hay gente que trabaja para la salud, para la prevención y que eso es importante, yo me formé para la enfermedad, a mí me gusta el trabajo acá en el hospital, en la salas de internación, por eso te decía que voy a seguir terapia intensiva. No te puedo definir la salud-enfermedad. Te puedo contestar (el concepto de enfermedad) desde lo biológico... Para mí la enfermedad es un desequilibrio, un desorden, como también la internación es un desorden en la vida de un chico, un hecho que altera su desarrollo normal, su vida normal, la de su familia también. Porque un chico internado es una complicación para la familia, que tiene que estar con él en el hospital y a veces tienen otros hermanos, entonces se complica todo. Y mi función como médico es revertir esa enfermedad, ese desorden, de la mejor manera posible. A veces no podemos revertirlo, a pesar de que hacemos todo lo posible." (Jefe Residentes, Pediatría)

La indagación sobre la noción de salud-enfermedad lleva a la reflexión sobre cómo las matrices de aprendizaje en el grado y en una especialización así como el tránsito en diversos ámbitos de práctica, movilizan las propias concepciones. En ese sentido, cuando la residencia se desarrolla en espacios hospitalarios, con pacientes internados, puede vivirse como una ruptura al arribar, con este bagaje, a un centro de salud, a la atención ambulatoria. No sólo al enfrentar las patologías, sino también al vivenciar la complejidad de la relación con los pacientes, con sus propias definiciones de salud y también con expectativas de atención particulares, connotadas por el rol atribuido socialmente al profesional en su condición de médico.

Cuando la referencia a salud-enfermedad se expresa en términos de proceso, surge la necesidad de asumir cuál es el compromiso y la obligación en tanto responsables de las intervenciones en salud, para abordar condicionantes y determinantes de los modos particulares de enfermar y morir de los pacientes con los que se establece relación. También se destaca una reflexión que amplía y complejiza esta noción, en términos de un proceso

de salud-enfermedad- atención, incorporando el rol que les cabe como profesionales, particularmente en el seno de una estrategia de APS, para procurar el bienestar de las personas.

CABA

"Y, en el centro de salud están acostumbrados a... a tratar más con el paciente ambulatorio. Nosotros atendemos pacientes ambulatorios pero venimos más con la idea, con el aprendizaje de cómo se trata un paciente internado, más allá de que uno después haga cursos, pueda tener la formación académica, pero uno no tiene la... el aprendizaje práctico como sí lo tiene con un paciente que está internado. Y nosotros tenemos otro enfoque cuando hacemos consultorio. Es como que cuesta salir de...del manejo de la urgencia y de todo... y de lo que a uno también le inculca la sociedad y la facultad". Algo que es muy típico es que uno cuando... digamos, una persona fuera del sistema de salud... digamos, cuando es joven es sana, pongamos entre comillas, se quiere hacer un chequeo anual, por decirlo así, y espera que le saquen sangre, que lo revisen, etcétera. Y cuando uno estudia las pautas y las recomendaciones de lo que es la atención primaria, hacen mucho más hincapié, antes que todo eso, en una persona sana, apuntan más a lo que son las causas...Y por ahí una persona que no está acostumbrada a esto, va el médico y

se le sienta y le dedica más tiempo a hablar de lo que es la seguridad vial, de lo que es la prevención de accidentes, etcétera, le resulta algo raro y espera más, para que un médico sea bueno, lo otro. Y uno viene también con esa carga de la facultad que le dan más importancia a la patología; aprende en la facultad cada especialidad con lo propio de cada especialidad, más lo que uno trae mismo de la idiosincrasia de la sociedad, y cuando llega al consultorio acá, cuando uno empieza a hacer consultorio solo, un poco también tiene un poco esa impronta. Y eso en el CeSAC, en el centro de salud, en un lugar donde se dedican a atención primaria, es más notorio el enfoque en todas estas cosas: en la prevención de las complicaciones, en el tratamiento de las patologías crónicas. Darle un enfoque más global al paciente y no solamente por las patologías.” (R2, Clínica Médica)

“Si uno entró a medicina general para hacer, bueno, un poco de todo pero nada complejo porque eso le corresponde a otro, o uno entró a medicina general para acompañar, digamos, en ese proceso de salud-enfermedad al individuo con su familia, con su comunidad, a pensar qué cosas se pueden hacer desde la salud que modifiquen esa forma de enfermar o de morir, a tratar de entender que hay cosas que no pasan por el sistema de salud y que son las que determinan las formas de enfermar o de morir y que, por lo tanto, como efector de

salud uno tiene que tomarlas, opinar, tratar de incidir..." (Ex Instructora, Medicina General)

Municipio Rosario

"... bueno, en relación con la población que yo trabajo para mí (la definición de salud-enfermedad) es, lo que a mí más me impactó de estos seis meses de lo que estoy trabajando... porque la concepción de salud para mí es totalmente distinta de lo que piensa la gente, o sea de lo que yo veo que después piensa o imagina la gente y tengo un millón de ejemplos o situaciones que no sé, por ahí te dejan medio paralizado, o sea de las distintas concepciones de vida, de pensamiento desde la salud, hasta distintas cosas, pero bueno. Yo pienso que la salud debe ser como un bienestar, como se dice ahora bien psíquico, social, donde la persona pueda..., que la persona pueda gozar de un bien tanto físico, psicológico, social, de que esté integrado en una población, que pueda satisfacerles sus demandas y ella también poder demandar por ejemplo la atención y como el proceso de salud- enfermedad-atención que es como que se llama en realidad y bueno es como un proceso que para mí lo principal tiene que ser aprovechado porque cuando una persona demanda una atención por parte de un sistema publico, que es donde nosotros trabajamos, tiene que ser como la punta de lanza para poder generar un vínculo, no sólo entre el médico, sino con todo el sistema de

salud y a partir de este vínculo poder realizar distintos tipos de actividades como, no sólo para tapar esa demanda que está haciendo esa persona, sino también un montón de actividades que se puedan realizar y no sólo basado en la enfermedad sino, en distintos aspectos.” (R1, Medicina General)

“Yo creo que cuando llegan, lo primero que aparece como concepto de salud es que la persona no está enferma. Entonces bueno, perfecto. Después empieza como todo, es como que esos conceptos se pasan a fuego, los pasamos a fuego todos. Porque pareciera que en esta concepción tan amplia que se tiene en la Secretaría, como un enunciado de lo que es salud, todo es salud. Entonces me decía (el Tutor de Medicina General y Familiar) si nosotros entendemos que todo es salud eliminemos la Secretaría de Promoción Social, eliminemos las direcciones de Infancia, eliminemos cultura, porque pareciera que todo tiene que pasar por nosotros. Entonces era reinteresante hacer el ejercicio y decíamos, si todo es salud, qué es promoción social, qué es acción social. Una discusión reinteresante, nos reímos mucho, porque a veces hay que despejar esto, esto de la integralidad, el equilibrio entre cuerpo, alma, la mente y el medio ambiente, la promoción de derechos... Después qué pasa, empezamos a leer y leemos un montón de cosas, leemos la biblia de atención primaria y nos leemos a Gastón (de Sousa Campos) y nos comemos (Pedro

Luis) Castellanos y todo el mundo que habla, y sí la salud es... y repetimos como loritos, es un concepto para correr los límites de la vida, para evitar muertes evitables, y después estamos acá y no nos damos cuenta que haciendo un papanicolau en tiempo y forma estamos garantizando el derecho a la salud a alguien. Entonces como que intentamos achicar esta brecha y construir mediaciones que te permitan llegar a... y no decir este concepto pasa esto en la realidad. No, ese concepto no pasa nunca en la realidad y tiene que ver con todo un trabajo a nivel del pensamiento que es recomplicado. Todo esto que les cuento es en una demanda constante en la puerta que te tocan, en el chico que llega con la cabeza herida... ” (Coordinadora Centro de Salud)

DISCUSIÓN

Sobre la oferta de residencias

El análisis de la oferta de residencias en el primer nivel de atención en servicios de atención dependientes de la CABA y de la SSMR en el año 2009, ha permitido identificar algunos rasgos característicos de cada uno de esos escenarios.

En la **CABA** la oferta es amplia, incluye campos profesionales médicos y no médicos y el número de postulantes a cubrir los cargos de residencias supera varias veces el número de vacantes disponibles. Algunas de estas especialidades, las tradicionalmente “médicas”, convocan a un número mayor de profesionales, siendo muy bajo el número de aspirantes a especialidades como Medicina General, más vinculadas con la perspectiva de APS. Esta situación podría estar reflejando la tensión aún no resuelta entre los lineamientos de las políticas y las demandas que instala la realidad cotidiana de los servicios que se expresa en una distribución de la oferta de cargos más concentrada en especialidades como Clínica Médica, Clínica Pediátrica y Salud Mental que representan casi el 70% de las vacantes ofrecidas, mientras las de Medicina General no alcanzan al 8%.

En el **MR**, el desarrollo histórico de las residencias

en la ciudad ha sido similar a las del resto del país en el sentido que la oferta municipal de cargos surgió a propuesta de los servicios de los distintos hospitales en función de las necesidades asistenciales. Tal como lo reconocen algunas autoridades, ante la ausencia de un debido análisis de los requerimientos de la población y de los programas de salud vigentes, el mercado laboral médico fue el gran trazador de las necesidades de especialización. (Drisum, 2003). En los últimos años se desplegó un esfuerzo importante por revertir esta situación que se plasmó en el establecimiento del actual "Sistema de Formación de Especialidades Médicas para Médicos Residentes Becarios de Posgrado y Alumnos Becarios de Carreras de Especialización de Posgrado". A partir del acuerdo entre la UNR y la SSMR se intenta que la residencia se constituya en el pilar de la estrategia de la atención primaria, opción asumida por la SSMR para brindar cobertura gratuita a todos sus habitantes.

Esta decisión política se manifiesta en la mayor oferta de plazas de becarios para la Carrera de Medicina General y Familiar que en el año 2009 constituye la de mayor participación (31%) de los cargos rentados, lo que representa una clara señal de utilización de la residencia al servicio de la política de salud asumida.

Las situaciones analizadas plantean la reflexión acerca de la necesaria articulación entre la multiplicidad de actores que interactúan en el proceso de formación de posgrado para saldar las tensiones entre las demandas de profesionales de los servicios de salud y la adecuación de la oferta de residencias en tanto herramienta privilegiada para modelar las prácticas profesionales en el marco de un modelo de atención que se propone la atención de las necesidades sociales con equidad.

Sobre lineamientos curriculares en relación con la práctica de APS.

El análisis de los lineamientos curriculares vigentes para la formación de grado y posgrado de los profesionales de salud realizado en el escenario **Buenos Aires**, ha permitido verificar que se evidencia una decisión política de enmarcarlos en una estrategia de APS. En todos los casos, las propuestas parecen enmarcarse en los principios de la Ley Básica de Salud de la CABA.

En la propuesta organizacional de los responsables del sistema de residencias, de pautarlas y organizarlas garantizando propósitos, objetivos y criterios comunes, parece residir su factibilidad. Todos los programas han sido elaborados siguiendo un formato común. En sus fundamentos, propósitos

y objetivos incluyen el mismo marco conceptual, pautado y organizado acorde con una guía propuesta por la Dirección de Capacitación e Investigación del MSGC que orienta la elaboración de programas de residencias.

A nivel propositivo, los lineamientos de la estrategia de la APS, la relevancia de articular la perspectiva clínica, institucional y comunitaria, la comprensión de la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención, la relevancia del trabajo interdisciplinario, la prevención y promoción de la salud están presentes en los fundamentos y objetivos de todos los programas.

Sin embargo, el análisis del desarrollo de las actividades muestra que cada una de las residencias desarrolla, pone en práctica, de manera distinta los postulados enunciados. La mayoría destina un tiempo significativo de la formación a las actividades en el primer nivel de atención y presenta de manera detallada el trabajo en el mismo. Otras, si bien comparten el marco propositivo, luego despliegan un esquema de actividades centrado en el ámbito del hospital y con una fuerte carga ligada a la medicina interna. La estrategia de APS es abordada por una rotación y/o un módulo, que en general incluye un periodo de tres meses por centros de salud y otro de alrededor de tres meses, destinado

a actividades de carácter ambulatorio, pero desarrolladas en el ámbito hospitalario. En estas residencias, la formación en APS pareciera quedar reducida a esa rotación sin vinculación alguna con el resto de la formación. Pareciera que con estas actividades se intenta resolver la tensión existente entre las demandas que instala la realidad cotidiana de los servicios y los lineamientos de la Dirección de Capacitación e Investigación del MSGC.

En el caso del escenario **Rosario**, en que las residencias constituyen el Ciclo de Formación Práctica de las carreras de especialización de la UNR, los documentos correspondientes a los programas analizados están estructurados de acuerdo con los modelos universitarios. Dedicar especial atención a los requisitos de ingreso, al perfil del título y a los contenidos conceptuales que serán desarrollados. En algunos de los programas, el ciclo de formación práctica es llamado residencia y está mencionado como requisito de la carrera. Se incluye su carga horaria pero no se explicitan desarrollos respecto de las rotaciones y actividades que se realizan en dicho ciclo, salvo el de Medicina General y Familiar que es más explícito.

Aunque con distinto nivel de desarrollo, en todos los programas se hace mención a la perspectiva de la atención primaria y a una visión de la

salud más allá de los aspectos exclusivamente biomédicos. Los contenidos de todos los programas están organizados por asignatura, en las que la perspectiva ligada a la APS planteada en la fundamentación de los planes de las carreras consideradas, tiene escasa presencia. La carrera de Medicina General y Familiar es una excepción, ya que está organizada desde una perspectiva integradora y problematizadora con un marcado compromiso con la estrategia de APS.

Por otra parte, los documentos de la SSMR son explícitos en el planteo de la visión que se buscará darle al trabajo en el primer nivel de atención en el Ciclo de Formación Práctica, pero no contienen especificaciones de modo equivalente las tareas, tiempos y modalidades de las actividades.

Corresponde recuperar especialmente del Reglamento General de las Carreras de Posgrado de Especialización, marco normativo de las carreras consideradas, el desarrollo de asignaturas comunes a todas las especializaciones tales como epistemología, ética, epidemiología, gestión y metodología de la investigación concebidas para ser cursadas conjuntamente por los alumnos de las distintas carreras. Asimismo, instala la figura del “docente tutor”, quien debe cumplir un rol destacado en el seguimiento y supervisión del ciclo

de formación práctica, acompañando el proceso de aprendizaje en todas sus instancias.

El hecho de que la sanción de este Reglamento fuera posterior a la creación de casi todas las carreras podría explicar que en los programas específicos de las especialidades no se destaque la existencia de esta figura, ni sus tareas y responsabilidades. Se mencionan en general actividades bajo supervisión docente sin incluir la denominación “tutor”; tampoco aparecen menciones a la obligatoriedad del cursado en común de las materias mencionadas, según lo señala el reglamento. La excepción es Medicina General y Familiar, cuya creación es posterior al Reglamento, en la que se detallan las características de la supervisión así como el rol y las responsabilidades del tutor.

Sobre la perspectiva de los actores involucrados en la dinámica formación-trabajo

El extenso material reunido en la indagación con los actores involucrados en las residencias en estudio, con sede o ámbito de formación en los efectores del primer nivel de atención o en espacios comunitarios de su jurisdicción, posibilita más de una lectura respecto de cómo los lineamientos y propuestas de actividades tienen lugar, se corporizan como experiencias individuales y colectivas en los

distintos espacios en que se desarrollan en los escenarios de estudio.

Pueden establecerse algunas consideraciones que, a modo de conclusión, se presentan a continuación. Las mismas están organizadas según puntos que se estiman cruciales, a partir de las entrevistas con los sujetos inmersos en las experiencias de formación y trabajo respecto de la APS. Se destaca el papel clave que revisten en la organización de la residencia el lugar y el tiempo destinado al primer nivel, vinculado con la integración de los residentes en los equipos de trabajo en ese nivel de atención y considerando el bagaje de formación y de experiencias con que finalizan la carrera de grado; cómo se corporiza la propuesta de formación y trabajo habida cuenta de la complejidad con que se desarrolla la atención en los centros de salud; las tensiones diversas entre las propuestas formativas y el modo en que éstas se insertan en los espacios de implementación de la política de salud.

Los relatos de experiencias de las distintas especialidades, dan cuenta del condicionamiento fuerte que experimenta la inmersión de los residentes en el proceso de formación y trabajo en el primer nivel, según el tiempo y la modalidad de rotación que se le destina. En este sentido, cuando la residencia tiene como sede el centro de salud,

como en las residencias de Medicina General en CABA y de Medicina General y Familiar en la SSMR, los testimonios parecen reflejar un cierto impacto en el compromiso con las propuestas basadas en una estrategia de APS. La transitoriedad de los residentes podría estar marcando las diferencias, más allá de la heterogeneidad, de cómo las demás residencias organizan las rotaciones por los centros de salud, incluso entre aquéllas en las que se manifiesta una preocupación por ampliar su extensión.

El punto crítico refiere a la posibilidad que tienen o no los residentes de integrarse a la dinámica y trabajo que se lleva a cabo en el centro de salud. En algunos casos, las actividades que desarrollen y la propia residencia podrían representar apenas un episodio, que no deja marca en las prácticas, aún cuando se recuperen elementos valiosos.

Es posible que en estos casos no se dimensione en su justa medida, por un lado, cómo llegan estos recientes egresados respecto a la formación de grado. Por el otro, la complejidad y las tensiones que se suscitan en ese tránsito de los recientes egresados, en relación con la posibilidad de su integración en los procesos de trabajo en el primer nivel y sus particulares formas de conformación e integración en equipo.

Con respecto a la formación de grado los

testimonios reiteran una descripción cuyas características principales serían, más allá de algún matiz particular en alguna especialidad, el estar centrada en lo biológico, en las patologías, orientada a lograr un perfil profesional propio del trabajo hospitalario y alejado de una noción de salud-enfermedad como proceso social. Se reconoce su carácter predominantemente teórico, que los dejaría huérfanos para iniciar la práctica profesional. En la excepción, surgen relatos de experiencia de contacto con pacientes durante los años de cursado. En coherencia, el conocimiento y experiencias vinculadas con APS son mínimas, incluso ausentes. Con este bagaje se llega al primer nivel de atención, señalándose la carencia de instrumentos, de habilidades, y algunos, expresando la incertidumbre y el malestar que ella les provocaba.

Con respecto a la complejidad de los procesos de trabajo en el primer nivel de atención, pareciera que aún las propuestas en las que se enfatiza el fortalecimiento de la estrategia de APS, con su potencial transformador del sistema de atención, se subvalora la dimensión que adquieren las tensiones que los atraviesan.

En primer lugar, un dato a tener en cuenta es que la llegada de residentes en su rotación genera una

relación de doble vía, entre residentes y el personal permanente a cargo de las actividades cotidianas, con los cuales es necesario establecer puentes. Las particulares condiciones de los distintos espacios, que recurrentemente son reconocidos como heterogéneos, estarían condicionando la integración de los residentes: en algunos casos, con riesgo incluso de ser percibidos como algo que perturba, cuando no que "molesta", o en el peor de los casos, concebidos como parte de un centro de salud "paralelo".

A ello se agrega la tensión entre las necesidades que les plantea el ejercicio profesional, con demandas que se apartan de las previstas y que contrastan con el perfil predominantemente internista de la formación de grado.

Ambas estarían operando negativamente en la mayoría de las experiencias indagadas en el estudio, 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. En definitiva, con la realidad sociosanitaria del centro de salud, muy distante de la asepsia de las paredes de un hospital.

Predomina un registro de la experiencia en el primer nivel, en términos de un encuentro con “otra” realidad, tanto respecto de las condiciones de vida y de salud de los espacios sociales en que están ubicados los Centros, como con respecto a las demandas y modos de respuesta en el encuentro con el paciente. Al interior mismo del consultorio aparecen los límites a la propia eficacia de las intervenciones previstas como apropiadas, que quedan condicionadas por el contexto en que se busca implementarlas.

Resulta clave en este sentido, la ruptura que provoca el reconocer la brecha entre la formación previa y las exigencias de la práctica, que adquieren una dimensión distinta a la visualizada desde la carrera de grado. Es destacable cómo los residentes valoran, en una opinión compartida sin excepción, las experiencias con la comunidad centradas en la promoción de la salud, que realizan tanto dentro del programa de la residencia o integrándose al plan de trabajo del centro de Salud, que ubica a la residencia como una formación apreciada, imprescindible y fortalecedora para su futura inserción en el mercado laboral.

Con respecto a la experiencia de la residencia como espacio de formación y trabajo, podría atribuirse a los modos de aprendizaje, acuñados en las carreras

de grado, a que se registre una generalizada referencia en términos, si no de opuestos, duales: teoría y práctica, actividad académica y práctica, sin dar posibilidad a un juego semántico que planteara la complementariedad de estas dos dimensiones, que posibilitara hacer referencia, a una práctica teórica o a una teoría práctica (Almeida Filho, 2000).

Se destaca la importancia atribuida a la supervisión del trabajo del residente, en particular cuando ella reviste el carácter de una tutoría. En el escenario Rosario se le otorga un rol clave, como facilitador y como opción para superar experiencias tradicionales de autoaprendizaje, de residentes en soledad en los espacios de práctica.

En términos de los formadores se identifica una fortaleza, en tanto se centra en el desarrollo de una reflexión crítica, de habilidades de relación con los pacientes, de interacción con la comunidad, aspectos que se reconocen como merecedores de atención especial para ser logrados. Asimismo, proponen enfoques pedagógicos centradas en lo real, en la posibilidad de su problematización, como una alternativa de acercamiento en este sentido, habida cuenta de la escasa o nula experiencia de los egresados de práctica profesional, en términos generales y en el requerido en el primer nivel

en particular, para establecer vínculos con los pacientes, sus familias, con la comunidad a la que pertenecen. También considerando las nociones con las que se acercan a tareas propias del primer nivel de atención que consisten, a lo sumo, en algún conocimiento teórico sobre las propuestas de APS. Cabe recuperar las alusiones al cambio curricular de la Facultad de Medicina de la UNR, ya no centrado exclusivamente en lo biológico, sino en una amplia incorporación de las dimensiones sociales de la salud y con una orientación pedagógica en esa línea. Dado que los primeros egresados se han incorporado recientemente a las residencias, advierten el carácter prematuro de su valoración, en tanto se lo reconoce como un proceso seguramente de largo plazo.

Por último, las referencias a la direccionalidad en que está organizado el sistema y las propuestas políticas mencionan, y en particular con respecto a la residencia de Medicina General y Familiar en el escenario Rosario, a la organización de la formación y el modo en que ella se sostiene en sus lugares de inserción, como facilitadores de la articulación transformadora para la instalación de un modelo de atención basado en la estrategia de APS. En el escenario Buenos Aires, a pesar de la precisión de los lineamientos establecidos

desde la conducción del Sistema y la normativa vigente, la implementación pareciera quedar más librada a la singularidad de cada centro de salud.

REFLEXIONES FINALES

En el campo de los recursos humanos en salud existe consenso en el mundo respecto de la necesidad de generar conocimiento que pueda fundamentar la toma de decisiones en materia de formación, dotación y distribución. Esta investigación se propuso aportar elementos respecto de las características de la formación de grado y posgrado en las profesiones de salud en dos escenarios seleccionados, de modo de introducir una reflexión sobre los lineamientos que orientan esos procesos y las tensiones que la articulación con las necesidades sociales instalan.

Los resultados de investigaciones de estas características centradas en las llamadas “tecnologías blandas” permiten reconocer tanto las condiciones como las perspectivas a través de las cuales los profesionales se enfrentan al desafío de aprender y trabajar desde la estrategia de APS. El trabajo realizado abre un abanico importante de interrogantes para la investigación en el campo

de la salud pública toda vez que los procesos de formación en servicio a través de los sistemas de residencia poseen un alto impacto en la modelación del comportamiento profesional de los trabajadores de la salud. Cómo los profesionales de la salud llegan a la residencia, con qué formación e imaginario respecto de la labor en el primer nivel de atención, cómo valoran el proceso de aprendizaje en ese nivel resulta central para definir futuras intervenciones de política.

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. De este modo, la gestión sectorial y la participación social pueden incidir en la transformación de las prácticas profesionales y de la propia organización de trabajo, constituyéndose en componente estratégico para el fortalecimiento de las políticas en el campo de Recursos Humanos en Salud.

El debate sobre las características de la formación de recursos humanos en la Argentina plantea una agenda amplia y escasamente abordada. A la carencia de información sobre variables claves en el campo, se agrega la

falta de discusión sobre el tipo de profesional requerido para desempeñarse en el sistema de salud en concordancia con el modelo de atención. Los resultados de esta indagación se proponen estimular la reflexión sobre las “tensiones” en las actuales prácticas de formación de residentes, delimitando en qué medida el modelo de formación reproduce el modelo de práctica del servicio, convirtiéndose en una mera práctica laboral o habilita la problematización y transformación de esas prácticas en el marco de una estrategia de APS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Borrell Bentz, R. M. (2004). *Desarrollo curricular de las residencias médicas en la Argentina*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Argentina.

Borrell Bentz, R. M. (2006). *Pensando la construcción curricular de las residencias médicas*. Serie Recursos Humanos para la Salud N° 41. Washington DC: OPS-OMS.

Brito Quintana, P., Novick, M. y Mercer, H. (1993).

El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. *Educación Médica y Salud*. 27, 4-31.

Brito Quintana, P., Roschke, M. A. y Ribeiro E. C. (1994). Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicios de salud. En *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington DC: OPS-OMS.

Davini, M. C. (1994). Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. En *Educación permanente de personal de Salud*. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N° 100. Washington DC: OPS-OMS.

Davini, M. C. (2003). Las residencias del equipo de salud. En *Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual. Memorias de la Jornada 11 de Noviembre de 2002* (pp. 38-43). Buenos Aires: OPS. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Secretaría de Salud. Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Davini, M. C. (1995). *Bases conceptuales y metodológicas para la Educación Permanente en Salud*. Publicación N° 18. Buenos Aires: OPS/PWR Argentina.

Davini, M.C. (1989). *Educación permanente en Salud*. Serie PALTEX N° 38. Washington DC: OPS/OMS.

DIRCAP DIRECCION DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL Y TECNICA e INVESTIGACION. *Guías para la elaboración de programas docentes para las residencias, 2008* [En línea]. [Consulta: 14

de junio 2009].

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/pautasprogramas.pdf>

Drisum, M. (2003). Las residencias del equipo de salud. En *Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual. Memorias de la Jornada 11 de Noviembre de 2002* (pp. 65-70). Buenos Aires: OPS. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Secretaría de Salud. Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C y Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 21, 73-84.

Morabito, A. (2004). *Políticas de salud y educación médica en servicios municipales de la ciudad de Rosario en el período 2000 – 2003: el caso de la especialización en pediatría*. Tesis de Maestría en Salud Pública no publicada. Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Argentina.

OPS/OMS (2007). *Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud*. Washington DC: autor.

OPS/OMS (2007). *Indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015. Manual de medición de líneas de base*. Washington DC: autor.

OPS/OMS (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud: Estrategias*

para el desarrollo de los equipos de APS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas N° 1. Washington DC: autor.

OPS/OMS (2008). *La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 2. Washington DC: autor.*

Ribeiro, E. C. (2003). *Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas médicas.* Tesis de Doctorado no publicada. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Brasil.

Haddad, J., Roschke, M. A. y Davini, M. C. (Eds.). (1994). *Educación permanente de personal de Salud. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N° 100. Washington DC: OPS-OMS.*

Roschke, M. A., Davini, M. C y Haddad Q. J. (1993). *Educación permanente y trabajo en salud. Educación Médica y Salud. 27, 466-488.*

Rovere, M. (2006). Una ciudad modelo en salud pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática. En *Políticas para la Gobernabilidad* (pp. 125-190). Rosario: PNUD, Gobierno de la Municipalidad de Rosario.

Senge, P. (1992). *La Quinta Disciplina.* Barcelona: Granica.

Souza Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento. La investigación cualitativa en salud.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

BIBLIOGRAFÍA

Argyris, C. (1999). *Conocimiento para la acción*. Barcelona: Granica.

Chiara, R., Dargoltz, D. y Alech Rizzo, Z. (2001). Experiencia de la reforma curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Rosario (pp. 71-77). En *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*. Buenos Aires: OPS. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina.

Deluiz, N. (2002). Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. En *Formação Nº. 2*. Brasília: PROFAE-Ministerio de Saúde.

Ribeiro, E.C. (2004). Educação Permanente em Saúde. En *Educação médica em transformação: Instrumentos para a construção de novas realidades* (pp. 285-303). Rio de Janeiro: ABEM-HUCITEC.

OPS/OMS (1994). *Educación permanente del personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100*. Washington DC: autor.

Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis*. London: Sage.

Ribeiro E. C. y Motta J.I.J. (1996). Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Saúde em debate*. 12: 39-44.

Rígoli, F. (2004). Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública: modelos de formación y desarrollo curricular. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 22, 41-49.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APS: Atención Primaria de Salud

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CD: Consejo Directivo

CEIL: Centro de Estudios e Investigaciones
Laborales

CeSAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria

CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas

CS: Consejo Superior

GCABA: Gobierno de la Ciudad Autónoma de
Buenos Aires

MSGC: Ministerio de Salud del Gobierno de la
Ciudad

MSGCABA: Ministerio de Salud del Gobierno de la
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS/ WHO: Organización Mundial de la Salud

PIETTE: Programa de Investigaciones

Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo

R1, R2, R3, R4: Residente de 1º, 2º, 3º y 4º año

SS: Secretaría de Salud

SSMR: Secretaría de Salud del Municipio de
Rosario

UBA: Universidad de Buenos Aires

UNR: Universidad Nacional de Rosario

URSS: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

ANEXOS

ANEXO I

Cuadro N° 1: Postulantes al Sistema de Residencias en la CABA según tipo. Año 2009

Residencias médicas (<i>para egresados carrera de Medicina</i>)	3.621
Residencias del equipo de salud (<i>para egresados de carreras excepto Medicina</i>)	1.204
Posbásicas pediátricas (<i>requieren un mínimo de 2 años de residencia en Clínica Pediátrica aprobados</i>)	125
Posbásicas generales (<i>requieren una residencia completa aprobada</i>)	32
TOTAL	4.982

Fuente: Elaboración propia con base a datos de la Dirección de Capacitación e Investigación del MSGCABA. 2009

Cuadro N° 2: Vacantes ofrecidas en el Sistema de Residencias en la CABA, según tipo. Año 2009

Residencias médicas (<i>para egresados carrera de Medicina</i>)	457
Residencias del equipo de salud (<i>para egresados de carreras excepto Medicina</i>)	216
Posbásicas pediátricas (<i>requieren un mínimo de 2 años de residencia en Clínica Pediátrica aprobados</i>)	47
Posbásicas generales (<i>requieren una residencia completa aprobada</i>)	20
TOTAL	740

Fuente: Elaboración propia con base a datos de la Dirección de Capacitación e Investigación del MSGCABA. 2009

Cuadro N° 3: Postulantes e ingresantes a residencias en CABA, por especialidad. Año 2009.

Especialidad	Postulantes	Ingresantes	Postulantes (en %)
Clínica Médica	459	59	12,9
Clínica Pediátrica	514	97	18,9
Fonoaudiología	36	12	31,1
Kinesiología	83	15	16,7
Medicina General	90	28	22,7
Nutrición	69	12	7,1
Obstetricia	53	16	33,3
Salud Mental	564	40	17,4
Psicología Clínica			
Salud Mental	176	40	30,2
Psiquiatría			
Tocoginecología	204	34	16,7
TOTAL	2248	353	15,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Capacitación e Investigación del MSGCABA. 2009

Cuadro N° 4: Especialidades médicas, según disponibilidad de becas para ingresantes en servicios de la SSMR. Año 2009

Especialidades no rentadas	Especialidades rentadas
Cardiología	Cirugía General
Cardiología Pediátrica	Clínica Médica
Cuidados Paliativos	Diagnóstico por Imágenes
Dermatología	Fisiatría y Rehabilitación
Ecografía	Medicina General y Familiar

Gastroenterología	Neonatología
Medicina Transfusional	Neurocirugía
Nefrología Pediátrica	UTI Pediátrica
Neumonología	Ortopedia y Traumatología
Neurología	Pediatría
Neurología Pediátrica	Ginecología y Obstetricia
Oncología	Urología
UTI de adultos	

Fuente: Área de Formación y Capacitación Profesional
SSMR. 2009

**Cuadro N° 5: Ingresantes por especialidad, según
condición de beca. SSMR.
Año 2009**

Especialidad	Becario	No becario	Total
Clínica Médica	6	16	22
Pediatría	8	6	14
Medicina General y Familiar	9	3	12
Ginecología y Obstetricia	6	2	8
TOTAL	29	27	56

Fuente: Área de Formación y Capacitación Profesional
SSMR. 2009

ANEXO II

CARRERAS de GRADO

CABA

***LICENCIATURA EN NUTRICIÓN. Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires
Resolución N° 5288/08***

La Resolución analizada, emitida por el Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires, tiene por objeto aprobar la modificación del plan de estudios de la carrera de licenciatura en Nutrición. El ANEXO I de la misma consta de la evaluación del plan de estudios, la fundamentación del cambio introducido – incorporación de la asignatura electiva “Nutrición en el paciente crítico” - los objetivos de la carrera, el perfil profesional, las competencias para las que habilita el título, el plan de estudios, con el detalle de asignaturas por año, con horas teóricas y prácticas asignadas y especificidades administrativas referidas a correlatividades, inscripción, promociones, equivalencias, etc. Por último, presenta una síntesis de la propuesta y el detalle de contenidos mínimos de cada una de las cuarenta y un asignaturas (obligatorias y electivas).

Carga horaria total	3480 horas de asignaturas obligatorias, más 150 horas aproximadamente de asignaturas electivas, en 4 años
Asignaturas con referencias a APS	Socioantropología, Introducción a la salud pública, Alimentación del niño sano, Desarrollo de la comunidad, Economía general y familiar, Relaciones humanas y ética, Saneamiento ambiental e higiene de los alimentos, Psicología de la nutrición, Educación en nutrición, Planificación y administración general y sanitaria, Epidemiología en nutrición, Nutrición en salud pública, Política alimentaria, Extensión rural, Nutrición y deporte, Prácticas de nutrición en salud pública.
Carga horaria de asignaturas con referencias a APS	1120 horas aproximadamente, 30% del total Prácticas de nutrición en salud pública: 375 hs 9% del total
Escenarios de aprendizaje referidos	Facultad de Medicina Servicios de Hospitales y centros de salud
Estrategias pedagógicas	No se explicitan, las asignaturas tienen una carga horaria teórica y práctica establecida.

LICENCIATURA EN OBSTETRICIA. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Resoluciones N° 5066/00 y 1988/07

La propuesta de creación de la carrera en la Facultad de Medicina se complementa con el plan de estudios y la reglamentación de la misma. El plan consta del listado de asignaturas por año, con la referencia para cada una de su duración: anual, cuatrimestral, la condición de opcional en algunas de ellas, y la carga horaria dividida en teórico y práctica. El Anexo III explicita las incumbencias y

funciones del graduado y el Anexo IV detalla los contenidos mínimos de cada materia por año.

La Resolución 1988/07 presenta la definición de perfil del graduado, incumbencias profesionales y competencias correspondientes a la carrera de licenciatura.

Carga horaria total	3420 horas de asignaturas obligatorias, más 135 horas aproximadamente de asignaturas opcionales, en 4 años más el Ciclo Básico Común al inicio de la carrera
Asignaturas con referencias a APS	Ciencias Psicosociales y la Disciplina Obstétrica, Introducción a la Disciplina Obstétrica, Salud Comunitaria en la Disciplina Obstétrica I y II, Antropología y Obstetricia, Educación para la Salud de la Mujer, Salud Pública en la Disciplina Obstétrica, Metodología de la Investigación y Estadística Aplicada a la Obstetricia, Salud Reproductiva
Carga horaria de asignaturas con referencias a APS	420 horas aproximadamente, 12% del total
Escenarios de aprendizaje referidos	Facultad de Medicina Servicios de Hospitales y centros de salud
Estrategias pedagógicas	Las asignaturas tienen una carga horaria teórica y práctica establecida. Se señalan en varias asignaturas la realización de trabajos prácticos, observación y discusión de casos clínicos, ateneos, talleres, investigación bibliográfica, monografías. La evaluación de las asignaturas se realiza a través de pruebas parciales, trabajos, notas de concepto y exámenes finales.

LICENCIATURA EN FONOAUDIOLOGÍA.
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos
Aires. Resoluciones N° 2568/92 y 3390/96

Por la Resolución N° 2568/92 se crea la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología en la Facultad de Medicina, se aprueba el plan de estudios y los contenidos mínimos de las asignaturas. El plan de estudios presenta un listado de las asignaturas por año y por cuatrimestre, con el detalle de horas dedicadas a cada una, en el Anexo I. El Anexo II consigna la reglamentación de la carrera describiendo las incumbencias y funciones del graduado, la carga horaria práctica y teórica de cada una de las asignaturas, las correlatividades, la organización y la docencia de la carrera, las condiciones de admisibilidad y regularidad, las correlatividades y compensaciones. En el Anexo III se presentan los contenidos mínimos de cada materia por año.

En la Resolución N° 3390/96 se aprueban las funciones para las que capacitan los estudios de Fonoaudiología elaborados por la Facultad de Medicina y se elevan al entonces Ministerio de Cultura y Educación para su aprobación. En su Anexo se presentan el objeto de la profesión y las incumbencias generales.

Carga horaria total	2895 horas, en 4 años más el Ciclo Básico Común al inicio de la carrera
Asignaturas con referencias a APS	Psicología I, II y III, Atención primaria de la salud, Sanitarismo, Fonoaudiología preventiva y Deontología y ejercicio profesional.
Carga horaria de asignaturas con referencias a APS	375 horas aproximadamente, 13% del total
Escenarios de aprendizaje referidos	Facultad de Medicina, servicios de Hospitales y centros de salud, sin especificaciones
Estrategias pedagógicas	Las asignaturas tienen asignada una carga horaria teórica y otra práctica. En el detalle de contenidos mínimos se explicita que se desarrollará una "capacitación práctica asistencial hospitalaria" bajo la supervisión de profesionales a cargo de los servicios.

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resolución N° 6631/09

http://www.uba.ar/download/academicos/o_academica/carreras/lic-psicologia

La Resolución analizada aprueba el texto ordenado del plan de estudios, que se desarrolla en sus anexos. En el Anexo II describe la estructura de la carrera, que comprende una organización en ciclos. La misma cuenta con tres ciclos: el Básico Común, el de Formación General (con 17 materias) y el de Formación Profesional (con 7 asignaturas obligatorias, algunas electivas en función del campo de trabajo elegido), prácticas de campo e

investigación. El primero abarca el conocimiento tanto de las teorías y áreas fundamentales de la Psicología como de sus métodos y técnicas. El ciclo de Formación Profesional aborda el conocimiento de las técnicas y procedimientos psicológicos en sus diversos campos y de su articulación en las diferentes prácticas profesionales.

En el Anexo II además detalla los requisitos para cada ciclo, el carácter de las asignaturas y la carga horaria o créditos para cada una. El Anexo III informa sobre la carga lectiva total de la carrera y el tiempo teórico de duración, en ciclos lectivos. Los Anexos IV y V presentan el régimen de correlatividades y los contenidos mínimos de cada materia, respectivamente. Por último, el Anexo VI detalla los requisitos a cumplir por el estudiante para la obtención del título.

Carga horaria total	2940 horas aproximadamente en promedio (entre 2910 y 2970), en 4 años más el Ciclo Básico Común al inicio de la carrera
Asignaturas con referencias a APS	Ciclo de Formación General, asignaturas obligatorias: Salud Pública y Salud Mental, Teoría y técnicas de grupo. Ciclo de Formación Profesional, asignaturas electivas del Área Social comunitaria: Estrategias de intervención comunitaria, Epidemiología, Técnicas grupales en psicología comunitaria, Psicología preventiva, Psicología comunitaria Teoría y Práctica.
Carga horaria de asignaturas con referencias a APS	555 horas aproximadamente, 18% del total
Escenarios de aprendizaje referidos	No se explicitan
Estrategias pedagógicas	Ambos ciclos de la carrera tienen un número de materias electivas destinadas a completar tanto la formación básica como la capacitación técnica del alumno, a través de clases, seminarios, pasantías, prácticas de campo y horas de investigación, según corresponda.

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Resolución N° 3508/93.

http://www.uba.ar/download/academicos/o_academica/carreras/lic-kinesiologiayfisiatria
<http://www.fmed.uba.ar/carreras/kinesio>

El plan de estudios de la carrera de Kinesiología se compone de 30 materias, que se dividen en tres categorías: básicas (Anatomía, Fisiología, Física Biológica), técnicas (Fisioterapia, Kinesioterapia, Kinefilaxia, Deportología), Clínicas (Semiopatología, Terapéuticas, Cosmiatría, Psico-motricidad.

Asimismo, se incluyen otras asignaturas como Módulo de Atención Primaria, Organización Hospitalaria, Institucional y de Centros de Rehabilitación, Metodología de la Investigación Científica.

Carga horaria total	3910 horas, en 5 años más el Ciclo Básico Común al inicio de la carrera
Asignaturas con referencias a APS	Módulo de Atención Primaria, Organización Hospitalaria, Institucional y de Centros de Rehabilitación
Carga horaria de asignaturas con referencias a APS	90 horas aproximadamente, 2,5 % del total
Escenarios de aprendizaje referidos	Facultad de Medicina, Hospital Escuela, en Centros asistenciales oficiales o privados reconocidos, Centros Especializados, Centros de Rehabilitación y Centros de Promoción de la Salud.
Estrategias pedagógicas	en algunas asignaturas se incluyen trabajos prácticos

MEDICINA. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Resoluciones N° 2861/92, 3769/93, 4207/93, 4685/96 y 6269/97

La Resolución N° 2861 aprueba el nuevo plan de estudios de la carrera de Medicina, que comenzó a regir a partir del ciclo lectivo de 1994. Se presenta el listado de asignaturas con la carga horaria atribuida a cada una, divididas en Ciclo Biomédico, Ciclo Clínico (con especialidades básicas), Ciclo de

Internado Anual Rotatorio (con sus respectivas Unidades Docentes) y asignaturas electivas. Asimismo se describe la Metodología en que se desarrollará el plan de estudios.

La Resolución N° 3769/93 presenta el detalle de los contenidos mínimos aprobados para las asignaturas del nuevo plan.

La Resolución N° 4207/93 modifica la denominación de la materia Salud Mental por la de Salud Mental y Psiquiatría.

Por la Resolución N° 4685/96 se reemplazan en el plan de estudios las asignaturas Módulo de Atención Primaria del Ciclo Biomédico y Atención Primaria de la Salud del Ciclo de Internado Anual Rotatorio, por las asignaturas Medicina familiar 1ra. Parte (Atención Primaria de la Salud) y Medicina familiar 2º Parte (Medicina Familiar)

Mediante la Resolución N° 6269/97 la asignatura Bioética pasa a ser obligatoria en los Ciclos Biomédico y Clínico del plan de estudios. En el Anexo se detallan los objetivos, las estrategias y recursos pedagógicos y el contenido de la materia. Las Resoluciones N° 3408 y 5921/01 se refieren al Ciclo de Internado Anual Rotatorio, asignándole carga horaria y modificando su reglamento. Para este se presenta en el Anexo I de la Resolución N° 5921 la descripción de los objetivos, el contenido, las

características generales y el sistema de evaluación. En el Anexo II se establecen las particularidades del Ciclo en cuanto a sus autoridades y unidades donde se lleva a cabo.

Carga horaria total	8128 horas aproximadamente, en 6 años. Incluye carga horaria del Ciclo Básico Común
Asignaturas con referencias a APS	Salud Pública I y II, Medicina Familiar, Medicina legal y deontología médica, Pediatría, Salud Mental
Carga horaria de asignaturas con referencias a APS	716 horas aproximadamente, 13 % del total de los Ciclos Básico, Biomédico y Clínico En el Internado Anual Rotatorio se hace mención a APS en áreas programáticas, pero no se indica cuántas horas específicas de las 2140 totales
Escenarios de aprendizaje referidos	Facultad de Medicina, servicios de Hospitales y centros de salud, sin especificaciones
Estrategias pedagógicas	En el ciclo de Internado Anual Rotatorio: se plantea "la implementación de un modelo educativo basado en un proceso de enseñanza-aprendizaje tutorial, con articulación docente-prestación de servicios en unidades hospitalarias acreditadas con acción comunitaria (extra-hospitalaria)... La metodología a aplicar en el Ciclo de Internado Anual Rotatorio se basa en la efectiva incorporación del alumno a los equipos de trabajo del hospital y extrahospitalario.... Al mismo tiempo se van desarrollando habilidades diagnósticas y en procedimientos técnicos, en el área de la comunicación con los pacientes, su familiar y los otros miembros del equipo de salud. La APS se desarrollará en las áreas programáticas, incorporando al alumno a los servicios de salud". En otras asignaturas: ateneos, seminarios, recorridos, módulos de integración y programas de actualización

CARRERA DE GRADO

MUNICIPIO ROSARIO

MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Resolución N° 158/01

El documento analizado presenta el cambio curricular aprobado para la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas. Consta de la fundamentación del cambio curricular y del modelo médico elegido; la finalidad del plan de estudios; el objeto de la profesión; las características de la carrera – incluye nivel, acreditación, alcances y perfil del título, requisitos de ingreso -; la organización del plan de estudios – criterios de organización de la estructura curricular y descripción de la misma - ; la asignación horaria y correlatividades - con la carga horaria teórico y práctica, la dedicación en semanas y la cantidad de horas semanales - y el análisis de la coherencia interna de la carrera. La carrera está organizada en cuatro ciclos delimitados por la estructura interna del objeto de estudio. Cada ciclo delimita un conjunto de contenidos educativos provenientes de distintos campos de saber. Asimismo los ciclos se dividen en áreas de conocimientos y habilidades en torno al eje “Ciclo Vital”, y las mismas, concentradas en áreas

de formación específica y formación instrumental, están integradas por módulos que refieren a los grupos etáreos, operacionalizando los contenidos a través de unidades-problemas.

Carga horaria total	5711 horas aproximadamente, en 6 años.
Asignaturas con referencias a APS	Las áreas, ciclos y módulos de la carrera están orientados desde la perspectiva de APS y proceso salud-enfermedad-atención
Carga horaria de asignaturas con referencias a APS	
Escenarios de aprendizaje referidos	Se definen espacios convencionales (estructuras edilicias con recreación de recursos: espacios tutoriales, biblioteca, consultorio escenario, paciente simulado, informática, Internet, página web, laboratorio de habilidades, etc.) y no convencionales (con convenios interinstitucionales para ampliar escenarios de APS).
Estrategias pedagógicas	Modelo educativo integrado, centrado en el estudiante y a partir del aprendizaje basado en problemas, con evaluación formativa y sumativa. Dispositivos como: tutorías, laboratorio de habilidades y destrezas, prácticas en terreno, encuentros de sistematización disciplinar, foros, seminarios, etc.

ANEXO III

Los programas de residencias

CABA

La Residencia de Clínica Médica

Resolución 3739/MSGC/09

(<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/climed.pdf>).

En los **antecedentes y fundamentación del programa** se indica: "Factores demográficos, culturales, económicos, sociales, psicológicos y biológicos han determinado modificaciones en el estado de salud de la población y en los patrones de enfermedad, con un progresivo aumento de patologías de evolución crónica. Como consecuencia, la práctica de la Clínica Médica se ha desarrollado en el ámbito ambulatorio y ha requerido, por parte del profesional y los sistemas de salud, atención accesible, científicamente fundada, integral, continua y equitativa para los pacientes y en el marco de una estrategia de atención primaria de la salud".

En los propósitos del programa se rescata el espíritu de la Ley N° 153 Básica de Salud, señalando que "el médico debe lograr analizar la salud y enfermedad dentro de un contexto social, económico y cultural poblacional; promover la salud, prevenir la enfermedad, realizar oportuno diagnóstico, adecuado tratamiento, recuperación y rehabilitación del paciente, a través de su formación y una fluida relación con el individuo, la familia y la comunidad".

De los **propósitos** que se presentan, se rescatan los siguientes aspectos ligados a la APS:

- Desarrollar una actitud crítica y reflexiva en los médicos, que permita el abordaje calificado de las problemáticas del proceso salud- enfermedad, sin descontextualizar al individuo y / o la comunidad, del momento histórico por el cual atraviesa;
- Entender a la salud como un derecho que se garantiza, a través de prácticas profesionales articuladas, bajo una estrategia interdisciplinaria y junto con la propia comunidad;
- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de salud, de la población de referencia del sistema de salud de la CABA;
- Establecer modelos de integración y de trabajo interdisciplinario con todos los profesionales del equipo de salud

En los objetivos generales se señala: Realizar un análisis crítico de la organización sanitaria del país y de los posibles cambios o soluciones en su área de competencia; Analizar el proceso salud-enfermedad dentro del contexto social, económico y cultural del paciente; Integrar grupos de trabajo interdisciplinario; Aplicar estrategias de prevención en su labor diaria; Aplicar herramientas de abordaje comunitario para los problemas de salud.

Se trata de un programa de 4 años de duración

organizado en base a rotaciones. El mayor peso del programa está centrado en la medicina interna y el trabajo hospitalario. Sobre 48 meses de formación el programa propone seis meses de rotación por lo que denominan "Módulo de capacitación en atención primaria de la salud y primer nivel de atención". El módulo reparte los seis meses entre tres meses en el 3er. año y tres meses en el 4to año. Tres meses corresponden a la rotación por centros de salud y tres meses a la rotación por consultorios externos del hospital.

Como **estrategias de Capacitación en la rotación por el Centro de Salud** se destacan: Talleres con el equipo de salud, salidas a la comunidad, discusión grupal, clases magistrales, análisis de los problemas de salud prevalentes, estudios demográficos de la población del área, acciones de prevención y promoción en instituciones comunitarias, análisis con el equipo de salud mental y servicio social de los problemas asociados a la relación médico-paciente.

La Residencia de Tocoginecología

Res. N° 1352-MSGC/09

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/tocogineco.pdf>.

Fundamenta su desarrollo en la Ley N° 153 Básica

de salud y cita los principios fundamentales de dicha ley.

Se indica que el **programa se propone**: Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población; seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles; formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone; formar recursos humanos que orienten su práctica hacia el desarrollo de la prevención y la atención primaria; desarrollar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la Residencia y con otras Residencias; fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud; estimular la actividad docente, la producción científica y la investigación en la especialidad.

A los fines del presente estudio, se destacan los siguientes **Objetivos Generales**: lograr una relación profesional adecuada y comunicación permanente con sus colegas, con los demás profesionales del equipo de salud y con el personal auxiliar, integrándose a equipos interdisciplinarios; valorar la promoción, prevención y educación para

la salud en los tres niveles de atención; enfocar sus intervenciones desde un criterio epidemiológico y sociodemográfico del sector salud de modo integral y contextualizado; coordinar acciones con la comunidad para implementar programas prioritarios de promoción de la salud.

Se trata de una residencia de 4 años de duración (48 meses). El mayor peso del programa está centrado en el trabajo hospitalario. Se incluyen en el segundo año tres meses de APS en el área programática del hospital y en el tercer año, tres meses de rotación por CeSAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria). Se detallan objetivos y actividades referidas a la rotación por el centro de salud. Se indica que la rotación por centros de salud se podrá cumplir cuando se cuente con instructores responsables de dicha rotación.

Se mencionan los siguientes objetivos para la rotación por Centros de Salud:

- Afianzar el concepto de Atención Primaria de la Salud, identificándolo como una estrategia integral e integrada de promoción, prevención y asistencia en un contexto comunitario.
- Identificar la situación sanitaria de la población de referencia para el Centro de Salud.
- Identificar los factores de riesgo poblacionales que puedan afectar la salud de la mujer.

- Identificar intervenciones que faciliten la extensión y consolidación de la estrategia de APS en el ámbito comunitario.
- Incorporar herramientas para la planificación estratégica en salud.
- Participar en las actividades de promoción y protección de la salud y en las actividades ya implementadas bajo programa que se lleven a cabo.
- Lograr una interconexión eficaz con los distintos niveles de atención focalizando en la referencia y contrarreferencia.

La Residencia de Clínica Pediátrica

Resolución 2650/MSGC/07

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/pediatria.pdf>.

En el prólogo y en el espacio de las consideraciones generales se señala que:

“Los pediatras como médicos de cabecera de niños y adolescentes asumen la responsabilidad de acompañar la evolución física, mental y emocional, desde la concepción hasta la madurez, teniendo en cuenta todos los factores predisponentes y de riesgo sociales o ambientales que influyen en la salud y el bienestar del niño y sus familias... La reducción de la morbilidad infantil siempre ha sido un objetivo muy importante en el

campo de la salud materno infantil y de la salud pública. Debido a la prevalencia de enfermedades prevenibles involucradas habría que invertir tiempo y recursos para lograr un impacto epidemiológico muy importante para disminuir la incidencia de éstas. El pediatra debe ser el referente para llevar a cabo distintas estrategias para evitar muertes injustificadas.

El presente programa tiene como propósito entonces, promover una formación que capacite al residente en el ejercicio del pensamiento crítico, para intervenir en los niveles de promoción, protección, tratamiento, rehabilitación y administración de la salud, generando una actitud comprometida hacia la educación continua....". Al igual que todos los programas analizados se indica que la Residencia de Clínica Pediátrica como integrante del Sistema de Salud de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ajusta su programa en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley Nº 153).

Entre los **propósitos del programa** se destacan: promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de salud de la población de la CABA; organizar las actividades conforme a la estrategia

de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; formar recursos humanos que orienten su práctica hacia el desarrollo de la prevención y la atención primaria; implementar modelos formativos de integración entre las profesiones-disciplinas de la residencia; entre la residencia y las otras residencias del equipo de salud, en un vínculo permanente con los equipos profesionales y técnico-administrativos de planta.

Se trata de una residencia de 4 años de duración (48 meses) organizada en rotaciones. Se trata de una formación con fuerte peso en la medicina interna y en la tarea hospitalaria. Sobre 48 meses se incluyen en el primer año 4 meses de consultorio de niño sano, 3 meses de consultorio externo en el 3er año y 3 meses de rotación por CeSAC en el 2do año. El programa incluye un detalle de contenidos mínimos por año de formación y detalla objetivos y actividades del residente en la rotación por el centro de salud.

Algunas de los objetivos y actividades para la rotación por CeSAC son:

- Definir y analizar el concepto de Atención Primaria de la Salud y los componentes de la

- misma, identificando sus diferentes estrategias.
- Identificar la situación sanitaria de la población de referencia para el centro de salud.
 - Valorar el impacto del medio socio-económico-cultural de la familia en la salud infanto-juvenil.
 - Definir e identificar factores de riesgo desde el punto de vista socio-económico-cultural de la población.
 - Conocer e interpretar las diferentes estructuras familiares en las que se desenvuelve el niño.
 - Lograr una adecuada relación medico-paciente con el niño y la familia adaptándose a la cultura de cada grupo poblacional.
 - Participar el trabajo interdisciplinario con otros miembros del equipo de salud.
 - Trabajar en forma conjunta con integrantes de la comunidad (escuelas, comedores, guarderías, sociedades de fomento)
 - Participar en las actividades de Promoción y Protección de la Salud y en las actividades ya implementadas bajo programa que se llevan a cabo.
 - Desarrollar actividades de Educación para la Salud.

Se presenta también detalladamente las actividades intramurales y extramurales a ser desarrolladas

durante la rotación por centros de salud.

La Residencia de Medicina General

Resolución Nº 2682/MSGC/07

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/medgen.pdf>

En la fundamentación se indica que la elaboración del programa se sustenta en el interés de proyectar “el accionar de los futuros especialistas para intervenir en la complejidad y en la interdisciplina, priorizando la estrategia de atención primaria de la salud y a los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) como espacios privilegiados de funcionamiento dentro de la estructura de salud”.

Se justifica la formación de residentes en la especialidad a partir de indicar que “se requerirán en el futuro de profesionales formados en una perspectiva integral e integradora basada en las prácticas comunitarias, y que conduzca a profundizar el camino del cuidado individual y colectivo de la salud como patrimonio social. Creemos que de esa manera el sistema de salud del gobierno de la ciudad y su población beneficiaria se enriquecerán con profesionales en formación que valoricen la prevención y la promoción de la salud en la asistencia como actos no disociados”.

Se cita el artículo 3 de la Ley Básica de Salud (Nº

153) en el cual se plantea el derecho a la salud de manera integral y se incluye un apartado destinado a describir a la “población beneficiaria”.

Entre los **propósitos** se indica que el programa buscará: promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de la Salud de la población de referencia del sistema de salud de la CABA; promover la reflexión acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud, teniendo en cuenta los aspectos éticos y sociales; fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud; fortalecer el rol del Médico Generalista dentro del equipo de salud.

El programa incluye un apartado que al referirse al perfil del egresado, diferencia competencias de orden organizacional e interdisciplinar.

Se trata de una residencia de cuatro años de duración que se organiza en rotaciones. Se incluyen rotaciones a medio tiempo por las especialidades hospitalarias básicas, junto a medio tiempo de estancia en CeSAC. Durante los espacios de tiempo completo en CeSAC, en los cuales se asume mayores responsabilidades a medida que se avanza

en el año de formación. Se discriminan objetivos y contenidos/actividades por año y por ámbito de rotación. Se presenta una discriminación de contenidos organizada según grupo etéreo.

La Residencia de Fonoaudiología

Resolución Nº 0571/SS/03.

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/fono.pdf>

Las consideraciones generales del programa presentan las características del sistema de residencias dentro del GCBA y al igual que los programas ya reseñados se fundamenta en la Ley Nº 153 básica de salud.

En los **propósitos** del programa se indica que se busca:

- Promover una formación que integra la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia el sistema de salud de la CABA.
- Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Formar profesionales responsables desde el punto de vista científico, ético y social.

En los objetivos generales se indica que al finalizar el período completo de tres años de formación, el residente estará en condiciones de: valorar el enfoque preventivo como un medio para optimizarla relación costo-beneficio en los tres niveles de atención; adecuar sus intervenciones a las características del paciente y su entorno; enfocar sus intervenciones desde un criterio epidemiológico; trabajar en equipos interdisciplinarios; constituirse en agente de salud desde sus diversos lugares de inserción laboral; abordar la problemática fonoaudiológica en las diversas etapas de la vida; coordinar acciones con la comunidad para implementar programas de promoción de la salud.

Se trata de un programa de 3 años de duración (36 meses) en donde desde el 1er año se incluyen los consultorios externos y en 2do y 3er año la asistencia regular a CeSAC.

El documento presenta las actividades que deben realizarse en los diferentes ámbitos. En el caso de CeSAC-área programática se presentan discriminadas por año.

La Residencia de Nutrición

Resolución N° 1605/2003

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/nutri.pdf>.

En los fundamentos del programa, también se indica que la Residencia de Nutrición como integrante del Sistema de Salud del GCABA, ajusta su programa en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la CABA (Ley N° 153).

Se indica que la residencia como sistema de formación de posgrado **se propone:**

- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de salud de la población de la CABA.
- Organizar las actividades conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- Formar recursos humanos en nutrición que orienten su práctica hacia el desarrollo de la prevención y la atención primaria.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.

Se trata de un programa de tres años de duración (36 meses) con un fuerte peso formativo ligado a la estrategia de APS. El programa liga contenidos estrictamente nutricionales con la perspectiva social y el abordaje comunitario. El 50 % del tiempo está centrado en el primer nivel de atención, ya que según la distribución de ámbitos por año el programa refleja que todo el primer año y 6 meses del 3er. año están centrados en el primer nivel de atención.

Se incluyen objetivos y contenidos para cada ámbito en los que se desarrolla la residencia.

La Residencia para Obstétricas

Resolución N° 2581/SS/03.

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/obste.pdf>

En la fundamentación del programa se indica que "Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad perinatal, a través de la extensión de la cobertura del control prenatal, sabiendo que en nuestro país, el 38% de las muertes infantiles son consecuencia de causas perinatológicas perfectamente evitables, con el buen control del embarazo, parto y puerperio. Desde la perspectiva de los Servicios de Salud, la implementación de políticas activas para

aumentar las coberturas, deben ir necesariamente acompañadas por la mejoría de la calidad de las prestaciones. Para contribuir con este último aspecto y mejorar la calidad, se ha implementado la Residencia para Obstétricas; situada en la perspectiva de la promoción, prevención y atención de la Salud Perinatal. Sobre la base de los conceptos vertidos, esta residencia ayuda a mejorar la calidad del trabajo que se realiza en el campo perinatal, dando lugar a que sus egresadas se integren como recurso humano obstétrico además de su rol especializadas en APS, la cual es una estrategia válida para el desarrollo de la política sanitaria donde interactúan permanentemente el Sistema de Salud y la comunidad”.

Al igual que en los otros programas de residencia, se indica que el presente ajustará su desarrollo de acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la CABA (Ley Nº 153).

Entre **los propósitos generales**, se rescatan:

- Capacitar recursos humanos de nivel universitario, en actividades de bajo riesgo, para la atención de la madre y el niño.
- Favorecer y fortalecer el cambio de actitud de la obstétrica hacia la salud, promoviendo una concepción de la misma que integre aspectos

biológicos, psicológicos y sociales, y supere la visión tradicional mecanicista.

- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia del sistema de salud de la CABA.
- Seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles.
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.

Se trata de un programa de tres años de duración (36 meses) que articula trabajo en CeSAC y en servicios hospitalarios de obstetricia. El tiempo se reparte equitativamente entre la atención del parto normal en servicios hospitalarios y el resto de las actividades en CeSAC. El programa detalla de manera precisa y por años las actividades de

los residentes en el centro de salud.

La Residencia de Salud Mental

Resolución Nº 2555/SS/03.

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/smres.pdf>

La introducción al programa comienza señalando que en la Constitución de la CABA, promulgada en el año 1996, se hace una explícita referencia a la salud mental en su Cap. II, art. 21, inc. 12: *"Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social."*

Se sostiene que esta explícita referencia jerarquiza y diferencia el concepto de *salud mental* de un concepto de *salud* más acotado y restringido a la asistencia médica. Expresa allí una concepción de lo que la Ciudad va a entender por salud mental, reconociendo la condición de sujetos de los asistidos y la obligación, por parte del Estado, de asistir ese malestar. Asimismo, y como el resto de los programas se rescata los conceptos

centrales de la Ley Básica de Salud de la Ciudad N° 153, pero se señala que en su artículo 48, a través de 3 incisos, se hace especial referencia a la salud mental y a las acciones que se deberán desplegar.

Por último, se rescata también como fundamento del programa la Ley de Salud Mental N° 448 promulgada en julio de 2000.

Finalmente se indica que el Programa Docente de Salud Mental integra a las Residencias de Psiquiatría, Psiquiatría Infanto - juvenil, Psicología Clínica y Psicología Clínica Infanto – juvenil por lo que supone un compromiso activo en la promoción de: el respeto por la diversidad teórica en el campo de la Salud Mental siempre teniendo en cuenta las posiciones epistemológicas y las prácticas de mayor reconocimiento científico; el aprovechamiento de la potencialidad de las especificidades disciplinarias en aquellas dimensiones del campo de la salud mental en las puedan aportar de forma diferencial; la idea de la integración en el trabajo común y compartido de la atención de la salud mental de la población, en los espacios de capacitación, reflexión sobre la práctica e investigación.

Se trata de un programa de formación de 4 años

de duración, que organiza sus distintos espacios de formación tomando como ejes del mismo a las diferentes áreas que integran el sistema de salud mental del Gobierno de la Ciudad. Sobre el total de las áreas de formación, consultorios externos representa el 20%, resocialización y rehabilitación, 10% y salud mental comunitaria/aps representa el 10%. Para cada área se presentan objetivos generales, pautas de implementación y detalle de contenidos.

La Residencia de Kinesiología

Resolución Nº 3501/MSGC/09

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/kinesio.pdf>

En la fundamentación se indica que “si bien el avance científico y tecnológico promueve las especializaciones, la residencia en Kinesiología tiene un carácter generalista, de orientación polivalente. Sobre esta base cada sede aporta su propia orientación brindando un enfoque preciso y especializado en la tarea hospitalaria, cumpliendo sus tres niveles de atención”.

En las consideraciones generales, y al igual que todos los programas analizados se indica que el programa se desarrolla “en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la CABA

(Ley Nº153)”

De entre los **propósitos generales**, se rescatan:

- Constituir el marco ideológico y/o organizativo que oriente la formación de residentes y concurrentes para el logro de habilidades, conocimientos y destrezas que permiten el desarrollo de las tareas profesionales en los tres niveles del sector salud
- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de la Salud de la población de referencia del sistema de salud de la CABA.
- Insertar al Profesional Kinesiólogo en los niveles de prevención, rehabilitación e integración del sujeto-paciente, haciendo hincapié en la importancia de la interdisciplina en el equipo de salud.
- Promover la reflexión acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud, teniendo en cuenta los aspectos éticos y sociales.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.

- Fortalecer el rol del profesional Kinesiólogo dentro del equipo de salud.

Se indican también los siguientes **objetivos generales**: desarrollar la práctica en el ámbito hospitalario (Unidad de cuidados Críticos, internación,

consultorio externo y área de rehabilitación) y en el área programática; desarrollar acciones interdisciplinarias que enriquezcan la formación profesional y contribuyan a valorar el rol propio y de las diferentes disciplinas; aplicar estrategias de comunicación y de educación adecuándolos a los pacientes según las características sociales, culturales y de motivación; valorar la prevención en sus diferentes niveles para optimizar la relación costo beneficio; dy efectuar proyectos de investigación científica a partir de un criterio epidemiológico; desarrollar y supervisar actividades docentes en el ámbito asistencial y académico; planificar y participar en programas destinados a la comunidad en el marco de la educación para la salud (prevención y acción terapéutica).

Se trata de un programa de tres años de duración organizado en rotaciones. Se incluye una rotación por APS en consultorio externo y área programática. Se detallan contenidos y actividades para dicha rotación.

El Programa incluye un listado de contenidos referidos a la rotación por área programática.

Los programas de las carreras de especialización

MUNICIPIO ROSARIO

La Carrera de Especialización en Clínica Médica

Resolución Nº 3155/02 Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Rosario Resolución Nº
315/02 Rectorado - Universidad Nacional de Rosario

El documento de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR **fundamenta** respecto a la formación del médico clínico:

“la característica definitoria es la visión integradora del paciente por encima de la enfermedad en sí. Es por ello que no solamente le competen los aspectos técnicos tendientes a la formulación diagnóstica y al planteo terapéutico farmacológico y no farmacológico, sino también los humanísticos vinculados con la relación médico-paciente. Planteado así, el panorama, va de suyo que el especialista en Clínica Médica debe estar dotado de claros y sólidos conocimientos y habilidades en el terreno de la patología médica, la farmacología clínica, y nociones de psicología y epistemología general que le permitan abarcar con solvencia un campo amplio y a la vez profundo. **El rol** tradicional

del clínico en la atención de la salud ha consistido en participar de los niveles de atención primario, secundario y terciario de una manera integrada. En el nivel primario el Clínico realiza tareas de consultorio externo y medicina ambulatoria en general, compartiendo esa área con el médico general y el médico de familia, realizando tareas no solo diagnósticas y terapéuticas sino en gran medida de prevención de la salud.

En el momento actual, por razones de índole económica y por cambios en la filosofía de los entes públicos y privados directamente relacionados con la atención de la salud de la población, el énfasis ha pasado de la atención hospitalaria, técnica y despersonalizada, en manos de subespecialidades cada vez más atomizadas, a la atención ambulatoria, personal y longitudinal del paciente individual por médicos idóneos para tal función que se supone más humanística y a la vez más económica. En momentos en los que en todo el mundo y en todas las sociedades se ha hecho evidente la limitación de los recursos para la atención de la salud por un crecimiento exponencial de los costos, la búsqueda de una mejor relación costo-beneficio que a la vez redunde en una atención más racional, humana y con más adecuada distribución de los recursos, resulta un paso del mayor interés público.

En este sentido, una carrera de Posgrado destinada a formar Clínicos altamente capacitados en los tres niveles descritos, con especial hincapié en la atención primaria, debe ser vista como un proyecto del mayor interés para la feliz concreción de los actuales proyectos de atención de la salud”.

En relación con **la finalidad de la carrera** se sostiene: “La carrera de Posgrado de Especialización en Clínica Médica tiene por finalidad formar un posgraduado capacitado para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad... tanto en lo individual como en lo poblacional”.

El perfil profesional da cuenta de que el clínico “Trabaja integradamente dentro de un equipo interdisciplinario y juzga su función no sólo en términos curativos, sino también en términos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.”

En la documentación suministrada por el Área de Formación y Capacitación Profesional de la SSMR se presentan pautas para el trabajo de los becarios de Clínica Médica en actividades ambulatorias. Allí se refiere que el perfil de la atención médica en el consultorio de APS debe ser: integral, accesible, continuada, responsable, de trabajo en equipo, participativa, integrada a un sistema de salud, docente e investigadora. Entre los objetivos se

destaca el destinado a "jerarquizar el rol del clínico en la APS".

El plan de estudios está organizado sobre la base de un Ciclo de Formación General y un Ciclo de Formación Disciplinar específico en Clínica Médica que funcionan paralela e interrelacionadamente con un Ciclo de Formación Práctica (residencia) en donde se integran los conocimientos teóricos con las prácticas médicas específicas.

Se indica una carga horaria total de 5895 hs. con 1600 hs. por año destinadas a la formación práctica.

En el ciclo de formación general se incluyen las siguientes unidades temáticas: metodología de la investigación; metodología epidemiológica aplicada a la investigación clínica; informática médica; epidemiología; economía y política de salud, planificación y gestión; ética médica.

En el ciclo de formación disciplinar específica las unidades temáticas se organizan por problemas de salud según grupo etáreo, medicina ambulatoria y preventiva y talleres de integración como el "taller de integración en atención primaria".

La Carrera de Especialización en Ginecología y Obstetricia

Resolución N° 464/95. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario

Resolución 089/96.Rectorado, Universidad Nacional de Rosario

En el anexo de la Res. 464/95 se incluye el plan de estudios. En su finalidad se indica: "...tiene por objeto formar médicos especialistas capacitados para la atención integral de los problemas relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento de las distintas afecciones o enfermedades de la mujer que tienen su origen en el aparato genital, las mamas o en el embarazo". Se indica que el objeto de estudio de la carrera "abarca el estudio de la prevención, diagnóstico y tratamiento clínico y quirúrgico de las patologías del aparato genital y mamario que afectan la salud de la mujer, así como todo lo atinente al embarazo normal y patológico"

Del perfil del egresado, se rescata a los fines del presente estudio, los siguientes puntos:

"Tiene capacidad para actuar en los planes materno infantil de salud".

"Tiene una actitud crítica y flexible que le permite reconocer la necesidad de actualización permanente de los conocimientos y trabajar en equipos interdisciplinarios".

En el programa se indica que se trata de un ciclo de formación teórica que se integra con las prácticas médicas específicas. Presenta unidades temáticas

y delimitación de contenidos para cuatro años de formación con un total de 1695 hs.

Se presenta un detalle de **unidades temáticas y contenidos** y la distribución de la **carga horaria**.

En los fines y propósitos de la carrera se indica:

1. Formar un médico pediatra general, para nuestro país, capacitado para la atención integral de los problemas de salud infantil de la comunidad en que le corresponde actuar.
2. Conducir el aprendizaje de pediatría, como una etapa caracterizada por el crecimiento y desarrollo, centrando los contenidos curriculares en el conocimiento del niño sano, en los factores que preservan su salud y rehabilitan al enfermo, y en las áreas prioritarias de asistencia pediátrica primaria, de acuerdo a las necesidades de un país en desarrollo.
3. Dotar al graduado de información, habilidades y actitudes necesarias en el ejercicio clínico de la patología prevalente en la infancia, capacitándolo para resolver la problemática de salud-enfermedad en el niño, en el medio familiar, ambiental y comunitario.

En los objetivos se indica:

“asumir la responsabilidad que le corresponde en los problemas de salud materno infantil más importantes en la República Argentina, con conocimiento de los elementos metodológicos de planificación, ejecución y evaluación de acciones en este ámbito, teniendo conciencia de sus propias limitaciones y la necesaria integración en equipos multidisciplinarios.”

Se señala que la **residencia** consiste en el ejercicio de prácticas profesionales específicas en Ginecología y Obstetricia, que articulan la formación teórica con el acto médico, que se desarrollarán en los hospitales con los cuales la Universidad mantiene vinculación mediante convenios. Se indica de manera genérica las responsabilidades del residente en sus actividades hospitalarias. No se detallan las actividades que realizan los residentes en el primer nivel de atención.

La Carrera de Especialización en Pediatría

Resolución N° 476/80 Rectorado, Universidad Nacional de Rosario

Del análisis de la documentación surge que en el primer año “pediatría social y sanitaria” cuenta con 30 hs. mientras que 360 hs. se destinan a

la patología más incidente de atención primaria ambulatoria. En el 2º año se destinan 280 hs a “Clínica epidemiológica”.

En el apartado **“Del planeamiento general del aprendizaje”** se indica: “en el diseño del aprendizaje se jerarquizarán prioritariamente las actividades prácticas en terreno, bajo un sistema de supervisión adecuada, con evaluación continua de sus objetivos, también, el entrenamiento para el trabajo y estudio en forma gradual, incorporando hábitos de integración interdisciplinaria a un equipo de salud. Se dará especial importancia a las pasantías por consultorios de asistencia primaria, en contacto con la comunidad y su problemática”.

En relación con el **aprendizaje de la “Unidad de pediatría social”** se establece:

“El aprendizaje de la unidad de pediatría social, se desarrollará incluyendo entrevistas domiciliarias, integración en el trabajo del equipo de salud, participación del alumno en actividades de beneficio comunitario (campañas de vacunación, encuestas de morbi-mortalidad infantil, etc.)”.

El desarrollo de contenidos esta dado por un punteo de contenidos/temas. No se presenta información referida a las actividades que debe realizar el

profesional durante el desarrollo de la residencia.

La Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar

Resolución N° 3249/2002.Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

En el anexo I de la Resolución de referencia se presenta el **plan de estudios** y se indica:

Que está destinado a la profundización de las estrategias de atención primaria y promoción de la salud para la asistencia integral y continua de los grupos familiares, de sus integrantes y de la comunidad". Su **objeto de estudio** "comprende el estudio de la promoción y prevención de la salud, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud-enfermedad de las personas en sus contextos familiares, socioeconómicos y culturales".

En el **perfil del título** se indica que el especialista cuenta con competencia en el manejo de criterios diagnósticos y terapéuticos de problemas de salud tanto a nivel individual como familiar y comunitario. Tiene capacidad para aplicar los conocimientos científicos e instrumentales en la resolución de problemas relativos a la atención de la salud colectiva, patología endémica y prevalente y de los problemas susceptibles de ser resueltos en el primer nivel de atención. Contribuye a fortalecer

la capacidad de auto cuidado individual, familiar y comunitario, propiciando la continencia de problemas crónicos y/o prolongada rehabilitación física o mental. Es capaz de programar en forma participativa e intersectorial acciones de salud en el contexto local, con un enfoque estratégico que parta de un adecuado análisis de las políticas del sector.

En el Anexo Único de la resolución del C.S. N° 675/2002, se estipula que el alumno participará en actividades asistenciales, comunitarias y de gestión de un equipo de salud interdisciplinario de atención primaria que desarrolle sus actividades en el primer nivel de atención. Todas las actividades serán supervisadas por un docente médico generalista. Desarrollará análisis socio-epidemiológico, actividades comunitarias y prácticas en educación popular en salud. Realizará también una guardia semanal de un hospital. Participará de talleres coordinados por el docente tutor para analizar la práctica cotidiana desde las perspectivas clínicas y comunitarias. El primer nivel de Residencia incluye la elaboración y aprobación de un trabajo de campo con carácter de análisis diagnóstico situacional. En el segundo nivel participará en los talleres en los que se abordarán los problemas que emergen de la práctica hospitalaria y en el tercer nivel participará

en los talleres en el análisis de la práctica cotidiana y en el proceso de planificación local del centro de salud.

El plan, sobre una carga total de 4840 hs. cada año destina 1200 hs. a las actividades prácticas. El primer año está centrado totalmente en el primer nivel de atención. En el segundo año se incluyen además rotaciones hospitalarias por clínica de adultos, pediatría, neonatología, traumatología y tocoginecología (no se da cuenta de la carga horaria/tiempo de estas rotaciones). El tercer año vuelve a estar totalmente centrado en el primer nivel de atención. Las unidades temáticas del programa académico están organizadas en base a problemas.

ANEXO IV

FUENTES DOCUMENTALES RELEVADAS

Documento	Descripción	Fecha	Pág.
CARRERA DE GRADO MEDICINA UBA			
Resolución 2861	Plan de estudios de la carrera de medicina. Asignaturas y horas de cada una. Incluye el ciclo biomédico, ciclo clínico y ciclo anual rotatorio		10
Resolución 3769	Contenidos mínimos de las asignaturas de la carrera de medicina según plan de estudios de resolución 2861	9/06/93	10
Resolución 4207	Cambio de nombre de asignatura "Salud mental" a "Salud mental y de la psiquiatría"		1
Resolución 4685	Reemplazo de las asignaturas Módulo de Atención Primaria A y Módulo de Atención Primaria B con 64hs cada una del Ciclo Biomédico por la asignatura Medicina Familiar (1ª parte) (APS) con 80 hs y la asignatura Pasantía Obligatoria de AP del Ciclo Clínico con 96hs por Medicina Familiar (2ª parte) (Medicina Familiar) con 144hs. Reemplazo de las asignaturas Modulo de Atención Primaria con 64hs del Ciclo Biomédico y APS del Ciclo de Internado Anual Rotatorio, por las asignaturas Medicina Familiar (1ª parte) (APS) con 80hs y Medicina Familiar (2ª parte) (Medicina familiar) con 144hs.		2

Resolución 6269	Pase de la asignatura Bioética de optativa a obligatoria. Carga horaria, objetivos, pedagogía y contenidos de la asignatura.		10
Resolución 3408	Determinación de carga horaria de Ciclo de Internado Anual Rotatorio de 2140hs		2
Resolución 5921	Reglamento del Funcionamiento del Internado Anual Rotatorio de la carrera de Medicina. Objetivos, contenido, características generales y sistema de evaluación	Año 2001	10
Programa Salud Pública 1. Cátedra Vázquez, N	Objetivos: interpretar el significado de un indicador sanitario y utilizarlo para diagnóstico de situación sanitaria de una población.	2007	2
Programa Salud Pública 2. Cátedra Vázquez, N	Objetivos: conocer las características del sistema sanitario en que desarrollará su actividad. Organizar actividades sanitarias relacionadas con su profesión.	2007	2
Programa de Medicina Familiar 1 y 2. Cátedra Rubinstein	Marco teórico. Fundamentación. Objetivos. Contenidos teóricos. Modalidad de enseñanza. Evaluación	2004	7
Resolución Consejo Superior N° 3918	Información sobre la Carrera Docente		2
http://www.uba.ar/academicos/contenidos Medicina	Objetivo. Contenido. Campo ocupacional Plan de estudios	5 / 8/09	

POSGRADO MEDICINA UBA			
Resolución 6794	Creación de la carrera de Médico especialista en Medicina Familiar. Marco conceptual, objetivos, plan de estudios, sistema de evaluación, duración de la carrera, requisitos de admisión y título		36
Plan de estudios de la Carrera de Medicina General y Familiar	Marco teórico. Fundamentación didáctica para la incorporación de contenidos. Unidades temáticas: contenidos; requisitos para la promoción y aprobación; evaluación; bibliografía. Residencia 1r, 2º, y 3r Nivel. Trabajo Final Asignación horaria y correlatividades.	2007	2
Resolución 3008	Creación de carrera de Médico especialista en Medicina Sanitaria. Anexo: presentación de proyectos de carreras de especialización de maestrías. Fundamentación del posgrado. Objetivos. Perfil del egresado. Organización del posgrado. Plan de estudios con contenidos mínimos. Requisitos de admisión. Mecanismos de autoevaluación.		18
Resolución N° 3918 http://www.fmed.uba.ar	Carrera docente de la Facultad de Medicina Modalidad de cursada; práctica y aranceles	5/08/09	

CARRERA DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO			
Resolución C.S. N° 158 Mapa Curricular Carrera de Medicina Anexo único	Identificación del Plan de estudio. Fundamentación del Cambio Curricular. Fundamentación del modelo médico elegido. Finalidad del Plan de estudios. Objetos de la profesión. Características de la Carrera: nivel, acreditación, alcances del título, perfil del título; conocimientos básicos; criterios de organización de la estructura curricular; ciclos, áreas y disciplinas intervinientes; estrategia de enseñanza-aprendizaje, asignación horaria y correlatividades. Análisis de congruencia interna de la carrera.	2001	47

POSGRADOS DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO			
Resolución 1915/2001 de Facultad de Ciencias Médicas de la UNR	Aprobación de Reglamento General de Carreras de Especialización de la Facultad de Ciencias Médicas	2003	
Resolución CD N° 476 Creación de la Carrera de Posgrado de Médico Pediatra	Considerandos. Artículos N° 1, 2 y 3 ANEXO I Fines y propósitos. Objetivos terminales de la carrera.: Artículos N° 1 al 24. Planeamiento General del Aprendizaje: 1. Conceptos generales; 2. Diseño del aprendizaje ANEXO II Programa analítico	22/12/80	1 12 17

Resolución CD N° 464 Creación de la Carrera de Ginecología y Obstetricia	Artículos N° 1 y 2 ANEXO ÚNICO Denominación. Finalidad. Objeto de estudio. Características de la Carrera: nivel, acreditación, perfil del graduado; requisitos de ingreso, organización del plan de estudios: 1.ciclo de especialización., Unidades temáticas y delimitación de los contenidos. Residencia Trabajo Final. Asignación horaria y correlatividades. ANEXO SEGUNDO Reglamento de la Carrera de Posgrado de Ginecología y Obstetricia Artículos del N° 1-12	11/5/95	1 15 2
---	---	----------------	--------------------------

Resolución C.D. N° 3249 Plan de Estudio e la Carrera de posgrado de Especialización en Medicina General y Res. CS 675/2002	Considerandos y artículos N° 1,2 y 3 ANEXO I Denominación del Plan de estudio. Finalidad. Objeto de estudio. Características de la Carrera: nivel, acreditación, perfil del título; requisitos de ingreso, organización del plan de estudios: 1:ciclos, áreas y asignaturas, 2: ciclo de especialización, 3: evaluación, 4:unidades y delimitación de los contenidos temáticos, 5:organización del plan de estudios; 6: otros requisitos del plan; 7:asignación horaria y correlatividades. ANEXO II: Reglamento de la Carrera de posgrado de "Especialización en Medicina General. y Familiar" Artículos 1-10 La Res. CS 675/2002 desarrolla el perfil y las tareas del tutor, responsable del acompañamiento del aprendizaje.	6/6/2002	2 16 2
Resolución C. D. N° 3155 Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica	Se consignan la finalidad de la carrera, el perfil profesional, plan de estudios, ciclos de la carrera y carga horaria	2002	

CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA UBA			
Resolución N° 2568	Creación de la licenciatura en Fonoaudiología en la Facultad de Medicina. Plan de estudios. Reglamentación de la carrera. Contenidos mínimos de las asignaturas por año.	27/05/92	23
Resolución N° 3390	Aprobación de las funciones de los estudios para elevar a Ministerio de Cultura y Educación. Objeto e incumbencias generales	10/04/96	3
http://www.uba.ar/academicos/contenidos Fonoaudiología	Objetivo. Contenido. Campo ocupacional Plan de estudios	5/8/09	2

CARRERA DE NUTRICIÓN UBA			
Resolución N° 5288	Modificación del plan de estudios de la licenciatura en Nutrición. Objetivos, perfil y competencias, plan de estudios, organización de la carrera, contenidos mínimos de las asignaturas.	26/11/08	27
http://www.uba.ar/academicos/contenidos Nutrición	Objetivo. Contenido. Campo ocupacional Plan de estudios	5/8/09	

CARRERA DE OBSTETRICIA UBA			
Resolución N° 5066	Creación de la licenciatura en Obstetricia en la Facultad de Medicina. Plan de estudios, reglamentación de la carrera, incumbencias y funciones del graduado, contenidos mínimos de las asignaturas.	27/12/00	2
Resolución N° 1988	Aprobación del perfil de graduado, incumbencias profesionales y competencias de la Licenciatura en Obstetricia	2007	4
http://www.uba.ar/academicos/contenidos/Obstetricia	Objetivo. Contenido. Campo ocupacional Plan de estudios	5/8/09	

CARRERA DE GRADO KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA UBA			
Resolución CS N° 3508/93	Modificación del plan de estudios de la carrera de kinesiología y fisiatría. Asignaturas y carga horaria	1993	
http://www.uba.ar/academicos/contenidos.php?idm=53	Objetivo. Contenido. Campo ocupacional.		

CARRERA DE PSICOLOGÍA UBA			
Resolución CS N° 6631	Considerandos. Artículos 1 -3 y TEXTO ORDENADO del Plan de la Carrera de Psicología, y sus modificatorias (Res. CS N° 2837 /05) Anexo I Títulos que ofrece (Resolución CS N° 1138 /85) Anexo II Ciclos y cursos y carga horaria Anexo III Carga lectiva total Anexo IV: Materia y correlatividades Anexo V Contenidos mínimos correspondientes a las asignaturas obligatorias y electivas Anexo VI Requisitos para obtención del título	12/8/09	2 1 4 1 16 24 1
Http://www.uba.ar/academicos/contenidos Psicología	Objetivo. Contenido. Campo ocupacional Plan de estudios	5/8/09	3

RESIDENCIAS CABA			
Ordenanza N° 40.997/85 Establecimiento del Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud	Especialidades. Duración de residencias. Condiciones de aspirantes. Condiciones de ingreso. Evaluaciones. Rotaciones. Funciones de coordinadores. Creación de Subcomisiones de Residencias. Funciones de Subcomisión. Funciones de residentes. Jefes de residentes. Funciones de jefes de residentes. Régimen administrativo de residencias. Disposiciones transitorias.		7

RESIDENCIAS MEDICINA GCBA			
Programa docente de la Residencia de Medicina General Dirección de Capacitación e Investigación-MSGCBA Resolución Nº 2682/MS/07	Datos de la residencia. Fundamentación. Consideraciones generales. Descripción de la población beneficiaria. Propósitos generales. Perfil del médico generalista. Objetivos generales. Organización general y condiciones para el desarrollo del programa. Estrategias de capacitación. Organización de actividades por año y por área, según ámbito de desempeño y de aprendizaje. Objetivos y contenidos por año y por rotación. Sistema de evaluación. Bibliografía. Anexo.	2007	36
Programa docente de la Residencia de Clínica Médica, documento preliminar. Dirección de Capacitación e Investigación-MSGCBA Resolución Nº 3739-MSGC/09	Datos de la residencia. Fundamentación. Consideraciones generales. Propósitos. Objetivos generales. Organización general. Objetivos y actividades por año y por rotación. Organización de las actividades por año. Sistema de evaluación. Bibliografía. Anexos: evaluación y diagnóstico de situación	2009	57

Programa docente de la Residencia de Clínica Pediátrica, documento preliminar. Dirección de Capacitación e Investigación-MSGCBA Resolución Nº 2650/MS/07	Consideraciones generales. Propósitos Objetivos generales. Organización general y condiciones para el desarrollo del programa. Estrategias de capacitación. Organización de actividades por año y por área. Objetivos y contenidos por año y por rotación. Anexos: evaluación, contenidos, programas de emergentología y metodología de investigación.	2005	39
Programa docente de la Residencia de Tocoginecología, documento preliminar. Dirección de Capacitación e Investigación-MSGCBA. Resolución Nº 1352-MSGC/09	Introducción. Consideraciones generales. El Programa Docente. Propósitos. Objetivos Generales. Organización General del Programa. Funciones docentes y de supervisión para el desarrollo del Programa. Actividades formativas comunes a todas las sedes Organización de las actividades por año y por área de formación. Sistema de evaluación Bibliografía. Anexos: Red de Servicios para las rotaciones, Instrumentos de evaluación	2009	33

RESIDENCIA FONOAUDIOLOGÍA			
Programa docente de la Residencia de Fonoaudiología Dirección de Capacitación e Investigación-MSGCBA Resolución Nº 571/SS/03	Fundamentación. Propósitos generales. Objetivos generales. Organización general y condiciones para el desarrollo del programa. Condiciones para la acreditación de sedes. Estrategias de capacitación. Organización de actividades por año y por ámbito. Objetivos y contenidos por año y por rotación. Sistema de evaluación.		32

RESIDENCIA SALUD MENTAL			
Programa docente de la Residencia de Salud Mental (Psiquiatría-Psicología) Dirección de Capacitación e Investigación-MSGCBA Resolución Nº 2555/SS/03	Fundamentación. Propósitos. Organización gral. y condiciones para el desarrollo del programa. Estrategias de capacitación. Objetivos por áreas. Contenidos Sistema de evaluación.		52

RESIDENCIA DE NUTRICION			
Programa docente de la Residencia en Nutrición para Licenciados en Nutrición. Dirección de Capacitación e Investigación. MSGCBA Resolución Nº1605/SS/03I	Fundamentación. Consideraciones Generales. Propósitos Generales. Objetivos Generales. Organización general y condiciones mínimas para el desarrollo del programa Organización de las actividades por año y por área. Objetivos y contenidos por año y por rotación. Estrategias para la capacitación. Sistema de evaluación Bibliografía. Anexo II evaluación del desempeño		34

	RESIDENCIA PARA OBSTETRICAS		
Programa Docente de la Residencia para Obstétricas. Dirección de Capacitación e Investigación. MSGCBA. Resolución N°2581/SS/03	Condiciones Generales Fundamentación. Consideraciones Generales al Sistema de Residencias. Propósitos Generales. Objetivos Generales. Distribución de tareas y responsabilidades por rol y por año. Organización de Actividades. Estrategias Generales para la Capacitación. Evaluación del Residente	2003	13

RESIDENCIA DE KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA			
Programa Docente de la Residencia de Kinesiología. Dirección de Capacitación e Investigación. MSGCBA. Resolución N° 3501/MSGC/09	Fundamentación. Consideraciones generales. Propósitos generales. Objetivos generales. Organización general y condiciones generales para el desarrollo. Condiciones de acreditación de servicios. Organización de actividades. Estrategias de capacitación. Evaluación del residente.	2009	

