

La formación de posgrado en Pediatría en centros de salud de Rosario. Un estudio cualitativo.

Postgraduate training in Pediatrics in Rosario health centers. A qualitative study.

Lucas Fernando de Candia¹, Jesica Daiana Geuna²

¹ Hospital Provincial de Rosario (Ministerio Salud, Prov Santa Fe), ² Hospital de Niños Zona Norte de Rosario (Ministerio Salud, Prov Santa Fe)

Conflicto de intereses: el artículo constituye un resultado parcial de la tesis de la Maestría en Salud Pública CEI-UNR, del mismo autor, defendida oralmente en el año 2020 y actualmente disponible en el repositorio de la Universidad Nacional de Rosario en el siguiente enlace: <https://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/19414>.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La educación médica ha sido influenciada por el informe Flexner de 1910, que instaló el razonamiento formal de las ciencias naturales como eje central de la formación médica y aportó a la consolidación de la biomedicina como modelo dominante de la práctica. Ha surgido una propuesta alternativa: la Salud Colectiva (SC) latinoamericana que aspira a adoptar la complejidad para ampliar el análisis de los problemas de salud. El contexto fue la dificultad para abordar problemas poblacionales, el crecimiento de los costos y el lanzamiento de la Atención Primaria de la Salud como estrategia. Hoy, los sistemas de salud demandan profesionales con aptitud para el abordaje interdisciplinario/intersectorial. Fundamentalmente organizada en hospitales, la formación de posgrado tiende a reproducir modelos de enseñanza centrados en la transmisión de conocimiento, descontextualizando los abordajes y poniendo el foco en los procedimientos. Los Centros de Salud (CS) como espacios de prácticas pueden constituir un lugar estratégico para acercar necesidades poblacionales y perfiles profesionales. **METODOLOGÍA:** Se propuso explorar y describir el proceso educativo de las y los pediatras en formación de posgrado en CS de la Ciudad de Rosario, mediante un estudio cualitativo con entrevistas semi estructuradas a actores clave: personas en formación de posgrado y tutores de la Carrera de Pediatría. **RESULTADOS/DISCUSIÓN:** El trabajo en CS con tutoras acompañando el proceso de aprendizaje es una rotación en Pediatría. La misma aparece como una actividad con la potencialidad de ofrecer experiencias superadoras de la biomedicina. Surgen señalamientos críticos al actuar sistemático, la clínica focalizada en la enfermedad y las prácticas descontextualizadas que caracterizan al trabajo hospitalario. **CONCLUSIÓN:** se identifica la necesidad de potenciar los CS como espacios de formación práctica de posgrado en Pediatría si se aspira a producir graduados mejor preparados para trabajar en los contextos reales de Rosario.

Palabras clave: residencias médicas, pediatría, centros de salud, atención primaria de la salud, educación médica.

Abstract

INTRODUCTION: Medical education has been influenced by the Flexner report of 1910, which installed the formal reasoning of the natural sciences as the central axis of medical training and

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



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0. creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

DOI: doi.org/10.35305/fcm.v3i.107

contributed to the consolidation of biomedicine as the dominant model of practice. An alternative proposal has emerged: the Latin American Collective Health (CS), which aspires to adopt complexity to broaden the analysis of health problems. The context was the difficulty in addressing population problems, the cost and the launch of Primary Health Care as a strategy. Today, health systems demand professionals with the aptitude for an interdisciplinary/intersectoral approach. Fundamentally organized in hospitals, postgraduate training tends to reproduce teaching models focused on the transmission of knowledge, taking approaches out of context and focusing on procedures. Health Centers (SC) as spaces for practices can constitute a strategic place to approach population needs and professional profiles. **METHODOLOGY:** The educational process of pediatricians in postgraduate training in CS in the City of Rosario can be explored and described, through a qualitative study with semi-structured interviews with key actors: people in postgraduate training and tutors of the Career of Pediatrics. **RESULTS/DISCUSSION:** The work in CS with tutors accompanying the learning process is a rotation in Pediatrics. It appears as an activity with the potential to offer experiences that surpass biomedicine. Critical remarks arise when acting systematically, the clinic focused on the disease and the decontextualized practices that characterize hospital work. **CONCLUSION:** the need to promote the CS as spaces for practical postgraduate training in Pediatrics is identified if the aim is to produce graduates better prepared to work in the real contexts of Rosario.

Key words: medical residencies, pediatrics, health centers, primary health care, medical education.

Introducción

La educación médica de grado y posgrado ha sido influenciada por el informe Flexner de principios del siglo XX. A partir de Flexner se instaló el razonamiento formal de las ciencias naturales como eje central de la formación médica. Dicho informe aportó a la consolidación de la biomedicina como modelo dominante de la práctica clínica, la invisibilización de la dimensión subjetiva de los problemas de salud, a la excesiva especialización de la medicina y la centralidad de los hospitales como espacios de escuela. A este modelo educativo se lo conoce como modelo flexneriano y ha surgido una propuesta alternativa y superadora: Salud Colectiva (SC) latinoamericana. Este modelo contra-hegemónico, aspira a adoptar la teoría de la complejidad para ampliar el análisis de los problemas de salud. De esta manera, se anhela trascender de un modelo de multi-causalidad a uno de determinaciones en niveles múltiples. El contexto del surgimiento de la SC fue la dificultad para abordar problemas poblacionales, el crecimiento de los costos de los sistemas de salud (SS) y el lanzamiento de la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia para generar equidad en el acceso, poniendo el foco en los sujetos y los territorios. Los SS demandan profesionales con capacidad de pensamiento crítico, aptitud para el abordaje interdisciplinario/intersectorial e identificación de problemas en las comunidades.

En consecuencia, existe algún grado de consenso en la necesidad de correr el centro de la formación médica de los hospitales. Se prioriza la necesidad de generar profesionales con mirada crítica respecto de los avances técnico-científicos y capacidad de contextualizar los abordajes. Cuando prevalece la lógica instrumental en la práctica clínica, el trabajo en salud se reduce a la aplicación a-crítica de protocolos basados en evidencia biomédica.

La biomedicina como modelo dominante de la práctica clínica actual se fundamenta en el pensamiento racional positivista que objetualiza al sufriente y descontextualiza los abordajes. Desde la SC, surgen modelos alternativos que buscan ampliar la mirada, recuperar la dimensión subjetiva de las personas e identificar las múltiples determinaciones que se relacionan con los modos de enfermar y morir. Autores como GW de Souza Campos, E Merhy y RCM Ayres han realizado diferentes propuestas de clínica centrada en sujetos en pos de desarrollar una práctica más humanizada y humanizante. En estas propuestas ponen el énfasis en el encuentro trabajador-usuario, reconociendo el carácter relacional de la clínica. De esta manera, los problemas se construyen en diálogo simétrico entre la experiencia de sufrimiento de las y los usuarios y el saber técnico de las y los trabajadores de salud. Para este ejercicio clínico, Merhy subdivide el trabajo en vivo (aquel basado en tecnologías *blandas* como la escucha, la comunicación y el vínculo) y muerto (aquel que se sustenta en la utilización de tecnologías *blandas-duras* como protocolos clínicos y *duras* como los aparatos médicos). Por lo tanto, el trabajo clínico en el modelo de la biomedicina, se enfoca especialmente en las tecnologías duras, asumiendo como objeto a la enfermedad y borrando a la persona que sufre. Las propuestas superadoras mencionadas, aspiran a una clínica basada en tecnologías blandas y haciendo énfasis en la relación

usuario-trabajador. Para la biomedicina, el contexto del sufriente y su experiencia constituyen algo adicional: lo que no puede abordarse de manera sistemática, lo que escapa a las guías clínicas basadas en la evidencia científica. Así, la experiencia del sufriente puede constituir un malestar en las y los trabajadores y desencadenar procesos de desgaste y alienación.”

M. Rovere identifica que los equipos del primer nivel de atención ganan protagonismo en el abordaje de problemas complejos. La organización de los SS como redes flexibles se presenta como necesaria. Crece la urgencia de incluir a los efectores del primer nivel como espacios de prácticas en la formación de posgrado y de adecuar los perfiles profesionales orientados al trabajo interdisciplinario/intersectorial. Sin embargo, históricamente existen conflictos en la articulación educación – servicios de salud, y entre el aprendizaje y la tarea asistencial, que a menudo interfieren los procesos formativos y sobrecargan de actividades a las personas en formación de posgrado. En un estudio del año 2005, realizado en tres provincias argentinas, identificamos algunos de los principales problemas de las residencias médicas: predominio del “adiestramiento en la práctica” como modelo de aprendizaje, sobrecarga de responsabilidades asistenciales y resolución de casos clínicos con enfoque biomédico en ámbito hospitalario, entre otros. Según los resultados del estudio de Abramzon (2012), la perspectiva de la APS y aspiraciones a la superación del modelo biomédico están presentes en muchas Carreras de Posgrado. En relación a los CS como espacios de prácticas, identificaron que fue clave para el aprendizaje la posibilidad de las y los médicos en formación de posgrado de integrarse a un equipo del primer nivel de atención. El marcado perfil de internista y el escaso tiempo asignado a las rotaciones en CS fueron algunos de los condicionantes de la formación con orientación a APS.

Fundamentalmente organizada en hospitales, la formación médica de posgrado tiende a reproducir modelos de enseñanza centrados en la transmisión de conocimiento, fragmentando la atención, descontextualizando los abordajes y poniendo el foco de la clínica en los procedimientos más que en las personas. Los CS como espacios de prácticas formativas pueden constituir un lugar estratégico para acortar distancias entre las necesidades poblacionales y las aptitudes y perfiles profesionales de las y los médicos en formación de posgrado.

En el histórico proceso de transformación del SS de la ciudad de Rosario, estuvo caracterizado por la descentralización de los servicios, la creación y ampliación de equipos en el primer nivel de atención con aumento de sus capacidades de resolución de problemas y de articulación con todos los efectores de la red de servicios. Se destacan algunos de los hitos de este proceso:

- la APS fue asumida como estrategia de organización de toda la red y como filosofía adoptada por grandes colectivos de trabajadores;
- se trazaron tres directrices principales del trabajo: la equidad, la clínica contextualizante y la participación;
- se implementó un modelo de gestión descentralizada asumiendo al CS como eje de la red de servicios;
- la adscripción de las y los usuarios en los equipos de CS fue la política adoptada para facilitar el acceso de los sectores más postergados.

En la red de salud rosarina, los CS han sido incorporados como espacios de prácticas en las Carreras de Posgrado de Medicina General, Clínica Médica y Pediatría. Esta última, posee un plan de estudio en el que se reconoce la práctica ambulatoria y la estrategia de Atención Primaria de la Salud como puntos importantes de la formación. Sin embargo, en pediatría como en la mayoría de las instancias de especialización de posgrado, el hospital predomina como espacio de prácticas. Al momento de realizar el presente estudio no se identificaron investigaciones que exploren los CS como espacios de formación práctica en Pediatría. Por lo tanto, se propuso explorar y describir el proceso educativo de las y los pediatras en formación de posgrado en CS de la Ciudad de Rosario.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación con enfoque cualitativo, exploratorio, en busca de recuperar las perspectivas de tutores y médicos en formación de posgrado en Pediatría, para identificar las estrategias de enseñanza aprendizaje que se ponen en juego en el ámbito particular de los CS como espacios de prácticas. Tomando los desarrollos de P. Freire y de E. Merhy se entiende el trabajo en educación y el trabajo clínico desde una perspectiva relacional en la que tanto las y los docentes como las y los alumnos participan activamente del proceso educativo. Por lo tanto, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a estos actores claves. Dado que, desde la perspectiva teórica de análisis hermenéutico-dialéctico, tiene troncal relevancia la relación entre las representaciones

del actor y su contexto, los actores seleccionados integraban equipos de CS de la Municipalidad de Rosario, al momento de realización del trabajo de campo.

Se exploraron los procesos educativos y se realizó un análisis del material poniendo el foco en dos aspectos: 1- concepción del trabajo en salud; y 2- concepción del proceso educativo. Se realizó una guía para las entrevistas al modo de conversación con finalidad. Se buscaron preguntas disparadoras que permitan abordar diferentes dimensiones del objeto de estudio, ampliando el diálogo y facilitando la emergencia de la perspectiva del entrevistado/a. La guía fue puesta a prueba y modificada en situ acorde a lo emergente en cada encuentro en post de favorecer la apertura comunicativa y de permitir la eventual aparición de dimensiones no contempladas en el diseño del instrumento. Se utilizó el criterio de saturación de la muestra para delimitar el número de entrevistas necesarias.

En relación a la dimensión temporal se definió el 01/03/2020 como parámetro para establecer los criterios de selección de actores-claves:

- tutores/as de pediatría que a esa fecha tengan al menos 1 año en esa función;
- médicos/as que hasta esa fecha hayan completado la formación práctica en pediatría o hayan realizado al menos un año de formación de posgrado en pediatría.

Todas las personas incluidas en el estudio firmaron un consentimiento informado. El presente artículo es parte de una investigación mayor que fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

Resultados

Se realizaron 8 entrevistas a actores claves a quienes se le asignaron nombres ficticios con el fin de la confidencialidad. (ver Tabla 1).

Tabla 1: actores clave entrevistados (nombres ficticios)

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

La necesidad de ampliar la formación hospitalaria.

La perspectiva de las entrevistadas sugiere que aspiran a reproducir una clínica superadora de la

biomedicina. En cercanía con GW de Souza Campos: buscan intervenir más allá del síntoma o el signo incluyendo la familia del niño, las condiciones de vida y demás determinaciones particulares.

Trato de no focalizarme sólo en lo biológico. En pediatría, no es sólo pesar, medir y decirle a la madre qué tiene que hacer... Es un trabajo de acompañamiento de salud con los niños muy relacionado con la familia. Cómo cada uno de esos niños se relaciona con su familia. Es muy importante adonde viven y las características de vida que tienen. (Viviana, tutora pediatría)

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

Aparecen diferencias en los procesos de trabajo del CS y del hospital. La primera, la posibilidad de seguimiento en el CS y la inmediatez de las intervenciones en el hospital. Y en segunda instancia, la chance de acotar la aplicación acrítica de protocolos. La potencialidad de crear vinculo trabajadores-usuarios en el ámbito de los CS no parece viable en el trabajo hospitalario. En palabras de Gabriela: *te afecta más porque existe la posibilidad de una clínica del sujeto: más humanizada y humanizante. Una clínica donde se des-objetaliza el sufrimiento.*

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

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

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

Los residentes aprenden otra mirada del mismo niño que ellos ven en el hospital. En el hospital, uno ve en el contexto de la enfermedad y muchas veces te da poco tiempo para repensar lo que atraviesa la familia en la internación. (Bárbara, tutora pediatría)

El contraste CS-hospital emerge claramente. El hospital se enfoca en la enfermedad. En el CS existe la posibilidad de apreciar el proceso salud enfermedad atención (PSEA) en varios de sus múltiples dimensiones. Al contextualizar las situaciones clínicas, se avanza hacia la incorporación de la perspectiva de la complejidad en salud y se ofrecen condiciones para mirar críticamente la aplicación lineal de protocolos médicos. El contexto de las personas parece quedar, parcial o totalmente, invisibilizado en el proceso de trabajo del hospital y eso tiene una influencia directa en la formación de pediatría. Volviendo a citar a GW de Souza Campos, en el marco de la clínica clásica la enfermedad es como *una segunda piel* que envuelve a la persona enferma. El énfasis excesivo en la enfermedad borra al enfermo. Por lo tanto, todas las demás dimensiones del sufrimiento humano quedan ocultas. La mirada médica se acota al diagnóstico y este constituye la única categoría que organiza el trabajo clínico.

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

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

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

Los procesos de trabajo parecen tener mayor rigidez en el hospital: *Uno en el hospital tiene una forma de actuar muy sistemática. Las normas del hospital y el tiempo limitado para realizar las tareas horadan la clínica. La sistematicidad poco flexible del trabajo hospitalario dado por la aplicación de protocolos y guías (tecnologías duras-blandas) suponen una captura del trabajo vivo por el trabajo muerto. La rígida disciplina del hospital puede deshumanizar el trabajo clínico.*

Del trabajo de capo, surge que el tiempo para el trabajo es más amplio en el CS que en hospital.

Aunque, el trabajo en CS ofrece posibilidad de seguimiento a largo plazo, el tiempo concreto de encuentro médico-paciente es habitualmente más corto e intermitente que en el contexto de internaciones. En estas últimas, las y los usuarios, permanecen en la institución todo el tiempo de hospitalización. Por lo tanto, emergen preguntas: ¿cómo se piensa el tiempo? ¿qué tiempo es el que acota el ejercicio clínico: el de las y los usuarios o el de los equipos de salud?

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

La noción de que los recursos están disponibles en el hospital y ausentes en el CS está vinculada a las tecnologías duras (aparatosología médica), siguiendo la conceptualización de E. Merhy. Además, esta disponibilidad diferencial de recursos parece tener efectos en el modelo de clínica desarrollado: centrada en procedimientos en el hospital o centrada en usuarios en el CS. La centralidad de la clínica no parecería estar definida por las y los trabajadores, sino por la disponibilidad de tecnologías duras y el marco institucional. Las y los pediatras en el hospital, manifiestan ver restringida su clínica. El trabajo se ajusta a los protocolos institucionales. Por otro lado, el CS se presenta como una oportunidad de liberar la clínica de las ataduras de los procesos de trabajo hospitalarios. En el CS, se menciona la posibilidad de otro modo de trabajo diferente de esa *forma de actuar muy sistemática* del hospital. La menor disponibilidad de recursos materiales parecería influir en favorecer una clínica más centrada en las personas y en las tecnologías blandas. Una clínica más humanizada. Tal como menciona Selene: *Te basas mucho más en la relación médico paciente. Y ves al paciente como un todo.*

La función tutorial y las estrategias pedagógicas en los CS

Del trabajo de campo surge que la función tutorial está relacionada con la noción de acompañamiento, la guía y el estímulo. Aparece una perspectiva crítica del aprendizaje bancario. Las y los tutores asumen la compleja tarea de mediar el encuentro entre el saber técnico de las y los trabajadores de salud y las experiencias concretas de las y los usuarios. *Salir de la burbuja, salir del hospital, para poner a jugar el saber científico en el contexto real de vida de las personas.*

Para mí la formación en pediatría debería ser más integral. Poder mostrar a los residentes que detrás de cada paciente hay una historia, una familia. Poder individualizar a nuestros pacientes. Que ninguno es igual a otro. (Viviana, tutora pediatría)

Una vez que se va el paciente, poder charlar cosas que vimos en la consulta o que nos llamaron la atención. Tener ese tiempo después de la consulta me parece provechoso... el tutor te resalta otra forma de hacerlo o cosas que había que pensar en esa situación. (Silvina, médica en formación)

Desde una perspectiva crítica del aprendizaje, lo central en el proceso es la relación docente-alumno. El docente asume compromiso de acompañar el aprendizaje del alumno y éste toma un rol activo. Se observa que las tutoras acompañan como médicas del CS, desde su propia experiencia, mostrando otro modo de trabajo superador al intervenir *mecánicamente*. Se pone énfasis en *individualizar* la experiencia de sufrimiento de cada persona en su contexto de vida. Aparecen aspiraciones a una formación más *integral*.

En mi experiencia de rotación por APS, me toco con una pediatra súper biologicista. Era llegar al consultorio y ver, ver, ver. No existía esto de poder abrir otra pregunta... Jamás fui a un domicilio. Jamás una discusión de la situación de una familia. (Viviana, tutora pediatría)

Principalmente, creo que es el acompañamiento del residente en su formación. Leemos como pares, siempre uno puede aportar desde su experiencia de lo que ve. Brindarles herramientas desde la práctica de lo que uno va viviendo en el CS. (Bárbara, tutora pediatría)

La propia experiencia de las tutoras trabajando en CS tiene impacto en la oferta académica. Viviana critica la práctica biomédica y Bárbara menciona la retoalimentación mutua. Se encuentra ahí una referencia a una perspectiva activa, dialógica y bidireccional del aprendizaje. Asimismo,

se destacan las herramientas desde la práctica de la propia tutora. El saber práctico construido por la experiencia propia de trabajo en el CS toma un lugar central.

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

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

La formación en CS parece ofrecer la posibilidad de reflexionar sobre el trabajo clínico puesto en el contexto real de las personas. Se identifican tres puntos principales: la menor disponibilidad de tecnologías duras parece dejar espacio para el encuentro médico-paciente, las tutoras toman su propia experiencia como insumo para el proceso educativo y el trabajo interdisciplinario para más posible que en el ámbito hospitalario.

En primer año tenés la rotación de tres meses en CS. Primero, se aprende observando al tutor en su práctica de consultorio. Progresivamente, vas teniendo más intervención. La consulta es más amena y relajada que en la guardia. Hay un vínculo, la pediatra ya conoce a la familia. Y el trabajo no está orientado sólo a la enfermedad. (Milagros, médica en formación) Uno en general, ya va conociendo las familias que circulan en el CS, las familias que viven en el barrio. Entonces, es cómo decir, cómo expresarnos, cómo hacer, cómo acompañar... También, es vivencial la experiencia que uno les brinda. (Bárbara, tutora pediatría)

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

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

Entre las estrategias pedagógicas se destacan el consultorio en conjunto con la médica tutora, espacios interdisciplinarios de re trabajo de situaciones clínicas, reuniones de equipo de CS, dispositivos de desarrollo infantil, talleres de juego y visitas domiciliarias. Todos estos dispositivos pedagógicos ofrecen la posibilidad de contextualizar la clínica. La observación de las atenciones realizadas por las tutoras es la primera estrategia desplegada y supone la aproximación de las médicas en formación a la experiencia práctica del trabajo en CS. Surge la prevalencia de un cómo hacer práctico que incluye y supera el conocimiento técnico. Un cómo hacer clínica que está condicionado por el vínculo con las personas en sus contextos de vida.

Algunas dificultades de los CS como espacios de formación de posgrado en pediatría

El trabajo en CS se incluye como rotación dentro del área de formación práctica de la Carrera de Posgrado en Pediatría. Por lo tanto, dicha actividad se acota a tres meses en primer año y un día a la semana durante el resto de los tres años. Este día de CS, a su vez, se acota en tiempo dado que la llegada del médico en formación está condicionada por otras actividades: tareas pendientes de la sala de internación y clases teóricas dictadas en el hospital.

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

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

Cuando vienen una vez a la semana a la tarde, con la vorágine del día, es difícil que lo aprovechen.

Hay momentos en que me replanteo “¿sigo siendo tutora?, ¿para qué vienen a esta hora?”. Llegan liquidados, no le encuentro ningún sentido. (Viviana, tutora pediatría)

En las entrevistas a tutoras y médicas en formación se identifican algunas de las consecuencias de una formación práctica focalizada en el ámbito hospitalario: poca experiencia en medicina ambulatoria, focalización en medicina interna y reproducción de abordajes poco integrales. Además, los espacios de reflexión crítica sobre situaciones tienen lugar en momentos en los cuales las residentes no están en el CS y esta rotación aparece marginal en el esquema de actividades prácticas y en la coordinación de horarios y prioridades.

Principalmente, la dificultad es el poco tiempo que vienen. El poco tiempo que se destina a APS. Su formación es mucho más hospitalaria. (Bárbara, tutora pediatría)

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

No está facilitado este acceso. Por ej, les ponen clases el día que tienen que venir al CS. Infiere mucho esto. Estaría buenísimo que hubiera un coordinador de tutores que organice un poco estas cosas. A veces, me siento sapo de otro pozo, ni opino. No me quiero enfrentar con los otros tutores. No hay un lineamiento claro de qué es lo que tiene que hacer el residente en cada lugar. Ni de por qué es importante esta rotación. (Viviana, tutora pediatría)

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

Discusión

El trabajo en CS con tutoras acompañando el proceso de aprendizaje es una rotación en el Área de Formación Práctica de Pediatría. Esta rotación aparece como una experiencia con la potencialidad de ofrecer posibilidades para observar el trabajo ambulatorio y comunitario, para contextualizar las intervenciones y para ejercer una clínica con mirada interdisciplinaria y superadora de la biomedicina. Se despliegan estrategias como el consultorio con tutoras, los dispositivos de desarrollo infantil, las visitas domiciliarias y espacios interdisciplinarios clínicos o de gestión local.

En las entrevistas, surgen señalamientos críticos al actuar sistemático, la clínica focalizada en la enfermedad y las prácticas descontextualizadas que caracterizan al trabajo hospitalario. Por otro lado, en consultorio con tutoras y en los espacios interdisciplinarios en el CS se despliegan estrategias potentes para abordar la distancia entre las situaciones clínicas singulares y el conocimiento biomédico. Las entrevistadas ponen el foco en aprender de la singularidad de situaciones. Las tecnologías blandas adquieren mayor jerarquía fuera del hospital. Por consiguiente, el trabajo en CS tiene la potencialidad de ampliar la mirada clínica de las y los médicos en formación y ayudar a salir de la burbuja del hospital.

Sin embargo, estas potenciales experiencias de aprendizaje en los CS se ven acotadas por la marginalidad de esta rotación en asignación de tiempo y prioridad. Se planifica como una rotación secundaria de tiempo acotado y que está supeditada, en algunos relatos, a las actividades de la sala de internación. Esto determina, desde la perspectiva de las entrevistadas, que se aprovechen escasamente las posibilidades de aprendizaje en los CS. Aparece el problema del tiempo: en el hospital, las y los usuarios permanecen días internados pero las entrevistadas perciben una dificultad para ampliar la clínica, contextualizar intervenciones y sostener abordajes integrales e interdisciplinarios. Todas dificultades que parecen tener mejores posibilidades de ser saldadas en el CS a partir del vínculo con familias, el re trabajo en espacios interdisciplinarios y el seguimiento longitudinal de los casos.

Tal como sintetiza en su investigación Abramzon²³ y otros, cuando el trabajo en CS se acota a una rotación secundaria podría perder impacto formativo para incluir la perspectiva de APS y de una clínica superadora del modelo biomédico. En el desarrollo de la red de salud pública de Rosario se propuso focalizar los procesos de atención en los CS. Ese proceso de descentralización de los servicios de salud en marco de implementación de una estrategia de APS parece aún no haber tenido una influencia contundente en el diseño de la formación práctica de Pediatría.

Finalmente, los relatos de las entrevistadas invitan a la pregunta: ¿es suficiente el tiempo y la prioridad asignada al trabajo en CS para formar pediatras con una perspectiva de cuidado integral y abordajes contextualizados?

Conclusión

Los CS esta incluidos en el esquema de formación práctica de la Carrera de Pediatría de la UNR. Sin embargo, se les asigna poca prioridad en el contexto de las demás actividades, según la perspectiva de las y los actores clave entrevistados. Se identifica una necesidad de des-hospitalizar progresivamente la formación de las y los pediatras, potenciando el trabajo en CS como dispositivo educativo. Se señala al trabajo clínico y el aprendizaje en el marco hospitalario como sistemático, muy protocolizado y que no facilita el pensamiento crítico. La clínica descontextualizada del hospital no ofrecería las mejores condiciones para el aprendizaje. En las entrevistas emerge que el trabajo en CS podría favorecer la ampliación de la clínica para superar la mirada biomédica en la práctica médica. Tomando las palabras de una médica entrevistada, ayuda a salir de la burbuja del hospital.

Fuentes de financiamiento: no presenta

Referencias Bibliográficas

1. Flexner A, Pritchett H, Henry S. Medical education in the United States and Canada bulletin number four (The Flexner Report)". New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910
2. Schrewe B. From history to myth: productive engagement with the Flexnerian metanarrative in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* [Internet]. 2013;18(5):1121-38.
3. Spinelli H. Máquinas y arte-sanos. *Salud Colect* [Internet]. 2018;14(3):483-512.
4. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2009;33(2):262-70.
5. BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2013, vol. 31, p. 13-27.
6. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018;42(spe1):315-27.
7. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* [Internet]. 2010;376(9756):1923-58.
8. Skochelak SE, Lomis KD, Andrews JS, Hammoud MM, Mejicano GC, Byerley J. Realizing the vision of the Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century: Transforming medical education through the Accelerating Change in Medical Education Consortium. *Med Teach* [Internet]. 2021;43(sup2):S1-6.
9. Peixoto MT. Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad. *Interface-Comunicação*. 2019;23.
10. Silva JAM da, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc* [Internet]. 2011;20(4):1018-32.
11. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colect* [Internet]. 2005;1(1):9. Available from: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2005.1>
12. Camargo KR de Jr. A biomedicina. *Physis* [Internet]. 2005;15(suppl):177-201. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312005000300009>
13. Campos GWDS. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. Campos GWDS, editor. Lugar; 2001.
14. Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2021
15. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis* [Internet]. 2007;17(1):43-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312007000100004>
16. Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2021
17. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Fam Syst Med* [Internet]. 1992;10(3):317-31.
18. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colect* [Internet]. 2020;16:e2615.
19. Westerhaus MM, Ma; Finnegan A, Mona MD, Arthur M, Joia MD, Paul MD. PhD The Necessity of Social Medicine in Medical Education. *Academic Medicine*. 2015;90:565-8.
20. Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate* [Internet]. 2012;36(94):327-42.
21. Duré I. Residencias médicas en Argentina 2015. *Revista Argentina de Medicina*. 2015;3(5):2-4.

22. Borrell Bentz, María Rosa. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2005.
23. Abramzón M. Articulación entre la formación de grado y posgrado en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral: análisis en dos escenarios. 2012
24. Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. Interface [Internet]. 2001;5(8):89-100.
25. Rao R, Hawkins M, Ulrich T, Gatlin G, Mabry G, Mishra C. The evolving role of public health in medical education. Front Public Health [Internet]. 2020;8:251.
26. Rovere M. Una ciudad modelo en salud pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática [Internet]. Org.ar. [cited 2022 Mar 1]. Available from: https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf
27. Minayo MCDS. La artesanía de la investigación cualitativa. Lugar Editorial; 2009.
28. De Candia LF. Educación médica de posgrado para una clínica humanizada. El caso de los centros de salud de Rosario. 2020.