

Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, Categoría Proyectos Institucionales Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Articulación entre la formación de grado y residencias en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral. Análisis en dos escenarios particulares: Ciudad de Buenos Aires y Municipio de Rosario.

Coordinador: Mónica Abramzón

Becarios: Luppi, Irene; Olivetto, Adriana; Orlando, Marysol; Rodríguez, Patricia

Miembros del equipo de investigación: Laperuta, Viviana; Listovsky, Gabriel; Martínez, Ariel

1. PORTADA

1.1.-Título de la investigación

Articulación entre la formación de grado y residencias en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral. Análisis en dos escenarios particulares: Ciudad de Buenos Aires y Municipio de Rosario.

Articulation between undergraduate education and residences in the primary care level, as part of a comprehensive primary care strategy. Analysis in two specific scenarios: City of Buenos Aires and the Municipality of Rosario.

1.2. Autores y afiliación institucional

Abramzón, Mónica. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Luppi, Irene. Instituto de la Salud Juan Lazarte, UNR

Laperuta, Viviana. Dirección de Regulación y Fiscalización, Ministerio de Salud, GCABA

Listovsky, Gabriel. Dirección de Capacitación e Investigación, Ministerio de Salud, GCABA

Rodríguez, Patricia. Dirección de Capacitación e Investigación, Ministerio de Salud, GCABA

Olivetto, Adriana. Coordinación Salud Ambiental. Ministerio de Salud del GCABA

Martínez, Ariel. Subsecretaría de Salud, Municipio de Almirante Brown, Pcia Buenos Aires.

Orlando, Marysol. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA

1.3. Autor responsable de la correspondencia

Abramzón, Mónica. monabra@ciudad.com.ar

1.4 Fuentes de financiamiento

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, Categoría Proyectos Institucionales, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.”

1.5. Fecha de envío para publicación: 1 de junio de 2010.

1.6. Declaración de conflicto de intereses

No existen conflicto de intereses planteados en la realización del estudio.

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

2.1. RESUMEN

Resumen en español: 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 el país. Esta investigación se propuso analizar la dinámica actual 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 integral en dos escenarios particulares: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Municipio de Rosario.

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

El análisis se orientó a analizar la perspectiva de la formación en APS, según se presentan en los diseños curriculares de las carreras de grado y posgrado, qué habilidades se proponen enseñar, en qué ámbitos y con qué estrategias pedagógicas a partir de la revisión de las fuentes secundarias y de los testimonios de los actores involucrados en el proceso.

Los resultados de la investigación constituyen un valioso insumo para el diseño y ajuste de dispositivos de formación pertinentes a la estrategia de APS. Se comprueba que si bien se han registrado avances en las reflexiones respecto de las características de los aprendizajes, no se visualizan aún 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.

2.2.-PALABRAS CLAVE

Formación de grado – Residencia – Trabajo - Primer nivel de atención - Atención Primaria de Salud

Resumen en inglés. In recent years, the primary care level increased in economic resources, infrastructure and human resources allocated to its development. This situation obeyed to different logics, generating varied models of attention and formation of postgraduate in the country. This research pretends to analyze the current dynamics of the relationship among training and work in terms of its impact on the conditions for reproduction and / or processing the APS practice in two particular scenarios: Autonomous City of Buenos Aires and the Rosario City. We studied the relationship between undergraduate training and residencies in primary care in health centers as part of a strategy of comprehensive primary care.

The research design is exploratory, descriptive cross - sectional and is based on secondary data. It is, as well, supplemented by a qualitative approach that yielded the perspective of the principal actors involved in the training-employment dynamics in the APS centers.

We sought to highlight the approach of training in APS, as presented in the curricula of undergraduate and graduate programs: what skills do they aim to teach, in which areas and which are they teaching strategies, by revising the secondary data and the testimonials from the actors involved in this process.

The results of this research are valuable contributions for the design of training devices, according to the strategies of APS. They prove that even when the reflections about the learning characteristics have advanced, there have not been found important impacts over the practices. The training inside the space of the job has to be complemented with others political-organizational decisions, to make easier the incorporation of the transforming practice, by making a critical reflection about the ways of resolutions proposed.

KEY WORDS

Undergraduate training – Residencies – Work - Primary care level – Primary health care

3.- INTRODUCCIÓN

El desarrollo del primer nivel de atención en la Argentina durante las últimas décadas, redefine la configuración de los servicios de salud. El incremento de la proporción de recursos humanos, económicos y de infraestructura asignados a este nivel, configuró variados modelos de atención en el país. En este proceso los lineamientos de la estrategia de APS, como la pertinente para atender la mayoría de los problemas de salud tuvieron distintos alcances. Se desarrollaron programas de formación de posgrado para graduados de carreras que, sin embargo, están poco orientadas a la salud desde una perspectiva comunitaria. Dado el potencial educativo del propio contexto. Las residencias brindan la oportunidad de formación en el marco de problemas reales.

Sin embargo, los ámbitos de trabajo no siempre están orientados por esta perspectiva; tal el caso de los Centros de Salud como uno de los efectores que componen el primer nivel y son el escenario de formación analizado. En este sentido, corresponde problematizar las características de la dinámica de la relación formación trabajo en el marco de la estrategia de APS. Tradicionalmente, la formación en servicio ha tenido una lógica de “espacios de práctica”, al tiempo que aumenta la dotación de personal para atender las demandas de los servicios. En el primer nivel de atención el interrogante es si se favorece el aprendizaje, como una forma de pensar abierta, que estimula las capacidades individuales y el trabajo en equipo, permitiendo la elaboración de una visión compartida, para reformular los procesos y orientar

el logro de resultados (Senge, 1992). En los aprendizajes significativos, la experiencia personal juega un papel muy importante y da cuenta del modo en que interactúa el sujeto con las condiciones del medio en el que ejerce (Davini, 1994). Para Ribeiro (2003) 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. La educación en la situación de trabajo fortalece el desarrollo de los servicios en los que dicho proceso se inserta. De allí que la formación implique también, un proceso de desarrollo de los servicios y de los ámbitos de trabajo. Sin embargo, de las experiencias surge que si bien se han registrado avances en las reflexiones respecto a los aprendizajes, no se visualizan impactos significativos en las prácticas. Esto es así, dado que, al tiempo que las instituciones se desarrollan y mejoran cuando aprenden, permitiendo que sus equipos de trabajo cambien sus prácticas, mantienen en vigencia modalidades de trabajo estables que inhiben el cambio.

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 la 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 descrita con precisión. El trabajo en las instituciones se caracteriza por contener una diversidad de profesionales, usuarios, tecnologías y por la complejidad de los procesos sobre los que actúa, salud, enfermedad, muerte. 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, Roschke e Ribeiro, 1994). Asimismo, el proceso de trabajo en salud, se caracteriza por articular un conjunto de factores y personal 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, Novick, Mercer, 1993).

Así, los resultados de este estudio 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.

4.- MATERIALES Y MÉTODOS

4.1- Diseño. 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 en la dinámica formación trabajo de las residencias en los Centros de Salud. Estos informantes son seleccionados por su participación activa y/o conocimiento especial acerca de los temas a indagar, que se avienen a abordarlos y compartirlos con el investigador. El estudio se desarrolló en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Municipio de Rosario, Provincia de Santa Fe (MR), entre los meses de junio de 2009 y mayo de 2010.

4.2.- Población y Muestra

Descripción del ámbito de estudio

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con una población de 3.042.581 habitantes (Proyección 2008 según Dirección General de Estadísticas y Censos del GCABA), y totaliza alrededor de once millones de personas, durante su actividad diurna. Tanto la Constitución de la Ciudad,

sancionada en 1996, como las diversas leyes que de ella se desprenden (especialmente la Ley N° 153 Básica de Salud), han marcado el camino de acceso a un sistema sanitario que busca instalar con la estrategia de APS 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. Actualmente funcionan 40 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC).

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 Medicina General) y garantizan la rotación de residencias médicas básicas por ese nivel.

Otro ámbito de estudio es el Municipio de Rosario. En 1989 se creó una Dirección de Atención Primaria de la que dependen actualmente 52 Centros de Salud, distribuidos en seis distritos político-administrativos. Completan el sistema de atención municipal un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorio y 6 Hospitales. 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 de la Universidad Nacional de Rosario (UNR).

Población y muestra según objetivos

Objetivo 1: *Población objetivo:* postulantes e ingresantes a residencias/carreras de especialización en la CABA y el MR desarrolladas en los efectores del primer nivel de atención, comprendidas en la última convocatoria con información disponible. *Unidad de análisis:* postulantes e ingresantes de la convocatoria 2009. *Fuentes de información:* Dirección de Capacitación e Investigación del MSGCABA, Área de Formación y Capacitación Profesional de la SSMR.

Objetivo 2: *Población objetivo:* programas curriculares de las carreras de grado y de las residencias/carreras de especialización de las universidades públicas de la CABA y del MR con sede o espacio de formación en los efectores del primer nivel de atención, convocatoria 2009. Para CABA se toman residencias/carreras de: Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina General, Nutrición, Obstétricas, Salud Mental, Tocoginecología, junto con los programas correspondientes de grado: Medicina y Licenciaturas Nutrición, Obstetricia, Fonoaudiología, Psicología, Kinesiología y Fisiatría. Para el MR: Carrera de Medicina y especializaciones de Clínica Médica, Ginecología y Obstetricia, Medicina General y Familiar y Pediatría. *Unidad de análisis:* los programas de grado y de las residencias/carreras de especialización de la CABA y del MR mencionados. *Fuentes de información:* planes de estudio, programas curriculares, reglamentos y resoluciones de los Consejos Superiores de UBA y UNR.

Objetivos 3 y 4: Dada la naturaleza del enfoque cualitativo, la selección de los sujetos de investigación respetó criterios 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. Las unidades de análisis son referentes relacionados con la formación de los 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, seleccionados por criterios de inclusión, no estadísticos, en función de los temas a indagar.

4.3.- Variables

Oferta existente para la formación de residentes en APS según carreras de grado; Cantidad de postulantes a residencias/carreras relacionadas con APS; Lineamientos curriculares vigentes de la formación de grado y postgrado en relación con los requerimientos de la práctica de APS (dimensiones teórico-política y técnica); Programas vigentes de formación de grado y posgrado de las carreras de los profesionales que ejercen en APS; Actividades realizadas por los residentes en los centros de salud; Opinión de los principales actores involucrados en la relación formación/trabajo en APS.

4.4.- Instrumentos o técnicas de recolección de datos

Objetivo 1. Información disponible para la convocatoria 2009, en la Dirección de Capacitación e Investigación del MSGCABA y del Área de Formación y Capacitación Profesional de la SSMR.

Objetivo 2. Se elaboraron dos guías para la recolección y sistematización de la búsqueda y organización de los programas curriculares vigentes de las residencias/carreras y los correspondientes programas de grado seleccionados.

Objetivo 3. Se realizaron 58 entrevistas semiestructuradas en profundidad. Para ello se elaboró una guía orientadora de los encuentros, a fin de ser recorrida en su totalidad con los entrevistados a fin de obtener el mismo tipo de información, y poder identificar recurrencias y singularidades en sus discursos. Esto no significó dejar de respetar ritmos, lógicas y especificidades de los entrevistados. El número total 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 (WHO, 1994).

4.5.- Plan de análisis de los resultados

Objetivo 1: sistematización a través de la elaboración de un protocolo que resume los datos relevados. Objetivo 2: sistematización mediante aplicación de una guía de análisis. Objetivos 3 y 4: se elaboró una matriz de datos para facilitar lecturas horizontales (entre entrevistados) y verticales (de cada entrevistado) a los fines de identificar recurrencias y singularidades en relación a la relación formación/trabajo en APS. La categorización del material, la identificación de segmentos del texto considerados relevantes y su análisis, implicó la reconstrucción de las categorías conceptuales con que los entrevistados dan cuenta de su perspectiva para acceder a su comprensión en el marco de los objetivos planteados.

4.6.- Consideraciones éticas

En la metodología propuesta predomina la consulta a fuentes secundarias de información. Por su parte, la indagación a los entrevistados involucrados en el proceso de formación refiere exclusivamente a aspectos vinculados con las características de dicho proceso y no incluye aspectos personales o privados, resguardándose el anonimato de los entrevistados.

5.- RESULTADOS

Objetivo 1. Residencias en el primer nivel de atención en servicios dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Secretaría de Salud de Rosario. Año 2009

Escenario CABA. Las residencias en su conjunto se incorporan al Sistema de Atención de la Salud dependiente del GCABA, que integra 13 Hospitales Generales de Agudos y sus respectivas áreas programáticas, 38 Centros Médicos Barriales, 40 Centros de Salud y Acción Comunitaria y 20 hospitales especializados. La normativa que las rige es la Ordenanza N° 40997/85.¹

En los últimos 25 años se han producido cambios sustantivos en el sistema de residencias en este escenario. En los años '80 se destaca la creación de la Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud, la Residencia de Salud Mental Psicología y Psiquiatría y de residencias para otras áreas: Arquitectura, Administración Hospitalaria, Ingeniería. A partir de 1989 se crean las de Obstetricia, Psicopedagogía, Trabajo Social, Fonoaudiología, Nutrición,

Kinesiología y Salud Mental. A partir de la sanción de la Ley Básica de Salud N° 153, la Ciudad adoptó el encuadre de estrategia de APS como una línea prioritaria de política de formación en las residencias, que dependen de la Dirección de Capacitación e Investigación del Ministerio de Saludⁱⁱ. Para acceder al sistema de capacitación, los aspirantes deben aprobar un examen y por orden de mérito, eligen de la oferta de cargos por especialidad, según el puntaje obtenido conjuntamente con el promedio de la carrera de grado.ⁱⁱⁱ 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 de 2.467. Se presentaron en ese año 4.982 postulantes de los cuales poco más del 75% lo hizo a residencias médicas. En ese año el Sistema ofreció 740 vacantes de las cuales el 62% correspondía a las residencias médicas. Para las residencias seleccionadas en el estudio los postulantes suman 2.256 y los ingresantes 357 (45,3% y 48,2% del total respectivamente)..

Escenario Rosario. Por la delimitación del estudio se incluye la formación de postgrado de profesionales que se desarrollan en servicios de salud municipales de la Ciudad de Rosario. 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; el mercado laboral médico fue el gran trazador de las necesidades de especialización.^{iv} En la última década esta oferta de capacitación de la Secretaría de Salud del MR (SSMR) sufrió modificaciones a partir de los cambios perseguidos a partir de la política de conformación de una red de atención a la salud^v basado en un Proyecto de Salud en el marco de un Proyecto de Ciudad^{vi}, un incremento significativo de recursos financieros y la continuidad de la política aplicada. Asimismo, se realizó una profunda transformación del plan curricular de la Carrera de Medicina realizado por la Facultad de Ciencias Médicas, que reivindica el papel de las universidades en el otorgamiento de títulos de especialista. Este proceso asoció la formación en servicio a carreras universitarias de especialización, correspondiendo a haciéndose cargo la SSMR de la formación en el ámbito de práctica y la Facultad de Ciencias Médicas del desarrollo académico de las carreras; además unificó las concurrencias y residencias bajo un mismo sistema, modificando el sistema de contratación y creando la figura de becario; introdujo la formación tutorial; la unificación del tiempo de formación; la definición de la red de salud pública como ámbito de formación en efectores de distintas complejidades^{vii}; realizar una distribución de recursos de acuerdo con las necesidades de la red municipal, jerarquizando las especialidades básicas.^{viii} De este modo, se estableció el actual “Sistema de Formación de Especialidades Médicas para Médicos Residentes Becarios de Postgrado y Alumnos Becarios de Carreras de Especialización de Postgrado”. Becarios y no becarios son regidos por iguales condiciones en cuanto a la formación y tienen carácter de dedicación exclusiva. Sólo se diferencian en la extensión de la semana laboral, 52 horas para los primeros y 40 para los segundos. El concurso es organizado por la Facultad de Ciencias Médicas y los graduados acceden a las vacantes ofrecidas en orden de mérito según la calificación obtenida en el examen y por sus antecedentes.^{ix}

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. Este total comprende 127 (47%) becarios^x. El total de ingresantes a servicios dependientes de la SSMR fue 56, de los cuales 29 contaron con beca., concentrándose la mayor proporción de cargos rentados en la Carrera de Medicina General y Familiar, en concordancia con los lineamientos de la política de salud:

Objetivo 2 Los lineamientos curriculares vigentes de la formación de grado y posgrado de los profesionales en relación con los requerimientos de la práctica de APS

En el escenario CABA, la información obtenida sobre los programas de las carreras universitarias de grado resultó fragmentada y, en algunos casos, parcial. Los programas de residencia vigentes, se obtuvieron a través de la página web del MSGCABA. 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 se desarrolló considerando dos dimensiones centrales que posibilitaron construir las guías 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.

Análisis de planes de estudio de carreras de grado

Escenario CABA

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

La carrera contiene contenidos biológicos y anatómicos, complementados con un enfoque social y de salud integral. En relación con valores y principios rectores de APS, se destaca que se propone “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.

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

En cuanto al perfil del graduado se observa una definición del profesional 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, 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 Nro. 2568/92 y 3390/96

En la definición del objeto de la profesión se hace referencia al estudio de los factores individuales e influencias socio-culturales que intervienen en la habilidad e interacción comunicativa. 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 sólo en la asignatura Sanitarismo. El plan incluye una asignatura dedicada a la Atención Primaria de Salud y en otras asignaturas se proponen contenidos relacionados.

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Resolución CS N° 6631/09

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

En los objetivos de la licenciatura se hace una referencia a la promoción de la reflexión sobre la función social del psicólogo. En el documento no se evidencian referencias a la APS así como tampoco al proceso salud-enfermedad, promoción de salud o una perspectiva poblacional de la tarea profesional. En el Área de Formación General, la única que asignatura que aborda contenidos directamente referidos a las temáticas en estudio es Salud Pública y Salud Mental. En el ciclo de Formación Profesional se desarrolla un área específica electiva, “Área social comunitaria”.

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

http://www.uba.ar/download/academicos/o_academica/carreras/lic_kinesiologiayfisiatria y <http://www.fmed.uba.ar/carreras/kinesio/>

Entre las incumbencias y funciones del graduado, se cita en primer lugar “actuar en promoción de la salud”. Entre los objetivos de la carrera algunos podrían considerarse como atributos de APS. Éstos hacen referencia al trabajo en equipo, al enfoque integral de la persona y a la finalidad preventiva de la atención. Entre las asignaturas que abordan contenidos relacionados a APS se encuentran: Módulo de Atención Primaria y Organización Hospitalaria, Institucional y de Centros de rehabilitación.

MEDICINA. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Resoluciones CS N° 2861/92, 3769/93, 4207/93, 4685/96 y 6269/97

En la fundamentación no se encuentran referencias a las necesidades de salud del país. 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”. La normativa consultada refiere a la APS como una estrategia global tendiente a mejorar las condiciones sanitarias de la población mundial y alude a la necesidad de brindar servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Escenario ROSARIO

MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO Resolución CS N° 158/01

El Programa de la carrera de Medicina adoptó la estrategia de APS como fundamento del modelo de médico. Se afirma que el objeto de estudio de la formación de médico es “el proceso salud-enfermedad-atención”. En el perfil se destaca expresamente la función de promoción de la salud, la prevención así como la consideración de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales en las diversas condiciones socio-histórico-culturales. En el Ciclo de Promoción de la Salud, se incorporan los contenidos de: 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”.

Análisis de programas de residencias/carreras de especialización

Escenario CABA

En el Ministerio de Salud del GCBA la Dirección de Capacitación e Investigación es la que orienta, coordina y gestiona los sistemas de residencias. En la Ordenanza N° 40.997/85 cuando se definen las residencias se expresa que las actividades se realizará 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. A partir de la sanción de la Ley N° 601/01 se estableció el nombramiento de instructores en cada centro de salud para las residencias de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Salud Mental-Psiquiatría y Psicología Clínica. Todos los programas de residencia. Cuentan con lineamientos básicos comunes y se hace referencia a la concepción de red del sistema para aprovechar todas las posibilidades del mismo para la formación. Se hace especial referencia a la Ley Básica de Salud N° 153 que encuadra el sistema de salud y las políticas de formación. Se encuentran disponibles en:

www.buenosaires.gov.ar/salud/dircap Se encuentra un documento base para elaborar los programas (<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/pautasprogramas.pdf>) que presenta la cadena de responsabilidades que rigen el sistema cuyos actores son : Dirección de Capacitación y Desarrollo, Coordinadores Generales, Jefes de Servicios, Coordinadores de Programa y de rotaciones, Jefes e Instructores de Residentes.

La Residencia de Clínica Médica. Resolución 3739/MSGC/09

El Programa tuvo su última actualización en el año 2009. Organiza 4 años de formación en base a rotaciones. En relación a APS sólo se proponen tres meses de rotación por consultorios externos del hospital y tres meses de rotación por centros de salud. La fundamentación de las rotaciones aluden a la necesidad de conocer patologías prevalentes de la medicina ambulatoria; a que el médico clínico considere el contexto biopsicosocial y que se propicie la promoción y prevención de la salud con el trabajo interdisciplinario.

La Residencia de Tocoginecología. Resolución N° 1352/MSGC/09

La residencia es de 4 años de duración. Se incluyen en el 2° año tres meses de APS en el área programática del hospital y en el tercer año, tres meses de rotación por CeSAC. La rotación por centros de salud se podrá cumplir sólo cuando se cuente con instructores responsables de dicha rotación.

Residencia de Clínica Pediátrica. Resolución N° 2650/MSGC/07

La residencia es de 4 años de duración organizada en rotaciones. Se incluyen en el primer año 4 meses de consultorio de niño sano, 3 meses de consultorio externo en el 3° año y 3 meses de rotación por CeSAC en el 2° año. Se detallan actividades del residente tanto en el ámbito intra como extra mural del trabajo en el centro de salud.

Residencia de Medicina General. Resolución N° 2682/MSGC/07

El Programa se propone formar para intervenir en la complejidad y en la interdisciplina, priorizando la estrategia de atención primaria de la salud y jerarquizada a los CeSAC. Tiene 4 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.

La Residencia de Fonoaudiología. Resolución N° 0571/SS/03. La residencia tiene 3 años de duración. Desde el 1° año se incluyen los consultorios externos y en 2° y 3° año la asistencia regular a CeSAC. Se detallan las actividades para cada año de formación. **La Residencia de Nutrición.** Resolución N° 1605/SS/03 La residencia tiene tres años de duración con una fuerte orientación en APS. Se ligan contenidos estrictamente nutricionales con la perspectiva social y el abordaje comunitario. El 50% del tiempo está centrado 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 N° 2581/SS/03. En la fundamentación se establece como marco la perspectiva de la promoción, prevención y atención de la Salud Perinatal. La residencia tiene tres años de duración que articula equitativamente trabajo en CeSAC y en servicios hospitalarios de obstetricia. Se detalla por años las actividades de los residentes en el centro de salud.

Residencia de Salud Mental. Resolución N° 2555/SS/03.

En la introducción se toma como fuente la Ley Nro 448 de Salud Mental que sostiene la perspectiva de salud mental como un derecho, la vincula con la salud integral. La residencia tiene 4 años de duración. Sobre el total de la formación consultorios externos representa el 20%, resocialización y rehabilitación 10% y salud mental comunitaria/APS el 10%. Para cada área se presentan objetivos generales, pautas de implementación y contenidos.

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. La

residencia tiene 3 años de duración organizado en rotaciones. Se incluye una rotación por APS en consultorio externo y área programática.

Consideraciones generales

Escenario CABA Los programas son elaborados siguiendo un formato común normada por una guía. En sus fundamentos, propósitos y objetivos incluyen el mismo marco conceptual. En los fundamentos y objetivos de todos los programas están presentes 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 y la prevención y promoción de la salud. Cada una de las residencias pone en práctica de manera distinta los postulados enunciados. La mayoría destina un tiempo significativo a las actividades en el primer nivel de atención. Otras, proponen actividades centradas en el ámbito del hospital y en 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 tres meses de actividades de carácter ambulatorio 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 Rosario Las residencias en el MR funcionan en el marco de un convenio de articulación entre el Municipio y la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR. Se asocia la formación de médicos especialistas en los servicios municipales a las carreras universitarias articulando 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. (Morabito, 2004)^{xi}Se cuenta con el “Reglamento General de Carreras de Postgrado de Especialización de la Facultad de Ciencias Médicas”. El desarrollo del ciclo de formación práctica estará a cargo de docentes tutores, que deberán ser especialistas en el tema y poseer capacitación pedagógica para actuar como asesor individual y coordinador grupal.

Carrera de Especialización en Clínica Médica Resolución CD 3155/02 y Resolución CS 315/02. Documento “Programa de Actividades Ambulatorias”.

En el documento de la SSMR 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 tiene tres niveles de complejidad médico asistencial y preventivo pero no se indican las actividades que realizarán los profesionales.

Carrera de Especialización en Ginecología y Obstetricia Resolución CD N° 464/95 y Resolución CS 089/96.

En el programa se indica que se trata de un ciclo de formación teórica que se integra con las prácticas médicas específicas (residencias). Se programan 4 años de formación con un total de 1.695 hs. de las cuales 330 se destinan a temáticas relacionadas con APS. Se indica que la residencia consiste en el ejercicio de prácticas profesionales específicas en Ginecología y Obstetricia. No se detallan las actividades que realizan los residentes en el primer nivel de atención.

Carrera de Especialización en Clínica Pediátrica Resolución CS 476/80

En el primer año de la carrera “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 2° año se destinan 280 hs 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 Resolución CD N° 3249/2002 y Resolución CS 675/2002

En los documentos se presenta el detalle del “Plan de Estudios de la Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar” y 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”. Se indica además que la carrera “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 4840 horas en cada año se le otorgan 1200 hs a la residencia.

No se presenta un detalle de la organización y actividades en la residencia. Sólo 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 2º año se indican rotaciones hospitalarias y el 3º año vuelve a estar centrado en el primer nivel de atención.

Las unidades temáticas del programa académico están organizadas en base a problemas.

Consideraciones generales

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 detalles respecto de las rotaciones que se realizan en dicho ciclo, a excepción del de Medicina General y Familiar. 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 los programas están organizados por asignaturas, en las que la perspectiva de la APS planteada en la fundamentación de los planes tiene escasa presencia, salvo el caso de Medicina General y Familiar. 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, pero no se observan especificaciones equivalentes respecto de tareas, tiempos y modalidades de las actividades. Se destaca, en el Reglamento General de las Carreras de Postgrado 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 tiene un lugar destacado en el seguimiento y supervisión del ciclo de formación práctica. Es notable sin embargo, que esta figura no se destaque en los programas específicos de las especialidades. Se mencionan en general actividades bajo supervisión docente sin incluir la denominación “tutor”. Medicina General y Familiar, nuevamente, es una excepción.

Objetivo 3

Características del entorno de los Centros de Salud en los que los residentes desarrollan sus actividades

Escenario CABA

La mayor parte de los Centros en los que se desarrolló el estudio se encuentra en la zona sur de la Ciudad, que registra los bolsos de pobreza más extremos y los peores indicadores de salud. Desde la mirada de los jefes de algunos centros, en esta zona la población que demanda atención de su área de responsabilidad, excede su capacidad resolutoria. Otros centros se hallan localizados en áreas con población que presenta mejores indicadores de salud, lo que determina la implementación de acciones diferentes en el marco de la APS

Los formadores de residentes se refieren con frecuencia a la creciente inseguridad que se presenta a nivel local. La misma se constituye en un fenómeno que cambia las condiciones de la realización de las rotaciones, en lo referido al trabajo en y junto con la comunidad, ya que afecta directamente a los trabajadores y limita las posibilidades de salida.

Escenario Rosario

Uno de los centros de salud en los que se realizó la indagación está localizado en un barrio que es producto de la relocalización de un asentamiento, en el año 1999. La manera particular

en que este asentamiento se conformó hace que el centro de salud sea valorado y cuidado por los vecinos. Fue creado en 1994 en un barrio popular compuesto por asentamientos irregulares, villas miseria y sectores de propietarios humildes. En el mismo se registra una comunidad indígena toba, proveniente de las provincias de Chaco y Formosa. El barrio tiene condiciones de vida precarias, ya que no cuenta con los servicios básicos y la presencia del estado está limitada a la escuela y el centro de salud. Su situación de salud es precaria y deviene de la realidad de pobreza, tanto simbólica como material.

Objetivo 4. La perspectiva de los actores sobre la dinámica de la relación formación trabajo en el marco de las políticas de APS

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, con orientación al trabajo hospitalario. Las incursiones previas vinculadas con APS resultan acotadas y muestran un desconocimiento sobre las tareas propias del primer nivel de atención. A pesar de ello, se recupera una valoración de la formación teórica del grado, como esencial para la carrera profesional futura. Casi sin excepción los entrevistados refieren la ausencia de contacto con los pacientes durante la formación de grado, que supone una gran incertidumbre al iniciar la residencia. En el escenario Rosario, los entrevistados hacen alusión al cambio curricular de Medicina. Se reconoce la bondad del nuevo plan en relación a la dinámica de formación ligada con la práctica, aunque se mantendría una carencia de herramientas de parte de los egresados.

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 por el lugar reservado a este nivel de atención en la propuesta de la residencia. En este sentido, la selección de este espacio como sede de la residencia es definitorio, como es el caso de Medicina General y Familiar en ambos escenarios. 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, y a veces significa concurrir un solo día a la semana. En algunas especialidades también se registra que estas rotaciones están condicionadas por la disponibilidad de instructores. En los casos señalados de médicos generales, la rotación significa asistir en tiempos acotados a servicios hospitalarios, con la finalidad de incursionar en temáticas específicas.

La atención en consultorio

Entre las actividades ligadas a la tarea asistencial, la atención de pacientes en consultorio ocupa un lugar principal, más allá de la heterogeneidad de los ámbitos a los que se arriba y de la especialidad. En el escenario Rosario la organización del sistema de atención de la SSMR reserva las consultas ambulatorias exclusivamente al primer nivel y se accede sólo por derivación al Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias y a los hospitales que integran la red de atención.

Las actividades extramuros

La salida fuera del Centro de Salud supone la posibilidad de vincularse con los pacientes sin la mediación del consultorio. Surgen en primer lugar referencias a actividades en proyectos o programas especiales que se desarrollan en el Centro de Salud, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud. 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 y de participación en campañas organizadas por la autoridad sanitaria. En tercer lugar, se relatan experiencias de trabajo en la comunidad, con grupos poblacionales específicos y con participación de otras organizaciones. Entre los testimonios referidas a estas experiencias, se

mencionan actividades relacionadas con análisis de situación de salud, encuestas poblacionales, de carácter epidemiológico, entre otras.

Actividades formativas por fuera de la tarea asistencial

Los entrevistados dan cuenta de una serie de actividades denominadas de manera diversa, charlas, clases, talleres, ateneos, día o actividad académica, seminario, que tienen en común establecer un momento de corte a la tarea cotidiana de los procesos de atención. Su finalidad es lograr la aproximación del residente a la realidad social en ese entorno. En el escenario Rosario estas actividades realizadas en el primer nivel de atención, se suman a las de formación teórica previstas en las carreras especialización, de carácter obligatorio.

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. En otra perspectiva se ubican aquéllos 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 en las prácticas de atención.

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 cotidianeidad de los entrevistados, tanto en el hospital como en el primer nivel de atención. Se reconoce una designación indistinta de esta figura como tutor o instructor, según la especialidad y el escenario. Al respecto, se 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 debe ser un facilitador, de acuerdo con la propuesta pedagógica de problematización de la realidad. A escasos años de la instalación en el escenario Rosario, del tutor como figura clave, se registran reflexiones críticas por parte de sus responsables, en relación con una eventual menor autonomía profesional de los residentes, respecto de las experiencias previas en las que los residentes trabajaban a menudo en soledad.

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 según sean las relaciones establecidas entre los miembros de los responsables de las tareas, en el hospital, en el Centro de salud, según la especialidad.

Las dificultades y 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 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, por ejemplo para la incorporación de otros lenguajes.

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, esencialmente como un acercamiento fundamental a la práctica profesional, que permite el reconocimiento del objeto de la

especialidad. Se plantea una demanda específica en residencias con sede en el hospital en las 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 muchos de los entrevistados la distribución de la carga horaria asignada a las actividades de la residencia, en particular al consultorio, resulta inadecuada en relación con la práctica laboral futura, 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.

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

Sobre el tiempo destinado al primer nivel de atención

Es interesante destacar algunos testimonios, aún con escasa recurrencia entre los entrevistados, que son aquellos que valoran 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. En contraste, son frecuentes las opiniones entre los entrevistados que destacan como negativo el escaso tiempo de permanencia en el primer nivel de atención, frente a la complejidad de las situaciones que allí se enfrentan. También se señala como una condición adversa, cuando se trata de rotaciones acotadas en el tiempo y en horario, la tensión existente entre estas y las responsabilidades y tareas asumidas en el hospital.

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 ese espacio. 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. Aún con estancias breves, se aprecia la posibilidad que ese espacio brinda para establecer vínculos con los pacientes y con la comunidad. El período que transcurre en el Centro de Salud es visualizado como una oportunidad privilegiada para conocer el trabajo de los equipos, el espacio social local y la realidad de los sujetos de atención. Es el que permite la adquisición de otra mirada sobre los problemas de salud y la demanda de atención.

Sobre el sistema de residencias en Rosario, como Ciclo de Formación Práctica en servicios de Carreras de Especialización universitaria

Aquí 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 como falta de actualización de los contenidos y repetición de los vistos en el pregrado, entre otros. 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, se señalan carencias en los planes, respecto de la especificación de actividades particulares de APS. Asimismo, sus testimonios destacan que la iniciativa de ubicar la residencia en la carrera universitaria constituyéndola en la base del proyecto de APS, representó un “salto cualitativo”, junto con la implementación de un sistema de tutorías, recurriendo a la pedagogía de la problematización para el abordaje de los problemas de la población. En forma consistente, otra característica positiva que se indica es la adscripción de población a cargo, con progresiva responsabilidad de parte de los residentes.

La noción de APS

Los testimonios de los entrevistados, en relación con sus experiencias en el primer nivel de atención, el acercamiento con la noción de APS que las sustenta. En cuanto a las referencias específicas sobre la noción de APS, en primer lugar, se mencionan aquellas en que la misma es referida como el primer contacto, la mínima complejidad, la puerta de entrada al sistema de atención. También con el espacio donde se da la posibilidad de realizar actividades de educación, prevención y promoción de la salud con la comunidad. En otro sentido, 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 marginales, con dificultades de inserción social. Por último, 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.

La noción de salud enfermedad

Los relatos de los entrevistados revelan modos particulares de concebir la salud enfermedad y cómo se ponen en juego en la experiencia de formación en la residencia. En el tránsito por los distintos espacios y 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 dissociada de las condiciones de vida material y social de los sujetos.

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. En esta concepción el ideal de intervención es de carácter internista, sin margen para incorporar otro tipo de intervenciones. 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. No sólo al enfrentar las patologías, también al vivenciar la complejidad de la relación con los pacientes, con sus propias definiciones de salud y con expectativas de atención particulares, las que estarían connotadas por el rol atribuido socialmente al profesional. Cuando la referencia a salud enfermedad se expresa en términos de proceso, la comprensión lleva a considerar la necesidad de asumir cuál es el compromiso como responsables de las intervenciones en salud, para abordar condicionantes y determinantes de los modos particulares de enfermar y morir de los pacientes. También se destaca una reflexión que complejiza esta noción, en términos de un proceso de salud enfermedad atención, incorporando el rol que cabe a los profesionales, particularmente en el seno de una estrategia de APS, para procurar el bienestar de las personas.

Discusión

El análisis de la oferta de residencias en el primer nivel de atención en servicios de atención dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Secretaría de Salud de Rosario 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 y 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 escenario **Rosario**, 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.^{xiii} 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 Universidad 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.

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 son 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 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.

En el caso del escenario **Rosario**, en que las residencias constituyen el Ciclo de Formación Práctica de las carreras de especialización, 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 Postgrado 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, fue 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” ni aparecen menciones a que los alumnos deban cursar en común las materias indicadas como lo señala el reglamento. La excepción es Medicina General y Familiar, cuya creación es posterior al Reglamento en la que se detallan más las características de la supervisión y el rol y las responsabilidades del tutor.

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 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 ambos 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 destacan y describen, el papel clave que reviste en la organización de la residencia el lugar y tiempo destinado al primer nivel, vinculado con la integración de los residentes en los equipos de trabajo en ese nivel de atención, 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; y las tensiones diversas que ello supone entre las propuestas formativas y el modo en que éstas se insertan en los espacios de implementación de la política de salud.

Los relatos reunidos de los testimonios 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, es 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 aquellas 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, orientadas 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, 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 subvaloran 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 socio sanitaria 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 aún en su diversidad, 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 en una generalizada referencia en términos, si no de opuestos, duales, de teoría y práctica, de 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 Universidad Nacional de Rosario, 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.

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

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

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

^{iv} Drisum, Mario (2003) “Las Residencias del Equipo de Salud en Rosario” en *Las residencias Médicas del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual*. OPS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires-UBA Instituto Germani.

^v La red municipal cuenta con 52 Centros de Salud, 1 Centro de Especialidades Médicas Ambulatorio y 6 Hospitales. Cabe señalar que en la ciudad también existen 28 Centro de Salud y 2 Hospitales provinciales

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

^{vii} Drisum, Mario op. cit.

^{viii} Morabito, Abel (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. Maestría en Salud Pública. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario.

^{ix} 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.

^x 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 Sta. 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.

^{xi} 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. Maestría en Salud Pública. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario.