

# La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa

■ *Rosa Maria Borrell Bentz*

Representación OPS/OMS en Argentina



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la*  
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud  
Primera edición: 1000 ejemplares

ISBN 950-710-083-0

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Diagramación: "Marcelo Kohan / diseño + broker de impresión"

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial,  
pero mencionando la fuente de información.

## **DEDICATORIA**

*A toda la población, que recibe los cuidados de médicos especialistas, cuya formación en los espacios de los servicios de atención de la salud, debe constituir un eje de análisis y fortalecimiento permanente.*



# Índice

- 11** Prólogo / Dr. José Antonio Pagés
- 13** A modo de breve prefacio / Dra. Maria Cristina Davini
- 17** Introducción / Dra. Rosa Maria Borrell Bentz
  
- 21** **Capítulo 1**  
Debates y problemas en la educación médica latinoamericana

  - 21** 1.1 Epistemología y paradigmas científicos:  
Enfoque Flexner y enfoque crítico.
  - 31** 1.2 Los análisis sobre los modelos académicos y organizativos:  
la influencia pedagógica de Flexner y los intentos de superarlos.
  - 40** 1.3 Tendencias de reforma educativa y surgimiento de la  
pedagogía médica.
  - 51** 1.4 Los debates recientes y el giro conceptual: pedagógico,  
epistemológico y político.
  - 60** 1.5 Algunas tendencias en los debates actuales de la  
educación médica en Argentina

  
- 69** **Capítulo 2**  
El hospital y la estructura de los servicios como espacios de práctica médica

  - 69** 2.1 El hospital como organización social compleja
  - 73** 2.2 El modelo de atención médica.
  - 81** 2.3 El hospital público y el modelo de atención en Argentina

  
- 95** **Capítulo 3**  
Las residencias médicas

  - 95** 3.1 El hospital como espacio de aprendizaje de los médicos
  - 99** 3.2 Las residencias médicas en Argentina.
    - 99** 3.2.1 Algunos antecedentes.
    - 109** 3.2.2 Situación actual de las residencias médicas.

<b>117</b>	<b>3.3</b>	El marco legal de las residencias médicas.
<b>123</b>	<b>3.3.1</b>	Dificultades en la ejecución de la legislación Argentina sobre especialidades y residencias médicas
<b>125</b>	<b>Capítulo 4</b>	El currículo en las residencias.
<b>126</b>	<b>4.1</b>	El currículo como categoría de investigación.
<b>134</b>	<b>4.2</b>	Dimensiones de análisis de una categoría compleja en la formación de las residencias médicas.
<b>135</b>	<b>4.2.1</b>	El currículum como expresión de intereses.
<b>141</b>	<b>4.2.2</b>	El currículo como forma de acceso al conocimiento.
<b>149</b>	<b>4.2.3</b>	El currículo como práctica de formación.
<b>153</b>	<b>4.2.4</b>	El currículo en el contexto del hospital.
<b>155</b>	<b>Capítulo 5</b>	El currículo de las residencias médicas y el problema del acceso al conocimiento.
<b>156</b>	<b>5.1</b>	Los programas de formación.
<b>166</b>	<b>5.2</b>	La selección y renovación del conocimiento.
<b>172</b>	<b>5.3</b>	Disponibilidad de acceso al conocimiento sistematizado.
<b>177</b>	<b>5.4</b>	Las residencias y la integración docencia- servicio.
<b>180</b>	<b>5.5</b>	La enseñanza interdisciplinaria.
<b>191</b>	<b>5.6</b>	A modo de síntesis.
<b>193</b>	<b>Capítulo 6</b>	Las dificultades y alcances de la práctica educativa.
<b>195</b>	<b>6.1</b>	Los docentes y su visión de su experiencia como residente.
<b>199</b>	<b>6.2</b>	La enseñanza actual: ha cambiado?.
<b>204</b>	<b>6.3</b>	La visión acerca de los residentes de hoy.
<b>208</b>	<b>6.4</b>	El problema de la dedicación docente.
<b>212</b>	<b>6.5</b>	El modelo de enseñanza de la medicina especializada.
<b>231</b>	<b>6.6</b>	A modo de síntesis

<b>235</b>	<b>Capítulo 7</b>
	El hospital como espacio de la formación y práctica educativa de los futuros médicos especialistas.
<b>236</b>	7.1 La visión hospitalaria reproductora de una práctica hegemónica.
<b>242</b>	7.2 Las dificultades de implementar un programa articulado en las condiciones actuales de los hospitales.
<b>248</b>	7.3 La formación de los profesionales en la práctica hospitalaria.
<b>264</b>	7.4 El poder jerárquico que se transmite.
<b>278</b>	7.5 La formación de los formadores.
<b>281</b>	7.6 A modo de síntesis.
<b>285</b>	<b>Capítulo 8</b>
	Conclusiones
<b>285</b>	8.1 Conclusiones generales del estudio.
<b>301</b>	<b>Capítulo 9</b>
	Recomendaciones
<b>301</b>	9.1 Algunas ideas para comenzar a cambiar la práctica educativa de las residencias médicas.
<b>315</b>	<b>Anexo</b>
	Orientaciones metodológicas del estudio
<b>325</b>	<b>Bibliografía</b>



## Prologo

Cada día se hace más evidente la necesidad de consolidar la conciencia colectiva e implementar prácticas con la finalidad de reducir las brechas en la situación de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud de la población en la mayor parte de los países de la Región de las Américas.

En este contexto los esfuerzos de directivos de salud, desde la perspectiva de la gestión de políticas y programas de desarrollo sanitario y las acciones de las instituciones académicas relacionados con la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud, tienen una prioridad fundamental.

La lectura del trabajo que nos presenta nuestra colega, la Dra. Rosa María Borrell, nos ha llenado de una profunda satisfacción pues hace una contribución destacada a este conjunto de esfuerzos. Pienso que los resultados de esta investigación y todo el contenido metodológico y conceptual del mismo, es un ejemplo de creatividad operativa como parte de los procesos tendentes a la generación y difusión de conocimiento científico entre los miembros de una amplia comunidad de profesionales y gestores en general, interesados y comprometidos con el desarrollo sanitario de nuestros países.

Los temas relacionados con las residencias médicas, su marco legal, los aspectos que se vinculan al currículum de formación, así como el rol del hospital como espacio de formación y práctica educativa, son todos ejemplos de la pertinencia e importancia de los asuntos que han sido estudiados por la Dra. Borrell.

Este estudio se centra en la experiencia de Argentina y se sustenta en gran medida en los programas de cooperación técnica que desde la Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Argentina se han ejecutado en los últimos años en el área de recursos humanos, los que precisamente han sido coordinados por la Dra. Borrell, como Consultora de Recursos Humanos en dicha Representación. Estamos seguros que este producto contribuirá también, de manera importante, a otros países de nuestra Región, donde se dan situaciones parecidas y se tienen que abordar problemas comunes a los que han sido colocados por la Dra. Borrell en el cuidadoso análisis que ha realizado. Por eso nuestra decisión de apoyar la edición de la presente publicación, oportunidad además que aprovechamos para reconocer y felicitar a Rosa María y a todos los que colaboraron con ella por la dedicación y excelente trabajo.

JOSÉ ANTONIO PAGÉS  
*Representante OPS/OMS, Argentina*



---

## A modo de breve prefacio

Intentar comentar una obra o reflexionar sobre sus aportes es una tarea compleja, en particular cuando se trata de destacar sus contribuciones inmediatas y otras no tan inmediatas, pero de significativo valor en el mediano plazo. Se hace más difícil si uno no es un lector pasivo o externo sino que, además, ha acompañado cada etapa de su producción, dialogando, intercambiando y asistiendo a cada una de sus decisiones. Pero la tarea se vuelve más rica aún, cuando uno mantiene con la autora una larga, intensa y fructífera relación profesional y personal.

Empezando por esto último aspecto, que sin duda es el más humano porque implica pensar en los variados vínculos personales que nos unen, quiero expresar que Rosa María Borrell es una invaluable amiga y una compañera de muchas trayectorias e historias compartidas en el esfuerzo permanente de impulsar y desarrollar la dimensión educativa de instituciones, programas y proyectos de educación del personal de salud. Hemos compartido muchas iniciativas, producciones y reflexiones a lo largo de muchos años y en diversos contextos y países de Latinoamérica. En este sentido, es muy significativo para mí ofrecer estas palabras de valoración y reconocimiento en este camino.

La obra que aquí se ofrece al lector constituye un aporte en esta ruta. Pero no un simple aporte más, sino el resultado de un proyecto de largo aliento. Es, sin duda, un hito importante en la trayectoria de Rosa María, siempre comprometida con el desarrollo y cambio de la educación en el campo de la salud.

Pero a diferencia de otras contribuciones, este libro presenta los aportes de una ambiciosa investigación. Es importante destacar seriamente este aspecto. El espacio asignado habitualmente a la dimensión educacional, y en particular de la contribución del pedagogo en el campo de la formación y desarrollo de los Recursos Humanos de Salud, suele ser vista exclusivamente como una contribución técnica. Se espera que el educador realice desarrollos metodológicos para el diseño de acciones. Pero es muy poco frecuente que se conciba este aporte dentro del campo de desarrollo de conocimientos, por ende, se dediquen esfuerzos sistemáticos de investigación. En este sentido, el trabajo de Rosa María Borrell avanza en este desafío y genera un espacio en general poco visualizado y de amplio potencial de desarrollo.

Si bien el estudio aporta para la comprensión de los fenómenos y orienta posibles cursos de acción posterior, lo que es más destacable de esta contribución es justamente que representa y comunica un importante esfuerzo de investigación. Por lo tanto, no se trata aquí de una sistematización de experiencias o

una propuesta de acción. La obra presenta, en cambio, la construcción sistemática de conocimientos en un campo poco explorado por estudios previos.

La obra que se presenta aquí representa una parte sustantiva de su investigación para la obtención del grado de Doctorado en la Universidad de Buenos Aires (UBA), de Argentina. Me ha tocado la suerte de acompañar todo este desarrollo, desde las primeras conversaciones, desde el diseño del estudio, la discusión teórica y la elaboración metodológica, hasta el proceso de análisis e interpretación de sus resultados. Acompañando este largo camino, he podido ver crecer y configurarse un valioso estudio en el terreno de la Educación Médica.

El estudio aborda la Educación Médica, en el espacio particular las Residencias en distintos programas universitarios argentinos, desarrollados en diversas regiones del país. En particular, se incorporan al estudio las iniciativas de reformulación curricular de las Residencias Médicas, analizando alcances y logros, como asimismo sus desventuras y dificultades. Como toda investigación, recorta un campo de análisis y un contexto. Pero muchas de sus avances y contribuciones son susceptibles de representar y ayudar a comprender estos procesos en otros contextos y en otros países de la región.

En otros términos, el estudio aborda la problemática del cambio educativo en una esfera importante en que se están produciendo diversos debates, variadas propuestas y un serio análisis respecto de la calidad y pertinencia de la formación de los profesionales de salud.

El estudio aborda el análisis del Currículo de Formación en las Residencias Médicas. Con ello, se trabaja sobre un proceso complejo, más amplio que la noción restringida de “plan de estudios”. Se incorpora el estudio sistemático del Currículo en cuanto campo de cruce entre el conocimiento, los sujetos y las prácticas educativas. Un valor particular en este análisis es que este cruce se realiza en la concreción de las prácticas educativas y asistenciales, en el propio contexto del Hospital, como ámbito formativo.

Entiendo que este aporte es sustantivo, dado que la formación no se realiza centrada en el aula sino en el mismo seno de las prácticas laborales, institucionales y profesionales, con intencionalidad de formación médica. El contexto de las prácticas asume, entonces, un papel protagónico en el marco de las oportunidades, realidades y límites de la actuación socio-profesional en el Hospital. Es aquí donde operan las inflexiones entre el cambio educativo y la reproducción de las prácticas, como marco de las distintas iniciativas. En ello tiene especial importancia y atención las tensiones percibidas por los actores de la práctica, sus proyectos, sus supuestos y sus tendencias a la conservación.

El estudio arroja importantes avances para repensar la dialéctica del cambio en las prácticas socio-profesionales, socio-institucionales y educativas. Colabora, así, para la producción futura de alternativas de cambio y mejora en la realidad de la Educación Médica.

Finalmente, deseo destacar en estas breves líneas, la importancia de esta contribución desde el lugar de la producción y difusión de los aportes de investigación educativa para la formación del personal de salud. Un estudio sistemático es un aporte sustantivo. Pero, a corto plazo, es posible (y deseable) esperar el progreso y desarrollo de más investigaciones en los procesos de formación y en el campo del desarrollo y Educación Permanente del Personal de la Salud. Sirva, entonces, esta obra de Rosa María Borrell como importante impulso a un campo de alto valor y voltaje, como lo es la investigación educacional.

MARÍA CRISTINA DAVINI

*Junio de 2005*



---

## Introducción

Es mucho lo que se ha escrito acerca de la educación de los médicos, especialmente del nivel de formación de grado. Las investigaciones correspondientes a la formación de los postgrados, en particular de aquellas que se desarrollan con la modalidad de “residencias”, no aparecen con la misma magnitud y frecuencia de las del grado.

En los últimos años hemos dedicado algún esfuerzo a sistematizar algunas de las tendencias generales de la formación de los especialistas médicos en Argentina, tanto por la inversión que en este rubro se ha venido haciendo en el sector de la salud pública y privada del país, como por sus implicaciones dentro de un modelo de salud y un mercado de trabajo en salud que ha sido orientado por mucho tiempo fundamentalmente hacia la especialización.

Esta sistematización ha respondido a la necesidad de evaluar la situación de las residencias en el país; recopilar y analizar la legislación vigente, compartir innumerables reflexiones con diversas instituciones interesadas en el desarrollo y fundamentalmente, comenzar a acercarse a una nueva búsqueda de calidad de los procesos formativos de futuros especialistas a través de las residencias médicas. Los trabajos realizados han contribuido en parte, a armar un mapa de problemas educativos y administrativos de un gran número de residencias de diversas provincias, los que han servido de orientación para esta investigación en particular, para profundizar algunos aspectos importantes referidos a la parte específica de lo educativo.

El objeto de estudio en esta investigación es la **formación en las residencias médicas**, estudiada a través de la visión que sobre el proceso de formación tienen los docentes de las residencias médicas, la forma como conciben la enseñanza y el aprendizaje en espacios de servicios de atención y cómo encaran, a través de la organización curricular, la búsqueda de un enfoque interdisciplinario en las actividades educativas.

Para llevar adelante esta investigación se seleccionó un enfoque de investigación que integrara el **tratamiento de tendencias globales** sobre residencias de distintas especialidades y de distintos contextos institucionales y del país, obtenidas a través de autoevaluaciones realizadas en años recientemente pasados, con la **profundización cualitativa** de los fenómenos particulares de aspectos educacionales y de las representaciones de los actores, en cuanto sujetos que construyen significados, que describen la rutina y las situaciones problemáticas y las

complejas interrelaciones que se dan en la realidad de la práctica de la enseñanza de los futuros médicos especialistas.

Los problemas estudiados no corresponden a la totalidad de las residencias del país, pero aun así, han permitido abrir muchas preguntas y reflexiones en cuanto a los aspectos relacionados con el desarrollo curricular, cómo se enseña y se aprende en una residencia y si esta modalidad de estudio trabajo permite alguna integración del conocimiento o, por el contrario, afianza la brecha entre los conocimientos especializados.

Además de la aplicación de los instrumentos, se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica acerca de la educación médica en general y en particular de las residencias médicas del país, obteniendo información valiosa que ha permitido identificar los principales problemas que desde lo educacional se ha venido señalando y encarando en las últimas décadas.

Esta investigación se centró en tres provincias del país: Santa Fe, con residencias de Rosario, Mendoza y Salta, siendo el foco de análisis principal las opiniones de los docentes de distintas especialidades, donde su labor como docente se desarrolla en diferentes residencias y hospitales diversos de los tres lugares señalados.

En el primer capítulo, correspondiente al marco general de referencia de la investigación, se presenta la discusión que sobre la educación médica se plantea tanto a nivel internacional y nacional, fundamentalmente desde los aspectos epistemológicos y educativos. El segundo y tercer capítulos facilitan el encuadre dónde se insertan las residencias médicas del país, en especial lo referido al contexto sanitario y hospitalario. El cuarto capítulo constituye un marco conceptual teórico acerca del abordaje curricular.

Los capítulos 5, 6 y 7 constituyen los resultados del estudio y fueron divididos de acuerdo a los tres grandes ejes que nos propusimos investigar: los aspectos curriculares, el acceso al conocimiento y las posibilidades de integración de los conocimientos; el alcance de la práctica educativa, su concepción y sus formas de abordaje y; las modalidades de aprendizaje en espacios de servicios complejos como son los hospitales.

Dada la necesidad que interpreto tienen las residencias de dar un salto cualitativo en los aspectos curriculares y educativos, se presenta en el último capítulo de las conclusiones, algunas recomendaciones para el mejoramiento del estado actual de las residencias estudiadas, especialmente en aspectos relacionados con el diseño curricular en equipo, su permanente revisión, la definición de espacios interdisciplinarios, el estudio de los problemas epidemiológicos locales y de las condiciones de salud, la incorporación de temas de humanidades médicas, el perfeccionamiento permanente de los docentes y la instalación de condiciones educativas en el contexto de cada hospital que desarrolle residencias médicas.

Lo que se presenta en este libro corresponde a una parte sustantiva de la te-

sis doctoral presentada en el Departamento de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires bajo el título “Desarrollo curricular de las residencias médicas en la Argentina.

Se espera que este libro pueda contribuir a desarrollar una línea de investigación en las residencias, impulsada desde los procesos educativos de cada residencia en particular y fundamentalmente a facilitar espacios de reflexión que generen la construcción de propuestas educativas novedosas. También se espera contribuir al debate en aquellos espacios académicos que tienen tradición tanto en la investigación educativa y en otros cuya misión está ligada a la búsqueda de calidad de los profesionales.

En este contexto, renuevo mis agradecimientos a la Dra. María Cristina Davini, por su acompañamiento permanente en la orientación conceptual y metodológica de esta investigación, su esfuerzo en la revisión de todos los capítulos, el entusiasmo compartido en el tema estudiado y las reflexiones ofrecidas que contribuyeron, sin lugar a dudas, a darle mayor coherencia interna al trabajo realizado.

También a la Dra. Delia Outomuro por sus valiosas recomendaciones y a los docentes de las distintas residencias que accedieron a ser entrevistados y cuyo objetivo estuvo centrado en el fortalecimiento de las residencias a las que pertenecen.

A las doctoras Marta Orlando, Olga Marelli (post mortem) y Marta Fracapani, por abrirme las puertas en Rosario, Salta y Mendoza respectivamente para realizar esta investigación, reconociéndoles sus esfuerzos para mejorar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en las residencias médicas de dichas provincias y a los licenciados Liliana López Val y Claudio Invernizzi, funcionarios del Ministerio de Salud de Nación, de la Dirección de Políticas de Recursos Humanos en Salud, quienes me aportaron datos confiables sobre Residencias Nacionales y al Dr. Mario Rovere, como lector crítico.

A la representación de OPS/OMS en Argentina por publicar este libro.



## ■ CAPITULO 1

# Debates y problemas en la educación médica latinoamericana

### 1.1. Epistemología y paradigmas científicos: Enfoque Flexner y enfoque crítico

El pasado ha dejado su huella en la educación médica, de allí la importancia de reconstruir las grandes orientaciones y tendencias e intentar analizarlos a la luz de los nuevos postulados educativos. Las imágenes del pasado nos sirven para valorar la capacidad operativa del pasado y construir el futuro. Construir el futuro significa también analizar el presente: el significado de la globalización de la economía y de la medicina; las migraciones de los médicos entre continentes, la libertad de la práctica y los necesarios esquemas de regulación, el significado de la calidad profesional que se espera en los contextos nacionales y también en los internacionales, la competitividad, así como las ideas y valores que serán parte de la educación de los médicos del futuro.

Todos estos temas, cada uno con las especificidades teóricas y metodológicas particulares, e incluso, considerando las diferentes teorías educativas que han avalado las diferentes posiciones a lo largo de la historia y a los últimos que se rescatan como parte de las discusiones del presente, forman parte de una discusión que ha sido y continúa siendo compleja.

La educación de los médicos en América Latina en el último siglo se ha caracterizado por luchas diversas e intermitentes sobre temas que van más allá de lo estrictamente educativo pero que sin lugar a dudas, han sido parte de la agenda curricular. La complejidad de los diversos análisis ha sido extraordinariamente rica tanto en la producción como en el debate y los temas de complementariedad educativa y las teorías que rescatan el valor de los determinantes de la educación médica pasan por análisis que van desde los contextos locales e internacionales, la salud de la población, el binomio salud y enfermedad como fenómeno social,

la situación del mercado laboral, los perfiles educacionales y ocupacionales, la sociología de las profesiones, las características de la práctica médica, la complejidad de los sistemas y servicios de salud y sus sucesivas reformas, las orientaciones de las corporaciones médicas y los mecanismos de regulación, hasta la complejidad de las orientaciones de las ciencias de la educación y del currículo, como también la influencia de los avances científicos y tecnológicos en la definición curricular.

Sin pretender acudir a todos los momentos históricos de la educación médica y mucho menos reconstruir su historia y la riqueza de muchos de los procesos experimentados en los países del continente, queremos rescatar las imágenes-síntesis del pasado y del presente, de manera tal que nos permita comenzar a construir la imagen de lo deseable. Apostar para el futuro, en función de las insatisfacciones y deudas en cualquier campo del saber y de la práctica, sólo es posible desde los significados que nos prestan las imágenes del pasado y del presente. Es por esto que este primer capítulo se dedica al recate de los grandes problemas de la educación médica en el siglo que acaba de terminar considerando como ejes fundamentales del análisis los aspectos relacionados con las orientaciones educativas y curriculares.

En el nivel académico de la medicina, se podrían distinguir dos enfoques que han representado dos paradigmas diferenciados: el enfoque “flexneriano” y “el crítico”, en el sentido que intenta superar algunos de los postulados de Flexner e introduce una mirada diferente sobre los determinantes de la salud y la enfermedad.

Abraham Flexner, educador y académico, realizó un estudio a principios de siglo pasado que permitió hacer una reforma radical de la educación médica norteamericana, la cual repercutió décadas más tarde en la educación médica latinoamericana. En 1910 presentó el famoso “Informe Flexner”<sup>1</sup>, sobre la base de un estudio de 155 escuelas de medicina, cuyas conclusiones reflejan los problemas de la educación médica a principios de ese siglo, que en gran parte se impartía en escuelas privadas, la mayoría de las cuales constituían un negocio altamente lucrativo. Las conclusiones de este estudio circularon rápidamente: existe superproducción de médicos mal capacitados; exceso de malas escuelas de medicina y su proliferación obedece a razones principalmente económicas y políticas; el país necesita menos y mejores médicos; no se ha mejorado la distribución espacial de los médicos; los bajos estándares y el mal entrenamiento no deben constituir el método usual para proveer de médicos a las comunidades. Sobre esta base Flexner presentó algunas recomendaciones:

<sup>1</sup> Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report of The Carnegie Foundations on the Advancement of Teaching. Boston: The Merrymount Press; 1910.

- La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas, fundamentalmente en las ciencias básicas con cursos semejantes a los ofrecidos por la educación alemana (anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, histoembriología, bacteriología y patología).
- Sólo las escuelas de alta calidad deben ser acreditadas para formar médicos, por tanto, deben estar afiliadas a universidades. Las escuelas sin calidad necesaria deben ser cerradas.
- Las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorios, en la experiencia clínica, concentrados en los aspectos de atención médica individual y con una organización minuciosa de asistencia médica en cada especialidad.
- La valorización de la enseñanza dentro de un hospital de enseñanza, que contase con un cuerpo clínico propio y permanente, con limitada asistencia ambulatoria, apenas para casos que precisaran de internación, y que cada hospital contara con un número determinado de camas para cada alumno.

En una obra publicada más tarde, Flexner planteó otras premisas sobre su concepción de la medicina y la ciencia que permiten abarcar un poco más su pensamiento epistemológico:<sup>2</sup>

- Es mejor, desde un punto de vista histórico, considerar la ciencia como el esfuerzo persistente del hombre por purificar, extender y organizar el conocimiento del mundo en que vive.
- La ciencia puede ser concebida como la organización del conocimiento en permanente desarrollo y que se mueve a diferentes tasas y con diversos niveles de confianza hacia la total comprensión de la forma matemática, que es el objeto hacia el cual se dirige todo esfuerzo científico.
- En este sentido estamos capacitados para asumir no sólo la ciencia de las matemáticas y la ciencia de la física, sino también la ciencia de la biología, la ciencia de la psicología, la ciencia de la sociedad, la ciencia de la agricultura y la ciencia de la medicina.
- Si la medicina es concebida como un arte, en contraposición a una ciencia, el que la practica estaría estimulando a actuar con una conciencia clara pero basada en líneas empíricas superficiales; si, por el contrario, el que practica está agudamente consciente de su responsabilidad hacia el espíritu y el método científico, tendría, casi inevitablemente, que esforzarse

<sup>2</sup> Flexner A. Medical Education: a comparative study. The Macmillan Company. New York, 1925. En: Patiño Restrepo JF. Abraham Flexner y el Flexnerismo: fundamento imperecedero de la educación médica moderna. Colombia: FEPAFEM. Mimeo.

por clarificar conceptos y proceder de forma más sistemática en cuanto a la acumulación de hechos y de información, a la formulación de hipótesis y a la evaluación de resultados.

- La ciencia reside en el intelecto, no en el instrumento.
- Si la medicina acepta como su objetivo estándares y normas científicas en la investigación y en el ejercicio profesional, la educación médica deberá entonces ser concebida primordialmente como la labor de capacitar estudiantes en las técnicas intelectuales de la ciencia inductiva.

Toda la propuesta de Flexner giró alrededor del rol del médico en el tratamiento de la enfermedad, tanto que llega a plantear que si no existiera la enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico, siendo categórico en su juicio acerca de que la calidad de una escuela puede medirse por la calidad de los clínicos que produce, idea que perdura todavía dentro de la educación médica contemporánea.

En esencia, el modelo flexneriano colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la “departamentalización” o territorialidad del conocimiento y la especialización de la práctica médica.

De acuerdo a algunos autores<sup>3</sup>, con el informe Flexner se alcanzó un gran impacto en la reducción de las escuelas de medicina de USA, de 147 en 1910, a 83 en 1921, alcanzando el número de 76 en 1929. Por otro lado, se alcanzó un desarrollo gradual de “tiempo completo” en las facultades, primero en los aspectos científicos de la clínica básica y luego en los departamentos clínicos. Se establecieron los pre-requisitos académicos con estudios de biología, química y física para la admisión a las escuelas de medicina. A partir de 1920 se establecieron dos años de “college” para ser admitidos en la escuela y después de 1938, dos o tres años de estudios pre-médica fueron establecidos como pre-requisitos. Se reconocen además, algunos avances en los currículos de los médicos relacionados con el mayor énfasis colocado en los estudios de laboratorio de las ciencias básicas; el control de los hospitales por parte de las universidades y el uso de dispensarios médicos para intercambiar estudios clínicos, así como programas escalonados de estudios de un mínimo de ocho meses por año por cuatro años adoptados por todas las escuelas médicas.

María Isabel Rodríguez es una de las autoras que más profundizó sobre las influencias de Flexner en los programas de formación de médicos en América Latina, considerando que “los cambios ocurridos en un buen número de escuelas latinoamericanas sobre todo a partir de 1950 en lo relativo a los campos biológi-

3 Schofield JR. New and expanded medical schools, Mid-Century to the 1980s. Association of American Medical Colleges. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1984.

co básico y clínico repiten los postulados y contenido del modelo resultante de las recomendaciones derivadas del informe Flexner en Estados Unidos. Para un buen número de escuelas latinoamericanas, la introducción de éste modelo representó la oportunidad para la incorporación y modernización de las ciencias básicas preclínicas, contribuyó a la formación de docentes especializados y promovió en ocasiones el desarrollo de una infraestructura biomédica y la creación y fortalecimiento de unidades de apoyo para todo el proceso de enseñanza, como fue la creación de las bibliotecas médicas, *pero que este modelo de ninguna forma contribuyó a favorecer una visión integral del hombre*.<sup>4</sup>

La influencia de Flexner ha sido estudiada por otros autores a lo largo de las últimas décadas. Roberto Pasos Nogueira hace una buena síntesis de esta influencia al señalar que “en el interior del universo positivista del flexnerianismo hay una ecuación bien definida en la cual la medicina norteamericana se espejó y moldeó, imponiéndola al resto del mundo en el transcurso de este siglo: la calidad de la formación en medicina es igual a la capacidad de dominar y aplicar correctamente los principios de las disciplinas biológicas y de la clínica médica”.<sup>5</sup>

La educación médica norteamericana, en el final de este siglo, asevera Pasos Nogueira, gira aún en torno al legado epistemológico de Flexner. Cualquier intento de cambio curricular empieza con el reconocimiento de los principios de Flexner. Menciona como ejemplo, las propuestas de organizar la estructura curricular no sólo por disciplinas científicas, sino por problemas de salud relevantes (*problem-oriented programs*) o inclusive, la línea de creación de currículos basados en entrenamientos en unidades asistenciales diversificadas tales como consultorios externos y policlínicos comunitarios, que hacen del hospital un etapa y no el epicentro de la capacitación (*community-oriented programs*). Estas alternativas de construcción curricular permanecen aún claramente periféricas en relación a la hegemonía flexneriana.

Retomando los aportes de Berliner (1975), Brown (1980) y Hudson (1972), Pasos Nogueira sostiene que la ideología corporativa utilizó para sus propios fines las conclusiones del informe Flexner, “generando un modelo de práctica que trasciende los modelos meramente educacionales y se conforma con alcanzar el objetivo de una hegemonía global sobre las cuestiones de salud”... “El flexnerianismo representa así, antes que nada, una manipulación corporativa de principios educacionales, en relación a la cual el autor del famoso informe, como una persona preocupada con los sistemas formales de los aspectos de educación, no

4 Rodríguez, MI. Toma de posición frente a las experiencias evaluativas en educación médica. En: OPS/OMS y Facultad de Medicina de la República de Uruguay. Encuentro Continental de Educación Médica. Uruguay: Talleres gráficos de Comunidad del Sur; 1997.

5 Passos NR. Perspectiva de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washington: OPS/OMS. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000 No.4; 1997. p. 94.

puede ser responsabilizado directamente. Las ciencias de la vida y el conjunto de técnicas de intervención que se asocian con la clínica médica sirvieron de base para la construcción de un dominio autónomo de los espacios del saber y de las prerrogativas profesionales de los médicos”<sup>6</sup>.

El paradigma “flexneriano” continua en la actualidad con adeptos fervorosos al mismo, no sólo por los cambios que introdujo en la Educación Médica de América Latina -que en su momento cumplieron con alguna necesidad de fortalecimiento-sino también por los temas en boga dentro de las reformas de la educación médica, relacionados con la búsqueda de calidad y los sistemas de evaluación y acreditación, la mala praxis, la superproducción de médicos y el exceso de escuelas de medicina. Podría pensarse que el paradigma está cristalizado, en el sentido de que a una buena parte de los educadores médicos no se les ocurre enseñar de otra manera y posiblemente, no saben que su pensamiento sobre la enseñanza de la medicina se inclina hacia este paradigma.

Por otra parte, y en contraposición al modelo “flexneriano”, encontramos un modelo epistemológico “crítico”, que reconoce a los factores económicos-políticos como determinantes en la constitución de las formas de estratificación social y de los procesos de salud-enfermedad.

Desde la década de los sesenta se identifican esfuerzos aislados para incorporar aspectos teóricos de las ciencias sociales a la enseñanza de la medicina, marcados por la aplicación de la corriente funcionalista, que contribuyó en gran parte a una concepción estática de los problemas de salud. El esfuerzo de Juan Cesar García, médico pediatra y sociólogo argentino, fue precisamente contribuir para América Latina con un marco teórico alternativo que formulara la base de fundamentos científicos que ayudaran a “problematizar” los conocimientos dados, la explicación del cambio como proceso histórico que permitiera mantener “una conciencia crítica y autocrítica” y la necesidad constante de “problematizar sus propias categorías”. El dejar de lado las explicaciones estáticas y dogmáticas conllevaría hacia el abandono de apriorismos, ubicando al modelo alternativo dentro del terreno de “instancias histórico-materiales o sociales” concretas.<sup>7</sup>

La construcción de un modelo educativo alternativo debería tomar en cuenta las relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas; las relaciones entre la organización de la acción de salud, los modos de producción, las formaciones socioeconómicas y los conceptos de salud; las investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica y las actividades de análisis e investigación para enriquecer el marco teórico propuesto.

<sup>6</sup> IBID, p. 95.

<sup>7</sup> OPS/OMS. Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. Educ Med Salud 1974; 8 (4): 354-359.

Muchos han sido los intentos de programas de educación médica innovadores intentados desde el pre y postgrado en algunos países del continente; algunos con enfoques en aspectos de medicina preventiva, de medicina integral y medicina comunal o comunitaria, siendo esta última tomada como bandera del derecho a la salud. La idea fundamental de las primeras propuestas fue romper con los marcos circundantes del centro médico y que la medicina penetre en la comunidad urbana y rural, donde el pueblo vive, trabaja y tiene su ser. En última instancia, éstas propuestas trataron de romper con la idea de que el hospital era el único centro de atención y de aprendizaje y que éste más bien refuerza la idea de enfermedad, curación y la visión vertical del médico y que la medicina comunitaria estaría basada más en el trabajo en equipo, la incorporación de la comunidad y por tanto en una nueva forma de aprender a aprender.<sup>8</sup>

En la literatura de la educación médica con programas novedosos que intentaron un cambio de enfoque novedoso se recuerdan las experiencias brasileñas entre las cuales se destacan la Universidad de Brasilia (1966), el programa experimental de medicina de la Universidad de Sao Paulo (1966), el currículo de la facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais en Belo Horizonte (1965), la carrera de medicina de la escuela J. M. Vargas de la Universidad Central de Venezuela (1963) y el currículo de la Universidad de San Carlos, Guatemala (1969).<sup>9</sup>

Los años setenta se caracterizaron por la búsqueda de una mayor equidad en la cobertura de los servicios de salud y el surgimiento de la atención primaria en salud como contrapropuesta a los modelos de salud del momento caracterizados por la incesante división técnica y social del trabajo médico y el cuidado atomizado entre distintos trabajadores de la salud, siendo que ninguno de ellos tenía la visión holística del paciente, en cuanto ser integral y social.

El modelo "crítico" y que colocamos como contraposición del modelo flexneriano, se fundamenta en los cambios sustanciales de la concepción de la medicina, de la salud y del objeto de estudio u objeto de conocimiento de las mismas. El avance de las ciencias sociales en la problemática de la salud-enfermedad generó una corriente de medicina social a partir de los años 70, cuyo eje de reflexión ha sido la elaboración de una nueva conceptualización biológica y social del proceso salud-enfermedad que sostiene que este binomio guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta, que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la sim-

<sup>8</sup> Vidal C. Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina. *Educ Med Salud* 1975; 9(1): 11-46.

<sup>9</sup> Rodríguez MI. Los esfuerzos evaluativos en los procesos de reorientación de la educación médica en América Latina. Conferencia presentada en México D.F. Mimeo

ple intervención médica y que por lo tanto, tiene que involucrar algunos cambios sociales.<sup>10</sup>

Intentos con este enfoque social se recuerdan las experiencias mexicanas como el Programa de medicina Experimental A-36 (1974), las Escuelas Nacionales de Estudios profesionales (ENEP) (1975), Zaragoza e Iztacala, la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (1974), el centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del IPN y la Facultad de Medicina de Guadalajara a partir de 1974. También existieron otros esfuerzos en Cuba, Chile, Colombia, Perú y Centroamérica.<sup>11</sup>

Los componentes más relevantes del proceso de cambio o innovación de las experiencias citadas fueron: la búsqueda de caminos para la articulación del proceso educativo y la práctica de salud, con la incorporación de “actividades extra-murales” y trabajo comunitario; el sistema de estudio-trabajo y las actividades de “integración docencia- servicio”; el desarrollo del eje de “atención primaria” y la incorporación de las ciencias sociales al estudio del proceso salud-enfermedad.

Rodríguez rescata los intentos de ruptura de estos programas en lo epistemológico y pedagógico, en mayor o menor grado, de la enseñanza por disciplinas y la búsqueda de relación entre los distintos campos de conocimiento, en contraposición de la práctica educativa fragmentada por campos de conocimientos, organizados en los clásicos departamentos sugeridos por Flexner, que no se relacionaban y que conspiraban contra la visión integral del ser humano. En este aspecto, la mayoría de las experiencias latinoamericanas que formularon propuestas diferentes de organización del conocimiento en unidades de enseñanza, módulos o bloques, se generaron a partir del modelo de enseñanza integrado desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Western Reserve y el de la Universidad de Stanford.

Los procesos educativos de los setenta fueron impactados, por la meta de extensión de cobertura legitimadas en el Plan Decenal de Salud<sup>11b</sup> de 1972 y más tarde por la adopción a nivel mundial de la meta de Salud para Todos (STP2000) con su estrategia básica de Atención Primaria. Cabe señalar que esta última meta no ha sido incorporada en una gran proporción de programas educativos del continente, en parte, por las contradicciones que genera ante sistemas de salud organizados sobre la base de una altísima especialización del conocimiento y de la propia práctica médica.

Byrn y Rozental<sup>12</sup> se refieren a dos corrientes muy en boga como innovacio-

<sup>10</sup> Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez MI (Coord.). Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington, DC: OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101; 1994. p.1-12

<sup>11</sup> Rodríguez MI. Op. cit

<sup>11b</sup> OPS/OMS. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Minsitros de SALud de las Américas. Washington DC. 1973.

<sup>12</sup> Byrn N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para la educación médica en América Latina. Educ Med Salud 1993; 28(1): 53-123.

nes que encabezan los cambios de la educación médica; se trata de los programas cuyos currículos se orientan hacia la comunidad (PAC) y aquellos orientados en la solución de problemas (ASP).

El currículo basado en la comunidad (PAC) es considerado como un método educativo novedoso de enseñanza, los cuales se ponen en práctica enviando a los alumnos de primer o segundo año a un centro de salud no hospitalario durante un período breve, requiriendo que el alumno participe en “proyectos” en y con la comunidad. Desde 1979 existe una red de instituciones educacionales orientadas hacia la comunidad, a la cual se han adherido desde entonces más de 200 escuelas de todo el mundo, incluidas muchas de América Latina.

La Universidad de MacMaster, en Canadá, desarrolló a fines de los años sesenta el método de ASP fundamentado inicialmente en el método por manejo de matrices. Este método intenta desarrollar el razonamiento y conocimiento para la búsqueda de solución, a partir de aprender a formular preguntas, desarrollar hipótesis, sintetizar información, defender opiniones o tesis con ideas claras, buscar respuestas; en definitiva, formar decisores. Utiliza la información como herramienta de trabajo, busca estimular la curiosidad y permite al estudiante aprender a trabajar en grupo. Se fundamenta en “casos problemas” y el docente hace las veces de tutor. Considerando los casos estructurados, el objetivo final de los estudiantes es llegar a un diagnóstico a partir de una serie de síntomas, pasando por la investigación y debate de los escritos pertinentes, para luego justificar el diagnóstico.<sup>13</sup>

Con el tiempo, otras escuelas siguieron el método de MacMaster, hasta que en 1984 la Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos (AAMC), presenta su informe sobre “Médicos para el siglo XXI”, cuyas recomendaciones tienen una fuerte referencia y por tanto influencia del programa de MacMaster, llamando la atención de las escuelas de medicina de todo el mundo. En 1986, la facultad de Medicina de la Universidad de Harvard inició su sección de ASP separada de su programa de subgrado y pocos años después convirtió todo su programa a una orientación ASP, lo cual ha significado un reconocimiento de legitimidad para que otras escuelas de América del Norte y más tarde, América Latina siguieran su ejemplo. Más de la mitad de las escuelas de medicina de Canadá se han plegado al ASP y el resto está en proceso de cambio, existiendo programas en Estados Unidos, los Países Bajos, Alemania, Inglaterra, Suecia, España, Italia, entre otros. En 1994 se calculaba que de las 1350 escuelas de medicina que existían en el mundo hasta ese momento, 60 (4.4%) eran escuelas ASP<sup>14</sup>. En la actualidad, también tienen programas con este enfoque Brasil, Argentina y Chile.

<sup>13</sup> Venturelli J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington: OPS/OMS, Serie PALTEX Salud y sociedad 2000 No. 5; 1997.

<sup>14</sup> Byrn N., Rozental M. 1994. Op. cit.

Hoy día se observa una amplia aceptación del ASP como el modelo educacional de preferencia, existiendo en la actualidad, tanto en MacMaster como en Harvard, programas de capacitación de tutores de ASP y un mercado de “casos” de ASP ya preparados. Uno de los fundamentos clave de su defensa es que el enfoque en los casos clínicos empleando el método ASP fomenta la integración de la información en la mente de los estudiantes, rompiendo de esta manera con la ya clásica crítica del fraccionamiento del currículo y los compartimentos estancos de las ciencias básicas y clínicas.

Como toda propuesta innovadora que busca romper con una forma de entender los procesos educativos, la enseñanza focalizada en *el aprendizaje basado en problemas* representa un paso importante de avance en relación al esquema anterior de transmisión de conocimientos del profesor al alumno y el almacenamiento de parte del alumno de la información ofrecida de manera más o menos ordenada.

El aprendizaje basado en problemas constituye ante todo “una experiencia pedagógica (práctica) organizada para investigar y resolver problemas que se presentan enredados en el mundo real. Es un *organizador del currículum* y también una *estrategia de enseñanza, dos procesos complementarios*”.<sup>15</sup>

El aprendizaje basado en problemas se fundamenta en la corriente educativa llamada “constructivismo”, que plantea que “el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano”, es decir, “el aprendizaje es un proceso constructivo interno y no basta la presentación de una información a un individuo para que la aprenda sino que es necesario que la construya mediante su propia experiencia interna... y en este sentido, la enseñanza debería plantearse como un conjunto de acciones dirigidas a favorecer precisamente el proceso constructivo del alumno”.<sup>16</sup>

No existe un término unívoco de la concepción constructivista, sin embargo existen algunos principios básicos compartidos por las diferentes teorías tales como, considerar el nivel de desarrollo del alumno, la construcción de aprendizajes significativos, considerar los espacios para que los alumnos desarrollen su aprendizaje por sí solos, procurar que modifiquen sus esquemas de conocimiento y establecer vínculos entre los conocimientos preexistentes y los nuevos conocimientos.

Las ventajas de este enfoque, aun considerando algunas críticas importantes y dificultades en cuanto a su implementación se enmarcan en su contribución a comprometer a los alumnos como responsables de su aprendizaje, en ayudar a las facultades a organizar el currículo alrededor de problemas holísticos

<sup>15</sup> Torp L, Sage S. El aprendizaje basado en problemas. Argentina. Amorrortu. 1998

<sup>16</sup> Carretero M. Constructivismo y educación. Argentina. Luis Vives. 1993. P. 57

que generan búsqueda de información, reflexión y aprendizajes significativos y a la creación de un ambiente diferente de estímulo y nuevos aprendizajes para los propios docentes.

Este enfoque puede representar un cambio profundo en las escuelas y facultades de Medicina en tanto implica realizar elaboraciones intelectuales de cierta complejidad, abandonar el concepto de “receta curricular” y construir una propia, reflexionar acerca del nuevo médico que se quiere formar, construir los casos problemas desde un enfoque interdisciplinario, reconstruir nuevas relaciones entre profesores y desarrollar una nueva práctica y filosofía de trabajo conjunta, romper con el esquema clásico de la enseñanza verticalizada, aceptar la incertidumbre como eje del proceso educativo y sobre todo repensar los aprendizajes significativos para los alumnos en el contexto social de la salud de cada uno de los países, la situación de los sistemas y servicios de salud, los avances de conocimiento de la medicina, la ética y la informática, entre otros temas.

### **1.2. Los análisis sobre los modelos académicos y organizativos: la influencia pedagógica de Flexner y los intentos de superarlos.**

Como ya dijimos inicialmente, la educación médica latinoamericana estuvo tardíamente marcada por la influencia educativa de Flexner, concebida primordialmente como la labor de capacitar estudiantes en las técnicas intelectuales de la “ciencia inductiva”, considerando además la conexión de la educación médica con la educación general y la propia fragmentación de la educación médica. Como conclusión, sus ideas acerca de los aspectos educativos se pueden resumir de la siguiente manera: sus recomendaciones sobre los tres métodos de enseñanza de las ciencias de laboratorio: la conferencia didáctica, la lección demostrativa y el ejercicio práctico. El ejercicio práctico bien conducido, en el cual el estudiante es guiado en forma inteligente y no necesariamente estricta, debía ser la columna vertebral de la instrucción y la docencia. La conferencia didáctica decía Flexner, como regla, no es sino un libro de texto más que una personalidad. El aprendizaje efectivo no es única ni principalmente una cuestión del método particular que se emplee ni del maestro que lo aplica; es mucho más, es también una actitud y una actividad del estudiante, ya que éste debe aprender más que ser enseñado.

En su segundo estudio comparativo de la educación médica, Flexner argumentó sobre la necesidad de que al estudiante se le entrenara haciendo cosas; la activa participación –*doing things*– es lo fundamental de la enseñanza médica<sup>17</sup>. A pesar de que en sus dos informes no encontramos alguna cita bibliográfica re-

<sup>17</sup> Flexner A. Medical education: a comparative study. New Cork: The Macmillan Company; 1925. p.178.

ferida a documentos propios de la ciencia de la educación, cabe suponer tanto por su origen profesional de las ciencias de Arte y Humanidades, la época de los estudios y las propias propuestas realizadas, que las mismas tuvieron alguna influencia del pensamiento de Dewey y de la Escuela Activa.

John Dewey, teórico del currículum y filósofo estadounidense tuvo una gran influencia con su obra pedagógica y filosófica (1859-1952) en la época donde la educación empezó a asumir un papel primordial por los requerimientos de las nuevas oleadas de inmigrantes hacia los Estados Unidos. Dewey fue educado en la filosofía alemana y en su pedagogía se encuentran tres elementos estructurales: el pragmatismo, el individualismo y la dialéctica. Al no estar satisfecho con considerar el objetivo de la educación como una cuestión sobre el uso individual del conocimiento, ni la organización de la educación como una cuestión sobre la forma en que podían desarrollarse las capacidades inherentes, planteó la idea de que el individuo se desarrollaba por el diálogo entre el yo y el contexto; que la educación debía comenzar a partir de las demandas de los estudiantes y organizarse de tal forma que éstos pudieran aprender mediante sus acciones, a través del trabajo en el contexto, es decir “aprender haciendo”. La idea básica es que el organismo se desarrolla por una interacción eterna con su contexto y por tanto, la buena educación debe disponerse de forma tal que se pueda establecer dicha interacción.<sup>18</sup>

Flexner había iniciado su carrera como maestro de un High Scholl y posteriormente también realizó estudios en Alemania, donde obtuvo una fuerte influencia de los escritos de Theodor Billroth: “Enseñando y Aprendiendo”, referidos a la educación médica en Alemania y Austria.

El razonamiento de Dewey se fundamentó en que el fin de la educación es ayudar en la socialización o en la reproducción de una cultura; por lo tanto, el individuo y la naturaleza son el centro, y la pedagogía, si ha de ser eficaz, debe empezar por el hecho de que el aprendizaje siempre tiene un contenido y que éste se aprende en la interacción con el contexto, donde la persona comprende el valor del conocimiento por la utilidad que tiene. Al mismo tiempo, Dewey expresó su creencia en la racionalidad de la ciencia y en la capacidad de la educación para el desarrollo progresivo de la sociedad.

La obra de Dewey tuvo una influencia crucial en el desarrollo de las teorías *experienciales* del currículum, especialmente en Estados Unidos y Europa, donde el currículum fue encarado *como todas las experiencias de aprendizaje que proporciona la escuela o como el conjunto de experiencias planificadas por la escuela para ayudar a los alumnos a conseguir, en el mejor grado, los objetivos de aprendizaje proyectado*.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Lundgren UP. Teoría del currículum y escolarización. Madrid: Morata; 1992.

<sup>19</sup> Davini MC. Currículum: licenciatura en Educación. Argentina: Universidad Virtual de Quilmas; 1999. p. 58

La escuela activa se interesó tanto por las distintas formas de organización curricular como los “espacios” o formas alternativas de organización escolar: los “materiales” y los “tiempos”. Flexner también le otorgó extrema importancia al espacio “hospital” como centro de experimentación, llegando a proponer que cada universidad tuviera su propio hospital.

Las recomendaciones de Flexner sobre el método científico que debería llevar el estudiante, expresadas en el capítulo anterior, tienen cierta similitud con el “método de pensamiento” elaborado por Dewey como método de experiencia educativa. Este último partía de que el alumno tenga: una situación de experiencia auténtica, un problema auténtico dentro de esa situación, posea la información y haga las observaciones necesarias, que las soluciones sugeridas le hagan ver que él es el responsable de desarrollarlas de modo ordenado y que tenga la oportunidad y la ocasión de comprobar sus ideas con la aplicación, de aclarar su sentido y de descubrir por sí mismo su validez.<sup>20</sup>

Esta corriente de Escuela Activa o Escuela Nueva buscaba implantar un mayor control de las prácticas escolares a partir de establecer una garantía de logros en los resultados de la educación. La eficiencia, racionalidad científica y neutralidad son los ejes estructurantes de esta lógica. De allí también, la obsesión de Flexner por la calidad, el cierre de las escuelas ineficientes, y la búsqueda de la racionalidad técnica a través de los laboratorios y la labor de capacitación de los estudiantes en las técnicas inductivas.

También cabe relacionar a esta posición de Flexner, la introducción de los principios del taylorismo, originalmente aplicados para la organización del trabajo industrial, y que Franklin Bobbit en 1913, abogó por introducir en las escuelas a partir de varios postulados que buscaban: fijar las especificaciones y estándares del producto final que se desea formar; las especificaciones y estándares para cada fase de elaboración del producto (materias, secuencia de años académicos, trimestres y unidades electivas); emplear los métodos tayloristas para encontrar las estrategias más eficientes y asegurar que sean seguidas por los profesores; determinar las calificaciones estándar requeridas por los docentes; poner requerimientos para el acceso de puesto de los docentes y/o capacitarlos en consonancia; promover una capacitación permanente para mantener a los docentes a la altura de los requerimientos; darles información detallada acerca de cómo realizar su trabajo; traducir todas las tareas en responsabilidades individualizadas y exigibles; estimular su productividad mediante incentivos y controlar el flujo de los productos parcialmente desarrollados en las distintas etapas del alumno.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Dewey J. *Democracia y educación*. Madrid: Morata, 3a. reimpr; 1998.

<sup>21</sup> Bobbit F. *The Supervisión in city schools: some general principles of management applied to the problems of city-school systems*. Bloomington, 12<sup>th</sup>: Yearbook of the National Society for the Study of education; 1913; II: 11-96.

Es importante recordar que el currículo como actividad profesional y como campo de estudio surge en la década de 1920 ligado a la idea de *eficiencia social*. El análisis de tareas como recurso para la gestión eficiente de la industria es la premisa que se copiará literalmente en los planteamientos curriculares que ven en el currículo el instrumento para responder eficientemente a las necesidades sociales de la educación. El pensamiento de Bobbitt sobre teoría curricular encuadra perfectamente en esta ideología de la eficiencia ya que la escuela y el currículo tienen que dar respuesta eficiente a lo que la sociedad pida; de manera tal que, el educador es el experto cuya misión consiste en ofrecer una técnica eficiente para cumplimentar lo que se dice que tiene que hacer, por lo que ha de encontrar los caminos y los medios para hacer lo que se le pide. Como el pensador más importante de su época en materia curricular Bobbitt es un reformista que combate la escuela tradicional, proponiendo su utilitarismo como un medio de actualizar los contenidos y procedimientos pedagógicos en orden a responder a las necesidades sociales.<sup>22</sup> Esta, es la misma idea que de alguna manera tenía Flexner acerca de los cambios que la sociedad esperaba de la educación médica.

Juan Cesar García y Jorge Andrade dedicaron una buena parte de su tiempo a analizar la transformación de las escuelas de medicina de los Estados Unidos a partir del informe Flexner de 1910, y su influencia en las escuelas de medicina de América Latina. Estos cambios se vieron reflejados en la adscripción de las escuelas de medicina a las universidades, la creación de departamentos, la individualización y el desarrollo creciente de la enseñanza y la investigación en ciencias básicas, y la incorporación del hospital a las escuelas de medicina para ser utilizado como campo fundamental del adiestramiento clínico. Esta influencia, siguió, según Andrade, hasta mitad del decenio de los cuarenta, cuando surgió en la Escuela de Medicina de la Universidad de Western Reserve, en Cleveland, Ohio, el concepto de enseñanza integrada de las ciencias básicas, que representaba de algún modo, el alejamiento de los postulados flexnerianos.

A los postulados instalados por Flexner en la mayoría de las escuelas se le responsabiliza, en el informe de la famosa Conferencia sobre Enseñanza de Medicina Preventiva y Social, realizada en Colorado Springs, en 1952, en la que estuvieron representadas 76 escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá, de haber contribuido a crear una separación entre la medicina curativa y la preventiva y a la pérdida de la visión del paciente *como un individuo, miembro de una familia y de una comunidad*. Si bien, dice Andrade<sup>22b</sup>, para la fecha de esa Conferencia, 54 de 83 escuelas de medicina de los Estados Unidos ya tenían un “departa-

<sup>22</sup> Gimeno Sacristán J. La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. Madrid: Morata, 9na.ed; 1997.

<sup>22b</sup> Andrade J. Marco conceptual de la educación médica en América Latina. Washington: OPS-OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.28, 1979. p. 2.

mento independiente” de medicina preventiva, el evento sirvió para sentar las bases de lo que en ese entonces se propuso sería la enseñanza de la “medicina integral”, a fin de estimular la creación de la enseñanza preventiva en aquellas escuelas que no la tuvieran y estimular a las que ya habían creado los departamentos o cátedras.

Paradójicamente en 1955, se realiza el Primer Seminario de Educación Médica en Cali, Colombia, primero de su naturaleza realizado en América Latina, en el que se recomienda: organizar a las escuelas de medicina por departamentos; crear el departamento de medicina preventiva; procurar coordinar horizontal y verticalmente la enseñanza de las diversas asignaturas; incrementar el número de profesores a tiempo completo y a dedicación exclusiva; establecer el internado hospitalario de un año de duración como requisito para la obtención del grado de médico y adoptar sistemas de limitación de matrícula (cupó) y de selección de los candidatos a ser admitidos en las escuelas. El seminario adoptó los objetivos de la educación médica de pregrado adoptados por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina y recomendó la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, recomendación que más tarde fue seguida por el resto de los países latinoamericanos.

En la década de los setenta, estos autores ya habían caracterizado el saber y la educación médica de América Latina. Dos estudios de importancia anteceden al estudio que realizara Juan César García, sobre la Educación Médica en América Latina. El primero de ellos fue un estudio comparativo de la enseñanza de la pediatría realizado en 1955 y el segundo sobre la enseñanza de las ciencias básicas realizado entre 1956-1957.<sup>23</sup>

El estudio de García<sup>24</sup>, realizado en 100 escuelas de América Latina, demostró serios problemas de las escuelas o facultades de Medicina en cuanto a las actividades de enseñanza y el plan de estudio; la enseñanza de la medicina preventiva y social; el objeto de la enseñanza; el estudiante de medicina; las relaciones en el proceso de enseñanza; el personal docente; las características de las escuelas; su estructura administrativa; la articulación entre la educación media y la educación médica y la educación médica y la estructura social.

Entre las ideas interesantes observadas por García, encontramos su constatación acerca del poco cambio habido en el plan de estudio de las escuelas en el transcurso de los años anteriores a su estudio, a pesar de algunos mejoramientos tales como *el aumento de horas por alumnos, mayor proporción de horas prácticas e introducción de nuevas asignaturas*, los que constituyeron a su juicio *cam bios de naturaleza accesoria*.

<sup>23</sup> Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. LII, No. 6 (Junio) 1962.

<sup>24</sup> García JC. La educación médica en la América Latina. Washington: OPS/OMS. Publicación Científica No. 255; 1972.

Sobre los conocimientos que requeriría la formación de un médico, García señalaba en primer lugar, aquél referido al ser humano, los determinantes de la salud y la enfermedad, la metodología necesaria para aplicar este conocimiento así como, los conocimientos científicos de carácter epistemológicos. En este sentido y como consecuencia de su estudio, reconocía dos problemas: *la falta de un cuerpo teórico común entre las disciplinas encargadas de su enseñanza y la influencia en los marcos teóricos de estas ciencias de las "concepciones del mundo" dominantes en la sociedad.*

En su estudio, también se refirió a otros conocimientos que no habían sido considerados por las escuelas en los planes de estudio y que representaban para ese momento una nueva visión de la medicina. Al respecto sostenía que, "la intervención de la ideología en la teoría de la medicina no ha sido suficientemente estudiada, y su explicación en la enseñanza médica ha sido prácticamente nula. Las ciencias sociales podrían, mediante un trabajo conceptual, ayudar a transformar los elementos ideológicos contenidos en la medicina en conocimientos teóricos. Esta práctica teórica, en la que pueden colaborar las ciencias sociales, traería a la enseñanza un enfoque crítico, que permitiría una renovación del conocimiento que hoy día constituye la base sólida aparente de la práctica médica".<sup>25</sup>

Otros aspectos relativos al conocimiento médico adquirido fueron observados en este importante estudio: el estudiante "*aprende muy bien las medidas para evitar la enfermedad, tanto a nivel colectivo como individual, pero desconoce porque éstas medidas algunas veces no se aplican a determinados grupos y por qué cuando se hace no se logran los efectos esperados*"<sup>26</sup>. Si bien observó la creciente importancia que las escuelas atribuían para ese entonces a la medicina preventiva, le resultó llamativo que los mismos docentes de la medicina preventiva y social no parecieran estar conscientes de las posibilidades de las ciencias sociales para la transformación de la teoría y práctica médica. En los momentos actuales, se podría decir que esta discusión constituye un eje importante en las reformas educativas la enseñanza de la medicina, por lo cual el análisis realizado por García se mantiene vigente en este nuevo siglo.

Acerca del profesor de medicina García concluyo que "rara vez se dedica por completo a la enseñanza, y no podría ser de otro modo porque el conocimiento que imparte es el resultado, en gran medida, de sus actividades de investigación y de la práctica en la prestación de los servicios. Sin embargo, en la práctica, estas actividades se realizan independientemente: hay un tiempo para la enseñanza, uno para la investigación y otro para la atención médica. Así, las relaciones que el personal docente establece con el estudiante se producen en momentos y circunstancias especiales, donde las actividades profesionales se presentan como

<sup>25</sup> IBID, p. 164.

<sup>26</sup> IBID, p. 166.

experiencias pedagógicas. Esta segmentación es el resultado de la ya mencionada separación entre el trabajo y la enseñanza que se reproduce al nivel de las actividades del personal docente”... “La división del profesorado según su dedicación, enmascara esta situación al llevar a pensar que los que se dedican a tiempo exclusivo están integrando al alumno a todas las actividades que realizan”.<sup>27</sup>

En cuanto a la toma de decisiones señaló que “la fijación de los objetivos de la educación médica ha quedado en manos de las autoridades de las escuelas de medicina, y, paradójicamente, el poder para decidir sobre el plan para alcanzar estos objetivos vagamente definidos ha sido tomados en muchos países por el Estado o por grupos externos a la universidad.”<sup>28</sup>

En sus conclusiones acerca de la administración universitaria, sostuvo que la actividad profesional, sea esta la enseñanza, la investigación o la prestación de servicios, necesita para su mejor desempeño un grado de libertad y autonomía que no es posible encontrar en instituciones burocráticas.

Señaló que la adopción del sistema departamental de las escuelas latinoamericanas, iniciada en la década de los 50, con el deseo de mejorar la eficiencia administrativa y docente y en oposición a la tradicional estructura por cátedra, siguió el ejemplo de la escuela norteamericana. Este cambio encerraba a su juicio, “otras implicaciones, fundamentalmente, un cambio en la estructura de poder y en el sistema de gobierno. En todas las escuelas donde se planteó el cambio de un sistema por otro estuvo presente en forma abierta u oculta el problema de la lucha de poder”... “la defensa del sistema departamental siempre estuvo apoyada en el argumento de lograr por esa vía una mayor eficiencia administrativa, libre de valores e ideologías”<sup>29</sup>. Al mismo tiempo que en América Latina se imponía el sistema departamental, en los Estados Unidos, se iniciaban críticas a la estructura departamental.

El énfasis en la especialización “ha llevado a que el interés de los profesores de dichos departamentos trascienda los límites de la escuela o universidad, y algunos autores atribuyen a este fenómeno el poco desarrollo de la investigación interdisciplinaria y el fracaso de los intentos de integrar los diferentes elementos de una carrera o profesión” ... “Si bien un sistema de cátedra también se basa en una disciplina y sus unidades tienen una gran autonomía, la cátedra está, por lo menos, integrada en una profesión o carrera. La substitución de este sistema por el departamental ha resquebrajado la unidad en la carrera o profesión y acentuado la orientación hacia la disciplina o la especialidad”.<sup>30</sup>

También la diferencia de “poder” entre alumnos y docentes constituyó un tema de reflexión del estudio, planteando al respecto que a medida que aumenta

<sup>27</sup> IBID, p. 261.

<sup>28</sup> IBID, p. 317.

<sup>29</sup> IBID, p. 351.

<sup>30</sup> IBID, p. 352.

la división técnica y se acentúa la división social entre los agentes de la enseñanza, surge la necesidad de contar con agentes indirectos que se dediquen en forma integral a dichas funciones.

El otro aporte de gran importancia para la orientación de la educación médica de América Latina fue el realizado por Andrade, quien señaló haber podido “constatar una adecuada imprecisión y cierta variación en la interpretación que se da a la noción de *marco conceptual* (de la educación médica) seguramente como consecuencia del inadecuado desarrollo teórico inicial de la idea y de su escasa ilustración empírica”<sup>31</sup>. Este autor intentó desarrollar una fundamentación teórica y metodológica sobre el tema, tomando como referencia las propuestas del momento de Bunge sobre el *objeto modelo* o modelo conceptual de una cosa, y el *modelo teórico*.

Retomando en parte a García, Andrade planteó tres hipótesis de trabajo que han marcado la historia de la educación médica latinoamericana. La primera de ellas se refiere a que:

- *La educación médica se encuentra en el centro de una intrincada red de relaciones y es la resultante de la interacción entre los diversos elementos que participan en la misma y entre los cuales los más importantes son: la estructura social y económica y la de la práctica médica en cada país; las relaciones internas del proceso de producción de médicos, la ideología prevalente a nivel profesional, y la estructura de poder internacional. Entre tales elementos existen relaciones bidireccionales, aunque en cada caso es posible comprobar el predominio de la acción en uno de los sentidos.*
- *La segunda hipótesis sostiene que la organización de los contenidos curriculares (estrategia del plan de estudio) y la naturaleza de las experiencias educativas contribuyen a la configuración del marco conceptual de la educación médica, tanto o más que la transmisión verbalizada de conceptos.*
- *En la tercera hipótesis se refiere a la interacción que se establece entre la manera de relacionarse y trabajar los profesores y alumnos, por una parte, y el marco conceptual por otra. Las relaciones varían, en última instancia, como consecuencia de cambios en la sociedad global cuya acción se ejerce por medio de diversos mecanismos entre los cuales se destacan: las modificaciones que se suceden en la práctica médica y en la atención a la salud, y las variaciones en el número y procedencia social de los alumnos.*<sup>32</sup>

Tanto García como Andrade estudiaron la influencia foránea a la educación médica latinoamericana. Andrade fue categórico al sugerir que en la educación

<sup>31</sup> Andrade J. Op. cit. 1979, p. 2.

<sup>32</sup> IBID, p. 13-14.

médica, la investigación histórica puramente descriptiva ha sido escasa y los análisis para indagar no sólo la secuencia de los hechos sino también los posibles mecanismos que los gobiernan y las causas que los generan, buscando correlacionar muchas otras variables son casi inexistentes.

Andrade fue quizá la persona que más escribiera de la OPS/OMS durante los años 60 y 70 sobre la estrategia educacional en función de las teorías del aprendizaje y los planes de estudio como organización del conocimiento<sup>33</sup>. Pero al finalizar los años setenta, sostiene que “no cabe duda- después de analizar los acontecimientos a que hemos hecho referencia- que la educación médica latinoamericana ha estado sometida, durante los últimos 25 años, a una continua y a veces controvertida influencia internacional. En muchos casos, dicha influencia llevó a la adopción irreflexiva –cuasimecánica– de modelos foráneos que fueron distorsionados por las características particulares del medio y cuyos resultados no siempre han respondido a las expectativas. Sin embargo, resulta estimulante constatar que en años recientes se ha venido fortaleciendo la tesis de que las escuelas latinoamericanas de medicina han de buscar sus propias soluciones a través de un proceso creativo y profundamente crítico, sustentado en su propia realidad y en las exigencias de la sociedad en la cual tienen su asiento”<sup>34</sup>. No hay que olvidar que en 1960, en la Segunda Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, celebrada en Montevideo se recomendó el establecimiento de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), la que “ha estado, durante años, sujeta a polémica y señalada como un caso de influencia de los Estados Unidos en la solución de los problemas educativos latinoamericanos”<sup>35</sup>.

Cabe distinguir que, dentro de esta contienda de enfoques de la educación médica y en particular de los temas de enseñanza-aprendizaje de éstas décadas, Juan Cesar García destacó en varios documentos la importancia de las ciencias sociales para el conocimiento de la enfermedad y que, aplicadas al estudio de la enfermedad, tienden a esclarecer los factores psico-socio-culturales que influyen tanto en la producción como en la propagación de la enfermedad en la población. Al mismo tiempo, criticó el fraccionamiento del plan de estudio en materias, por lo que sugirió que la escuela debería estructurarse en grupos de jóvenes que trabajen en “talleres” como un equipo para que: a) identifiquen las necesidades o problemas de la población; b) seleccionen un determinado problema como foco de actividad; c) diseñen un plan para su solución; y d) lleven a cabo las actividades que forman parte del plan.<sup>36</sup>

<sup>33</sup> Andrade J. La estrategia educacional en el plan de estudios. *Educ. Méd. Salud* 1971; 5, (2):151-164.

<sup>34</sup> Andrade J. 1979. *Op. cit.* p. 25.

<sup>35</sup> Andrade J. 1979. *Op. cit.* p. 23.

<sup>36</sup> García JC. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. En: García. JC., OPS/OMS. *Pensamiento social en salud en América Latina*. Washington: Interamericana S. A; 1994.

Las contribuciones de García repercutieron enormemente en el giro epistemológico del marco conceptual de la medicina y de su enseñanza, como en el desarrollo de varios grupos latinoamericanos dedicados a la medicina social y a la innovación de otras maneras de encarar los aspectos educativos.

De la caracterización surgida del estudio de García, como de los trabajos de Andrade, puede inferirse la larga etapa de desarrollo de la educación médica latinoamericana dentro de un pensamiento flexneriano-taylorista que tenía como prioridad definir cómo debería ser la organización de la enseñanza, de qué forma se iba a desarrollar y en qué consistía el criterio de éxito para juzgarlo, razón por la cual se establecerían indicadores de éxito escolar y tiempo para alcanzarlo tales como el porcentaje de éxito en la escolarización, el número de alumnos que deberían alcanzar el nivel deseado, los profesores de tiempo completo, la calidad del producto, entre otros.

### **1.3. Tendencias de reforma educativa y surgimiento de la pedagogía médica**

A partir de los años cincuenta surgió en América Latina un movimiento de reforma de la educación médica cuyos postulados Andrade, utilizando la literatura de la época, sintetizó de la siguiente manera:

- No es posible enseñar la medicina si no se seleccionan los alumnos y se limita su número.
- La preparación previa de los alumnos es deficiente y las escuelas de medicina deben mejorarla con un curso introductorio.
- Es necesario reducir las disertaciones teóricas a favor de las actividades prácticas.
- Es necesario crear departamentos de medicina preventiva, los cuales han de dictar cursos a lo largo de toda la carrera.
- Algunos de los cursos del departamento de medicina preventiva han de ser dictados en contacto directo con la familia y la comunidad; esta última debe ser utilizada como un “laboratorio”.
- El último año de la carrera debe ser destinado al desarrollo de “un internado rotatorio de pregrado”, el cual, de ser posible, debe incluir una pasantía en el medio rural.
- Es necesario enseñar ciencias sociales y psicología al comienzo de los estudios y estas asignaturas han de ser consideradas como “básicas”.
- La coordinación “horizontal y vertical” entre las diversas asignaturas debe ser estimulada, al igual que las actividades “integradoras” como las conferencias clínico-patológicas, las grandes sesiones clínicas con participación de diversos especialistas, la enseñanza de la medicina psicosomática, etc.

Como resumen de esta década, Andrade sostuvo que los educadores médicos “aparecen preocupados por elevar el nivel científico de los egresados, incrementar sus conocimientos y habilidades prácticas, ampliarles la información sobre prevención de enfermedades, y crear en ellos una actitud proclive a colaborar y participar en acciones preventivas y de salud pública en general”<sup>37</sup>. Hasta 1965, señalaba las referencias a la enseñanza integrada en la literatura latinoamericana sobre educación médica son “escasas” y “tímidas” y los principios sobre los cuales se sustentaban los planteamientos y recomendaciones carecían de consideraciones teóricas, fuesen ellas de carácter pedagógico o de cualquier otra naturaleza. La atención de los educadores médicos estaba centrada en el *cómo hacer*, mientras se ignoraban o se daban por supuestos el *porqué*, el *cuánto* y el *para qué*. Sin embargo destacó que, muchas de las recomendaciones sugeridas durante la época para mejorar la educación médica fueron adoptadas aunque la forma en que fueron puestas en práctica no siempre correspondió al espíritu de las propuestas originales.

A partir de los años 50, surge en Estados Unidos un interés inicial por la “pedagogía médica”, estimulados por el Dr. Edward M. Bridge, quien ayudó a emprender debates en la Universidad de Buffalo acerca de la enseñanza médica. El movimiento de Buffalo llevó a la creación del Centro para el Desarrollo Educacional de la Escuela de Medicina de Illinois, el que conjuntamente con el Instituto Central de Estudios Médicos Avanzados de Moscú, funcionaron como centros colaboradores de OMS, encargados de preparar y dirigir programas para la formación pedagógica de profesores de medicina en diversas regiones del mundo.

Entusiasmados por los resultados en USA, la OPS publicó el libro de Pedagogía Médica de Bridge. Su concepto sobre Pedagogía Médica estaba fuertemente marcado por las corrientes de psicología del aprendizaje y por tal razón consideró que las características de un buen maestro médico eran ser “experto en su especialidad, científico en la psicología del aprendizaje, técnico, líder, ideal y modelo de sus estudiantes”<sup>38</sup>. Bridge también estuvo influenciado por la obra de Ralph Tyler, cuyos trabajos recomendaba leer a sus alumnos, especialmente para trabajar la preparación de un plan de estudio y la preparación de los exámenes. Un aspecto “técnico” al cual le dio mucha importancia es el relacionado con la definición y utilización de los objetivos del programa de enseñanza para lo que utilizaba dos preguntas básicas: *Qué queremos que el graduado haga y cómo queremos que actúe en las situaciones de la vida real, lo que conllevaría a determinar qué le será de mayor utilidad para actuar con eficacia.*

Retomando a Bruner y Tyler, como teóricos contemporáneos en las ciencias

<sup>37</sup> Andrade, 1979, op. cit. p. 26-27

<sup>38</sup> Bridge EM. Pedagogía médica. Washington: OPS-OMS. Publicación Científica No. 122; 1966. p. 77.

de la educación y el currículo, Bridge puntualizó como principios y métodos de la enseñanza, la definición de objetivos generales y de los métodos de enseñanza, argumentando que si un profesor tiene un claro concepto de sus objetivos estará en condiciones de seleccionar los métodos más adecuados, basados en experiencias de aprendizaje apropiadas a los estudiantes, que resulten estimulantes para actuar, pensar y sentir como lo haría un médico competente.<sup>39</sup>

Además de los objetivos de la enseñanza y el plan de estudio, Bridge sugirió la clase magistral como método de enseñanza y recomendó “encarecidamente” la obra de Miller y colaboradores acerca de *Basic Techniques of Instruction* del cual rescató una serie de sugerencias para contribuir a mejorar la habilidad de los médicos docentes en la sala de clases.

La obra principal de *Ralph Tyler: “Principios Básicos del Currículo y la Instrucción”*<sup>40</sup>, constituyó un hito histórico importante dentro del campo del Currículo, en tanto ordena lo producido hasta el momento de su publicación en 1949, presentando un enfoque técnico para la elaboración racional- deductiva del currículo, a partir de la formulación de cuatro preguntas fundamentales relacionadas con los fines de la escuela, las experiencias educativas, la organización de las experiencias y la comprobación de los objetivos, que deberían ser contestadas para desarrollar cualquier currículum o curso de enseñanza.

Tyler sugirió métodos para estudiar éstos interrogantes y un método racional para examinar los problemas del currículo y la enseñanza. Para planificar el programa de enseñanza planteó como imprescindible tener alguna idea de sus metas y que todos los aspectos del programa sean, en realidad, medios para realizar los propósitos básicos de la educación. Las metas deberán estar ligadas a los juicios de valor de las autoridades docentes, por lo que hará falta una filosofía amplia de la educación que sirva de guía para la formulación de esos juicios. Lo esencial consiste en elegir un número razonable de objetivos asequibles en el tiempo que se dispone y que sean realmente importantes. Sostiene que la filosofía educativa y social adoptada por la escuela puede constituir el primer matiz y que por tanto, bastará con escoger, en la lista original de objetivos, los que representan valores más altos y coincidan con la filosofía de la escuela.

En el campo educativo, se realizaron críticas importantes a la obra de Tyler que no repercutieron en las discusiones de la educación médica. Las críticas de Kliebard<sup>41</sup>, por ejemplo, acerca de que el “Rationale” de Tyler es prescriptivo y directivo; “una receta represiva” derivada de su secuencia rígida y de la necesidad

<sup>39</sup> Bridge EM. Principios y métodos de la enseñanza de la Psiquiatría. Educ. Méd. Salud. 1968; 2, (2): 112-136.

<sup>40</sup> Tyler RW. Principios básicos del currículo. Argentina: Troquel; 1998.

<sup>41</sup> Kliebard HM. Revisión del Rationale de Tyler. Revista de Estudios del Currículo: Política Educativa y reforma del Currículum 1 (2). Barcelona: Pomares; 1998.

de predeterminedar los objetivos de tipo behavioristas y específicos; el desarrollo del currículo podría acomodar cualquier credo filosófico, elección que puede ser tan arbitraria como la elección de los objetivos; utilización de la filosofía de forma muy tosca y bastante común, como la enumeración de creencias vagamente expuestas; o si el “*Rationale*” es una “teoría práctica” que pueda conducir a un mejor currículum. Otros, como Pinar y McNeil, también afirmaron que el “*Rationale*” de Tyler “ha limitado el pensamiento sobre el currículum y ha creado una preocupación artificial por los resultados de la producción, a expensas de los procesos experimentales”.<sup>42</sup>

Los seminarios de formación pedagógica desarrollados por Bridge en Buffalo y otros estados tuvieron una gran repercusión una década más tarde en América Latina, calculándose que entre 1962 y 1971 la OPS patrocinó “laboratorios” parecidos de formación pedagógica para aproximadamente 3,000 profesores de medicina. Estos laboratorios de “relaciones humanas y enseñanza médica”, iniciados en la Universidad de Chile tenían por objetivos “mejorar la calidad de la enseñanza que imparten los profesores en las carreras de medicina, al hacerles comprender, a través de una experiencia vivida, cuál es la situación del estudiante en el proceso docente y cuáles son los factores que favorecen o perjudican al proceso de enseñanza y aprendizaje”.<sup>43</sup>

La orientación de estos laboratorios estuvo centrada hacia el enriquecimiento de las relaciones humanas entre profesores y alumnos, marcados por una orientación psicologista, de dinámica de grupos, psicoterapia de grupo, problemas emocionales de la relación conductor-observador, etc. y en principio, fueron dirigidos por médicos psiquiatras, psicoanalistas y psicoterapeutas de grupo.

Un resultado importante de este tipo de seminarios fue el reconocimiento, sostenido por el propio Bridge, de la labor que los educadores profesionales podían desempeñar en medicina y que existían aspectos sobre la enseñanza y aprendizaje para lo que su educación como médicos o científicos de base no les había preparado.

Los seminarios y las publicaciones de “educación y pedagogía médica” del momento hicieron que numerosos educadores médicos latinoamericanos comenzaran a cuestionar los métodos de “enseñanza tradicional” e intentaran desarrollar nuevas experiencias educativas. Este cambio de opinión, sostuvo Andrade, no siempre significó un cambio en la forma de enseñar y sólo pocas veces generó modificaciones sustanciales en la programación<sup>44</sup>. Se generó un interés en

<sup>42</sup> Hlebowitsh PS. Reevaluación de las valoraciones del Rationale de Tyler. Revista de Estudios del Currículum: Teoría del currículum 1 (1). Barcelona: Pomares; 1998.

<sup>43</sup> Ganzaraín R, Gil G, Grass K. Relaciones humanas y el proceso de enseñar-aprender en las escuelas de medicina. Educ Med Salud 1969 1(2):107-126. p.121.

<sup>44</sup> Andrade J.1979, Op. cit. p. 56.

algunos educadores médicos por la pedagogía que los llevó a familiarizarse con teorías y principios de aprendizaje, así como con algunas técnicas didácticas. Las teorías de aprendizaje más conocidas y difundidas en dicha época fueron las de *estímulo-respuesta*, *las funcionalistas* y *las de la Gestalt*.

Con estas teorías, decía Andrade, se definieron algunas orientaciones educativas para la educación médica latinoamericana durante la época señalada. La definición de *objetivos educacionales* y *el diseño curricular*, formulado originalmente por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina en 1952 fue luego utilizado extensamente como documento de apoyo en diversas reuniones de educación médica en América Latina, cuyas escuelas siguieron tardíamente, las recomendaciones de definir objetivos de comportamiento para orientar la acción educativa.

La consigna también asumida de “definir el médico que cada país necesita” generó los primeros intentos de adoptar objetivos educacionales acordes con cada situación en particular, aunque los mismos fueron definidos en términos vagos, muy generales y susceptibles a ser interpretados de diversas maneras. La taxonomía de Bloom y colaboradores fue la base metodológica seguida por los primeros grupos de trabajo. El interés suscitado para fundamentar las decisiones curriculares a partir de objetivos precisos y en función de las necesidades de salud hizo que la III Conferencia Panamericana de Facultades de Medicina, celebrada en Buenos Aires en 1971 se dedicara a tratar el tema del “currículo y las técnicas de formulación de objetivos”. La Federación de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) incorporó en sus programas regulares talleres de corta duración destinados a adiestrar profesores en el uso de dichas técnicas.

El *Aprendizaje como proceso individual*, utilizado en otros sectores educativos, llamó la atención a los educadores médicos, especialmente a partir de las experiencias de las escuelas de Medicina de John Hopkins y Duke University a principios de los sesenta. La primera adoptó el currículum flexible y las actividades electivas para estimular la iniciativa independiente y la participación de los alumnos en actividades de investigación y la segunda, el “*core curriculum*” o programa esencial, el cual imponía identificar lo esencial para todos los alumnos y ofrecer la oportunidad de elegir otros conocimientos de acuerdo a sus propias inclinaciones. En América Latina apareció en 1969, en Buenos Aires, la publicación de Miller sobre la “Enseñanza y aprendizaje en escuelas médicas”, como una contribución metodológica al proceso de aprendizaje individualizado. A pesar de estas influencias, Andrade concluyó que, en la mayoría de las escuelas médicas de la época “el profesor sigue preocupado por lo que él dice y por decirlo de la manera más exhaustiva y lúcida posible y esperando que el alumno lo reproduzca con la máxima fidelidad” y el sistema de que “cada alumno aprenda lo que quiera, en la secuencia y al ritmo que más le convenga, no es compatible con los sistemas de enseñanza altamente estructurados que caracterizan la educación mé-

dica contemporánea y que no cambian, esencialmente, con el agregado de algunas materias electivas.<sup>45</sup>

Otras dos orientaciones, incorporadas en la educación médica de esa época fueron: *la motivación como determinante del aprendizaje y la aplicación inmediata, repetida y variada como fundamento de la transferencia y de la retención de lo aprendido*. Ambos enfoques fueron enarbolados por los problemas de estructura identificados en los programas de estudio, en los cuales mediaban varios años entre la presentación inicial de los conocimientos teóricos básicos y su ulterior aplicación en la práctica, lo que impedía recordar a los alumnos muchos de los contenidos trabajados durante los primeros cuatro años y su motivación inicial de aprendizaje estaba muy ligada a la necesidad de aprobar los exámenes.

A partir del 1969, la OPS insistió sobre temas relacionados con el desarrollo curricular en las escuelas de medicina latinoamericanas; como producto de la experiencia Andrade publica un artículo en 1971 sobre el proceso de diseño del plan de estudios<sup>46</sup>, en el cual define el currículum y el plan de estudio retomando como autores a Dewey, Galen Saylor y Alexander y Hilgard y fundamentalmente la taxonomía de Bloom y Mager. En dicho artículo se propone un plan de acción y se analizan algunos factores que deben tomarse en cuenta para aplicarlo, dando especial énfasis a la necesidad de definir adecuadamente los objetivos educacionales. También se establecen algunas premisas básicas para seguir el diseño del currículum, entre ellas, considerar que el proceso de diseño curricular debe ser dinámico y continuo, que tanto el currículum como el plan de estudio deben ser instrumentos “maleables y dinámicos” y que cada escuela debe disponer de un organismo permanente que se encargue del diseño y la revisión curricular, pero que al mismo tiempo cuente con la más amplia participación de todos los integrantes de la escuela y los representantes de la administración local de salud, así como otras profesiones de la salud. Una observación importante del artículo fue señalar que no puede existir un currículum único y estable para todas las escuelas y que cada escuela debe diseñar el suyo y procurar su continuo mejoramiento.

La elaboración del modelo racional inducido por Tyler, marcado por la psicología científica conductista de la época se le agregan por un lado, los aporte de Ilda Taba<sup>47</sup> con su secuencia de “diseño-implementación-evaluación” y la necesidad del estudio de las fuentes de las decisiones sobre el currículo, en cuanto al análisis de la sociedad y de la cultura y sus consecuencias para la educación, el estudio de la teorías del aprendizaje, el desarrollo mental y la transferencia del aprendizaje, así como el aprendizaje social, el análisis sobre la naturaleza del conocimiento y de las disciplinas como base para el currículum.

<sup>45</sup> Andrade J. 1979, Op. cit. p. 59.

<sup>46</sup> Andrade J. El proceso de diseño del plan de estudio. Educ Med Salud 1971; 5 (1):20-38.

<sup>47</sup> Taba, I. Elaboración del currículo- Teoría y práctica. Buenos Aires: Troquel (3ra ed), 1977.

Las razones que enfatizaron la necesidad de formular objetivos en términos de conducta fueron el afán de reducir la ambigüedad de los objetivos educativos en aras de una mayor claridad en la comunicación de las intenciones educativas; el propósito de poder establecer diseños precisos para ordenar el proceso educativo y la búsqueda de eficiencia en los tratamientos educativos. Mager es seguramente “el autor que mejor ejemplifica el extremo de hasta dónde se quiere llegar en esa orientación; un enfoque que pone todo su énfasis en *cómo redactar los objetivos* para asegurar la función racionalizadora, precisa y eficiente que han de cumplir en el proceso de planificación de la enseñanza” ... “Sólo con la clarificación precisa de esas declaraciones se sabe si se logra el objetivo o no”.<sup>48</sup>

Giмено Sacristán, cita a Eisner (1967) para recordar su planteamiento acerca de que existe una semejanza y una continuidad entre el pensamiento curricular de Bobbitt y la concepción de Tyler, que más tarde continuará en el propio Bloom. Dentro de la teoría curricular de Tyler, el tema de objetivos es un punto de partida para considerar de forma precisa *cuáles son los propósitos que la escuela debe obtener*, adoptando en su exposición un enfoque netamente conductista sobre el aprendizaje que se deja traslucir en cómo se concibe a los objetivos.

Desde principios de los setenta, tanto por los resultados del estudio de García como por las evidencias encontradas a través de análisis particulares, talleres de discusión de decanos y docentes latinoamericanos y visitas en situ, Andrade tenía claro que en la mayoría de los casos, las transformaciones curriculares no pasaron de la incorporación de nuevas asignaturas, la reagrupación de las existentes, el cambio de ubicación de algunas a lo largo de la carrera o los reajustes en la distribución del tiempo del cual se dispone para la enseñanza. El defecto fundamental, a su juicio, se debió a una falta de metodología que permitiera analizar en forma ordenada todos los factores que deben tomarse en cuenta al diseñar un plan de estudios e incluir, registrándose detalladamente, todas las etapas del razonamiento que lleva a determinadas decisiones.

A pesar de sus críticas, acertadas en algunos aspectos, el pensamiento de Andrade acerca del currículo estaba todavía fuertemente inclinado hacia el plan de estudio, en consonancia con la lógica de las propuestas marcadas de los años setenta, por lo que su apuesta seguiría siendo el cambio del plan de estudio como mecanismo de transformación de la educación médica.

Los años sesenta se caracterizaron por un intensa labor para la “transformación de la enseñanza”, a través de la incorporación de la enseñanza de la medicina preventiva y social y a través de cursos y talleres sobre diseño curricular y enseñanza de la medicina, lo que llevó a la Organización Panamericana de la Salud a publicar trimestralmente la revista *Educación Médica y Salud* desde 1966 hasta

<sup>48</sup> Giмено Sacristán J. 1997. Op. cit. p. 50.

1996. La mayoría de los programas de la División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS estuvieron en un principio dirigidos a fomentar la creación de los departamentos de medicina preventiva y social. También en los años sesenta se le dio gran énfasis a la planificación de los recursos humanos en salud, al diseño curricular, a la administración de escuelas de medicina y a la enseñanza de las ciencias sociales aplicadas a la salud. El tema de la “Educación” constituyó sin lugar a dudas, un importante tema de preocupación para los funcionarios de OPS de ese momento, dedicando gran parte de su tiempo a la investigación y reflexión del desarrollo educacional en América Latina y al intercambio con educadores médicos de la Región.

Una revisión exhaustiva de la colección de esta revista<sup>49</sup> permitió identificar algunos ejes importantes de la preocupación y discusión internacional del tema educativo: las clases magistrales como discrepancia entre lo que se puede hacer y lo que realmente se hace; los métodos de evaluación, con defensa o censura de manera vigorosa e irracional de los exámenes objetivos y orales y los de tipo ensayo; la creación de institutos pedagógicos en las universidades para que los especialistas en educación pudieran ayudar a los docentes médicos y la formación de los educadores médicos.<sup>50</sup>

Encontramos preocupación por los métodos y técnicas de enseñanza y las diversos “métodos” que podrían ser útiles al aprendizaje de los alumnos y a la buena relación entre docentes y alumnos tales como la conferencia, el pequeño grupo de discusión, el diálogo socrático en cursos numerosos, la visita conjunta de profesores y alumnos al domicilio del paciente, la observación continuada de la familia por un equipo, la dramatización, la entrevista al paciente, y la grabación.<sup>51</sup>

Los Comités de Expertos convocados por la OPS/OMS entre los años 1967 y 1974 para analizar la enseñanza de la patología, bioquímica, farmacología, fisiología, pediatría, medicina preventiva y social, obstetricia y ginecología y salud mental, utilizaron un esquema similar de análisis y recomendaciones para la enseñanza en cada una de las disciplinas fundamentados en cuanto a: los objetivos generales de la educación médica, objetivos específicos de la enseñanza en cada

<sup>49</sup> La revista de Educación Médica y Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) fue la revista más importante de esta Institución, creada en 1966 para servir a los países de las Américas de apoyo a las actividades de desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud, dando a conocer experiencias en procesos de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones de importancia para la formación de personal.

<sup>50</sup> Neghme RA. La Educación médica en el plano internacional. *Educ Méd Salud* 1967; 1, (1): 5-11. Miller G. Formación de profesores de Medicina. *Educ. Méd. Salud* 1967; 1, (1): 12-18.

<sup>51</sup> Brody EB. Cultura, comunicación y emoción en el proceso educativo. *Educ Méd Salud* 1968; 2, (2): 97-111.

disciplina, el contenido programático y métodos de enseñanza, con un contenido teórico mínimo y sugerencias de trabajos prácticos, evaluación y recomendaciones de libros de texto.<sup>52</sup>

En los inicios de los años 70, la educación Médica empezó a preocuparse por la tecnología educacional y un número completo de la revista de Educación Médica y Salud fue dedicado a este tema. Fue tal la importancia otorgada a este tema que la OPS/OMS organizó los Centros Latinoamericanos de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES) en Río de Janeiro en 1972 y en México en 1973. En ellos, sostuvo Ferreira, el término de “tecnología educacional” se introdujo con la intención de tomar como punto de partida el desarrollo de conocimientos como elemento básico para las acciones de investigación, adiestramiento docente y preparación de material instructivo y su creación tuvo como objetivo cubrir una gran variedad de técnicas y una amplia área geográfica representada por toda América Latina.<sup>53</sup>

La creciente demanda de ingreso a las escuelas de medicina fue planteado reiteradamente como un problema básico, por lo que surgieron recomendaciones para individualizar la enseñanza, desarrollar la autoenseñanza y desarrollar materiales didácticos que permitieran al alumno aprender a su propio ritmo. El papel del profesor debe ser diferente debiéndose centrar en los siguientes aspectos: construir un modelo concreto de actitudes y valores que sirva de orientación al alumno para el desarrollo de sus características profesionales y éticas; ser un administrador de los recursos docentes que faciliten y hagan más eficiente el aprendizaje de los alumnos, y ser el productor de materiales didácticos científicamente válidos y pedagógicamente adecuados.<sup>54</sup>

En la reunión sobre “principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América latina y el Caribe” se examinó con particular atención la evolución del currículum de medicina, reconociendo que en la mayoría de las instituciones se mantenía una estructura curricular inmodificada, a pesar de los cambios en contenidos y hasta en metodologías. En dicha reunión se entendió por estructura curricular, *“la trama de relaciones que se establecen entre las diversas partes que integran el currículum y los criterios de definición y ordenación de éstas últimas recomendando que cualquier modelo curricular adoptado, el mismo deberá tener una base teórica coherente y estar fundamentado en principios pedagógicos válidos. Su estructura, así como la naturaleza de las experiencias educativas*

<sup>52</sup> OPS/OMS. Comité de expertos. Primer informe sobre la enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina. Educ Méd Salud 1969; 3, (2): 81-162.

<sup>53</sup> Ferreira JR. Tecnología educacional en el proceso de formación de personal de salud. Educ Méd Salud 1974; 8, (2): 131-139.

<sup>54</sup> Alvarez Manilla JM. Metodología de la enseñanza de la medicina en el futuro. Educ Méd Salud 1974; 8, (2): 150-157.

*que lo integran y la metodología utilizada en su desarrollo, han de corresponderse con los postulados teóricos y los principios sobre los cuales se sustenta, y responder a los objetivos de la escuela”.*<sup>55</sup>

La razón fundamental de la no modificación fue atribuida a las contradicciones entre el producto de médico general que se deseaba formar y el carácter de especialista de la mayoría del profesorado y por tanto, la tendencia a la especialización que predominaba en la práctica médica. Entre las conclusiones de este punto está la que afirma que las reformas de la educación médica sólo podrán tener valor en la medida en que formen parte de cambios más amplios, que abarquen la práctica médica y los sistemas de prestación de servicios de salud.

Dos ideas ejes surgieron como propuesta educativa en dicha reunión: el desarrollo de experiencias educativas que coloque al alumno en contacto más próximo con la realidad para estimularlo a participar en el análisis y solución de los problemas y la idea del aprendizaje integrado que *“se sustenta en una teoría del aprendizaje que sostiene que el verdadero conocimiento sólo se adquiere cuando el individuo puede manipular el objeto de estudio para analizarlo por sí mismo y reconstruirlo. Tal teoría implica que el aprendizaje ha de ser siempre activo, afinchado en el contacto de quien aprende con la realidad concreta, y de carácter creativo y no meramente repetitivo. Supone, por tanto, que el aprendizaje se lleva a cabo a través del análisis y resolución de problemas directamente ligados a la actividad profesional y no a través de disciplinas”.*<sup>56</sup>

Otra recomendación puntual que realizan es la selección adecuada del profesorado, el mantenimiento de programas permanentes de perfeccionamiento del mismo, en cuanto a su formación general y especializada y el conocimiento y manejo de principios y técnicas pedagógicos.

El entonces director de la OMS, Halfdan Mahler, también consideró que “en su mayor parte, las escuelas de medicina del mundo preparan a los médicos no para ocuparse de la salud del pueblo, sino para un ejercicio profesional ciego a todo lo que no sea enfermedad y tecnología para combatirla... estas instituciones preparan a los médicos para ocuparse de casos raros que pocas veces se presentan, en lugar de enseñarles a resolver los problemas comunes de salud de la comunidad”<sup>57</sup>. Sobre el plan de estudio recomendó utilizar la comunidad como contexto de aprendizaje, definir las *aptitudes* que el alumno debe adquirir, y considerar al alumno y el aprendizaje como elementos centrales y no al docente y la enseñanza.

La OPS/OMS ya había sentado las bases de cooperación en educación médi-

<sup>55</sup> OPS/OMS. Informe primera reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe. Educ Méd Salud 1976; 10, (2):109-139. p. 115-131.

<sup>56</sup> IBID, p. 118.

<sup>57</sup> Mahler HT. La medicina y los médicos del mañana. Educ Méd Salud 1977; 11 (1): 72-79.

ca que abarcaban fundamentalmente: apoyo global al desarrollo institucional, formación de profesores, formación de administradores, desarrollo de tecnología educacional, creación y desarrollo de una red de información biomédica, desarrollo de las ciencias sociales aplicadas a la medicina y la promoción de investigación médica, epidemiológica, social y operativa.<sup>58</sup>

Los médicos latinoamericanos expresaban a fines de los setentas la necesidad de diseñar el currículo con un modelo que asegurase su dinamismo y flexibilidad para incorporar medidas correctoras; asegurar la participación del alumno pero sin responsabilidad de decisión en el proceso de formulación curricular; mantener un currículo rígido con programación anual, con objetivos educacionales precisamente definidos; buscar una sólida formación científica, ética, generadora de hábitos de estudio y autoformadora; y promover el contacto temprano de los alumnos con individuos sanos, enfermos, familia y comunidad<sup>59</sup>. El currículo también fue entendido como un conjunto de experiencias programadas a que se exponen los estudiantes, identificadas con la secuencias de acciones desarrolladas en la red de los servicios ya que, “es a la vez la operacionalización del poder de reproducción de la práctica médica”.<sup>60</sup>

Los documentos revisados permiten suponer que la educación médica iba sumando de manera lenta y especialmente recortada los pocos avances emanados de las propias ciencias de la educación en materia curricular. Tampoco hay que olvidar las reformas educativas impulsadas por el Estado que de alguna manera también repercutieron en las orientaciones de la formación médica. En los años sesenta el movimiento de reforma se orientó al “fortalecimiento del saber profesional”. Los esfuerzos del movimiento de reforma escolar estuvieron concentrados en la idea de convertir las instituciones sociales en “eficientes”, “efectivas” pero con un eje claro en la demanda de igualdad social. De esta manera, “el papel de las ciencias sociales y de las profesiones “asistenciales” (entre ellas la medicina) se mostraba en forma más evidente en los esfuerzos dirigidos a la mejora social”.<sup>61</sup>

Popkewitz hace recordar que el movimiento de reforma curricular nació en medio de esa euforia socio-económica general con respecto al papel de la ciencia en el progreso mundial, “el curriculum centrado en las disciplinas no sólo trataba de divulgar el saber académico, sino de incluir también los métodos para argumentar, pensar y “ver” el mundo que se consideraban la base del trabajo de las

<sup>58</sup> Ferreira JR. Estrategias internacionales en educación médica: asistencia técnica y cooperación técnica. *Educ Méd Salud* 1976; 10 (4): 335-344.

<sup>59</sup> OPS/OMS. Reseñas: reunión sobre políticas de investigación en salud en el área II. *Educ Méd Salud* 1978; 12, (2):196-200.

<sup>60</sup> OPS/OMS. Reseñas: regionalización docente-asistencial. *Educ Méd Salud* 1971; 5, (2):151-164.

<sup>61</sup> Popkewitz T. Sociología política de las reformas educativas. Madrid: Morata; 1997. p.155-156.

disciplinas”. La cambiante base económica de la sociedad también repercutió en el movimiento de la reforma curricular en los años sesenta, en tanto “precisaba una mano de obra con las orientaciones y sensibilidades necesarias para una economía basada en la ciencia y la tecnología”.<sup>62</sup>

El movimiento de reforma de los años setenta tuvo dos consecuencias: “Primera: se establecieron estas disciplinas (las Ciencias Sociales) como fuentes autorizadas de conocimiento sobre la sociedad, y destacaron más en el curriculum, la fe en que el progreso social se define mediante una ciencia positiva organizada a través de la observación, la metodología rigurosa y la neutralidad respecto a los valores. Segunda, llegó a considerarse la profesionalización como una categoría epistemológica, haciendo de la forma y contenido concretos del conocimiento científico social una fuente autorizada para estudiar la relación entre los individuos y la sociedad”.<sup>63</sup>

#### **1.4. Los debates recientes y el giro conceptual: pedagógico, epistemológico y político**

Los problemas de la educación médica enunciados tanto en la década de los ochenta como en los noventa se inclinan más hacia un debate de carácter epistemológico y político que pedagógico. Se reitera la incapacidad del egresado de medicina para dominar una visión colectiva del proceso salud- enfermedad y asumir una actitud crítica frente a los problemas de salud y de sus determinantes. Predomina en la gran mayoría una visión biologicista, orientada hacia la especialización y una “constante incapacidad para generar, en su práctica del saber, conocimientos tendientes a la solución de problemas de salud desde una perspectiva más abarcadora, lo que hace que se incorpore a una práctica hegemónica divorciada, en su mayoría, de la realidad que afecta a los sectores mayoritarios de la población”.<sup>64</sup>

Estaba claro ya en los ochenta dos grandes grupos de factores que afectaban la educación médica: aquellos ligados a la institución formadora y los relacionados con la organización y prestación de los servicios de salud. Cualquier intento de reforma curricular tendría que tomar en cuenta ambos sistemas, evaluando su interacción en situaciones concretas de cada escuela y su medio social. Por otro lado, habría que contemplar las presiones originadas por el mercado de trabajo médico y la deformación de la práctica médica, influenciada por la industria

<sup>62</sup> IBID. p. 157-158.

<sup>63</sup> IBID. p. 161.

<sup>64</sup> UDUAL 91. La Universidad y las prácticas de salud en América Latina. En: Conferencia integrada: informe de los núcleos latinoamericanos. La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. La Habana, Cuba: OPS/OMS, Informe Reunión Grupo Básico II; 1991. p. 98.

farmacéutica, la industria de equipamientos, la empresa médica, el propio sector médico y el predominio de la especialización.<sup>65</sup>

A nivel de la escuela se observa la organización curricular por disciplinas que fragmenta académicamente el conocimiento, dificultando una visión del paciente como un todo, la formación general del médico y el trabajo en equipo. A nivel didáctico, consume carga horaria improductiva por la repetición innecesaria de temas, las restricciones de locales de práctica, la distorsión de la evaluación del rendimiento académico y a nivel de la organización educativa, se observa también en estos años la continuidad de la estructura departamental como mecanismo enquistado del poder de los docentes para mantener como hegemónicas determinadas disciplinas dentro del plan de estudio.

Sobre los perfiles profesionales, en las reuniones de la Unión de Universidades Latinoamericanas, celebradas conjuntamente con las asociaciones latinoamericanas de profesionales médicos y otras profesiones de la salud en la década de los 90, se reconoció el predominio de la fragmentación del conocimiento en la organización de los contenidos curriculares y por tanto de la unidad del hombre; la exaltación de lo curativo; el desconocimiento de la promoción y prevención de la salud; la división entre factores teóricos y prácticos, entre lo básico y lo clínico; la valoración de la medicina hospitalaria y del ejercicio liberal de la medicina; la concentración del poder profesional en la figura del médico, lo que impide el necesario trabajo en equipo; la visión limitada de los problemas de salud de la población y de los servicios de salud y el escaso desarrollo de experiencias de investigación científica ya sea clínica o epidemiológica.<sup>66</sup>

A principios de los ochenta se observan algunas propuestas en los países que recomiendan que la planeación educacional debe orientarse en el sentido de engarzar las acciones de enseñanza con la asistencia, para lo cual sería necesario expandir el campo de "entrenamiento" fuera del hospital, redefinir el papel del alumno, de agente observador a agente activo, redefinir el papel del profesor, de agente informante a observador y redefinir los procedimientos didácticos a través de experiencias de aprendizaje en situaciones más comunes de la práctica médica. La búsqueda de desarrollo interdisciplinar también se plantea de manera reiterada. La principal conclusión de un primer curso internacional sobre diseño y dirección curricular realizado en Costa Rica en el año 80 fue la necesidad de propiciar una enseñanza integral de los futuros profesionales de salud, dando especial énfasis a la vinculación teoría-práctica, los aspectos preventivos y curativos biológicos-sociales, básicos-clínicos y la necesidad de que se observe en el proceso educativo la salud-enfermedad como fenómeno humano.<sup>67</sup>

<sup>65</sup> Fraga Filho C, Reis RA. Reformas curriculares. *Educ Med Salud* 1980; 14 (2): 1974-1981.

<sup>66</sup> UDUAL 1991. Op. cit. p. 100.

<sup>67</sup> OPS/OMS. Primer seminario centroamericano de diseño y dirección curricular en facultades y escuelas de Ciencias de la Salud. *Educ Med Salud* 1981; 15 (1): 99-100.

La orientación del propósito del “producto” educativo constituyó un debate importante en la educación médica y del resto de los campos de formación, mientras que los aspectos educacionales en general quedaron rezagados a un paso posterior.

Las orientaciones políticas de formación del médico, tanto de la OPS como de la OMS, estuvieron orientadas a la búsqueda de una nueva concepción del médico orientado hacia estrategias de atención primaria y medicina general o familiar, sin soslayar al especialista, haciendo una revisión crítica de los programas de estudio “para propiciar una interacción más estrecha de la relación médico paciente, en consonancia con la estructura político y social de cada país”<sup>68</sup>. También se señalan otros aspectos relacionados con el “adiestramiento” en función de los perfiles ocupacionales, el desarrollo de programas de educación continua, y de procesos de supervisión, el desarrollo de la integración docente- asistencial y la mejora de la información científico-técnica.<sup>69</sup>

Mientras avanzaba la orientación epistemológica sobre el tipo de médico requerido, la orientación educativa continuó presentando aspectos de la pedagogía por objetivos, con algunos matices curriculares que intentan darle mayor racionalización a través de la consideración de las condiciones del contexto y de las metas que a nivel político los países del mundo habían aceptado con la propuesta de atención primaria de Alma Ata en 1978. De esta manera, en el año 1983, el Programa de Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá de la OPS sostenía como metodología para promover el aprendizaje, que se debe partir de objetivos claros y concretos en base al desempeño real y esperado, lo que determinará específicamente las técnicas de enseñanza-aprendizaje que se han de utilizar, los cuales pueden tener varios niveles de complejidad, aunque el primero debe estar dirigido hacia el conocimiento y análisis de la meta y de la atención primaria y sus diferentes componentes, pudiendo asociarse a un análisis del contexto y de las implicaciones de cada uno de los elementos en el país.<sup>70</sup>

Por otro lado, las actividades de instrucción para promover el desarrollo de habilidades para la solución de problemas, que comenzaba a expresarse a nivel internacional, también fue presentado a manera de ejemplo en la revista de Educación Médica y Salud. Sin embargo, no fue promovido con similar fuerza como la empezaba a realizar en ese entonces, la Asociación Médica Americana.<sup>71</sup>

<sup>68</sup> Ferreira JR. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ Med Salud* 1983; 17 (1): 54-68.

<sup>69</sup> Ferreira JR. La cooperación científico- técnica universitaria en América Latina y la respuesta de los organismos internacionales. *Educ Med Salud* 1984; 18 (1): 1-8.

<sup>70</sup> Haddad J, Canales F. Capacitación de personal para la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria: una propuesta metodológica. *Educ Med Salud* 1983; 17 (1): 69-87.

<sup>71</sup> Shumway J, Vargas E, Heller L. Métodos para la enseñanza de la solución de problemas en las escuelas de medicina. *Educ Med Salud* 1984; 18 (1): 46-61.

Para fines del año 1984, esta Asociación publica un importante documento sobre los “Médicos para el Siglo XXI, que en los aspectos educativos abogaba por estrategias para que las facultadas adoptaran métodos para el desarrollo de habilidades de estudio independiente por parte de los alumnos; incorporación del método de “resolución de problemas” y el abandono de la educación que coloca al alumno como receptor pasivo de información, lo que llevaría a reducir los horarios de instrucción; cambiar la forma de evaluación fundamentadas en la memorización a otras que promuevan la habilidad del análisis y la solución de problemas; la incorporación de la información científica y el uso del computador.<sup>72</sup>

Entre los años 1986 y 1988, la OPS realizó un estudio en 60 escuelas de medicina de América Latina con el enfoque de “análisis prospectivo” que incluía un conjunto de indicadores para que las escuelas pudieran evaluar su situación de ese momento y trazar un futuro deseable a través de una “imagen futura, deseable y posible”.<sup>73</sup>

Entre los resultados más notorios de este estudio están: la desvinculación de las escuelas de los servicios de salud como forma conjunta de planificación y evaluación de los servicios de salud; la desvinculación de las investigaciones académicas de las necesidades de salud más relevantes de la población; sólo el 75 señaló que las investigaciones se llevan en forma integrada según las necesidades de salud, en los campos biomédico, epidemiológico y social; sólo el 8% realiza un análisis crítico de la tecnología que se utiliza en la práctica médica; el 83% de las escuelas reconoció que concede poco peso a los requerimientos de la formación de médicos en función de la salud de la población y de las posibilidades de empleo futuro de los médicos que egresan.

En los aspectos curriculares, sólo el 13% de las escuelas tienen currículos con orientación integradora biomédica y social; el 77% reconoce que la unidad de estudio principal es el individuo estrictamente; el 17% de las escuelas fundamentan la formación profesional en la práctica general de la medicina basada en la atención primaria; el 75% dijo estar en una fase incipiente de promover que los alumnos participen tempranamente y en forma individual en el cuidado directo del paciente y en labores investigativas, educativas y administrativas del contexto comunitario.

En algunos artículos se destaca la crítica acerca de que los programas de formación de los recursos humanos en salud en los niveles de pre y posgrado no logran superar los conceptos convencionales de salud y enfermedad para centrar la problemática en la comprensión, defensa y promoción de la vida humana y en

<sup>72</sup> Association of American Medical Colleges. Physicians for the twenty- first century. *Journal of Medical Education* 1984; 59, (11). Part 2.

<sup>73</sup> Ferreira JR et. al. El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud* 1988; 22 (3): 242-272.

la salud como realización plena de la vida. Se destaca la desarticulación no sólo al interior de las disciplinas básicas biológicas sino en su interacción con el nivel clínico, las ciencias sociales, ciertas formas de práctica médica y con las demandas integrales de la población en cuanto a salud. Cada vez es más insuficiente el trabajo centrado en la recuperación de la enfermedad. Si bien la sociedad tiene que responder a esta demanda de recuperación de la enfermedad, el campo sanitario es más amplio y demanda trascender lo médico y la atención individual.<sup>74</sup>

Algunos autores coinciden en señalar que a pesar del avance en el desarrollo teórico de las ciencias sociales aplicadas a la salud y a la consolidación de la corriente latinoamericana de medicina social, son pocas las experiencias en la que se ha logrado el abordaje científico de lo social a nivel del pregrado, y mucho menos a nivel del postgrado. Son además numerosos los casos en que los mismos postgrados de salud pública carecen del enfoque científico de las ciencias sociales, necesario para las interpretaciones requeridas en los campos concretos del trabajo en salud.<sup>75, 76, 77, 78</sup>

Entre los principales problemas que han enfrentado las iniciativas para transformar los procesos de formación de médicos se destacan un conjunto de cuestiones epistemológicas que tienen que ver con la configuración y las relaciones entre los campos de conocimientos que conforman su base teórica, así como aspectos metodológicos relacionados al objeto de estudio. Uno de los cambios sustanciales en la concepción de la medicina misma, de la salud y del propio proceso educativo ha sido la redefinición del objeto de estudio u objeto de conocimiento.

A pesar de los diversos intentos de transformación de los procesos formadores de médicos en América Latina, generados desde distintos parámetros que pusieron en discusión la articulación del proceso educativo, la práctica de la salud y la estructura social, se reconocen al término de los años ochenta que algunos de los problemas mencionados se habían agravado.

<sup>74</sup> Rodríguez MI. Las innovaciones educativas en la formación de personal de salud en México dentro del contexto de las transformaciones ocurridas en América Latina. *Educ Med Salud* 1995; 29 (1): 32-61.

<sup>75</sup> Rodríguez MI. Lo biológico y lo Social en la formación del personal de salud: El contexto de la reflexión. En: Rodríguez MI (Coord). *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101. 1994.

<sup>76</sup> Laurell AC. 1994. *Op. cit.*

<sup>77</sup> Breilh J. Las Ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda: determinantes y proyecciones. En: Rodríguez MI. *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101. 1994.

<sup>78</sup> Lorenzano, C. La estructura teórica de la medicina y las ciencias sociales. En: Rodríguez MI (Coord.). *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington, DC: OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101; 1994. p. 36-53.

La Conferencia Mundial de Educación Médica de 1988,<sup>79</sup> así como los encuentros internacionales y continentales realizados en Punta del Este (1994), Colombia (1993 y 1995), Argentina (1996) retoman en gran parte las críticas enunciadas y enarboladas por investigadores de la Educación Médica, planteando recomendaciones que no llegan a cristalizarse en la generalidad de los casos<sup>80,81,82</sup>. En la Conferencia Mundial de Educación Médica celebrada en Edimburgo, el más importante acontecimiento internacional en este campo, se destaca el análisis realizado sobre la situación de 230 Facultades de Medicina de América Latina, correspondiente al 80% del total de las escuelas de la región. El documento presenta las grandes problemáticas comunes y “plantea con carácter urgente la obligación que las facultades y escuelas de medicina, definan y asuman un nuevo contrato social que legitime su razón de ser frente a la sociedad”.<sup>83</sup>

Los debates y conclusiones de dicha Conferencia traen a discusión algunos elementos e ideas propias de la educación médica que ameritan de su profundización, tales como:

- La necesidad de generar un nuevo modelo científico biomédico y social que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la sociedad;
- La necesidad de un nuevo sistema de valores que trascienda la influencia de los cambios de la práctica, reconstruya la ética del ejercicio profesional y garantice la función social de atender las necesidades de salud de la población;
- La conveniencia de desarrollar estrategias de trabajo interdisciplinario y metodologías problematizadoras, que puedan enfocar con mayor profundidad y nuevos criterios de priorización la temática fundamental;
- Encarar el desarrollo de la integración docente asistencial-investigativa con la estrategia de atención primaria como objeto de investigación y aprendizaje, a fin de poner a prueba el conocimiento de la Universidad con la sociedad, alejándose de la utilización del espacio comunitario como simple campo de práctica;

<sup>79</sup> World Federation for Medical Education. The Edimburg Declaration. Lancet; 1988: 8608 (464).

<sup>80</sup> Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y OPS-OMS. Educación médica: conferencia andina. Cartagena, Colombia: OPS; 1993.

- Declaración de Bogotá. Conferencia mundial de educación médica. 1995. Mimeografiado.

<sup>81</sup> OPS/OMS- Facultad de Medicina de la República del Uruguay. Encuentro continental de educación médica. Punta del Este, Uruguay, 1994.

<sup>82</sup> AFACIMERA. Cumbre mundial de decanos y expertos en salud y educación médica. Buenos Aires, Argentina: 1996. Sin publicar.

<sup>83</sup> OPS/OMS-FEPAFEM. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Edimburgo, Escocia: OPS/OMS; 1993.

- Superar la contradicción entre la formación de especialistas y generalistas, lo que obligaría a la educación médica a enfrentar críticamente la determinación tecnológica del criterio médico de calidad que afecta tanto la ética profesional como la equidad.<sup>84</sup>

También la declaración final de la reunión de Punta del Este, en 1994 marca otro hito importante en los enfoques de la educación médica latinoamericana. Así, se expresa que es necesario:

- Orientar la formulación de un nuevo paradigma que revalorice la salud contemplando sus aspectos biológicos y sociales, para la construcción de un desarrollo sustentable y comprometido con las próximas generaciones.
- Implementar transformaciones necesarias que aseguren una formación médica de la más elevada calidad en términos técnicos y de relevancia social y una posterior incorporación a modelos asistenciales humanizados y equitativos.
- Movilizar a la Universidad para, a partir de una concepción ética de la vida, poder cumplir con el nuevo contrato social que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional y reduzca las diferencias sociales favoreciendo la cobertura universal y justicia social.

La década de los '90 da inicio a una nueva estrategia de búsqueda de calidad de la educación médica, cuyo objetivo es contribuir a transformaciones sucesivas de la educación médica a través de procesos de regulación interna y externa como los de acreditación de programas académicos y la certificación de profesionales de la medicina.

En el año 1995, la OMS pide a los Países Miembros en una resolución de la Asamblea General<sup>85</sup>, la “coordinación de esfuerzos de las autoridades de salud, de las escuelas de medicina para que estudien y apliquen nuevas formas de práctica profesional y de condiciones de trabajo que permitan a los profesionales identificar las necesidades de salud, la respuesta a dichas necesidades a fin de aumentar la calidad, relevancia, eficiencia y equidad de la atención de salud”.

Las nuevas orientaciones de la educación médica han estado dirigidas a definir los estándares globales y los requisitos globales mínimos esenciales que se requieren hoy día. Por un lado, la Federación Mundial para la Educación Médica

<sup>84</sup> OPS/OMS. 1994. Op. cit.

<sup>85</sup> WHO. Resolución WHO48.8, 1995. Reorienting medical education and medical practice for health for all. The Forty-eight World Health Assembly. Ginebra: Publicado en Education for Health 1996; 9(1): 5-11.

(WFME) lanzó en el año 1998 el programa de *Estándares Internacionales en Educación Médica*, buscando fundamentalmente crear mecanismos para “la mejora de la calidad de la educación médica, en un contexto global, aplicables por las instituciones responsables de la misma y en programas a lo largo del *continuum* de la educación médica”<sup>86</sup>. Este proyecto ha sido aprobado por la OMS y también por la Asociación Médica Mundial (WMA) y tiene tres objetivos fundamentales:

- Estimular a las facultades de medicina a formar sus propios planes para cambiar y para mejorar la calidad de acuerdo con las recomendaciones internacionales;
- Establecer un sistema nacional y/o internacional de evaluación y acreditación de las facultades para asegurar unos estándares mínimos de calidad;
- Salvaguardar la práctica médica y la utilización de los profesionales, y su movilidad internacional creciente, a través de unos estándares internacionales definidos en educación médica.

Los estándares definidos por la WFME están focalizados tanto para la mejora de la calidad de la educación médica básica de grado, la educación de los postgrados y el desarrollo profesional continuo de los médicos. Estos estándares fueron ratificados en el 2004 por la Asociación Médica Mundial.

Recientemente, se creó el Instituto para la Educación Médica Internacional, con sede en New York, quienes han desarrollado los “requisitos globales mínimos esenciales” para los cuales se definieron los resultados mínimos del aprendizaje, aplicables en todo el mundo, agrupados en siete grandes categorías educacionales y con 60 objetivos de aprendizaje, a los que se les tendrían que agregar los requisitos nacionales y globales<sup>87</sup>. Las categorías están relacionadas con las habilidades clínicas; los fundamentos científicos de la medicina; los valores profesionales; actitudes, comportamientos y ética; la salud pública y los sistemas de salud; el análisis crítico y la investigación; el manejo de la información y las habilidades de comunicación que tendría que tener el médico del futuro.

Las preocupaciones de la educación médica han tenido diferentes matices a lo largo de la historia. Por un lado, los esfuerzos de acercar la educación a los problemas de salud de la población y a las condiciones sociales han ocupado grandes debates a nivel mundial y continental. Por otro lado, el elemento de la “mejora” educativa ha sido una constante, unas veces enfocada con mayor énfasis en el componente de la enseñanza, otras en los medios necesarios para poder cum-

<sup>86</sup> Educación Médica. Revista Internacional de la Fundación Educación Médica. World Federation Medical Education. Vol. 7 (2). 2004

<sup>87</sup> Mendoza Vega, J. Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica. Edu. Méd. V.6 (2). Barcelona. Jul-Sep. 2003

plir la labor docente, otras en la formación de los docentes. En muchos períodos, el eje de preocupación estuvo centralizado en el plan de estudio y en los procesos de evaluación. Más recientemente se enfocan las competencias que deben adquirir los futuros médicos y los estándares de calidad que deben tener los programas y las escuelas.

Paradójicamente, el inicio del siglo pasado estuvo marcado por una corriente reformista que buscaba aumentar la “calidad” de la educación médica. El siglo también termina con un debate globalizado acerca del mismo componente de calidad. En la primera etapa, la búsqueda se centralizó en el reforzamiento del biologismo, la territorialidad del conocimiento, la formación centralizada en el hospital y los procesos de acreditación de los programas académicos marcados por estándares ligados fundamentalmente a la infraestructura educativa.

La segunda ola globalizada de búsqueda de calidad de la educación médica se presenta dentro de un nuevo enfoque de integración del conocimiento de lo biológico y lo social, la necesidad de incorporar el esquema ambulatorio y el aprendizaje en la red de servicios de salud, los requisitos mínimos de aprendizaje focalizados por competencias y centralizados en el estudiante y los procesos de acreditación de los programas académicos con estándares más abarcativos.

El balance de casi un siglo permite establecer algunas conclusiones acerca del esfuerzo realizado en el continente para mejorar el enfoque y los procesos educacionales de los médicos; que las estrategias trazadas no han podido cumplir del todo con los compromisos y acuerdos internacionales y que las estructuras mentales y los poderes de los modelos de práctica médica obstaculizan en gran parte la transformación que en el plano educativo se necesita.

En la actualidad, los reformadores piden “unos contenidos consistentes y normalizados como medio para alcanzar la excelencia y los buenos resultados” ... “Aunque gran parte de la reforma de los años sesenta se centraba en la introducción del saber profesional en el currículo, el pensamiento actual asume ese saber y busca una organización y una evaluación más rigurosa para efectuar el cambio curricular. Se desarrollan normas para facilitar orientaciones específicas para la enseñanza y la evaluación. Las propuestas de reforma se centran en el trabajo de los profesores, reconociendo que el nuevo currículo requiere un cambio de pautas de provisiones escolares”. Por otro lado, “la mano de obra no sólo ha de ser entrenada sino también motivada”... “El nuevo interés por la motivación revela una característica particular del actual ambiente de reforma”... “La visión de los años sesenta de que la ciencia contribuiría a la igualdad social se ha transformado; hoy día, la mejora de la educación ha de llevarse a cabo a través de la eficiencia social que lleva a la excelencia vinculada con las fuerzas del mercado”.<sup>88</sup>

<sup>88</sup> Popkewitz T. 1997. Op. cit. p. 162-164.

### 1.5. Algunas tendencias en los debates actuales de la educación médica argentina

La educación médica en Argentina, de igual manera que en muchos otros países del mundo, evidencia algunos problemas y conflictos referidos a temas ya recurrentes tales como la cuestión del ingreso y egreso de alumnos, la calidad de la enseñanza y el aprendizaje, el perfil de la formación y la organización curricular, las condiciones del trabajo docente, el papel de la investigación y la organización, entre otros. No pretendemos en este sub-capítulo escribir sobre la historia de la educación médica en Argentina, porque entendemos que existe buena bibliografía al respecto; sólo retomaremos, de manera resumida, algunos ejes relevantes que son parte del debate en la actualidad, ya que constituyen problemas no resueltos o miradas diferentes entre los educadores médicos de las distintas carreras de medicina, algunos de los cuales emanan de las evaluaciones y acreditaciones realizadas por el Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria ( CONEAU) en los últimos años. De ninguna manera, los puntos tratados en este acápite pueden considerarse con los únicos problemas que caracterizan la educación médica del país.

#### *Ingreso y egreso:*

El ingreso, la cantidad de alumnos y los egresos son temas recurrentes en la historia de la profesión y de la formación de los médicos en la Argentina. Desde los primeros tiempos de la profesión en el país, la queja por la plétora de profesionales fue un motivo de quejas de distintos sectores de la profesión, con una variada gama de argumentos. Desde principios de siglo pasado, Gregorio Aráoz Alfaro manifestaba su protesta por el hacinamiento en la Facultad de Medicina, que contaba por ese entonces con unos 600 alumnos. En momentos de crisis de la profesión, como la década de 1930 o de vigencia de paradigmas de planificación como en la década de los 1960, la regulación de la cantidad de alumnos y, subsecuentemente, de graduados fue un tópico esgrimido desde distintas vertientes de la profesión. En la década de 1990 el tema volvió a cobrar relevancia.<sup>89</sup>

La matrícula de las facultades y escuelas de medicina de las universidades del país ha experimentado un crecimiento sostenido. En gran medida, este crecimiento obedece a la política de ingreso irrestricto que predominó en la mayoría de las universidades públicas.

La cantidad de ingresantes anuales a las carreras de medicina durante el año 2003 es de 12.885 alumnos<sup>90</sup>. Esta cifra puede compararse con los ingresantes de

<sup>89</sup> Finocchio S. Tendencias recientes en la formación de los médicos en la Argentina. Buenos Aires; 2002.

<sup>90</sup> Abramzón M. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. Buenos Aires. En prensa.

Estados Unidos, cuyas universidades admiten 16.000 alumnos para una población casi ocho veces mayor que la de Argentina.

El primero de los problemas asociado con este crecimiento reside en la insuficiencia de los recursos económicos y humanos para afrontar la exigencia de enseñar con buena calidad a todos los estudiantes. El segundo problema radica en los altos niveles de fracaso y deserción de los estudiantes en los primeros años de la carrera, y, consecuentemente, de bajas tasas de graduación con respecto al ingreso.

En los últimos años, se han producido algunos cambios de importancia en la organización de la educación médica de grado. Muchas universidades públicas han introducido mecanismos de selección más o menos explícitos, procurando reducir su matrícula y mejorar la calidad de su enseñanza. En los últimos años, algunas facultades nacionales establecieron sistemas de ingresos con exámenes eliminatorios y, en algunos casos, también cupos, logrando reducir significativamente el problema de la masividad.

A partir de principios de la década de 1990 se autorizó el funcionamiento de nuevas universidades privadas. De esta manera, de 1992 a 2002 se triplicaron las escuelas de Medicina privadas del país, instaladas en los grandes centros urbanos y orientadas a la formación de un número reducido de profesionales. Todas las carreras de formación de profesionales en salud se han incrementado significativamente en la última década a partir de la apertura de nuevas carreras en universidades privadas. De manera especial se observa un incremento importante en el número de escuelas y facultades de Medicina, en especial de establecimientos privados, aunque cabe señalar que estas nuevas carreras no son las que contribuyen precisamente a mantener el alto número de egresados en Medicina ya que sus cupos de ingresos son generalmente restringidos.<sup>91</sup>

Durante el período 1993 a 1998, egresaron de 12 universidades un total de 23.762 médicos, con un promedio de 3.960 nuevos médicos cada año. En el mismo período, egresaron 12.438 psicólogos (2.073 al año), 5.319 farmacéuticos (886 al año) y 3.962 bioquímicos (660 al año).<sup>92</sup> Los últimos datos disponibles indican para 1999 una disminución del número de egresados médicos respecto del año anterior, es decir, egresaron 3.867, esto es, un 11% menos que en 1998 (4.345)<sup>93</sup>.

Lo importante de los datos disponibles y publicados en la bibliografía referida es señalar que, la *pirámide de egresados* de las facultades en Argentina muestra cierta desproporción en relación a los números de médicos/enfermeros y en

<sup>91</sup> Abramzón M, Airoidi S, Cadile MC, Ferrero L. Argentina: recursos humanos en salud. En: OPS/OMS. Recursos humanos en salud en Argentina/2001. Buenos Aires: Laf S.R.L.; 2001. p.17-60.

<sup>92</sup> IBID, p. 43-48.

<sup>93</sup> Datos del Programa de Mejoramiento del Sistema de Información Universitario, del Ministerio de Educación (PMSIU)

proporción a los equipos de salud que los diferentes niveles de atención deberían de tener, aún considerando que el sistema de salud Argentino se ha ido conformando desde hace muchos años a partir de la alta especialización.<sup>94</sup>

Si bien se continúa afirmando en muchas reuniones que “no conocemos la cantidad de médicos con que cuenta el país, ignoramos lo que hacen y no sabemos cómo están distribuidos”<sup>95</sup>, hoy día tenemos alguna aproximación<sup>96</sup> por diferentes fuentes de que el número de médicos en Argentina oscila alrededor de los 108.800 aproximadamente y su distribución en las diferentes provincias del país dista mucho de ser homogénea en el país.<sup>97</sup>

Lo importante de este último dato está relacionado con la oportunidad de analizarlo comparativamente con los datos de otros profesionales y técnicos que forman parte de los equipos de salud. También el empleo en el sector público muestra alguna desproporción. En un análisis reciente realizado sobre la base de datos del catastro de Establecimientos y Recursos de Salud elaborado por el Ministerio de Salud en 1998<sup>98</sup>, se observan otros datos sobre las principales tendencias en la composición de los cargos del sector salud, en los que se corroboran el alto porcentaje de médicos: 62% de los profesionales para las trece provincias son médicos; 60% en nueve jurisdicciones; 60% en establecimientos de Mendoza y 62% en la ciudad de Buenos Aires. Del total de cargos (263.356) relevados en el estudio, 78,064 son ocupados por los médicos, lo que representa un 30%. De la misma fuente, surge que existen 71,734 cargos de enfermería, correspondiente al 27% de los cargos totales, de los cuales, los auxiliares constituyen el 73% de ellos. Así mismo, sólo el 2.4% de los cargos de enfermería corresponden a licenciados y el 4.3% a enfermeros universitarios. Por otra parte, este valor indica que la relación enfermero por médico para el conjunto de los cargos relevados es de 0.9.

94 Borrell RM. Situación de los recursos humanos en salud en la Argentina: problemas y preguntas básicas. Documento presentado en la Mesa del Diálogo Argentino. Buenos Aires: OPS/OMS; 2002. Mimeo.

95 Jaim Etcheverry G. Tendencias en la enseñanza de la medicina: mitos y realidades. Buenos Aires: Presentación en el 2do. Congreso Virtual de Cardiología; 2001.

96 Las dificultades para conocer el número exacto se debe a la carencia de fuentes primarias históricas tanto del sector educativo como del empleador. Algunos estudios recientes han podido recupera información valiosa que muestra grandes proporciones útiles para la discusión de la composición de los recursos humanos en salud, cuyo predominio está en manos de los médicos. En cuanto la distribución, en 1998 existía un médico cada 332 habitantes, esta relación era de un médico cada 95 habitantes en la Ciudad de Buenos Aires y más de 10 veces inferior en Tierra del Fuego (un médico cada 962 habitantes). Nuevos datos están procesados por Abramzón, actualizándolos al año 2004 muestran cambios significativos.

97 Abramzon M, Airoidi S, Cadile MC, Ferrero. 2001. Op. cit. Pág. 39.

98 Abramzón M. Elaboración de datos sobre recursos humanos en Salud tomando como base el catastro de establecimientos y recursos de salud de 1998. Buenos Aires: Ministerio de Salud de Nación; 2002.

Lo que es cierto es que el país no tiene estudios que muestre cómo están trabajando los médicos, cuál es la calidad de su atención y su verdadero desempeño en función de los costos del servicio.

Uno de los fenómenos más notables en la educación médica de Argentina de los últimos años ha sido la vertiginosa expansión de la formación de postgrado, sobre la cual escribimos en el capítulo de Residencias. En este país, la formación de postgrado en Medicina a través de las residencias médicas, ha tenido como propósito completar y mejorar la calidad de los profesionales, lo que ha servido de contrapeso para muchos de sus defensores frente a la devaluación de las credenciales de la formación de grado. Además de los postgrados, una amplia gama de cursos cortos<sup>99</sup> de actualización complementa la forma más tradicional de postgrados en medicina.

Pensamos que el fenómeno de la masificación de las carreras de medicina, como situación de larga data, va asociado a fenómenos como la inadecuada relación docente alumnos, la ausencia de estrategias de tutorías y supervisión capacitante, la imposibilidad de garantizar igual educación para todos los estudiantes, las serias limitaciones para acceder regularmente a prácticas suficientes, la inadecuación de los recursos de espacio y equipamiento, la imposibilidad de garantizar un empleo adecuado, la ausencia de médicos en zonas geográficas distantes, etc.

Sin embargo, la mera restricción del ingreso no genera por sí mejores condiciones para la formación. Es una condición necesaria pero de ningún modo suficiente. Las evaluaciones realizadas por algunas de las carreras para fines de la acreditación establecida por la CONEAU<sup>100</sup> lo ilustra adecuadamente. Los cambios en el sistema de ingreso de algunas universidades no fueron acompañados por cambios sustanciales en la estructura académica. Persisten la falta de integración intercátedras e interciclos, la inadecuación de la infraestructura informática que no posibilita la comunicación, el seguimiento y control del desarrollo de actividades en las distintas unidades docentes hospitalarias, las falencias administrativas, la falta de recursos para que los titulares visiten y supervisen la pluralidad de centros en los que se imparte enseñanza.

En otras universidades, el establecimiento de exámenes eliminatorios y/o cupos fue acompañado de un proceso de evaluación que generó modificaciones estructurales en el conjunto de la propuesta académica que han redundado en mejoramientos sustanciales de la calidad de la formación médica que allí se imparte. Se destacan como logros, el alto nivel de participación de la comunidad académica (docentes, estudiantes, no docentes, colegios profesionales) en el pro-

<sup>99</sup> Invernizzi C. Capacitación en salud para profesionales entre los años 1997-1999. Buenos Aires; 2000.

<sup>100</sup> Las acreditaciones pueden consultarse en [www.coneau.gov.ar](http://www.coneau.gov.ar)

ceso de evaluación, discusión y generación de propuestas, los niveles de integración alcanzados en el funcionamiento académico de las distintas unidades, el diseño de espacios eficaces para sostener la relación y la integración entre los distintos actores, las buenas relaciones con los sistemas provinciales y municipales de salud que les permite garantizar las prácticas de sus estudiantes en distintos niveles de complejidad y zonas sociogeográficas, la importancia de las actividades de extensión a la comunidad, la institucionalidad de las instancias de seguimiento y supervisión, el destacado nivel de comunicación interna entre todos los estamentos de la carrera, etc.

*La orientación de la formación y los aspectos curriculares:*

En general, las definiciones de objetivos de distintas carreras de medicina del país suelen comprender una gama muy amplia de propósitos, sin establecer una jerarquía entre ellos y las relaciones entre esos objetivos y los currículos en general tampoco es transparente y unívoca. Se carece de investigaciones sobre la práctica efectiva de enseñanza en las distintas etapas de las carreras de grado y la distancia que media entre los enunciados contenidos en los planes de estudio, lo efectivamente enseñado y los resultados en los aprendizajes de los alumnos. El proceso de acreditación de las carreras de medicina se centró en los insumos, de manera parcial en los procesos y no contempló ninguna evaluación de resultados.<sup>101</sup>

Como se indica en el informe de la Comisión Nacional para el Mejoramiento de la Educación Superior, en el país “carecemos de una matriz institucional común que permita, como en la mayoría de los países avanzados, entender las claves de la enseñanza a través de la estructura con que se diseñan y aplican los currículos. Las épocas, las influencias o la costumbre de cada profesión o disciplina dan cuenta, antes que cualquier teoría, de las razones de cada plan de estudios”.<sup>102</sup>

Este rasgo condiciona las posibilidades de cambios profundos en los currículos. Cuando los hay, los cambios se observan en los planes de estudios, con agregados de asignaturas, lo que conduce a la prolongación de las carreras de grado, tanto en su extensión nominal como en su duración efectiva.

Dos cuestiones que aparecen como nudos centrales y problemáticos en la definición de la orientación de la formación de los médicos son el balance entre la formación general y la especializada, y el peso de las actividades prácticas en el plan de estudio. Si bien parece existir en las definiciones de principio un con-

<sup>101</sup> Precisamente porque entendemos el currículo como el ámbito abarcativo de muchas instancias de enseñanza y aprendizaje, más allá del plan de estudio, es que abrimos un capítulo sobre Currículo en la que se retoman algunas orientaciones que servirán de base para el análisis de los currículos de las residencias médicas que hemos estudiado en la práctica.

<sup>102</sup> Ministerio de Educación, Informe final de la Comisión Nacional para el Mejoramiento de la Educación Superior. Buenos Aires: Ministerio de Educación, mimeo; 2002.

senso sobre la relevancia de la formación general, inscripta como prioridad por la estrategia de atención primaria, la traducción de estas definiciones en los planes de estudios no resultan tan clara. Esta tensión puede sintetizarse en la existencia de una “aparente o real contradicción entre la defensa de una estrategia de atención primaria en manos de un médico generalista o de un equipo formado en las especialidades básicas, y los *mensajes orientadores* de su formación y de su práctica, que el estudiante y el graduado reciben tanto del sistema prestador como de los centros vinculados a la capacitación, que lo inducen a insertarse en una especialidad como instrumento óptimo para adecuarse a las demandas del mercado”<sup>103</sup>.

De hecho, las evaluaciones prestaron especial atención a la coherencia interna de estos enunciados y al grado y claridad con que se desarrolla la formación de médicos generalistas, la atención primaria de la salud y el enfoque epidemiológico.

De las carreras analizadas por el sistema de acreditación, al menos un tercio presentan déficit en el enunciado de la misión, los objetivos y/o el perfil de egresado que enuncian. En general, estos déficit se refieren a falta de claridad o coherencia en el desarrollo del concepto y objetivos referidos a atención primaria de salud, y/o sesgos hacia una especialización juzgada excesiva, y/o sesgo hacia la medicina reparadora, o juicios equivalentes. Por otra parte, no existe información confiable para el conjunto de carreras analizadas sobre el peso de la carga horaria de prácticas en el conjunto de la currícula. Los datos disponibles permiten inferir algunas diferencias en relación al nivel de cumplimiento tanto de las horas de contenido teórico como prácticas pautadas por la norma ministerial.

Sobre el peso de las actividades prácticas planteada en los planes, uno de los ejes de discusión reside en el papel de los hospitales en la enseñanza. Otro aspecto, más estrictamente ligado a lo pedagógico, reside en la aceptación de los métodos centrados en análisis de problemas y de casos. En la programación de un internado clínico, como una pasantía rural o equivalente, la gran mayoría de las carreras destinan la totalidad de este ciclo al internado rotatorio, dentro del cual el peso de la atención primaria (medicina familiar, centros de salud, etc.) es escaso. Esto evidencia la dificultad para reorientar los currículos hacia un perfil que le facilite al egresado establecer una mirada orientada a la salud de la comunidad, la atención primaria de salud, y entender la complejidad de la red del sistema de salud.

Los datos disponibles hasta el momento, muestran que muy pocas carreras tienen las “práctica final obligatoria” (PFO) centradas en atención primaria de salud. Este dato refuerza la percepción de que el sesgo hacia la formación asistencial hospitalaria sigue siendo importante en la formación médica de la Argenti-

<sup>103</sup> Belmartino S, Bloch C, Luppi I, Troncoso MC. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Buenos Aires: OPS/OMS, No. 14; 1990. p. 6.

na, a pesar del esfuerzo de las autoridades públicas por revertir esta tendencia. Esto además, se agrava con el análisis del enfoque general de los planes hacia los problemas de salud prevalentes (enfoque epidemiológico), que sólo lo presentan en grado suficiente menos de la mitad de las carreras.

En relación al enfoque curricular, más de la mitad de las carreras presenta un modelo de corte “tradicional” con predominancia de cátedras inamoviles y listados de asignaturas, división estándar en ciclos, escasos programas de integración de conocimientos, planes de estudio poco actualizados y un modelo de enseñanza inclinado hacia la transmisión de conocimientos por parte del docente y la acumulación de información por parte del alumno con escasa inducción hacia la reflexión y resolución de problemas. Sin embargo, merece destacarse los esfuerzos recientes de algunas carreras que han intentado realizar una transformación profunda, a partir de un cambio en la concepción educacional, con modelos basados en aprendizaje por problemas.

En cuanto a los docentes, la mayoría las carreras de medicina se caracteriza por un muy alto porcentaje de docentes de dedicación simple y ad honorem, realizando muchos de ellos docencia como parte de su trabajo hospitalario. La política de selección y las condiciones de trabajo en las cuales se desempeña el cuerpo académico ha sido siempre uno de los indicadores más relevantes para el análisis de la capacidad y calidad académica de una institución educativa, y fue establecido como parte de los indicadores básicos de los procesos de autoevaluación para fines de la acreditación. En algunas de las carreras se han realizados esfuerzos meritorios por alcanzar una situación adecuada que garantice la calidad y la cantidad de dedicación docente. Algunas de ellas han desarrollado programas novedosos de formación de formadores médicos con cursos cortos y maestrías. Las evaluaciones muestran la necesidad de continuar con estos esfuerzos.

#### *El modelo regulatorio:*

La Ley de Educación Superior N° 24.521, y la resolución del Ministerio de Educación 535/99, constituyen las bases de la acreditación de las carreras de grado, a cargo de una agencia estatal autónoma, la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). En un proceso en el que tuvo activa participación la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA), la CONEAU elaboró y elevó al Consejo de Universidades los estándares a partir de los cuales se evaluarían las carreras.

Es muy pronto para evaluar el impacto de las acreditaciones sobre el sistema de formación médica, pero el sólo hecho de haber podido establecer estándares exigentes y haber evaluado a las carreras es un paso significativo. Un punto que probablemente pueda aportar mayor grado de profundidad a las evaluaciones podría ser la realización de otras evaluaciones que contemplen resultados tanto de conocimientos como de desempeño de los futuros egresados, así como eva-

luaciones de los propios procesos educativos que permitan obtener mayor información para los fines de fortalecer los procesos educativos.

Una carrera de medicina exige, a diferencia de otras disciplinas, una serie de requisitos mínimos indispensables (en la dotación de infraestructura y equipamiento, capacidad institucional, estructura académica, convenios interinstitucionales, etc.) para poder empezar a funcionar con capacidad para garantizar una formación razonablemente aceptable. Algunas de las nuevas carreras de medicina abiertas a lo largo de la década de 1990, privadas o públicas, no garantizaron esto. Es lo que se revela a partir de las evaluaciones encaradas por la CONEAU, más allá de las debilidades de dicho proceso.

El Estado nacional que a través del Ministerio de Educación avaló el inicio de actividades por parte de estas instituciones, se encuentra ahora frente al dilema de su acreditación en función del cumplimiento de unos estándares que la mayoría no cumple. Respetando fielmente lo que el Consejo de Universidades y el Ministerio de Educación fijaron como requisitos y como procedimiento, alrededor del 50% de las carreras de medicina agrupadas en este informe bajo el título de “segundo grupo”<sup>104</sup> no parecen ajustarse fielmente a los requisitos mínimos necesarios para ser acreditadas.

La debilidad de la asunción de este perfil generalista y con énfasis en la atención primaria por parte de la mayoría de las instituciones explica en parte, que no se desarrollen estrategias consistentes para reorientar las expectativas de los ingresantes que en alto número optan por esta carrera guiados por una concepción tradicional del médico, básicamente destinado a la práctica asistencial y donde el prestigio excluyente y los estímulos de mercado están puesto en la mayor especialización posible. A esto contribuye también el alto porcentaje de especialistas entre los docentes y el muy bajo desarrollo de instancias de posgrado para la formación en epidemiología, atención primaria de salud, y medicina general. Coherentemente con estas tendencias, también puede entenderse la subvaloración del enfoque epidemiológico, tanto para la investigación como para la práctica médica.

Se vislumbra también un déficit en las posibilidades de acercamiento práctico a lo largo de toda la carrera. Esto, entre otras razones, está relacionado con la superabundancia de estudiantes de medicina que no pueden ser razonablemente absorbidos por las instituciones asistenciales para sus prácticas.

Las condiciones de trabajo y de pertenencia institucional del cuerpo docente constituyen aspectos que merece una reforma profunda. El predominio de los docentes con dedicación simple o con contratos precarios o *ad honorem*, en muchos casos sin responsabilidades claramente establecidas, parece ser la norma

<sup>104</sup> Segundo grupo: aquellos que presentan los mayores niveles de inadecuación e insuficiencia en su propuesta.

en la mayor parte de las carreras. En el supuesto de reorientar las carreras y de cumplir con las exigencias de formación práctica, la estructura y perfiles de los docentes no puede mantenerse como hasta ahora.

Las dificultades para que las instituciones universitarias, sus autoridades, cuerpos académicos y los propios estudiantes asuman la conveniencia y necesidad de obtener en el grado una formación “generalista” de calidad, como base indispensable para cualquier desarrollo posterior en sus formaciones, excede a las posibilidades de las propias instituciones universitarias y va de la mano de la precariedad del desarrollo de la atención primaria de la salud en el país. La ausencia por muchos años, de políticas consistentes y de largo plazo en este terreno, han dificultado en gran parte las orientaciones presupuestarias del sector público en salud, donde un porcentaje mayoritario es consumido por el sector hospitalario (especialmente, de mediana y alta complejidad) y ha sido poco lo destinado a cubrir la atención primaria en salud. De esta manera, las universidades del país se han adaptado y acomodado al sistema de salud y han orientado la formación también hacia un modelo basado en la especialización.

## ■ CAPÍTULO 2

# El hospital y la estructura de los servicios como espacios de práctica médica

### 2.1. El hospital como organización social compleja:

El hospital continúa siendo un ambiente fundamental para la práctica médica, y debe ser considerado como una parte de un sistema de servicios de salud. El hospital en general es considerado como una institución compleja, cooperativa y multidisciplinaria, destinada al cuidado de la enfermedad y al restablecimiento de la salud. El hospital no es privativo de alguna sociedad en particular, es una respuesta social histórica para atender la enfermedad y tiene explicaciones culturales, políticas, económicas y científicas.

Detrás de los hospitales existe una larga historia, con cambios y transformaciones importantes a través de los tiempos, motivados esencialmente por el desarrollo económico y social de la humanidad y por las exigencias de la tecnificación en gran escala. El desarrollo de la tecnología aplicada en los hospitales se orientó hacia la producción de una infinita variedad de instrumentos, situación que condicionó en gran medida la aparición de una práctica hospitalaria basada en la demanda de aparatos especializados, muchos de los cuales requerían de tecnología altamente sofisticadas que obligaron a su vez a la construcción de complicadas estructuras hospitalarias.<sup>105</sup>

En América Latina es obvia la influencia de la concepción europea en la fundación, organización y funcionamiento de los hospitales y los cambios presentados en los mismos han sido el resultado de las transformaciones generales de la

<sup>105</sup> Arroyave MG, Isaza P. Una perspectiva histórica del hospital. *Educ Med Salud* 1989; 23, (2).

sociedad y de los países que colonizaron a cada uno de ellos. Actualmente, se encuentran bajo la influencia de países desarrollados, especialmente de USA, en cuanto al desarrollo científico y tecnológico y en los últimos tiempos en relación al modelo gerencial y los sistemas de financiamiento.

El hospital ha sido definido como “todo establecimiento dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria o por medio del internamiento, sea de dependencia estatal, privada o de la seguridad social, de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella. De acuerdo a lo descrito, lo fundamental es que debe ofrecer internamiento, constituyendo ésta uno de los objetivos principales de la institución”.<sup>106</sup>

Se considera el hospital público como una empresa social compleja, influido por las políticas de salud emanadas de las autoridades del sector correspondiente, cuyas funciones están relacionadas con: la atención médica continuada, concentrada en diagnósticos y tratamientos; la atención médica integrada como parte de una red de servicios de complejidad creciente; la atención médica integral; funciones específicas sobre el área de influencia y otras funciones relacionadas con los programas preventivos y de promoción de la salud.

El cuidado de pacientes es el fin último del hospital y se encuentra bajo decisión médica, ya que ellos son los responsables de determinar el proceso de cuidados adecuados a cada paciente y de establecer cuál es el conjunto de bienes y servicios que debe recibir. Esta capacidad de decisión e influencia sobre el conjunto de la organización hospitalaria hace de los profesionales médicos un punto clave del control de gestión del conjunto de la organización. No dejamos de reconocer, sin embargo, la influencia que también han ejercido las enfermeras en la organización de la gestión hospitalaria.

En la práctica, los hospitales también actúan como reguladores de los costos del mercado de salud, formadores de recursos humanos e impulsores del desarrollo y la investigación en el ámbito médico, con el fin de promover una mejor calidad de la atención.

También podríamos considerar al hospital como “institución” que alude y refiere a normas-valor de alta significación para la vida de un determinado grupo social, fuertemente definidas y sancionadas –formalizadas en el caso de las leyes– con amplio alcance y penetración en la vida de los individuos”.<sup>107</sup>

En general, los hospitales están organizados en servicios, conjuntos de pro-

<sup>106</sup> OPS/OMS. El hospital público: tendencias y perspectivas. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington. HSS/SILOS-39. 1994. p. 9.

<sup>107</sup> Fernández, Lidia. Instituciones educativas: dinámicas institucionales en situaciones críticas. Argentina: Paídos, 2da reimpr; 1996. p. 35.

fesionales con un responsable, sobre la base de las especialidades médicas, teniendo por tanto cada uno de ellos una gama de servicios limitados.

Como empresa debe enfrentar varios procesos de producción, complejos y relacionados entre sí, relacionados con la producción clínica, la producción técnica médica y la producción industrial. Además de las complejidades de producción, el hospital público como empresa resulta, desde un punto de vista sociológico, una organización en la que coexisten varios grupos con objetivos e intereses potenciales diferentes, los que pueden ser opuestos a los objetivos de la institución en su conjunto.

Es importante considerar que los hospitales latinoamericanos se han caracterizado por su desenvolvimiento en situaciones de pobreza material y económica, lo que dificulta la mayoría de las veces el cumplimiento de su verdadera función de desarrollo científico e intelectual para la solución de los problemas de salud. Estos hospitales están enfrentando desde hace varias décadas una crisis importante relacionada con problemas financieros fundamentalmente y como consecuencia de la disminución de la inversión en los sectores sociales, entre ellos salud. Como consiguiente, esta falta de inversión ha ocasionado un mayor empobrecimiento relativo de los hospitales, un deterioro de su infraestructura y equipamiento y un creciente incremento de los costos de atención médica.<sup>108</sup>

La deuda sanitaria de los países de la Región se refleja con gran nitidez en el grado de deterioro en que se encuentran los hospitales, existiendo un consenso de que continúan las deficiencias, reflejadas principalmente en la ausencia de autoridad para la supervisión de los hospitales, debilidades operativas y problemas en la calidad de la atención, falta de medios y recursos humanos, identificándose además, problemas con el diseño de la estructura hospitalaria antigua, el manejo de tecnología adecuada y la formación de administradores hospitalarios competentes.<sup>109,110</sup>

Por otro lado, los hospitales “constituyen punto focal de la imagen pública de los gobiernos, cuya influencia se sobrepone a la del sector salud. Es por ello que la distribución de los recursos dentro del sector salud, tiene un componente político que no necesariamente responde al equilibrio y prioridades desde el punto de vista de atención a la salud. De hecho, en muchos países las instituciones hospitalarias acaparan la mayor parte de los escasos recursos disponibles, lo que en la mayoría de los casos se logra afectando sensiblemente a los centros de atención primaria. Esta situación no sólo se observa en relación a los recur-

<sup>108</sup> OPS/OMS. 1994. Op. cit. p. 15.

<sup>109</sup> OPS/OMS. Sistemas locales de salud: la garantía de calidad, el control de infecciones hospitalarias. Washington DC. HSD/SILOS-12. 1991.

<sup>110</sup> OPS/OMS/Federación Latinoamericana de Hospitales. La garantía de calidad: acreditación de los hospitales para América Latina y el Caribe. Washington DC. HSD/SILOS-13. 1992.

sos humanos, sino también en materia de logística, siendo el medicamento un ejemplo típico".<sup>111</sup>

En cuanto a los costos, la mayoría de los hospitales no tienen costos de ingresos uniformes. Hay un alto porcentaje de ingresos relativamente baratos y un porcentaje menor de ingresos que generan muy altos costos. En algunos hospitales puede ocurrir que los ingresos más baratos representen el 80 por ciento del total de ingresos, pero no absorben más que el 20 por ciento de los costos totales del hospital, o lo que es lo mismo, que los ingresos hospitalarios más caros representen sólo el 20 por ciento del total de ingresos pero absorben el 80 por ciento de los costos del hospital.<sup>112</sup>

En la actualidad, existen dos grandes modelos de sistemas hospitalarios en el mundo sobre los cuales tienen su mirada fija los sistemas latinoamericanos. Uno es el norteamericano y el otro el europeo. El primero ha revolucionado el panorama de la sanidad en EEUU, estimando que el 45% de los hospitales están integrados en un *sistema multihospitalario*, caracterizado por las enormes previsiones financieras experimentadas por las instituciones sanitarias, el fuerte clima de competencia existente y las semejanzas de operaciones empresariales como las operadas en otros sectores tan dispares como el hotelero, alimentación, con servicios centrales potentes, responsabilidad centrada en el área económica y financiera, en política de inversión, de marketing, etc. y donde los sistemas de control suelen estar muy desarrollados.<sup>113</sup>

El modelo europeo se ajusta al menor peso del mercado en los sistemas sanitarios y presenta características diferentes según los países. El factor principal, favorecedor del desarrollo de sistemas multihospitalarios no es el mercado o competencia, sino la presión, más o menos directa de las administraciones para incrementar la eficiencia de los recursos asistenciales, coordinando los existentes, organizando los flujos de pacientes, evitando duplicidades, especializando los servicios, etc.

En EEUU, la dinámica del mercado y las presiones financieras del Estado constituyen los elementos dinamizadores básicos, mientras que en los países europeos la mayor presencia e intervención del Estado, ya sea como financiador o planificador, es lo que estimula el nacimiento del sistema multihospitalario. En este caso, la dimensión de las entidades es más pequeña y la autonomía de ges-

<sup>111</sup> OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Washington, DC. 1990. p. 28.

<sup>112</sup> Alvarez B, Lobo F, Pellisé L. Sistemas de pago a proveedores de servicios sanitarios en países latinoamericanos y de la OCDE. Washington DC: Serie Organización y gestión de sistemas y servicios de Salud; 1998.

<sup>113</sup> Cuervo J, Valera J, Belenes R. Gestión de hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. España: Vicens Vives S.A; 1994.

tión de los centros puede estar más preservada, manteniéndose los elementos de cultura y personalización propios de cada centro.

Los defensores de sistema multihospitalario consideran que estimula la difusión de nuevas técnicas y prácticas de gestión, contribuyendo a la mejora de la eficiencia de las organizaciones hospitalarias; tienen acceso a nuevos canales de comunicación, nuevas fuentes de información e influencia, nuevos programas de control de calidad asistencial y al desarrollo de modelos de costos por proceso, lo que permite, en definitiva, ciertas ventajas económicas derivadas de la economía de escala y de la curva de experiencia.

Está claro que el Estado ha cambiado y sigue cambiando, que la medicina avanza y que en el mundo de la gestión hay una serie de tendencias internacionales emergentes muy claras en casi todos los países. Bengoa Rentería<sup>114</sup> sostiene que están desapareciendo en el ámbito de la gestión y organización los modelos que se basan en el libre mercado y sobre todo en el reembolso por acto y servicio. El *fee for service* está desapareciendo en general en todos los países. Observa asimismo, que se está dando una clara tendencia a la separación entre el mundo político y técnico y que la opción pareciera ser quedarse en el mundo político, el de la decisión y regulación, interactuar con parte de la financiación y programación, pero no dedicarse a ser el gran proveedor. Por otro lado, hay una tendencia hacia la promoción y la atención primaria, lo que parece indicar que por razones tecnológicas emergentes se harían más cosas fuera que dentro del hospital.

## 2.2. El modelo de atención médica

Además de analizar las funciones propias del hospital y particularmente del hospital con responsabilidad en la formación de especialistas, hay que tomar en cuenta el modelo de atención diseñado e implementado para brindar atención a la población y en el cual se insertan y dependen los hospitales, tanto públicos como privados y las reformas sanitarias que de manera especial en la década de los noventa se han venido gestando en casi todos los países del continente americano.

La mayoría de los sistemas de salud del continente americano, a excepción de los sistemas nacionales como los de Cuba y el Caribe de habla inglesa, presentan tres subsectores: *el subsector público*, que cubre fundamentalmente a sectores de menores ingresos y que brinda prestaciones orientadas a la prevención, la curación y el saneamiento; *el subsector de la seguridad social*, que cubre a los trabajadores del sector formal y en algunos casos a sus dependientes; y *el subsector privado*, que generalmente atiende a los sectores de mayores recursos.

En el sector salud, los mecanismos de satisfacción de las necesidades de sa-

<sup>114</sup> Bengoa Rentería R. Tendencias mundiales en la gestión hospitalaria En: Fundación ISALUD. El hospital en la reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires: ISALUD; 1998.

lud han experimentado un continuo perfeccionamiento en el tiempo, hasta llegar en la actualidad a la constitución de organizaciones complejas, las que se describen en modelos de atención. El modelo de atención establece la forma de organización de los niveles de atención y los sistemas de derivación de la red asistencial. En él se establecen además, las modalidades (médicos especialistas, médicos de familia, enfermeras, etc.), se determina el tipo de servicios que se entregarán por nivel, y los recursos necesarios. Algunos modelos incluyen las entidades prestadoras y las interrelaciones entre éstas y los usuarios, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial, así como los mecanismos de financiamiento. También se incluye el sistema tradicional comunitario donde éste exista, es decir, el sistema de salud establecido por la propia comunidad y usado por los individuos, siguiendo la costumbre de la automedicación, o acudiendo a algún miembro de la comunidad reconocido como agente del sistema. En teoría, en el modelo se esquematiza la respuesta organizacional del sector salud al perfil demográfico y epidemiológico, adaptado al nivel de desarrollo tecnológico y social de su realidad.<sup>115</sup>

En la mayoría de los países del continente americano se acentuaron algunas tendencias relativas a la organización del sistema de salud en las últimas tres décadas tales como:

- La extensión de cobertura asistencial para zonas urbanas y gran parte de la rural.
- La reorientación de las políticas nacionales de salud hacia una práctica curativa individual, especializada y sofisticada, en detrimento de medidas de salud pública de carácter preventivo e interés colectivo.
- El desarrollo de un esquema de organización de la práctica médica orientado en términos de lucro, propiciando la mercantilización empresarial de la medicina a través de la asignación de recursos asistenciales hacia la compra de servicios a los prestadores privados.
- La viabilización de un complejo médico industrial con una creciente base tecnológica, red de servicios y consumo de medicamentos.<sup>116</sup>

A pesar del avance en la extensión de cobertura, en el Informe Anual del Director de la Organización Panamericana de la Salud del 2001, se reconoce que: “Cerca del 25% de la población de las Américas no tiene acceso permanente a los

<sup>115</sup> OPS/OMS. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Washington: Serie Organización y gestión de sistemas y servicios de Salud; 1998.

<sup>116</sup> Fleury Teixeira S. La reforma sanitaria: en busca de una teoría. México: Universidad de Guadalajara. Colección Fin de Milenio. Serie Medicina Social; 1990.

servicios de salud ni ningún recurso de protección social en salud. Es motivo de particular preocupación el hecho de que los actuales sistemas de salud pública se diseñen desde una oficina central encargada de supervisar la atención prestada a los grupos que viven en zonas remotas, las minorías étnicas o culturales, los adolescentes, los pobres o los ancianos”.<sup>117</sup>

Los programas de ajuste estructural y el impacto del proceso de globalización han profundizado las inequidades en América Latina y el Caribe, caracterizada por ser la región del mundo con mayor desigualdad en la distribución de las riquezas. Esta situación es un factor determinante para la existencia de oportunidades diferenciadas en el acceso y el financiamiento de los servicios de salud y de la existencia de diferenciales en el estado de salud de la población. Estos programas también han estado vinculados a la liberación del mercado laboral a favor de la competencia, lo que se ha traducido en una erosión de los derechos laborales básicos, las medidas sanitarias y las regulaciones de seguridad, así como una disminución del acceso al cuidado infantil y a las licencias de maternidad.<sup>118</sup>

En la segunda fase del modelo de globalización, iniciada en los años noventa y denominada “de segunda generación” o de “post-ajuste”, entraron en juego nuevas reglas económicas, basadas principalmente en la competencia internacional, la eficiencia productiva y la transparencia del mercado de capitales. En la primera fase del concepto estratégico de política social se centraba en combatir la pobreza, en la segunda pasó a la búsqueda de la equidad, entendida como el ofrecimiento sostenido de mayores y mejores oportunidades para todo el mundo. Acostumbradas al proteccionismo del antiguo modelo de desarrollo, “hoy día las sociedades latinoamericanas perciben la amenaza de un modelo nuevo que no les ofrece ninguna red de protección social. La viabilidad de las políticas de reforma económica y social de la segunda fase, que se ajustan a las exigencias de un mundo “globalizado”, depende entonces, de poder vencer la desconfianza de la población y de lograr el respaldo de una mayoría política, social e institucional”.<sup>119</sup>

Muchas de las publicaciones tanto de la Organización Mundial de la Salud como de la Organización Panamericana de la Salud ya habían dado cuenta desde muchas décadas anteriores acerca de la escasa asignación de fondos públicos para las intervenciones en salud, o de la asignación equivocada, el desperdicio y la distribución desigual de los recursos. Sobre éstos aspectos, también el Banco

<sup>117</sup> OPS/OMS. Informe Anual del Director-2001: promoción de la salud en las Américas. Washington DC: OPS/OMS; 2001. p. 66.

<sup>118</sup> Casas JA. Gobernabilidad, salud y reforma: hacia el desarrollo humano y la salud con equidad. En: OPS/OMS. Gobernabilidad y salud: políticas públicas y participación social. Washington DC; OPS/OMS; 1999.

<sup>119</sup> Vergara C. El contexto de las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS/OMS 2000; 8 (1/2) p. 7.

Mundial en su informe *Invertir en Salud* había propuesto una “reducción del gasto público en establecimientos de nivel terciario, formación de especialistas e intervenciones que aportan escasa mejora de la salud en relación con los fondos gastados,... el financiamiento y prestación asegurada de un conjunto de servicios clínicos esenciales, y... el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud estatales, a través de medidas como la descentralización de facultades en materia administrativa y presupuestaria y la subcontratación de servicios”.<sup>120</sup>

Numerosos gobiernos gastan demasiado en servicios hospitalarios avanzados de escasa eficacia en función de los costos y demasiado poco en medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales. En muchos países, la proporción del gasto público destinado a servicios básicos se ha venido reduciendo en los últimos años. Los establecimientos de atención terciaria de salud pueden consumir por sí solos entre el 30% y el 50% del presupuesto de salud, lo que ha distorsionado a la vez la red del sistema de atención, por la debilidad y ausencia de la atención primaria, que lleva necesariamente a los pacientes a buscar asistencia en los hospitales y a las salas de emergencia de éstos.

Los pobres además, tienen considerablemente menos acceso a la atención de salud. La inequidad del gasto público en salud es a la vez motivo y resultado de las marcadas desigualdades en cuanto al acceso a la atención y a la utilización de ésta. Los instrumentos de las políticas sanitarias muchas veces no son aplicados para cubrir las necesidades de los pobres, más bien lo que hacen los gobiernos en la práctica es construir establecimientos, comprar equipos y materiales, contratar y capacitar personal, establecer tarifas, etc. y la inequidad se debe a los errores cometidos al decidir qué establecimientos construir, dónde ubicarlos, cuál será su dotación de personal y qué servicios prestar. Al respecto, Donabedian había escrito que “hay graves dudas de si las organizaciones de atención médica sirven primordialmente a los intereses y a los deseos del cliente como éste los ve o como los interpretan las elites profesionales o de otro tipo que determinan la política de la atención médica”<sup>121</sup> En este caso, los pobres son parte de los clientes más importantes de los servicios de salud pública y no son incluidos dentro de la planificación de los servicios de salud.

El proceso de globalización también ha repercutido en el sector salud, en la transnacionalización de enfermedades y el consumo de drogas, el consumo de bienes y servicios, la importación de tecnologías, equipos, medicamentos y otros insumos necesarios para la producción de servicios de salud. Se observa un aumento de la oferta transnacional de los servicios de salud para pacientes con ca-

<sup>120</sup> Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: *Invertir en salud*. Washington DC.: OPS/OMS; 1993. p. 7.

<sup>121</sup> Donabedian A. *Los espacios de salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Fondo de Cultura Económica; 1988. p. 48.

pacidad de compra, así como, seguros públicos o privados y planes de salud que ahora ofrecen a sus afiliados la posibilidad de obtener en el exterior servicios de mejor calidad o inexistentes en el mercado nacional. Las empresas de salud y las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMOs) de los Estados Unidos firman contratos de gestión o establecen empresas conjuntas con sus congéneres latinoamericanas. También se observan asociaciones entre prestadores de servicios de salud del continente y redes de hospitales transnacionales, lo que está llevando según Viera al desarrollo de una verdadera “maquila sanitaria”.<sup>123</sup>

Antes éstas dramáticas situaciones, desde hace más de un a década se viene trabajando en la “reforma del Estado”, como parte de las medidas propuestas por las instituciones financieras internacionales, en la que se han identificado problemas en la estructura tradicional de las instituciones estatales, las precarias modalidades de gestión del Estado, la inadecuación de las políticas públicas y la obsolescencia de los ordenamientos jurídicos.<sup>124</sup>

Específicamente, las reformas del sector salud apuntan a fomentar la equidad en el estado de salud y uso de los servicios; mejorar la calidad de la atención, aumentar la eficiencia del gasto en salud y de la asignación y gestión de los recursos, asegurar la sostenibilidad del financiamiento e impulsar la participación social en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los servicios y del financiamiento.<sup>125</sup>

Respecto a la organización de los servicios de salud se destaca la necesidad de la provisión de servicios de salud integrales a grupos poblacionales que carecen de acceso regular a servicios básicos de salud y la inclusión de nuevas prestaciones para grupos con necesidades específicas. Una segunda característica es la redefinición de los modelos de atención con énfasis en la integralidad y la desconcentración, donde se destaca un aumento del peso relativo de la atención ambulatoria de base promocional y preventiva en articulación con acciones intersectoriales a favor de la salud.

Un tercer aspecto consiste en la ordenación de las prestaciones, definiendo conjunto básicos de prestaciones diferenciados en función de los perfiles epidemiológicos prevalentes, la disponibilidad de recursos, las preferencias de las comunidades afectadas y las opciones de políticas de cada país. Además, las refor-

<sup>122</sup> Vieira C. Globalización, integración regional y gobernabilidad supranacional en salud. En: OPS/OMS. Gobernabilidad y Salud: políticas públicas y participación social. Washington DC: OPS/OMS; 1999.

<sup>123</sup> Banco Interamericano de Desarrollo. Modernización del estado. Washington D.C.: BID; 1994.

<sup>124</sup> OPS/OMS. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington DC: OPS/OMS; 1997.

<sup>125</sup> Infante, Alberto, de la Mata, Isabel y López Acuña, Daniel. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de la Salud Pública. Washington DC: OPS/OMS; 2000. 8 (1/2).

mas pretenden mejorar la eficiencia y productividad de los servicios, reestructurar los hospitales públicos como empresas de servicios con autonomía de gestión y capacidad de recuperar costos, lo que ayudaría a precisar la oferta de servicios y a introducir nuevas formas de medir la producción, incentivar la productividad y controlar los costos.

Al mismo tiempo, la propuesta pretende adecuar cuantitativa y cualitativamente la formación y capacitación continua de los recursos humanos técnicos y gerenciales para atender a la nueva realidad socio-sanitario y desarrollar una gestión diferente de recursos humanos, con nuevas formas de contratación y remuneración y de evaluación del desempeño del personal de salud que incentiven el aumento de la eficiencia y la calidad de la atención.

En un artículo sobre seguimiento y evaluación de las reformas, Infante, De la Mata y López<sup>129</sup> realizan algunas valoraciones preocupantes sobre el nivel de desarrollo de las reformas que tienen que ver con el retraso de la mayoría de los países, los cuales se encontraban en algún punto comprendido entre el diseño y las primeras fases de implementación de las reformas, identificándose una minoría en una segunda o tercera generación de reformas sectoriales. Mayormente preocupante resulta la constatación de que en la mitad de los países no se mencione el objetivo teórico de cualquier reforma, que es mejorar la equidad, aunque la mayor parte habla de aumentar la cobertura. También percibieron confusiones conceptuales entre: aumentar la cobertura y ofrecer paquetes básicos de prestaciones; entre la descentralización y la desconcentración; y entre la privatización y los nuevos modelos de gestión. Así mismo, se destacan dos incongruencias notables entre el reconocimiento, por un lado, de la necesidad de mejorar los sistemas de información para seguir los procesos de reforma y evaluar los cambios conseguidos y, por otro, el escaso esfuerzo que aún se dedica a tal mejora; y entre el reconocimiento de la importancia de los recursos humanos y su escasa implicación en los procesos de reforma del sector de la salud.

El resultado en cuanto a la equidad de la distribución de los recursos puede parecer desalentador para estos autores, así como las acciones intersectoriales de alta externalidad y los programas de prevención continúan ocupando un lugar secundario en las políticas de reforma del sector de la salud.

También Madies, Chiarveti y Chorny<sup>126</sup>, han expresado que las políticas en las reformas del sector salud han logrado adelantos importantes, fundamentalmente en el aspecto normativo o teórico, ya que los sistemas de salud de toda la Región reconocen, sin excepción y de manera implícita o explícita, el carácter uni-

<sup>126</sup> Madies C, Chiarveti S, Chorny M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud: reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de la Salud Pública. Washington DC: OPS/OMS; 2000 8 (1/2).

versal del derecho a la salud, aunque no siempre estas reformas han logrado en la práctica dar cobertura de salud a todos los habitantes. Así, las estrategias para extender la provisión regular de los servicios de salud a grupos sociales sin acceso a ellos se concentraron en muchos casos, en los modelos de financiamiento y organización del sistema, relegando a un segundo plano los objetivos de mejorar la accesibilidad y la calidad de las prestaciones.

Estos autores identificaron algunas de las causas de la disparidad entre la cobertura real y la teórica, señalando las de origen exógenos como la pobreza, el desempleo, el subempleo, el trabajo informal, la distribución desigual del ingreso, los déficit fiscales, los efectos perjudiciales de la reformas del Estado, la crisis del Estado benefactor, la inestabilidad política, así como causas culturales y epidemiológicas.

En relación a los recursos humanos del sector salud, Brito sostiene que “vivimos una situación paradójica: por un lado, la creciente flexibilidad e inestabilidad del empleo en los servicios de salud y la falta de condiciones adecuadas para un desempeño eficiente y de calidad; y por otro, la gestión deficiente de los recursos humanos en los servicios de salud. Esta paradoja es producto de querer cambiar radicalmente los servicios sin contemplar una inversión institucional para acrecentar su máximo valor: los recursos humanos”.<sup>127</sup>

Brito plantea que hasta hace poco era difícil encontrar “pruebas” de la importancia de los recursos humanos, pues los asuntos relacionados con el personal han estado ausentes de los programas de reforma sectorial de casi todos los países de la región, al menos en sus primeros años.

En el campo de los recursos humanos se han identificado algunos problemas comunes a la mayoría de los países que inciden fuertemente en la calidad de la atención a la salud<sup>138</sup>:

- Desequilibrios en la estructura y distribución de la fuerza de trabajo en salud según diversos criterios,
- Salarios bajos en el sector público, baja competitividad de los mismos, y diferencias entre sub-sectores, por ejemplo, entre ministerios y la seguridad social,
- Heterogeneidad e inadecuación de los regímenes laborales con tendencia creciente a la informalidad,
- Bajo nivel de desempeño del personal e insuficiencia de criterios e instrumentos de evaluación,

<sup>127</sup> Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral: reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de la Salud Pública. Washington DC OPS/OMS; 2000 8 (1/2). p. 53.

<sup>128</sup> Brito P, Campos F, Novick M. Gestión de Recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades. Washington: OPS/OMS; 1996.

- Conflictividad laboral larvada o manifiesta en diversas formas, que llega a interferir con el proceso de producción de servicios,
- Fragmentación, heterogeneidad y complejidad creciente de los procesos de trabajo,
- Autonomía y falta de control de los procesos de incorporación y utilización de tecnología,
- Aumento de los costos del trabajo sin que la gestión existente sea capaz de controlarlos,
- Creciente desmotivación del personal,
- Centralización de la administración de los recursos humanos.

En las reformas del sector salud se observan algunas implicaciones para el trabajo de personal que tienen que ver con la definición de nuevas funciones y áreas de competencias, la exigencia de mayor resolución a los problemas, mayor calidad y productividad, cambios en la organización de trabajo y conformación de equipos, énfasis en el desempeño y su evaluación, cambios en los sistemas de incentivos y regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos en salud. Los modelos de regulación contemplan mecanismos para definir procesos, como la práctica profesional o la educación, y los estándares técnicos que estos procesos deben alcanzar. Se utilizan en estos casos variables como, los mecanismos de entrada al mercado (que incluyen la licenciatura y la certificación) o a la carrera (examen de ingreso o de selección), el control de la competencia profesional, la estructura del mercado de trabajo y los mecanismos de pago.<sup>129</sup>

El aspecto de la *calidad* del personal de salud figura como uno de los elementos más destacados en los actuales momentos en la mayoría de los países del mundo, tanto en su nivel de desempeño como en su formación.

La calidad educativa y la calidad de los recursos humanos en el trabajo son temas complejos, por los diferentes conceptos y metodologías que se tienen acerca de lo que es la calidad, lo que se espera de la gente en formación y en el trabajo, lo que se espera de los formadores y conductores de la calidad, lo que se requiere de las distintas instancias de la sociedad que velan por incrementarla.

Desde lo académico, lo laboral, los organismos reguladores del Estado y los pares se manifiesta la necesidad de mejorar permanentemente la calidad, y los mismos han trazado propuestas para enfrentar la pertinencia de la educación y la formación de los recursos humanos frente a la evolución del conocimiento y la tecnología, y elevar así el nivel de competitividad y compromiso de las instituciones educativas y de servicio, y las condiciones de vida y de trabajo de la población.

Desde el ámbito laboral aparecen esfuerzos que promueven el aprendizaje de los equipos para hacer frente a los cambios previsibles en el entorno laboral y

<sup>129</sup> Brito P. 2000. Op. Cit.

a los requerimientos de las nuevas competencias. Estos esfuerzos buscan además incrementar las habilidades de los trabajadores frente a los problemas reales de la práctica, y el desarrollo de nuevas tareas y responsabilidades.

Tanto las propuestas educativas y de mejora de la calidad del desempeño de los equipos de trabajo, las propuestas de transformación de programas educativos y de procesos de enseñanza aprendizaje, como las dirigidas a evaluar el desempeño individual, certificando y recertificando sus estudios y su práctica, están buscando desde diferentes ópticas y niveles, atender los rezagos y superar los desequilibrios entre el conocimiento, las tecnologías, la demanda de la población y la responsabilidad social de los trabajadores.

La calidad debe ser entendida como “un complejo proceso que demanda determinados resultados para que la población a la que se brinda un servicio esté satisfecha. Pero también tiene que entenderse como la construcción de una cultura diferente, que implica un proceso planificado en tiempo y espacio sobre problemas de la práctica de servicio ante situaciones conocidas o por conocer”.<sup>130</sup>

### 2.3. El hospital público y el modelo de atención en Argentina

Como la gran mayoría de los hospitales de América Latina, los hospitales argentinos estuvieron marcados en una primera etapa por un enfoque de objetivos hacia la *caridad y aislamiento*. Bajo la idea de aislamiento de los enfermos se construyeron hospitales bajo el modelo arquitectónico francés de pabellones, independientes y autoadministrados, que buscaban más que un aislamiento epidemiológico una segregación social. Los pacientes eran atendidos por religiosos, ex pacientes que se quedaban en el hospital para hacer tareas por casa y comida, estudiantes de medicina que ejercían su *practicantado* y un jefe de pabellón que era el único profesional y la máxima autoridad por su prestigio y autoridad formal. En estos hospitales no había atención ambulatoria y las personas con recursos económicos asistían a los consultorios particulares de los profesionales.<sup>131</sup>

En la segunda generación de hospitales argentinos se introducen nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento dado el desarrollo científico y tecnológico de principios y mediados del siglo XX, con un enfoque de atención por demanda espontánea, sin mayor compromiso con la comunidad y sin un área geográfica de responsabilidad. Los conflictos de poder entre los ex servicios de pabellones y la administración central se hacen evidentes, ya que el jefe de pabellón se resis-

<sup>130</sup> Borrell RM. Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional. OPS/OMS: Serie desarrollo de Recursos Humanos en Salud. No. 26. Washington DC: OPS/OMS; 2000.

<sup>131</sup> Arce H. Naturaleza de los hospitales: tres generaciones. Medicina y Sociedad. Buenos Aires; 1985: 8 (5).

te a perder su condición de autoridad máxima. Los profesionales médicos se caracterizaron por mantener esa actitud de seres superiores frente a pacientes en inferioridad de condiciones y pasaron a ser asalariados, a la par del desarrollo de los sistemas mutuales y de la seguridad social, que hacen que la profesión liberal deje de serlo. En esta época, el Estado interviene en el sistema de atención de la salud, asumiendo la responsabilidad del mismo. El concepto de salud es incorporado a los derechos de los ciudadanos y con los fondos del tesoro nacional se financian los hospitales, pasando del hospital de beneficencia al hospital público.

La arquitectura hospitalaria se modifica acompañando el nuevo modelo de atención, la necesidad de ínter consultas, la interacción entre los pabellones con servicios de diagnóstico y servicios centrales como quirófanos. Los nuevos hospitales se construyen siguiendo el modelo de edificio vertical o de “monobloque en peine”, como fueron el Hospital de Clínicas de Buenos Aires, el Hospital Fernández, los hospitales “gemelos” construidos en el gran Buenos Aires: Lanús, Avellaneda, San Martín, etc.

Del modelo de atención hospitalaria basada en la reparación exclusiva del daño se pasa a una atención más integrada, en la que se incorpora la prevención y rehabilitación del paciente. Los hospitales se integran a redes de servicios de salud como efectores de un sistema; el costo de atención se incrementa significativamente; las internaciones son más breves y la atención se organiza en base a cuidados progresivos. El eje de atención del paciente hospitalizado es el médico de sala que es el interlocutor con el paciente y su familia y actúa de nexo con los especialistas. Los costos crecientes obligan a buscar nuevas fuentes de financiamiento y a los créditos presupuestarios asignados al estado se suman otras fuentes como son las facturas de prestaciones a la seguridad social, empresas de seguros y medicina prepaga, venta de servicios (farmacia, vacunas, etc.), venta de prestaciones (exámenes pre-ocupacionales y periódicos laborales) y también las formas de redistribución del acto médico, modificadas para buscar opciones de complementariedad al salario. Arquitectónicamente, los hospitales tienden a extenderse nuevamente en superficie y no en altura y las áreas de atención ambulatoria adquieren ahora una gran preponderancia.

La historia del sector salud de Argentina y la construcción de las relaciones de poder ha sido analizada por Belmartino y colaboradores en dos tomos<sup>132</sup>, correspondiente a las décadas comprendidas entre el 1940 y el 1985.

Estos autores demuestran como el sector salud posee una dinámica propia y

<sup>132</sup> Belmartino S, Bloch C, Carnino MI, Persello AV. Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina 1940-1960. OPS/OMS. Publicación No. 27. Buenos Aires:OPS/OMS; 1991.

- Belmartino S, Bloch C. El sector salud en Argentina: Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985. OPS/OMS. Publicación No. 40. Buenos Aires: OPSOMS; 1994.

responde a relaciones de poder que se construyen en torno a sus instituciones, aunque sin ninguna duda resulten fuertemente dependientes del balance de fuerzas que se establecen en la sociedad que las contiene. La organización del sector salud tiene sus propias exigencias y su propio ritmo, y en su interior el predominio de lo político-ideológico aparece modelando con mucha fuerza las determinaciones que provienen de la estructura. Los grandes ritmos de la construcción política afianzado entre 1943 y 1945 se reproducen en la dinámica del sector: predominio del estado en la primera década, negación de su función de control y germen de acuerdos corporativos a partir de 1955.

La presencia del gremialismo médico como actor significativo en la configuración del sector y su distante relación con el poder político peronista, imprimirán modalidades y tiempos particulares a la consolidación de los mecanismos de organización y financiación de los tres sub-sectores: público, privado y de la seguridad social.

En el año 1943 se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio de Interior, instituido para buscar fundamentalmente la unificación y coordinación de las acciones de salud y la ampliación de la jurisdicción a todo el territorio nacional, mientras que el instituto nacional de Previsión Social se crea en 1944 en la jurisdicción de la Secretaría de Trabajo y Previsión. En el año 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública con jerarquía de Ministerio y el ingreso de Ramón Carrillo al escenario de la sanidad argentina, cuya figura permanecerá por décadas como paradigma de la capacidad de acción del Estado.

La doctrina sanitaria de Carrillo enfocaba principalmente estrategias de combate contra la enfermedad, la organización del sistema de servicios y las bases doctrinarias de la profesión médica.

Lo que más se recuerda de su gestión a nivel hospitalario es el enorme esfuerzo de expansión y modernización del sistema asistencial, con énfasis en las zonas más postergadas del interior del país y en las patologías con mayor repercusión social. Sin embargo, consideraba al Centro de Salud como la unidad fundamental de salud pública, mucho más que el hospital, más eficaz y menos oneroso. La solución propuesta a los problemas de asistencia debidos a la irregularidad geográfica de la distribución de la riqueza, era respetar el libre ejercicio de la profesión y la libre elección del médico por el enfermo, asegurando al mismo tiempo la asistencia de la población no pudiente a partir de la injerencia del Estado. El plan de salud propuesto para el período 1952-1958 insiste en la organización de la profesión conforme con el sistema de médicos de familia, aprobado por ley, aunque no aplicado, por la inexistencia de un clima suficiente entre los médicos”.

El proyecto peronista, según Belmartino y colaboradores, propone una revolución que fue la construcción de un estado con capacidad de modelar la socie-

dad, asegurando el imperio de determinados valores que garanticen el crecimiento con justicia social. En las áreas de políticas sociales, ese modelado se basó en fundamentos doctrinarios y supuestos técnicos organizativos que se fueron construyendo a nivel internacional después de la primera postguerra y que tenían que ver con terminar con el antiguo orden y sus privilegios y crear uno nuevo a partir de la generalización del bienestar. El ambicioso proyecto de salud del primer peronismo se caracterizó sin embargo, por una fragilidad estructural, construyendo un régimen de tipo corporativo fuertemente controlado desde la cúspide.<sup>133</sup>

En las últimas décadas, el sector salud en argentina se ha caracterizado por una estrecha dependencia de la dinámica del sistema político, el que a su vez, ha estado dominado por la alternancia de regímenes representativos y autoritarios, el predominio de las formas corporativas de representación, la debilidad del sistema de partidos, la fragmentación clientelista de las burocracias, la puja distributiva y la privatización de las principales instancias decisorias. A esto se le agrega la escasa eficacia ordenadora y reguladora de los organismos estatales y la progresiva consolidación de corporaciones relativamente poderosas en el interior del sector, sin dudas vinculadas a esa dinámica política más general.<sup>134</sup>

Los rasgos constitutivos que otorgarían cierta homogeneidad a la dinámica del sector entre los años 1930 y 1980, tanto a nivel ideológico como institucional, se relacionan con el modelo generalizado de las sociedades de bienestar; el reconocimiento de la responsabilidad del estado como organizador y modelador de la vida social; la confianza en el progreso técnico-científico y su capacidad para garantizar el bienestar; la dinámica de fragmentación y heterogeneidad de las instituciones; la ineficiencia de la utilización de los recursos; la politización de las demandas de esas instituciones sobre el Estado, que asumirá desde el primer momento rasgos corporativos que se acentuarán a partir de los años sesenta, cuando el aparato estatal fracase en su intención de poner en marcha una intervención reguladora.

Belmartino y Bloch intentan desarrollar algunas hipótesis de periodización de la historia del sector salud en la Argentina que permite tener una idea clara de la evolución del sector y de sus problemas recurrentes.<sup>135</sup>

Un primer período comprendido entre el 1930-43/1946, caracterizado por la crisis generalizada de las instituciones del sector, la reformulación doctrinaria y de modelos organizativos, basados en la centralización normativa de las actividades del sector y un generalizado debate sobre las formas organizativas futuras de las instituciones del sector.

<sup>133</sup> Belmartino S, Bloch C, Carnino MI, Persello AV. 1991. Op. cit.

<sup>134</sup> Belmartino S, Bloch C. 1994. Op. cit.

<sup>135</sup> Belmartino S, Bloch C. 1994. Op. cit.

El segundo período, de 1943/46-1952/55, se identifica por la presencia hegemónica del Estado, tanto en los aspectos reguladores como en lo relacionado con la expansión de la capacidad instalada del sub-sector público. Es el período de mayor eficacia redistribucionista de la actividad estatal en el sector, con reconocimiento formal del derecho a la salud y reconocimiento efectivo del mismo para determinados sectores, generando condiciones de politización de la cobertura de la atención médica y acceso diferenciado a sus beneficios. Se consolida el gremialismo médico autodenominado “independiente”, y se visualiza una incipiente delimitación de los tres sub-sectores: público, privado y de la seguridad social.

El tercer período identificado entre los años 1952/55-1967/69 se caracteriza por la pérdida de hegemonía estatal y bases técnico-políticas de construcción del modelo estatal-corporativo-privatista de organización del sector. El retroceso de la presencia estatal se observa con una significativa interrupción del desarrollo de la capacidad instalada y el comienzo de deterioro de lo existente. Se producen algunos intentos de federalización en la gestión del sector público y se registra el comienzo de la expansión del sector privado vinculados con los recursos financieros de las obras sociales, el reforzamiento de la presencia corporativa en el sector, profundizándose la vinculación del gremio médico con las obras sociales y los sindicatos.

El cuarto período definido por estos autores se refiere a los años 1967/69-1976 en el cual se consolida el modelo estatal corporativo privatista de organización sectorial, con un nuevo intento de conducción hegemónica del sector, que genera un enfrentamiento con otros sectores del aparato estatal, las corporaciones de prestaciones y las conducciones sindicales de las obras sociales, representadas por la CGT. El estado generaliza para toda la población en relación de dependencia y su núcleo familiar primario la cobertura otorgada por el sistema de obras sociales, aunque se muestra impotente para superar la fragmentación y heterogeneidad preexistentes y asegurar una mayor equidad en la aplicación de mecanismos financieros de base solidaria. Se consolidan las obras sociales como uno de los fundamentos de la capacidad de convocatoria de las organizaciones sindicales, condición que las convierte en una prenda de negociación en la relación Estado- sindicatos y obstaculiza todo proyecto de reforma orientado a superar la heterogeneidad y fragmentación existente.

Los años 1976 al 1982 son identificados como el quinto período de crisis político-ideológica del modelo, donde se cuestiona el modelo de organización sectorial denominado estatal-corporativo-privatista. Se produce el primer cuestionamiento formulado por el aparato estatal a la anterior hegemonía detentada por el reconocimiento del derecho a la salud como responsabilidad ineludible del Estado, provocando una escisión en las heterogéneas fuerzas que asumieron el control del Estado, condiciones que termina paralizando los intentos de reforma de las obras sociales y los sindicatos son separados de la conducción de las mis-

mas, aunque el sistema mantiene las características del período precedente, agravadas posiblemente por políticas clientelistas de empleo, que incidieron significativamente en los gastos de administración y deterioro de la capacidad reguladora del INOS. La prosperidad financiera del sector y las políticas de apertura de la economía facilitan la incorporación al sector privado de tecnología de alto nivel de sofisticación, sin que ninguna política de regulación se ponga en marcha para atenuar posibles distorsiones. El sector público ingresa en una etapa de franco deterioro, tanto en el nivel de los recursos humanos y materiales como en su capacidad de intervención.

El sexto y último período que señalan estos autores, es el comprendido entre los años 1982/84-1988/89 como último intento de ordenamiento del modelo, recuperación de su base solidaria y superación de la crisis financiera. La recuperación de la democracia representativa como régimen de gobierno se enfrenta a una crisis social y económica sin precedentes vinculada con el agotamiento del régimen social de acumulación. La dinámica corporativa, que ha regulado por más de dos décadas las relaciones de poder, se cierra defensivamente ante la incidencia de la crisis y la posible amenaza del Estado. Se recupera la “ley constitutiva”, con apariencia legitimadora por parte del ANSSAL y la cobertura universal emanada del Seguro, carecerá de todo significado político en un sector que comienza a transformarse bajo la presión de la crisis.

En su marco interpretativo de la reconstrucción de las alternativas político institucionales del sector salud entre los años 1980-1985, Belmartino y Bloch sostienen tres hipótesis. La primera es la relativa dependencia o relativa autonomía del sector respecto de las alternativas socio-políticas de la sociedad global y los condicionamientos impuestos al sector salud desde la estructura productiva o el sistema político que son sin dudas fuertes y que operan sobre una trama de relaciones previamente constituida que no logran alterar sus rasgos sustanciales.

Como segunda hipótesis mantienen que el estudio de los actores con presencia en el sector puede enriquecer el análisis de los procesos sociales de conformación de relaciones de poder y, como consecuencia, brindar elementos para un mayor conocimiento de las condiciones de su transformación. Una tercera sostiene que es posible caracterizar el proceso histórico de conformación y crisis de una determinada modalidad de articulación de las relaciones intersectoriales en función de lo que denominan pacto corporativo, con vigencia en el ordenamiento de la distribución del poder sectorial desde fines de los años setenta hasta la crisis contemporánea.

Se pudiera identificar un nuevo período a partir del brote hiper inflacionario de 1988-89, identificado por Neri<sup>136</sup> como el fenómeno socioeconómico ar-

<sup>136</sup> Neri A. La Reforma del Sistema de Salud. Cuadernos Médicos Sociales #77. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario: CESS; 2000.

gentino de mayor impacto sobre la salud y los servicios, por el deterioro de las condiciones básicas de vida de las familias, el debilitamiento de la cobertura y capacidad de respuesta del sistema de obras sociales, el achicamiento de plantales de trabajadores en relación de dependencia, el atraso salarial, la flexibilidad laboral que aporta menos a la seguridad social, el recorte a las contribuciones patronales de la misma, todo lo cual ha producido una importante transferencia de ingresos al sector empresario. De esta manera, el sector estatal de servicios ha estado atrapado en la pinza de una política nacional de desentendimiento, que sobrecarga a provincias y municipios con responsabilidades mayores en momentos en que deben efectuar su propio ajuste a la vez de atender sectores que han perdido cobertura e ingreso en los años de la década de los noventa.

Argentina tiene actualmente un sistema de salud ordenado en tres sub-sectores (público, obras sociales y privado). Los entes de conducción y dirección (Ministerio de Salud de la Nación y de cada provincia), los hospitales públicos y los centros de primer nivel, las obras sociales, las clínicas y sanatorios privados, los organismos de regulación y los institutos especializados constituyen las entidades o instituciones cuya responsabilidad es velar por la salud y dar cobertura a los problemas de salud pública y atención curativa.<sup>137</sup>

El sistema de salud argentino no obedece a una sola orientación política ni a una sola estrategia intersectorial integral, ni se origina como fruto de una planificación. Es el resultado de un conjunto de decisiones y acciones realizadas por diversos actores públicos, sindicales, sociales y privados que han ido sucediendo en distintas etapas históricas de las últimas décadas.

La acción asistencial fue responsabilidad del ámbito estatal nacional, luego se incorporaron las provincias, las sociedades de beneficencia, las mutualidades y otras entidades intermedias que brindaban servicios a sus comunidades o asociados. A partir de los años 50 surgen las primeras obras sociales como entidades prestadoras dependientes de los sindicatos obreros, consolidando su participación en el sistema a partir de los aportes de seguro obligatorios. A fines de los años sesenta y principios de los setenta, se agregan al sistema los seguros privados de salud, organizados a partir de los aportes voluntarios de los asociados y de las empresas para personal de su dirección. Los intentos de implementar el *sistema único de salud*, de los años setenta y el *sistema único de seguridad social*, de los ochenta no avanzaron. Los distintos actores sociales intervinientes prefirieron un sistema no regulado, libre de pactos corporativos y con una mínima intervención o regulación del estado, lo que redundó en beneficio de la medicina

<sup>137</sup> Guerrero E. Transformaciones del sector salud en la Argentina: estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997. Buenos Aires: OPS/OMS Publicación No. 48; 1998.

privada. Las leyes 23.660 y 23.661 sobre Obras Sociales y otras entidades aseguradoras y el Sistema Nacional de Seguros de Salud regularon a fines de los ochenta el sistema nacional de salud.

La reforma del sector salud en la Argentina, como en la mayoría de los países, está vinculada con la inequidad de los sistemas, el aumento de los costos, las dificultades para pagar los gastos crecientes, y la insatisfacción de los usuarios. La ley 18.610 de obras sociales en 1970, la ley 20.746 sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud de 1973 y las leyes posteriores 23.660 y 23.661, forman parte de los antecedentes de los procesos de reforma de las décadas de los setenta y ochenta, originados como transformaciones internas del sistema de salud en un Estado benefactor. En la década de los setenta se advertía la necesidad de incrementar la cobertura de salud y en dicha década corresponde al crecimiento de la oferta de servicios curativos en un sistema basado en la incorporación de la tecnología y la especialización de la atención. La década de los ochenta es el punto de inflexión del sistema de salud en tanto la crisis económica impone la contención de los costos, paralelamente a la necesidad de incrementar la cobertura y mejorar la productividad y la eficiencia.<sup>138</sup>

A juicio de Guerrero y sus colaboradores, la primera fase de reformas de los 70, buscaba más cobertura; la segunda se concentró más en la contención de costos, la eficiencia y la racionalidad del sistema. Las reformas de los noventa tuvieron un objetivo macroeconómico que buscaba reducir los costos de producción, con la incorporación de nuevos actores (aseguradores), nuevos intermediarios y formas de contratación que redimensionan las relaciones con el sector privado.

La asignación de recursos en el sistema de obras sociales estaba vinculada a la relación contractual entre la organización financiadora y la institución representativa de la oferta, ya sea la gremial médica o la que agrupa a las clínicas y sanatorios privados. La relación contractual predominante ha sido definida por el pago por prestación o por acto médico ya realizado, cuyos precios han sido regulados por la ANSSAL, quien aseguraba el cumplimiento de normas y regulaciones, administrando los subsidios del “fondo de redistribución” de las obras sociales y destinando recursos a los hospitales públicos.

Esta situación ha dado lugar a “una conducta tendiente a eludir los mecanismos de regulación preestablecidos, valiéndose de la facturación de prácticas no realizadas, el aumento innecesario de la cantidad de prestaciones o el cobro de adicionales o diferencias a los usuarios. El pago por prestación y la insuficiente estructura de control de gestión por parte de las obras sociales, ha generado dentro del sistema una serie de incentivos en el cual la sobreprestación, la sobrefacturación, el desarrollo de sub-especialidades y la incorporación de tecnología

<sup>138</sup> IBID, p. 51.

constituyeron una forma de organización del proceso de atención médica con una estructura asistencial curativa de costos crecientes”.<sup>139</sup>

El crecimiento del sector privado y la creciente introducción de tecnología, condujo a un estado de saturación en la oferta del sistema prestador de servicios, resultando casi imposible mantener financieramente la estructura prestadora en expansión. La crisis originó la necesidad de crear nuevas fuentes de financiamiento, traducidas en: pago creciente por parte del afiliado de las prestaciones de menor complejidad y costo, desarrollándose la modalidad de pre-pagos institucionales por parte de los propios prestadores sanatoriales.

Hoy día, el hospital moderno en Argentina es considerado como una empresa que debe enfrentar procesos de producción complejos y relacionados entre sí como son: la producción clínica (egresos, intervenciones quirúrgicas, consultas); la producción técnica médica (unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico: farmacia, laboratorio, radiología) y la producción industrial (alimentación, lavadero, esterilización).<sup>140</sup>

Dos Políticas de Salud del país<sup>141</sup>, formuladas en los años 1992-93 y 2000 por el Ministerio de Salud de Nación identifican una serie de problemas persistentes en la administración pública de los hospitales, y realizan propuestas metodológicas para su abordaje.

Justificativas de la primera propuesta se pueden encontrar en varias publicaciones donde fueron observadas en su momento: la utilización ineficiente de los recursos presupuestarios, el consumo en servicios no siempre apropiados y de costo- beneficio negativo, la incorrecta relación entre el gasto en salarios y el gasto operativo total, la inversión dirigida con preferencia a los niveles de alta complejidad en detrimento de los componentes de atención primaria, la subvención indirecta a sistemas no públicos de cobertura, la falta de gerenciamiento adecuado, la asignación de recursos sin aplicación de criterios de priorización, la ausencia o incumplimiento de los mecanismos de monitoreo del gasto y el manejo ineficiente de los sistemas de compras y contrataciones.<sup>142</sup>

A estas críticas se les puede agregar un análisis sobre la “herencia estructural” y los viejos modelos de organización hospitalaria que todavía perduran en la

<sup>139</sup> IBID, p. 52.

<sup>140</sup> Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Hospital público de autogestión: marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. 3ª. ed; 1999. p. 12.

<sup>141</sup> Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Hospital público de autogestión y programa nacional de garantía de calidad de la atención médica: legislación. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; 1993.

- Ministerio de Salud/Presidencia de la Nación. Políticas de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; 2000.

<sup>142</sup> Ministerio de Salud. Op. cit. 2000.

Argentina. Así, se habla de un *modelo rutinario, burocrático y de estructura personalizada*. En el modelo *rutinario*, todas las decisiones son tomadas por el nivel jerárquico superior; se trabaja sin objetivos claros, sobre situaciones del día, sin creatividad y con total olvido del contexto, desarrollando sus actividades en un esquema de máxima centralización y control directo. El modelo *burocrático* se traduce en la definición e implementación de nuevas rutinas, normas y procedimientos que trabarán la acción y la creatividad individual, encontrando directivos y cuadros de jefaturas apegados al “no se puede” y organización con gran lentitud y marcada parálisis estratégica. El tercer modelo de *estructura personalizada*, se caracteriza por la segmentación en feudos y reinos, donde los profesionales van imponiendo sus visiones parcializadas de la organización.

El hospital público argentino, como parte integrante del sistema estatal de salud, brinda asistencia al sector indigente no protegido, subsidia a las obras sociales prestando servicios a sus beneficiarios sin retorno financiero, atiende la creciente demanda de sectores sociales con mayor capacidad económica que son atraídos por el prestigio del personal médico de la institución, cubre lo relativo a emergencias y accidentología sin cargo a los aseguradores, al tiempo que ejerce funciones de escuela médica.

Los hospitales públicos consumen en Argentina al menos entre el 80 y el 85% del gasto estatal en salud. Su cultura organizacional está íntimamente ligada al perfil de los recursos humanos que lo componen y particularmente a quienes detentan los cargos de conducción. Justamente por esta característica particular, hay quienes sostienen que probablemente por ese perfil decisor en los hospitales se tienen determinados problemas en la administración de los mismos, ya que se ha administrado y se ha pensado en el uso de los recursos con la misma racionalidad del acto médico y no con la racionalidad administrativa, sumándose a esto que, por muchos años, se ha intentado tapar la ineficiencia con más plata en nombre de la equidad, cuando en realidad ser ineficientes es una de las principales causas de inequidad.<sup>143</sup>

A esto se le agrega que la gestión de los recursos humanos resulta difícil en tanto los directores no cuentan con atribuciones de nombramiento, pago y sanción. El pago por salario es prácticamente la única forma de remuneración y las condiciones contractuales están predeterminadas de modo muy rígido, ya sea por un contrato o como médico de planta, con una carga horaria prefijada, nada flexible o modificable. Además, los tipos de especialistas nombrados no necesariamente son los requeridos por los hospitales de acuerdo al perfil de demanda del servicio, existiendo carencias específicas de profesionales y especialistas que

<sup>143</sup> Thomas C. El hospital como empresa de servicios. En: Fundación ISALUD. El hospital en la reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 1998.

el director no posee las condiciones y autoridad para nombrar y completar la planta de personal requerido.

Resultan numerosos los artículos de análisis sobre los hospitales argentinos, publicados en diferentes revistas nacionales, que resaltan las deficiencias hospitalarias; el grave deterioro de su estructura e ineficiencia en su gestión; el sometimiento de la mayoría a la centralización administrativa de las jurisdicciones provinciales de salud; la rigidez en la planta de personal y en la relación laboral, la inexistencia de un régimen adecuado de incentivos; la carencia de un sistema de información apropiado para la toma de decisiones y el control de la gestión y las deficiencias en la infraestructura y equipamientos.<sup>144</sup>

El actual Ministro de Salud y Ambiente de la Nación ya había sostenido que “en términos generales no estamos orgullosos de los hospitales que tenemos, si bien tampoco nos sentimos al principio de un camino o al borde del abismo. Estamos quizás en un punto intermedio, probablemente en algún caso con pérdida del rumbo, pero con firme voluntad y determinación de transformar los hospitales. Echando mano de la autocrítica y del análisis podríamos afirmar que la sociedad y los ciudadanos han cambiado muchísimo más que los hospitales. Estos por cierto, han cambiado mucho menos en su concepción, su ideología, su forma organizativa y su relación con la sociedad. De la misma forma que nos quejamos de la relación *médico-paciente*, que es de individuo a individuo, pensamos que la relación *hospital-comunidad* también tiene un cierto quiebre y que se ha perdido mucho de esa relación histórica que había. Y esto se repite, en un plano superior, en la relación *Estado-Sociedad* “.<sup>145</sup>

En este marco, en 1993, se dictó el decreto 578 en el cual el hospital público de autogestión brindaría atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población, estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos los servicios y continuaría recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste tendiendo a reemplazar progresivamente el “subsidio de la oferta” por el “subsidio a la demanda”.<sup>146</sup>

El hospital público presenta actualmente un gran deterioro en su estructura e ineficiencia en su gestión, al tiempo que la demanda de sus servicios por parte de la población no deja de aumentar. Por otro lado, las obras sociales deficitarias

<sup>144</sup> Alderete M, Alcoba A. El hospital público y su contexto socio-político en la Argentina. Revista del instituto de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Talleres Gráficos Alfa Beta S.A.: 1999; 3 (3)

<sup>145</sup> Gonzalez García G. Los hospitales ante la reforma. En: Fundación ISALUD. El hospital en la reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires: ISALUD; 1998. p 132-133.

<sup>146</sup> Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. 1993. Op. cit.

no pueden dar respuestas a sus asociados y crece la población sin cobertura. El diario Clarín<sup>147</sup>, transcribe en Enero de 2002 la “Emergencia en el sistema de salud” sobre el gravísimo estado en que está asumido el sistema sanitario nacional y el deterioro que vienen sufriendo los hospitales públicos desde hace varios años, agravado por la nueva situación económica: “laboratorios sin reactivos, falta de insumos esenciales para terapias intensivas, postergación de cirugías, carencia de medicamentos básicos, tratamientos para el SIDA y la tuberculosis interrumpidos, son algunos de los síntomas más graves del cuadro general de deterioro. A esto se le suman los atrasos en los pagos a proveedores varios y a profesionales y trabajadores de la salud, lo que provoca el resentimiento de las prestaciones, reclamos y protestas de diversas comunidades hospitalarias.

A decir de Aldo Neri<sup>148</sup>, diputado, ex secretario de Salud del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires y ex Ministro de Salud, antes de la nueva crisis de diciembre de 2001, sobre la reforma del sector salud, “el escenario actual es una cuasi esquizofrénica mezcla de buenos principios y perversos resultado. Quien escuche propiciar la descentralización de la gestión estatal, la autonomía de los hospitales, la modernización de las obras sociales para hacerlas eficientes, la acreditación según normas de establecimientos y recursos humanos, la mayor participación de los usuarios de las decisiones, la jerarquización de la medicina general en la organización de los servicios y un uso pautado de las especialidades y la mayor complejidad en general, creará estar escuchando lo mejor del buen discurso sanitario de los últimos treinta años, fracasado en reiterados intentos de implementación”.

Con respecto a la intervención del Estado, en una entrevista posterior Neri sostiene que:<sup>149</sup>

“El sector privado, el estatal y el de las obras sociales son muy ineficientes. Es un problema estructural que Argentina nunca ha encarado seriamente. Es el país latinoamericano que más gasta en salud: 800 pesos por año por habitante; la ciudad de Buenos Aires gasta 860 millones de pesos al año, pero no están muy bien utilizados: hay escasez de enfermeras y técnicos y sobreoferta de otros profesionales y medicamentos.

Casi el 30 por ciento del gasto en salud es en medicamentos, lo que habla del poco énfasis en el aspecto preventivo de la medicina, a mi criterio el aspecto más deficitario de nuestro sistema. El negocio está en la enfermedad y ahí es donde invierte el sector privado. Por eso hace falta la intervención del Estado. No

<sup>147</sup> Diario Clarín. Emergencia en el sistema de salud. Buenos Aires: Editorial. Enero 28 de 2002. p. 18

<sup>148</sup> Neri A. 2000. Op. cit. p. 9.

<sup>149</sup> Rodríguez S. La clase media va al hospital. Tercer Sector. Revista de la Fundación del Viso. Talleres Gráficos Manchita. S.f.; 8 (37). p. 8.

hay mentalidad preventiva ni en los médicos. Hasta por razones de prestigio: es mucho más espectacular el quirófano que el vacunatorio.

El gasto directo de las personas es muy alto. Y socialmente es negativo. Un buen sistema de salud tendría que ser igualitario pero estamos muy lejos de que exista un seguro público para que la gente reciba el servicio que necesita no en función de su nivel socio-económico. No me horrorizo por la existencia de las prepagas, pero no creo que la solución sea la medicina comercial”.



## ■ CAPÍTULO 3

# Las residencias médicas

### 3.1. El hospital como espacio de aprendizaje de los médicos<sup>150</sup>

A la complejidad antes señalada de hospital público que tienen algunos hospitales también, habría que agregarle otra complejidad: la de formar y capacitar los futuros especialistas del país y la de organizar la práctica educativa dentro de un sistema administrativo que también tiene que adecuarse a un sistema de racionalidad y administración educativa.

La función principal de las instituciones hospitalarias con responsabilidad en la enseñanza es contribuir a la creación de las condiciones más favorables para el cumplimiento de su misión educativa. Esto significa que debe tener profunda comprensión de los requisitos básicos para la investigación científica y la docencia, y al mismo tiempo, favorecer su desenvolvimiento normal como hospital público, con las funciones de producción antes descritas.

Debe ocuparse del bienestar de los estudiantes, del personal docente, de supervisión; de la conformación y funcionamiento de consejos educativos que analicen y supervisen de manera permanente el desarrollo educativo y, estimulen el perfeccionamiento docente como estrategia de actualización curricular continua. Una de sus funciones básicas es la coordinación interna de sus áreas de especialidad y la dirección de actividades docentes para la satisfacción de objetivos generales de educación médica. Otra de sus responsabilidades es la relación con la Facultad de Medicina de la cual dependen, si es que dependen de alguna, la

<sup>150</sup> A los hospitales que tienen residencias médicas se les ha llamado indistintamente “hospitales escuelas” u “hospitales docentes”, existiendo una diferenciación con los “hospitales universitarios” que están asociados a alguna universidad y dependen en gran medida de éstas.

vinculación con las cátedras del pregrado y con los alumnos que realizan pasantías específicas y con otras instituciones de salud con las cuales les une un sistema de referencia y contrareferencia en salud y que sirven a la vez de espacios de aprendizaje de salud comunitaria a sus propios residentes y pasantes.

Estos hospitales deben estar preparados para ofrecer ejemplos de atención médica integrada eficientemente y para asumir las responsabilidades que les corresponda en la asistencia médica de las comunidades a que sirven. La participación activa del cuerpo docente en la administración contribuye a la creación de un clima administrativo favorable a la medicina integral, a la investigación científica, al aprendizaje y al humanismo.

Hay ciertas características que distinguen al hospital con programas educativos del resto, por su condición de “laboratorio de enseñanza” y su “grado de complejidad”. Se identifican como características básicas las siguientes:<sup>151</sup>

- El hospital docente es el ámbito natural, el lugar más apropiado, para las especialidades de alta calidad, para la tecnología especializada de más alto nivel y para el diagnóstico y tratamiento de las patologías que revisten mayor gravedad y son menos comunes.
- El área normal de servicios del hospital escuela, área de influencia de la que *extraen sus pacientes*, es mucho más extensa que la de los típicos hospitales comunitarios. Este tipo de hospital debe actuar sobre un área programática, entendiéndose por tal una zona asignada a este centro de salud para que realice sobre ella acciones integradas para sus habitantes y su medio ambiente.
- Si bien todos los hospitales deberían incorporar la enseñanza y la investigación en su práctica médica cotidiana, en el hospital docente estos dos componentes son mayores que en los establecimientos hospitalarios comunitarios y posiblemente son su finalidad más importante.
- El hospital docente cuenta, normalmente, con un número mayor de médicos a tiempo completo en su facultad que el hospital comunitario. Estos médicos generalmente forman parte del núcleo docente de la escuela de medicina.
- El costo de atención del paciente es generalmente más elevado en el hospital docente que en otros hospitales. Esto se debe a las características antes mencionadas: la máxima especialización, la naturaleza de la población y del paciente y la combinación de la docencia y la investigación.

Estas características de alguna manera permiten suponer lo que Schlemenson plantea como la dimensión en la que se sustenta la organización de esta uni-

<sup>151</sup> Mazzáfero VE. Medicina en salud pública. Buenos Aires: El Ateneo; 1987. p. 554.

dad social, es decir, “encierra una idea, que está referida a algo creado para satisfacer necesidades de una audiencia externa y de esta manera satisfacer también necesidades de los miembros de la organización”. Como organización está inserta en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación.<sup>152</sup>

Un hospital con postgrados asignados tiene acceso, en el más ideal de los casos, a todo tipo de especialidades en atención de la salud y de expertos en los diferentes campos relacionados, acceso a computación, circuito cerrado de televisión, disponibilidad de revistas especializadas, a la tecnología médica especializada actualizada, y tiene presencia de estudiantes universitarios de pregrado y postgrado (residencias médicas) e investigadores de diferentes campos, etc. Esta combinación de características y recursos permite considerar la perspectiva planteada por Etzioni acerca de la división del trabajo, del poder y de la comunicación; la presencia de uno o más centros de poder que controlan los esfuerzos concertados de la organización y; la sustitución, traslado y promoción de personal.<sup>153</sup>

Los hospitales docentes vienen enfrentando crisis en los últimos años por problemas diversos. Los más frecuentes motivos de orden académico, son entre otros, la orientación marcada hacia la asistencia médica que hacia la enseñanza médica, la super-especialización médica y la tecnología, la falta de sintonía con los demás servicios de salud pública y la poca o ninguna preocupación por la formación universitaria de otros profesionales de la salud no médicos.

Han existido posturas más drásticas sobre la misión del hospital que sostiene que no debe existir el hospital específicamente docente, porque su existencia ha demostrado que “se aparta de los parámetros que deben orientar su función social a través del ejercicio de la medicina, y paradójicamente deja de servir adecuadamente los propósitos mismos de la enseñanza... El vínculo casi total entre el sistema educacional y el hospital ha dado origen a un cuerpo clínico super especializado, divorciado de las necesidades reales de salud de la comunidad, y ha creado un círculo vicioso en el cual el sistema educacional se encuentra principalmente dirigido a satisfacer las exigencias del propio funcionamiento de esa compleja institución”.<sup>154</sup>

También se les atribuye que, con el tiempo, se transforman en centros de alta especialización y diferenciación, no sólo de los médicos, sino también de otros profesionales universitarios que ahí trabajan, convirtiéndose en las más comple-

<sup>152</sup> Schlemenson A. Análisis organizacional y empresa unipersonal: crisis y conflicto en contextos turbulentos. Buenos Aires: Paidós; 1993. p. 38-39.

<sup>153</sup> Etzioni, A. A basis for comparative analysis of complex organizations. In Etzioni A: A sociological reader on complex organizations. New York, Ny: Holt, Reinhart&Winston; 1969.

<sup>154</sup> Ferreira JR. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. *Educ Med Salud* 1976; 10 (2): p. 140-141.

jas organizaciones conocidas por los teóricos de la administración. Por otro lado, los hospitales docentes “son *sistemas* dotados de fronteras que los separan del medio ambiente, dividiéndose la mayoría en sub-unidades también separadas unas de otras”.<sup>155</sup>

Esto significa que los hospitales docentes son organizaciones de “fines múltiples”, que originan inevitablemente ciertos tipos de conflictos interinstitucionales, intergrupales o interpersonales. Como ejemplos concretos podrían mencionarse: la falta de una carrera funcional para los médicos; la falta de representación del personal en los órganos normativos del hospital; el desconocimiento o desactualización de los perfiles profesionales de las diversas funciones hospitalarias; la multiplicidad de comandos sin una ordenación definida, etc.

La fijeza de los roles de que habla Schelmenon permite a una institución hospitalaria en este caso, describir cómo debe funcionar la organización desde el punto de vista formal. “Cuando más grande es la organización, mayor será su grado de formalización y de definición explícita de roles”... El tamaño es fundamental porque afecta la integración del grupo humano... “El análisis de roles, funciones, responsabilidades y líneas de dependencia, permite fijar un aspecto fundamental del encuadre de las conductas individuales”.<sup>156</sup>

En general, en las instituciones hospitalarias latinoamericanas, con funciones de formación de futuros médicos y especialistas, las metas suelen ser un poco abstractas; la autoridad es difusa, existe poca o ninguna interdependencia funcional y escasa e imprecisa las medidas de evaluación de sus resultados. Se miden por el número de tareas y servicios cumplidos, el número de graduados por años, los premios individuales recibidos, el número de congresos realizados, así como el número de ateneos realizados. Tampoco existe alguna metodología de evaluación del desempeño por ejemplo, que mida la calidad del servicio, o la calidad de la enseñanza; o la actualización curricular y docente; o los procesos de interdisciplinariedad alcanzados entre las cátedras, etc.

El término “resultados” se aplica en este caso para aludir a aspectos derivados de la producción institucional en los niveles material (numérico) y simbólico (No. de premios individuales recibidos). Sin embargo, no están claramente incluidos los resultados institucionales vinculados a los fines de calidad del producto (alumno), o a la calidad educativa, o a la calidad de la tarea (desempeño colectivo institucional).

Otra dimensión que traduce crisis permanente en los hospitales con tareas educativas es la referida a las condiciones de trabajo, generalmente injustas e

<sup>155</sup> De Moraes Novaes H. A problemática do moderno hospital universitário: Fatores organizacionais nas crises dos hospitais de clínicas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington DC: OPS/OMS; 1980. p. 40- 43.

<sup>156</sup> Schelmenon A. 1993. Op. cit. p. 41.

inequitativas, especialmente en los aspectos de salario, tareas, confort y posibilidad de realización personal y alternativas para el desarrollo de una carrera profesional. Este tipo de institución suele tener déficit acumulados para introducir modelos de participación y nuevas modalidades de conducción.

Paganini revisó diferentes estudios existentes en el mundo sobre la calidad de la atención de un hospital de acuerdo a su afiliación o no con alguna escuela de medicina o con programas de enseñanza hospitalaria, que demuestran por un lado que, la cifra más alta de atención médica óptima pertenecen a hospitales afiliados a escuelas de medicina; que el entorno laboral en los hospitales de enseñanza es el factor más importante por sobre la influencias adversas y favorables del adiestramiento y experiencia previos; y que un hospital de enseñanza conserva un control interno fuerte sobre su personal y aporta un sistema de apoyo más eficaz y eficiente para el médico. Por otro lado, las auditorias médicas han demostrado que los hospitales de enseñanza brindan una mejor asistencia y tratamiento a sus enfermos que los hospitales donde no se desarrollan programas educativos, así como se ha determinado una menor cifra de casos calificados de negligencia profesional.<sup>157</sup>

En otros estudios, se observa que los hospitales de enseñanza afiliados a una escuela de medicina tuvieron una tasa de letalidad neonatal baja y que la presencia de residentes sin afiliación a una escuela de medicina no mejoró la tasa de mortalidad. Otros estudios, en cambio, no identificaron relación alguna entre el estado del hospital respecto a la enseñanza y los resultados de la atención. Como conclusión, este autor señala que el análisis de la afiliación hospitalaria a una escuela médica, la condición de enseñanza, y su relación con los resultados no ha demostrado una tendencia definitiva y que como señala Palmer et. Al “lo único que podríamos decir es que dentro de un área determinada, los hospitales de enseñanza quizá sean mejores que los que no se dedican a ella, en lo que toca a algunas situaciones y enfermedades, pero pudieran ser inferiores a los hospitales que no se ocupan de la enseñanza, en otra área”, lo que lo lleva a concluir sobre la necesidad de tener más análisis de la estructura específica de los hospitales y las características de proceso y su relación con los resultados de la atención.<sup>158</sup>

### **3.2. Las Residencias Médicas en la Argentina:**

#### *3.2.1. Algunos antecedentes:*

Las residencias médicas se instauran con posterioridad a la caída del gobierno de Juan Domingo Perón, como parte de un programa de modernización de la

<sup>157</sup> Paganini JM. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: OPS/OMS HSS/SILOS-30; 1993.

<sup>158</sup> IBID. p. 24-25.

enseñanza de la medicina llevado adelante por los núcleos profesionales que se habían opuesto al gobierno peronista y que dominaron el gobierno de las facultades de medicina y las principales organizaciones profesionales después de 1955. Pueden encontrarse antecedentes en algunas experiencias aisladas y, en términos más generales, en una tradición de presencia de los estudiantes de medicina en los hospitales modernos.

La imagen del “desfile casi religioso, encabezado por el médico, de toda la jerarquía del hospital: ayudantes, alumnos, enfermeras, etc., ante la cama de cada enfermo” es contemporánea de la emergencia de los hospitales de fines del siglo XVIII, la etapa en la que los hospitales pasaron de ser, como señalaba Bernardo Houssay en 1927, “un último refugio para desamparados y miserables”, a cargo de un personal caritativo –religioso o laico– a convertirse en una institución terapéutica compleja, a cargo de personal especializado en el arte de curar. En estos hospitales, la función de enseñanza siempre estuvo presente, con mayor o menor formalización e intensidad.

En la historia moderna de la enseñanza de la medicina en la Argentina, la enseñanza clínica a través de la práctica hospitalaria fue una preocupación recurrente. Los fundamentos de dicha preocupación fueron sintetizados con claridad y concisión por Houssay, dentro de una concepción amplia y sistemática acerca de la organización, los contenidos y los métodos de enseñanza de la medicina. Muchos de los aspectos de esa concepción tenían una amplia aceptación en la profesión, aunque no siempre esta adhesión se traducía en disposiciones concretas para cambiar las prácticas. El pensamiento de Houssay sobre la formación de los médicos reviste particular interés por diversas razones. En primer lugar, representó una formulación precoz y sistemática de las exigencias, problemas y alternativas de solución posibles para la enseñanza de la medicina. Houssay acumuló una experiencia muy variada –comprendía, además de la profesión médica, el trabajo farmacéutico y la práctica de la investigación– que le permitió apreciar dimensiones a menudo ignoradas o relegadas por médicos de miras profesionales más estrechas. Buena parte de sus ideas constituyeron el corazón del programa de renovación de la enseñanza de la medicina y de la promoción de las actividades de investigación científica en el posperonismo. Además de la solidez de sus concepciones, Houssay tuvo una influencia política considerable, fortalecida a partir del premio Nobel recibido en 1947, por lo cual sus ideas tuvieron una eficacia mayor.<sup>159</sup>

Una síntesis de sus ideas sobre la enseñanza de la medicina puede encontrarse en una conferencia pronunciada en 1927, sobre “Problemas y orientaciones de la medicina moderna”<sup>160</sup>. En esa conferencia Houssay enfoca claramente los

<sup>159</sup> Finocchio S. Residencias médicas: historia y situación actual. Buenos Aires, mimeo; 2003.

<sup>160</sup> Houssay B. Problemas y orientaciones de la medicina moderna. Conferencia dada en el Ate-neo del Centro de Estudiantes de Medicina de Buenos Aires el 19 de octubre de 1927. En: Ba-

problemas básicos en la enseñanza de la medicina. En primer lugar, enfatiza la necesidad de una sólida formación científica en los primeros años de la carrera. Esta formación no debía estar guiada por las supuestas necesidades de la formación clínica sino más bien por la lógica interna de las disciplinas científicas. El trabajo experimental en laboratorio era una pieza clave en la enseñanza. Esto requería, además de una mejor dotación de recursos físicos, la existencia de un cuerpo de profesores dedicados de manera exclusiva a la investigación biomédica y a la enseñanza. La prédica de Houssay a favor de la dedicación exclusiva de los investigadores universitarios –él mismo fue el primer profesor con dedicación exclusiva de la universidad argentina– era el correlato de esta idea.

La formación clínica debía introducir a los estudiantes en el conocimiento de los contenidos relativos al trabajo profesional. La formación clínica requería la presencia de los estudiantes en los hospitales, bajo la estrecha supervisión de sus profesores. En palabras de Houssay, “...la enseñanza clínica debe ser rigurosamente individual. Se alcanza por la asistencia reiterada y persistente de pacientes, a los que se debe observar minuciosamente, con técnica exacta y segura, empleando todos los recursos con una crítica rigurosa. Esto sólo puede hacerse en el hospital”. Al tiempo que afirmaba que la enseñanza clínica requería el contacto directo con la práctica médica, Houssay alertaba acerca del impacto negativo de la plétora de alumnos sobre la enseñanza personalizada y sobre el cierre del internado, sosteniendo que “se ha creado en algunos alumnos la mala idea de que primero deben alcanzar el diploma y en seguida adquirir práctica; pero luego no lo hacen o es en forma imperfecta. La situación se ha agravado por la supresión del internado, y sobre todo por los conflictos a que dio lugar”<sup>161</sup>, anticipando un tema que adquiriría creciente relevancia muchos años después, cuando advertía una tendencia a relegar a la práctica hospitalaria a una etapa posterior a la finalización de la carrera.

Houssay estaba muy bien informado acerca de las tendencias internacionales en la formación médica y en el desarrollo de la profesión. Advertía que la tendencia hacia la especialización era una corriente que se manifestaba en la emergencia de nuevos perfiles profesionales y en nuevas instituciones –como clínicas especializadas–, y que tenía un impacto claro en la formación. La formación de especialistas en un sistema de residencias hospitalarias posterior a la adquisición del título de grado era el modelo a seguir.

El sistema de residencias médicas surge en la República Argentina como resultado de la temprana iniciativa del Dr. Tiburcio Padilla quien, en el año 1944 y en el marco de la Cátedra de Semiología, crea los primeros cargos de residentes del

---

rrios Medina A, Paladini A. Escritos y discursos del Dr Bernardo A. Houssay. Buenos Aires: EU-DEBA; 1989. p. 44-59.

<sup>161</sup> Houssay B. Op. cit. p. 52.

país. A poco de iniciado este camino, el Dr. Alberto Taquini lo amplía, cuando al hacerse cargo del Centro de Investigaciones Cardiológicas crea allí cargos de residentes. De esta fase temprana del intento de implantación del sistema de formación médica mediante residencias puede mencionarse también la experiencia llevada adelante por el Dr. Augusto Moreno, quien inaugura las residencias en cirugía en el Policlínico de Lanús, donde se mantuvieron desde 1951 hasta 1955.

Pero es recién hacia finales de la década del '50 que las residencias comienzan a multiplicarse en cátedras y hospitales y a organizarse de manera semejante a como se las conoce en la actualidad. Así surgen las residencias del Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas, a cargo del Dr. Juan P. Garrahan, de la Primera Cátedra de Medicina (a cargo del Dr. Egidio Mazzei), del Instituto Modelo de Clínica Médica (a cargo del Dr. Julio Palacios), de la IV Cátedra de Semiología (a cargo del Dr. Luis Munist) y de la III Cátedra de Cirugía, en el Hospital Durand (a cargo del Dr. Mario Brea). Este rápido desarrollo conduce a una temprana reflexión acerca de las bondades de las residencias como modelo de formación profesional, la que se expresa en las Primeras Jornadas sobre Residencias Hospitalarias, organizadas en 1958. Allí, a instancias de un grupo entre los que se contaban profesionales de la talla de los Dres. Firmat, Gianantonio, Holmberg y Manrique se propone la creación de una entidad que se ocupara del tema en forma permanente. Esta preocupación dará lugar a la constitución del Subcomité de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, presidido por el Dr. Mario Brea.<sup>162</sup>

Una característica notoria es el papel de figuras de primer orden de la medicina argentina en la puesta en marcha de las residencias. Los que llevaron adelante las primeras residencias fueron los principales líderes de la profesión, tanto por sus dotes como médicos o investigadores como por su reconocido papel institucional. Cabe destacar que la mayor parte de los médicos involucrados en la creación y el funcionamiento de las primeras residencias hospitalarias tuvieron conocimiento directo del funcionamiento del sistema en hospitales de los Estados Unidos, donde varios de ellos realizaron residencias. Padilla y Finochietto habían realizado visitas cortas a los Estados Unidos. Moreno trabajó en el Bellevue Hospital de Nueva York, Taquini lo hizo en el General Hospital de Boston, Firmat y Holmberg en el Memorial Center de Nueva York, Gianantonio en Filadelfia, Manrique en el hospital Peter Bent Brigham de Boston, y Mondet en el Massachusetts General Hospital de Boston. Lanari había estudiado en Harvard y en Munich. El Dr Andrés Santas –promotor de las residencias de clínica quirúrgica en los hospitales Ramos Mejía y Argerich– había estado becado por la Universidad Nacional de Buenos Aires para perfeccionarse en Cirugía Torácica y Cardio-

<sup>162</sup> De la Torre H. Donde se relatan algunos hechos y sucesos que hacen a la historia de las residencias. *Rev Argent Resid Cirug.* 1996; 1:24-26.

vascular de la Universidad de Harvard, donde fue instructor de cirugía y en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore.

Existió la preocupación de los pioneros del sistema de residencias por formalizar los procedimientos de selección de los residentes, sus obligaciones y derechos, las características de las residencias y todos los aspectos del trabajo de los residentes en los servicios hospitalarios. Para ello elaboraron detallados reglamentos, que constituyeron luego la base de la normativa sobre las residencias nacionales y de la Asociación Médica Argentina.

Otro aspecto importante para mencionar es el hecho de que la mayor parte de los servicios o dependencias en los que se instalan las residencias corresponden a hospitales o institutos universitarios de Buenos Aires. El resto –con la excepción de la residencia en el servicio de cirugía del Policlínico Evita– se instaló en hospitales prestigiosos de la ciudad de Buenos Aires. En cierto modo, las primeras residencias surgieron asociadas a grupos y servicios de vanguardia en la profesión, con fuerte orientación en la investigación clínica y desde ellos se difundieron hacia el resto del tejido hospitalario.

Los promotores de las residencias ponen gran énfasis en un carácter innovador de la enseñanza médica, descartando que las mismas fueran una continuación de la tradición del practicantado. Por el contrario, se enfatizaba la ruptura con esa tradición, en la medida en que los residentes son graduados universitarios que formaban parte de un riguroso y sistemático programa de formación de posgrado.

La duración de las residencias era de entre dos y tres años. Las mayoría de las residencias eran financiadas por el Estado, aunque en el caso del CEMIC y, en parte, en el del Instituto de Cardiología, había aportes privados para sostener las residencias.

Las evaluaciones iniciales de las residencias fueron muy positivas, coincidían en afirmar el impacto positivo de las residencias sobre la formación de los médicos ya que éstos adquirirían muy rápidamente una valiosa experiencia clínica –favorecida por la asunción progresiva de responsabilidades en la atención a los pacientes–, desarrollaban capacidades de docencia y supervisión de los residentes de años inferiores, y comenzaban a realizar tareas de investigación. Las opiniones eran también coincidentes en lo relativo al efecto de las residencias sobre la calidad del servicio, en aspectos tales como el seguimiento permanente de los enfermos o la mejora en la elaboración de las historias clínicas.

Sin embargo, pronto comenzaron a aparecer algunas reflexiones importantes que reflejaban el desequilibrio entre las funciones asistenciales de los residentes y el carácter educativo de las residencias. Existía cierta tensión entre el modelo de atención hospitalaria predominante por la baja presencia de los médicos en el hospital y el papel que debían ejercer los residentes. El Dr Alberto Taquini señalaba que los médicos que estaban en la carrera médico hospitalaria no

recibían en el hospital una remuneración adecuada para que su actividad hospitalaria fuera la principal, y que, al mismo tiempo, persistían una cantidad de médicos trabajando gratuitamente en los hospitales. Ambas condiciones incidían negativamente en el desempeño hospitalario. Afirmaba Taquini que “el médico honorario no se siente obligado para una labor no remunerada; el médico rentado, absorbido por su profesión y por sus otros cargos, no puede ocuparse con la rigurosidad debida de la atención de los enfermos”. Para Taquini, “el sistema de residentes, en muchas partes del mundo eje de la asistencia y formación médica de los jóvenes egresados, es a nuestro juicio la base de la solución de este problema”<sup>163</sup>.

Taquini resaltó los problemas relacionados con las responsabilidades de los residentes en el marco del funcionamiento efectivo de los hospitales de la época. Desde su punto de vista, las residencias cubrían un déficit en la asistencia hospitalaria, derivado de la insuficiente dedicación de los médicos rentados y honorarios. La tensión entre las dimensiones educativas y las funciones asistenciales del sistema de residencias no derivaba totalmente del propio carácter de la residencia sino sobre todo de las particulares características de las relaciones laborales y la organización del trabajo en los hospitales. Si bien los reglamentos de las residencias señalaban que “el cargo de médico residente no debe ser considerado como un empleo sino como una oportunidad de formar parte de un curso de pos-graduados de carácter práctico” y que “la remuneración económica que recibe el médico residente no constituye un salario o retribución por servicios prestados sino un medio de proveer a sus necesidades durante el período de adiestramiento”<sup>164</sup>. La presencia de los residentes durante todo el día en los hospitales modificaba el cuadro de atención hospitalaria y les otorgaba una visibilidad e importancia muy grande.

La regulación y expansión del sistema de residencias constituyó otro tema de importancia. Sobre la expansión, la mayoría de los participantes fueron cautos al aconsejar la ampliación de la oferta de residencias. Prevían problemas de financiamiento—de hecho, al momento del encuentro, los residentes de pediatría del Hospital de Niños aún no eran rentados— y de capacidad de supervisión e instrucción.

Como señalaba el Dr Mario Brea “el sistema no debe difundirse más allá de las posibilidades reales, para evitar corruptelas y desprestigio”<sup>165</sup>. Sobre la necesidad de regulación, predominaban ampliamente las posiciones que defendían

<sup>163</sup> Taquini A. Experiencia personal en residencias de clínica médica. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 1960; 74(3). p. 108.

<sup>164</sup> Fernández Villamil E. Una experiencia argentina sobre residencias en cirugía. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 1960; 74 (3). p. 114.

<sup>165</sup> Brea M. Experiencia personal en residencias en cirugía. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 1960; 74 (3). p. 113.

la necesidad de coordinar esfuerzos entre universidades, poderes públicos y organizaciones representativas de la profesión.

Las preocupaciones de los principales impulsores de las residencias se centraron en el impacto del sistema de residencias en la mejora de los servicios y en la formación de los jóvenes médicos, es decir, en la especialización profesional y no tanto en las tendencias hacia la especialización y las maneras de enfrentarlas. Esta ausencia puede deberse tal vez al insuficiente desarrollo de muchas especialidades. Pero además, tanto en términos legales como prácticos, las residencias no eran el único ni principal camino hacia la especialización profesional. La realización de una residencia no era condición necesaria ni suficiente para obtener el certificado de especialista. Para acceder a ese certificado, de acuerdo con la ley N° 12.912/44, reglamentada a través del decreto número 6.216/44, era necesario acreditar cinco años de experiencia en la especialidad. Esta norma era funcional para un cierto modo de organización de la profesión médica, en el que predominaban mecanismos informales de reconocimiento mutuo y aceptación dentro de un círculo restringido de especialistas.

La residencia médica fue definida en un principio como “un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad”. (Resolución Ministerial 1778-61).<sup>166</sup>

Más tarde es redefinida como “un sistema educativo del graduado reciente que tiene por objeto completar su formación integral ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente” (Resolución Ministerial 389-89).<sup>167</sup>

La intervención del Estado fue determinante para la expansión de las residencias en todo el país. La resolución del ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación 1778/60 recogió la experiencia de las primeras residencias y dispuso adoptar el “sistema de Residencia Médica Hospitalaria” para los establecimientos asistenciales dependientes de dicho ministerio. Tomando como base los criterios y normas elaboradas en las primeras residencias, se aprobó el “Reglamento para Residencia Médica Hospitalaria”. El conjunto del sistema quedaba bajo la supervisión de la Escuela Nacional de Salud Pública. En la misma dirección, la Asociación Médica Argentina aprobó en 1961 un documento sobre el sistema de residencias que fijaba la doctrina y sintetizaba las condiciones básicas para el buen funcionamiento de las residencias.

<sup>166</sup> Invernizi C, López Val L. *Digesto de Recursos Humanos en Salud: Leyes y Normativas Nacionales*. Ministerio de Salud de Nación y OPS/OMS Publicación No. 52, dos Tomos. Buenos Aires: OPS/OMS; 2001.

<sup>167</sup> *IBID.* 2001.

A mediados de la década de 1960, el sistema de residencias estaba afianzado, y avanzaba progresivamente, más como resultado de varias experiencias exitosas que como producto de una política nacional de educación médica de posgrado.

La creación en 1967 del Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME) constituyó un intento por establecer una supervisión y control más firmes sobre las residencias, tratando de planificar el crecimiento del sistema. Este fue el primero de una serie de intentos –ninguno exitoso– por ordenar y regular la evolución del sistema de residencias desde el Ministerio de Salud nacional. El CONAREME fue disuelto en 1974 y el sistema quedó sin una institución de referencia en lo relativo a la aprobación de programas de residencias, elaboración de exámenes y asignación de vacantes.

En 1979 se sancionó la ley 22.127, que estableció el Sistema Nacional de Residencias y creó el Consejo Nacional de Residencias de la Salud (CONARESA) con funciones de conducción del sistema, con la cual se otorga un reconocimiento de la vigencia de las residencias, en tanto, eran condición suficiente para obtener el reconocimiento como especialista. Puede pensarse que este reconocimiento fue acompañado por el proceso de cambio en la profesión médica que se afianza a fines de la década de 1970. Arce, Katz y Muñoz señalan que desde mediados de esa década se inicia una etapa de incorporación de nuevas tecnologías, equipos de alta complejidad, modalidades nuevas de prestación y financiamiento de los servicios y de nuevas formas gerenciales y de organización del trabajo médico<sup>168</sup>. La tendencia que acompaña en el plano de la educación médica –y en las oportunidades de trabajo para los graduados recientes– a todos estos cambios es la de la relevancia creciente de la formación de postgrado.

El sistema de residencias continuó creciendo, no solamente en cantidad de residentes sino también en variedad de disciplinas y especialidades. La primera línea de crecimiento fue la de las especialidades dentro de la profesión médica. La segunda comprendió a disciplinas conexas con fuerte inserción en los hospitales. El primer antecedente nacional de esta tendencia es la creación de residencias en farmacia en 1976, pero el salto se da sobre todo en la década de 1980, a partir de que en 1985 el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires establece la ordenanza N° 40.997, que crea el Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud. Se incorporaron entonces programas de residencias en Bioquímica y Microbiología, Odontología, Psicología Clínica, Psicología Clínica Infante Juvenil y Servicio Social. La ordenanza N° 45.146 estableció las residencias en enfermería y la ordenanza 41.793 incorporó al sistema las residencias en Informática en Salud,

<sup>168</sup> Arce H, Katz J, Muñoz A. Morfología del sector salud en la Argentina. En Katz, Jorge y colaboradores. El sector salud en la República Argentina: su estructura y funcionamiento. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1993. p. 331-362.

Electromedicina, Arquitectura Hospitalaria, Educación para la Salud (para médicos, psicólogos, licenciados en Psicopedagogía, Ciencias de la Educación o título universitario equivalente, antropólogos, trabajadores sociales, licenciados en Comunicación Social, sociólogos, veterinarios, odontólogos y enfermeros) y Contabilidad y Administración Hospitalaria. La resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 504/89, en la que se reconocían e incorporaban nuevas profesiones al régimen de residencias, generalizó a escala nacional los avances realizados previamente en la Ciudad de Buenos Aires.

Merece destacarse el aumento de la duración de las residencias. Las primeras residencias duraban dos o tres años. Esta duración era la recomendada por el sub-comité de residencias hospitalarias de la Asociación Médica Argentina, que en su documento de 1961 establecía como el primer objetivo de las residencias “lograr, en un lapso de dos a tres años, la capacitación de profesionales sobre amplias bases científicas”<sup>173</sup>. Progresivamente, las residencias pasaron a tener, por lo general, cuatro años, con algunas especialidades de tres y de cinco. Asimismo, la aparición de residencias posbásicas que requerían la aprobación previa de la residencia básica de cuatro años podía llevar la duración total de un trayecto de formación especializada a seis o siete años.

El crecimiento del sistema de residencias parece haber estado ligado a tres tipos de factores. El primero de ellos predominó en el momento inicial, en el que el impulso para la creación y el desarrollo de las residencias provino de los sectores modernizantes de la élite médica de Buenos Aires que querían acercar la formación de los médicos y el funcionamiento de los hospitales y las clínicas a los modelos exitosos en el mundo, especialmente al de los Estados Unidos.

Otros factores obedecen a lógicas estatales. Desde los ministerios de salud nacional o provincial se adoptan decisiones de dotación de plazas, promoción de la creación de residencias en nuevas especialidades y servicios, y supervisión del funcionamiento del sistema. En el nivel de los servicios y los hospitales, las tendencias a la expansión están basadas en las demandas de los jefes de servicios y directores de hospital, que por razones de mejora de la calidad de sus prestaciones, interés en la calidad de la formación de los profesionales de la salud o, simplemente, por razones de prestigio, presionan por la ampliación del sistema.

El tercer tipo de factores se relaciona con los cambios en las características de la profesión médica y, más específicamente, en los mercados de trabajo. Uno de los cambios importantes es la intensificación de las tendencias en la especialización y el desarrollo de la profesión médica en el mundo contemporáneo. El ritmo, las características y la intensidad de esta tendencia muestran sensibles va-

<sup>169</sup> Asociación Médica Argentina. Educación médica y residencias médicas. Documento de la Asociación Médica Argentina referido al sistema de residencias. Buenos Aires: 1961, consultado en: [www.msal.gov.ar/htm/site/Digesto\\_Rec\\_Hum\\_Salud/marco/ed\\_med.html](http://www.msal.gov.ar/htm/site/Digesto_Rec_Hum_Salud/marco/ed_med.html).

riaciones. Desde fines de la década de 1970 y, con mayor claridad, en la década de 1980, se manifiesta una presión creciente de los jóvenes profesionales por hacer especializaciones, motivados de alguna manera por la competencia creciente de la propia profesión y por el mercado de trabajo específico del campo médico. Un estudio que releva la situación de este período identifica un par de factores importantes en este proceso. El primero de ellos se relaciona con las características de la práctica médica y su impacto en los sistemas de formación. Los autores afirman que “la complejización y tecnificación de la práctica y las notorias deficiencias en las carreras de grado, han convertido a la formación de posgrado en un requisito indispensable para completar el adiestramiento profesional”.<sup>170</sup>

Pero además de este factor, comienzan a mostrarse problemas en el mercado de trabajo, ante las restricciones en las posibilidades de ocupación, los puestos de trabajo disponibles van siendo ocupados por personas con mayores credenciales educativas que las hasta entonces usuales o necesarias. En palabras de los autores, “la abundante oferta de trabajo médico puede haber favorecido la incorporación a tareas auxiliares de profesionales con un nivel de calificación relativamente alto, determinando una situación de subocupación de buena cantidad de médicos jóvenes y no tan jóvenes, y una subremuneración de su trabajo que estimula la búsqueda del multiempleo”<sup>171</sup>. En otros términos, la obtención de credenciales educativas cada vez mayores se convirtió en un requisito de creciente importancia para insertarse en el mercado laboral. Estos dos factores van a manifestarse con cada vez mayor nitidez en la década de 1990, impulsando la expansión acelerada de las residencias y carreras de especialización.

Las residencias fueron creciendo con el tiempo en cantidad y también apareció una variedad de carreras de especialización dictadas por instituciones de educación superior, cuya relación con las residencias es compleja, en la medida en que son esas instituciones y no los servicios hospitalarios las que otorgan los títulos, designan a los profesores y cobran los aranceles. En algunos casos hay articulaciones formales entre residencias y carreras de especialización, en otros hay vínculos informales y personales entre los médicos del servicio y las universidades, y en otros casos hay carreras desvinculadas de las residencias. La acreditación de carreras de posgrado en medicina que actualmente realiza la CONEAU puede dar idea de la magnitud de la oferta de especializaciones. A principios de 2002 se habían presentado 379 carreras de postgrado en medicina –más del 90% son especializaciones– de las cuales se habían acreditado 277, no habían acreditado 101 y la restante estaba pendiente de resolución.

<sup>170</sup> Belmartino S, Bloch C, Luppi I, Quinteros ZT, Troncoso MdelC. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. OPS/OMS, Publicación No. 14. Argentina: 1990. p. 20

<sup>171</sup> Ibid, p. 11.

### 3.2.2. Situación actual de las Residencias Médicas:

En la Argentina egresan cada año alrededor de 3,900 médicos de las Universidades nacionales pública y privadas<sup>172</sup>. De éstos, aproximadamente la mitad entra a realizar estudios de postgrado a través de las residencias médicas, mientras otros se capacitan a través de las “concurrencias”, modalidad paralela a las residencias aunque *ad honorem*.

Entre el Ministerio de Salud, la Provincia de Buenos Aires y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se invirtieron 105 millones de pesos por año (tomando en consideración los años 1997, 98 y 99 respectivamente) en formación de recursos humanos especializados a través de la modalidad de Residencias de Salud.<sup>173</sup>

La evolución de los cargos para residentes financiados por el Ministerio de Nación para el período de 1977 al 2002 es significativa. La lectura de los datos<sup>174</sup> muestra que el 82% de los contratos se encontraban en dependencias diferentes del Ministerio de Nación y se incrementaron las especialidades básicas de 46% en 1977, luego 56% en 1990 y finalmente 68% en 1999.

En cuanto a las tendencias de cambio de orientación en el tipo de especialidad para las cuales se pagaban cargos de residencias médicas “en 1977 se financian un solo cargo de residencia en Medicina General, en 1985 la prioridad se traslada a ésta área de especialidad. Se observa una disminución paulatina en el área de la Psiquiatría y el aumento a partir de 1985 en Psicología; el apoyo a cargos en residencias de Enfermería desde 1992 y la tendencia constante al apoyo de cargos en Pediatría y Clínica Médica”<sup>175</sup>. El total acumulado del período 1977 al 2002 muestra una proporción mayor de cargos asignados a Pediatría en primer lugar y a Medicina General en segundo. Para el año 2002 el 28% de los cargos fueron asignados a Medicina General y el 20% a Pediatría, lo que contribuye al aumento de la tendencia general acumulada.

Otros datos del 2002 suministrados por el Ministerio de Nación indican el siguiente financiamiento de cargos (correspondiente a los diferentes años académicos en curso) de residentes: 1650 financia el Ministerio de Salud de Nación; 5323 financian las jurisdicciones (22 provincias y Capital Federal) constituyendo un total de 6966 cargos financiados.

La provincia de Buenos Aires tenía a la fecha de 1999, 2,565 residentes, con un gasto aproximado a los 30 millones de pesos argentinos. La inversión en las residencias se incrementó de 24 millones en 1995 a 30 millones en 1998. Para el año 2000 financiaba 2,138 cargos y contaba con 275 cargos de financiación nacio-

<sup>172</sup> Abramzóm M, Airoidi S, Cadile MC, Ferrero L. 2001. Op. cit.

<sup>173</sup> Borrell RM. Apreciaciones sobre las residencias médicas en Argentina. En: recursos humanos en salud en Argentina/2001. OPS/OMS. Buenos Aires: OPS/OMS; 2001.

<sup>174</sup> Datos ofrecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

<sup>175</sup> Borrell. R.M., 2001, op. cit., p. 92.

nal, lo cual quiere decir que tenían 150 cargos menos en relación al año 1999. Cabe destacar que en los últimos años, en la provincia se inició un movimiento de análisis de las residencias médicas, para lo cual se dio inicio a un Sistema Único de Evaluación para Residentes de la Provincia; se comenzó a desarrollar paulatinamente las Residencias Integradas Multidisciplinarias con sede en efectores Municipales de Primer Nivel de Atención en los Municipios de Berisso, Hurlingham y San Martín; se elaboraron casi todos los programas provinciales de residencias básicas y posbásicas y de todas las profesiones de la salud; se inició el proceso de evaluación y acreditación de unidades de residencias, comenzando por la autoevaluación.<sup>176</sup>

En el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, una reciente caracterización del sistema de Residencias del Equipo de Salud de la Ciudad de Buenos Aires plantea que para el año 2002 se “cuenta con 2354 profesionales entre residentes, jefes e instructores de residentes. Se desarrollan 86 especialidades en 36 hospitales generales y de especialidad. El 59% de los Residentes está incorporado en especialidades básicas de primer nivel, el 14% en postbásicas y el 13% en no médicas. El 67% de los residentes son mujeres y su promedio de edad es de 29 años”... “En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de aspirantes a los 575 cargos que se concursan anualmente. En el año 2002 se inscribieron 7,096 postulantes, un 15% más que en el año 2001”... “Otra alternativa que ofrece la ciudad de Buenos Aires son los programas de concurrencia, *ad honorem* y de tiempo parcial. En Julio de 2002, el número total de concurrentes en las diferentes especialidades registrados en la Dirección de Capacitación y Desarrollo alcanzaba a 5,686 profesionales”<sup>177</sup>. Para el año 2002, el monto de financiamiento en cargos de residentes, jefes e instructores de residentes fue de aproximadamente 40 millones de pesos. Los datos ofrecidos para el 2003 no presentan grandes diferencias.<sup>178</sup>

En relación a las provincias de Mendoza, Salta y Santa Fe, tres provincias (Rosario en caso de Santa Fe) objeto de estudio en particular de esta investigación, durante el año 2002 contaron con 108, 42 y 90 cargos de residentes financiados por el Ministerio de Salud de Nación y 130, 2 y 171 financiados por la jurisdicción. En el caso de Salta, la proporción de cargos financiados por Nación es superior a

<sup>176</sup> Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Terceras jornadas de orientación a las residencias. Subsecretaría de Planificación de la Salud. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 1999.

<sup>177</sup> Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Las residencias del equipo de salud. En: Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Gráfica Laf S. R. L; 2003. p. 25.

<sup>178</sup> Datos suministrados por la Dirección de Capacitación de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

la financiada por la jurisdicción, mientras que para Mendoza los cargos financiados por Nación casi duplican los que financia la provincia.

En cuanto a la organización, regulación y control de las residencias médicas se encuentran antecedentes en las leyes del año 1944, con las reglamentaciones para acceder al título de especialista y en el año 1967 con la formación del Comité Nacional de Residencias Médicas (CONAREME) que tenía como funciones evaluar y acreditar las Residencias de Salud (entonces sólo médicas).

En el año 1979 se crea el Sistema Nacional de Residencias, legalizando de esta manera un sistema educativo que tenía funcionando más de 20 años. La Ley 22.127 del 1979, introduce una consideración acerca de que “la certificación de haber aprobado la residencia, extendida por el Consejo Nacional de Residencias de Salud, será suficiente para que el residente pueda inscribirse como especialista. La autoridad sanitaria competente y los Colegios Profesionales de las provincias incorporadas al Sistema Nacional de Residencias, tenían que inscribir dicha certificación en los respectivos registros”. El CONAREME deja de funcionar en el 1974, el cual es sustituido por el Comité de Evaluación de Residencias que tenía por finalidad evaluar los aspectos educativos pedagógicos asistenciales de aquellas residencias que lo solicitaran.

Varios decretos, normativas y comisiones fueron constituidos en los últimos quince años buscando garantizar la calidad educacional de las residencias médicas, la acreditación de los programas de formación y la certificación y habilitación de los especialistas egresados. Existen algunos documentos en el país que refieren la historia de los orígenes de la formación de especialistas, así como la diversidad de normativas para emplear el título de especialista y anunciarse como tal.<sup>179</sup>

En teoría, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, basado en legislación vigente, puede “certificar especialidades (sólo vigente para el ámbito de la capital) y acreditar residencias e instituciones de salud; habilitar (solo vigente para el ámbito de la capital) y categorizar establecimientos asistenciales; ejercer el control del ejercicio profesional del personal del equipo de salud (en capital); elaborar manuales de procedimientos, normas de funcionamiento de estableci-

<sup>179</sup> Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Política y Regulación de Salud. División de Evaluación y Planificación en Salud. Proyecto de residencias médicas. Buenos Aires: Mimeo; 1998.

- Florentino M. Especialidades médicas: una visión histórica. Propuestas para el presente, anotaciones para el futuro. Buenos Aires: Ministerio de Salud, mimeo; 1998.

- Brisson ME. Especialidades médicas reconocidas por la Secretaría de Salud de la Nación. PRONATASS-Secretaría de Salud. Buenos Aires, mimeo. 1992.

- Brisson ME, Morera MI. Normas legales relacionadas con la regulación y el control del ejercicio profesional del personal de salud. Secretaría de Salud- PRONATASS. Buenos Aires, Mimeo; 1993.

mientos y de la atención médica, brindar asesoramiento y cooperación técnica; evaluar la calidad médica y los servicios de salud”.

El Decreto presidencial No. 1424 del año 1997 puso en funcionamiento las Comisiones Nacionales de Certificación y Recertificación Profesional y de Acreditación de Establecimientos Asistenciales que definieron el marco normativo básico de esos procesos y que fueron aprobados por las resoluciones ministeriales 497 y 498 de 1999. Durante el período de consulta de dichas normas, diversas instituciones observaron algunos puntos de las mismas, lo que motivó la resolución ministerial 768 de 1999 que suspendió momentáneamente su puesta en vigencia, hasta que las respectivas Comisiones Nacionales formularan las adecuaciones correspondientes, en el marco del Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

En el año 1992, mediante la resolución no. 5065/92-5, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación crea la Comisión Nacional para el desarrollo de los Recursos Humanos Médicos para la atención de la salud, con el fin de institucionalizar mecanismos de articulación entre los organismos formadores y utilizadores de dichos recursos. Esta Comisión, en el año 1996, realizó un consenso acerca de los problemas relacionados con las especialidades médicas, los cuales resumimos a continuación:<sup>180</sup>

1. Extenso listado de Especialidades Médicas (240).<sup>181</sup>
2. Diversas formas de adquirir una especialidad genera diferencias en la calidad de la formación del recurso humano.
3. Diversidad de denominaciones en la formación de un mismo campo de conocimiento.
4. El personal especializado no es aceptado por todas las jurisdicciones debido a las terminologías distintas para iguales especialidades.
5. Aceptación como especialidades de programas que constituyen sub-especialidades.
6. La proliferación de especialidades posbásicas y sub-especialidades donde las incumbencias, prácticas, habilidades y destrezas requeridas, así como el proceso para su reconocimiento se fundamentan más en los intereses del desarrollo profesional que en las aspiraciones y necesidades de salud de la población.
7. Necesidad de actualizar y homologar normas de acreditación y certificación.

<sup>180</sup> Borrell R, Fiorentino M, Walter H. Informe sobre el proyecto de regulación de especialidades médicas en la Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Buenos Aires: Ministerio de Salud, mimeo; 1996.

<sup>181</sup> En la mayoría de los países del mundo el número de especialidades médicas oscila entre 50 y 70.

8. Necesidad de actualizar los planes y mecanismos de evaluaciones periódicas de los programas de formación de especialistas a través de residencias médicas que faciliten las acreditaciones, habilitaciones y la posibilidad de actualizar de manera permanente los programas de formación y sus docentes.
9. Necesidad de actualizar los mecanismos para definir los procesos de certificación y recertificación que faciliten el reconocimiento del Ministerio de la Nación de las instituciones capacitadas para tales fines.
10. Necesidad de consensuar pautas comunes y mínimas para la certificación de especialistas.
11. Necesidad de homologar el reconocimiento entre las diferentes jurisdicciones de los criterios utilizadas para la certificación y recertificación de especialistas.
12. La ley de ejercicio profesional no está regulada para el ejercicio a nivel nacional, lo que, con las nuevas orientaciones de la globalización económica y del MERCOSUR podrán ocasionar problemas en el sistema de empleos.

Considerando estos problemas, la Comisión se planteó los siguientes objetivos de trabajo:

1. Necesidad del Ministerio de crear un Marco de Referencia en el tema de las especialidades médicas.
2. Configurar un mapa actualizado de especialidades registradas: las reconocidas por cada una de las instituciones responsables, las reconocidas por instituciones de las jurisdicciones a fin de comparar programas y analizar coincidencias y diferencias.
3. Establecer (o actualizar) la normativa nacional que contemple el acercamiento de la ley 23.873 y la ley de Educación Superior, lo que conllevaría a la articulación de los Ministerios de Salud y Educación.
4. Establecer criterios básicos de reconocimiento de especialidades.
5. Definir planes de evaluación permanente de programas académicos de las residencias médicas, con la finalidad de asegurar la salud individual y colectiva; que garantice el aprendizaje actualizado de la medicina y de su rama particular al futuro especialista, con enfoques pedagógicos y monitoreo constante.
6. Realizar estudios que permitan la homologación de cursos y evaluar otras formas de acceso a los títulos de especialistas.
7. Redefinir el alcance de las incumbencias de las especialidades médicas.
8. Normatizar la forma de acceso a las especialidades médicas: la homologación de programas en cuanto a carga curricular, acreditación de las instituciones formadoras, entre otras.
9. Continuar con la búsqueda de consenso entre todas las instituciones res-

ponsables de la formación y acreditación de especialistas y establecer foros locales y nacionales de discusión para avanzar con los distintos temas relativos a la formación de especialistas.

Sobre las residencias médicas en la Argentina ya se han realizado algunos diagnósticos importantes por entendidos sobre esta modalidad educativa, caracterizándolas como:<sup>182</sup>

- Modelo vertical y jerárquico.
- Fuerte carga de trabajo en detrimento de las horas dedicadas a la enseñanza y al estudio.
- Utilización de éstos programas para ampliar la cobertura asistencial a bajo costo.
- Teorías pedagógicas de transmisión y adiestramiento con escasa incorporación de procesos reflexivos y fundamentados en metodologías problematizadoras.
- Desarrollo curricular obsoleto.
- Modelo de enseñanza centrado en lo curativo y en la perspectiva del ámbito hospitalario.
- Disociación entre lo biológico y lo psicosocial.
- Poco reconocimiento e incorporación de la investigación como medio formativo.
- Poca claridad e indefinición del concepto y metodología de integración docente-asistencial.
- Inadecuaciones de los perfiles educacionales y su relación con el mercado de trabajo médico, la reforma del sector y la salud de la población.
- Ausencia de un enfoque epidemiológico en los planes de estudio.
- Debilidades de una política de formación de postgrado y su articulación con las nuevas políticas de salud y la reforma sectorial.
- Ausencia de modelos evaluativos permanentes que permitan introducir cambios.
- Debilidad en la conformación del plantel docente; inadecuada remuneración y dedicación horaria.
- Carencia de una estructura de apoyo educacional (biblioteca, conexiones internet, bibliotecas virtuales, etc.)

También la OPS/OMS en su oficina de Argentina, contribuyó con el diseño de un instrumento de autoevaluación para las residencias médicas, que sirviera co-

<sup>182</sup> Taboada E. Análisis de los modelos instrumentales para la evaluación de las Residencias Médicas. Rosario: Instituto Lazarte, mimeo; 1998.

mo dispositivo para generar una discusión compartida entre todos los actores que participan en el desarrollo de las mismas, que permitiera la construcción de una propuesta de desarrollo y el fortalecimiento de la calidad de la formación de futuros especialistas a la luz de las necesidades de salud. El instrumento consiste en un cuestionario de aproximadamente 80 preguntas, formulado sobre la base de una metodología participativa, cuyo propósito es recolectar información para identificar puntos críticos en el desarrollo del proceso educativo, permitir la identificación y definición de problemas y facilitar el diseño consensuado de un plan de desarrollo.<sup>183</sup>

A continuación se presenta un resumen de los problemas encontrados como resultado de las evaluaciones aplicadas en 426 residencias del país:

• **Problemas de Regulación y Planificación:**

- Debilidad en la adecuación de la estructura organizativa y la distribución cuantitativa de las residencias en relación a los egresos del sector formador, a las necesidades del sistema y a las demandas de salud de la población.
- Inadecuación de la normativa vigente a los nuevos lineamientos de política de capacitación e incumplimiento de algunos artículos, en particular los relacionados con la Atención Primaria de la Salud.
- Carencia de presupuesto propio, espacios físicos para los residentes, materiales educativos y bibliografía, guardapolvos, etc.

• **Problemas de Orientación y Gestión:**

- Inexistencia de actividades de evaluación, seguimiento y orientación de las residencias desde el nivel central, regional y local.
- Inapropiado instrumento de selección de aspirantes.
- Equipamiento hospitalario insuficiente.
- Exceso de tareas administrativas por parte del residente.
- Exceso de horas en la práctica hospitalaria y problemas de infraestructura.
- Poco tiempo de los docentes dedicado al acompañamiento del aprendizaje de los residentes.

• **Problemas sobre el enfoque de la formación:**

- Escasa existencia de planes de estudio y planes no actualizados.
- Los enfoques y tendencias en la formación de los profesionales no se adecuan a las necesidades actuales de las instituciones de salud como tampoco a las demandas de atención de la población.
- Inadecuados perfiles de formación en función de las nuevas orientaciones de la reforma del sector salud.

<sup>183</sup> Instrumento de “Evaluación Participativa” publicado en el libro citado de OPS/OMS No. 53

- Debilitamiento de la función formativa de las residencias, por el predominio de la dimensión asistencial.
- Carencia de instructores y docentes exclusivos a tiempo completo y de Comités de Docencia.
- **Problemas relacionados con los aspectos pedagógicos:**
  - Falta de investigación y carencia de proyectos propios de investigación.
  - Necesidad de coordinación de las distintas disciplinas y necesidad de un manejo interdisciplinario.
  - Falta de espacio para realizar actividades de estudio.
  - Equipamiento técnico, pedagógico inadecuado.

Los grandes problemas de las residencias médicas parecieran estar claros y además consensuados de que son éstos, en principio, los que aquejan el sistema de formación de especialistas en Argentina. Hay otros problemas más gruesos que tiene que ver con el modelo de atención, el costo de la atención y de la formación de médicos generales y especialistas, la vieja y recurrente discusión sobre la “plétora médica y los regímenes laborales actuales que apuntan hacia la “flexibilidad laboral” o formas precarias de contratación que impactan tanto la calidad del empleo como la atención; también los sistemas de incentivos a la productividad y el impacto de las nuevas modalidades de organización y gestión de servicios. Cada vez más se observan tanto en Argentina como en el resto de los países, la búsqueda de flexibilidad laboral como uno de los paradigmas en la gestión de personal en el sector salud, adoptada como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar “condiciones de competitividad”.

Otros problemas complejos y de larga data tienen que ver con la indefinición de políticas de formación de recursos humanos en salud y de especialistas en particular, su relación con el modelo de atención existente o el que se contemple desarrollar en el futuro; la priorización o no de una formación más generalista de los médicos con fondos estatales y el impacto en términos de costo-beneficio de un sistema de atención de salud sostenido bajo un esquema de recursos humanos altamente especializados.

El otro tema importante que tiene que ver en parte con los temas particulares de este trabajo, es el tema de la “calidad” de la formación de especialista en el país, por su complejidad, por los diferentes conceptos y metodologías que se manejan acerca de lo que es la calidad, por los diferentes mecanismos, instrumentos, instituciones e instancias de la sociedad que en estos momentos se dedican a la “acreditación y certificación” de la misma, y que significa también un costo adicional para la población objeto de ambos procesos.

### 3.3. El marco legal de las Residencias Médicas

Es en el año 1960, cuando el sistema educativo se institucionaliza para los establecimientos asistenciales dependientes del Ministerio de Salud mediante la creación del Sistema Nacional de Residencias Médicas por **Resolución Ministerial N° 1.778/60**. Esta norma se fundamentó en los resultados que el sistema de residencias –que ya funcionaba parcialmente en el país– había evidenciado respecto a la capacitación del personal y en la necesidad de mejorar la eficiencia en la atención de los enfermos.

La resolución aprueba un Reglamento para la Residencia Médica Hospitalaria, y establece que será la Escuela Nacional de Salud Pública la encargada de fijar el régimen de funcionamiento y de evaluación y de determinar cuáles serán los establecimientos en los que se aplicará el sistema de residencias. Asimismo, crea un Comité de Control y Evaluación de Residencia, integrado por representantes de la Escuela Nacional de Salud Pública y de los establecimientos en los que se desarrollen estos programas de formación.

Es de destacar que el Reglamento para la Residencia Médica contiene una definición de las residencias hospitalarias, a las que se concibe como un sistema de educación profesional para graduados en medicina, con capacitación en servicio y de dedicación exclusiva. El objetivo de este sistema educativo consiste en capacitar a los egresados para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad.

Se considera que el residente cumple funciones de becario, por lo que recibe una beca que debe ser considerada como un estímulo y no como un salario. Se establece asimismo que las becas serán asignadas por concurso. Se fija la duración de la residencia en tres años para medicina interna y cirugía general y en dos años para las demás especialidades. Una vez finalizado el programa, el residente recibirá un certificado acreditando su formación.

Pocos meses después de creado el Sistema Nacional de Residencias, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública –poniendo énfasis en la necesidad de desarrollar una capacitación progresiva a partir de las disciplinas básicas– establece, por **Resolución Ministerial N° 223/61**, que las residencias a implantar en establecimientos asistenciales dependientes del Ministerio serán exclusivamente en disciplinas básicas como Medicina Interna, Cirugía General, Clínica Pediátrica y Obstetricia y Ginecología. El cumplimiento de estas residencias básicas será considerado un requisito para acceder a las residencias hospitalarias en otras especialidades.

A estas normas les siguen algunos años en los que el Sistema de Residencias no sufre mayores modificaciones. Recién en 1967 se elabora una norma que tendrá un fuerte impacto en la organización del sistema de residencias, la **Resolución Ministerial N° 622/67**, mediante la cual se crea el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME)

Esta resolución se fundamenta en la necesidad de incrementar la experiencia práctica de los médicos graduados en las facultades y escuelas de medicina en un marco que garantice, al mismo tiempo, la formación integral, intensiva y programada de los graduados y el cuidado de los pacientes a su cargo. Reconoce también que el sistema de educación médica basado en las residencias hospitalarias se articula alrededor de objetivos formativos integrales, supervisión adecuada, adquisición de experiencia personal en plazos prefijados, dedicación exclusiva y programas educacionales y que la experiencia de su aplicación en el país ha resultado altamente satisfactoria para la educación de médicos de reciente graduación. La norma señala también la necesidad de homogeneizar, coordinar, racionalizar e interrelacionar los sistemas existentes en diversas instituciones con el fin de asegurar un funcionamiento eficiente de los mismos, por lo que crea una instancia, el Consejo Nacional de Residencias Médicas, que se encargará de acreditar y evaluar las residencias médicas como organismo dependiente de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Es de destacar que, en su artículo 1º, la Resolución Ministerial N° 622/67 define qué se entiende por residencia médica, al establecer que se refiere al *“sistema educativo del graduado reciente, que tiene por objeto completar la formación integral del médico, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficiente de las especialidades médicas”*.

La modalidad que propone para la formación incluye un régimen de trabajo a tiempo completo con dedicación exclusiva en el marco de un plan de formación y con plazos preestablecidos, remunerado, que enfatice la ejecución personal de actos médicos progresivamente complejos, bajo una supervisión adecuada.

La actividad de la CONAREME es reglamentada mediante la **Resolución N° 683/67**. Esta norma establece, además de las atribuciones y responsabilidades de su Presidente, Vice-Presidente, Secretario Técnico y miembros integrantes, las modalidades en las que la Comisión llevará adelante sus funciones de promoción, normatización, evaluación, y certificación de las residencias. Es en esta norma donde se establece de manera análoga al Reglamento de Residencias Médicas, incluido en la Resolución Ministerial N° 1.778/60, que quienes hayan cumplimentado el programa completo en sistemas de residentes aprobados, se les extenderá un certificado con un sello que así lo demuestre.

Tal vez sea oportuno detenerse aquí a considerar con mayor detalle el objetivo de la formación médica a través del sistema de residencias. Como ya se dijo antes, éste consiste en ofrecer oportunidades para el desarrollo del ejercicio práctico a los médicos en el desempeño responsable y eficiente de las especialidades médicas. Este enunciado conduce a preguntarse acerca de la formación profesional necesaria para ejercer una especialidad médica, cuestión íntimamente vinculada con el origen del sistema de residencias. En el mismo año que se establece un organismo que promocionará, acreditará y evaluará este sistema de forma-

ción de especialistas, sancionándose una Ley del Ejercicio Profesional de la Medicina, en la que el cumplimiento de un programa de residencia en una especialidad médica no habilita para su ejercicio profesional.

La **Ley 17.132/67** establece que el ejercicio de las profesiones mencionadas será controlado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, donde - previa inscripción de los títulos habilitantes - se otorgará la matrícula y se extenderá la correspondiente credencial que autorice al ejercicio de la profesión.

Al enumerar, en su Capítulo II, las condiciones requeridas para emplear el título de especialista, establece la necesidad de acreditar la condición de profesor universitario en la materia, o poseer título de "especialista" o de capacitación especializada otorgados por una universidad (pública o privada), colegio o sociedad médica reconocida de la especialidad, o por la Secretaría de Estado de Salud Pública después de certificar un ejercicio de la especialidad no menor a cinco años en servicios hospitalarios aprobados por esa Secretaría.

El **Decreto N° 6.216/67**, reglamentario de la Ley mencionada, no agrega nuevas opciones a los requerimientos mencionados para el ejercicio de una especialidad médica, por lo que la certificación del cumplimiento de un programa de formación mediante una residencia en una especialidad no habilita para su ejercicio profesional.

En 1979 se establece, finalmente, el Sistema Nacional de Residencias de Salud, dando un marco legal apropiado a un sistema de formación profesional que ya contaba con más de veinte años. La **Ley N° 22.127/79** *es el instrumento que instituye definitivamente el sistema, al que le asigna como objeto "complementar la formación integral del profesional" (Art. 1º), mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión. Establece que las residencias serán remuneradas mediante una beca anual y que la actividad del residente será de tiempo completo y con dedicación exclusiva.*

A los efectos de conducir y coordinar el Sistema Nacional crea el Consejo Nacional de Residencias de la Salud (CONARESA.), (el cuál no se reunió), como organismo de la Secretaría de Estado de Salud Pública. Este Consejo, a través de su Asamblea General y su Consejo Directivo, tenía entre sus funciones principales proponer la normativa que organice el sistema de residencias, evaluar los planes de las residencias, coordinar el accionar de las instituciones que cuentan con residencias aprobadas, proponer los métodos de selección de aspirantes y expedir los certificados de quienes hayan aprobado una residencia.

Establece que los profesionales de los establecimientos integrantes del Sistema sean considerados integrantes del plantel de instructores y participen en las actividades de enseñanza a los residentes y fija los requisitos que deben cumplir los graduados para incorporarse a las residencias (poseer título universitario habilitante y no más de cinco años de recibido a la fecha del inicio del proceso de selección).

Es de destacar que esta ley contiene un antecedente importante que impacta más adelante la Ley 23.873/90, dado que en su Artículo 19° establecía que la certificación extendida por el CONARESA de aprobación de la residencia era suficiente para que los residentes pudieran inscribirse como especialistas.

La Ley 22.217 no fue reglamentada, por lo que fue necesario generar un instrumento legal que contribuyera a la regulación del Sistema. Es así como la RESOLUCIÓN DEL M.S.P. Y M.A. N° 1876/82 reimplantó el CONAREME y le dio facultades para la revisión de la Ley 22.127/79.

Pese a las dificultades para instituir una instancia definitiva de acreditación, coordinación y evaluación del sistema de residencias, se sucedieron normas que fueron contribuyendo crecientemente a su organización como tal. Así la **Resolución Ministerial N° 476/86**, establece un nuevo ordenamiento del régimen de enseñanza-aprendizaje que conforma el Sistema de Residencias de la Salud, dándole prioridad a las especialidades básicas (como fundamento de las sub - especialidades) y a las denominadas críticas por la escasez de profesionales y la especificidad de formación.

El nuevo ordenamiento consiste en establecer una modalidad de ingreso directo o articulado para acceder a las diferentes especialidades. Así las especialidades médicas consideradas básicas o críticas serán de ingreso directo, mientras que las especialidades consideradas correlativas de las básicas serán de ingreso articulado.<sup>184</sup>

Al año siguiente, la **Resolución Ministerial N° 478/87 M.S. y A.S.** pone en evidencia la preocupación por el funcionamiento y los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje que se desarrolla en las residencias mediante la aprobación

<sup>184</sup> Se establece que serán de ingreso directo y con una duración de tres años, las especialidades en Anatomía Patológica, Cirugía General, Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Medicina General, Oftalmología, Radiología, Rehabilitación (fisiatría) y Tocoginecología. Serán de ingreso directo y con una duración de dos años las especialidades en Anestesiología, Bioquímica, Farmacia, Interdisciplinarias en Salud Mental, Microbiología y Odontólogos. Serán de ingreso articulado (teniendo como antecedentes haber aprobado dos años como mínimo de Clínica Médica) y con una duración de dos años las siguientes: Cardiología, Clínica Gastroenterológica, Dermatología, Genética Médica, Nefrología, Neumonología, Neurología. Será de ingreso articulado (teniendo como antecedentes haber aprobado un año como mínimo de Pediatría) Cirugía Pediátrica (duración 3 años) y Neonatología duración 2 años. Serán de ingreso articulado (teniendo como antecedentes haber aprobado un año como mínimo en Cirugía General) y con una duración de tres años: Neurocirugía, Otorrinolaringología, Ortopedia y Traumatología y Urología. Será de ingreso articulado (teniendo como antecedentes haber aprobado dos años como mínimo de Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental) y con una duración de dos años: Interdisciplinarias en Salud Mental con Orientación en Psiquiatría e Interdisciplinarias en Salud Mental con Orientación en Psicología, luego agregándose enfermería, asistente social y terapia ocupacional.

de un método de evaluación y control del Sistema de Residencias de la Salud, que será de aplicación anual obligatoria.

El método propuesto contempla la evaluación de los diversos componentes del Sistema de Residencias (objetivos, programas y metodología y profesionales docentes y profesionales residentes) y tiene por objeto establecer si el proceso de enseñanza-aprendizaje se adecua a lo establecido en el Reglamento de Residencias y en la Ley 22.127.

La complejidad creciente del Sistema de Residencias requirió la organización de una instancia orientada a adecuar los programas de los distintos servicios a las posibilidades de cada institución, a contribuir a interrelacionar las instituciones y los servicios, y a unificar criterios relativos al desarrollo del sistema. Es así como la **Disposición N° 4/87** de la Dirección Nacional de Recursos Humanos crea un Comité Asesor de Residencias de la Salud, que tiene como funciones principales elaborar y proponer las medidas y modificaciones que considere necesarias a las reglamentaciones ya vigentes, proponer nuevas reglamentaciones y colaborar en la supervisión de las actividades de las residencias (en el ámbito de los establecimientos y de su relación con las demás tareas asistenciales y docentes).

Sin embargo, la inexistencia de un mecanismo regular para la evaluación de la calidad educativa de los programas de las residencias de salud (debido, entre otras razones, a la no reglamentación de la Ley 22.127) y la consecuente demora en el reconocimiento del carácter de nacional de las residencias de distintas jurisdicciones e instituciones, hizo necesaria la constitución de una instancia que atendiera estas cuestiones. Es así como la **Resolución Secretarial N° 174/88** crea el Comité de Evaluación de Residencias de Salud, cuyas funciones demandan analizar la estructura docente, programas y resultado de las residencias de salud que soliciten el reconocimiento de la Secretaría de Salud. Establece también que sociedades profesionales reconocidas de la especialidad podrán acreditar la calidad de las residencias de salud previa firma de convenios con la autoridad reguladora.

Se resuelve también que la Secretaría de Salud reconocerá la validez nacional de las residencias que hayan sido acreditadas según los contenidos de esa norma y que será la Dirección Nacional de Recursos Humanos la responsable de extender el correspondiente reconocimiento a los egresados de las residencias de salud acreditadas.

Como parte de las iniciativas orientadas a regular el sistema de residencias y, consecuentemente, el desempeño de los residentes de Salud, en el mes de Abril de 1989 se aprueba la **Resolución Ministerial N° 389/89** que instaura un nuevo Reglamento Básico de la Residencia de Salud, como una manera de sistematizar tanto los aspectos comunes como los específicos de todas las residencias nacionales e invita a las demás jurisdicciones a adherir al mismo.

Este reglamento no introduce modificaciones sustantivas ni en la definición vigente de las residencias ni en sus objetivos y régimen de trabajo, pero si expo-

ne detalladamente las funciones, obligaciones y derechos de los residentes, sus mecanismos de promoción durante el programa de formación, y los requisitos para desempeñarse como Jefe de Residentes, su modalidad de selección y sus funciones, derechos y obligaciones.

Habría que esperar más de veinte años para que la instancia formativa de la residencia sea habilitante para anunciarse como médico especialista. Mediante la **Ley 23.873/90** se reemplaza los artículos 21 y 31 de la Ley del Ejercicio Profesional N° 17.132, estableciendo que para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social para emplear el título o certificar la condición de especialista se deberá acreditar entre otras condiciones, la de poseer un certificado de aprobación de residencia profesional completo (de una duración no inferior a tres años) extendido por una institución (pública o privada) reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación.

Si bien no se han analizado en este documento las normas que fueron incorporando diversas especialidades al sistema de residencias de salud, cabe hacer una excepción con la **Resolución N° 530/00** que establece el Programa de Formación Organizada de Residencias Médicas en Áreas de Riesgo para la Atención Primaria de la Salud (FORMAR. APS), como una residencia post - básica de Atención Primaria de la Salud.

Este programa, se basó en la necesidad de contar con profesionales con formación de postgrado en la estrategia APS centrándose en tres áreas básicas de formación (asistencial, salud pública y APS) mediante el desarrollo de actividades asistenciales, de cooperación con los equipos locales de salud y académicas, desarrolladas por los residentes en áreas de riesgo de las provincias escogidas para integrarse al programa.

El énfasis en la necesidad de formar profesionales orientados hacia la atención primaria de la salud se expresa también en la **Resolución N° 558/00**, en la cual se establece que las residencias médicas financiadas por el Ministerio de Salud en las especialidades de Tocoginecología, Pediatría, Medicina Familiar y General, Salud Mental y Psiquiatría, Geriátrica, Clínica Médica, Cardiología, Oftalmología, e Infectología deberán adaptar sus currículos para dar un mayor énfasis en la formación en el primer nivel de atención, (incluyendo acciones de educación y promoción de la salud y prevención primaria y secundaria), a las cuales deberán dedicar no menos del 30% de su actividad.

A partir del año 2000, las reformas de la estructura del Ministerio de Salud impactaron en los procesos de acreditación y evaluación de las residencias, dado los sucesivos cambios de dependencia que sufrió la histórica Dirección Nacional de Recursos Humanos. Así, convertida en Dirección de Formación de Recursos Humanos de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud vio ratificada su participación en la acreditación de las residencias de salud (RM 1270/01). Pocos meses después, la DA 24/02 establece una nueva estructura organizativa, crean-

do la “Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud” (DNPRRHHS) que, junto con otras acciones, será la responsable del Programa de Residencias del Equipo de Salud. Para Julio del 2002, la responsabilidad de la acreditación de las residencias en salud era una atribución de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, a cargo de la DNPRRHHS.

### *3.3.1. Dificultades en la ejecución de la legislación Argentina sobre Especialidades, Residencias Médicas:*

A continuación se presentan algunas observaciones que a nuestro juicio han obstaculizado la ejecución y cumplimiento de la legislación que históricamente ha propuesto el Ministerio de Salud de Nación, expresadas con la única intención de reflexionar sobre la dificultades que impiden el avance y concreción de buenas ideas y con la idea de buscar nuevas estrategias que permitan construir caminos diferentes para el fortalecimiento de las residencias de salud:

- No ha habido un acompañamiento permanente en las acciones técnicas que den seguimiento a cada una de las legislaciones vigentes, especialmente en lo relacionado con el cumplimiento de mecanismos de evaluación, acreditación y desarrollo de las residencias.
- A lo largo de la historia de las residencias se observan discontinuidades y pautas en la acción de vigilancia en algunos aspectos propuestos por las distintas legislaciones.
- Las legislaciones realizadas de manera esporádica contribuyen a su propio debilitamiento como mecanismo regulatorio. Dos ejemplos:
  - Existen leyes como la 22.127 de 1979, que establece el sistema nacional de residencias y la 23.873 de 1990, que modifica los artículos 21 Y 31 de la Ley del Ejercicio Profesional, no fueron reglamentadas y para utilizarlas o ponerlas en funcionamiento se han definido de manera coyuntural resoluciones puntuales. Para esta última, se realizó una disposición 1329 del 1993, reglamentando la forma de tomar el examen para obtener el títulos de especialista y anunciarse como tales.
  - Otro ejemplo específico son los cambios de especialidades reconocidas: en el año 2000 (RESOLUCIÓN N° 1.337/01) se eliminaron como especialidades la Salud Pública y la Medicina General y la Cardiología fue definida como especialidad básica. Más tarde, se modificó y se agregó Medicina General de nuevo, pero no fue incorporada Salud Pública.
- No existen mecanismos de evaluación, monitoreo y seguimiento para el cumplimiento de las mismas.
- La apertura de algunas residencias podría obedecer a presiones políticas o posiciones particulares de grupos de poder, que no se corresponde con una política explícita de recursos humanos especializados.

- Existe una falta de consenso y acuerdos de trabajo permanente entre las distintas instituciones formadoras y empleadoras de recursos humanos de este nivel para el desarrollo de acciones que den cumplimiento de las legislaciones vigentes.
- Falta de compromiso de las instituciones para exigir el cumplimiento de determinada legislación.
- Se identifican algunas especificidades de legislaciones provinciales que se contraponen con la legislación nacional, lo que hace complejo la ejecución de programas y contratos nacionales como, por ejemplo, el pago de residentes con financiamiento de Nación y el cumplimiento de ciertas normas y reglamentos exigidas por el sistema de residencias provinciales, tales como el régimen de conducta y las vacaciones.
- No existen estudios/ análisis/ reflexiones particulares relacionadas con el tema de la legislación en esta área en particular, por lo que pasa a ser un tema olvidado.
- La legislación vigente no constituye ni forma parte de una política de Recursos Humanos especializados coherente, sino que funciona como mecanismo normativo para el control de aspectos específicos.
- Desconocimiento de la legislación histórica y vigente por parte de las instituciones relacionadas con esta área de formación, lo que dificulta el cumplimiento de determinadas normas.

## ■ CAPÍTULO 4

# El currículo en las residencias médicas

En los capítulos anteriores se han presentado algunos de los problemas y tendencias principales de la educación médica a lo largo de las últimas décadas, que han ocupado una buena parte de la agenda de reflexión de los educadores de este campo, así como otros que se empiezan a discutir en el nivel particular de la educación especializada, concretizada a través de la modalidad educativa de las “residencias médicas”.

La modalidad de aprender haciendo a través de las “residencias médicas” existe desde fines del siglo XIX, concebidas inicialmente como un sistema formativo en el que el aprendizaje se daba a través de la práctica, con responsabilidades crecientes bajo supervisión permanente.

El espacio de “formación” de un médico en éstos niveles de postgrado es sumamente importante en tanto estará adquiriendo al mismo tiempo un “hábito mental” acerca de la modalidad de trabajo. En palabras de Bourdieu, como “fuerza formadoras de hábitos”, “la escuela (en este caso el hospital escuela), provee a los que han estado sometidos directa e indirectamente a su influencia, no tanto de esquemas de pensamiento particulares, sino de una disposición general, generadora de esquemas particulares susceptibles de ser aplicados en campos diferentes de pensamiento y acción, a la cual llama *habitus* culto”.<sup>185</sup>

El tema de las especialidades médicas y la modalidad de “estudio-trabajo” llevada a cabo a través de las residencias ha carecido de estudios que caractericen, por un lado, la práctica educativa de este nivel y por otro lado, que profundicen sobre la manera de concebir y llevar a la práctica los aspectos educativos que tienen los docentes médicos y más aún, los esquemas de pensamiento que se transmiten y reproducen.

<sup>185</sup> Bourdieu P. Sistemas de enseñanza y sistemas de pensamiento. En: Gimeno Sacristán y Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal; 1989, p. 25.

Para fines de esta investigación, los aspectos educativos nos abren una fuente importante de información y de preguntas para debatir y profundizar, especialmente en uno de los aspectos menos desarrollados y que a su vez los educadores médicos continúan planteando como una cuestión superficial: la enseñanza y el aprendizaje de la medicina especializada y el desarrollo curricular en la modalidad de residencias médicas como enfoques teórico- metodológicos para alcanzar la integración del conocimiento.

Algunas preguntas claves formulamos para este estudio. De manera resumida, las preguntas intentaban analizar: ¿Cómo se forman hoy los nuevos especialistas?; ¿Cuáles procesos educativos conforman su aprendizaje?; ¿Qué estilo de pensamiento y de práctica médica se fortalece?; ¿Qué programa de formación regula y acompaña la enseñanza?; ¿Cómo conciben los docentes a la enseñanza y el aprendizaje?; ¿Qué papel juega y cómo inciden las tradiciones médicas?; ¿Qué papel cumple y cómo inciden los servicios del hospital como espacio de formación?; ¿Cómo se integra el conocimiento para evitar la fragmentación?; ¿Cómo influye la práctica asistencial en el proceso formativo?; ¿Qué se conserva y qué cambia en los nuevos procesos de formación en las residencias médicas?

También planteamos dimensiones de análisis respecto al currículum, considerado como eje transversal de las preguntas enunciadas. Estas dimensiones orientaron y estructuraron esta investigación.

#### **4.1. Acerca del currículo como categoría de investigación**

El currículo es una categoría compleja y polisémica. Su versión más clásica y restringida la asocia con los planes de estudio, como expresión más clara, material y escrita de una propuesta de formación. Sin embargo, el análisis teórico-conceptual especializado muestra la multidimensionalidad de este objeto de estudio, involucrando desde lo político hasta las prácticas interactivas, lo objetivo y lo subjetivo, lo explícito y lo implícito, lo institucional y las visiones e intereses de los actores, la problemática del conocimiento a transmitir y del aprendizaje efectivamente alcanzado. En fin, toda la práctica educativa se conecta con la noción de currículo, a cuyo análisis hay que agregar –en el sentido de integrar– las características y condicionantes del contexto particular en el que las prácticas se inscriben.

De alguna manera, estas ideas se corresponden con la definición que realiza Gimeno Sacristán<sup>190</sup> acerca de los currículos como “expresión del equilibrio de intereses y fuerzas que gravitan sobre el sistema educativo en un momento dado, en tanto que a través de ellos se realizan los fines de la educación en la ense-

<sup>186</sup> Gimeno Sacristán J. El currículum: una reflexión sobre la práctica. Madrid: Morata. 5ta. ed; 1995. p.18.

ñanza escolarizada. De alguna forma el curriculum refleja el conflicto entre intereses dentro de una sociedad y los valores dominantes que rigen los procesos educativos"... "El sistema educativo sirve a unos intereses concretos y ellos se reflejan en el curriculum".<sup>187</sup>

Ningún currículo, por obsoleto que sea, dice Gimeno Sacristán, es neutro. Si el curriculum es algo que se construye, sus contenidos y formas no pueden ser indiferentes a los contextos en los que se configura, es decir, tiene un significado y entidad real como resultado de diversas operaciones a las que se ve sometido tales como el encuadre político y administrativo, el reparto de decisiones, la planificación y diseño, la traducción en materiales, el manejo por parte de los profesores, la evaluación de los resultados, las tareas de aprendizaje que realizan los alumnos, etc.

Una visión tecnicista o que tan solo pretenda simplificar el currículo nunca podrá explicar la realidad de los fenómenos curriculares y difícilmente puede contribuir a cambiarlos, porque ignora que el valor real del mismo depende de los contextos en los que se desarrolla y cobra significado.

Los aportes de Bernstein son importantes para entender el currículo no como un instrumento neutro y científico sino como una construcción social que se sostiene en elecciones explícitas o implícitas, concientes o inconscientes, de acuerdo con los valores, creencias o intereses de determinados grupos. En este sentido considera que "las formas a través de las cuales la sociedad selecciona, clasifica, distribuye, transmite y evalúa el conocimiento educativo considerado público reflejan la distribución del poder y los principios de control social"<sup>188</sup>. Estos principios, dice, se descubren tanto en el discurso oficial de la políticas curriculares, como en el discurso instruccional elaborado por las instituciones y docentes, sus metodologías de enseñanza y estilos pedagógicos.

Una relación entre poder, grupos sociales y formas de conciencia, mantiene Bernstein, se establece a través de los controles sobre la especialización y distribución de distintos órdenes de significados. Estos crean conocimientos y prácticas, simultáneamente. Los controles sobre la especialización diferencial y la distribución de principios para la ordenación del significado tratan de efectuar la especialización y distribución de formas de conciencia y de práctica.

<sup>187</sup> El concepto "curriculum" tiene diferentes definiciones y existen pocos acuerdos en cuanto a su significado. Autores como Alicia de Alba ofrece una noción de currículo interesante entendida como "la síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que conforman una propuesta política- educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales cuyos intereses son diversos y contradictorios, aunque algunos tiendan a ser dominantes o hegemónicos, y otros tiendan a oponerse y resistirse a tal dominación o hegemonía" (Alba Alicia. *Curriculum: Crisis, mito y perspectiva*. 1995).

<sup>188</sup> Bernstein B. *Clases, códigos y control*. Madrid: Akal; 1988. p. 47.

Postula que entre poder y conocimiento y entre conocimiento y formas de conciencia siempre está el dispositivo pedagógico, como plan o esquema de formación, enmarcado por *reglas distributivas* –qué conocimiento se distribuye, cómo y a quiénes–, *recontextualizadoras* –transformación de los significados y del conocimiento según el contexto– y *evaluativas* –qué y cómo se valora el conocimiento y el aprendizaje– generando formas especializadas de conciencia. Las *reglas fundamentales* enmarcan y especializan lo pensable y lo impensable y las prácticas que llevan consigo para diferentes grupos por mediación de prácticas pedagógicas especializadas de diversas formas.<sup>189</sup>

La relación entre poder, saber y formas de conciencia y práctica se lleva a cabo mediante las reglas distributivas del dispositivo pedagógico, las cuales se encargan de regular las distintas especializaciones de conciencia de diferentes grupos. A través de sus reglas distributivas, el instrumento pedagógico es tanto el control sobre lo impensable como el control sobre quienes puedan pensarlo. Enmarcan y distribuyen quien puede transmitir algo a alguien y en qué condiciones, y al hacerlo, tratan de fijar los límites exteriores e interiores del discurso legítimo, el discurso pedagógico consciente de las reglas de comunicación especializada mediante los cuales los sujetos pedagógicos son creados de forma selectiva.

El currículum puede ser comprendido como una *práctica de significación*, sostiene Da Silva, una práctica productiva, una relación social, una relación de poder y una práctica que produce identidades sociales. El currículum es un espacio social, un campo de producción y creación de significados, que produce sentidos sobre los diversos campos y actividades sociales. En este sentido, no sólo reproduce restos antiguos o históricos de las disputas por el predominio de algún saber o tendencia, las representaciones de los diferentes grupos, o los restos de la lucha entre los saberes oficiales y dominantes. Es también una zona de productividad de nuevas relaciones sociales, a través de la lucha de los saberes subordinados, relegados y despreciados por otros.

Las relaciones de poder, son a la vez resultado y fuente del proceso de significación, que al igual del binomio saber-poder del que hablaba Foucault están inextricablemente unidos. Es por esto, que según Da Silva, los significados son una función de posiciones específicas de poder y promueven posiciones particulares de poder y, asimismo, la lucha por el significado es una lucha por la hegemonía, por el predominio, donde el significado es al mismo tiempo objeto y medio, objetivo e instrumento.<sup>190</sup>

Dicho de otra manera, no existe neutralidad ni en la práctica ni en la teoría educativa. Toda posición supone la adopción de un marco de valores que respon-

<sup>189</sup> Bernstein B. La estructura del discurso pedagógico. Madrid: Morata, 2da. ed; 1994.

<sup>190</sup> Da Silva TT. Cultura y currículum como prácticas de significación. Revista de Estudios del Currículum 1998; 1 (1): 59-76. p. 71.

de a intereses sociales determinados y de determinados grupos. El mismo conocimiento científico revela también, las adhesiones de interés dentro de la comunidad científica.

Así, el currículo se constituye en un marco de actuación que condiciona a los docentes, no sólo organizando los contenidos, los espacios y tiempos de enseñanza y las formas de enseñarlos, sino también enmarcando sus propias formas de pensar. Las ideas de Bernstein sobre las formas de regular los modos de pensar y actuar de los docentes resultan útiles en este análisis. El “control simbólico” internalizado, a través del cual la conciencia de los docentes adopta una forma especializada y distribuida mediante formas de comunicación traduce las relaciones de poder a discurso y el discurso a relaciones de poder. Ello promueve la adhesión de los docentes a determinados valores, doctrinas o ideologías a través del discurso moral o la autoridad del experto, modelando las formas de pensar y percibir de los docentes y con ello, las prácticas.<sup>191</sup>

Coincidimos con Alicia del Alba cuando sostiene que el currículo constituye una propuesta político educativa, ya que se encuentran articulados a él los proyectos político-sociales sostenidos por los diversos grupos que impulsan o determinan el contenido del mismo. Se convierte por lo tanto, en un espacio en el cual se ejerce y desarrolla el poder en tanto el control de su formulación e instrumentación son básicos para mantener o disputar la hegemonía de determinados sectores sociales o grupos. En este proceso interviene, además de los grupos internos al sistema educativo, otros externos que juegan, en muchas ocasiones, un papel importante en el mantenimiento o modificación de los modelos internos de currículo. Concretamente, nos referimos a las sociedades de especialistas y los colegios profesionales. Considerado como una selección particular de ciertos contenidos culturales es producto de las luchas entre grupos diferentes y el modo como se presenten dichos elementos en un momento determinado dependerá de cuál sea el resultado de las relaciones de fuerza, aún cuando este aspecto quede desdibujado por el proceso “técnico” al que es sometido para materializarlo en un documento curricular.

Adicionalmente, las formas de interacción en una institución educativa pueden servir de mecanismo para comunicar a los estudiantes los significados normativos y disposicionales. El propio conocimiento educativo –lo que se incluye y excluye– lo que es importante o no, sirve también a menudo a un propósito ideológico: está dominado por la conformación del consenso, que constituye la base de la identidad profesional.

La hegemonía es creada y recreada por el cuerpo formal del conocimiento educativo, así como de las enseñanzas encubiertas que transmite. Es en este sentido que varios autores han demostrado que ningún currículum es neutro.

<sup>195</sup> Bernstein B. 1994. Op. cit. p. 139.

Aún la ausencia de contenidos es otro contenido que estaría expresando algún pensamiento.

Más allá de un *plan de estudio* visible o un currículum escrito, el análisis de las prácticas educativas y las reglas implícitas de interacción, distribución y evaluación han llevado a construir la noción de currículum “oculto” o “latente”, como configurador real de la acción. La literatura especializada le otorga una importancia decisiva por el papel destacado que juega en la construcción de significados y valores de los que el colectivo docente y el propio alumnado no son plenamente conscientes.<sup>192</sup>

Para otros autores, la importancia del estudio de un currículum escrito y latente estriba fundamentalmente en conocer el aporte real que juega cualquier estructura educativa en la adquisición de valores<sup>193</sup>. Este enfoque rescata la idea de que las personas aprenden, además de lo que se les enseñan a través de la instrucción, en virtud de su experiencia diaria en un ambiente organizado que tiene las propiedades sociales peculiares del ambiente o contexto de formación y de que lo que aprenden allí será probablemente diferente de lo que aprenden en otros ambientes con características sociales diferentes.

No hay que perder de vista que el currículum no escrito tiene dos partes evidentes referidas a la naturaleza de las experiencias y la naturaleza de los resultados. Los hombres aprenden mediante experiencias de vida, a trabajar juntos de un modo cooperativo o competitivo, a compartir poder y conocimiento o a disputarlo, a resolver problemas y fricciones personales. Faltaría verificar la profundidad del aprendizaje sobre determinados valores, principios y conductas en el aprendizaje de la medicina especializada a partir de un aprendizaje inestructurado.

Gimeno Sacristán retoma a Heubner (Citado por Mcneil, 1983) para señalar que *el currículum es la forma de acceder al conocimiento*, no pudiendo agotar su significado en algo estático, sino a través de las condiciones en que se realiza y se convierte en una forma particular de ponerse en contacto con la cultura. El currículum es una praxis antes que un objeto estático emanado de un modelo coherente de pensar la educación o los aprendizajes necesarios de los alumnos, que no se agota en la parte explícita y que reagrupa en torno a él una serie de subsistemas o prácticas diversas, entre las que se encuentra la práctica pedagógica.

Las funciones que cumple el currículum como expresión de proyecto de cultura y socialización, según este autor, las realiza a través de sus contenidos, de su formato y de las prácticas que genera en torno sí, lo cual se produce a la vez en contenidos (culturales o intelectuales y formativos), códigos pedagógicos y acciones prácticas a través de las que se expresan y moldean contenidos y formas.

<sup>192</sup> Torres J. El currículum oculto. Madrid: Morata, 6ta.ed; 1998. p. 10.

<sup>193</sup> Dreeben R. El currículum no escrito y su relación con los valores. Revista de Estudios del Currículum 1998; 1 (1).p. 93.

Afirma además (Retomando a Young, 1980 y Whitty, 1985) que el currículo es el mecanismo a través del cual el conocimiento se distribuye socialmente y que pasa a considerarse como una invención social que refleja elecciones sociales conscientes o inconscientes, concordantes con los valores y creencias de los grupos dominantes en la sociedad. En el caso específico de nuestro análisis, el conocimiento distribuido a través de la formación de médicos especialistas reflejaría las creencias, principios, valores del pensamiento médico hegemónico.

Los aportes de Young, retomados por Apple permiten recordar que, los que ocupan posiciones de poder, “tratarán de definir lo que se considera como conocimiento, la accesibilidad que tienen los diferentes grupos al conocimiento y cuáles son las relaciones aceptadas entre las diferentes áreas de conocimiento y entre los que tienen acceso a ellas y los que las hacen disponibles”. Sus observaciones acerca de que “existe una relación dialéctica entre el acceso al poder y la oportunidad de legitimar determinadas categorías dominantes y los procesos por los cuales la disponibilidad que tienen de esas categorías algunos grupos les permite a éstos asentar su poder y control sobre los demás”, le ofreció una base para plantear algunos aspectos relacionados con el conocimiento legitimado, que refuerzan las disposiciones institucionales existentes y que los principios de selección, organización y evaluación de este conocimiento, es una selección, regida por el valor de un universo mucho más amplio de conocimientos y principios.<sup>194</sup>

Tampoco hay que olvidar los aportes de Bourdieu<sup>195</sup> sobre la transmisión institucionalizada de la cultura como una de las vías más importante de la sociología del conocimiento y cómo los hombres formados en una cierta disciplina o en una cierta escuela tienen en común cierto estilo, literario o científico, moldeados sobre el mismo modelo (*pattern*), predispuestos a mantener con sus semejantes una relación de complicidad y relación inmediatas. En otras palabras, dice este autor, se puede suponer que cada sujeto debe al tipo de aprendizaje que ha recibido, un conjunto de esquemas fundamentales profundamente interiorizados, que sirven de principio de selección para las adquisiciones ulteriores de esquemas, según las cuales se organiza el pensamiento de ese sujeto, debiendo su especificidad tanto a la naturaleza de los esquemas constitutivos, como a la frecuencia en la que éstos son utilizados y al nivel de conciencia en el que operan.

El currículo es la condensación e interrelación de muchos conceptos y teorías pedagógicas porque son muchos los temas y problemas educativos que tiene que ver con la organización y desarrollo curricular como son la organización del sistema de formación por niveles y modalidades, su control, la formación, selección y adscripción del profesorado, la selectividad social a través del sistema, la

<sup>194</sup> Apple MW. Ideología y currículo. Madrid: Akal Universitaria; 1986.

<sup>195</sup> Bourdieu P. 1989. Op. cit.

igualdad de oportunidades, la evaluación académica, la renovación de los métodos pedagógicos, la profesionalidad de los profesores, etc.

Es por estas razones que el Currículo es uno de los conceptos más potentes para analizar cómo se desarrolla la práctica y cómo se expresa de una forma peculiar dentro de un contexto educativo y es además un punto central de referencia en la mejora de la calidad de la enseñanza, en el cambio de las condiciones de la práctica, en el perfeccionamiento de los profesores, en la renovación de la institución educativa y en sus proyectos de innovación.<sup>196</sup>

Gimeno Sacristán señala que “detrás de todo currículum hoy existe, de forma más o menos explícita e inmediata, una *filosofía curricular* o una orientación teórica que es, a su vez, síntesis de una serie de posiciones filosóficas, epistemológicas, científicas, pedagógicas y de valores sociales. Este condicionamiento cultural de las formas de concebir el currículum tiene una importancia determinante en la concepción misma de lo que se entiende por tal y en las formas de organizarlo. Es fuente de códigos curriculares que se traducen en directrices para la práctica y que acaban reflejándose en ella”.<sup>197</sup>

Dicho autor presenta cuatro grandes orientaciones básicas para abordar la configuración de modelos teóricos y prácticas relacionadas con el currículum: el currículum como suma de exigencias académicas; el currículum como base de experiencia; el legado tecnológico y eficientista en el currículum y; el puente entre la teoría y la acción, el currículum como configurador de la práctica.

*El currículum como suma de exigencias académicas* recoge toda la tradición académica en educación, que valora los saberes distribuidos en asignaturas especializadas o en áreas en las que se yuxtaponen componentes disciplinares como expresión de la cultura elaborada, convirtiéndola en instrumento para el progreso por la escala del sistema escolar. Una variante moderna de esta orientación ha sido el desarrollo de los currículos integrados o por contenidos más interrelacionados. Esta orientación ha tenido además, alternativas internas tratando de reordenar el saber, como la propuesta de ámbitos de significado y el movimiento de vuelta a lo básico.

La preocupación por la *experiencia e intereses de los alumnos* está ligada históricamente a los movimientos de renovación educativa, y se ha nutrido de planteamientos del campo psicológico, humanista y social. El movimiento “progresivo” americano y el movimiento de la “Escuela Nueva” europea rompieron en este siglo la idea del currículo monolítico, centrado hasta entonces en las materias, dando lugar a acepciones más diversificadas. Para esta orientación lo importante del currículum es la experiencia, la recreación de la cultura en términos de vivencias, la provocación de situaciones problemáticas como decía Dewey. La aten-

<sup>196</sup> Gimeno Sacristán J. 1989. Op. cit.

<sup>197</sup> Gimeno Sacristán J. 1989. Op. cit. p. 41.

ción a los *procesos* educativos y no sólo a los contenidos es el nuevo principio que apoya la concepción del currículum como la experiencia del alumno en las instituciones educativas.

*El legado tecnológico y eficientista en el currículum* es aquella cuya norma de calidad es responsabilidad del *manager* y no del técnico que ejecuta, significando esto la emisión de regulaciones para el comportamiento pedagógico por parte de quien lo administra que dispondrá de algún aparato vigilante para garantizar su cumplimiento. Este enfoque pretende estandarizar los productos educativos y curriculares, reduciendo a destrezas las competencias del profesor. Se pierden de vista la dimensión histórica, social y cultural del currículum para convertirlo en objeto gestionable, pasando a ser un instrumento de la racionalidad y mejora de la gestión. El currículum aparece así como el conjunto de objetivos de aprendizaje seleccionados que deben dar lugar a la creación de experiencias apropiadas que tengan efectos acumulativos evaluables, de suerte que pueda mantenerse el sistema en una revisión constante para operar en él determinadas recomendaciones. El currículum pasa a ser entonces un objeto a manipular técnicamente, evitando dilucidar aspectos controvertidos, sin discutir el valor y significado de los contenidos.

Este modelo se fundamenta en la obra de Tyler, quien sugiere métodos para estudiar algunos interrogantes claves relacionados con los fines educativos, las experiencias educativas, la organización de las experiencias y la comprobación de los objetivos, y un método racional para examinar los problemas del currículum y la enseñanza. Para planificar el programa de enseñanza sugiere como imprescindible tener alguna idea de sus metas y que todos los aspectos del programa sean, en realidad, medios para realizar los propósitos básicos de la educación. Las metas deberán estar ligadas a los juicios de valor de las autoridades docentes, por lo que hará falta una filosofía amplia de la educación que sirva de guía para la formulación de esos juicios. Lo esencial consiste en elegir un número razonable de objetivos asequibles en el tiempo que se dispone y que sean realmente importantes. Sostiene que “la filosofía educativa y social adoptada por la escuela puede constituir el primer matiz. Bastará con escoger, en la lista original de objetivos, los que representan valores más altos y coincidan con la filosofía de la escuela”.<sup>198</sup>

*El puente entre la teoría y la acción o el currículum como configurador de la práctica* es la orientación curricular que centra su perspectiva en la dialéctica teoría-práctica, un esquema globalizador de los problemas relacionados con el currículum que, en un contexto democrático debe permitir planteamientos de mayor autonomía para el sistema respecto de la administración y del profesorado para modelar su propia práctica. La preocupación por la práctica curricular es fruto de

<sup>198</sup> Tyler R.W. 1998. Op. cit. p. 38.

las aportaciones críticas sobre la educación, el análisis del currículo como objeto social y de la práctica generada en torno al mismo y está inserta además, dentro del pensamiento crítico de la educación que plantea paradigmas más comprometidos con la emancipación del hombre respecto de los condicionamientos sociales, la experiencia acumulada en las políticas y programas de cambio curricular y la mayor conciencia del profesorado acerca de su papel activo e histórico.<sup>199</sup>

Una teoría curricular no puede ser indiferente a las complejas determinaciones de que es objeto la práctica pedagógica ni al papel que desempeñan en ello los procesos que determinan la concreción del currículum en las condiciones de la práctica ya que, “ese currículo, antes de ser un objeto ideado por cualquier teorización, se constituye en torno a problemas reales que se dan en las escuelas, que tienen los profesores, que afectan los alumnos y a la sociedad en general”.<sup>200</sup>

Esta orientación basada en la práctica se presenta como alternativa de la concepción técnica en cuanto ésta veía en el currículo un medio para lograr unos fines o productos, donde los profesores y alumnos son recursos instrumentales. Gimeno Sacristán concuerda con Kemmis al señalar que “las teorías curriculares son teorías sociales, no sólo porque reflejan la historia de las sociedades en las que surgen, sino también en el sentido de que están vinculadas con posiciones sobre el cambio social y, en particular, con el papel de la educación en la reproducción o transformación de la sociedad”... En este sentido, “el problema central de la teoría curricular es ofrecer la forma de comprender un doble problema: por un lado, la relación entre teoría y práctica, y por otro entre la sociedad y la educación”<sup>201</sup>. Es por esta razón que ambos concuerdan que cualquier teorización sobre el currículo implica una metateoría social y una metateoría educativa, para evitar el error de considerar al currículo sólo dentro del marco de referencia social establecida.

#### **4.2 Dimensiones de análisis de una categoría compleja en la formación de las residencias médicas**

A la luz de los aportes de la teoría curricular y para fines de estudio del currículo en las residencias médicas, se definen las siguientes dimensiones de análisis particulares y significativas:

- El currículo como expresión de intereses
- El currículo como formas de acceso al conocimiento
- El currículo como prácticas de formación
- El currículo en el contexto del hospital

<sup>199</sup> Gimeno Sacristán J. 1989. Op. cit. p. 56.

<sup>200</sup> Gimeno Sacristán J. 1989. Op. cit. p. 57.

<sup>201</sup> Gimeno Sacristán J. 1989. Op. cit. p. 59.

#### 4.2.1. El Currículum como expresión de intereses.

La expresión de intereses revela no sólo las múltiples expectativas e intencionalidades de los actores actuales de la formación y sus regulaciones —el Estado, los consejos profesionales, los docentes, los estudiantes— sino también la manera como ellas retoman los trazos centrales de la historia del grupo. Es necesario tener en cuenta las formas como se ha construido el modelo médico hegemónico en cuanto a los mecanismos de poder, organización y control a lo largo de la historia; como se han ido conformando un conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominan en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la “enfermedad”, legitimada tanto por criterios científicos como por el propio Estado.

Retomamos la definición del Modelo Médico Hegemónico caracterizada por Menéndez, cuyos rasgos estructurales se identifican por el predominio de un enfoque biólogo, ahistórico y asocial, fundamentado en una visión individualista y pragmática del manejo del paciente; una concepción de la salud enfermedad como mercancía, con orientación básicamente curativa; una relación médico paciente asimétrica, de subordinación social y técnica del paciente, con clara tendencia a la medicalización de los problemas y a la inducción al consumo médico; predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad y tendencia a la escisión entre teoría y práctica, y entre práctica médica e investigación médica.<sup>202,203</sup>

Hemos sostenido que el aprendizaje de los médicos tanto a nivel del pregrado como del postgrado se realiza a partir de contenidos biológicos, constituyendo los procesos sociales, culturales y psicológicos una parte mínima, anecdótica, dentro de los programas educativos y que fundamentalmente el modelo hegemónico utiliza el *biologismo* como rasgo estructural dominante para garantizar la cientificidad del mismo, subordinando en términos metodológicos e ideológicos otros niveles explicativos de los procesos de salud y enfermedad, como la red de relaciones sociales que determinan los fenómenos de la enfermedad en una gran proporción de los casos. El *biologismo* es una identificación de este modelo y a la vez es la parte constitutiva de la formulación médica profesional.

Parte de ese pensamiento biólogo se manifiesta en otros dos rasgos estructurales del modelo médico hegemónico que son la *ahistoricidad* y la *asociabilidad* de los procesos de salud enfermedad, que evita observar la importancia de los procesos no biológicos, concretamente los sociales e ideológicos, determinantes en muchas ocasiones de los procesos de morbi-mortalidad.

<sup>202</sup> Menéndez E. Morir de alcohol: Saber y hegemonía medica. México: Alianza. 1990.

<sup>203</sup> Menéndez E. La enfermedad y la curacion: que es medicina tradicional?. México: Alteridades. 1994, 4 (7):71-83

Este modelo está constituido de manera tal que cumple con una serie de funciones relacionadas con los aspectos de curación, prevención y mantenimiento por un lado, otras dirigidas al control, normalización, medicalización y legitimación, y un tercer tipo que incluye la función médico-ocupacional, que a través pautas “técnicas-científica, de la práctica médica transmite modelos de comportamientos considerados correctos.

Por otra parte, el monopolio de los médicos para instalar un determinado enfoque de tratar la salud enfermedad y el propio fundamento del control sobre su trabajo tiene a su vez un carácter claramente político, contando con la colaboración del Estado en el establecimiento y mantenimiento de la importancia de la profesión y de los programas de formación en todos los niveles académicos.

El trabajo de Freidson<sup>204</sup>, intenta demostrar cómo la ocupación misma de la medicina tiene representantes formales, ya sean organizaciones o individuos, que intentan dirigir los esfuerzos del Estado hacia las políticas deseadas por el cuerpo ocupacional y cómo el control de la ocupación de su trabajo se establece y estructura, en base a la interacción entre agentes formales u órganos de la ocupación y funcionarios del Estado.

La característica más apreciada de esta profesión, a juicio de este autor, ha sido su *autonomía*, la cual se debe a su relación con el Estado, con respecto al cual, no es finalmente autónoma. La autonomía del médico individual existe dentro de un espacio político y social mantenido para su beneficio por mecanismos ocupacionales políticos y formales, lo cual demuestra que su autonomía no es absoluta ya que el Estado detenta el poder último y garantiza autonomía condicional para algunos.

Por otra parte, las asociaciones profesionales que agrupan a los médicos están controladas de forma privada, pero poseen autoridad formal delegada por el Estado, quien deja en manos de la profesión el control sobre el aspecto técnico de su trabajo. Lo que cambia, dependiendo de las relaciones con un Estado determinado, es el control sobre la organización social y económica del trabajo. Al respecto, sostiene Freidson que “la pérdida de control sobre tal organización no afecta al elemento más importante y crítico de la autonomía profesional, y que la pérdida de este control no implica necesariamente la disminución del status profesional”.<sup>205</sup>

Desde la mirada ocupacional, este autor conceptualiza la profesión médica como un tipo de organización en el cual prospera cierto esquema mental y cómo, tanto la estructura mental del profesional como la organización de su trabajo profesional influyen en la naturaleza de sus opiniones. Reconoció que la educación tiene gran importancia, no sólo porque establece los criterios formales de li-

<sup>204</sup> Freidson E. La profesión medica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península; 1978

<sup>205</sup> Freidson E. Op. cit. 1978. p. 40.

cencia, sino también porque establece en los miembros individuales de una profesión un núcleo de conocimientos y actitud, es el origen de gran parte de su actuación como profesional. No obstante, sostuvo que la educación es una variable menos importante que el ambiente del trabajo en cuanto a la conducta profesional, que es el resultado en gran medida de su presente más que su pasado y que lo que hacen es más un resultado de las presiones de la situación en la que están que de lo que “internalizaron” previamente.

La profesión médica logra su autonomía sobre la base de proclamar que su trabajo está guiado por un cuerpo de conocimientos demasiado esotérico y complejo como para que el profano pueda evaluar, ni mucho menos compartir, que el conocimiento que guía su trabajo es sistemático y fiable y además aprendido en un largo período de “entrenamiento”.

El conocimiento sistemático, teórico, científico y objetivo de la medicina descansa en su conocimiento puro y abstracto del curso de la enfermedad y de los procedimientos que tienen mayor probabilidad de curar o mejorar la enfermedad. Pero para aplicarlos a la realidad práctica, esos conocimientos resultan distintos, lejanos del conocimiento sistemático, ligados más a usos acostumbrados, preferencias individuales e intereses creados. Para este autor, el reclamo de autonomía que hace la profesión para determinar el contenido de su trabajo no se justifica por el carácter de su conocimiento de cómo aplicar tal saber, aun cuando el carácter de su conocimiento puro sea aceptable.

Dentro de ese ámbito protegido por el Estado, la profesión tiene poder por sí misma como para controlar las distintas facetas de su trabajo sin interferencias significativas de otros grupos no profesionales, lo que le permite tener autonomía en la selección de las condiciones económicas, en la situación y organización social del trabajo, y en su contenido técnico. Esta autonomía también se manifiesta en la elaboración y transmisión del discurso “verdadero” en diferentes espacios sociales, especialmente en los de corte académico, empujando de esta manera, efectos específicos de poder.

Esta autonomía concedida sobre su técnica, le otorga una cantidad de privilegios al médico, entre ellas la de tener una fuerte ventaja en otras esferas de la práctica, como la influencia sobre aspectos del trabajo que no son técnicos pero que tiene que ver con la distribución del trabajo. La autonomía sobre el carácter técnico de su trabajo le da medios, por consiguiente, para ser un profesional “libre”, aun cuando dependa del Estado para establecer y sostener su autonomía.

El poder, en el más rudimentario nivel personal se origina en dependencia y el poder de los profesionales primeramente se origina en dependencia de sus conocimientos y competencias.

El conocimiento científico ha sostenido un *status* privilegiado en la jerarquía de las creencias. Dentro de las ciencias, la medicina ocupa una posición especial. Sus practicantes entran en contacto directo e íntimo con gente en su vida diaria,

sirven de intermediarios entre la ciencia y la experiencia privada, interpretando problemas personales en el lenguaje abstracto del conocimiento médico. Los médicos ofrecen una relación personal así como un consejo autoritario y las circunstancias de la enfermedad y del dolor generan aceptación de su juicio.

El poder de la profesión médica, sin embargo, va más allá de este fundamento racional de relación personal-autoridad. La autoridad del personal médico sobrepasa los límites clínicos llegando a los terrenos de acción moral y política, para los cuales el juicio médico no siempre resulta totalmente relevante y muchas veces no está preparado para ello. De todas maneras, esta profesión por mucho tiempo pudo convertir esta autoridad en un privilegio social, con poder económico e influencia política, a pesar de que en las últimas décadas, en muchos países, gran parte de esto, especialmente la económica la ha ido perdiendo.

En cuanto al saber, ya sostenía Foucault<sup>206</sup> que, existen saberes que son independientes de la ciencia, pero no existe saber sin una práctica discursiva definida, por tanto, toda práctica discursiva puede definirse por el saber que forma. De esta manera, en lugar de recorrer el eje de análisis conciencia-conocimiento-ciencia, cargado de subjetividad, utiliza la arqueología que recorre el eje de práctica discursiva-saber-ciencia, en un dominio en que el sujeto está necesariamente situado y es dependiente. Es preciso distinguir los *dominios científicos* en los cuales entran las demostraciones y los *territorios arqueológicos* en los cuales intervienen las ficciones, reflexiones, relatos, reglamentos institucionales y decisiones políticas.

Todas las profesiones se hallan constituidas por lo que dicen y hacen en su nombre, tanto a nivel del discurso como de su práctica. Ambas se basan en convicciones y valores compartidos, a través de las tareas realizadas, los problemas que enfrentan, los consensos desarrollados a partir de conflictos teóricos y prácticos y la toma de decisiones en función de valores e intereses. En otras palabras, los profesionales de cualquier campo eligen actividades que coinciden con reglas y compromisos normativos de práctica establecida y la razón última de que ello sea así es ideológica; es decir, se acepta, interioriza y actúa de acuerdo a ideas compartidas como ciertas y válidas, apoyadas por poderosas disposiciones.

Michel Foucault plantea en su obra con agudeza la cuestión del poder: “lo que hace que el poder se aferre, que sea aceptado, es simplemente que no pesa solamente como una fuerza que dice que no, sino que de hecho circula, produce cosas, induce al placer, forma saber, produce discursos; es preciso considerarlo más como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social que como una instancia negativa que tiene como función reprimir”.<sup>207</sup>

<sup>206</sup> Foucault M. La política de la salud en el siglo XVIII. En: Foucault, M. Estrategias de Poder. Barcelona: Paidós. Obras Esenciales, Vol. II; 1999. p. 206-209.

<sup>207</sup> Foucault M. Verdad y poder. En: Foucault, M. Estrategias de poder. Barcelona: Paidós; Obras Esenciales. Vol. II, 1999. p 48

En la medicina clínica, el saber es el conjunto de las funciones de mirada, de interrogación, de desciframiento, de registro, de decisión, que puede ejercer el sujeto del discurso médico. El discurso clínico es tanto un conjunto de hipótesis sobre la vida y la muerte, de elecciones éticas, de decisiones terapéuticas, de reglamentos institucionales, de modelos de enseñanza, como un conjunto de descripciones.

Sobre los modelos de enseñanza, otros autores como Byron Good y Mary-Jo DelVecchio Good han recorrido una trayectoria para demostrar cómo la palabra médica, incluyendo la mirada médica es construida y cómo los sujetos de esa mirada, es decir, los estudiantes y los propios médicos, son reconstituidos en el proceso y cómo las distintas formas de racionamiento acerca del mundo y de la propia medicina hegemónica son aprendidas.<sup>208</sup>

Como expresamos en el primer capítulo, el “flexnerismo” ha sido debatido intensamente a lo largo del siglo XX y son muchos los autores que sostienen que su modelo de pensamiento educativo se ha mantenido inalterable por varias décadas y que lo más trascendente es su contribución a la consolidación de un modelo biomédico clínico, individual y curativo, producto de una concepción práctica de la medicina, respaldado por la creciente consolidación de lo que habría de constituirse en el poderoso complejo médico industrial.

No hay que olvidar las contribuciones de García sobre la educación médica y el desarrollo de su teoría acerca de que la educación médica no es un proceso aislado, ya que se halla subordinado a la estructura económica predominante de la sociedad donde se desarrolla; por tanto, en educación médica habría de destacar dos rasgos importantes: su relación con otros procesos y en especial con el trabajo médico y la existencia de dos niveles, uno de los cuales, el modo de producir médicos, determina el otro: el orden institucional de la educación médica.<sup>209</sup>

El otro análisis que rescatamos fue el realizado por Andrade en relación a la tendencia de los egresados a hacerse especialistas en lugar de médicos generales; a dedicar mayor atención a los problemas de salud individual que a los de la colectividad y a las acciones curativas más que las de prevención; a desdeñar, con su práctica, los factores psicológicos y sociales que participan en la génesis de la enfermedad para dar mayor valor a los exclusivamente biológicos. Esta caracterización es la expresión, a su juicio, del “marco conceptual de la práctica médica”.<sup>210</sup>

Sus hipótesis sobre la educación médica y especialmente, sobre el “plan de

<sup>208</sup> Byron Good y Mary-Jo DelVecchio Good. Learning medicine: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In: Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life. California, Berkeley: University of California Press. Edited by Shirley Lindenbaum and Margaret Lock; 1993.

<sup>209</sup> García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. Washington DC: OPS/OMS; 1994.

<sup>210</sup> Andrade J. 1979. Op. cit. p. 6.

estudio” la complementa diciendo que “*la organización de los contenidos curriculares atiende, entre otras cosas, a teorías del conocimiento acordes con los intereses de quienes ejercen el dominio en la estructura social y económica, en tanto que la naturaleza de las experiencias educacionales, además de sustentarse en las mismas teorías, tiende a reforzar el modo hegemónico de práctica médica en la respectiva formación social*”.<sup>211</sup>

Desde mediados de los setenta, ya la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, hacía suya la afirmación del Comité de Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social de la OPS que decía que: “*en cada formación social concreta la educación médica cumple un papel fundamental en la reproducción de la organización de los servicios de salud y se cristaliza en la reactualización y preservación de las prácticas específicas, tanto en las dimensiones del conocimiento cuanto en las técnicas y contenido ideológico. Además de esto, es la propia estructura de la atención médica la que ejerce una acción dominante sobre el proceso de formación de recursos humanos, principalmente a través de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que circunscriben la práctica médica*”.<sup>212</sup>

Aún sin una expresión clara sobre la importancia del currículo como conexión entre el saber, el poder y la identidad de la práctica médica, el tema ha ocupado una posición estratégica en el debate de la educación médica latinoamericana, porque de alguna manera era éste el espacio donde se concentraban las luchas en torno a los diferentes significados sobre la responsabilidad social y política de la medicina, sobre las diferentes visiones del mundo, sobre el papel de la medicina en la sociedad.

El tema de “política curricular” ha sido recurrente en la orientación que a través del currículo se le otorga a los grupos de especialistas. La política curricular “fabrica los objetos *epistemológicos* de los que hablan, a través de un léxico propio, con una jerga que no debe verse como una moda, sino como un mecanismo muy eficiente de institucionalización y constitución de lo *real* que supuestamente le sirve de referente”<sup>213</sup>. En otras palabras, el currículo desplaza procedimientos y conceptos epistemológicos y escoge aquellos que considere conveniente: efectúa un proceso de inclusión de ciertos saberes y excluye a otros.

La historia de la medicina en el mundo muestra como el poder de la profesión médica se origina en la dependencia de los pacientes y demás profesionales de sus conocimientos y competencias y como ha podido convertir este autoritarismo en un privilegio social, con poder económico e influencia política. De alguna manera se entreteje la cultura autoritaria de la profesión médica y la conver-

<sup>211</sup> Andrade J. 1979. Op. cit. p. 14.

<sup>212</sup> OPS/OMS. Informe primera reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe. Educ Méd Salud 1976; 10 (2):109-139. p. 114.

<sup>213</sup> Da Silva TT. 1998. OP. cit. p. 62.

sión de esa autoridad en el control de los mercados, organizaciones y la política gubernamental. También los médicos y la medicina son “instrumentalizados” por el Estado para mantener el *status quo*.

El hospital docente, como cualquier centro educativo funciona como una institución que encarna tradiciones colectivas e intenciones humanas que son el producto de ideologías sociales y económicas identificables, las cuales son distribuidas a través de un currículo determinado. El currículo responde y representa a unos recursos ideológicos y culturales que proceden de alguna otra parte, que proporcionan las reglas lógicas para el pensamiento y la acción de los educadores, cuyos significados son considerados como elementos esenciales para la conservación de los conocimientos, intereses y privilegios sociales existentes.<sup>214</sup>

La práctica curricular en los servicios de formación de especialistas estarían marcados por una visión de poder que no deja de buscar “la verdad” (su verdad) ya que de esta manera la verdad hace ley por la elaboración de un “discurso verdadero” que transmite, empujando de esta manera efectos específicos de poder.

La concepción que los docentes tienen acerca del currículo y la forma de ponerlo en práctica resulta un eje interesante de analizar como forma de transmisión del pensamiento médico, ya que la educación es tanto una “causa” como un “efecto” y la institución de enseñanza no es un espejo pasivo, sino una fuerza activa, la cual sirve también para legitimar las ideologías y formas económicas y sociales que tan íntimamente están relacionadas con ella. En otras palabras, la educación no es empresa neutral y de alguna manera recrea formas de conciencia que permiten el mantenimiento del control social a través de principios constitutivos, en los códigos y especialmente en las prácticas. El currículo responde y representa a unos recursos ideológicos y culturales que proceden de alguna otra parte. Las formas de conocimiento que encontramos en una institución educativa implican nociones de poder y control de recursos económicos.<sup>215</sup>

Estas ideas orientaron en gran parte este estudio a fin de analizar en qué medida las prácticas educativas actuales mantienen, traducen y transforman las relaciones de intereses que han afectado históricamente la formación médica en las residencias médicas.

#### 4.2.2. *El currículo como forma de acceso al conocimiento*

Las divisiones o especializaciones médicas surgieron como consecuencia natural de la ampliación de conocimiento. Con cada descubrimiento científico se fueron abriendo nuevos campos de actividad, como sucedió en el de anatomía con los descubrimientos de Vesalius, en la de la patología celular con los de Virchow, en el de la bacteriología con los de Pasteur y Koch y así sucesivamente. Es-

<sup>214</sup> Da Silva TT. 1998. Op. cit.

<sup>215</sup> Apple MW. 1986, Op. cit.

ta subdivisión del trabajo fragmentó al médico en más de 50 especialidades<sup>216</sup>, encontrándose consecuencias importantes especialmente en cuanto a la fragmentación del tratamiento y prevención para conservar la salud del ser humano como ser indivisible.

A lo largo del siglo que recién terminó, se manifiesta el intento y esfuerzo por incorporar a la educación médica los avances de la medicina. Tal como escribimos en el primer capítulo, los aportes de Flexner se traducen en un modelo de la educación médica que ha influenciado por muchas décadas con determinado enfoque, contribuyendo a la consolidación de un modelo biomédico clínico, evidentemente individual y curativo.

La corriente opuesta a este enfoque, que ha intentado incorporar la salud pública, la medicina preventiva y la social, ha tenido poco éxito para competir con una estructura académica biomédica clínica, orientada hacia el individuo, la enfermedad y la especialización. Algunos intentos valiosos de romper con el modelo hegemónico de la educación médica también hemos descrito en el primer capítulo. Sin embargo, el grueso de la educación médica y como resultado de un esfuerzo de muchos años, se mantiene con enfoques híbridos en el mejor de los casos, “con dos ejes claramente definidos, separados, impermeables y conceptualmente antagónicos, el eje biomédico clínico ocupado entre el 80 y el 90% o más del tiempo del estudiante, legitimado por una práctica médica bien consolidada, mientras que el otro eje, estructurado en mayor o menor grado, pero siempre complementario, con escaso o ningún impacto en la formación integral del médico y sin una imagen objetivo de una práctica atractiva de salud pública que le sirviera de referente empírico”.<sup>217</sup>

En América Latina se habla de innovación curricular por más de 30 años, pero aún no se avanza de forma significativa. La metodología actual de cátedras aisladas y sin conexión alguna con las demás imposibilita una práctica integradora continua que armonice las ciencias básicas con las ciencias de los ámbitos clínicos, socio-económicos y conductuales, que son en definitiva las grandes determinantes de los estados de salud del individuo y de los grupos humanos.

La generación del conocimiento científico que aporta a la medicina crece en forma extraordinaria, lo que plantea un reto al sistema educacional médico en cuanto al aumento del número de materias *ad infinitum*; a la búsqueda de nuevos paradigmas y mecanismos de integración del conocimiento y la definición de nuevas formas de aprendizaje y de enseñanza de la medicina.

Desde la investigación educativa, Byron Good y Mary-Jo DelVecchio Good<sup>218</sup>

<sup>216</sup> De Moraes Novaes H. La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud. *Educ Med Salud* 1990; 24 (4).

<sup>217</sup> Rodríguez MI. 1997. Op. cit. p. 159-160.

<sup>218</sup> Byron Good, Del Vecchio Good. 1993. Op. cit.

realizaron estudios en la década pasada en la Escuela de Medicina de Harvard sobre el aprendizaje de la medicina, mostrando como una aproximación al cuerpo humano transforma al estudiante y su punto de vista acerca de la enfermedad. Su objetivo se focalizó en conocer cómo el conocimiento médico y el mundo de la medicina son constituidos desde la perspectiva de esos aprendizajes médicos, concentrándose en las dimensiones fenomenológicas del conocimiento médico, en cómo la palabra médica, incluyendo el objeto de la mirada médica es construida, cómo los sujetos de esa mirada- los estudiantes y médicos- son reconstituidos en el proceso y cómo distintas formas de razonamiento acerca del mundo son aprendidas. Parten de una postura epistemológica de que la mente no es “espejo de la naturaleza”.

Reconocen las argumentaciones de Allan Young sobre la existencia de cinco tipos de conocimientos médicos, conectados cada uno con intenciones y actos particulares y la idea de que los actores tienen más de un tipo de conocimiento acerca de un evento particular. Pero aún sin usar las categorías de Young, su trabajo es poder examinar etnográficamente el proceso de llegar al conocimiento más allá que la simple estructura del conocimiento médico, lo que a efectos de esta investigación constituye un especial punto de referencia.

La primera conclusión a la que llegan estos autores es que en el proceso de planificación del nuevo currículum de Harvard, fundamentado en el método de “aprendizaje basado en problemas”, los *conocimientos* y las *habilidades* son los focos de las ciencias básicas y las *actitudes* el foco de la relación paciente-médico. Este argumento es fijado en una serie de dicotomías que se reproducen, organizadas alrededor de un doble discurso de *competencia* y *compromiso humano*. La mirada médica es dirigida a la persona reconstituida, al paciente, al caso o al cuerpo, al mismo tiempo que se contrapone con el lenguaje común. El sujeto de la mirada médica se reconstruye dentro de este marco: un médico con un lenguaje especializado pero con sus propias limitaciones es enfrentado a otro ser humano que sufre. La convicción de que el médico es un individuo que incorpora ambas dualidades, que frecuentemente son contradictorias es fundamental a la medicina occidental. Críticas humanistas de la medicina, como el exceso de tecnología, juegan un papel significativo en mantener el doble discurso de la medicina como institución cultural y la convicción de ambos, el público y los médicos, sobre que los médicos deberían estar preparados para mediar estas contradicciones.

La ciencia es el punto de entrada a la medicina, si bien la ciencia está restringida a algunos cursos o al doctorado. Lo que está totalmente claro que durante los dos primeros años de estudio de la medicina el aprendizaje se centraliza en las ciencias biomédicas. El estudio de la medicina comienza con la entrada al cuerpo humano y se aprende desde el “*estudio de casos*”. Visto a través del microscopio, analizado físicamente en el laboratorio anatómico, visto a través de las imágenes radiológicas contemporáneas o presentados por los especialistas, el

cuerpo es relevado en infinitos detalles. Los estudiantes comienzan un proceso de aumentar la intimidad con el cuerpo, entendiendo el grueso de la organización y estructura tri-dimensional, examinando el papel desde la función macro hasta la estructura molecular. Los estudiantes son como los geógrafos, moviéndose desde la topografía macro hasta los detalles de la micro ecología. El cuerpo es el objeto de *atención y manipulación de habilidades*.

Desde el punto de vista teórico, diferentes concepciones dominantes son esencialmente problemáticas en el acercamiento del estudio del conocimiento médico. El primero que señalan es el *epidemiológico*, sobre el cuál se preguntan, cómo representar el conocimiento médico como construcción social mientras reconocemos el poder de avance de las ciencias biológicas. Siguió algunos filósofos que argumentaron en contra de una correspondencia entre teoría de conocimiento y quien argumenta que nuestras teorías del conocimiento son fundamentalmente acerca de cómo se constituyen las palabras. El *problema* no es que no exista correspondencia entre palabras o conceptos y otras entidades sino que existen muchas correspondencias.

Un segundo punto interesante es el aspecto *fenomenológico*, sobre el cual se preguntan: cómo las distintas palabras médicas son construidas experimentalmente para que aparezcan singularmente convincentes, naturales, objetivas, el único camino de imaginar el mundo; cuáles son las prácticas discursivas a través de las cuales las palabras son construidas; cómo se construye la conciencia médica –durante el tiempo que las dimensiones de las ciencias biológicas, nuevas formas de actividad práctica, una elaboración del lenguaje y nuevas formas de organización del yo en relación con otros, son todas aprendidas, en el contexto de las historias de vida individual– y cómo podemos nosotros representar nuestro entendimiento de ese conocimiento. Cuáles son las dimensiones más significativas de los ámbitos médicos particulares como visión fenomenológica y si puede ésta constituir una herramienta de las ciencias sociales críticas y cómo ellos sostienen que el detallado examen del proceso del ámbito médico es construido, enfocando en la entrada a ese mundo como tan bien a esos momentos críticos, las *escenas fundamentales* del proceso social, cuando las fundaciones de ese ámbito son sacudidos, ofreciendo una oportunidad especial para la reflexión crítica.

El profesional de la medicina, sostiene Freidson, es un experto porque se considera que posee cierto conocimiento especial inasequible para el resto de las personas que no han pasado a través de su curso especial de entrenamiento profesional y que este conocimiento “puede no ser demostrable y consistentemente eficaz, pero es el mejor disponible hasta el momento y se le enseña a todos los miembros de una profesión para prepararlos para el desempeño correcto de su trabajo”<sup>219</sup>. La pregunta que se realiza es cuáles son los indicadores del *conoci-*

<sup>219</sup> Freidson E. 1978. Op cit. p. 334.

*miento* y de la *pericia*. Sugiere que éstos se refieren a un cuerpo de hechos putativos ordenados por ciertas ideas abstractas o teorías, que se encuentran en los tratados y libros de texto. Sin embargo, ese conocimiento o destreza es limitado como una realidad; está comprendido en libros o mentes y así como está definido no tiene vinculación con las actividades de consulta, tratamiento, recomendaciones y otras formas de trabajar.

La falta de equivalencia entre conocer y hacer requiere que se redefina el concepto de *conocimiento* como aquello que hace la gente conocedora o bien distinguir el conocimiento como tal y analizar su relación con lo que hace la gente, que según la opinión común es conocedora. Por otra parte, dado que algunas clases de personas se dedican a contribuir al cuerpo de conocimientos, mientras otras los aplican a las cuestiones humanas, hace la diferencia entre aquellos que crean ese conocimiento (investigación) y los que la aplican (práctica). Las actividades se pueden juzgar por su fidelidad al conocimiento y por la medida en que se basan en tal conocimiento.

Al menos cuatro elementos distintos del contenido del trabajo profesional pueden ser analizados por sus características: los conceptos básicos o supuestos teóricos del conocimiento empírico y técnico, tales como la noción etiológica de la enfermedad basada en el germen, supuestos similares a lo que Kuhn llamó paradigmas. Segundo, la atención selectiva definida por las nociones profesionales de patología, ligados a otras posiciones ideales o morales respecto de la salud y que lleva a que algunos estados sean considerados como “enfermedades”. Tercero, la medicina consiste en un cuerpo de conocimientos amplio y complejo acerca de las características de esos estados seleccionados como enfermedad y de un conjunto de técnicas empíricas a través de los cuales esos estados pueden ser curados o mejorados, aunque ese conocimiento de conceptos y técnicas no agota las dimensiones del contenido del trabajo médico. Una cuarta dimensión se compone de las costumbres ocupacionales o técnicas de conducción para poner en práctica los conocimientos y las técnicas.

La pregunta que se hace Freidson es si éstas cuatro dimensiones representan igualmente bien un conocimiento basado científicamente, verdaderamente esotérico y especialmente enseñando. Sostiene que la designación de enfermedad no se basa en un fundamento científico, tratándose de una tarea fundamentalmente moral, basada en usos ocupacionales.

Hoy en día, el manejo del conocimiento continúa siendo uno de los problemas más difíciles de resolver en el desarrollo de los nuevos modelos curriculares la superación del modelo tradicional de enseñanza por disciplinas, pese a que en determinadas experiencias, el objeto de estudio haya sido adecuadamente definido y se cuente con una buena organización de los problemas en los que se propone trabajar e investigar.

El argumento acerca de la integración de los contenidos teóricos y prácticos

de los modelos de educación médica estuvo y sigue girando alrededor de la idea de que primero se le ofrece la teoría y luego la práctica, que le ayudará por sí misma a integrarlas. Al tratar el tema de educación integrada e integradora, Venturelli<sup>220</sup>, considera que “la situación actual no permite la integración y la idea de que eso se logra tan sólo en el internado no pasa de ser un simple deseo. Las materias aisladas no permiten aplicar las ciencias básicas, que son las que han permitido el avance de la medicina en forma increíble”. Para este autor, la integración de las ciencias básicas con las clínicas no se podría lograr, bajo ningún aspecto, si no se da una buena integración de los docentes y se establece un ambiente de consultas y respecto recíproco.

En las residencias médicas, la integración se hace también difícil. Por un lado, se trata de la integración entre lo aprendido en la formación de grado y los desafíos de la práctica. Por otro, se trata de la integración entre la formación especializada y la mirada más global e interdisciplinaria, entre las distintas especialidades a partir de problemas específicos que permitan producir nuevos saberes.

Algunos autores consideran la interdisciplinariedad como una panacea; otros la califican como la adición de conocimientos provenientes de diferentes campos disciplinarios sobre un determinado problema, sin interacción entre sí y sin que respondan a un enfoque integral de los problemas de la realidad, cuya esencia es multidisciplinaria.

Al analizar el concepto de “interdisciplinariedad”, Jurjo Torres observa la poca claridad y consenso que históricamente ha tenido este vocablo y sostiene que para unas personas tiene su razón de ser en la búsqueda de una gran teoría, un nuevo estadio en el desarrollo de la ciencia, caracterizado por una reunificación del saber en un modelo que pueda ser aplicado a todos los ámbitos actuales del conocimiento. Para otros, consiste en delimitar qué cuestiones son objeto de un determinado campo de especialización del saber y cuáles de otro, siendo que en la actualidad una de las disputas que tienen muchas de las áreas de conocimiento es la delimitación de sus fronteras. Para analizar el tema Jurjo retoma a autores básicos como Piaget, que en el año 70 planteaba que “ya no tenemos que dividir la realidad en compartimentos impermeables o plataformas superpuestas correspondientes a las fronteras aparentes de nuestras disciplinas científicas y, por el contrario, nos vemos compelidos a buscar interacciones y mecanismos comunes”.<sup>221</sup>

Para que exista la interdisciplinariedad es necesario, dice Jurjo, que haya disciplinas. Los planteamientos interdisciplinarios surgen y se desarrollan apoyándose en las disciplinas y su grado de avance está supeditado al grado de desarro-

<sup>220</sup> Venturelli J. 1997. Op.cit. p. 13.

<sup>221</sup> Torres J. Globalización e interdisciplinariedad: el currículum integrado. Madrid: Morata; 1994. p. 53.

llo alcanzado por las disciplinas, las cuales resultan enriquecidas por las colaboraciones interdisciplinarias. Pero la interdisciplinariedad “es fundamentalmente un proceso y una filosofía de trabajo que se pone en acción a la hora de enfrentarse a los problemas y cuestiones que preocupan en cada sociedad”. También se acostumbra a asociarla con el desarrollo de rasgos de la personalidad, tales como la flexibilidad, la confianza, paciencia, intuición, pensamiento divergente, capacidad de adaptación, sensibilidad hacia las demás personas, aceptación de riesgos, aprender a moverse en la diversidad, aceptar nuevos roles, etc.

El concepto de “interdisciplinariedad” de Ardoino<sup>222</sup> remite a “la capacidad de poner en relación análisis revisados con capacidades y referencias distintas”. El punto de partida es la investigación y el interés es movilizar un equipo pluridisciplinario con el espíritu de instaurar un diálogo interdisciplinario, donde cada uno vaya adquiriendo cierta familiaridad con los conceptos y métodos de los demás investigadores-docentes. En un equipo multidisciplinario las reglas de trabajo pasan por la presentación de cada investigador de su enfoque o análisis acerca del objeto común de investigación. Este será visto y analizado a su vez por el resto de los investigadores, quienes interrogarán de manera profunda y de acuerdo a su propia mirada, exponiendo otras preguntas en las cuales el investigador-autor no había pensado.

Este tipo de trabajo interdisciplinar tanto para la investigación como para la docencia conlleva una serie de fases de búsqueda de material, incertidumbre de trabajarlos, los primeros análisis, retrabajar los resultados producidos, confrontación crítica sobre lo escrito, etc. Lo importante para este tipo de construcción interdisciplinar es la tolerancia, el respeto al otro, el rechazo a ser hegemónico, evitar que una disciplina esté sobre las demás.

Es por esto que el currículo constituye una propuesta político educativo, a través del cual se determina si se construye una visión integral o se mantiene la desagregación por disciplinas aisladas; se convierte por lo tanto en un espacio en el cual se ejerce y desarrolla el poder en tanto el control de su formulación e instrumentación son básicos para mantener o disputar la hegemonía de determinados sectores sociales o grupos. En este proceso, sostiene De Alba<sup>223</sup> interviene además de los grupos internos al sistema educativo otros externos que juegan, en muchas ocasiones, un papel importante en el mantenimiento o modificación de los modelos internos de currículo. Considerado como una selección particular

<sup>222</sup> Ardoino JL. L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives, *Revue pratiques de Formation. Analyses*, n° 25-26, París, Universidad de París VIII, 1993, citado en: Souto M. *Las formaciones grupales en la escuela*. Buenos Aires: Paidós Educador; 2000.

<sup>223</sup> Del Alba A. *Curriculum: crisis, mito y perspectivas*. Buenos Aires: IICE -UBA- Miño y Dávila; 1995.

de ciertos contenidos culturales es producto de las luchas entre grupos diferentes y el modo como se presenten dichos elementos en un momento determinado dependerá de cuál sea el resultado de las relaciones de fuerza, aún cuando este aspecto quede desdibujado por el proceso “técnico” al que es sometido para materializarlo en un documento curricular.

Por las razones expresadas por Apple, Bernstein y Bourdieu, creemos que el concepto de currículo es central y al mismo tiempo estratégico para entender el acceso al conocimiento, ya que delimita claramente las cuestiones de poder, control social, regulación y hegemonía entre los diversos actores relacionados con los programas de formación y los patrones de construcción de un pensamiento hegemónico adquirido en la práctica médica. En cuanto a los actores, en las residencias médicas intervienen desde los políticos de las instituciones reguladores (Ministerios) que determinan los cupos para cargos (becas) de residentes en todo el país con fondos públicos, los especialistas de los servicios que tienen a su cargo las jefaturas de servicios, los docentes y comités de docencia encargados de armar la propuesta educativa, los jefes y administradores de hospitales de quienes depende el manejo y orden institucional y la responsabilidad de cubrir la atención de los pacientes, las asociaciones profesionales y los colegios médicos donde los hay, que acreditan la formación brindada por delegación de la autoridad sanitaria.

Desde este punto de vista, el currículo es un concepto dinámico que muestra las tensiones entre los distintos actores involucrados en la dinámica educativa por la determinación o control de a cuántos se enseña, sobre cuál especialidad, qué se enseña, cómo se enseña, cuál perfil deseado y qué enseñanza se realizará efectivamente para lograrlo. La historia reciente de la educación médica de pregrado en Argentina, analizada a través de los procesos de autoevaluación y las acreditaciones de la CONEAU muestran, por ejemplo, contradicciones entre los mensajes orientadores de la formación, con prioridades centradas en la atención primaria, ofrecidas por los directivos de las carreras y su no correspondencia en los planes de estudio, cuyos ejes se centran en la especialización y cuya traducción en la práctica educativa es efectuada por los docentes.

En las residencias médicas, ya se han identificado, como expusimos en el capítulo anterior, algunos problemas relacionados con la regulación y planificación; la orientación y gestión; el enfoque de la formación y los relacionados con aspectos pedagógicos, los cuales tienen que ver con este nuevo concepto de currículo y que de alguna manera nos han servido de guía para profundizar en esta investigación algunas cuestiones relevantes acerca de la concepción y práctica del currículo en determinadas residencias del país.

El problema del currículo de las residencias médicas merece estudiarse como campo de problemas, en tanto su concepción y desarrollo implican decisiones

globales y particulares<sup>224</sup>, con efectos prácticos inmediatos y de largo alcance en los alumnos. Hoy en día se reconoce la complejidad de los fenómenos del currículo, en tanto alcanza una importante extensión, desde lo que se pretende, lo que efectivamente se hace y lo que se consigue, incluyendo además las formas consideradas legítimas para su organización, concreción y perfeccionamiento.<sup>225</sup>

En el análisis de esta dimensión curricular las preguntas fundamentales que orientan este estudio se dirigen a profundizar: ¿qué conocimientos orientan el perfil de la formación?, ¿cuáles son los criterios de selección de los contenidos?, ¿cómo se organizan, revisan y cambian los contenidos educativos?, ¿cuáles problemas tienen las residencias para el acceso al conocimiento?, ¿cómo se integran los contenidos teóricos a la práctica?, ¿cómo se desarrolla la interdisciplinariedad y cuáles son las estrategias y trabajos realizados para lograrla?

#### 4.2.3. *El currículo como práctica de formación.*

El marco de referencia de la educación médica de la que hablamos en el primer capítulo hace referencia sobre los avances, retrocesos, estancamientos, rupturas epistemológicas y propuestas de nuevas miradas que a lo largo de varias décadas se han desarrollado. Los médicos educadores dedicaron gran parte del tiempo, a la profundización del modelo racional con la pedagogía por objetivos que buscaba asegurar la eficiencia del sistema educativo a través de una versión tecnicista de la enseñanza. Los postulados conductistas aplicaron sus desarrollos en la programación conductual de la enseñanza, convirtiéndola en una técnica aplicable a cualquier contexto y sujetos.

Hemos analizado como la pedagogía *por objetivos* establecida a mediados del siglo XX<sup>226</sup> cobró el valor de modelo científico para conocer y planificar la enseñanza y bajo la consideración conductista del aprendizaje, es decir, de respuestas de conductas observables o cambios de conducta del alumno, por lo que su construcción exigió atender a definiciones operacionales de los comportamientos a medir. Las ideas de eficiencia y precisión son dos coordenadas básicas en la pedagogía por objetivos y justamente por ello esta propuesta calzaba con las necesidades de la educación médica del momento.

El problema del currículo y de la enseñanza es concebido, para esta vertiente, como un problema técnico, de resolución técnica, en la que todas las variables

<sup>224</sup> Estas decisiones tiene que ver con: perfiles educativos, número de ingresantes a las residencias, tipo de residencias a priorizar, los ejes de la salud enfermedad, la responsabilidad social de los hospitales y las zonas geográficas que deberán cubrir, los monto asignados para los cargos de residentes en hospitales públicos y privados, la supervisión y evaluación de las residencias, así como los compromisos de los docentes, etc.

<sup>225</sup> Davini MC. 1999. Op. cit.

<sup>226</sup> Gimeno Sacristan J. 1997. Op. cit.

son susceptibles de control y medición, incluyendo los comportamientos. La lógica del trabajo era simple e instrumental, fundamentada en un empirismo elemental: definir claramente los objetivos de conducta a lograr, realizar la enseñanza como entrenamiento para ejercitar esas conductas y controlar los resultados en términos de verificación y medición.

Al igual que en el campo educativo, toda esta corriente de pensamiento tecnicista permeó durante mucho tiempo la educación médica. Las mismas fueron insuficiente, para provocar cambios curriculares radicales: la metodología propuesta no proveía criterios para la redefinición de las unidades que integraban el plan de estudio y la formulación de los objetivos pasó a ser aplicada directamente por las asignaturas tradicionales sin una definición previa de los objetivos generales o terminales de la carrera, convirtiéndose, la definición de objetivos, en una manera de reformular los programas vigentes partiendo de los viejos contenidos y enunciándolos, más o menos correctamente, en términos de comportamiento.

El concepto de praxis desarrollado por Freire ha sido clave para algunos autores como Grundy, ya que aquel resaltó los elementos fundamentales que la constituyen: la acción y la reflexión. Algunas ideas son claves en este enfoque como que la misma necesita una teoría que la ilumine; no supone una relación rectilínea entre teoría y práctica en la que la primera determinara la última, se trata de una relación reflexiva en la que cada una construye a la otra. Por tanto, la praxis constituye una forma de interacción, cuyo objeto de acción es la realidad que se quiere transformar junto a otros hombres, a través del acto de construir o reconstruir de forma reflexiva, lo que supone un proceso de construir socialmente un significado de las cosas.<sup>227</sup>

Para este autor la interacción y la interpretación consensuada de significados, que supone procesos de deliberación y negociación, son los elementos básicos para acceder a los hechos y comprender el ambiente. De la misma manera, las implicaciones que el interés práctico tiene respecto del currículo no es del tipo medio- fin, en el que el resultado se produce mediante la acción del profesor sobre un grupo de alumnos objetivados, sino que se considera como un proceso en el que el alumno y el profesor interactúan. Es en el ámbito de la interacción humana donde se da la construcción activa de significado, la cual depende del juicio, que a su vez depende de los significados previos o prejuicios de los participantes en la interacción.

Cuando este autor habla de currículo como práctica, está afirmando que pertenece al ámbito de la interacción humana y que está relacionado con la interacción entre profesor y alumno, por tanto, ambos serán considerados sujetos y la primera preocupación del profesor será el aprendizaje y no la enseñanza, en tan-

<sup>227</sup> Grundy S. *Producto o praxis del currículo*. Madrid: Morata, 3ra. ed. 1998.

to la primera supone la construcción de significados. Cuando se habla de enfoques curriculares “de proceso”, dice Grundy, se coloca en el nivel central la deliberación, el juicio y la atribución de significados.

En esta orientación curricular hay que retomar necesariamente los aportes de Stenhouse, quien plantea el concepto de currículo como proyecto a experimentar en la práctica, lejos de marcos institucionales rígidos, de políticas educativas dirigistas que no abren espacio a la participación tanto de profesores para modelar su propia práctica como de teóricos que pretenden ayudar a la educación desde otro ángulo separado de la enseñanza. Este autor define el currículo como “una tentativa para comunicar los principios y rasgos esenciales de un propósito educativo, de forma tal que permanezca abierto a discusión crítica y pueda ser trasladado efectivamente a la práctica”...En base a esta definición considera que la misma refleja su perspectiva de que el currículo es casi como una “receta en arte culinario”, imaginado primeramente como posibilidad y luego como objeto de prueba.<sup>228</sup>

La política curricular parte de un marco de definiciones básicas que permiten modelaciones particularizadas a medida que se realiza en contextos educativos concretos, obligando a todos los que tienen alguna responsabilidad en la decisión y en la realización del proyecto a participar activamente, constituyendo de esa manera un factor potencial de renovación pedagógica, un instrumento de formación de profesores y un determinante de la calidad de la educación.

Explicita su modelo curricular de proceso, que parte de que el conocimiento tiene una estructura que incluye procedimientos, conceptos y criterios, permitiendo una selección para ejemplificar lo más importante de los elementos estructurales. Este modelo basado en el proceso como alternativa al de objetivos, supone poner en relación tres elementos básicos: *el respeto a la naturaleza del conocimiento y a su metodología*, la toma en consideración del *proceso de aprendizaje* y el enfoque coherente del *proceso de enseñanza* con los dos puntos anteriores. Estos puntos son, en definitiva, los puntos básicos de la didáctica.

Concibe el desarrollo curricular como un proceso de deliberación constante, donde hay que formular alternativas de acción a comprobar en situaciones reales. El modelo de *proceso* lo plantea como un modelo esencialmente crítico, no evaluador. Jamás puede ser dirigido al examen, como objetivo sin que pierda calidad, ya que los niveles del examen superan entonces a los inmanentes en el sujeto. El propio autor pone de manifiesto que la debilidad que tiene el modelo de proceso del diseño de currículo es que se basa en la calidad del profesor, constituyendo al mismo tiempo su mayor fuerza.

Stenhouse presenta una perspectiva integradora sobre que el currículo y el desarrollo del propio profesor vayan unidos. Para que estas coordenadas puedan llevarse a cabo en la práctica deberán estar directamente ligada al *arte de la en-*

<sup>228</sup> Stenhouse L. Investigación y desarrollo del currículum. Madrid: Morata, 3ra. ed; 1991. p. 29.

señanza. De esta manera, la mejora de enseñanza por medio de la investigación (*investigador en el aula*) y desarrollo del currículo se produce gracias a la mejora del arte del profesor, no por los intentos de mejorar los resultados de aprendizaje pretendidos de antemano. Con esta postulado invita al profesor a probar ideas y alternativas y comprobarlas en la práctica. Es el medio a través del cual puede adquirir conocimiento y aprender su arte y la naturaleza de la educación.

Desde su perspectiva, el pensamiento curricular tiene dos grandes derivaciones laterales: una nueva concepción de la *profesionalidad del profesor* y la llamada para buscar un *nuevo tipo de investigación*. Ambas marcadas por la interconexión entre *teoría-pensamiento del profesor-acción*. Tanto su teoría de investigación, como la de educación, esta sugerida por la propia idea de la profesionalidad de los profesores, su autonomía y su desarrollo.

La fecundidad de la investigación educativa no está, en su criterio, en generalizar tanto las leyes como en comprobarlas puntualmente en situaciones particulares. Su aporte a una nueva orientación de la investigación, comprometida directamente con el desarrollo del currículo, la hace accesible al profesor, integrándola a la acción de la enseñanza y en el propio pensamiento del profesor. Como ha sostenido Kliebard<sup>229</sup> “no sólo aprendemos hechos, habilidades y generalizaciones, sino que nuestra propia forma de pensar se ve alterada por la forma en que nos planteamos el estudio. Por tanto, al desarrollar un currículo, no sólo identificamos lo que ha de enseñarse y justificamos tal decisión, sino que tratamos de enunciar reglas que indican cómo deben enseñados esos contenidos”.

Stenhouse está más comprometido en su posición con el perfeccionamiento del profesor y con un currículo apropiado que permita y estimule el *ejercicio experimental* del arte de la enseñanza. El estudio del currículo es la condición del éxito en el perfeccionamiento, porque es ahí donde las ideas pueden fecundar la práctica. Un currículo sin defectos no tiene perspectiva de mejora y ha sido por tanto, insuficientemente ambicioso. Lo que pide de un currículo no es que sea correcto o bueno sino inteligente o penetrante. Sus dilemas deben ser importantes. Sus limitaciones reflejarán dificultades auténticas y significativas.<sup>230</sup>

Para el análisis de esta dimensión, las preguntas fundamentales que orientan el análisis son, entre otras, ¿cómo se realiza la integración entre las prácticas y las teorías?, ¿qué procesos se desencadenan para vincular la acción, el estudio y la reflexión?, ¿cómo son las orientaciones pedagógicas de los programas educativos? ¿se construye la profesionalidad de los estudiantes orientada al perfeccionamiento permanente?, ¿cómo se concretan las nuevas propuestas e intencionalidades educativas y que dificultades encuentran en la acción?

<sup>229</sup> Kliebard HM. Teoría del currículo: póngame un ejemplo. En: Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal /Universitaria; 1989. p. 228.

<sup>230</sup> Stenhouse L. 1991. Op. cit. p. 27-174.

#### 4.2.4. *El currículo en el contexto del hospital.*

Las decisiones globales implican posiciones políticas, sociales, culturales y técnicas para la prescripción o configuración de las prácticas, mientras que las decisiones particulares implican las prácticas que inciden en la selección, organización, distribución y transmisión del conocimiento, lo que supone intercambios entre actores y sujetos en los contextos de realización.

Por mucho tiempo, los especialistas en currículo han debatido el problema de la distribución del conocimiento como mercancía y sus efectos en los hábitos característicos de pensamiento, estructuras de referencia, disposiciones y recursos para resolver ciertos tipos de problemas.

En general, en la Argentina perduran los viejos modelos de organización hospitalaria, caracterizados por un modelo *rutinario, burocrático y de estructura personalizada*, en tanto las decisiones son tomadas por el nivel jerárquico superior, de manera centralizada y con controles directos; apegados a las antiguas normas institucionales de parálisis estratégica y cuyo funcionamiento se caracteriza por el reinado de feudos instalados en las diferentes áreas del servicio.

La organización hospitalaria posee una dinámica propia, tiene sus propias exigencias y su propio ritmo y en su interior aparece lo político-ideológico. La administración hospitalaria ha sido pensada con la misma racionalidad del acto médico, imprimiendo características y problemas particulares a la racionalidad administrativa, entre los que se destacan: el grave deterioro de su estructura y la deficiencia en equipamientos y medicamentos, la ineficiencia de la gestión; el sometimiento de la mayoría a la centralización administrativa de las jurisdicciones provinciales de salud; la rigidez en la planta de personal y en la relación laboral, la inexistencia de un régimen adecuado de incentivos; la carencia de un sistema de información apropiado para la toma de decisiones y el control de la gestión.

Para la enseñanza de las especialidades médicas, el hospital ha sido considerado el centro por excelencia para éstos fines, reforzando de esta manera la idea de enfermedad y curación, la visión vertical del médico y reproduciendo el modelo biomédico dominante que se apoya en la super especialización, la fragmentación del hombre, las exigencias de la tecnificación de gran escala y el enfoque de atención por demanda espontánea, sin mayor compromiso con la comunidad y sin un área geográfica de responsabilidad.

La gran mayoría de los hospitales del país están enfrentando desde hace unos años una severa crisis financiera que ha ocasionado un mayor empobrecimiento y deterioro de sus estructuras y equipamiento y un creciente incremento en los costos de la atención médica. La crisis financiera también ha repercutido en la ausencia de autoridad para la supervisión de los hospitales, debilidades en la calidad de la atención, ausencia de pago a instructores y docentes, problemas en la infraestructura hospitalaria y más recientemente, problemas con la compra y distribución de medicamentos.

Tanto la experiencia diaria de la práctica en servicio como el conocimiento curricular proporcionan mensajes de consenso normativo y cognoscitivo. La estructura profunda de la vida hospitalaria, el contexto básico y organizador de las reglas más corrientes que se establecen, que se interiorizan, que parecen dar sentido a la experiencia en las instituciones de práctica y a la vez educativas, están estrechamente relacionadas con las estructuras normativas y comunicativas de la vida industrial, en este caso de la farmacológica y la de aparatología médica.

El problema del conocimiento a través de lo que se enseña en los espacios educativos se debe considerar como una forma de la distribución más extensa de bienes y servicios dentro de una sociedad. No es un problema analítico (¿qué se debe entender bajo el nombre de conocimiento?), ni tampoco es un simple problema técnico (¿de qué manera se organizan y alcanzan los conocimientos?), y tampoco se trata de un problema esencialmente psicológico (¿cómo conseguir que los estudiantes aprendan?).

Lo que interesa resaltar es cómo este conocimiento, distribuido de una manera determinada puede contribuir a un desarrollo cognoscitivo y cómo se refuerzan, confirman o transforman las disposiciones institucionales. En otros términos, cómo los conocimientos, manifiestos o no y los principios de selección, organización y evaluación de esos conocimientos, constituyen opciones, dirigidas por valores dentro de un universo mucho más extenso de posibles conocimientos y principios de selección o a la reproducción de las prácticas, ¿qué procesos se construyen para el perfeccionamiento permanente de los profesores y qué dificultades enfrentan?.<sup>231</sup>

<sup>231</sup> Apple M.W, King NR. ¿Qué enseñan las escuelas?. En: Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal /Universitaria; 1989.

---

## LOS RESULTADOS EL ESTUDIO

### ■ CAPITULO 5

## El currículo de las residencias médicas y el problema del acceso al conocimiento

El currículo es la forma de acceder al conocimiento, por tanto no puede agotar su significado en algo estático. Representan las opciones a través de las cuales se realizan los fines educativos que un grupo determinado quiere llevar adelante en determinados momentos históricos y en este sentido se reflejan los valores, los contenidos, las formas de éstos y las prácticas que se realizan. A través del currículo se establece la formación como proceso intencional y conciente basado en definiciones de aquello que se espera lograr o formar. En el currículo intervienen muchos tipos de acciones que le dan forma a su configuración y está determinado por factores o condiciones concretas donde se desarrolla, entre ellos, el encuadre político y administrativo, la planificación y el diseño, las decisiones y el compromiso de los docentes, las tareas de aprendizaje que realizan los alumnos y los mecanismos de evaluación.

Como campo en el que se expresa una acción, el currículo establece formas de regular o imponer un determinado reparto del conocimiento, el cumplimiento de objetivos que se consideran prioritarios, los aprendizajes considerados mínimos, los mecanismos con los que se ejerce el control de la práctica, así como los mecanismos de innovación curricular y perfeccionamiento de los docentes. Esto significa en teoría, que existen una serie de criterios y procesos de selección y de organización del conocimiento médico a enseñar que generalmente se incluyen en la programación.

La valoración del conocimiento es una dimensión importante en la configuración de una determinada orientación filosófica de la educación, de la orientación curricular y del estilo pedagógico que se asuma. Cómo se concibe el conocimiento, cómo se ordena, qué papel se le asigna con respecto a la experiencia del que aprende, cuál es su relación con la evolución del contexto científico y social,

cuál es la ponderación de sus componentes, cómo se comprueba su posesión, son algunos de los aspectos cruciales que denotan si esta dimensión del conocimiento es prioritaria o no en el desarrollo curricular. El conocimiento puede además tener una doble dimensión, relacionada con los aspectos más “locales”, contextualizados sobre un objeto (sujeto) de estudio a partir de la práctica y el “general” o sistematizado, que tiene que ver con los aspectos teóricos propios de determinados campos de conocimiento.

De lo que se trata en este capítulo es conocer como se concibe el currículo en las residencias médicas, si se inclina hacia un cómo plan organizado, o como currículo oculto o implícito, organizado a partir de la influencia directa de la práctica, los intereses de los actores y el contexto hospitalario, con las dimensiones que lo caracterizan en la actualidad.

Por otra parte, se ha intentado analizar cómo está estructurado el conocimiento especializado o específico y cómo es llevado en la práctica hacia una forma y modelo de conocimiento integrado.

### **5.1. Los programas de formación**

Si bien el concepto de currículum es considerablemente más amplio que la noción de programa escrito, éste constituye un componente de fundamental importancia, pues es la expresión orgánica de aquello que se pretende formar, establece los procesos y medios para lograrlos y fundamenta las decisiones que se toman para tales fines.

Los reglamentos de las provincias estudiadas establecen de inicio que “las residencias médicas tendrán un programa prefijado”<sup>232</sup>; que “los programas de residencias deberán ser presentados por el jefe del servicio al Comité de Docencia e Investigaciones y a la Dirección de Recursos Humanos”<sup>233</sup> y entre las funciones del coordinador de residencias está la de “colaborar con los programas de Recursos Humanos de los niveles central y operativo, en la formulación, supervisión y adecuación de los programas de las distintas residencias, integrando el accionar de las mismas a las políticas sustantivas e instrumentales de la formación del recurso humano”.<sup>234</sup>

El reglamento de Mendoza resalta que a pesar de que “la práctica asistencial supervisada ocupa el rol protagónico en la capacitación del residente...” “la programación de las actividades contemplará una distribución adecuada de los aspectos asistenciales, académicos, docentes, de investigación y de desarrollo cultural si los hubiere”. El programa de la residencia deberá contemplar “cátedras o

<sup>232</sup> Reglamento de Residencias de Mendoza. Decreto No. 2.361/93.

<sup>233</sup> Reglamento del Sistema Provincial de residencias de Santa Fe. Decreto No. 635/85.

<sup>234</sup> Reglamento de Residencias Profesionales de la provincia de Salta. Decreto No.1.277/00.

unidades pedagógicas, actividades de docencia o de actualización y actividades de investigación”, entre otros<sup>235</sup>. En los de Santa Fe/ Rosario, también se encuentran artículos que refieren que los profesionales de los servicios “participarán en la enseñanza de los residentes a través de la capacitación y supervisión personal de los actos de progresiva complejidad y responsabilidad que encomiendan” y “todas las residencias desarrollan un programa que incluye actividades docentes adecuadas para la formación teórico-práctica”.<sup>236</sup>

En la “Evaluación Participativa” realizada en la Provincia de Buenos Aires, el 88% de las residencias manifestó contar con un **Programa de Formación**. El 72% de éstas organizan su programa de formación a partir de contenidos educativos contemplados en un programa “interdisciplinario general” y en base a “problemas de salud presentados en la atención diaria”.<sup>237</sup>

El 100% de las residencias de Rosario declararon la existencia del programa. Nueve residencias de Rosario declararon utilizar un “programa interdisciplinario”; seis marcaron además que organizan los programas por “asignaturas independientes” y de acuerdo a los “problemas de salud que se presentan en la práctica diaria”; mientras que cuatro indicaron que “el profesor tiene libertad para elegir los contenidos”.

En Salta, doce de ellas declararon utilizar las modalidades de “programa interdisciplinario”, “asignaturas independientes” y “los problemas de salud que se presentan en la práctica diaria”. En cambio cinco indicaron que “el profesor tiene libertad para elegir los contenidos”.

En cambio, en el “cuestionario autoadministrado”, el 74% de los 70 docentes/instructores que respondieron dijeron que **no tienen programas educativos escritos**.

Entre un instrumento y otro existe un nivel de contradicción importante ya que en la “evaluación participativa” el porcentaje de respuestas positivas supera ampliamente el porcentaje de respuestas negativas que en el “cuestionario autoadministrado” los docentes/ instructores admitieron. Esta contradicción podría interpretarse por el hecho de que el primer instrumento se trató de una evaluación en la que intervinieron autoridades de las unidades de capacitación de los Ministerios de Salud provinciales y la Universidad de Rosario (en este último caso, no intervino el gobierno municipal ni provincial de salud).

Asimismo, las reflexiones de algunos de los docentes/ instructores en la “en-

<sup>235</sup> Reglamento de residencias de Mendoza. Decreto No. 2.361/93.

<sup>236</sup> Ley de Residencias de Salud de Santa Fe. Ley No. 9.529. Bases para el concurso de Residentes. Resolución No. 200/02

<sup>237</sup> Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Autoevaluación de las residencias de profesionales de la salud de la Provincia de Buenos Aires. Sistematización preliminar para un diagnóstico. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2001. p. 34.

trevista” acerca de **los problemas que tienen las residencias** también resultó clara al señalar que:

- “Primero, no hay una currícula clara sobre la formación del residente en cada año que pasa. No digo que sea ya fija y aprobada, todo debe ser flexible en la medida de las necesidades de la población, pero no hay una currícula clara. Al no tener una currícula clara, nosotros como instructores o como tutores, tampoco tenemos claro hasta dónde debemos llegar y hasta dónde debemos exigir”.
- “Por un lado están sobrecargados con la parte asistencial, y otra es que no tiene un programa bien hecho, bien redactado, bien preparado, analizado, sobre temas a tratar, qué temas priorizar, todo se va haciendo de acuerdo a las experiencias, a los casos que aparecen, a lo que dice el profesor, a lo que se lee. La mayor parte del aprendizaje se da en función de la demanda, uno se encuentra con un caso, busca, lee, pero no es algo programado. Tratamos de agregar los temas importantes, de incorporarlos, estudiarlos, hacer búsquedas, pero todo por motus propio, no porque esté reglamentado”.
- “No tenemos definido claramente cuáles son los contenidos mínimos y máximos que deben tener y a los cuáles van a tener que bajar a una comunidad determinada, que tampoco la tenemos muy bien definida”.

En una entrevista, a una docente de la Universidad de Cuyo, Mendoza, miembro activo de la Sociedad de Historia de Ciencias de la Salud de Mendoza y concedora de las residencias de Mendoza por haber realizado algunas evaluaciones sobre las mismas, nos dice:

- “Las residencias en Mendoza no cuentan con planes de estudio propiamente dichos, los mismos se presentan bajo la forma de programas que aunque son iguales para distintas residencias son interpretados de manera disímil. En general, se limitan a ser un listado de contenidos. Algunos están desactualizados, y otros, aunque actualizados, no responden significativamente al desarrollo general de las competencias propias del profesional a formar. Esto se desprende de la falta de elaboración consensuada de un perfil claro y definido de algunas especialidades”.

La primera observación que hacemos de los resultados y observaciones anteriores es que resulta evidente que para la gran mayoría de los docentes/ instructores no existe un programa de formación como tal que lo hayan hecho suyo o hayan participado en su elaboración.

La planificación de la enseñanza es algo más que establecer un plan con objetivos, contenidos, métodos y criterios de evaluación. Significa pensar, valorar y tomar decisiones que valgan la pena, sobre situaciones cotidianas, posibles acontecimientos imprevisibles y dentro de un espacio determinado. Una cosa es el plan de estudio escrito y otra, el proceso reflexivo de planificar a través del cual

se analizan alternativas y estrategias y se cuestionan porqué enseñar algún tema, teoría, función, problema y no otra cosa.

Al mismo tiempo, en este proceso reflexivo de planificar es deseable y necesario que participen los docentes que lo llevarán a cabo, como responsables directos. Además de enriquecerlo con nuevos aportes, este proceso permite la apropiación de sus propósitos y la construcción de consensos.

Sin embargo, relativo a las reuniones del equipo docente para **revisar el programa académico** de la residencia, el 37% consideró que a veces lo hacen; el 34% que si lo hacen y el 29% marcó que no se reúnen los docentes para éstos fines.

Que los docentes “no se reúnan” con este propósito o “se reúnan a veces” puede estar indicando, una división marcada entre los que formulan el programa y quienes lo ejecutan; una actitud pasiva por parte de los docentes/ instructores con respecto a los aspectos educativos; una jerarquía definida y establecida acerca de quien confecciona el programa.

Si sólo el 34% de los docentes/ instructores se reúnen para revisar el programa académico, y otra gran parte se reúne a veces, quiere decir que una parte importante de los mismos no contribuye a generar y desarrollar unos mejores currículos, si tomamos en cuenta que son ellos el factor clave en el proceso de enseñanza y en los procesos de transformación y que no es posible emprender innovaciones que no cuenten con ellos como agentes activos de los mismos.

Aún con el esquema tradicional del currículo o programa de estudio “oficial”, formulado en estos casos ya sea por, un “comité de docencia e investigación”, el “jefe de servicio”, el “director de residencias” o el “coordinador de la residencia”, es decir, por uno de los actores institucionales de las residencias, el documento tendría que ser adaptado, desarrollado o concretado en las circunstancias particulares de enseñanza en cada residencia, de acuerdo al contexto hospitalario y la situación provincial, lo que requeriría de reflexiones y acuerdos entre el conjunto de los docentes. También el currículo tiene que ser adoptado, es decir, los docentes tienen que hacerlo propio, asumir la responsabilidad de la adaptación.

Si un tercio de los docentes/ instructores no se reúnen para revisar el programa académico quiere decir además que éste goza de reconocimiento y aceptación por parte de quienes lo ponen en práctica de una u otra manera, es decir, se acepta sin mayor reparo la normativa curricular escrita establecida oficialmente y se ajustan a ella de manera individual, desde el terreno de responsabilidad laboral que le corresponda.

En este sentido, y retomando otras reflexiones realizadas por los docentes/ instructores, se podría argumentar que los programas de la mayoría de las residencias son centralizados, buscando mantener, por lo menos en teoría, el control sobre lo que debe enseñarse en las residencias médicas, estableciendo, a través de los reglamentos cómo debe organizarse y cumplirse.

En cuanto centralizados, estos programas son también burocráticos, presentados para cumplir con la formalidad requerida, sin constituirse en objeto de trabajo compartido, discutido y corregido cooperativamente en conjunto con los docentes. De este modo, el programa acaba obstaculizando de alguna manera la reflexión autónoma y la elaboración del pensamiento propio y de los docentes en su conjunto para crear las posibilidades educativas.

En todos los casos, las decisiones sobre la elaboración del programa escrito se realiza de manera centralizada por un solo actor aunque con el visto bueno de otra instancia superior. Al resto de los actores les corresponde, siguiendo las responsabilidades establecidas por los reglamentos, garantizar la aplicación de dicho programa sin discutir los límites o exceso de su alcance o el equilibrio del mismo. De esta manera, desde el aparato administrativo de las residencias se estipula qué conocimientos deben adquirir los residentes. Desde este ángulo de análisis, lo importante es que, aunque exista un “programa”, su existencia es formal, en la medida en que muchos docentes/instructores no lo conocen.

En casos como éste, lo que tiende a ocurrir es que domine el currículum “oculto” o “latente”, con un papel decisivo en la configuración de unos significados y valores de los que el colectivo docente y el propio alumnado no son plenamente conscientes<sup>238</sup>. Este enfoque rescata la idea de que las personas aprenden, además de lo que se les enseñan a través de la instrucción, en virtud de su experiencia diaria en un ambiente organizado para tales fines. Así, los residentes aprenden más que por las decisiones sistemáticas del equipo docente, mediante las experiencias de vida que les toca vivir en el ambiente hospitalario.

Pero no hay que olvidar que también la atención prestada al currículo oculto tal como lo señala Cornbleth<sup>239</sup>, va asociada a menudo con críticas de autoritarismo y que el contexto social se considera en relación y en interacción con fenómenos de interés. Oculto o explícito en forma de plan de estudio, entendemos que en la forma práctica del currículo se presentan relaciones complejas de poder y autonomía relativas que afectan no sólo la reproducción del conocimiento sino la forma de encarar una práctica, en este caso, la práctica del ejercicio de la medicina especializada y el uso de bienes y servicios hospitalarios.

Lo que en definitiva parece indicarse es, por un lado, la ausencia de “programas de formación” y la carencia también de espacios de reflexión frecuentes para definir hacia dónde debe apuntar la enseñanza y el aprendizaje de los residentes. Digamos que el currículo oculto de las residencias está dado por los prototipos de práctica médica hospitalaria, establecidas en el contexto social de crisis de un modelo de atención médica que ha venido deteriorándose en los últimos años.

<sup>238</sup> Torres J. 1998. Op. cit. p. 10.

<sup>239</sup> Cornbleth C. ¿Más allá del currículum oculto? Revista de Estudios del Currículum 1998; 1 (1): p. 112.

En las autoevaluaciones participativas realizadas a 333 programas de residencias médicas de la Provincia de Buenos Aires, se encontró que el 71% manifestó tener definido el **perfil de formación**<sup>240</sup> del residente a formar con los programas de residencias. Ligado a esto, el 56% de los programas afirmó que su apertura se correspondió con una investigación sobre la necesidad de formación de recursos humanos en el área que justificara la apertura de los programas. Sin embargo, el 46% de las residencias de salud “no médicas” negó que hayan existido tales investigaciones.

En el caso de Rosario, participaron en la autoevaluación 11 residencias médicas de las cuales el 83% consideró que el perfil de los residentes que forman está definido. En otras preguntas del instrumento, relacionadas con el programa de formación y su proceso de construcción, el 41% desconocía los objetivos de la residencia y tan solo el 33% afirmó que previamente a la apertura de la misma, fueron llevadas a cabo discusiones sobre la formación de los recursos humanos especializados; el 58% admitió no haber participado en estas discusiones.

En el caso de 15 residencias de Salta donde se aplicó el mismo instrumento, el 73% de las mismas consideró que el perfil de los residentes que forman está claramente definido, a pesar de que en otras preguntas relacionadas con el programa de formación y su proceso de construcción, el 40% desconocía los objetivos de la residencia y el 20% no los había definido. En la pregunta sobre la realización de discusiones para la formación de los recursos humanos en cada especialidad, como paso previo para la apertura de los programas, el 33% admite no haber participado en estas discusiones.

Las preguntas señaladas están estrechamente relacionadas con el perfil de egresado deseado, la necesidad de la provincia de este tipo de recurso humano y el consenso que se esperaría entre los docentes acerca del tipo de recursos humanos especializados que se quiere formar. A pesar de que el tipo de respuestas obtenido presenta un alto porcentaje de respuestas positivas, observamos algunas contradicciones entre las respuestas de los docentes en los otros dos instrumentos utilizados para esta investigación (cuestionario autoadministrado y entrevista) en cuanto a su participación directa en las definiciones del perfil, el desconocimiento de los objetivos del programa y la disponibilidad misma de los “planes de estudio” o “programas de estudio”. En general, no pudimos obtener el

<sup>240</sup> Entendemos como “perfil de formación del residente” aquella orientación general y específica que el conjunto de los docentes hospitalarios desean generar en los alumnos residentes; las competencias que deberían desarrollar a lo largo de su aprendizaje y su carrera profesional; los valores y principios que deberían obtener a lo largo de su formación; la visión acerca de los problemas de salud-enfermedad y socio-sanitarios del contexto nacional, local e internacional y los posibles perfiles ocupacionales o espacios de trabajo a los que podría tener acceso después de un capacitación de postgrado.

número de “planes de estudio” esperados con cada uno de los instrumentos utilizados pese a que fueron solicitados. La revisión de los pocos “planes de estudio” disponibles que nos fueron entregados podría estar indicando:

- Una configuración de determinados significados y valores muy arraigados en los docentes, avalados por la costumbre, tradición y la rutina del ejercicio médico hospitalario que no amerita la reflexión consensuada y la traducción escrita en forma de perfil.
- La ausencia de un perfil escrito que en definitiva estaría facilitando la autorreproducción de un modelo médico hegemónico, a través de un modelo educativo implícito, realizado a través de rutinas adquiridas mediante un “currículum oculto”, adquiridas por parte de los docentes de manera inconsciente, fruto de acciones que se ven hacer a otros colegas del cuerpo hospitalario o a sus antiguos profesores y que no llegan a generar espacios y mecanismos de reflexión con suficiente profundidad acerca de su importancia, la necesidad de definirlo o redefinirlo de manera permanente, en función de los cambios epidemiológicos, sanitarios, sociales y profesionales.
- El seguimiento de una instrucción precisa de lo que debe contener el Programa de Residencia establecido por cada uno de los ministerios provinciales o nacional.
- Una cultura “rutinizada”, en la que se aceptan los valores a través de mensajes institucionales y profesionales codificados, por lo que sólo requeriría su autorreproducción.

Por esta razón, nos atrevemos a decir que la mayoría de las residencias no cuentan con planes de estudio, los mismos se presentan bajo la forma de “programas” por “áreas” o “año”. En general, se limitan a ser un listado de contenidos y otro tipo de información importante tales como: objetivos, contenidos temáticos, duración, quien otorga la certificación, coordinación, lugar, requisitos, organización de la residencia e instructores.

En el caso de Mendoza, por ejemplo, el reglamento de Residencias Médicas, establecido por el Ministerio de Salud<sup>241</sup>, requiere entre otras cosas, para la creación de residencias médicas, un programa de residencias que explique: “los objetivos generales de la residencia, los objetivos específicos y contenidos formativos por cada año de capacitación. Deberán detallarse las actividades más sustantivas a realizar en los aspectos asistenciales, académicos, docentes y de investigación; también las referidas al desarrollo de la cultura general si se realizaren;

<sup>241</sup> Gobierno de Mendoza. Ministerio de Salud. Dirección de Recursos Humanos. Reglamento de las Residencias Médicas. Decreto No. 2361/93.

se consignarán las cargas horarias. Se deberán detallar el sistema de evaluación y promoción”.

El Reglamento para el Concurso de Residentes de la Provincia de Santa Fe<sup>242</sup> establece que los programas de residencias deben incluir: “Actividades Docentes adecuadas para la formación teórico-práctica; actividades laborales de orden profesional con responsabilidad adecuada al grado de capacitación alcanzada, incluyendo labores en guardia central y/o en servicios asistenciales públicos alternativos al que le corresponde como destino básico; rotaciones obligatorias de hasta 9 (nueve) meses de duración por centros asistenciales de variada complejidad comprendidos en el ámbito Provincial; cumplimiento de las distintas actividades previstas en el programa, incluyendo el eventual aprendizaje del idioma Inglés; pasantías voluntarias (sujetas a autorización) de hasta 3 (tres) meses por centros de alta complejidad.

La Ley de Residencias Provincial San Fe establece como propósito de las residencias “completar los conocimientos adquiridos en la Universidad por **Profesionales del Arte de Curar** y capacitarlos para el ejercicio profesional en el alto nivel científico, moral y ético”, atendiendo fundamentalmente a conseguir varios objetivos, entre ellos, el de “formar profesionales competentes, con un programa de adiestramiento adecuado y previamente fijado, confeccionando sobre sólidas bases científicas y pedagógicas, con amplio sentido humano y de responsabilidad frente a sí mismo y frente al enfermo, como factor integrante de una misma comunidad, proyectándose en funciones docentes y de investigación” y “proporcionar un aprendizaje intensivo y continuado a través de la incorporación activa del Residente a un servicio hospitalario, esencialmente organizado para ese fin, con un régimen de trabajo de dedicación exclusiva, dentro de plazos preestablecidos y mediante la adjudicación y ejecución personal de actos de progresiva complejidad y responsabilidad, y bajo la dirección y supervisión correspondientes”.

Los diferentes documentos que reglamentan las residencias de Salta<sup>243</sup> se refieren a los programas de las residencias sin especificar su contenido, más bien se refieren a funciones y obligaciones de coordinadores, instructores y residentes. En el reglamento del Sistema de Residencias citado, se establece un concepto general acerca de las residencias que podría estar traduciendo un perfil macro en tanto define a la residencia como “un sistema de capacitación de post-grado, con el fin de incorporar en la formación de los profesionales de la salud, conocimientos, habilidades y aptitudes, con un enfoque integral y humanístico”. También establece como “objetivos” de las residencias “profundizar de manera pro-

<sup>242</sup> Resolución N° 200/02 - Bases para el Concurso de Residentes. Resolución N° 200/02.

<sup>243</sup> Decreto No. 1.277/00 sobre el Reglamento de Residencias Profesionales de la provincia de Salta y las Resoluciones No. 549/01 sobre Adscripción de las residencias Médicas y 100/02 sobre el Sistema de Evaluación de Residentes y Docentes de Residencias.

gresiva en el educando, conocimientos, habilidades y actitudes en salud, acorde a la evidencia científica y a los avances tecnológicos disponibles, con capacidad para el desempeño en equipos interdisciplinarios y en función de las necesidades de la población a la cual van dirigidas estas acciones dentro del marco del Plan de Salud Provincial”.

En algunos casos que encontramos un “plan de estudio” completo aparece la “misión” de la residencia en la que se define brevemente un determinado tipo de perfil enfocado desde el ámbito de la “formación”. Algunos ejemplos del campo de la Pediatría de Mendoza son claros:

“Formar un pediatra sólido profesionalmente, con información actualizada, dominio de la tecnología básica y compromiso ético y emocional en su tarea. La educación médica de postgrado, en la residencia, debe permitirle adaptar sus conocimientos y habilidades a las diferentes modalidades de relación médico paciente y de ejercicio profesional de tal manera que esté en condiciones de atender niños en distintos medios geográficos, sociales y económicos de cualquier lugar del país”.

En los programas de Pediatría, que suelen ser los más completos de los encontrados en las residencias investigadas también aparecen los objetivos por cada año de residencia, en la que se plantea que los residentes “deberán capacitarse y adquirir destrezas” en determinados aspectos y temas que tienen que ver con habilidades, conocimientos, capacidades, comportamientos y actitudes, mezclados e indiferenciados en cuanto al tipo de competencia deseado. Además de los objetivos por año, aparecen objetivos específicos por área, temas o enfermedades específicas y un desglose de contenidos temáticos.

En otros “programas” de residencia de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación también de Mendoza, encontramos definiciones de objetivos generales y específicos, referidos a lo que se espera del residente más en términos de responsabilidades y espacios de trabajo que a un concepto integral sobre los valores y principios de esta especialidad en particular y las competencias en términos de conocimientos, habilidades, capacidades, y comportamientos vinculadas al desempeño futuro como médico especializado. Vemos un ejemplo:

“El objetivo fundamental de la residencia es la capacitación integral en Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación con un perfil clínico quirúrgico, epidemiológico y social adecuado a las características regionales, debiendo el residente ser capaz, al finalizar la misma, de atender y resolver las consultas de la especialidad en consultorios externos y en la urgencia; orientar y derivar aquellos pacientes que requieran de la atención de un subespecialista. Así mismo, deberán haber adquirido las destrezas necesarias para la práctica de las intervenciones quirúrgicas más comunes de la especialidad”.

El currículo aparece así como el conjunto de objetivos de aprendizaje seleccionados que deben dar lugar a la creación de experiencias apropiadas que tengan efectos acumulativos y posiblemente evaluables, evitando de esta manera dilucidar aspectos controvertidos, como los valores y los principios sociales relacionados con la salud y el compromiso de los futuros egresados.

Una diferencia importante a destacar entre ambas residencias, por lo menos es el discurso manifiesto, es la orientación del perfil de los residentes de Pediatría hacia el contexto social con sus diferencias y las relaciones humanas, mientras que el perfil de la residencia de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación se inclina más hacia los aspectos técnicos instrumentales y las actividades asistenciales de la especialidad.

Esta definición de lo que se pretende formar podría tener relación con las observaciones de Grundy acerca de la pérdida de vista de la dimensión histórica, social y cultural de determinados enfoques curriculares que lo convierten en “objeto gestionable”, cuyo interés técnico “constituye un interés fundamental por el control del ambiente mediante la acción de acuerdo con reglas basadas en leyes con fundamento empírico”.<sup>244</sup>

El interés cognitivo técnico es esencialmente un interés por el control y la manipulación del ambiente. Esta orientación curricular supone que el educador producirá un alumno que se comportará de acuerdo con la imagen de una persona que haya aprendido lo que se le ha enseñado y para lograrlo hay que controlar tanto al alumno como al ambiente. Además, una de las palabras claves en esta forma de entender el currículum es la de “objetivos”, porque objetiva tanto al ambiente como al alumno en tanto los convierte en objetos. El profesor puede dirigir su conducta y su aprendizaje, lo que supone determinadas relaciones de poder en el medio del aprendizaje. Además, ostenta el poder último, en cuanto formula los objetivos y determina lo que debe suceder. De esta manera, esta orientación sostiene que cuanto más específicos sean los objetivos y el documento del currículo esté redactado con mayor claridad, más fácil será que el producto se parezca al enunciado.

Este tipo de enfoque curricular, que resalta la definición minuciosa de objetivos promueve una visión del saber en cuanto conjunto de reglas y procedimientos o “verdades” incuestionables, considerando de esta manera el saber como una mercancía, como medio para un fin. Es esta la “cultura del positivismo” de que habla Giroux, en la que el saber se presenta como objetivo, limitado y externo, expresado en un lenguaje básicamente técnico, con pretensión de no estar afectado de valores, con una magnitud contable, medible e impersonal. En este paradigma curricular, la enseñanza suele basarse en las disciplinas y trata los temas objeto de estudio de forma compartimentada y atomizada.<sup>245</sup>

<sup>244</sup> Grundy S. 1998. Op. cit. p. 29.

<sup>245</sup> Grundy, 1998, p. 58.

## 5.2. La selección y renovación del conocimiento

En el “cuestionario autoadministrado” se realizaron tres preguntas para identificar aspectos relacionados con **la organización, cambios y revisión de los contenidos curriculares**. Las tres respuestas más significativas en relación a la primera, es decir, a **cómo organiza los contenidos**, fueron las relacionadas con la organización por “unidades que integran diversos tipos de conocimiento y destrezas” (64%); “por casos presentados en el hospital” (55%) y “por grandes problemas” (43%).

Un segundo nivel de respuesta estuvo marcado por “ejes de conocimiento” (40%); “temas generales” (37%) y “por temas de investigación” (31%) y en un nivel porcentual bastante menor resultaron elegidas las opciones relativas a “contenidos temáticos separados unos de otros” (15%); “temas sugeridos del texto básico” (9%) y “teorías de conocimientos” (6%).

El hecho de que más de la mitad de los docentes/ instructores se inclinen a la elección y organización de los contenidos en función de los “casos presentados en el hospital” y “los problemas de salud-enfermedad” refuerza la idea de que el conocimiento seleccionado responde básicamente a la demanda inmediata asistencial, más que a una programación clara de aquello que se desea enseñar y formar. Lo más probable es que con este tipo de racionalidad se postergue o se obvie la formulación del problema con todas sus dimensiones, es decir, entender el contexto en que se desarrolla ese “caso problema”, la complejidad de las diferentes características y la propia singularidad del “caso”.

En cierta medida, el especialista se enfrenta repetidamente a ciertos tipos de situaciones o casos que constituyen el ámbito de su especialidad. Las situaciones con las que se encuentra diariamente son consideradas en función de su similitud con otros casos y como resultado de la repetición de casos parecidos desarrolla imágenes, diagnósticos, y técnicas que le sirven de base para sus propias decisiones y enseñanzas.

En cuanto a la organización de los contenidos “por temas de investigación” (31%) resulta contradictorio con uno de los problemas más señalados por los docentes mismos –que se analiza más adelante– relativo a la dificultad para realizar investigaciones con los residentes dentro del programa educativo, debido fundamentalmente a la carga de trabajo del servicio sobre los residentes.

En relación a **cada cuánto tiempo éstos contenidos se cambian** 63 docentes respondieron a esta pregunta: 44% marcó que se cambian “cada dos o tres años”; un 37% marcó que se cambian “cada año”; 11% “cada cinco años” y un 6% dijo que “tardan más de diez años” para cambiar los contenidos. Comparando con otra pregunta sobre las reformas curriculares realizadas en los últimos cinco años, el 53% marcó que no las hubo.

En este marco cabe destacar que “sólo la biblioteca de Medicina de Estados

Unidos cataloga cada año más de 250.000 artículos”<sup>246</sup>. Esto quiere decir que, los nuevos conocimientos se producen y circulan con mucha rapidez y que no basta cambiar, mejorar cada tres años el programa cuando éste, siguiendo las primeras dos respuestas obtenidas, debería estar en permanente cambio dado la vertiginosa producción de información científica en el campo de la medicina y de la salud en general.

El conocimiento, sostiene Venturelli, es tan cambiante en el terreno biomédico que no se puede, ni debe, fomentar la idea de que los procesos de educación médica entregan todo el saber; debe despertar la curiosidad y para ello debe crear un buen método de estudio, porque especialmente el conocimiento médico, en un alto grado, se hace obsoleto cada diez años.

En el mismo “cuestionario autoadministrado”, se les solicita a los docentes que marcaron que hubo reformas curriculares, **comparar la última reforma realizada con respecto al plan anterior** para conocer cuáles fueron los cambios fundamentales alcanzados.

Las opiniones al respecto fueron pocas y diversas, pero podrían agruparse en grandes grupos aquellas que presentan similitud. Un grupo respondió que las reformas habían contribuido a *“enfaticar la atención ambulatoria, las prácticas comunitarias y el enfoque de atención primaria”*:

- “Implementando nuevos conceptos de la profesión y/o adelantos tecnológicos y científicos que la modifican incluyendo temas de la problemática de salud de la comunidad”.
- “Importante para la formación del residente, la incorporación de la atención primaria en salud (APS), sociología, filosofía y se pasó de lo lineal de cada especialidad a lo interdisciplinario, por la accesibilidad del conocimiento compartido y el trabajo conjunto.
- “Se ajustó a las necesidades formativas de un pediatra general, con más énfasis en atención ambulatoria y extrahospitalaria”.
- “Consolidar el cambio de lugar de prácticas del hospital psiquiátrico a las prácticas de salud mental comunitaria”.
- “Se adapta más a la realidad socio-sanitaria local, se articula mejor con los programas de las especialidades que conforman el área materno-infantil y se coordinan actividades entre el primer nivel y el cuarto, con proyección comunitaria”.
- “Práctica en terreno, estrategia de APS”.

En este primer grupo hay que destacar que desde mitad de la década pasada la provincia de Salta estableció la residencia de Atención Primaria en Salud y la de Medicina General con orientación en atención primaria y además, se forma-

<sup>246</sup> Venturelli J. 1997. Op. cit. p. 209.

lizó un grupo especializado en aspectos de atención primaria que servía de enlace al resto de las residencias para discutir aspectos de atención primaria en cada una de ellas y para coordinar aspectos relativos a las rotaciones.

En el caso de Rosario, hace algunos años, se inició un proceso entre la Universidad Nacional de Rosario y los hospitales con residencias para incorporar la “especialización”, lo que ha llevado a desarrollar discusiones importantes sobre cómo hacerlo y adecuar aspectos académicos en la propuesta curricular.

Otro grupo consideró que las reformas habían reforzado *una mayor participación de los residentes en las prácticas hospitalarias*:

- “Se ha implementado una mayor participación y se le ha dado mayores responsabilidades al residente en lo asistencial, lo que le da mayor experiencia en menos tiempo”.
- “Mayor participación del residente en la resolución de problemas mediante la investigación personal o grupal, con mayor importancia dada a los temas relacionados con medicina ambulatoria”.
- “Participación del alumno en el procesos de enseñanza-aprendizaje; incorporación del método científico”.
- “Relación de la residencia en su extensión a la comunidad”.

Independientemente de cómo se realice la participación de los residentes, es importante la apertura que desde éstos programas se le ofrece a los residentes; sin embargo, las tres participaciones referidas circunscriben experiencias participativas diferentes: una desde la responsabilidad en lo asistencial, otra desde la resolución de problemas mediante la investigación y otra a partir de su participación en el proceso educativo, quedando la duda si estos conceptos de participación responden más a una necesidad del contexto de los servicios de cada residencia y en función de la carencia de personal y sobre demanda en la atención o a una posición de los docentes/ instructores que parten de la reflexión sobre las necesidades de aprendizaje de los residentes y la búsqueda de nuevas estrategias.

La mayoría hizo referencias a aspectos que tienen que ver con aspectos curriculares y pedagógicos. Algunos de estos cambios pasan por *el ordenamiento del programa en cuanto a los conocimientos y la amplitud de los mismos*:

- “Se estructuraron de una forma más ordenada los conocimientos año por año, aplicando los cambios tecnológicos y científicos como así también la detallada actividad práctica a desarrollar en el tiempo de duración de la carrera”.
- “Creo que ha existido dentro de los cambios un incremento en los Seminarios de Formación que le resta tiempo a la práctica que es esencial para el aprendizaje y permite recrear la teoría para pensarla y volver a la práctica con una actitud diferente”.
- “La carrera de postgrado benefició a los residentes desde el punto de vista teórico- académico, con un título de mayor prestigio y jerarquía”.

- “Se realizaron reformas curriculares que favorecieron el desarrollo de las residencias debido a la interdisciplinariedad”.

En los casos de Rosario, como dijimos anteriormente, los cambios identificados estuvieron determinados por la apertura de la carrera de especialización en algunas residencias, lideradas por la Universidad Nacional de Rosario y en el caso de Salta por la incorporación del núcleo transversal de atención primaria en todas las residencias.

“Ordenar los conocimientos”, “detallar las actividades prácticas” o “incrementar los seminarios”, son partes importantes de cualquier reforma educativa; sin embargo, siguen siendo arreglos de superficie, que sin dudas ayudan, pero no constituyen los grandes cambios para los procesos de formación de las residencias.

Para otros docentes/ instructores, los cambios más importantes están referidos de manera más específica a la adquisición y actualización de conocimientos:

- “Adquisición de conocimientos y destrezas supervisadas con realización de juicio crítico sobre los mismos”.
- “De contenido, no de estructura”.
- “La actualización de conocimientos”.
- “Existe un programa nacional de Pediatría, que estamos informatizando, incluyendo videos y problemas prevalentes”.

Ha sido una constante en los procesos de reforma de la educación médica poner el énfasis en la cantidad de información, siendo que ésta es lo más efímero de cualquier proceso educacional, especialmente porque si no se asocia a la práctica corre el riesgo de olvidarse, por lo cual los educadores, han puesto el énfasis en los últimos tiempos, en desarrollar las destrezas de sus alumnos para la adquisición de alto sentido crítico que fortalezca su necesidad de buscar nuevas fuentes de información e investigación, y de desarrollar en ellos la práctica del aprendizaje permanente.

Otros relacionaron los cambios con aspectos pedagógicos, *como la metodología de problematización, aunque siempre ligada a los contenidos:*

- “Estamos incorporando contenidos innovadores y con introducción de la pedagogía de la problematización”.
- “Estamos en proceso de cambios, con contenidos innovadores y con la introducción de la pedagogía de la problematización”.
- “Intervención de la discusión y planteos en el abordaje teórico- práctico”.
- “Buena opinión, los cambios son adaptaciones a nuevas formas de tratamiento y estudios”.
- “Adquisición de conocimientos y destrezas supervisadas con realización de juicio crítico sobre los mismos”.

Es importante hacer una diferenciación entre el enfoque de “problematización” con la propuesta metodológica de “solución de problemas” (problem solving) de la cual hemos hablado en el primer capítulo, en tanto ambas han sido referidas por los docentes/instructores indistintamente.

El enfoque de “problematización” busca una reorientación de patrones de pensamiento, valoración y acción colectivos; predomina el conflicto como categoría de aprendizaje más que la racionalidad técnica, la cual se integra enmarcada en el análisis del conflicto; se trabaja al mismo tiempo con lo manifiesto y lo latente, con lo subjetivo y lo objetivo y se centra en el equipo de trabajo y la misión de la organización, contextualizando la práctica y privilegiando el avance colectivo en función de la organización<sup>247</sup>. Es un enfoque educativo que intenta “problematizar” la práctica para la búsqueda de solución, partiendo de los problemas de la realidad laboral, social y educativa, donde no todas las variables que interviene en la definición y determinación del problema son controlables, ni están en los libros y generalmente no responden a la racionalidad técnica, ya que dichos problemas derivan del contexto, la organización del trabajo o son problemas que genera el propio sujeto como actor de un proceso laboral-social.

La propuesta metodológica de “solución de problemas” (problem solving) intenta desarrollar el razonamiento y el conocimiento para la búsqueda de solución a un problema a través de la formulación de preguntas, el planteamiento de hipótesis, la sistematización de información, la defensa de opiniones y tesis con conceptos claros. Lo que intenta es formar decisores, utilizando la información como herramienta de trabajo, estimulando la curiosidad del aprendizaje individual para mejorar el rendimiento del individuo y del grupo de estudio- trabajo, lo que facilitará al estudiante aprender a trabajar en grupo.

Sobre esta propuesta Branda<sup>248</sup> sugiere que los “problemas” son situaciones utilizados como disparadores para identificar necesidades de aprendizaje. Los problemas son, en general, presentados en papel, y constan de varias partes presentando la información en forma progresiva. Con el progreso del estudiante en el programa educacional, los problemas se vuelven más complejos, estimulando el proceso de razonamiento que lleva a la intervención o resolución de problemas, además del aprendizaje basado en el problema. La primera parte del problema es la presentación de la situación y las secciones siguientes pueden contener información adicional sobre el o los individuos, o la comunidad involucrada en el problema o situación.

<sup>247</sup> Davini MC. Políticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. En: OPS/OMS. Educación Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 100. Washington DC: OPS/OMS; 1994.

<sup>248</sup> Branda Luis. El aprendizaje basado en problemas y las tutorías. Universidad de Bahía Blanca Argentina, Mimeo; 1999.

Ambas propuestas contemplan lineamientos metodológicos y pasos a seguir durante el proceso. Así, sugiere Branda, algunos pasos básicos para el aprendizaje basado en “solución de problemas”:

- Cuando el grupo comienza a explorar un problema los estudiantes leen el párrafo de introducción de la situación e inician el análisis a través de una tormenta de ideas que finaliza, al final de la tutoría en la concreción de un plan de estudio.
- Una de las etapas tempranas de discusión del problema, es el pensar en posibles hipótesis o mecanismos de explicación. Esto lleva a identificar el conocimiento que el grupo en su totalidad o estudiantes individuales ya poseen y el conocimiento que deben adquirir para interpretar mejor el problema.
- La necesidad de discutir conocimiento previo y/o experiencias en el proceso de aprendizaje es fundamental, aunque ese conocimiento sea limitado y necesite revisión. Los estudiantes deben hacer el esfuerzo de analizar lo que han adquirido previamente para identificar lo que deben aprender y lo que pueda ser erróneo en lo aprendido previamente muchas veces como resultado de distintas experiencias de cada uno.
- Ese conocimiento previo aunque limitado y a veces erróneo da un marco de referencia al aprendizaje de lo nuevo y les da a los estudiantes la oportunidad de revisar lo pasado. El hacer un listado de hipótesis o de los mecanismos de explicación y de las áreas de aprendizaje identificadas es de gran ayuda en hacer el plan de aprendizaje.

Con esta diferenciación conceptual y metodológica entre el enfoque de “problematización” con la propuesta de “solución de problemas”, queremos señalar que las opiniones emitidas por los docentes/ instructores en ésta y otras reflexiones realizadas en los diferentes instrumentos utilizados, no traducen la utilización de alguno de los dos enfoques pedagógicos que hemos expuesto en el sentido estricto de cualquiera de los dos, a pesar de la influencia que, en los casos de Mendoza y Rosario pudieran tener por los cambios que las facultades de medicina vienen realizando en los últimos años con la enseñanza fundamentada en la “solución de problemas”.

Si bien las distintas opiniones proporcionadas tienen que ver con planteos diversos, importantes y necesarios referidos a aspectos del proceso pedagógico y en buena parte relacionados con una amplitud de elementos de comunicación, discusión, juicio crítico y mayor cercanía entre la práctica y la teoría, no lograron transmitir un enfoque de reforma coherente en función de los diversos aspectos que habría que considerar. Algunas residencias de Rosario, comienzan a asumir, por lo menos a nivel de discurso, el enfoque de enseñanza por problemas, segu-

ramente por la influencia de la Universidad Nacional de Rosario, que se encuentra en el proceso de cambio curricular con este mismo enfoque.

De todas las opiniones, encontramos sólo una, cuya *reforma o cambio curricular fortaleció en el docente/instructor la capacidad de pensar su práctica como docente:*

- “A partir de un curso de capacitación realizado me ha permitido repensar mi actividad docente y la de otros instructores y profesores que acompañan, no me limito a metas en número de mis objetivos de aprendizaje sino pretendo que aprendan a pensar en nuevos problemas”.

Es importante señalar que muchos docentes/ instructores realizan cursos de capacitación continuada fuera del hospital y de su práctica docente en temas relacionados con el perfeccionamiento docente. Resulta interesante el dato de, como a partir de la realización de un curso, este docente inicia una reflexión acerca de su práctica, movilizándolo hacia un nuevo pensamiento centrado en el aprendizaje de los alumnos y en problemas.

Las opiniones emitidas en todos los casos, nos llevan a reflexionar sobre cómo se elabora o reforma un currículo. A grandes rasgos, debe ser fruto de una reflexión colectiva de los docentes y actores que intervienen en el proceso educativo, a partir del análisis de su propia realidad institucional para ayudarlos a la concreción coherente con las previsiones del currículo, la distribución y secuencia del conjunto de objetivos, contenidos y ciclos a lo largo de la etapa educativa, definir los criterios establecidos en el proyecto educativo y seleccionar las metodologías más adecuadas, seleccionar las formas evaluadoras más idóneas para comprobar el tipo y grado de aprendizaje, seleccionar los recursos didácticos y materiales, entre otros. En todos los casos, se refiere a algún aspecto de los aquí señalados, que en sí mismo no constituyen una reforma curricular pero que sin dudas formarían parte de ella.

De los datos ofrecidos acerca de si hubo o no reformas, preocupa el hecho de que el 53% marcó que no las hubo y que el 11% cambia los contenidos “cada cinco años” mientras el 6% dijo que “tardan más de diez años” para cambiarlos, lo que estaría indicando que una buena parte de los programas de residencias se mantiene estáticos no sólo es aspectos referidos a los contenidos y el conocimiento, sino también en las formas novedosas de acceder a ellos, las maneras de dimensionar los problemas, las habilidades y destrezas para adquirir y desarrollar conocimientos, así como otros temas de importancia relacionados con la visión de la medicina y la sociedad.

### **5.3. Disponibilidad de acceso al conocimiento sistematizado.**

En los reglamentos de residencias de Santa Fe aparece con claridad que los programas de residencias deben contar con “biblioteca propia o central” y que el

“medico residente tiene derecho a contar con los recursos humanos y materiales necesarios para que el programa de instrucción que está siguiendo se cumpla totalmente, tanto en el trabajo como en la investigación y estudio”<sup>249</sup>. En Salta, el Sistema de Evaluación de Residentes y Docentes de residencias contempla a “la biblioteca o hemeroteca” como uno de los componentes de evaluación.<sup>250</sup>

En las “autoevaluaciones participativas” el 74% de las Unidades de Residencias de la Provincia de Buenos Aires afirmó que existe **acceso a la información bibliográfica** en las residencias a través de sus bibliotecas especializadas y actualizadas. El 54% de las Unidades Médicas Básicas, el 85% de las residencias post-básicas y el 41% de las residencias del “equipo de salud”, reciben revistas nacionales o extranjeras, a través de suscripciones mensuales o anuales. También, el 71% señaló la disponibilidad de materiales educativos y el 77% afirmó que dispone de un aula para el desarrollo de la docencia. Sin embargo, cuando se habló de los problemas de las residencias, el personal participante en esta evaluación consideró que “hay falta de lugar físico propio y adecuado, materiales, biblioteca, fotocopiadora, proyector, videocasetes, televisor y acceso a internet.”<sup>251</sup>

Diez de las once residencias que participaron en el proceso en Rosario dijeron contar con una biblioteca mínima. Una de ellas cuenta con dos suscripciones nacionales mensuales, otra cuenta con una sola y tres cuentan con suscripciones nacionales y extranjeras anuales, llegando a un total de 8 suscripciones. Las bibliotecas de los Hospitales Eva Perón y Centenario ofrecen servicio a varias residencias. Tanto el sistema de préstamo como la información computariza con acceso a servicios nacionales e internacionales fue catalogada como mínima.

En cambio en Salta, seis de las 15 residencias cuentan con una biblioteca mínima. Ocho residencias cuentan con suscripciones nacionales mensuales y seis cuentan con suscripciones nacionales y extranjeras anuales. El sistema de préstamo no es utilizado entre ellas y no cuentan con un sistema de información computarizado para solicitar información científica.

El tema de las bibliotecas especializadas por hospital y residencias es un tema de debate en los países con dificultades económicas y muchos expertos en el tema de la información científica se preguntan hasta dónde pueden los hospitales públicos disponer de estas facilidades y si no es mejor disponer de una biblioteca centralizada de altísima calidad técnica, ubicada por ejemplo, en alguna Universidad provincial, conectada en red con los distintos hospitales y centros de salud provinciales, con acceso a préstamos y búsqueda a través de internet y otros medios de bi-

<sup>249</sup> Decreto 635/85, Reglamento del Sistema Provincial de residencias de Santa Fe.

<sup>250</sup> Resolución No. 100/02, Aprueba Sistema de Evaluación de Residentes y docentes de Residencias.

<sup>251</sup> Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2001. Op. cit. p. 34.

bliotecas virtuales especializadas en salud, de manera que permita a docentes y residentes solicitar información actualizada sobre los diferentes temas de estudio. Un sistema de esta naturaleza podrá, sin dudas, ofrecer un mejor servicio, que un sistema de bibliotecas pequeñas fraccionadas por especialidad e incompletas.

Si bien las reglamentaciones de por lo menos dos de las tres provincias estudiadas con este primer instrumento de "evaluación participativa" contemplan estas bibliotecas particulares en cada hospital que tenga residencias, también cabe preguntarse sobre los conocimientos del residente en cuanto a los diferentes sistemas de información de salud "on line" y la necesidad de desarrollar autonomía y un *hábitus* de consulta y actualización permanente a través de los distintos medios disponibles.

Más allá del perfil ocupacional futuro que adopte el residente una vez convertido en especialista, ya sea como médico de consultorio privado o público, investigador o docente, tendría que desarrollar un *hábitus* diferente al de tomar notas en clases o preguntar al jefe de servicio o instructor de su práctica acerca de una situación de salud-enfermedad determinada, porque cualquiera que fuera su práctica futura le exigirá indefectiblemente y de manera permanente, establecer niveles de consulta acerca de los avances del conocimiento científico técnico de la medicina en general y de su especialidad en particular.

Por otra parte, cualquier método de instrucción que se adopte en el nivel de postgrado deberá provocar el desarrollo de capacidades de búsqueda, indagación, investigación y el dominio de formas y modos activos de hacer, de manera tal, que estimule al alumno a adoptar una actitud activa sobre su propio aprendizaje y deje de ser un eterno receptor.

Relacionado con el tema de acceso a la información científica se abrió una pregunta para conocer la disposición de los residentes a la *información que permita identificar problemas nacionales e internacionales de salud-enfermedad*. Al respecto, el 64% de los programas de residencia de Rosario y el 60% de las de Salta señalaron que realizan ejercicios de comparación y discusión acerca de problemas locales de salud-enfermedad con problemas del mismo tipo a nivel nacional. De la Provincia de Buenos Aires no se obtuvo el dato. Sobre estos datos quedan dudas por varias razones identificadas en las reflexiones realizadas posteriormente por los docentes, en los otros dos instrumentos utilizados que tienen que ver fundamentalmente con el tiempo dedicado a la práctica clínica, la atención a los pacientes; el poco espacio dedicado a los aspectos teóricos y de investigación, así como las dificultades de la información estadística de los hospitales, que muchas veces no está actualizada o disponible para los residentes.

El acceso a la información y al tipo de conocimiento también está relacionado con la selección de los contenidos del currículo que realizan los docentes. En el cuestionario, se invitó a los docentes/ instructores marcar las tres opciones que representen **los mejores criterios de la selección del contenido de su progra-**

ma. El 87% consideró que los elige en función “de los nuevos conocimientos teóricos”; el 64% sobre “los problemas de salud- enfermedad” y el 47% por “los casos presentados en el hospital”.

En menor porcentaje eligieron la opción de “las teorías clásicas de la especialidad” (22%) pese a que el grado de estudio corresponde al nivel de especialidad y la opción “los nuevos adelantos tecnológicos” (38%) siendo que el desarrollo de las especialidades médicas demanda de conocimientos y manejo especializado de estos adelantos, especialmente los que tienen que ver con la aparatología médica, instalada en la gran mayoría de los hospitales argentinos. Sin embargo, conviene aclarar que los docentes/ instructores que llenaron el cuestionario pertenecen, en una alta proporción, a las especialidades básicas, donde la repercusión de la tecnología podría no estar representando una variable especialmente significativa en la práctica de estas especialidades y por ende en la elección de los contenidos educativos.

El modelo dominante que tradicionalmente ha existido sobre cómo actúan en la práctica los profesionales de la enseñanza y sobre la relación entre investigación, conocimiento y práctica profesional ha sido calificada por Schön como el de *racionalidad técnica*. A juicio de Contreras, “la idea básica de modelo de racionalidad técnica es que la práctica profesional consiste en la solución instrumental de problemas mediante la aplicación de un conocimiento teórico y técnico, previamente disponible, que procede de la investigación científica. Es instrumental, porque supone la aplicación de técnicas y procedimientos que se justifican por su capacidad de conseguir los efectos o resultados esperados”... “lo que diferencia a los profesionales es que la forma en que se aborda la solución de problemas, los medios de que se dispone para ello, son medios técnicos, basados en el conocimiento científico especializado”.<sup>252</sup>

Finalmente, el criterio de elección de los contenidos sobre la base de “lo aprendido en su propio programa de formación” fue elegido por el 42% los docentes. Contreras<sup>253</sup> también ha señalado que una de las características por las cuales la idea de ciencia aplicada afecta el desempeño laboral es que la relación que se establece entre la práctica y el conocimiento es jerárquica, es decir, que las destrezas prácticas son las necesarias para la realización de técnicas, las cuales se derivan de los conocimientos disponibles por la ciencia aplicada, que a su vez se fundamenta en las aportaciones que realiza la ciencia básica. Junto a la jerarquía entre conocimiento teórico o básico y técnico aplicado, se establece otra entre los componentes del saber y los relacionados con el hacer.

El esquema bajo el que este 42% selecciona el contenido educativo es posiblemente un reflejo de la jerarquía de subordinación de los aprendizajes prácti-

<sup>252</sup> Contreras DJ. La autonomía del profesorado. Madrid: Morata; 1997. p. 64.

<sup>253</sup> IBID, p. 65.

cos a los teóricos, que en el caso de las residencias se establecen desde su propia definición cuando señalan que “la práctica asistencial supervisada ocupa el rol protagónico en la capacitación del residente”<sup>254</sup>; “el programa educacional debe tender a que el aprendizaje se efectúe al lado del enfermo, comprendiendo la ejecución directa y personal de todos los actos médicos bajo adecuada supervisión y asesoramiento por parte de los mas capacitados. Se completará con la capacitación activa en reuniones, ateneos, clases teóricas, conferencias, cursos y actividades académicas; estas no podrán insumir en total más del 30% del tiempo útil”.<sup>255</sup>

Por otra parte, el hecho de que un poco menos de la mitad de los docentes/ instructores elija los contenidos en base a lo que aprendió en sus años de estudiante, puede interpretarse como la necesidad de los médicos especialistas de reproducirse a sí mismos o al sector que pertenecen, de legitimar las instituciones y las propias actitudes dentro de ellas. Con esta práctica, se podría pensar que las residencias médicas constituyen espacios de reproducción de la práctica hospitalaria, donde el conocimiento explícito e implícito que se transmite convierte inexorablemente a los residentes en personas pasivas y reproductoras de una práctica similar.

Parafraseando a Grundy, señala Contreras que la enseñanza entendida como aplicación técnica, como práctica dirigida a la obtención de resultados o productos definidos, no es una práctica creativa, sino tan solo reproductiva, dirigida a reproducir en los alumnos los objetivos que guían su trabajo. Las capacidades que se asocian a la acción autónoma, como la deliberación y el juicio, quedan aquí reducidas a un conjunto de destrezas y a reglas que se han de seguir.

Analicemos entonces los diferentes tipos de diseño de los “programas” educativos identificados por los docentes/ instructores. El Currículo tiene un *determinado formato*, no es una simple selección de contenidos sin criterio alguno, sino que está organizado bajo una forma que se considera la más apropiada para cualquier nivel educativo. Además de los *contenidos*, el marco de explicación del currículo tiene como componentes básicos los *códigos* y las prácticas del mismo. Los *códigos* son los elementos que le dan forma pedagógica a los contenidos, los que acaban moldeando de alguna manera la práctica educativa, es decir, las ideas o elementos que interviene en la selección, organización, instrumentación metodológica y presentación de los currículos a los alumnos y profesores. Los códigos provienen de: las opciones políticas y sociales, las concepciones epistemológicas, los principios psicológicos o pedagógicos y los principios organizativos.<sup>256</sup>

<sup>254</sup> Reglamento de residencias de Mendoza. Decreto No. 1.097/01.

<sup>255</sup> Reglamento del sistema provincial de Residencias de Santa Fe. Decreto No. 635/85

<sup>256</sup> Gimeno Sacristán J. 1995. Op. cit.

#### 5.4. Las residencias y la integración docencia-servicio

La Ley de Residencias de Salud de Santa Fe establece que “cumplimentando el programa de formación teórico-práctico, el residente deberá rotar en Centros Asistenciales de zona inhóspita o en centros de distintas complejidades, pudiendo ser el período total de un año”.

Sólo en uno de los reglamentos del sistema de residencias de Salta<sup>257</sup> se establece como objetivo “profundizar de manera progresiva en el educando, conocimientos, habilidades y actitudes en salud, acorde a la evidencia científica y a los avances tecnológicos disponibles, con capacidad para el desempeño en equipos interdisciplinarios y en función de las necesidades de la población a la cual van dirigidas estas acciones dentro del marco del Plan de Salud Provincial”; de la misma manera que demanda al coordinador de la residencia “coordinar e integrar las diversas estrategias docentes-pedagógicas y asistenciales, entre los distintos niveles de atención y las especialidades lineales y no lineales, orientando al profesional residente hacia el logro de los objetivos de la Residencia”. Pese a los mandatos específicos, en la práctica, los docentes/instructores de las residencias de Salta no expresan con claridad lineamientos y pasos concretos que realizan para el desarrollo de la “integración”.

En la “evaluación participativa” se solicitó definir el concepto de “**integración docente asistencial**” con el objetivo de identificar tanto la visión de la integración como las formas cómo se realizan. Algunos docentes definen esta integración con referencia a *las modalidades o estrategias educativas que se utilizan en el proceso educativo*:

- “A partir de ateneos, trabajos clínicos, demostración de pacientes integrales y presentación de casos clínicos”.
- “Inserta en un servicio formal de clínica médica. Los residentes participan en revista de sala, cursos de actualización provinciales y nacionales e integración en la asistencia diaria con los médicos de planta”.
- “El equipo docente participa en las tareas asistenciales del servicio en la tarea ambulatoria y de internación, supervisan la tarea asistencial de los residentes y comparten seminarios donde se discuten temas académicos y asistenciales”.
- “Viajan a otros servicios a Buenos Aires para otra formación especializada”.
- “El desarrollo de la actividad docente se lleva a cabo en forma integrada en horarios coincidentes con la actividad asistencial formando parte de los seminarios del área diagnóstica y tratamiento”.
- “Participación en la docencia de pre y postgrado, en trabajos prácticos, conferencias en cursos de la cátedra”.
- “La residencia su propio programa basado en la enseñanza teórica aplicada a la práctica de quirófanos”.

<sup>257</sup> Decreto No. 1.277/00.

En cada una de estas definiciones, la integración adquiere distintas connotaciones, como un método de trabajo o actividades, pero no como una estrategia de abordaje. Cada una de las modalidades educativas como los ateneos, pase de salas, seminarios, presentación de casos clínicos, seguramente incluyen algún vínculo entre la docencia con la asistencia, pero no aparece definido cómo se logra. En cualquiera de ellos, se puede presentar la parte teórica, sin que necesariamente se observe un caso en particular y viceversa. Se pueden observar, analizar, dar seguimiento a casos concretos y no realizar la búsqueda de bibliografía de referencia ni hacer las reflexiones teóricas que permitan la asimilación y acomodación de los conocimientos prácticos y teóricos.

Se observa en algunas definiciones que se da por sentado que una vez determinado el marco de lo teórico, la asimilación ocurre al unísono. Del otro lado, la concepción técnica de la práctica supone que tanto el docente del servicio como el residente actúan aplicando soluciones disponibles a problemas ya formulados, eligiendo de entre los medios disponibles el que más se adecua a los fines previstos, dando la impresión de que el menú de opciones está cerrado y que no hace falta mayor búsqueda de otras dimensiones de análisis por un lado y de soluciones por otra.

Otros hacen referencia a *la relación con otras especialidades y al intercambio de conceptos y experiencias*:

- “Existe relación directa con los médicos de planta de la especialidad. Existe comunicación directa y permanente con los residentes de las otras especialidades”.
- “Una de las formas de IDA que se implementó a partir de 1996 es la de organizar cursos Interdisciplinarios en los cuales intervienen residentes y profesionales de los servicios”...“el residente está integrado a los distintos servicios del programa bioquímico a través de su cuerpo docente, con realización de ateneos, actualización bibliográfica, discusiones de casos, estudios estadísticos, etc.”.
- “Intercambio disciplinario de los servicios de los residentes. Interdisciplinario de los servicios, cumpliendo los residentes una función multiplicadora de los conceptos y acciones de salud”.
- “El sistema de residencia se encuentra inserto dentro del servicio de cirugía infantil, trabajando en forma conjunta y armoniosa, intercambiando conceptos e ideas a través de ateneos bibliográficos, coloquios por el conjunto de médicos de sala y guardias”.
- “La IDA está definida desde la actividad asistencial conjunta del residente con el médico de auxiliar docente en un intercambio fluido de experiencias con el sustento académico de un jefe de residencias, todos sujetos a la autoridad de un jefe de servicio, que ordene actividades y oriente la docencia en forma conjunta con el instructor de la residencia. Ambos bajo la autoridad de un gerente de programa que es responsable de ambas funciones (docencia-asistencia)”.
- “Las residencias propician la integración con los distintos servicios en todos los niveles”.

- “A partir de datos semiológicos y patológicos y los estudios del paciente se discuten los mismos para definir su diagnóstico y enfocar al conducta más adecuada. Es constante la docencia en función del servicio, lo mejor que se efectúa actualmente, en cada ocasión un residente supervisa al otro y en caso de necesitar más datos hay jefes de residentes, instructores y servicios a disposición para complementarlos”.

Estas dos grandes tendencias manifiestas en las residencias están evidenciando un pensamiento similar en cuanto a la manera de concebir la integración en cualquiera de sus versiones. Que el residente pase por distintos servicios no garantiza la integración de conocimientos teóricos prácticos, ni que exista integración entre las experiencias docentes y las del servicio.

La integración entre docencia y asistencia requiere la definición de metas u objetivos, qué se pretende y para qué, cuál es la utilidad, qué se quiere alcanzar o resolver, con cuál metodología y en cuánto tiempo. Al parecer no ha sido suficientemente debatido el concepto y no se han establecido líneas o problemas claros y apropiados de trabajo para alcanzar algún tipo de integración de la docencia con la asistencia. La integración es fundamentalmente un proceso y una filosofía de trabajo que se pone en acción a la hora de enfrentarse con los problemas, a partir de una metodología lo suficientemente creativa y con una estrategia de comunicación y reflexión compartida.

Una sola de las residencias hace la excepción, en tanto *incorpora como parte de la relación docencia con la asistencia el vínculo del servicio hospitalario con centros de salud de una región de referencia sanitaria y la incorporación de la investigación, integrando a la vez alumnos de pre y postgrado.*

- “El hospital es referente de 9 centros de Salud del área VIII. El trabajo se realiza a través de la cátedra y el área programática con las metas de salud del año 2000, con labor asistencial, docente y de campo (investigación), encuestas integrando alumnos de pre y post grado”. Se ha efectuado una relación docente asistencial del cuerpo docente y residentes a través de la rotación por centros periféricos en la problemática social comunitaria”.

Este es otro tipo de enfoque de integración muy importante y sobre la cual se ha insistido mucho desde diversas instancias reguladoras de los sistemas de salud, que intentan conectar experiencias entre la red de referencia y contra-referencia de servicios de salud y desde otras instancias de la educación médica, especialmente como propuesta de práctica del pregrado, que busca que los estudiantes se familiaricen con la salud- enfermedad de la comunidad y puedan, desde allí, establecer un aprendizaje más real sobre el contexto social en la que se insertan los servicios de salud y conocer más de cerca los determinantes del proceso de salud- enfermedad. Si bien esta práctica originalmente estuvo referida a la

enseñanza del pregrado, comienza a aparecer como un componente interesante también en el ámbito del postgrado.

### 5.5. La enseñanza interdisciplinaria.

Gimeno Sacristán sostiene que el *formato* curricular es sustancial para la configuración del Currículo ya que del mismo se derivan importantes repercusiones en la práctica. Así, los tres tipos de programas señalados por los docentes/instructores, organizados con el formato de “interdisciplinario”, por “asignaturas independientes” o a partir de “los problemas de salud que se presentan en la práctica diaria” tienen consecuencias decisivas y al mismo tiempo, diferentes para la formación, selección y organización del profesorado, la selección de los materiales educativos, las competencias de los profesores y la práctica de las mismas y especialmente, para el tipo de experiencia de aprendizaje que los alumnos puedan desarrollar.

Es por esto que este autor y otros más, como por ejemplo Bernstein, otorgan especial importancia a la forma de organización de los contenidos, considerándola como parte constitutiva del currículo y como uno de sus códigos más decisivos. Este último distingue los currículos en función del tipo de barreras y fronteras que se establecen entre los contenidos, si están o no aislados entre ellos, independientemente del campo de conocimiento de que se trate. Así, distingue dos tipos básicos de currículos: el que denomina “collection” en el que los elementos se diferencian unos de otros y se yuxtaponen, como es el caso del currículo diseñado por disciplinas. El otro, es el “integrado” en el que los contenidos aparecen en relación abierta unos respecto de otros, donde se suprimen o difuminan los contornos disciplinares.

El currículo tipo *mosaico*, como puede ser el diseño por asignaturas, facilita que los profesores mantengan entre sí las mismas barreras que guardan entre sí los diferentes especialistas en función de los conocimientos segmentados y la lógica de cada especialidad, generando entre cada una de las especialidades un fuerte sentimiento de grupo y una fuerte identidad profesional alrededor de la especialización en la disciplina. Según Popkewitz<sup>258</sup> “el currículum centrado en las disciplinas sirve para legitimar el conocimiento, el poder y el prestigio de los profesionales”.

Los currículos estructurados en áreas de conocimiento y experiencias posibilitan, a juicio de Gimeno Sacristán, la enseñanza más interdisciplinaria, pero reclaman en el profesorado una formación del mismo tipo. Otra forma de integración se apoya en la visión del equipo de profesores acerca del formato curricular y las

<sup>258</sup> Popkewitz T. Los valores latentes del currículum centrado en las disciplinas. En: Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal Universitaria; 1989. p. 319.

formas cómo encararlo en base a sus relaciones y a las dificultades de estructurar equipos docentes. Esto implica de alguna manera, lograr la integración a partir de la construcción de una relación lograda entre los docentes, abandonando los estilos individualistas que suelen darse en las instituciones educativas y de servicio y superando las dificultades de estructurar los equipos docentes. En otras palabras, el currículo organizado con un código más integrado exige que el profesorado cambie de formación (en sentido pedagógico), de actitud (aceptación de sus propias lagunas de conocimiento) y de formas diferentes de trabajar en grupo, lo que tiene serias repercusiones de tiempo y coordinación de espacios de trabajo y definición de líneas y objetos de estudio compartidos.

Los programas de formación organizados con el formato de “interdisciplinario”, o a partir de “los problemas de salud que se presentan en la práctica diaria” exigen un esfuerzo adicional a los responsables docentes de dichos programas por conectar conocimientos provenientes de campos disciplinares o especialidades diferentes, lo que seguramente proporcionaría a los residentes una experiencia de aprendizaje más significativa.

En el “cuestionario autoadministrado” se trabajó sobre *los problemas para la implementación de la interdisciplinariedad en las residencias*. El 49% de los docentes consideró que lograr la interdisciplinariedad es un problema de esfuerzo teórico-práctico que tendrían que hacer los docentes para lograr la integración. El 20% de ellos opinó que representa un problema de ordenamiento curricular.

Estos planteamientos hacen referencia a la integración en los aspectos relativos a la teoría y la práctica. No olvidemos que el término de interdisciplinariedad surge con la finalidad de corregir posibles errores que acarrea una ciencia excesivamente compartimentada y sin comunicación interdisciplinar y que esta crítica ha corrido pareja con la que se dirige al trabajo fragmentado, la separación entre el trabajo intelectual y manual, entre la teoría y la práctica<sup>259</sup>. En el caso de la enseñanza de medicina de pregrado y de la salud en general, constituyó un espacio clave para iniciar un debate con mayor fuerza y demostrar, sobre la base de la investigación empírica e histórica, la determinación de los fenómenos sociales sobre los procesos de salud-enfermedad.

Lo que en este primer nivel de respuesta aparece es una preocupación mayor relacionada con uno de los aspectos relacionados con la interdisciplinariedad: el vínculo entre la teoría y la práctica.

La elaboración de proyectos curriculares, sea cual fuese su direccionalidad, implica un proceso largo y costoso. Una nueva concepción curricular, que busque la integración de los conocimientos en áreas de gran complejidad y de prácticas profesionales hegemónicas como es el caso de la enseñanza de la medicina, implicaría redefinir una metodología lo suficientemente creativa y estrategias de

<sup>259</sup> Torres J. 1994. Op. cit.

comunicación y organización de un proyecto a mediano y largo plazo que facilite la construcción interdisciplinaria. Podemos estar hablando de diversas formas de encarar la integración, desde la correlación de diversas disciplinas, la integración a través de temas, tópicos o ideas; integración en torno a una cuestión de la vida práctica y diaria, hasta la integración desde los temas o investigaciones que decide el alumnado.

En cuanto las dificultades de los docentes para alcanzar una visión interdisciplinaria en los currículos de las residencias, el 23% consideró que es producto de una formación de pregrado no interdisciplinaria, el 18% opinó que está relacionada con la ausencia de promoción desde la especialidad y esta dificultad de la organización del hospital para el trabajo interdisciplinario, mientras que el 17% señaló el desconocimiento de las ventajas y desventajas del trabajo interdisciplinario.

Todas estas respuestas traducen la manera como los médicos entienden la disciplina y la práctica y las dificultades que desde los espacios de formación inicial y desde la práctica se tienen para poner en funcionamiento una política científica y técnica coherente, estrechamente coordinada con el desarrollo social y la salud de la población.

Sobre los métodos y estrategia de integración que utilizan, la mayoría de los docentes respondió a esta pregunta señalando tres formas de realizar la integración aunque no respondieron con exactitud cómo la hacían. Los métodos que señalaron fueron: “las ínter consultas”, el desarrollo de “seminarios en conjunto” y la discusión de “casos problemas”. La forma como cada uno de ellos se lleva a cabo, con cuál metodología y estrategia de integración no fue respondida.

Sólo tres docentes de 70, argumentaron que realizan estos métodos de integración a través de la “identificación de problemas y/o habilidades comunes, diseño de tareas y/o proyectos”; “mediante una metodología prefijada por núcleos, un dictado de cursos de orientación y tácticas de integración, talleres de trabajo, elaboración de trabajos de investigación” y “encontrar nudos problemáticos cuya resolución involucra a las diferentes especialidades del área materno infantil, creando el espacio de reflexión para encontrar la solución en conjunto. De cualquier manera, en ninguno de los tres casos queda claro una metodología específica que traduzca cómo se realizan exactamente. En esta pregunta en particular, se identifica una particular dificultad para describir tanto el concepto de interdisciplinaria como las formas de abordaje. Pareciera que sólo es utilizada la consulta del otro en la medida en que se necesita otra visión cuando aparece un caso problemático, pero no como práctica de investigación sobre aspectos que requieran de procesos de profundización desde diferentes miradas.

Si bien no existe un único proceso o líneas para desarrollar la interdisciplinaria, existen algunos pasos que suelen estar presentes en cualquier intervención interdisciplinaria tales como: la definición del problema, determinar los conoci-

mientos necesarios, las disciplinas representativas, desarrollar un marco integrador y los aspectos a ser investigados, especificar los estudios o investigaciones concretas, reunir los conocimientos actuales y buscar nueva información, resolver los conflictos entre las distintas disciplinas tratando de buscar un vocablo común, construir y mantener la comunicación a través de técnicas integradoras, co-tejar todas las aportaciones y evaluar su adecuación, integrar los datos obtenidos individualmente, ratificar o no la solución que se ofrece y decidir sobre el futuro de la tarea.<sup>260</sup>

Algunos docentes expresaron que:

“No hay método ni estrategia predeterminado, depende de la disponibilidad en ese momento, seminarios interdisciplinarios de casos, interconsulta personal acompañado por el residente”; “no tengo pensado estrategias ni métodos, solo la intención y así trato de funcionar” y “todo esto en forma no reglada y de acuerdo a la necesidad del momento”.

El 66% de los docentes/ instructores que llenaron el “cuestionario” señalaron que no han realizado trabajos de investigación interdisciplinaria con docentes de otras disciplinas en los últimos cinco años. Al 34% que respondió que si había realizado investigación interdisciplinaria se les pidió que la describieran. La mayoría habló de “las buenas experiencias obtenidas” o “la necesidad que han tenido de hacer investigaciones interdisciplinarias” pero no definieron sobre qué y cómo la hicieron. De todas las respuestas sólo pudimos rescatar 5 de ellas que identificaban *algún proceso de investigación aunque no fuera definido del todo*:

- “Médicos, psicólogos, nutricionistas, bioquímicos, enfermeros y agentes sanitarios del área XIII realizamos la investigación de factores de riesgo en mortalidad infantil en dos comunidades diferentes: Criolla y Wichi comparándolas para realizar un programa local preventivo adecuado”.
- “Solo uno realizado hace seis años en equipo multidisciplinario con agentes sanitarios y enfermeros en centros de salud, en investigación de casos de diarreas y sus casos con énfasis en cólera”.
- “Trabajo en conjunto del Servicio de Terapia Intensiva con ISCAMEN. Fue muy fructífero, se encontraron huellas causales que permitieron desarrollar medidas preventivas en el futuro”.
- “Trabajo de malformaciones congénitas. Monitor con sede en Brasil. Se evalúan los RN con sexo, peso, paridad materna, hijos y muertos. Malformados. Existe un esquema de descripción de la malformación por un manual operacional. Está disponible información y literatura del caso por los jefes del programa/trabajo”.
- “Con servicio de terapia intensiva se compiló información clínica de pacientes

<sup>260</sup> Torres J. 1994. Op cit. p. 67-68.

que sufren hemorragia intracerebral. El trabajo era presentado por un centro externo coordinador con buena integración”.

En las “entrevistas” también se les solicitó ampliar este tema y describir el tipo de trabajo que realizan los docentes en equipo con otras especialidades médicas. Veintitrés docentes/ instructores (85%) se refirieron *al trabajo relacionado en las “inter consultas” con otros especialistas* acerca de un tema específico sobre algún paciente que requiera la mirada de otra especialidad. Se presentan algunas de las reflexiones emitidas:

- “Fundamentalmente lo que nosotros tenemos con las otras especialidades es por intermedio de ínter consultas, es decir cuando los llamamos a ellos o nosotros vamos a contestar ínter consultas que es una interrelación que tenemos con las otras especialidades”.
- “Interactuamos en las consultas, con algunos especialistas de otras especialidades, porque también nos pasa eso, tenemos más “raport” con algunos que con otros, generalmente con quienes hemos tenido formación parecida”.
- “Nosotros tenemos sistemas de ínter consultas, eso sería en la práctica, en Pediatría hay un caso quirúrgico y se hace la ínter consulta con Cirugía, un caso traumatológico, la ínter consulta con Traumatología”.
- “Es mínimo, en general digamos, las otras especialidades médicas sólo quieren el diagnóstico nada más, y nosotros caemos en ello, los anátomo clínicos no son muy frecuentes, por casos particulares y que son muy problemáticos por algo en particular, nada más, no por que sea de interés docente”.
- “La especialidad nuestra, yo digo que es Clínica Quirúrgica, no Cirugía General, porque tratamos de ver al paciente en general así que trabajamos mucho con otras especialidades, sobre todo en el enfoque de examen pre- operatorio, con Salud Mental, con Clínica Médica, con Anestesiología, hacemos un enfoque interdisciplinario del paciente, pedimos ínter consultas, viéndolo juntos o haciendo seminarios en base a algunos casos, o haciendo Comités, por ejemplo Oncología, se llevan los pacientes oncológicos, se discuten”.
- “Con la especialidad que más relación tenemos es con Clínica Médica, porque nuestro servicio no es un servicio de cabecera, porque somos ínter consultores, entonces quién lo interna, en el 95% de los casos es Clínica Médica, estamos en estrecha relación, en primer año están todo el tiempo en Clínica Médica, en segundo durante el día, de Lunes a Sábados, se tiene la actividad con Neumonología, pero las guardias de fin de semana y el resto del día, son de Clínica Médica, la relación es buena porque estamos muy ínter-relacionados. Con otras especialidades tenemos muy poca relación, nos piden solamente una ínter consulta por ejemplo Cardiología, Nefrología, Cirugía, y con lo demás hay muy poca relación”.
- “Después los trabajos sobre los pacientes complejos, que requieren de más de una especialidad para su atención, nosotros actuamos a manera de coordinadores, tratando de acercar las posiciones. No nos reunimos más allá que des-

de el punto de vista que se escriben las ínter consultas en las carpetas, uno puede decir que no está de acuerdo en hacer algo, pero estamos organizados de manera de que si no estamos de acuerdo, hay alguien que decide; y es quién haya internado al paciente. Es un trabajo en el que participan mucho los residentes, a veces se discute mucho. Cuando hay algún problema hablamos entre nosotros para aclararlo”.

- “Con nefrología y cirugía cardiovascular la parte de trasplantes renales, tenemos muy buena relación con cirugía general, y ginecología. Cuando un paciente de un servicio necesita del apoyo de la consulta de otro servicio, llegamos a compartir en buenos términos al paciente y delinear a lo mejor algún trabajo futuro entre los dos servicios para presentar”.
- “El único caso son las ínter consultas. Muy de vez en cuando hay un caso muy complejo que hace que nos reunamos, en un seminario, con otras especialidades. Pacientes clínicos que han tenido patología quirúrgica, pasa por ejemplo en pacientes con cáncer, que tienen metástasis en columna o cadera, donde necesitan nuestra opinión, pero son muy contados casos”.

Analizando estas respuestas se puede pensar que los especialistas docentes asocian la “interdisciplinariedad” con la “interconsulta” y ésta con la “interacción” entre los colegas para el intercambio de opinión, especialmente cuando se trata de conocer la opinión profesional desde otra especialidad. En algunos casos, se observa además, que el trabajo de ínter consulta depende de la buena relación que se tenga con los especialistas de otro servicio u otra residencia y del reconocimiento y respeto que se tengan entre ellos. También expresan algunos de los docentes/instructores ciertas dificultades con otras especialidades, no quedando claro en los planteamientos qué tipo de problemas obstaculizan una relación de mayor intercambio, aunque sólo fuera para las ínter consultas clínicas.

Por otra parte, encontramos que los enfoques de interdisciplinariedad asociados a la inter-consulta es común a todas las especialidades. En el último capítulo ampliamos más este análisis con otro tipo de reflexiones que surgieron de otras planteamientos.

Destacamos a continuación los comentarios de uno de los docentes/ instructores, de la cual se pueden extraer otras reflexiones:

- “No se hacen trabajos en equipo con otras especialidades, sólo ínter consultas, se discute el caso, tratamos de ponernos de acuerdo, solo cuando tenemos pacientes en común y esporádicamente hacemos seminarios en común. Nuestra relación en el hospital con muchas de las otras especialidades no es buena, excepto con algunos servicios que es muy buena y con ellos hacemos seminarios en común, por ejemplo, Neumonología, Gastroenterología, hacemos muchas actividades juntos, clases, seminarios, discusiones, pero no tenemos proyectos en común, trabajos de investigación. Con otros servicios chocamos mucho, por diferentes razones, por la estructura misma del hospital, vi-

siones distintas, no coincidimos en las decisiones, esto nos pasa mucho con Neurología, por ejemplo, entra un paciente con un ACV (accidente cerebrovascular), lo internan en Neurología, pero nosotros hacemos la historia clínica, nos ocupamos de toda la parte administrativa, pero no participamos de las decisiones y es muy frecuente que no coincidamos en ellas, como tampoco en las indicaciones de los estudios. Sería muy fácil decir, no trabajen con ellos, pero nosotros tenemos muchos residentes, las 24 horas del día y ellos son un servicio que podríamos decir de medio día, y si dejamos de hacerlo, dejamos de ver los pacientes neurológicos y esto nos pasa también con otras especialidades y nos limitaríamos al consultorio, este es otro gran problema”.

Los pacientes son en definitiva, el eje en común que tienen las residencias, de lo cual se deduce la preocupación por el ser humano como tal y la necesidad de obtener otras miradas para dar salida a una situación de atención de la enfermedad. Pero más allá del paciente, que es la responsabilidad principal del hospital, pareciera que no existe mayor preocupación por el desarrollo de un trabajo de equipo, en función de los nuevos conocimientos que entre todos pudieran generar y por las estrategias de aprendizajes de carácter interdisciplinario que se deberían colocar como prioridad para los residentes en formación.

En el trabajo interdisciplinario, el punto de partida debería ser la investigación, en este caso si se quiere del paciente y el interés por movilizar un equipo multidisciplinario con el espíritu de instaurar un diálogo interdisciplinario, donde cada uno vaya adquiriendo cierta familiaridad con los conceptos y métodos de los demás docentes. En un equipo multidisciplinario, las reglas de trabajo pasan por la presentación de cada uno de los enfoques o análisis acerca del objeto problema común y por los interrogantes de manera profunda y de acuerdo a la propia mirada que cada uno tiene.

Los “poderes” entre los campos disciplinares aparecen en este y otros comentarios, los cuales se manifiestan en las relaciones distantes, en la poca comunicación entre los servicios y residencias, dando lugar tal vez, a las preponderancias de ciertos campos o especialidades. Esto quiere decir que existe una especie de “territorialización” del conocimiento, donde cada especialización delimita su parcela, pone sus condiciones y se vuelven muy desconfiados ante aquellos que no pertenecen a esa especialidad.

En los distintos reglamentos no encontramos normativas referidas al trabajo en equipo o con otras residencias que debe hacer el residente o los docentes, aunque algunos de ellos, refieren como deber de los jefes de residentes “coordinar las tareas en común con los jefes de residentes de otras residencias”. Las tareas en común no necesariamente están referidas a un trabajo en común, interdisciplinario, aunque muchas de ellas tienen que ver con la planificación y celebración de seminarios y ateneos clínicos donde se presentan casos de pacientes para ser analizados desde diferentes visiones de especialidades.

Otros docentes/instructores asociaron el trabajo en equipo *a las reuniones con alguna otra especialidad (residencia) para la discusión de algún caso en particular o tema que haya entrado al hospital y que requiera la opinión desde diversos ángulos, para lo cual se prepara una reunión o seminario.*

- “Nosotros tenemos muchas reuniones perinatológicas, así que Perinatología sería una interdisciplina muy importante nos reunimos una vez por semana o sino discutimos los casos en Perinatología, después con Cirugía, tenemos también bastantes reuniones y discusiones de casos. Nosotros tenemos sistemas de ínter consultas aunque no con la frecuencia que yo desearía; se hacen reuniones en conjunto sobre temas, supongamos, hoy vamos a hablar de derrames pleurales, conductas ante un derrame pleural, bien entonces vienen los residentes de Cirugía, los instructores, pero se hace poco, desgraciadamente se hace poco, con Anatomía Patológica pero más por cuestiones académicas, siempre va apuntando más a lo asistencial, a resolver un caso. Con Perinatología, ahí sí, porque ahí discutimos, hacemos temario, hoy hablaremos de enfermedades específicas, preclampsia, de prematuridad, de bolsa rota, creo que ahí lo logramos, no vamos a un caso en especial sino a un tema, siempre fue un anhelo, pero la carga asistencial lo impide, lo de siempre hoy no se puede, a ésta hora no se puede. Normalmente es la presentación del tema, expone un residente el resumen de lo último de la actualización sobre conductas, eso lo hace un residente de tercer año por lo general, entre los de Obstetricia y los de Pediatría, y los instructores opinamos y se crea una discusión”.
- “Pedimos ínter consultas, viéndolo juntos o haciendo seminarios en base a algunos casos, o haciendo Comités, por ej. Oncología, se llevan los pacientes oncológicos, se discuten”.
- “Nuestra relación en el hospital con muchas de las otras especialidades no es buena, excepto con algunos servicios que es muy buena y con ellos hacemos seminarios en común, por ejemplo Neumonología, Gastroenterología, hacemos muchas actividades juntos, clases, seminarios, discusiones, pero no tenemos proyectos en común, trabajos de investigación”.
- “Muy de vez en cuando hay un caso muy complejo que hace que nos reunamos, en un seminario, con otras especialidades”.
- “Participamos desde mi tarea, en los Ateneos de Clínica Médica, en los Ateneos Hospitalarios, aparte hay un Ateneo Hospitalario una vez al mes.
- “Bueno tenemos pacientes en conjunto, en común con los otros especialistas, en realidad trato de que muchas actividades se den en forma conjunta, tenemos previsto hacer actividades de aprendizaje conjunto, tenemos Ateneos conjuntos, el Ateneo del hospital es conjunto con todas las especialidades del hospital”.
- “Bueno, por ejemplo, hacemos Ateneos cuando surge una determinada patología”.

La mayoría de las reuniones también giran alrededor del análisis de casos que necesariamente demanda la visión de más de una especialidad. Este tipo de reuniones, de discusión de un tema o de un caso de algún paciente, posiblemente no ponga en peligro los espacios de poder de cada especialidad, en tanto se trabaja sobre las opiniones que cada una tiene del caso o cómo trabajan sobre un tema determinado y sirve para que los residentes escuchen y reflexionen sobre las diferentes miradas acerca de un mismo problema, legitimando de alguna manera, el fraccionamiento de las ciencias médicas, de los espacios de trabajo y poder, y además, la visión desintegrada de los problemas de salud-enfermedad de un ser social.

El mecanismo de reunión por excelencia es el ateneo del cual hablaremos más adelante, que gira la mayoría de las veces, alrededor de un caso clínico y que muchas veces viene organizado desde la dirección del hospital o por los propios jefes de residentes.

Otros docentes/ instructores sostuvieron que *no se realizan trabajos en conjunto con otras especialidades*, desconociendo las razones específicas de esta situación ya que esta investigación no profundizó estas razones en particular:

- “Aquí hay un problema, se trabaja interdisciplinariamente, pero sin poder penetrar en esa residencia, yo no he podido hacer un trabajo en conjunto, es como decir, vos querés algo, yo te lo doy, pero yo mando acá, sin perder la paternidad, por ejemplo le pido charlas a Infecciosas, a Clínica Médica, a Oncología, pero eso es un parche, el postgrado tiene que ser transdisciplinario, donde uno tendría que poder ir a un seminario de otra especialidad y discutir, participar, para eso se necesitaría que se modifique todo el programa general de la residencia, desde la Facultad, entonces si está en el programa, el residente dice “lo tengo que cumplir”.
- “Con la que más relación tengo es con Gastroenterología, también con Terapia Intensiva y me ha tocado relacionarme con Psicología por algún paciente que tenía H.I.V., en consultorio externo, con Gastroenterología, tan sólo informes, con Terapia tenemos un diálogo más fluido, esto ocurre cuando referimos a los pacientes a otras áreas”.
- “No tenemos un lugar de encuentro común con todas las especialidades, sí con los neumonólogos, y con los gastroenterólogos, no mucho más”.
- “No se hacen trabajo en equipo con otras especialidades”.
- “Es mínimo, en general digamos, las otras especialidades médicas sólo quieren el diagnóstico, nada más, y nosotros caemos en ello”.

La primera de estas reflexiones resulta interesante en tanto se habla de la incapacidad de “penetrar” en otras residencias y la división de las especialidades en función del poder de “territorialidad” que hablamos antes.

Las diferentes respuestas en todas las agrupaciones que hicimos traducen que los equipos de residencias, cuando se reúnen, lo hacen con aquellas residencias que tienen más afinidad, ya sea por una cercanía científica o de dependen-

cia en cuanto a sus contribuciones científico técnicas o por una relación de camaradería y respeto entre los campos especializados.

Para los residentes, como aprendices de una especialidad en particular, el modelo de “aprender haciendo” con características de “territorialidad” y de desconianza entre los diferentes campos especializados resulta riesgoso en tanto sólo entra en contacto con conocimientos de síntesis, presentados y exigidos de manera mecánica y rutinaria, no alcanzando a profundizar en los conocimientos que le permitan obtener una visión más amplia de los propios límites de su especialidad.

Una sola residencia expuso su experiencia como equipo interdisciplinario que trabajó alrededor de un estudio con pacientes, siendo un caso particularmente especial dado el contexto de todo lo expuesto en las diferentes preguntas relacionadas con el trabajo en equipo y el trabajo interdisciplinario:

- “Yo tengo una formación multidisciplinaria anterior, por eso me manejo bien, yo hace dos años o tres empecé hacer Ojos Secos: son ojos secos, boca seca, reumatismo, menopausia, es el Síndrome de Schoegren, formamos un grupo de estudio, un anatómo patólogo, una odontóloga estomatóloga, un reumatólogo, y yo, oftalmólogo, se forma el grupo de trabajo con pacientes, un protocolo de estudio, y sobre el protocolo desfilan los pacientes. Hicimos una investigación que presentamos en la Facultad, y ahora somos investigadores de la Universidad de Rosario, porque fue aprobada, sobre ese trabajo se formó un Grupo de Auto-Ayuda de mujeres con Schoegren, que en realidad nos enseñaron ellas a nosotros, una experiencia increíble, interdisciplinaria y con pacientes, ahora presentan ellas, en una Feria de la Salud que va hacerse en Rosario, un poster, un stand”.

Las reflexiones emitidas por los docentes/ instructores nos llevan a pensar en “las culturas de la enseñanza” que habla Hargreaves, en la que reconoce que el individualismo, el aislamiento y el secretismo constituyen una forma particular de esta cultura, y dentro de esta cultura acaban gozando de preferencia determinadas estrategias de la enseñanza. También dentro de esta cultura se van obviando formas de comunicación que permitan establecer estrategias colectivas novedosas. En este sentido, dice este autor, “las culturas de la enseñanza comprenden creencias, valores, hábitos y formas de hacer las cosas asumidas por las comunidades de profesores que tienen que afrontar exigencias y limitaciones similares en el transcurso de muchos años. La cultura transmite, a sus nuevos e inexpertos copartícipes, las soluciones históricamente generadas”.<sup>261</sup>

Las culturas de la enseñanza, como cualquier otra cultura, señala Hargreaves, tienen dos dimensiones importantes: *contenido* y *forma*. El contenido lo re-

<sup>261</sup> Hargreaves A. Profesorado, cultura y postmodernidad. Cambian los tiempos, cambia el profesorado. Madrid: Morata, 2da. ed; 1998. p. 189.

laciona con las actitudes, creencias, valores, hábitos, supuestos y formas de hacer las cosas en el seno de una comunidad docente y la forma de la cultura docente consiste en “los modelos de relación y formas de asociación” que se ponen de manifiesto en el modo de articularse entre ellos. Comprender ambas dimensiones supone entender muchos de los límites y posibilidades del desarrollo del profesorado y del cambio educativo.

La cultura de la enseñanza de las residencias médicas se caracteriza entonces por *formas* individualistas, en tanto la relación de aprendizaje está sustentada sobre la base de la relación docente-alumno, es decir, el docente enseña solo, sin mayor contacto y discusión con otros docentes que puedan enriquecer la actividad educativa, lo que le permite mantener un nivel de intimidad y una protección frente a interferencias de otras residencias. Estudios sobre la cultura de los docentes en general, asocian el individualismo con la falta de confianza en sí mismos, la defensividad y la ansiedad, los fallos y fracasos en la enseñanza y la incertidumbre. Reconocemos sin embargo que, el individualismo en la enseñanza puede ser algo complejo, causado ya sea por las limitaciones administrativas, pautas creadas por los propios docentes como respuesta a las contingencias cotidianas de su ambiente laboral como las presiones y misiones difusas de su tarea o también, la libre elección de trabajar sólo con sus alumnos.

Esta forma individualista podría tener que ver también con la autonomía de la profesión médica que hablaba Friedson, en el sentido de la posesión de algún status, cualidad, o demanda que obliga a la verdad u obediencia voluntaria o como profesional dueño de un conocimiento especial, inasequible para el resto de las personas y vinculado con las actividades de consulta, tratamiento, recomendaciones y otras formas de trabajar que le son propias y únicas de su especialidad y de su forma de encararla.

El tipo de práctica educativa enfocada hasta aquí por los docentes/ instructores refleja además, una manera de enfocar el currículo, donde es probable que los profesores no pueden trabajar juntos la práctica de la enseñanza porque no comparten enfoques similares sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y se limitan a enseñar como les enseñaron a ellos, lo que en definitiva restringe las oportunidades de los profesores de aprender unos de otros.

La enseñanza “interdisciplinaria” requiere una serie de acuerdos desde su programación, de una serie de pasos metodológicos para que pueda alcanzar aquello que por consenso los docentes desean obtener con sus alumnos. No se puede esperar que los residentes por su cuenta integren los conocimientos dispersos adquiridos con profesores diferentes, bajo metodologías educativas y enfoques científico técnicos desde la medicina diferenciados.

Es posible que la referencia que hacen los docentes al programa de formación “interdisciplinario” esté referido a las posibilidades concretas aunque azarasas que tienen los residentes de pasar por distintos servicios en casos en los que

se requiere de la “inter consulta” o por el contacto que cotidianamente tienen con residentes de otras especialidades, lo que no necesariamente implica una conexión de componentes disciplinares diseñados especialmente para alcanzar algún nivel de integración de diferentes conocimientos que provienen de especialidades diferentes.

Realizado este análisis, cabe pensar que la *taylorización*<sup>262</sup> del currículum<sup>263,264</sup>, como esquema curricular dominante en la mayoría de las carreras de ciencias médicas<sup>265</sup>, se mantiene dentro de los docentes/ instructores que cursaron la carrera de medicina en años y décadas pasadas.

### 5.6. A modo de síntesis

La información obtenida a través de los instrumentos aplicados, la revisión de los reglamentos establecidos en las provincias estudiadas, así como la revisión de unos pocos programas o planes de estudio a los que tuvimos acceso muestran el predominio del currículo “implícito” en la mayoría de las residencias médicas seleccionadas y la falta de una programación sistemática y compartida entre los docentes/ instructores, lo que hace que domine la “individualización” del currículo como estructura fundamental. Es decir, el desarrollo del currículo depende en gran parte de cada docente, de sus conocimientos teóricos y prácticos y de los valores que posee en cuanto a la práctica médica y fundamentalmente, a su concepción curricular, los cuales no son puestos a consideración y discusión con el resto de los especialistas de una manera u otra participan en el proceso educativo.

De las opiniones de los docentes/ instructores como de los propios reglamentos se puede deducir que las residencias médicas constituyen programas de

<sup>262</sup> La propuesta curricular de Tyler se ha considerado como una propuesta prescriptiva y directiva; como “una receta represiva” derivada de su secuencia rígida y de la necesidad de predeterminedar los objetivos de tipo behavioristas y específicos; el desarrollo del curriculum podría acomodar cualquier credo filosófico, elección que puede ser tan arbitraria como la elección de los objetivos; utilización de la filosofía de forma muy tosca y bastante común, como la enumeración de creencias vagamente expuestas. También se ha considerado que “ha limitado el pensamiento sobre el curriculum y ha creado una preocupación artificial por los resultados de la producción, a expensas de los procesos experimentales”

<sup>263</sup> Kliebard HM. 1998. Op. cit

<sup>264</sup> Hlebowitsh PS. 1998. OP. cit. p. 171.

<sup>265</sup> En las Universidades de Cuyo, Mendoza, hace seis años se inició un proceso interesante de cambio curricular fundamentado en el enfoque de “aprendizaje basado en problemas”. De igual manera en Rosario, se inició el cambio con el mismo enfoque hace tres años. Sólo en el caso de Rosario, algunos de los docentes/ instructores de las residencias, que a la vez son docentes del pregrado, han podido compartir capacitaciones y talleres de intercambio acerca de las nuevas modalidades educativas donde la reflexión y la investigación constituyen los ejes fundamentales del proceso educativo.

formación especiales, donde es más estricto el cumplimiento de determinadas reglas de trabajo y responsabilidad con los pacientes que lo referido a aspectos específicamente académicos. La responsabilidad de los residentes está muy ligada al funcionamiento del hospital y a los servicios de atención ya que sobre ellos descansa en gran parte y durante mucho tiempo los problemas asistenciales. De hecho, una manifestación concreta en cuanto al peso del conocimiento es la deficiencia que tienen la mayoría de las residencias estudiadas para el acceso al conocimiento sistematizado a través de bibliotecas, redes, etc., que atenta contra la formación y la investigación y dificulta enormemente el proceso curricular intencional y programado.

Las reflexiones de los docentes/ instructores dejan además al descubierto que el currículo de las residencias médicas como forma de acceso al conocimiento, todavía está lejos de asumir una estrategia educativa de “aprender a aprender” de manera significativa, como demanda esencial de todos los procesos educativos del presente siglo. El currículo de las residencias debería constituir una vía a través de la cual los residentes aprendan a aprender, a adquirir estrategias y capacidades que les permitan transformar, reelaborar y reconstruir los conocimientos que reciben. De la forma como están organizadas las residencias, tanto en lo pedagógico como en la carga asistencial que pesa sobre los residentes, no es posible dar este salto cualitativo, especialmente si todavía no se tiene mucha conciencia de los diferentes modelos educativos y de que se pretende alcanzar del futuro especialista.

Por otro lado, el peso del Hospital es otro factor muy importante en la dominancia del currículo implícito. En el binomio docente asistencial, el último es el que manda; y la integración del conocimiento que pudiera esperarse, también está determinada por la propia estructura segmentada del Hospital, en el que no se comparten estrategias entre distintas especialidades dirigidas fundamentalmente a superar las barreras disciplinares y a encarar la práctica del aprendizaje a partir de los “problemas” que deben mirarse desde distintas perspectivas y desde diversos puntos de vista científico técnico. Así, la interdisciplinariedad se reduce, tanto en la práctica de la atención hospitalaria como en la práctica educativa, a la lógica de las especialidades, las cuales se mantienen como parcelas separadas, salvo cuando un determinado caso problema requiere de una “inter consulta” obligatoria.

En el capítulo sobre los hospitales en Argentina hemos descrito la *estructura personalizada* del modelo hospitalario, caracterizada por la segmentación en feudos y reinos, donde los profesionales van imponiendo sus visiones parciales de la organización. Sobre ese mismo esquema de organización se construyen las residencias médicas, sobre los mismos feudos, cuyos superiores deciden de manera unilateral acerca de las actividades a desarrollar y asignan las responsabilidades a los subalternos.

## ■ CAPITULO 6

# Las dificultades y alcances de la práctica educativa

Comprender y guiar la educación en cualquier proceso educativo implica considerar dos componentes básicos entrelazados. Por un lado, las dimensiones explicativa y normativa propias del conocimiento disciplinar sobre educación, que corresponden a saber por qué las cosas son de una determinada manera y a saber cómo conviene que se hagan para lograr lo que se quiere.

La relación entre el pensamiento y acción en la educación es un problema cultural que exige un tratamiento más amplio de lo que generalmente se acostumbra a discutir, como son las “metodologías o herramientas educativas”, en tanto interviene en dicho proceso las relaciones entre lo subjetivo y lo social de todos los agentes que intervienen en la experiencia práctica. Estos agentes que transportan ideas a la práctica son, en el caso de las residencias médicas, aquellos que tienen poder de decisión en la educación de los residentes y de marcar con su aportación la experiencia educativa. Tal como hemos definido en capítulos anteriores, en esta definición de agentes se pueden incluir todos los actores institucionales que forman parte de la educación y la organización de la práctica médica, pero en el caso particular de este capítulo se destacan las ideas que sobre la práctica educativa tienen los docentes/instructores.

Cualquier sistema o proceso educativo, como complejo de personas que trabajan en él, como entramado de relaciones personales, de relaciones con el mundo externo, con la realidad económica, social y cultural y como aparato institucional regido por su propia cultura y regulaciones, tiene que ser explicado con otros esquemas, por la acción de otros mecanismos y determinaciones, más allá de la actividad educativa como propositiva y reducida a lo que es intencional en un momento determinado.

Como sostiene Gimeno Sacristán<sup>266</sup>, el binomio teoría-práctica en educación es un problema con significados más amplios, en el que hace falta un planteamiento más complejo para poderlo entender, en el que se tome en cuenta la relación entre conciencia, significado, conocimiento y mentalidad con la acción y con la tradición acumulada de saber hacer en educación, es decir la relación entre los componentes cognitivos y los comportamientos prácticos.

El significado más concreto de la práctica educativa se refiere a la actividad que desarrollan los docentes, quienes dan contenido y forma a la experiencia de enseñar y de educar y quienes finalmente, componen la tradición de la pedagogía, en tanto expresan la forma más directa de comunicar a otros las elaboraciones de la cultura, en este caso, de la cultura médica. Desde este punto de vista, la acción pedagógica no puede ser analizada sólo desde el punto de vista instrumental, sin ver las implicaciones del sujeto –docente– y las consecuencias que tiene su subjetividad en el aporte de las tradiciones, y experiencias, es decir, la intencionalidad que tiene, que se traduce en acciones y actividades.

El docente, como agente pedagógico, es un ser humano que actúa y ese papel no puede entenderse al margen de la condición humana y del contexto y práctica hegemónica en la cual desarrolla su actividad médica. Como agente pedagógico actúa también como empresa colectiva, como grupo social que emprende una acción conjunta, que refleja la singularidad o el sello de sus acciones, constituyendo un estilo propio de actuar en la práctica educativa.

El conocimiento de la educación y de su calidad, así como la relación entre conocimiento y acción, es indisoluble de la calidad humana de los docentes, de los que ellos, como sujetos sociales valoran y piensan. Otros elementos organizativos, de tendencias sociales y de contextos como los que hemos planteado en los primeros capítulos, así como las elaboraciones para la organización y transmisión de conocimientos expuestos en el capítulo anterior, encuadran, dan contenido y condicionan la acción, pero las acciones humanas, es decir el papel de los docentes, sigue siendo elemento central y espina dorsal de cualquier proceso educativo.

La educación es una invención dirigida que lleva consigo una selección de posibilidades, de contenidos, de caminos; es el resultado de respuestas dirigidas a ciertos propósitos y la práctica que se desarrolla en el espacio educativo, cualquiera que sea su dimensión y realidad, tiene un sentido. Comprender la práctica educativa desarrollada en las residencias médicas, a partir de las acciones que llevan los docentes, es entender la práctica como proceso de construcción de la realidad y no como hacer mecánico.

Los modos de pensar la práctica educativa de las residencias médicas han estado contextualizados histórica y culturalmente dentro del ambiente hospitala-

<sup>266</sup> Gimeno Sacristán J. Poderes inestables en educación. Madrid: Morata; 1998.

rio, es decir han estado determinados por la realidad de la práctica del servicio hospitalario y el modo particular de encarar la educación médica a partir de la realidad específica que acontece en este tipo de establecimiento de servicio de atención médica. Si bien la práctica real excede lo que se enuncia de ella (discurso), lo narrado y expresado por los docentes en cada uno de los instrumentos utilizados en esta investigación anticipa en gran medida la práctica misma. Desde esta mirada, la realidad no es un objeto externo, sino en gran medida, lo que los docentes perciben, piensan y valoran.

### 6.1. Los docentes y su visión de su experiencia como residente

Más de la mitad de los entrevistados (56%) refieren que en años anteriores y específicamente cuando ellos fueron residentes *estaban más solos en el proceso de aprendizaje. Les daban mucha responsabilidad a los residentes, no había mucho apoyo, se les exigía mucho*. Algunos de ellos señalaron que a pesar de esto contaban con gente en el servicio de mucho conocimiento y prestigio que les enseñaban a mirar al paciente. Algunas expresiones ilustran esta visión:

- “La enseñanza en mi Residencia era bastante individual, se basaba mucho en el estudio propio y único, no teníamos demasiados docentes en ese momento, no teníamos demasiada enseñanza, y un poco era el esfuerzo individual lo que predominaba. Y no teníamos por ahí demasiado apoyo sobre todo en lo que era la tarea asistencial, por ahí apenas uno empezaba (que se sentía sumamente desvalido), no tenía mucho apoyo, había que arreglárselas”.
- “La enseñanza de la residencia también era medianamente parecida a la de ahora, era por la buena voluntad de la gente o de los médicos que nos querían enseñar”.
- “No había demasiado apoyo, uno tenía que hacerse mucho solo”.
- “Comparándola con la de ahora, hay dos diferencias, en aquel momento estábamos más solos los residentes, si bien teníamos instructores había mucho, mucho de autoaprendizaje donde casi la mayor referencia era el Jefe de Residentes, muchas veces nos sentíamos muy solos”.
- “Hice la residencia hace 26 años atrás, había un residente por año y no había jefe o sea éramos tres residentes sin jefe, se aprendía yo llamo por transpiración, es decir que si uno se pegaba al que sabía, aprendía por sudor, lo que sudaba el otro, si uno tenía voluntad, apetencias, aprendía, no había una enseñanza orgánica, no había clases, ni ateneos, ni seminarios”.
- “Cuando yo era residente estábamos muy solos porque los docentes tienen una carga horaria muy importante en el pregrado, y no tenían mucho tiempo para dedicarle a la residencia, entonces estábamos con el Jefe de Residentes, el Jefe del Servicio y muy poco con los docentes como para que alguien transmita algo, como para sacarse dudas”.

Algunos docentes coinciden en la reflexión sobre el aprendizaje con poca compañía docente que antes tuvieron en sus residencias. Según estos, la orientación del proceso educativo hacia el aprendizaje quedaba inclinado, al esfuerzo y dedicación del residente y no tanto a las orientaciones del docente.

Al mismo tiempo, los docentes expresaron con claridad que el centro de la enseñanza estaba en la práctica, mientras que la teoría estaba focalizada en el diagnóstico del caso:

- “Prácticamente, la actividad asistencial es: “Mirá, lo que yo hago”, nos enseñaban con el ejemplo, y nos iban mostrando los detalles, comparando, reflexionando y siendo muy estrictos, muy estrictos en la fundamentación de los diagnósticos, por ejemplo, de los tratamientos. La reflexión era lo que primaba, eso me ha dado resultado en el resto de los treinta años, y cuando interactuamos con Residencias del primer mundo, digamos, nos damos cuenta de que es, como si toda la vida hubiéramos estado juntos, entonces eso un valor tiene”.
- “Los docentes nos decían siempre: a nosotros no nos pidan conocimiento porque esa es una cuestión que va ir cambiando, ustedes tienen acceso a mil lugares, fuentes de conocimiento, la experiencia es algo personal, pero el estilo es lo que van a sacar, el estilo de cómo abordar al paciente”.
- “La enseñanza era teórica y práctica, la práctica era con el paciente, tanto en ambulatorio como internación, y la teórica constaba de discusión de casos clínicos (con o sin paciente), de búsqueda bibliográfica, investigación bibliográfica, discusión, Ateneo anatómico-clínico, discusión bibliográfica de última generación, que realmente en mi época no teníamos aparatos de computación y sin embargo se leía mucho más que ahora y el estudiante o el residente era mucho más activo en la participación de la búsqueda, si no encontraba un libro buscaba otro y si en un libro decía algo que en el otro no decía, practicaban su capacidad de síntesis, para que su disertación sea corta, clara y precisa, porque solo contaba de 45 minutos”.
- “El método era enseñanza aprendizaje, fundamentalmente sobre paciente, con una actividad intensiva sobre paciente. Y sobre la actividad científica, era el caso de ejercicios bajado de una Universidad extranjera, entonces el caso del ejercicio, con planteo, tratándolo de adecuar a la realidad nuestra. Hablo 15 años atrás, 18 años atrás. El ejercicio teórico que hacíamos era sobre determinados temas dónde se planteaba la conducta a seguir de un día, otro día hacíamos lectura bibliográfica, otro día hacíamos el planteo de casos problema o casos índices”.
- “La enseñanza del residente estaba basada en clases que organizábamos entre nosotros, clases teóricas que se asignaban para cada uno de los años de residencia con temas específicos, y a través de una evaluación semestral que era realizada por el cuerpo de jefes, de instructores, con una serie de temas que eran planificados de antemano por el Jefe”.

Las opiniones sobre la poca actividad docente teórica organizada que traducen los diferentes comentarios tienen sin embargo, interpretaciones variadas que van desde, el aprendizaje en función de la observación, reflexión y el ejemplo ofrecido por los docentes; la combinación de la teoría y la práctica (aunque no se expresa cómo se realiza, se identifican los mecanismos) y considerar como método la “enseñanza-aprendizaje” sobre el paciente.

La mayoría de los docentes consideraron que la enseñanza se realizaba en base a la *tarea asistencial, organizada alrededor del estudio del paciente, en función de la supervisión de los residentes mayores por complejidad creciente*. Estos fueron algunos de los testimonios:

- “En 1° año estábamos totalmente supervisados en todo lo que hacíamos por nuestros superiores, que eran los residentes de 2° y 3° año, el Jefe de Residentes, y después a medida que nosotros íbamos a nuestra vez, supervisando a los que venían después, se hacía más interesante. Pero lo que yo recuerdo que era muy, muy intensiva, full time, que estábamos 9 horas en el Hospital todos los días, de 8 de la mañana a 5 de la tarde, más una guardia cada cuatro días, una guardia de 24 hs., en el Servicio, se hacía esa guardia, primero supervisada por los de 2° y después solos, eso dentro del Servicio de Clínica. Nosotros dependíamos mucho del Jefe, de los Jefes de Residentes, cuando yo cursé, nuestra Residencia en sí, no tenía Instructor, después vino el Instructor, pero dependíamos mucho de los Jefes de Servicio y de los Jefes de Residentes, para nuestra... la del Jefe de Residentes era una figura muy importante, tanto es así que mis Jefes de Residentes son médicos excelentes clínicos”.
- “En realidad en ese momento también teníamos Instructor de Residentes y la actividad estaba muy bien determinada. Los residentes de 1° año tenían su actividad y sus objetivos, el residente de 2° año lo mismo y el de 3° año tenía una actividad junto con el Instructor y el Jefe de Residentes de supervisar la actividad de los residentes más pequeños, a mi modo de ver fue muy útil este tipo de enseñanza escalonada y protegida por gente que tiene más experiencia. Yo creo que a mi modo de ver (yo estuve en el lugar y por ahí no es muy objetivo porque salí de ahí), fue muy buena la formación que tuve. Y la enseñanza era básicamente con actividad asistencial, de las 8, 10 hs. que está el residente en el hospital, (hay veces que está más tiempo), pero digamos, de la actividad de la mañana, las primeras 5, 6 hs. de la mañana son básicamente discusión de casos clínicos y actividad asistencial, y por la tarde aspectos teóricos y nuevamente discusión de casos clínicos y resolución de lo que a la mañana no estuvo resuelto, con el paciente en fresco, digamos. Si lo tuviéramos que dividir, es una parte asistencial y una parte teórica”.
- “No teníamos una participación en la toma de decisiones en cuánto al sistema de enseñanza y cómo iba a ser su formación”. La residencia era por jerarquías, el R2 mandaba al R1, el R3 al R2 y el Jefe mandaba a todos”.
- “La enseñanza se basó fundamentalmente en la práctica con los pacientes y la discusión posterior de los casos, o sea sobre la práctica se construye la acti-

vidad académica, y aparte había actividades un poco más teóricas en las que se invitaban profesionales de otras especialidades para desarrollar los puntos en los que eran expertos y también revisiones bibliográficas, y otra actividad era discutir casos: los discutíamos, los exponíamos y se comparaban”.

A través de estos testimonios vemos que la enseñanza asistencial se hace sobre la base de la “observación” de cómo realiza la atención médica el médico docente de planta, es decir, como realiza la revisión médica y el tratamiento correspondiente a un paciente determinado. Complementariamente, implica también la “supervisión” que ese médico experimentado realiza al residente sobre su práctica con los pacientes.

Por otro lado, la enseñanza escalonada, por jerarquía, muestra una organización jerarquizada del sistema de residencias, que se refleja en los mismos hospitales. Siete docentes caracterizaron a las residencias anteriores dentro de un modelo “*verticalista y tradicional*”. Se presentan algunos de los comentarios textuales:

- “El modelo de residencia era como una estructura piramidal igual que es ahora, los residentes superiores ayudan a los residentes inferiores y médicos de planta que estén dispuestos a ayudarnos, nos asesoraban, y medianamente ahora creo que es un poquito más organizado, porque si bien la actividad de sala sigue siendo la misma, tenemos un poco más organizada la actividad científica, todo lo que es bibliográfica, todo lo que digamos nosotros le podemos aportar desde el punto de vista científico a los residentes, que muchas veces por tantas guardias y todo lo demás, no tienen tiempo de estudiar”.
- “En esos años la Residencia era como el modelo tradicional, es decir que, el residente recibe un programa de entrenamiento dictado por el Jefe de Cátedra”.
- “La residencia no era nada programada, nunca tuvimos materias, ni tampoco clases organizadas, era todo transmisión vertical, o sea del residente superior al inferior, y con los profesores titulares o el adjunto (que era el que más tiempo estaba con nosotros), pasábamos sala, varias veces por semana, teníamos los seminarios, los bibliográficos ; y los seminarios entre nosotros –los residentes– que lo daba uno y los otros discutían y era todo hecho así, transmitido por generación en generación, pero sin nada escrito”.
- “Existía un sistema totalmente verticalista, tradicional, la figura del profesor, y la ley del gallinero; al profesor no se lo podía cuestionar”.

Como hemos expuesto en el capítulo sobre el hospital y la estructura de los servicios como espacios de práctica médica, en el hospital, como organización social compleja existen divisiones, estratificaciones y jerarquías. En este caso, parece darse una fractura entre los que poseen un conocimiento reconocido y una legitimidad científica sobre la docencia. Como sostiene Contreras<sup>267</sup>, en la evolu-

<sup>267</sup> Contreras J., Op. cit, 1997, p. 42.

ción del desarrollo profesional, “aparecen grupos profesionales distintos que ejercen funciones de control y de influencia sobre grupos inicialmente diferenciados. Esto explica que una de las características de los grupos de mayor prestigio profesional dentro de la enseñanza es que actúan, respecto a los enseñantes, como “profesionales”, es decir, con “poder sobre el cliente”, justificada esta relación en que se produce en razón de sus propios intereses (los del cliente) y del beneficio del trabajo que realizan, y en que se encuentra legitimada por el valor del conocimiento que poseen”.

Los aporte de Michel Foucault, nos permiten reflexionar de nuevo sobre la cuestión del poder, específicamente lo que hace que el poder se aferre, que sea aceptado, es el hecho que circula, produce cosas, forma saber y produce discursos.

## 6.2. La enseñanza actual: ha cambiado?

Comparando con su experiencia anterior, los docentes indican que los cambios más notables en la enseñanza actual de la residencia están relacionados con una “mayor carga asistencial”, “mayor orientación hacia la práctica”, “el aprendizaje participativo, orientado a la búsqueda de información bibliográfica”, con “mayor presencia de instructores acompañantes”, pero con algún “deterioro de la enseñanza/supervisión.

Así, ocho instructores consideraron *que hoy los residentes tienen una mayor carga asistencial*.

- “Nosotros tenemos un problema muy importante en nuestro Hospital, y es que el médico residente es considerado mano de obra barata, digamos, y sirve para sacar trabajo”.
- “Una persona que está con 8 guardias al mes, más 5 guardias más o 4 guardias extras de la actividad acumulada que hay en la residencia y no puede disponer de tiempo, ni de su estado intelectual adecuado para estudiar”.
- “Tienen mucha práctica asistencial y humanamente se cansan y por ahí me imagino no les da mucha ganas de estudiar”.
- “Se dedica más tiempo al trabajo asistencial, bastante más tiempo, en detrimento de la parte docente y científica, por cuestiones de necesidades hospitalarias”.
- “Hoy en día por lo menos en mi hospital, está abocado ha solucionar todos los problemas asistenciales que existen en el hospital y no tiene tiempo para estudiar, para formarse paralelamente. Yo tenía más tiempo en la residencia, no tenía que hacer tantas cosas como ellos, podía dedicarme más a estudiar, no tenía tanto asistencialismo, ahora tienen hasta que llevar un paciente en camilla o en silla de ruedas, trasladarlos”.
- “Pero, es muy difícil, llevarlo a cabo, somos continuamente interrumpidos en el seminario, por la carga asistencial, si algún paciente se descompensa, llaman de la guardia y entonces no cuento con todos los residentes y eso es la-

mentable, y por otro lado, en los residentes no está la cultura de hacer trabajos, tienen incorporada la idea de que lo más importante es la asistencia”.

- “Hay seminarios que siempre fueron estipulados por la Cátedra, por ejemplo los bibliográficos, los de tumores, los casos problema; después los de los martes eran por voluntad de los residentes, nos invitaban a los docentes para hablar de alguna patología, esos se han perdido por la burocracia del hospital, el hospital ha cambiado mucho, los hacen llevar hasta los datos a estadística, nos sacaron la secretaria y los residentes tienen que hacer todo lo administrativo, y eso les consume mucho tiempo”.
- “La diferencia que yo encuentro es que las Residencias anteriores eran más de clases, clases con diferentes especialistas pero había menos discusión sobre el terreno, sobre la práctica, sobre la cama del paciente”.

Ya mencionamos anteriormente como el fenómeno socioeconómico argentino había impactado a salud y los servicios, con un gran deterioro de las condiciones básicas de vida de las familias, el debilitamiento de la cobertura y capacidad de respuesta del sistema de obras sociales, lo que ha traído como consecuencia una mayor demanda a los hospitales públicos. Esto quiere decir que el hospital público argentino, como parte integrante del sistema estatal de salud, brinda asistencia al sector indigente no protegido y subsidia a las obras sociales prestando servicios a sus beneficiarios sin retorno financiero.

No hay que olvidar que en 1993, el Ministerio de Salud de Nación dictó el decreto 578, en el cual el hospital público de autogestión brindaría atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población, estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos los servicios y que Argentina inició en la década de los noventa una reforma de las Obras Sociales respaldada por el Banco Mundial que repercute directamente en los hospitales públicos.

Si las reformas de los noventa tuvieron un objetivo macroeconómico que buscaba reducir los costos de producción, con la incorporación de nuevos actores (aseguradores), nuevos intermediarios y formas de contratación que redimensionaran las relaciones con el sector privado, también podría agregarse como hipótesis que dentro de las contrataciones de menor costo para la atención hospitalaria de día completo están las de los residentes.

A estas opiniones iniciales de los docentes/instructores se le agrega la creencia de otros seis acerca de que *las residencias actualmente están mayormente orientadas hacia la actividad práctica*:

- “Hoy en día, a mi modo de ver, el residente está más integrado a la actividad del médico de planta o del médico de sala, un médico que está ya formado”.
- “Ahora es diferente, es más los mismos profesores desde que yo fui residente ahora han cambiado totalmente su actitud, no es más el pase de sala rígido, donde se escuchaba, donde se criticaba ahora se sientan en la cama del pa-

ciente a discutir con el residente en otra forma, hay una mejor relación, ha cambiado”.

- “El sistema sigue siendo similar en cuánto a su espíritu o fundamento, lo que cambió desde el punto de vista cualitativo es el tipo de problemas que se abordan, se derivó más hacia la parte ambulatoria, se le dio más fuerza, implementamos una rotación por consultorio, aumentamos las horas, y eso hace que el peso académico de la actividad de consultorio haya aumentado en relación a la internación, eso yo no lo tuve cuando fui residente”.

El cambio en la enseñanza de las residencias se inclina en estos momentos a otorgarle más responsabilidad al residente en sus labores como “personal de planta” y en la apertura de su práctica hacia la parte ambulatoria de la atención médica. La pregunta que nos hacemos es si ¿es un cambio de la propia enseñanza, un cambio de orientación y eje de aprendizaje debatido en función del mayor provecho para el aprendizaje de los residentes o simplemente es un cambio derivado de la situación de crisis de la atención del sistema hospitalario?

Siete instructores piensan que existe hoy *una mayor participación de los residentes de las actividades académicas desarrolladas*.

- “La enseñanza ahora está más orientada hacia la práctica, ya no son esas clases magistrales, donde tradicionalmente la cátedra exponía un tema determinado y uno debía escuchar, se metían dentro de una alcancía todos los conocimientos; en este momento se utilizan más las preguntas, el presentar un paciente y ya el instructor no da la clase sobre un tema sino que escucha el caso de un paciente y colabora, es un método más participativo, con preguntas y casos problemas”.
- “Los residentes en los últimos cinco años han participado en la elaboración de trabajos de investigación clínica, con búsqueda bibliográfica, por supuesto supervisados por el tutor y otros docentes de la cátedra, participan en la presentación de casos clínicos en Sociedades Científicas, elaboran trabajos sobre investigación clínica para presentar en Sociedades nacionales, por ejemplo, en los cursos que tenemos en la cátedra para la formación de postgrado los residentes tienen su charla, su conferencia sobre un tema que le adjudicamos y ellos mismos se encargan de elaborarlo y tienen todo el cuerpo docente de la cátedra para que los consulten”.
- “El residente participa más desde el año que ingresa, en buscar bibliografía, en resolver los casos clínicos, hay una formación más integral, donde se tiene en cuenta el aspecto humano, a la persona, y se trabaja de otra forma”.

Si bien las residencias no han entrado dentro del movimiento de reformas educativas, como lo están haciendo algunas carreras de grado, muchos de los docentes/ instructores de las residencias son también parte del elenco de docentes del pregrado, por lo que han tenido que pasar por talleres de capacitación para la

transformación del mismo. El método educativo de enseñanza por problemas, que hemos expuesto en el primer capítulo y que ha sido el movimiento más “novedoso” en la enseñanza de la medicina en muchos países del mundo, han sido asumidos por Mendoza y Rosario. Este método dispone como eje central, además de los problemas de salud reconstruidos por docentes y alumnos, el diálogo, la reflexión y la discusión grupal para la comprensión de dichos problemas y la identificación de lagunas de conocimiento que impliquen la búsqueda de nueva información.

La diferencia entre el movimiento del pregrado y el postgrado es que en el postgrado no se ha estructurado un movimiento que avance en ese mismo enfoque, a pesar de la apertura en cuanto a la mayor participación de los residentes de su propio proceso de aprendizaje y de una mayor distensión en la relación docente-alumno.

Sin embargo, catorce docentes/ instructores (52%) se refirieron al *deterioro de la enseñanza en la actualidad*:

- “Creo que la dedicación médica exclusiva de los médicos de planta es de alguna manera un lujo, y acá los residentes hacen una buena parte de su tarea muy solos, porque no hay gente que expresamente deba estar con ellos en horas de la tarde por ejemplo, tampoco hay guardias pasivas de los médicos de planta, en el hospital dónde yo estuve había guardias pasivas así que hasta las dificultades que a nosotros se nos presentaban en soledad teníamos a quién recurrir”.
- “Primero que todo, no hay Instructores formales, es decir aquellos que realmente dedican su tiempo part-time para la enseñanza del residente. Son instructores naturales (si podemos llamar así), que dependiendo de su tarea asistencial, pueden dedicarle mayor o menor tiempo al residente. Bueno, todo eso tiene una implicancia en cuanto a su aprendizaje. Bueno no tienen una formación docente, no hay una formación docente ¿eh? Como para poder impartir el conocimiento”.
- “El problema que tienen las residencias es que no hay docentes de postgrado, los docentes son de pregrado y ayudan cuando pueden, por eso es muy importante, la figura de tutor docente porque no sólo acompañamos sino que a su vez enseñamos”.
- “Un cambio es la flexibilización en cuanto a la auditoria de los profesores, antes nos controlaban mucho más, la letra, la cama del paciente, los estudios del paciente si estaban bien ordenados o no, eso hoy se ha perdido, antes había una mayor supervisión”.
- “En mi época contábamos con un grupo de docentes o jefes de trabajos prácticos, ya sea para asistencia quirúrgica o para seminarios, o presentar trabajos, la cátedra se componía de un grupo de gente que realmente aportaba presencia, y cada uno aprendía un poco de cada docente”.
- “Creo que se ha deteriorado la enseñanza, las evaluaciones que se hacen aho-

ra no son de tanta intensidad como cuando yo era residente. Tanto es así que el examen de este último año no se tomó, por una serie de problemas. Eso en cuanto a los exámenes, y la enseñanza en sí depende mucho de uno mismo, el residente va a aprender si pone mucha voluntad, estando cansado, con mucho trabajo diario y muchas obligaciones, tiene que hacerse tiempo para aprender y para estudiar”.

El deterioro de la enseñanza está más asociado a la ausencia del docente y a la transmisión de los conocimientos y experiencias de éste a los residentes, ya sea en clases formales o a través de la supervisión constante en los diferentes momentos del día y especialmente, en las guardias. Es difícil establecer un aprendizaje significativo, de acuerdo a los planteamientos de Novak<sup>268</sup>, si los especialistas docentes están ausentes, ya que uno de los componentes fundamentales del mapa conceptual es el docente. El aprendizaje significativo, de acuerdo a este autor, requiere disposición para aprender, materiales potencialmente significativos y algún conocimiento relevante; la enseñanza debe ser planificada para facilitar ese aprendizaje significativo y propiciar experiencias afectivas positivas.

Para que el aprendizaje sea significativo, una situación de enseñanza- aprendizaje se caracteriza por compartir significados entre alumnos y profesor, con respecto a los conocimientos que se desprenden de los materiales educativos del currículo. Podría considerarse, aunque la comparación no sea válida del todo, por tratarse de seres humanos y no de objetos, que los pacientes en consulta e internos son los elementos- sujetos principales del aprendizaje y que la discusión entre docentes y residentes alrededor de la salud- enfermedad del paciente constituye el material fundamental, además del material educativo que aporta los conocimientos teóricos y técnicos. Si una de las partes está ausente o no está lo suficientemente presente en la supervisión, discusión, reflexión y preparación del aprendizaje del nuevo conocimiento que requiere el futuro especialista, quiere decir que el proceso educativo adolece de una falla importante que convendría revisar entre todos los responsables políticos y técnicos de la formación en las residencias médicas.

Cuando Gowin, citado por Moreira, habla de su modelo triádico “profesor- alumno –materiales educativos– le atribuye al profesor responsabilidades directas en el aprendizaje significativo de los alumnos: el profesor actúa de manera intencional para cambiar significados de la experiencia del alumno, utilizando materiales educativos del currículum; el profesor presenta al alumno los significados ya compartidos por la comunidad respecto de los materiales educativos del currículum; el profesor es responsable de verificar si los significados que el alumno capta, son aquellos compartidos por la comunidad de usuarios, entre otras.

<sup>268</sup> Moreira MA. Aprendizaje significativo: teoría y práctica. Madrid: Aprendizaje Visor; 2000. p. 40-41.

### 6.3. La visión acerca de los residentes de hoy

Nueve tutores coinciden en señalar que la mayor dificultad para el desarrollo de la residencia hoy día es *el peso o carga asistencial que tienen los residentes, incluyendo actividades burocráticas*:

- “El residente va a aprender si pone mucha voluntad, estando cansado, con mucho trabajo diario y muchas obligaciones, tiene que hacerse tiempo para aprender y para estudiar”.
- “Otro problema, es que tienen mucha parte asistencial y humanamente se cansan, se cansan y por ahí yo me imagino que, por ahí no les dará muchas ganas de estudiar”.
- “Nos cuesta mucho hacerle entender a los funcionarios que nos dirigen que la Residencia no está para teparle agujeros al hospital y esto es una pelea constante de todos los días, permanente”.
- “Y, en lo práctico, bueno, la falta de tiempo es una de las más importantes, la falta de tiempo, justamente nosotros en la organización de la Residencia tenemos previsto dos horas de nuestro tiempo para la parte docente, pero eso no es respetado en general, desgraciadamente, en mi Servicio, no sé en los otros Servicios... en mi Servicio no se lo considera de que tenga que dejar de hacer otras tareas asistenciales”.
- “Una persona que está con 8 guardias al mes, más 5 guardias más, o 4 guardias más extras de la actividad curricular que hay en la Residencia, y no puede disponer del tiempo, ni de su estado intelectual adecuado para estudiar, entonces yo creo que ése es el principal impedimento que puede llegar a tener el residente o cualquier persona que tenga que trabajar de esta manera porque...”.
- “Y en la práctica están perdidos en una mañana, los residentes son más importantes para hacer trámites que para trabajar... el hospital quiere mano de obra barata y la Universidad quiere que aprendan sin trabajar, que hagan pura ciencia y que se dediquen al aprendizaje y el hospital que se muera”.
- “En lo práctico, lo más importante es operar, y no los resultados, y yo creo que los resultados son los importantes, cómo anda el paciente. La falla está en la orientación de la residencia, en parte por los docentes, por la mañana operan con alguna supervisión, ahora a la tarde operan solos, y cuando tienen problemas llaman”.
- “En lo práctico, los residentes tienen problemas de tiempo, hacen muchos trámites, llenan formularios, para conseguir antibióticos, o que trasladen a un paciente a rayos, tienen poco tiempo, uno desearía poder dar una formación más personalizada. Los trámites, la burocracia les quita tiempo para su formación profesional, ellos cubren otros déficit que hay en el hospital”.
- “Con respecto a lo teórico, al menos en este hospital, y supongo que en todos, el problema es la falta de tiempo, el residente está absorbido en lo asistencial y realmente no hay tiempo para dar lo teórico, muchas veces quiero hacer un

seminario extra y no se puede realizar porque se duermen, tienen 10 guardias al mes, durante todo el día están en actividad, muchos trámites burocráticos los hacen ellos, al hospital no le interesa mucho en general”.

Estos problemas presentados nuevamente como preocupación de los docentes/instructores sobre la carga laboral de los residentes, las responsabilidades diversas que dentro del hospital van asumiendo, desde las propiamente médicas, como algunas administrativas, restan el tiempo necesario que requiere un residente para una cultura de aprendizaje acorde con la evolución de la propia sociedad. Estamos ante la sociedad de la información, del conocimiento múltiple y del aprendizaje continuo, expresan Pozo y Gómez<sup>269</sup>. Lo que el residente necesita, como aprendiz de una especialidad de la cual apenas tiene las primeras nociones, además de la información y sobre todo, dónde encontrarla en tiempo, es sobre todo la capacidad de organizarla e interpretarla, de darle sentido y sobre todo necesitan que se les proporcione capacidades de aprendizaje que les permitan una asimilación crítica de la información.

Si el residente realiza tareas asistenciales con la intensidad expresada anteriormente, evidentemente no dispone del espacio necesario para buscar información, interpretar los casos de la práctica de la atención diaria, generar nuevas interpretaciones, sobre todo construir su propio punto de vista y hasta pensar en la construcción de nuevos conocimientos a través de procesos de investigación.

Sobre la misma reflexión, catorce instructores opinaron acerca del *poco desarrollo teórico con que llegan los residentes desde el pregrado, el bajo interés por el estudio teórico y el impedimento de poder desarrollar más práctica teórica debido a la carga asistencial*.

- “Llegan mal, con deficiencias importantes en la parte médica, de conocimientos básicos inclusive. Nosotros notamos diferencia también de acuerdo a la Universidad de la que provienen”...“Ya vienen con alguna falencia pero a mi entender les falta mayor estudio y horas de aprendizaje teórico inclusive durante la Residencia”.
- “Bueno, ahí está el estudiante, que yo lo veo mucho más light, no profundiza, se queda con la duda, si es que cree él, que queda con la duda, no discute con el Instructor sobre el tema tratado, que me parece que la discusión es sumamente productiva mientras haya respeto, es un mecanismo de feed-back, de aprendizaje, que es lo que hace que el docente sea estimulado, y la facilidad que tienen (de lo cuál no estoy en contra), de encontrar bibliografía o instrumentos para conocimiento, con mucha más facilidad, dejando el libro de lado. Los chicos de hoy, además, yo creo, que una de las grandes dificultades que tienen, que habiendo un gran abismo entre la escuela secundaria y

<sup>269</sup> Pozo J, Gómez Crespo M. Aprender y enseñar ciencia. Madrid: Morata; 1998.

la universidad, no saben realizar síntesis, no hay, muchas veces, comprensión del texto, nosotros los Instructores o docentes o como nos llamemos facilitamos las cosas”.

- “En el residente, yo lo que veo, necesita, en el área puntualmente, un mejor apoyo respecto de lo que es la parte teórica en cuánto abordaje comunitario, en cuanto a evaluación y medición de ciertos exámenes complementarios”.
- “Yo lo que veo de diferencia en éstos diez años en los residentes que entran, que ha disminuido el nivel del alumno respecto a años atrás, yo no sé dónde está la falla, la enseñanza de pregrado es la misma que veinte años atrás, no ha cambiado la Universidad sigue con su misma estructura, sin embargo los estudiantes han cambiado radicalmente; yo que di clases en el pregrado y de pronto vuelvo a dar algún reemplazo de clases, el alumno creo que ha cambiado él, pienso que es producto de una cuestión social”.
- “En lo teórico, no sé si llamarlo discapacidad o incapacidad, no tienen pensamiento crítico, no saben estudiar, no buscan bibliografía; a un residente de primer año le dije hace un mes tenemos un caso problema, busca bibliografía y no sabía que hacer”.
- “En lo teórico, quieren que les des todo elaborado, es notable, no quieren trabajar en elaboración”.
- “Veo en los residentes que tiene una gran carencia teórica que traen desde el pregrado”.
- “Tienen poco interés para estudiar, preguntan más por su salida laboral, no lo toman como un sistema de formación sino como un trabajo”.
- “En cuánto a lo teórico, no vienen con una preparación desde el pregrado, cada vez hay más déficit, noto que cada vez son menos emprendedores, tienen menos iniciativas, hay que estar más encima, ofreciéndoles los instrumentos como para que ellos puedan utilizarlos”.
- “En el plano teórico, veo este año que los chicos están incorporando muy poco conocimiento. En las reuniones de seminarios que hacemos los viernes, se presenta a un paciente, y se evalúa el saber discernir que patología es, y se nota entonces que no tienen la base teórica que se tenía años anteriores. En cuanto a lo práctico, depende mucho de la patología que tenemos para operar, de los pacientes que se presentan para operar”.
- “Poco orgánico, poco sistemático, están ávidos por aprender pero quieren que se lo den servido, la explicación, poco espíritu crítico, no buscan bibliografía, no tienen hábito de estudio, estudian tipo manual, tienen Internet y no la usan”.

Más de la mitad de los docentes/ instructores (52%) reflexionó acerca de los aspectos teóricos de los residentes que llegan a los programas de formación, en cuanto a la “carencia” de ellos, su incapacidad de profundizar y su dependencia del docente para que les transmitan los conocimientos requeridos.

Como hemos expuesto, la pedagogía médica y la del resto de la carrera de ciencias de la salud se basan en la acumulación de información del alumno, lo que induce escasamente a la reflexión y a la generación de pensamiento propio

y como el aprendizaje del médico en formación está todavía enquistado en la repetición, de la mejor manera posible, de lo que explica el profesor en clases. Ya han demostrado otros investigadores del área educativa y del área de la educación médica inclusive, que lo aprendido se diluye o difumina rápidamente en cuanto se trata de aplicarlo a un problema o situación nueva o cuando se le pide a un alumno una explicación sobre algún concepto o sobre lo que está haciendo, dificultades que se ponen de manifiesto, sobre todo, en la resolución de problemas.

Posiblemente, el choque cultural entre dos tipos de aprendizaje diferentes y exigencias de responsabilidades difíciles, pero importantes por tratarse de pacientes, ocasionen en los residentes actitudes de desconcierto que los obligan a demandar más “enseñanza” por parte de sus docentes/ instructores. Aunque también pueden estar reclamando más enseñanza por encima de la carga asistencial como “personal de planta”.

El alumno de pregrado pasa seis años en un tipo de formación fundamentalmente áulica, con poco acceso a la práctica hospitalaria, en un sistema de aprendizaje repetitivo, de aplicación de ejercicios sobre la base de lo que explica el profesor, o de los apuntes y libros de textos básicos, en vez de tareas abiertas que requieran reflexión y toma de decisiones de su parte. Esta manera de encarar el aprendizaje del conocimiento científico podría no sólo limitar su utilidad o aplicabilidad por parte de los alumnos, sino también su interés o relevancia.

Con estas maneras de entender el aprendizaje, el médico residente debe transformar rápidamente su forma de entender el aprendizaje hacia otra, en principio, más activa, basada en la práctica de la atención, ya que las residencias, por la forma como están estructuradas no se inclinan hacia los aspectos teóricos, pero le implica entonces, recordar lo asimilado en los seis años anteriores y profundizar los nuevos conocimientos que la especialidad elegida le exige.

Si el residente no recuerda gran parte de los conocimientos teóricos que aprendió en los seis años del pregrado, puede estar indicando que en estos procesos educativos el aprendizaje significativo no fue trabajado, ya que éste aprendizaje jamás se olvida totalmente, existiendo siempre un aprendizaje residual.

Si los médicos residentes “no tienen pensamiento crítico, no saben estudiar, o no profundizan” quiere decir que en su proceso de formación inicial no les enseñaron cómo hacerlo. Volvemos de nuevo a la reflexión sobre los mecanismos de poder médico establecidos tanto en las estructuras del mercado y sus instituciones como en las estructuras de la educación médica. Cabe cuestionarnos hasta dónde este modelo quiere cambiar su forma vertical de formar las nuevas generaciones a través de encarar una nueva cultura educativa que tienda a la construcción del conocimiento médico.

Pero un grupo de docentes entrevistados señaló que *la deficiencia en los residentes es el poco manejo práctico que tienen en relación a los pacientes:*

- “Tienen un buen nivel teórico, pero en lo práctico... desde hacer actividades como colocar vías o hacer maniobras prácticas, punciones venosas, punciones arteriales, no, no tienen nada de práctica, en realidad creo que si bien salen sabiendo muchas cosas, no saben la práctica, entonces... yo pongo un ejemplo, saben mucho de tratamiento de Hemorragia Digestiva Alta, pero cuando llega la hemorragia digestiva alta, no saben que hacer, cada paciente se comporta de una manera distinta, yo creo que quizás la teoría la tienen bien, pero como nunca han hecho la práctica, cuando están frente a un paciente no saben que hacer”.
- “Vienen con una carga teórica que les ha dado la Facultad, en dónde no reflejan que quién les enseñó Medicina haya vivenciado realmente los enfermos y la responsabilidad que se tiene sobre los enfermos. Entonces vienen con conocimientos teóricos que muchas veces nos superan a nosotros posiblemente, porque tienen conocimientos más frescos... pero es muy difícil hacer el enlace con el paciente concreto con todo su mundo”.
- “Los siento a lo mejor con bastantes elementos en la parte teórica, creo que no están los déficit más importantes de los chicos, lo que pasa es que les cuesta aplicarlo al paciente concreto, bajarlo con criterio, para eso sirve la formación de postgrado, para adquirir el criterio y aprender a hacer ese enlace”.
- “En lo teórico, yo casi no diría, o sea, estoy convencida que está funcionando bien en lo teórico o sea hay mucho esfuerzo, hay gente muy capaz, están haciendo, o sea, la parte teórica anda bien”.
- “En los R1, la falta de practicidad, del practicanato, están muy cargados de teoría pero lo elemental de la práctica les falta, por eso yo estoy trabajando en el postgrado, que a pesar de tener tres años, yo pido para el ingreso como requisito 1 año de formación médica supervisada con pasantías sobre sistema de emergencias, porque llegan a la residencia sin saber colocar un suero o una sonda, entonces los médicos si se quieren formar tendrán que saber que tienen que hacer esto y aquello para crecer”.
- “Es un grupo bueno, compacto, persiguen objetivos comunes, sus conocimientos teóricos médicos son buenos, aunque noto que antes se tenía más cultura general, más inquietudes, un ejemplo de esto es la gramática”.
- “Desde el punto de vista teórico, el grupo que nosotros seleccionamos en el sistema de concursos suele ser un grupo bastante calificado, no veo demasiadas dificultades en ese punto. Desde el punto de vista práctico, si hay algunas dificultades en cuánto a establecer el compromiso con el paciente, con la familia; el sistema que tenemos los lleva a cumplir con cosas administrativas y con una exigencia asistencial nueva para ellos”.

#### **6.4. El problema de la dedicación docente.**

Los docentes cuestionaron a las antiguas residencias por las que transitaban como estudiantes, particularmente en el hecho de que tenían que “arreglarse solos”. Sin embargo, su análisis de la residencia actual indica que los residentes es-

tán más solos. En este sentido, seis docentes consideran que uno de los problemas fundamentales es *la ausencia de docentes con mayor dedicación y presencia para la orientación teórica de los residentes*.

- “Nuestra Universidad ha perdido grandes profesores, ha perdido a lo mejor dedicación, los profesores no son los mismos de cuando yo cursé veinticinco años atrás, la dedicación, yo no sé si pasará por lo salarial”...”La diferencia está centrada en esa dedicación, esa responsabilidad que tenía el docente años atrás en comparación al de hoy, porque veo docentes de épocas atrás funcionar ahora, y no creo que sea por una cuestión de años, de cansancio, veo que no nacen, no surgen grandes profesores como antes, ahora somos colaboradores, ayudantes pero no docentes como lo de antes”.
- “En lo práctico, falta de docentes, de instructores, en Cirugía al residente tiene que ser ayudado mucho, porque es muy práctico, a veces se opera con gente que no tiene mucha experiencia, esa es la falla que yo veo”.
- “La falla está en la orientación de la residencia, en parte por los docentes, por la mañana operan con alguna supervisión ahora a la tarde operan solos, y cuando tienen problemas llaman”.
- “Entonces a lo mejor el alumno que está cursando en la Facultad no tiene quién lo incentive, y por lo que estuve hablando en las reuniones de tutores que hacemos semanalmente, esa sensación que tengo con mis residentes es general, así que tiene que haber algo en el pregrado que está fallando”.
- “En el plano teórico, la falta de asistencia de sus docentes. En lo práctica, al carecer de los docentes, están cursando una residencia con el aprendizaje del residente superior, lo que es terrible. Así está muy limitada la posibilidad de observar a profesionales, como operan. Tienen una falta de apoyatura humana, de presencia de los docentes, entonces tienen que estar limitados a lo que pueda saber el jefe de residentes, o el tutor, algún escalón bajo de la especialidad”.

Otros docentes en cambio, encuentran que hoy *existe mayor asistencia al residente por la incorporación de la figura de “instructores” como acompañantes y referentes permanentes*. En estos casos, el acompañamiento se refiere al nombramiento de un “instructor”, como figura no frecuente en las residencias de hace algunos años y que cumple con tareas de acompañamiento y supervisión de los residentes. De alguna manera, el instructor ha venido llenando un hueco importante en las residencias.

- “Hoy en día, en la que yo formo parte, si la tengo que comparar con esa justamente creo que es lo contrario... hay hasta tal vez demasiado apoyo, estamos muy encima del residente, no depende tanto del esfuerzo individual sino de lo que uno también les da y les trasmite, pero al mismo tiempo, esto que en parte yo lo considero bueno, por otro lado genera un menor esfuerzo de parte del residente”.

- “Quizás que estamos más tiempo con los residentes y podemos enseñar un poco más con el ejemplo, no tanto con la palabra o decir “vayan y hagan tal o cual cosa” sino que estamos más involucrados dentro de la Residencia, de todas maneras esto es bastante... es por la buena voluntad, porque muchas veces ellos eligen, los residentes eligen en que Salas quieren estar, y hay médicos de planta que piden residentes y los residentes no quieren estar con esos médicos de planta, y yo creo que es porque, bueno, hay gente que no le gusta enseñar”.
- “Ahora están un poco más acompañados, de todas formas lo que he logrado en estos tres años de tutor, es que los docentes no pierdan el contacto con los residentes”.

En el reglamento citado de Mendoza, se define la responsabilidad de los médicos de planta, quienes deben cumplir con las siguientes tareas educativas: “El Médico de Planta es el instructor natural del Residente, concepto este que de acuerdo a la complejidad del Servicio podrá comprender también a los Jefes de Sección. Es el encargado del sector asistencial donde reciben capacitación asistencial los Residentes y primer responsable por ello de todo lo concerniente a la atención de los pacientes por parte de los Residentes. Se compenetrará de la metodología del Sistema, que exige la participación activa de los Residentes en los actos médicos, bajo su supervisión. Para ello debe transferirle parte de sus tareas pero sin declinar su responsabilidad y mantenerse permanentemente informado de las actividades que en su sector realicen los Residentes. Cuando el Médico de Planta en forma directa y continua participe en la capacitación de los Residentes deberá ser incluidos en los sistemas de participación por productividad vigente y que comprendan al Servicio considerado. También cuando existan convenios *ad hoc* con Universidades o Facultades podrá recibir de parte de estas la designación como docente, por la labor de tal carácter que desarrolla en la Residencia”.

En Santa Fe, el reglamento citado anteriormente establece que, “los médicos que se desempeñan en servicios donde existen residencias médicas hospitalarias serán considerados integrantes del cuerpo docente y tales funciones podrán ser requeridas por el Jefe del Servicio e incluidas en los programas de residencias o cuando al juicio del Comité de Docencias e Investigación y de la Dirección de Residencias sean necesarias para la marcha de las Residencias. Los médicos que no acepten las funciones docentes o fueran relevados de ella por incumplimiento deberán pedir su traslado a servicios sin residencias”.

En ambos casos, el Jefe de Residentes es el responsable de organizar las tareas de la residencia, y actúa conjuntamente con el jefe del servicio o instructor de los residentes en las tareas de coordinación, supervisión y ejecución del programa.

Sin embargo, en las evaluaciones participativas de la provincia de Buenos Aires se observó “un exceso de demandas asistenciales a los residentes por parte de los servicios, acompañada de escaso acompañamiento de la formación”. En la

evaluación específica de las residencias de Clínica Pediátrica –que han tenido mayor apoyo por parte del Ministerio de Salud Nacional y provinciales en cuanto al número de cargos otorgados para residentes y es una de las especialidades con mayor número de profesionales dentro de los servicios hospitalarios públicos– el acompañamiento a los residentes ocupa el 12% para horas docentes.

En Rosario, la información obtenida manifiesta que los tiempos dedicados por los residentes a las actividades asistenciales, ocupan el 83% de los tiempos, mientras que el tiempo dedicado a la formación ocupa el 19%. En Salta, el promedio de horas para las actividades docentes fueron consideradas en 30% del total de horas de las residencias.

Uno de los docentes/instructores observa que el problema fundamental lo constituye el resto de los docentes (médicos de planta) que tienen dificultades para asumir la tarea de “profesor”, ya sea porque no se consideran con capacidad para la docencia o porque no están motivados desde lo económico y desde el desempeño para asumirla con entusiasmo.

La ausencia del docente en las residencias puede estar asociada a dos situaciones: por un lado, la falta de incentivos económicos y los bajos salarios percibidos en los hospitales, y por otro lado, la carencia de un proyecto que trascienda la simple formación de médicos especialistas para el mercado laboral imperante, es decir, la carencia de un proyecto curricular que modifique la estructura de una práctica hospitalaria determinada, con las características que ya hemos señalado.

Tampoco hay que olvidar que aún en las carreras de Medicina de la mayoría de las facultades argentinas, especialmente las públicas, las condiciones de trabajo y de pertenencia institucional del cuerpo docente llama la atención por el predominio de los docentes con dedicación simple o con contratos precarios o ad honorem y en muchos casos sin responsabilidades claramente establecidas. Las residencias médicas podrían ser un reflejo de lo que pasa en la enseñanza del pregrado, evocando de alguna manera, al apostalado del docente.

Un estudio reciente realizado por Novick y Galín<sup>270</sup> muestran que “el análisis de las consecuencias de los cambios experimentados en el sector sobre la situación de empleo y condiciones de trabajo del personal de salud, es muy semejante al descrito para los países de Europa por S. Bach (1998) donde *“cualquiera sea el tipo de reformas introducidas, han tendido, a ser predominantemente negativas, tanto en materia de modalidades de contratación como de mayor precariedad laboral, y un consecuente aumento de la segmentación, así como un incremento en la intensidad de trabajo”*.

Por otro lado, los mismos autores concluyen que “en materia de modalidades de contratación puede advertirse en el sector salud en la Argentina un incremen-

<sup>270</sup> Novick M, Galín P. Empleo y modalidades de contratación en el sector salud de la Argentina, 1990-2000. Trabajo preparado para la OPS/OMS. Buenos Aires; 2001. p. 58.

to importante en materia de flexibilidad expresado en un aumento importante de empleo no registrado como forma más difundida de contratación “atípica”. Significativamente, la evolución del grado de precariedad del sector, sobre todo de empleo no registrado es considerablemente más alto que el del resto de la economía. Mientras que, para el conjunto de los asalariados, el empleo no registrado creció a una tasa del 25%, en el sector salud la tasa fue del 100%. Estas cifras adquieren una magnitud relativa mayor, si se considera que el sector fue escenario de un proceso de salarización creciente”.

Estos mismos autores, en otro estudio señalan que “los entrevistados coinciden en la cada vez mayor mercantilización del sector salud en donde, salvo en espacios menores, la cuestión de la formación ha pasado a un plano secundario, afectando la calidad directamente”.<sup>271</sup>

Nos inclinamos a pensar que en el caso particular de los médicos, tanto la reforma establecida en los sectores sociales y de salud de la última década y la crisis económica que afecta al país desde los años finales de los noventa está determinando un comportamiento diferente de los médicos dedicados a la docencia, dándose posiblemente una inclinación hacia el pluriempleo y al descuido de aquellas actividades que adolecen de una remuneración adecuada como es el caso de la docencia hospitalaria.

No cabe ninguna duda que contar con más tutores o docentes en las residencias es un hecho importante, especialmente por el acompañamiento que le pueden brindar al residente, lo que seguramente contribuye a disminuir su nivel de incertidumbre y stress. Pero el problema no es sólo más tutores sino también, mayor presencia de la enseñanza/ formación en las residencias.

## 6.5. El modelo de enseñanza de la medicina especializada

La mayoría de los docentes médicos entrevistados (67%) no reconoce que haya un modelo de enseñanza de la medicina especializada, en la medida en que cada docente o instructor hace lo que su criterio o posibilidad le permite. Los métodos identificados no difieren de lo establecido en los reglamentos<sup>272</sup>, expresa-

<sup>271</sup> Novick M, Galín P. Encuesta sobre empleo, modalidades de contratación y condiciones laborales del personal de salud. Trabajo preparado para la OPS/OMS. Buenos Aires. 2002. p. 31.

<sup>272</sup> En el Reglamento de Residencias de Mendoza (Decreto No. 2.361/93) se identifican algunas modalidades de aprendizaje dentro de la Funciones, Deberes y Obligaciones de los residentes y se refieren a:

Artículo 36° - Con respecto a las actividades académicas docentes, el Residente, según Programa de Capacitación deberá participar de: Clases a cargo de médicos Residentes, Jefes de Residentes, Instructor de Residentes, médicos de planta, Jefes de Sección, Jefes de Servicio o Invitados Especiales; Ateneos clínicos, anátomo-clínicos, clínico-quirúrgicos, solos y conjuntos entre residencias afines o complementarias; Búsquedas bibliográficas; Reuniones

do en distintos acápites, ya sea en referencia a las funciones de los residentes o de los coordinadores de residencias. En ninguno de los reglamentos establecidos por las provincias estudiadas, aparecen los métodos señalados como referencia de orientación pedagógica de los programas educativos y no se describen en ninguno de los casos las modalidades que deberán utilizar. Sólo aparecen como obligaciones y deberes de residentes o coordinadores. Sin embargo, las expresiones de los docentes permiten ir reconstruyéndolo en sus rasgos centrales.

Varios de los entrevistados, lo describe como **asistencialista**:

- “Es un modelo asistencialista, donde el sujeto en formación aprende a partir de frecuencias de patologías por especialidad”.
- “El modelo de enseñanza se entremezcla con la tarea asistencial muchas veces, supervisando en forma adecuada y otras veces no. En base a esto se produce la adquisición de conocimientos teóricos de médicos residentes”.
- “Es un modelo cuya enseñanza se realiza acorde con la práctica de atención al paciente, internación y ambulatorio”.

Otro rasgo distintivo es la **organización acumulativa, por gradualidad entre los residentes de nivel 1, 2 y 3**:

---

de discusión de casos clínicos, con presentación del caso y actualización del tema; Confección de ficheros de historias clínicas según diagnósticos (siguiendo la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), de radiografías u otras imágenes, bibliográficos e iconográficos; Confección periódica y anual de estadísticas de morbimortalidad en el Servicio; Indicadores de producción; Participación de todas aquellas reuniones que se realicen en el Establecimiento y que estén relacionadas con la Bioética; Auditoria de epicrisis; Concurrencia a actividades científicas sistemáticas (según Programa) o asistemáticas (según lo determine Jefatura de Servicio, pero relacionadas con la capacitación del Residente), realizadas tanto en el Hospital como fuera de el; Otras actividades de esta naturaleza según programa.

En el Reglamento del Sistema Provincial de Santa Fe (Decreto No. 635/85) se establece en el Artículo 38, como parte de las funciones y deberes de los residentes que: "el programa de educacional debe tender a que el aprendizaje se efectúe al lado del enfermo, comprendiendo la ejecución directa y personal de todos los actos médicos bajo adecuada supervisión y asesoramiento por parte de los mas capacitados. Se completara con la capacitación activa en reuniones, ateneos, clases teóricas, conferencias, cursos y actividades académicas; estas no podrán insumir en total más del 30% del tiempo útil.

En el reglamento de Residencia profesionales de la provincia de Salta (Decreto 1.277/00) aparece en el artículo 17, sobre las funciones de los gerentes, jefes de programas y sector "asegurar la participación activa de los profesionales residentes en las actividades asistenciales de consultorios, salas, cirugías, estudios complementarios, como así también en las actividades docentes del servicio, tales como ateneos (anátomo-clínicos, bibliográficos, etc.) cursos, jornadas, talleres y toda otra actividad inherente al servicio".

- “Es un modelo de aprendizaje progresivo, gradual, en el que incrementa la responsabilidad ante el paciente, la complejidad de la práctica médica con el paso del tiempo, modelo conductista”.
- “Es un sistema educativo, con adquisición de destrezas acumulativas y una actitud o criterio para resolver problemas específicos”.
- “El residente es conducido hacia cierto nivel de proficiencia en la especialidad en forma escalonada y progresiva, adquiriendo responsabilidades gradualmente en dos áreas fundamentales, la atención de pacientes y la supervisión de residentes menos experimentados”.

En base a los pacientes internados, la enseñanza es esencialmente **práctica**, de acuerdo a las variantes para cada paciente y patología. El 67% de los docentes respondió que enseña de manera práctica, discutiendo los casos de pacientes presentados en el hospital y en la misma sala de pacientes, sobre la base de lo observado y a partir del diagnóstico y el tratamiento realizados por los residentes para cada uno de ellos.

- “Yo hago fundamentalmente la parte práctica, es decir, paso sala con los residentes, veo los pacientes si tengo que colaborar en alguna decisión médica y superviso los planteos diagnósticos, la confección de la Historia Clínica y también asisto a los seminarios, pero soy la que más está con ellos en la parte práctica”.
- “Como tenemos mucha actividad asistencial, eso hace que veamos muchos pacientes y se discute, hay pacientes muy complejos, se analiza toda la problemática con los residentes, pero como el sistema es muy perverso, lo más jugoso que sería revisarlos, charlar lo que le pasa, la resolución del problema, eso se hace con los R3 siempre, con los R2 casi siempre y con los R1 nunca, porque están de “secretaría”, sabemos que está mal pero no podemos superarlo. Mi función es como tutor, pero también están los instructores, hacen actividades con ellos, luego tenemos los seminarios, desarrollamos una serie de actividades teóricas, se presentan los resultados, cada vez que llega un paciente es un candidato potencial, lo discutimos y vemos cómo incluirlo con los residentes”.
- “Primero de todo trato de enseñar con el ejemplo, después del aprendizaje basado en la resolución del problema, eso ayuda mucho”.
- “Trato de hacer enseñanza grupal y personalizada. Cuando ingresa un paciente, lo revisamos junto con el residente, tratamos de ver cuales son sus síntomas, cuales son los diagnósticos diferenciales que hacemos, sobre la base de ese paciente los residentes consultan bibliografía, y discutimos el caso clínico”.
- “En la parte de reuniones clínicas, lo importante es saber presentar un caso, sepan exponerlo, explayarse, y luego dar la opinión que les merece el caso y el diagnóstico. A partir de ahí tiene que fundamentar cada uno de los casos que da, es la única forma de aprender. Esto lo comunico dando el porque de cada cosa que uno explica. Yo trato de enseñar algo que es difícil de explicar, que creo que es lo que separa a un médico bueno de uno normal: el criterio médico que deambula entre la calidad humana y lo cientificista, es el que enseña

que hay enfermos y no enfermedades. Trato que se ubiquen en este paciente dentro de este hospital de la Argentina de hoy”.

- Nos juntamos y vemos, digamos, llamados “casos problema” o “casos interesantes” a los pacientes que tenemos internados cada uno en su Sala, porque cada uno está en una Sala distinta, con residentes, entonces, bueno se presentan los pacientes que cada médico del Servicio quiere discutir, y se comentan y se hacen en la pizarra y se hacen diagnósticos diferenciales, exámenes complementarios”.
- “Hacemos como lo aprendimos, así en el caso concreto, en los pacientes concretos, enseñamos a abordarlos, a analizar cada uno de los detalles que el paciente nos brinda (ya sea hablando o en su cuerpo), siendo muy críticos, tratando de lograr el diagnóstico con fundamento lo más sólido posible, y dejando muy claras todas las dudas que tenemos, y también analizando y no dejando pasar los errores”.
- “La enseñanza mía, se hace básicamente, se hace al lado de la cama del paciente, a lo que le damos más importancia es a eso”.
- “Entonces la parte de docencia se hace, con los pacientes de Sala, fundamentalmente en el área asistencial”.
- “Yo enseño con el paciente, para mí, es importante el trabajo de Sala, el trabajo sobre el paciente, y ahí se ven las dudas que van apareciendo, las preguntas que ellos me hacen, las indicaciones, las preguntas que yo les hago a ellos para saber si están evaluando bien su paciente, eso es lo que yo hago supervisión, y bueno, las clases se las dejamos hacer a ellos con corrección de nuestra parte, pero ellos son los que las preparan”.
- “Yo diría que es interactivo. No uso clases magistrales, de ninguna manera. Creo que la discusión de casos clínicos, la atención de un paciente guiado por el docente, la discusión bibliográfica después de la búsqueda, es el mejor método de enseñanza”.

Mediante *la atención a los pacientes, la observación y reproducción* los residentes aprenden técnicas y herramientas de curación y rehabilitación fundamentalmente, pero también aprenden a mantener el orden, a disputarse la atención del profesor, a someterse a la programación de cualquier tipo de actividades –entre ellas las prácticas administrativas– de acuerdo a las demandas del tiempo y carencias hospitalarias, a aceptar las sanciones y a subordinarse ante los que detentan el mando. Esta dimensión tendría como misión oculta lograr una continuidad de las normas y valores dominantes requeridos para perpetuar de manera acrítica el actual modelo de sistema sanitario cuya jerarquía lo ostenta el médico especialista.

Por otra parte, los docentes/instructores hicieron referencia a un modelo educativo fundamentado en el aprendizaje a partir de la práctica, entendida como el aprender haciendo a partir de la observación inicial y la de experimentación posterior de los casos problemas que ingresan al hospital. Este esquema de aprender haciendo se realiza sobre la base fundamental del adiestramiento sobre prácticas determinadas, que se adquieren de manera gradual y a través de in-

crementos escalonados de responsabilidad sobre el paciente y frente a los docentes y la administración hospitalaria.

En otras palabras, éstas reflexiones indican de alguna manera, una forma de concebir el modelo educativo y el currículo como una praxis en la que muchos tipos de acciones intervienen en su configuración, que tiene lugar dentro de condiciones concretas y en relación a operaciones a las que se ve sometido el desarrollo curricular en cuanto a las ideas que le dan forma y a las condiciones estructurales, organizativas y materiales.

El currículo entendido como una praxis significa que muchos tipos de acciones del propio contexto donde se desarrolla intervienen en su configuración. En este caso, la praxis estaría determinada por las características propias del hospital que al mismo tiempo funciona como centro de enseñanza y aprendizaje.

Algunos docentes reconocen que este modelo es **tradicionalista**, en el que el pensamiento crítico no aparece y predomina el adiestramiento de los residentes:

- “Existe un modelo de bases tradicionalistas en donde la enseñanza crítica no termina de emerger y analizar el desarrollo de sus componentes, una falta de planificación integral, falta de establecimiento en muchos caso del marco teórico”.
- “Es un modelo de adiestramiento lineal más cercano a la enseñanza tradicional de transmisión de conocimientos basados en la antigüedad, la experiencia y el status”.

Si el modelo educativo de las residencias consiste en “la adquisición de destrezas acumulativas” y consiste “en un modelo de bases tradicionalistas en donde la enseñanza crítica no termina de emerger”, cabe suponer que la primera función del modelo educativo establecido en las residencias médicas de las provincias estudiadas consiste en la reproducción de técnicas que satisfacen necesidades socialmente definidas.

Sobre este tipo de función, Kemmis, retomando a Feinberg, ha señalado que las técnicas o destrezas no sólo incluyen las relacionadas con funciones económicas específicas, sino con aquellos hábitos y pautas de conducta que mantienen la interacción social de una manera estructurada, es decir, las interacciones cotidianas y las relaciones conductuales. Una segunda función consiste en la reproducción de la conciencia o del conocimiento compartido, las cuales actúan manteniendo la identidad social a través de las generaciones. Así, dice Feinberg, “las escuelas constituyen un importante medio de reproducción de la sociedad contemporánea, pues representan la formalización de las categorías de reproducción en un currículum estructurado, con un método predeterminado de enseñanza”.<sup>273</sup>

<sup>273</sup> Kemmis S. El Currículum: más allá de la teoría de la reproducción. Madrid: Morata S. L., 2da.ed; 1988. p. 106.

Kemmis sostiene que en la escolarización contemporánea predomina la orientación vocacional neoclásica, en tanto refleja y recrea la perspectiva de la educación como preparación para el trabajo, desempeñando un papel activo en la selección meritocrática y en la concesión de oportunidades. Es “vocacional” porque prepara a los estudiantes para el trabajo y trata de identificar y desarrollar un sentido de vocación en los alumnos y “neoclásica” en el sentido de que su punto de vista sobre la educación se basa en la tradición humanista clásica de que la cultura contiene ciertos conocimientos y destrezas útiles que la escuela debe transmitir.<sup>274</sup>

Seguindo a este autor, podría pensarse que el modelo “tradicionalista” de las residencias médicas sigue en alguna medida esta orientación vacacional neoclásica en tanto la experiencia de aprender haciendo se orienta de manera más evidente hacia el aprendizaje de técnicas y herramientas para la curación, es decir, se inclina más hacia la preparación para un trabajo especializado determinado que a la preparación para un conocimiento más amplio y una inclinación hacia la investigación sobre los procesos de salud-enfermedad, como persona en evolución o como profesional reflexivo que se plantea la transformación de las estructuras características de una práctica o un modelo médico.

La tarea de enseñar está asociada al **acompañamiento del docente** y corrección de las técnicas y del diagnóstico realizados por los residentes, puntualizando lo más importante y ayudando a los residentes a aclarar las dudas sobre algún caso práctico o teórico, sobre la base de preguntas y respuestas. Incluye, según períodos, la presentación de un caso por parte de los residentes.

- “Yo actúo como tutor de residentes, en el cuál estoy desempeñándome de 7:30 y a 12:30 ó una de la tarde, los acompaño en todas las actividades y trato de que ellos razonen, por ejemplo les pongo una radiografía y les digo que la lean, y si se equivocan les digo: te equivocaste, yo no los voy a dejar hacer las cosas mal, les enseño y lo que no sé, lo voy a consultar, tanto en consultorio externo, como en pacientes internados como en Cirugía, en muchas cirugías estoy como primer ayudante, los guío y les enseño.” ...”todos los años hay un Congreso Argentino de Cirugía para los residentes, les traigo los temas, les digo que hay que hacer un trabajo, se reparten los temas y empiezan a trabajar. En Octubre hay una presentación de un caso a cargo de nuestra residencia en el Hospital, entonces les digo el 18 les toca a Uds., quiero saber que van a presentar, queremos esto o aquello, hablo con mi Director y le cuento lo que quieren, le muestro el material y afinamos las cosas más importantes, de ésa manera”.
- “Generalmente llevo casos, con una pequeña Historia Clínica, ellos la ven, hacen el diagnóstico y si hay discrepancias, vemos porqué uno sugiere un diagnóstico u otro, en qué lo fundamentan. Entonces, usan la inducción-deducción”.

<sup>274</sup> IBID, p. 124.

- “Hemos tratado de desarrollar reuniones de estudio, tratando de lograr mayor responsabilidad y participación de los residentes... Con la metodología que venimos usando últimamente, proponemos un tema que se desarrolla (por ejemplo desarrollamos un programa de temas de urgencia), con discusiones, en las que mi rol se basaba en destacar los contenidos que a mi juicio son de mayor utilidad para la práctica. Decidí hacer las reuniones con residentes de distintos años juntos, y los de primero participaban mucho menos ante los más avanzados (por temor a equivocarse o por no saber) y los más avanzados se concentraban en cuestiones más específicas, dejando por sentado lo más elemental que habían superado”.
- “La forma de enseñar en mi especialidad es con el microscopio, tenemos uno con pantalla de televisión. Siempre trato de puntualizar las cosas que no vieron y son importantes en una determinada biopsia o citología y mostrársela en la pantalla, aclarando dudas. En eso hay una diferencia importante con respecto a cuando yo cursé porque antes no teníamos el sistema de televisión conectado al microscopio y había dudas que no podían aclararse. En las distintas actividades se van transmitiendo los conocimientos y la manera en que se deben hacer las cosas. Trato de no dar las clases teóricas, sino de guiarlos en que el aprendizaje lo van haciendo ellos, todo de acuerdo al momento de su preparación”.
- “También hacemos reuniones grupales semanalmente, para ver que problemas en particular o que dudas tienen, además todas las mañanas hay reuniones donde se discute algún caso clínico problema, y siempre invitamos a un especialista, se busca bibliografía actualizada, se discuten problemas y se hacen preguntas. Cada tres meses hay una evaluación integradora de todo lo que se vio”.
- “Yo me ocupo del seminario de consultorio que lo preparo junto con el rotante identificando los casos que nos ofrecen problemas, se presenta el caso, yo lo dirijo haciendo preguntas, dejando opinar fundamentalmente a los R1 en cuánto a cómo se plantea, en cuánto aparecen cosas terapéuticas un poco más finas o hay discusiones participan los R2 o R3 tratando de aclarar un poco más el concepto. Sin una guía estructurada para eso; sólo en base a la experiencia previa de qué puntos interesa que tengan claro en cuánto al manejo del paciente. También una revisión sobre teoría bibliográfica”.
- “Lo que hago es preparar clases teóricas y pre-quirúrgicas, acerca de alguna cirugía que se haga, qué técnica se realiza, los pasos a seguir, y estar a disposición de sus consultas las 24hs. El año pasado tenía más tiempo”.
- “Hago de moderadora en unas reuniones anatómo-clínicas, que son del Mayor Clínic y del Massachusetts que sacamos los casos clínicos y el moderador los estudia y los va discutiendo de acuerdo a los residentes, va moderando lo que los residentes van hablando, bueno esa es la manera en la que lo estamos haciendo”.

El acompañamiento referido por la mayoría de los docentes/ instructores

presenta algunas características que merecen destacarse: por un lado traducen la conducta vertical del docente –algunos hicieron referencia sobre el verticalismo en otras reflexiones– donde el docente señala lo que hay que hacer, cómo hacerlo y la corrección o evaluación verbal de la tarea. Ninguno de los docentes presenta una metodología clara sobre este “acompañamiento” y el objetivo principal de dicho acompañamiento se limita a la orientación sobre la tarea a realizar y la corrección que se requiera en el camino.

Los mecanismos de discusión, reflexión y definición de estrategias que conduzcan a una enseñanza superadora de la mera transmisión de conocimientos no emanan de las reflexiones realizadas por los docentes/instructores, pese al esfuerzo que algunos de ellos realizan por encauzar el aprendizaje de los residentes desde su propia práctica y de la discusión de los casos problemas.

“Acompañamiento”, “orientación” o “corrección” pueden realizarse desde distintas concepciones educativas, desde distintas visiones de la medicina, de posiciones diferentes relacionadas con las formas de abordar la enseñanza y las maneras de aprender que no necesariamente conducen a una “práctica reflexiva”, la que algunos autores (Killion y Todnem (1991), a partir de la propuesta de Schön distinguen entre *la reflexión sobre la práctica, la reflexión en la práctica y la reflexión para la práctica*.<sup>275</sup>

Tanto la reflexión “en la práctica” como la reflexión “sobre la práctica”, son esencialmente de índole reactiva y se distinguen especialmente por el momento en que se llevan a cabo y después de un hecho específico, mientras que la reflexión “para la práctica” es el resultado deseado de los dos tipos de reflexión previos que sirven para orientar la acción futura, representado por una espiral continua donde cada elemento estaría involucrado en un proceso interactivo de cambio y desarrollo.

Con una idea parecida a la de revertir el sistema tradicional-verticalista de enseñanza, otros docentes/ instructores especificaron que utilizan la *observación y reflexión sobre la práctica del residente, la discusión y el diálogo*.

- “Trato de que ellos sean esponjas, no soy señorita maestra de “acá pongan esto”, sino que lo voy haciendo y que ellos, mientras me van viendo, de esa manera aprendan, no sé si lo logro explicar, no es que yo estoy pendiente de lo que ellos hacen, quizás, sí estoy observándolos, porque como yo siempre les digo que después va la firma mía, necesito saber todo lo que hacen, hay muchas cosas que ellos hacen solos, es decir yo no reviso, paso por paso, todos los pacientes, todos los días, quizás en una neumonía, evolucionó la neumonía del paciente, pero trato de que, bueno, de que eso sea lo que aprendan, de ver

<sup>275</sup> Brubacher J, Case C, Reagan T. Cómo ser un docente reflexivo: la construcción de una cultura de la indagación en las escuelas. Barcelona: Gedisa; 2000.

el paciente en un conjunto pero después dedicarse, a no ponerle, si tiene todos los pulsos, no ponerle todos los días, tiene todos los pulsos presente”.

- “La Reflexión, no sé si eso es un mecanismo, y a no dar jamás por cerrado a ningún paciente, ningún diagnóstico, ¿no?. Cabe siempre la posibilidad de que uno se halla equivocado, como decimos con los chicos ponernos en “abogado del diablo”, cuando tenemos un diagnóstico muy claro ponernos en “abogado del diablo” generalmente da resultado”.
- “Yo creo que es la discusión, la puesta en evidencia del error-cuando lo vemos, empezando por los míos - en mostrar que uno no lo sabe todo, y que los errores hay que plantearlos y que las dudas también hay que plantearlas, creo que cuando uno analiza críticamente a los pacientes, en éstas reuniones y en otras actividades de auditoria (es importante también desde el punto de vista formativo, que no la he mencionado antes) es donde tratamos de mostrar todos los errores, y de analizarlos, partiendo del propio”.
- “Yo no sé si esto sea un mecanismo, yo de pedagogía no sé muchísimo, pero yo creo, que la reflexión, sobre lo hecho es el mejor mecanismo, para mejorar”.
- “Obviamente debe haber montones, obviamente que los hay. Yo trato de que sea todo muy participativo, que participen en este momento los cinco, es decir cuando yo veo un paciente o aparece y cuando llego yo, porque me llega el resultado de todos los otros médicos para que yo los vea ¿no? Pero fundamentalmente es la participación, ahí tienen, no hay puertas cerradas. Y yo les he pedido el informe de ellos”.
- “La reflexión, la observación. Siempre volvemos sobre la práctica, aplicamos esa teoría, siempre se dan ejemplos, de la teoría que estamos viendo, la trasladamos a la práctica, y de la práctica tratamos de renovar esa teoría, de enriquecerla”.

Aun cuando no está explicado del todo cómo se desarrollan los procesos de reflexión y sobre cuáles aspectos se reflexionan, estos docentes hacen un esfuerzo de instalar procesos que rompan con el verticalismo y la palabra final del docente para instalar un esquema de aprendizaje diferente, basado en el diálogo, introduciendo de esta manera, una relación más fluida y menos autoritaria.

Pero la reflexión, como mecanismo de generar un aprendizaje creativo y productivo, y como estrategia útil para estimular, orientar y servir de catalizador para el aprendizaje de los alumnos, presenta características y pasos bien definidos, establecidos por diversas corrientes de la pedagogía activa. El punto de partida es la indagación de la práctica con preguntas, en el caso específico de la residencia, que apuntan a los “casos” en sí mismos observados en la práctica hospitalaria, pero también a preguntas que tienen que ver con el hacer de cada uno de los actores involucrados, con las dificultades del hacer, con el análisis de cada una y de todas las situaciones del hacer y con las distintas formas del hacer. Una vez detectados los problemas se avanza en la búsqueda de fuentes de información para comprenderlos y profundizarlos, siendo este uno de los momentos de la re-

flexión teórica que ayudará a mantener la cohesión y relación permanente entre la teoría y la práctica. A través de la reflexión teórica se elaboran hipótesis de solución al problema. La reflexión será entonces una herramienta importante en la medida en que se reflexione lo observado en la práctica y se profundice la identificación de los problemas con las teorías relativas a los mismos.

El pase de sala diario es una estrategia de aprendizaje que le permite al residente “observar los problemas y tomar decisiones”, es una forma de aprender la “problematización de situaciones en lo práctico”. Los médicos de salas e instructores “escuchan y corrigen la presentación que hace el residente sobre el paciente; se discuten las posibilidades diagnósticas y terapéuticas incentivando la investigación”. Además, se trata de una “enseñanza personalizada a través del diálogo sobre los tratamientos y estudios con protocolización de patologías”.

La *discusión de casos* es la modalidad más utilizada por más de la mitad de los docentes; se realiza diariamente a partir de un “caso clínico” o paciente ingresado al hospital y ubicado en algunas de las salas correspondientes al tipo de patología. El médico especialista e instructor demuestra al residente inicialmente como se evalúa al paciente y discuten los exámenes complementarios a efectuársele, las ínter consultas necesarias a realizarse con otros especialistas, y el tratamiento y seguimiento que habría que hacerle al paciente. En algunos casos, es el propio residente quien evalúa al paciente y el especialista instructor lo observa y hace las correcciones de lugar, discutiendo de la misma manera el diagnóstico, los exámenes, las ínter consultas, el tratamiento y seguimiento del mismo. La discusión de casos se realiza sobre el paciente nuevo y sobre los ya ingresados a los cuales se les da un seguimiento. El docente, expresa uno de ellos, “debe diariamente abordar al paciente con toda profundidad y respeto, siendo cuidadoso en la recolección de los datos, análisis o diagnóstico, fundamentar cada presunción, actuando así diariamente, sin actuar”.

De esta manera, en la discusión de casos, la *observación participante* es la herramienta didáctica más importante de la práctica de aprendizaje de los residentes, aunque daría la impresión por lo escrito en cada cuestionario, de que no existe una metodología uniforme seguida por los diferentes instructores.

Cuando el caso a discutir es un caso quirúrgico, un docente explicó que “sobre una cirugía de un niño, se discute el caso en equipo y si hay dudas se explica en un pizarrón cuál es la técnica a seguir. Previo a este paso, se habría realizado la historia clínica del paciente, la revisión de los RX, pudiendo ser el residente quien realice la cirugía con el instructor que le guía durante la misma. Los problemas presentados se discuten en grupo”.

Para la discusión de los casos, algunos docentes recomiendan a los residentes el estudio de antecedentes del caso con búsqueda de bibliografía sobre el tipo de patología. Algunos instructores señalaron la importancia de “escuchar la apreciación del experto”, la oportunidad de “manifestar su opinión”, la necesidad

de “integrar los resultados de cada caso”, la “relación médico-paciente” que debe establecer y cómo encarar el trabajo posterior de “seguimiento al paciente”, incentivando la investigación sobre el mismo.

La distinción entre expertos y novatos, sostiene Carretero<sup>276</sup>, “ha sido una de las claves teóricas y metodológicas del enfoque cognitivo de las últimas décadas” ... “El gran desarrollo de las investigaciones basadas en esta distinción ha tomado como seña de identidad los efectos producidos por la acumulación de experiencia, pero al mismo tiempo ha tenido en cuenta la idea de que dicha acumulación no es meramente cuantitativa sino que produce cambios cualitativos en la mente del sujeto, y en este caso del profesional”. En este sentido sostiene que, la pericia en la formación profesional no se logra con una mera acumulación de experiencia, es decir, no hay que dar por sentado que la “experiencia es la madre de la ciencia”, sino mediante una práctica supervisada, desarrollo de la reflexión y discusión entre colegas, delimitando que tipo de experiencia se requiere y mediante qué instrumentos se lograrán desarrollar habilidades profesionales que logren una revisión continua de las prácticas.

Hemos citado anteriormente, los aportes de John Dewey a la educación con su propuesta de “aprender haciendo” y sus repercusiones en la enseñanza de la medicina a nivel mundial. A su juicio, los estudiantes aprenden mediante la práctica de hacer o ejecutar aquello en lo que buscan convertirse en expertos, y se les ayuda a hacerlo por medio de otros prácticos más veteranos. Pero, no se puede enseñar al estudiante lo que necesita saber, pero puede guiársele. El alumno tiene que ver por sí mismo y a su propia manera las relaciones entre los medios y los métodos empleados y los resultados conseguidos. Nadie más puede verlo por él y no puede verlo porque alguien se lo diga, aunque la forma correcta de decirlo pueda orientar su percepción para verlo y así ayudarlo a ver lo que necesita ver. Es por esto que Schön<sup>277</sup> insiste en que, “deberíamos estudiar la experiencia de aprender haciendo y el arte de una buena acción tutorial”, que a nuestro juicio no aparece claramente sistematizada como modelo de enseñanza y aprendizaje en las residencias médicas estudiadas y que más bien, cada docente/instructor desarrolla con sus alumnos residentes de acuerdo a su experiencia y buen entender.

En la propuesta de Schön sobre el “*practicum reflexivo*” para la formación de profesionales reflexivos se destacan el *conocimiento en la acción* para referirse a los tipos de conocimientos que se revelan en las acciones de los individuos, y la *reflexión en la acción*, que retoma nuestro pensamiento sobre lo que hemos he-

<sup>276</sup> Carretero M. La investigación europea sobre enseñanza y aprendizaje. En: Carrertero M, Bennett N, Järvinen A, Pope M, Ropo E. Procesos de enseñanza y aprendizaje. Buenos Aires: Aique; 1998. p. 25.

<sup>277</sup> Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Paidós; 1992. p. 29.

cho para descubrir cómo nuestro conocimiento en la acción puede haber contribuido a un resultado inesperado, lo que Arendt denomina “pararse a pensar”.<sup>278</sup>

De las opiniones de los docentes se identifica claramente que “la revisión de los pacientes” constituye el eje fundamental del aprendizaje y la “observación” de lo que realiza el docente/ instructor sobre el paciente, es decir el diagnóstico clínico y terapéutico fundamentalmente y luego la reproducción de los mismos procedimientos, constituyen las herramientas básicas del método educativo.

Es de destacar que, sólo uno de los docentes consideró alguna forma de buscar la reflexión en la acción de que habla Schön aunque sin describir claramente los pasos metodológicos sobre cómo la realiza:

“Buscamos generar inquietudes, generar dudas, mostrar a veces dónde están fallando, buscar deficiencias técnicas, tratar de incentivarlos para que investiguen, para que no se queden con lo que tienen en el momento, para que piensen otras posibilidades, pero siempre es sobre la base del enfermo”.

Schön plantea que una cosa es ser capaz de reflexionar en la acción y otra muy distinta es ser capaz de reflexionar sobre nuestra reflexión en la acción, de manera que produzcamos una buena descripción verbal de ella e incluso es otra cosa ser capaz de reflexionar acerca de la descripción resultante. Sobre esta distinción que establece este autor sobre la reflexión, que tiene importantes implicaciones pedagógicas en cuanto a la asimilación de conocimientos y capacidad creativa de resolución de problemas, no existen evidencias, dentro de las opiniones emitidas, de que en los procesos educativos de las residencias médicas se establezca un momento, con determinados pasos diseñados para reflexionar sobre la reflexión en la acción.

Sobre el “*practicum reflexivo*” y los dos momentos fundamentales volveremos a tratar en el último capítulo, en tanto que como propuesta teórica y metodológica de formación profesional podría ofrecer algunas reglas básicas para alcanzar una mejor competencia profesional.

En los **ateneos**, los instructores, residentes, algunos médicos de planta y especialistas invitados discuten algún caso que consideren necesario analizar en grupo y desde diferentes miradas. Generalmente el caso se elige por el grado de complejidad de un paciente en un servicio determinado. También en los ateneos se presentan trabajos realizados por los residentes sobre alguna patología para ser discutidos entre todos los concurrentes al evento, realizados a partir de datos observados y registrados en el ejercicio práctico y en base a una revisión bibliográfica “clásica y de actualidad” sobre el tema en cuestión.

Un ateneo puede también desarrollarse sobre un “caso problema realizado

<sup>278</sup> IBID. p. 37.

en consultorio escenario". En algún hospital se utiliza "un disparador teórico breve o historia clínica o vídeo con historia clínica que sirva para el análisis del problema por grupos operativos con coordinador o grupos de discusión y análisis de casos con pacientes".

La discusión sobre los casos en ateneos les permite a los residentes la "construcción de soluciones". Pocos instructores plantearon una secuencia metodológica de presentación de casos siguiendo el orden de: "presentación del problema, evaluación de la respuesta instantánea, consulta de datos, solución consensuada" o el orden de la "introducción, prevalencia, historia, epidemiología, descripción de la clínica y sus distintas modalidades y consideraciones sobre la patogenia".

Los aspectos relacionados con "**la teoría**", más de la mitad de los docentes la trabajan sobre la base de *identificación de alguna bibliografía, sugerida por el tutor, para que los residentes la busquen y preparen seminarios para el resto de sus compañeros*:

- "Básicamente planteando problemas, diagramando una serie de clases o reuniones, buscando e indicando materiales, en la parte teórica, se charla de lo buscado, se sacan conclusiones y hacemos una evaluación diferida en la siguiente clase de lo que vimos en la anterior, y veo que pasó, como se engancharon. Y en la parte práctica, llevándolos al quirófano y enseñándoles lo que yo sé, que es más de lo que sabe uno que recién empieza en 1 año".
- "Hacemos también seminarios bibliográficos, que siempre fue un castigo para los residentes, está cambiando, se trata de buscar un problema, por ejemplo, si hay que usar corticoides en la hepatitis alcohólica, nosotros tenemos muchos pacientes con esto, tienen que hacer una búsqueda bibliográfica, y actualizar el tema, muchos no sabían hacer búsquedas en Internet, yo los acompaño mucho, seleccionando los artículos en las revistas que son difíciles en nuestro medio y bueno, los seminarios también, participar del mismo, facilitando la metodología más de tipo taller, en otros conducirlo, corregir las carpetas".
- "Estimularlos a que busquen bibliografía de determinados temas, sobre casos que tenemos".
- "De acuerdo a la actividad; tenemos actividades prácticas de instrumental, broncofibroscopía, test de función de laboratorio pulmonar, en las que se va transmitiendo la experiencia, salvo algún caso especial, en que se busca bibliografía; generalmente se les enseñan distintas técnicas, los casos, las distintas consecuencias que puedan tener, y en cuanto a lo teórico, más que nada, buscando bibliografía, y charlándola, he indicando cuál es buena, cuál es mala".
- "Una persona idónea les pase a los residentes un artículo mensualmente de algún estudio epidemiológico, que los residentes lo analicen, y después juntarnos con ésta persona a discutirlo, para ver si se han entendido bien todas las variables, para aprender a hacer una lectura crítica de artículos de revistas médicas".

- “Charlas teóricas se dan todos los días, es diario, lo que pasa que es un sistema que se auto-nutre, las van dando ellos mismos, empiezan a principio de año dando los de 3° y el Jefe de Residentes, después se van incorporando los otros y van dando las charlas, eso es a diario, de lunes a viernes, todos los días a las 14 horas hacen la actividad teórica, además los miércoles hay un Ateneo general del Servicio”.
- “Actualización bibliográfica generalmente en inglés, para que ellos lo traigan traducido y se hable sobre esos temas, eso es más o menos lo que hacemos, y en la parte práctica, bueno en lo práctico, están obligados a una guardia semanal, y sobre esa guardia semanal, el médico de guardia lee temas con ellos, en la medida que no haya trabajo”.
- “Me gusta la participación del residente, me gusta que definamos el tema que vamos a ver, yo les doy la bibliografía, me gusta que vengan el día que vamos a tratar ese tema, con una lectura previa, para que lo podamos comentar, discutir, ampliar, reflexionar, o sea ésa es mi modalidad, con trabajos prácticos”.

Sin embargo, la **búsqueda y discusión bibliográfica** fue señalada como prioritaria sólo por 11 docentes de la muestra escogida, siendo significativa la precariedad de la actividad. Esta búsqueda se realiza a partir de las sugerencias del instructor, los cuales recomiendan a los residentes resumir lo leído y compartir en los seminarios que realizan los residentes entre ellos. El tipo de bibliografía seleccionada está referido a la literatura de la medicina básica sobre alguna patología, los tipos de diagnósticos y tratamiento y las novedades presentadas en las revistas de cada especialidad tanto nacionales como internacionales que aparecen publicadas periódicamente, algunas de las cuales pueden bajar vía internet. También se sugieren lecturas sobre casos del hospital. Algunos de los docentes señalaron que la bibliografía utilizada por los residentes corresponde a préstamos personales que ellos realizan en tanto en el hospital no se dispone de bibliotecas especializadas.

Si bien la búsqueda bibliográfica se identifica como un método importante de enseñanza-aprendizaje, muchas de las reflexiones emitidas están ligadas a las “sugerencias”, “el estímulo”, “las posibles recomendaciones y préstamos de artículos” que ofrece el docente. Esta manera de encarar la búsqueda bibliográfica podría estar reforzando una conducta pasiva en el residente que espera que se le indique, sugiera o preste algún artículo interesante.

Por otra parte, la búsqueda bibliográfica no está asociada a la idea de “aprender a aprender”, de manera que los residentes construyan sus propias redes de información, aprendan a encontrar información de la mejor calidad, sean capaces de comparar las distintas bibliografías y sobre todo, las distintas posiciones epistemológicas que sobre un tema, patología, enfoque, tratamiento, etc., se tiene hoy día en el mundo científico y tecnológico de la medicina.

En otras palabras, la búsqueda de información no está asociada a generar en

los residentes una actitud crítica sobre lo observado en la práctica de atención médica de los hospitales, las determinantes sociales de la salud y lo producido por las investigaciones científicas en otros contextos y mucho menos a generar posibilidades de investigación en algunos de los temas de la especialidad que se estudia.

En la entrevista, una de las preguntas estaba dirigida a conocer los mecanismos que revierten los factores negativos en la enseñanza de las residencias médicas. Siete tutores coincidieron en que *uno de los mecanismos que utilizan para revertir los factores negativos en el proceso de enseñanza aprendizaje es estimular a los residentes a que busquen información, analicen los casos clínicos e investiguen en base a los casos clínicos:*

- “Reconozco que de repente no tengo una formación docente, porque recién ahora estamos haciendo algo, yo no he hecho cursos de docencia, yo soy una docente de formarme así dando clases, pero no sé mucho de metodología, pero quizá yo más estímulo a que ellos busquen, y que interroguen, más que yo decirles como es algo, que ellos busquen y que interroguen y uno apoyarlos, sería el auto-aprendizaje guiado, eso es lo que más resultado me da”.
- “Como no quieren investigar, les voy a poner una Investigación Docente, con este modelo de enseñanza y otra Investigación de Ojos Secos, ya que yo me dedico a eso, poder ayudarlos”.
- “Fundamentalmente hay que despertar el interés de los residentes, enseñando en base a un caso, un paciente, una cirugía; haciendo revisión de casos, para saber porqué se complicó una cirugía, que lo analicen, que investiguen, de esta manera se los motiva más, es mejor ver una hemorragia digestiva, ver al paciente y comentarlo, charlar los porqué, que decirles preparen para tal día el tema de hemorragia digestiva, es de lo práctico a lo teórico, sino lo viven como algo impuesto”.
- “Uno trata de motivar el estudio, de que ellos busquen información, de la cuál también aprendo, ahora sacarlos del núcleo administrativo es algo que no puedo hacer, ésa es una traba”.
- “En base a un caso clínico, que es un caso problema, que busquen la solución o los distintos caminos para llegar a ella, y después uno va desglosando si fue o no correcto lo que han contestado. Eso es lo que más resultado nos ha dado”.

Los mecanismos para revertir los factores negativos del proceso de enseñanza y aprendizaje presentados como propuesta por éstos docentes/instructores no difirieron significativamente de aquellas modalidades de enseñanza más utilizadas en la práctica educativa habitual que definieron y que fueron analizadas en el capítulo anterior.

Utilizar mecanismos y estrategias para revertir los factores negativos de la enseñanza implica seleccionar innovaciones que respondan a: las necesidades reales de los alumnos, las propias preocupaciones del residente, incrementar el intercambio entre docentes y alumnos, crear una atmósfera de colaboración pro-

ductiva, crear un entorno seguro para expresar sus preocupaciones, generar encuentros con expertos externos para discutir otros temas de interés para ambos, generar procesos de formación permanente más que asistir a encuentros aislados y esporádicos, dejar tiempo para la reflexión y renovación, entre otras.

La variedad de mecanismos puede ser mucho más amplia de la expresada; de lo que se trata en todo caso es de generar estrategias que permitan a los residentes procesar la información sobre lo observado en la práctica, pensar y resolver problemas de manera autoregulada, generar una actitud de aprendizaje permanente, generar nuevas ideas y ayudar a los residentes a convertirse en profesionales estudiosos impulsados por metas, que planifican, se autoevalúan y aplican estrategias.

Por otra parte, el estudio de casos clínicos como exclusividad de la formación y como mecanismo de motivación para los residentes, podría estar indicando, tal como sugiere Menéndez, la carencia de otros tipos de análisis y la evidencia del dominio de una concepción según la cual lo biológico no tiene historia, impidiendo de esta manera incluir los procesos históricos sociales que operan sobre los procesos de salud y enfermedad y que no pueden ser reducidos a un análisis coyuntural por más que se necesite encontrar soluciones inmediatas.

Cincuenta docentes/ instructores (71%) respondió en el “cuestionario” que realiza **investigaciones** con sus alumnos<sup>279</sup>. Cuando se les preguntó en pregunta abierta qué tipo de investigación realizaban, la mitad de éstos sostuvo que realizaban “estudios de casos clínicos”. Un porcentaje menor dijo que realizaba “revisión bibliográfica sobre temas de su especialidad” y “estudios retrospectivos”. Sólo 8 docentes dijeron que realizaban “estudios epidemiológicos y de revisión estadísticas”.

<sup>279</sup> Los reglamentos de las residencias de las provincias estudiadas incorporan a la investigación como una de las actividades a desarrollar con las residencias. Así, Mendoza establece en el Decreto No. 1097/01, en el Artículo 3° que “La programación de las actividades contemplará una distribución adecuada de los aspectos asistenciales, académicos, docentes, de investigación y de desarrollo cultural si los hubiere, pero teniendo en cuenta que la práctica asistencial supervisada ocupa el rol protagónico en la capacitación del Residente”.

En Santa Fe, el Reglamento de Residencias establecido en el Decreto N° 635/85, en su artículo 40 propone que “el médico Residente anualmente hará un trabajo científico cuyo tema y elaboración será propuesto por el Jefe del Servicio, quien junto con el Comité de Docencia e Investigación resolverá su aprobación”. También establece en la Resolución 1114/93 el reglamento del Comité de Docencia e Investigación que será “el responsable de la planificación, programación, ejecución y supervisión de todas las actividades docentes y/o de investigación del establecimiento respectivo, coordinando las mismas con las funciones asistenciales”.

En las evaluaciones que plantea Salta, se pregunta específicamente sobre “la participación de los residentes en actividades de investigación, si se actualiza, participa activamente y muestra interés en investigaciones propias o colaborativas”.

Seguido de esta respuesta, se les preguntó cómo aborda la investigación, si tiene una metodología en particular que utilice regularmente, pidiéndole que la describiera. La variedad en la respuesta fue muy grande, encontrando respuestas repetitivas que tienen que ver con las anteriormente ofrecidas sobre la “revisión y búsqueda bibliográfica” y el “análisis de casos”.

Sólo cuatro docentes presentaron alguna secuencia de cómo abordan la investigación. Fueron coincidentes en la “descripción del planteamiento del problema, la elaboración de los objetivos y las hipótesis, el establecimiento de la población estudio, la consulta bibliográfica y estadística, la metodología del desarrollo de la investigación, la recopilación de los casos, el análisis de las necesidades y posibilidades de recursos, resultados, ratificación de las hipótesis, conclusiones.

En los cuestionarios, encontramos una gran variedad de respuestas que podrían estar indicando que no existe en general una propuesta regular de la investigación como estrategia de aprendizaje y producción de conocimientos a partir de la práctica educativa hospitalaria y por otra parte, que los médicos docentes o instructores no tienen los conocimientos suficientes en el manejo de la investigación académica o práctica de manera tal que puedan incorporarla al proceso educativo. Así, algunos escribieron que aborda la investigación a través del “método científico”, “confección de protocolos”, “investigación observacional”, “basada en evidencias”, metodología retrospectiva y prospectiva”, “metodología descriptiva, analítica y experimental”, “metodologías cualitativas”, a través de “planteamientos de problemas”, “trabajos multicéntricos”, aunque éstos no fueron descritos -tal cómo se pidió en la pregunta abierta- desconociendo entonces qué están entendiendo por cada uno de los métodos y metodologías señaladas. Algunas respuestas textuales merecen distinguirse para fines de análisis:

- “Se plantea una inquietud que en general surge de acuerdo a la patología vista en el servicio, se busca bibliografía sobre las investigaciones realizadas y se intenta con las limitaciones actuales diseñar protocolos de investigación clínica”.
- “En trabajos científicos sobre una hipótesis de trabajo se crea el método que puede o no demostrar la hipótesis, por ejemplo, antecedentes -material y métodos, resultados, discusión, conclusión”.
- “Tomando en cuenta los recursos disponibles (pacientes, tecnología, bibliografía) se definen problemas que pueden ser posibles de esclarecer y cuya comunicación signifique un aporte de opinión innovador conceptual o práctico para la especialidad”.
- “Supervisado en alumnos con clara delimitación de objetivos una hipótesis adecuada con materiales y métodos al alcance del que investiga, asesoría tutorial para elaboración posterior: resultados, conclusiones propuestas, etc., en alumnos” .
- “Se consensua y priorizan las variables a investigar del problema de salud seleccionado, confeccionando la matriz, se recolectan los datos por censo o

muestreo, se ordenan, analizan, se obtienen indicadores en base a esta información, se planifica la acción, investigación, acción”.

- “Por lo general, la investigación parte de la definición que el mismo residente realiza de un problema, estableciendo a partir de dicha definición del campo problemático una metodología a seguir (cualitativa o cuantitativa) como así las técnicas a utilizar, y una supervisión procesual de la misma”.

Cabe señalar que otros dijeron que “no tienen una metodología en particular”, que en las residencias “no se práctica la investigación clínica o práctica”; que los residentes “tienen la obligación de hacer cursos de investigación básica”, aunque no dijo si era por cuenta propia o por parte de la residencia- hospital o universidad. Otros descargaron su responsabilidad en la ausencia de proyectos de investigación por el exceso de trabajo hospitalario, la no remuneración de las horas docentes y el escaso tiempo dedicado a la docencia.

Pero puede observarse que todavía se piensa que el conocimiento científico se basa en la aplicación rigurosa del “método científico” que debe comenzar por la observación de los hechos de la cual debe extraerse las leyes y los principios. Esta concepción *positivista*, según la cual la ciencia es una colección de hechos objetivos regidos por leyes que pueden extraerse directamente si esos hechos son observados con una metodología adecuada, ha sido superada entre los filósofos e historiadores de la ciencia pero no necesariamente en las aulas.

En cuanto a las **metodologías de evaluación**, más del 70% de las Unidades de Residencias de la Provincia de Buenos Aires afirmó con el instrumento de “evaluación participativa” que evalúa a sus residentes a través de “estudios de caso” y “solución de problemas”. El 89% manifestó que los evalúa anualmente, sin embargo, aproximadamente 1 de cada 4 no sabe si la evaluación que lleva a cabo es sumativa o de proceso.

En las residencias de Rosario, la mayoría contempla la evaluación de los residentes a partir de los “estudios de caso”, la “solución de problemas” y “trabajos de investigación”. En Salta, además de las dos primeras, fue marcado la “exposición oral” como método de evaluación en todas las residencias.

En una pregunta cerrada del cuestionario, tenían que responder cuál de las metodologías de evaluación es la más empleada por los docentes para evaluar a los residentes. El 46% respondió que se evalúan a través de “solución de problemas”; el 19% a través de “estudios de casos”. En menor medida se utilizan los “exámenes de selección múltiple, los de desarrollo y las exposiciones orales”. Los “trabajos de investigación” sólo fueron considerados por el 4% de la muestra, lo que indica claramente y en consonancia con las metodologías de enseñanza y aprendizaje mencionadas en el punto anterior, que la investigación es poco empleada en los procesos de formación de los especialistas en salud.

Las evaluaciones de los residentes se realizan fundamentalmente para clarificar el rendimiento de los residentes a partir de su capacidad para la “solu-

ción de problemas” y el “estudio de casos” en los hospitales estudiados de Rosario y Mendoza, aunque no se cuenta con un instrumento particular para llevar a delante las mismas. En el caso de Salta se cuenta con una grilla de evaluación que identifica determinadas habilidades, además de la “solución de problemas” y el “estudio de casos” y otras grillas de evaluación de los docentes/instructores.<sup>280</sup>

La información acerca de la metodología que se emplea en las residencias para la evaluación, encontrada en el “cuestionario de autoevaluación” es coincidente con la obtenida en la “evaluación participativa”.

<sup>280</sup> El reglamento de Residencias Mendoza, Decreto N° 2.361/93 establece como funciones del Comité de Evaluación de Residentes: “Evaluar anualmente, al concluir el Año Lectivo, en forma integral a cada uno de los Residentes de la Residencia considerada. Deberá asentarse en acta, en forma fundada, el resultado de la evaluación”. Para el instructor de residentes establece: “Realizará una reunión mensual con los Residentes a fin de evaluar el grado de capacitación que progresivamente van adquiriendo. Acompañará y supervisará desde el punto de vista docente; asistencial (aportando sus conocimientos y experiencia) a los residentes en toda actividad que desarrollen los mismos, en relación a los enfermos, en salas de internación, quirófanos o consultorios externos, especialmente en lo que a técnicas y procedimientos médicos o quirúrgicos se refiere”.

En Santa Fe, el Reglamento de Residencias establecido mediante Decreto N° 635/85, presenta como Las funciones del Director de Residencias, entre otras: “Controlar y evaluar el desarrollo de los programas de Residencias Médicas y efectuar evaluaciones de los residentes cuando las circunstancias así lo exijan, o lo considerase necesario”. Como funciones del Instructor propone: “Evaluar semestralmente con el jefe del Servicio a los Residentes desde el punto de vista médico, personal y ético”.

En estas dos provincias, ninguno de los reglamentos revisados establece alguna recomendación sobre el tipo o forma de evaluación que deberá llevarse a cabo.

En cambio, Salta dispone desde el año 2000 un Reglamento de Residencias establecido en el Decreto N° 1.277/00, en el que dispone especialmente un capítulo sobre Evaluaciones, las cuales “tienen carácter obligatorio y excluyente. La no presentación debe ser justificada por escrito, quedando a decisión del Tribunal Evaluador si tiene derecho a rendir examen recuperatorio. ARTICULO 21.- Las evaluaciones se realizarán semestralmente, con dos (2) modalidades: 1.- HETEROEVALUACION: valorándose tres (3) áreas. Conocimientos: Tratará sobre los fundamentos teóricos de la unidad o unidades docentes desarrolladas y se efectuará por el método consignado en el programa de cada Residencia. Habilidades y Destrezas: Tratará sobre los fundamentos prácticos de la unidad o unidades desarrolladas y se efectuará por el método consignado en el programa de cada Residencia. Actitudes: Se valorará el desempeño del profesional residente con relación a su actividad específica y su interrelación con el equipo de salud. 2.- AUTOEVALUACION: el profesional residente valorará su desempeño. Todas las pautas para el sistema de evaluación se establecerán a través de la resolución ministerial que se dicte al efecto. Al respecto de esta reglamentación, Salta también aprobó en el año 2002, la resolución No. 100/02 en la que aprueba el Sistema de Evaluación de Residentes y Docentes de Residencias en la cual se “Aprueba el Sistema de Evaluación para Residentes y Plantel Docente de las Residencias de Profesionales de la Salud dependientes de este Ministerio,

Marchesi y Martín<sup>281</sup> realizan un buen resumen analítico acerca de los cambios que se han producido en la evaluación educativa. Hasta los años sesenta, la influencia de Ralph W. Tyler fue determinante tanto en la conceptualización de la evaluación educativa, como en la orientación hacia los objetivos educativos que debían alcanzar los alumnos, los cuales se expresarían en términos conductuales u observables, reflejando de esta manera la influencia de la psicología conductista dominante en aquella época.

La obra de Lawrence Stenhouse, basada en la crítica al modelo de objetivos, constituyó una ruptura con el modelo de evaluación de Tyler y marca toda una época que se prolonga hasta los momentos actuales. También constituye un hito en el tema la “evaluación orientada hacia el perfeccionamiento” sugerida por Stufflebeam en décadas pasadas, encauzada fundamentalmente a mejorar los programas y a servir de guía a los que planifican y administran los proyectos educativos. El autor la ha definido como “el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un objeto determinado, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados”<sup>282</sup>. A pesar de estos avances, en las residencias, el modelo de evaluación se basa fundamentalmente en la emisión de juicios racionales que los docentes realizan acerca de sus alumnos y especialmente sobre objetivos de comportamiento.

En los años noventa, el debate ideológico sobre la evaluación ha cobrado fuerza, así también, sobre de la extensión de los modelos sistémicos y del refinamiento de los métodos de análisis de la información. Además de este tipo de evaluación de residentes, Argentina tiene varias modalidades de evaluación de las residencias médicas, realizadas a través de las Sociedades Científicas, los Colegios Médicos, así como las recomendaciones de evaluaciones de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

## 6.6 A modo de síntesis

La enseñanza en las residencias, desde el punto de vista de proceso educativo, no ha cambiado sustancialmente respecto de las antiguas residencias. Aunque los docentes de las residencias actualmente observan algunos cambios en relación a las que ellos acudieron en calidad de alumnos, mantienen rasgos similares.

---

como así también las Planillas para la Valorización de los Servicios, en los que se desarrollan las Residencias de Profesionales de la Salud”. Esta resolución viene acompañada de 4 grillas que traducen las diferentes variables a considerar en las evaluaciones respectivas.

<sup>281</sup> Marchesi A, Martín E. Calidad de la enseñanza en tiempos de cambio. Madrid: Alianza; 1998.

<sup>282</sup> Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluación sistemática. España: Paidós, 3ra. reimpr; 1995. p. 183.

El balance comparativo planteado por los docentes/ instructores permite llegar a la conclusión de que el proceso de enseñanza y aprendizaje se ha deteriorado en los últimos años, producto entre otros factores, de la demanda de atención que tienen los hospitales públicos y de la asignación de mayor responsabilidad laboral atribuida a los residentes durante las jornadas de práctica- estudio establecidas por los reglamentos.

Se mantiene la visión de “adiestramiento en la práctica”, pero han empeorado las condiciones: ausencia de una gran parte de docentes/acompañantes, pese al nombramiento de la figura del “instructor”, aumento de la carga asistencial directa, bajos recursos y disminución de las actividades llamadas “docentes”, correspondientes a la programación de espacios de discusión, investigación y reflexión, que son en definitiva, las que ayudan a sistematizar las experiencias de aprendizaje.

Mediante una *rutina de trabajo* establecida a lo largo de las residencias, se establece un sistema de aprendizaje. El desarrollo de determinadas funciones y la adquisición de responsabilidades específicas, adquiridas a través de un proceso de socialización van a crear en cada residente lo que Bourdieu y Passeron definieron como un *habitus* o el producto de una interiorización de los principios de la cultura dominante, en este caso, los principios de la cultura médica especializada, sus categorías de percepción y de apreciación de la realidad, lo que vendría a garantizar la supervivencia de una cultura. Ellos consideraron que “todo sistema de enseñanza institucionalizado debe las características específicas de su estructura y de funcionamiento al hecho de que le es necesario producir y reproducir, por los medios propios de la institución, las condiciones institucionales cuya existencia y persistencia (autorreproducción de la institución) son necesarias tanto para el ejercicio de su función propia de inculcación como para la realización de su función de reproducción de una arbitrariedad cultural de la que no es el productor (reproducción cultural) y cuya reproducción contribuye a la reproducción de las relaciones entre los grupos o las clases”.<sup>283</sup>

En comparación con los años donde se iniciaron las residencias en la Argentina, se podría señalar que el modelo de enseñanza de la medicina especializada se mantiene en cuanto estructura de socialización para la reproducción del servicio y se mantienen algunas de las modalidades de enseñanza tales como los ateneos, pases de sala, la discusión de casos, dentro de un sistema que los propios docentes/ instructores consideran como verticalista, tradicional y organizado en función del aprendizaje y responsabilidad acumulativo a través de procesos de observación e imitación de lo realizado por los médicos de planta. Sin embargo, la información recopilada pone de manifiesto la disminución de los procesos de supervisión y acompañamiento de los docentes de planta, el esca-

<sup>283</sup> Bourdieu P, Chamborredon JC, Passeron JC. El oficio del sociólogo. Madrid. Siglo XXI, 4ta. Ed; 2001.

so desarrollo de la investigación científica dirigida, la información bibliográfica centrada y dependiente de lo que busque el alumno, la disminución de los espacios de “docencia”.

Por otra parte, en esta nueva etapa de las residencias, el docente/ instructor queda reducido al papel de técnico que aplica los programas o planes de estudio que otros planificaron o discutieron en un momento determinado de la apertura de las residencias, lo que implica por un lado, que se mantiene una dependencia con respecto al ámbito “académico” o “burocrático hospitalario” que define el programa, y por otro, no permite una construcción curricular por parte de los que llevan adelante la práctica educativa, restando posibilidades de compromiso al equipo docente para generar, de alguna manera una reflexión autónoma y la elaboración de un pensamiento propio alrededor de los ejes curriculares y las posibilidades educativas.

El aprendizaje por “imitación u observación de los mecanismos de intervención” constituyen la herramienta principal en los procesos de aprendizaje de las residencias médicas, donde el “diálogo” y “acompañamiento” han sido señalados como las herramientas básicas utilizadas. Sin embargo, el aprendizaje por imitación puede ser un proceso de aprendizaje implícito más que explícito, como ha señalado Pozo, en el que muchas veces ni el profesor ni el alumno se dan cuenta de que ese aprendizaje está teniendo lugar, por lo que considera importante que los profesores tomen conciencia y hagan explícitas no sólo las actitudes que desean en sus alumnos sino también las que muchas veces, de forma inconsciente, ellos manifiestan a través de sus conductas.

Por la propia naturaleza de los contenidos de aprendizaje que tienen los programas de las residencias médicas, los procedimientos tienen rasgos específicos. No se aprenden ni se enseñan igual todos los contenidos y por tanto, lo que docentes y alumnos tienen que hacer va más allá del tradicional explicar y escuchar. El conocimiento fundamentado en el qué hacer con y por el paciente tiene de hecho una serie de procedimientos médicos que no aparecen explicados como parte de los contenidos educativos, porque tienen una naturaleza distinta que el conocimiento declarativo o verbal. Existe una diferencia entre *saber decir* o conocimiento declarativo y *saber hacer* o conocimiento procedimental. Estos últimos pueden ser variados y situados a lo largo de un continuo de generalidad y complejidad que iría desde las simples técnicas y destrezas hasta las estrategias de aprendizaje y razonamiento. Mientras que la técnica sería una rutina automatizada como consecuencia de la práctica repetida, las estrategias implican una planificación y una toma de decisiones sobre los pasos que se van a seguir para alcanzar el aprendizaje. Estas estrategias y pasos son los que en definitiva no aparecen establecidos de manera clara y explícita en los currículos de las residencias médicas.



## ■ CAPITULO 7

# El hospital como espacio de la formación y práctica educativa de los futuros médicos especialistas

En los últimos años, los enfoques de capacitación se han transformado profundamente a partir de la reflexión crítica de las tendencias clásicas y de la incorporación de aportes que otras disciplinas y campos de conocimiento han hecho a la educación, tales como la sociología de las organizaciones, el análisis institucional y la perspectiva de la educación de adultos, particularmente en situaciones de trabajo.

El desarrollo de la educación médica de postgrado, en la modalidad de las residencias médicas, debe entenderse a partir de otras dimensiones como son las rutinas complejas, los estilos de gerencia hospitalaria, las tomas de decisiones en instituciones jerárquicas, los cambios o prácticas permanentes de los modelos de atención y de participación, así como las reglas de juego de las instituciones hospitalarias.

La educación en las residencias médicas está muy cerca de la vida cotidiana que se vive en el hospital. Esta visión se asienta en el reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, en otros términos, que en el trabajo se aprende<sup>284</sup>. Ello supone tomar a las situaciones diarias como “palanca” del aprendizaje. Lo ideal desde este punto de vista es analizar reflexivamente los problemas de la práctica y valorar el propio proceso de trabajo en el contexto en que ocurre.

Los hospitales y centros de salud constituyen organizaciones, pero también instituciones, con tradiciones y trayectorias históricas, jerarquías, que llevan a la

<sup>284</sup> Davini MC. 1994. Op. cit.

internalización de las “reglas de juego” por parte de los actores. Las rutinas, dice Argyris, “se ponen en práctica mediante acciones hábiles. Las acciones que son hábiles se basan ampliamente en el conocimiento tácito. Estas acciones se convierten de este modo en un refuerzo del *statu quo*”.<sup>285</sup>

En este capítulo, nos interesa revisar particularmente la visión hospitalaria sobre la medicina especializada que se desea transmitir a los residentes, las dificultades para hacerlo, cómo se forman en esta práctica hospitalaria, cómo se asume la responsabilidad de la docencia y también, cómo se transmite a los residentes el poder jerárquico de los hospitales.

### **7.1. La visión hospitalaria reproductora de una práctica hegemónica.**

Para conocer más de cerca la concepción de la medicina y de la especialidad que se le ofrece al estudiante desde el hospital, analizamos lo que piensan los docentes/ instructores al respecto, encontrando que el 30% de las reflexiones se inclina hacia una visión de la medicina y la especialidad comprometida con la medicina asistencialista y la problemática frecuente. Algunas opiniones merecen destacarse:

- “Nuestra residencia tiene una carga asistencial muy importante que en algunos casos impide un desarrollo profundo de la actividad específica. Pero esta carga permite que se tenga una relación docente-alumno muy buena que permite manejar este déficit”.
- “Para el hospital como institución los residentes y sobre todo los de años superiores son considerados como especialistas y el hospital se interesa exclusivamente en la tarea asistencial que ellos prestan, sin ningún interés en la formulación teórica”.
- “La prioridad es resolver el problema del paciente aún en situaciones de otras especialidades o situaciones no médicas, así lo asistencial, la formación del residente a veces, solo algunos docentes recomiendan ser autodidactas”.
- “Se intenta brindar al residente la mayor cantidad de elementos teórico prácticos en la especialidad, siempre relacionados con la realidad que a juicio del docente enfrentará el futuro profesional en el ejercicio de la práctica médica privada y hospitalaria”.
- “Totalmente asistencial”.

Hemos venido considerando los estudios de Friedson para el análisis de la profesión médica. Este autor sostenía que el conocimiento de la medicina descansa en su conocimiento puro y abstracto del curso de la enfermedad y de los procedimientos que tienen mayor probabilidad de curar o mejorar la enferme-

<sup>285</sup> Argyris C. Sobre el aprendizaje organizacional. México: Oxford, 2da. ed; 1999. p. 80.

dad, pero para aplicarlos a la realidad práctica, esos conocimientos resultan distintos, lejanos del conocimiento sistemático, ligados más a usos acostumbrados, preferencias individuales e intereses creados. Creemos que esta visión del aprendizaje de la medicina especializada, asociada a la asistencia y los problemas frecuentes de enfermedad está asociados a la idea de crear en cada uno de los residentes un *habitus*; un proceso de socialización en el que se interioriza los principios de la cultura médica hegemónica, sus categorías de percepción y de apreciación de la realidad, garantizando de este modo la supervivencia de una cultura médica.

El trabajo pedagógico que traducen estas opiniones no solo contribuye a dar referencias sobre cómo debe ser interpretada la realidad, sino que también define itinerarios, formas y métodos de resolver los problemas que se plantean a aquellos que poseen un mismo *hábitus*. De esta manera, para que el *habitus* se forme, una condición fundamental es que el trabajo pedagógico que lo va a originar sea contemplado como legítimo por sus destinatarios, lo que facilitará tanto la construcción de un *hábitus* duradero como la reproducción del mismo.

De acuerdo con Bateson<sup>286</sup>, cabe distinguir distintos niveles de aprendizaje en las organizaciones. La adquisición o la extinción de un hábito representa un nivel de aprendizaje que supone la adopción de un determinado comportamiento para ajustar las relaciones entre el individuo y la organización, acoplando sus prácticas a las prácticas del grupo. Este nivel de aprendizajes es de relativa importancia, dado que implica la adopción de rutinas de trabajo de gran estabilidad en el tiempo, sin que sea necesaria reflexión alguna acerca de estas prácticas.

La perspectiva de Bateson permite entender que el esfuerzo de la capacitación parece muchas veces detenerse en la adopción de determinadas rutinas de trabajo y raramente a la revisión de las prácticas. Es frecuente que una propuesta de formación o de capacitación se inicie por acciones orientadas al replanteo de los comportamientos, pero rápidamente culmina en el desarrollo de nuevas habilidades. Cuando la capacitación actúa de esta forma se comporta igual que las teorías del aprendizaje que presuponen que el contexto en el que las nuevas habilidades se pondrían en juego es un contexto neutral, que no resignificará los aprendizajes adquiridos.

Con un currículo no explícito en cuanto a las metas educativas y el perfil educativo que se pretende alcanzar, aparecen los valores que no llegan a explicitarse de manera intencional, que se adquieren mediante la participación en acciones en la práctica de los procesos de enseñanza aprendizaje y en general, en todas las interacciones que se suceden día a día en los espacios en la que este binomio se desarrolla, en este caso, en los espacios de atención de la enfermedad.

Lo que se puede rescatar de esta visión de los docentes, es que la medicina

<sup>286</sup> Bateson G. Pasos para la ecología de la mente. Buenos Aires: Planeta; 1991.

especializada se aprende en virtud de la práctica, conseguida a través de la experiencia diaria, organizada para atender problemas, es decir en un ambiente de aprendizaje a partir de la realidad concreta, de cada caso en particular, con propiedades sociales peculiares.

Pareciera que la práctica asistencialista como mecanismo principal de aprendizaje se entiende como la actividad dirigida a fines conscientes, como la razón que funda los saberes, el criterio para establecer la verdad, como la fuente de conocimientos verdaderos, el motivo de los procesos de justificación del conocimiento. La *práctica y teoría* son a juicio de Gimeno Sacristán<sup>287</sup> “dos comodines del lenguaje cuya significación dispersa complica bastante la manera de entender la relación entre ambas. Su emparentamiento puede significar cosas y plantear retos distintos según la acepción que se tenga tanto de la práctica como de la teoría. Esta falta de precisión hace de la relación teoría-práctica un eslogan, una metáfora, una aspiración, un programa difuso”.

Un segundo nivel de agrupación de las respuestas son aquellas en que los instructores/docentes (30%) relacionaron *la concepción de la medicina y la especialidad que se le ofrece al estudiante desde el hospital con una visión integral de la medicina*. Veamos algunas de las opiniones específicas que dijeron los docentes:

- “Integralista, humanista, de alta calidad en formación teórica y práctica de habilidades y con compromiso social activo”.
- “Una concepción integradora con los otros colegas; relación estrecha médico-paciente; correcta utilización de los elementos clínicos y exámenes complementarios y su uso racional y actualización permanente de la lectura clínica en los textos y revistas”.
- “Medicina basada en aspecto de salud-enfermedad, aspectos socio- económicos y entorno del que requiere evaluación médica. Medicina como proceso dinámico e integrador”.
- “El especialista es un profesional de la salud capaz de implementar técnicas específicas y con conocimientos más profundos de un tema. Debe trabajar interdisciplinariamente con otros especialistas por las limitaciones que genera dedicarse a un tema”.

Las respuestas sobre la *visión integral* fueron tan variadas como se presentan en estos ejemplos: por un lado, se hace referencia a la integración de la teoría y práctica; integración de campos bio-psíquicos sociales; integración con otras miradas de colegas de otras especialidades, integración de otros aspectos además de los biológicos, y algunas de ellas también integran la visión humanista que tampoco aparece definida.

<sup>287</sup> Gimeno Sacristán J. 1998. Op. cit. p. 33.

En capítulos anteriores hemos presentado argumentos que evidencian la desarticulación de los currículos médicos no sólo al interior de las disciplinas básicas biológicas sino en su interacción con el nivel clínico, las ciencias sociales, y la desarticulación de ciertas formas de práctica médica y con las demandas integrales de la población en cuanto a la salud, siendo este problema considerado como uno de los problemas básicos en la enseñanza de la medicina, considerado como uno de los ejes importantes de reflexión de los educadores latinoamericanos a partir de 1960 y que ha continuado como motivo importante de preocupación en los últimos quince años.

En esta y otras preguntas surge que los instructores/docentes ofrecen a los residentes un enfoque de la medicina y especialidad inclinado hacia *la resolución de problemas y actualizados en los avances médicos y técnicos*. Algunas respuestas puntuales rescatamos para fines de análisis:

- “El médico debe estar capacitado en lo conceptual y práctico para resolver problemas generales de salud enfermedad y poseer una disposición mental y una base teórica que le permita investigar sobre problemas de salud”.
- “Un concepto basado en el análisis crítico permanente en cuanto al desempeño del trabajo como médico, la ubicuidad social y al estímulo del desarrollo profesional”.
- “Lograr un médico generalista capacitado para resolver la problemática frecuente de la población. Un especialista apto para el desarrollo de su especialidad en forma adecuada inmerso en los avances médicos y técnicas actuales”.
- “Se intenta formar básicamente médicos clínicos prácticos, capaces de resolver la mayoría de las situaciones que pueden presentarse en la práctica usual. Se intentan tengan una formación básica también en investigación clínica”.
- “La medicina es un trabajo que debe realizarse lo mejor posible y resolverse los problemas con eficacia. Pediatría es la especialidad elegida, deben resolverse los problemas a cada momento sin comprometerse personalmente o sea, analizar el problema real”.
- “Formando especialistas emergencistas, cirujanos infantiles, actualizados en lo que son los nuevos métodos quirúrgicos del 2000”.

La problemática específica de la población que llega al hospital es sin lugar a dudas la enfermedad. Como vimos en capítulos anteriores, el cuidado de pacientes es el fin principal del hospital y se encuentra bajo decisión médica; generalmente, la última palabra la tiene el especialista, quien podrá o no consultar otro tipo de especialista si lo considera conveniente. En definitiva, su función y las normas que lo regulan están enmarcadas fundamentalmente en la tarea de resolver los problemas de enfermedad de los pacientes que acuden a ellos.

También hemos señalado en el capítulo sobre hospitales, las condiciones en las que se encuentran los hospitales argentinos, caracterizados por un modelo *rutinario, burocrático y de estructura personalizada*, donde las decisiones son to-

madras por el nivel jerárquico superior de manera arbitraria debido a la carencia de un sistema de información apropiado para la toma de decisiones y el control de la gestión; trabajando sin objetivos claros, sobre las situaciones presentadas en el diario vivir, bajo las rutinas, normas y procedimientos arcaicas que traban las acciones estratégicas creativas y, como si fuera poco, con deficiencias en la infraestructura y los equipamientos.

La *resolución de los problemas* que refieren los instructores docentes no está ajena a estos problemas generales del hospital; son parte del proceso de aprendizaje de los residentes, de manera tal que a la resolución de problemas complejos de salud-enfermedad, tienen que agregar los problemas complejos del mundo hospitalario y por tanto, la compleja situación socio económica que vive el país. Es evidente que la resolución de problemas pasa por la atención y seguimiento a los pacientes, acompañado o no por sus tutores.

Muy similar al planteo de Bateson, Argyris<sup>288</sup> distingue el *aprendizaje de circuito simple* y *de circuito doble*. Cuando el aprendizaje requiere solamente la modificación de estrategias para lograr un objetivo, es lo que él llama aprendizaje de circuito simple. El aprendizaje de circuito simple hace siempre una pregunta unidimensional y obtiene una respuesta unidimensional.

El aprendizaje de circuito doble, en cambio, siempre significa una revisión de los valores que gobiernan nuestra propia conducta, pero en tanto modifica pautas de relación es también una alteración del statu-quo. Cuando el aprendizaje requiere la modificación del Programa Maestro, es decir de los valores y concepciones que informan la acción, estamos frente a un aprendizaje de circuito doble.

Otros docentes/ instructores creen que la concepción de la medicina especializada que se le ofrece al residente es a partir de *la alta complejidad técnica y sobre la base del paciente como unidad biológica*:

- “Se debe concebir una medicina especializada que estudia el proceso de salud-enfermedad desde un hospital de alta complejidad que concentre la patología según la especialidad”.
- “Medicina en donde el paciente es un objeto de estudio que presenta un problema puntual al cual hay que darle solución sintomática, desprovisto de todo contexto social, familiar, laboral, etc. El paciente como unidad biológica”.

De estas opiniones, merece destacarse el concepto del paciente como “unidad biológica” y la solución que tendría el especialista que ofrecerle a su problema de salud, sin tener en cuenta al paciente como ser social y afectivo. El *biologismo*, como el rasgo estructural dominante, aparece acá garantizando la cientificidad del

<sup>288</sup> Argyris C. Individuos dentro de la organización. Barcelona: Herder; 1991.

- Como vencer barreras organizacionales. Barcelona: Herder, 1993.

- Conocimiento para la Acción. Barcelona: Granica; 1999.

modelo, subordinando en términos metodológicos e ideológicos otros niveles explicativos de los procesos de salud y enfermedad, como la red de relaciones sociales que determinan los fenómenos de la enfermedad en una gran proporción de los casos. De esta mirada médica, tanto estudiantes como los propios especialistas, son reconstituídos en el proceso con formas de racionamiento acerca del mundo y de la propia medicina hegemónica, que sigue perpetuando su modelo de pensamiento fundamentado en un modelo biomédico clínico, individual y curativo.

Un primer nivel de análisis general sobre los tipos de respuestas sugiere que la concepción de la medicina y la especialidad que tienen estos docentes coincide con algunas de las características del modelo médico hegemónico ya descrito. El individuo como unidad biológica, como caso individual, como problema tipo, para fines de estudio e investigación se extraen como ideología imperante que se transmite en la formación de postgrado y de su modalidad de residencias.

El biologismo es una identificación de este modelo y a la vez es la parte constitutiva de la formulación médica profesional. El ser humano biológico se verá a través de la complejidad técnica ante todo y de los avances tecnológicos y lo importante será conocer su enfermedad para curarla. La calidad de vida y la salud como concepto positivo, que remite a otras miradas y tipos de intervención aun en el ámbito hospitalario no está presente en la mayoría de los enfoques. Esto remite a una ideología particular, asociada por un lado a la dependencia paciente- médico y por otro lado, a la enfermedad y el tratamiento como centro de pensamiento y acción.

Las otras dos características también ausentes dentro de estas visiones de los especialistas médicos son la ahistoricidad y asociabilidad de la medicina que caracterizaba Menéndez. Los procesos históricos sociales de la salud- enfermedad no son considerados dentro de esta visión de la medicina y la especialidad, constituyendo estas tres características de la medicina hegemónica, las mismas que estarían caracterizando a la enseñanza de la medicina especializada.

Sólo tres docentes relacionaron la concepción de la especialidad ofrecida al residente a partir de *la visión de la promoción y el ser humano que es el paciente*. Algunas respuestas resultaron interesantes en tanto rompe con la clásica concepción dominante:

- “El desarrollo de una profesión que se debe ejercer con la máxima responsabilidad, de la mejor manera posible y pensando en la persona que recibe los resultados de ese ejercicio”.
- “El residente en general egresado de esta residencia tiene una visión preventiva, conservadora, humanitaria, mantener la salud es la premisa, no curar la enfermedad, lo primero es asegurar al paciente el derecho a la salud y luego tratar de rehabilitarlo”.
- “Medicina integral e interdisciplinaria con priorización en la promoción de la salud y en sentido que tiene la dolencia para este individuo en especial, su familia y su comunidad”.

Estas mismas interpretaciones se corroboran con lo expresado en el cuestionario autoadministrado cuando se trató el tema de **la incorporación del concepto de Atención Primaria en Salud en la formación**. El 33% de los instructores/docentes dice que la APS se incorpora como “eje permanente de desarrollo conceptual de la práctica”; el 29% como información adicional al contenido clínico y el 19% dice que “raras veces se introduce información de atención primaria”. Al parecer, la visión curativa, asistencialista y de fragmentación del hombre, sigue muy arraigada en la enseñanza de la educación médica de postgrado luego de 25 años de Alma Ata, a lo largo de los cuales se ha trabajado intensamente en este concepto, que no pasa exclusivamente por los niveles de atención y que tiene que ver con una visión más general de la promoción y prevención de la salud en cualquiera de los niveles de atención.

Al respecto de la Atención Primaria en Salud, resultaron interesantes las reflexiones de algunos docentes/instructores:

- “La APS no se asume como necesaria y se considera como pérdida de tiempo de la formación específica aunque se obtuvieron algunos logros”.
- “Desde el hospital la atención primaria en salud es concebida como una actividad que no prestigia al profesional, que le resta excelencia y calidad y, esto dificulta reflexionar sobre la filosofía de APS como estrategia”.
- “Faltan criterios desde el hospital para comprender la medicina fundamentada en la APS, como estrategia de salud en todos los niveles”.
- “La especialidad que intentamos desarrollar pasa inexorablemente por la práctica de actividades en los centros de salud asignados, pese a ciertas resistencias por parte inclusive de los médicos residentes”.

Estas reflexiones muestran que la dinámica de las organizaciones, como son, en este caso los hospitales, tienden a mostrar resistencias importantes para la incorporación de los cambios y, muchas veces, funcionan como obstáculos para las prácticas que se desean implementar, tales como la participación comunitaria, la atención primaria en salud o la gestión descentralizada de los servicios.

## **7.2. Las dificultades de implementar un programa articulado en las condiciones actuales de los hospitales**

Algunos instructores/docentes fueron categóricos al señalar la *falta de interés del hospital en la formación de los residentes*:

- “El hospital brinda trabas burocráticas que entorpecen la formación del residente, si éstas no existieran tanto en la formación como en el desempeño, sería mucho mejor. Ofrece lugar físico”.
- “Concepción de la medicina de escasos recursos económicos que se desarrolla con el entusiasmo de los integrantes del cuerpo docente- residentes”.

- “Desde el hospital, creo que no están involucrados con la actividad de los residentes”.
- “Se trata de abordar críticamente los enfermos, discutirlo con los pares, analizar el error, reconocer las limitaciones. Esta sistemática acción se discute con unos pocos miembros del servicio al que pertenezco, por falta de interés de la mayoría”.

Esa información también se corresponde con la visión de los docentes/ instructores acerca de *la incidencia de la estructura administrativa y la organización hospitalaria en la actividad docente*. El 56% de ellos reaccionó señalando que la estructura administrativa y la organización hospitalaria inciden en la docencia “a veces en forma integrada y coherente y a veces poniendo trabas”, mientras que el 33% dice que “siempre poniendo trabas al desarrollo de la actividad docente”. Sólo el 7% consideró la opción “siempre en forma integrada y acompañando la actividad docente”. Estas percepciones e informaciones permiten suponer que las residencias no constituyen un proyecto común para el colectivo de médicos que trabajan en los hospitales cuyos docentes fueron entrevistados. El proceso educativo se desarrolla a partir de unos cuantos interesados, comprometidos con la educación de las nuevas generaciones, pero se gesta a partir de la necesidad de los hospitales para llenar huecos en la asistencia.

Esta claro que los residentes reciben dos mensajes diferentes a partir de estas dos posiciones antagónicas manifiestas de docentes interesados y comprometidos con la docencia y personal médico de planta y administrativos que ven en los residentes la típica mano de obra de menor costo.

En este sentido, no hay que olvidar las observaciones de García sobre la educación médica, en relación a que la educación no es un proceso aislado, ya que se haya subordinado a la estructura económica predominante de la sociedad donde se desarrolla. La necesidad de producir especialistas está directamente relacionada fundamentalmente con los intereses administrativos de los hospitales de llenar huecos en la atención, especialmente en momentos en que la demanda de sus servicios por parte de la población aumenta, en gran parte por las condiciones deficitarias de las obras sociales que no pueden dar respuestas a sus asociados y especialmente por el crecimiento de la población sin cobertura.

Por otra parte, Argyris ha demostrado que una de las paradojas más visibles en las organizaciones es el de las rutinas que existen para defenderse de la incomodidad o de la amenaza, ya sea en el plano individual o de pequeños grupos. Las rutinas defensivas organizacionales se definen como cualquier política o acción que impide que alguien (o algún sistema) experimente incomodidad o amenaza y simultáneamente impide que cualquiera corrija las causas de la incomodidad o de amenaza. Las rutinas defensivas organizacionales van en contra del aprendizaje y son sobreprotectoras.

Sobre **los problemas que tiene la residencia** de hoy, la mitad de los docentes/instructores entrevistados volvieron a insistir que el problema fundamental de la residencia de hoy día es *el marcado peso asistencial que tienen los residentes que le consume gran parte de su tiempo de estudio y formación*. Algunas de las opiniones reflejan la situación crítica que tiene algunas de las residencias encuestadas:

- “Tal vez se dedica más tiempo al trabajo asistencial, bastante más tiempo, en detrimento de la parte docente y científica, por cuestiones de necesidades hospitalarias”.
- “En general tenemos algunos problemas, el más importante que es que no se le da a los residentes el lugar de persona en formación, sino que se lo considera un médico más del hospital, es más, un médico que tiene más obligaciones que los otros”.
- “La demanda de trabajo. En general, no es que el residente este más expuesto que los otros, todo el personal que trabaja en un hospital está expuesto a mayor cantidad de trabajo, de exigencia, por parte tanto del aspecto médico como de los pacientes que son muy demandantes en algunos aspectos que el médico a veces está limitado”.
- “Fundamentalmente es el problema hospitalario; la carga es terrible, y eso deteriora mucho, no puede sentarse a estudiar, o participar de un seminario”.
- “La demanda de trabajo es enorme, ha crecido aproximadamente un 40%, por la situación del país, porque la gente no tiene trabajo, entonces tampoco Obra Social, los residentes están abrumados por las tareas de “secretaría que tienen que hacer ellos mismos”.
- “La carga administrativa pone en riesgo la actividad formativa académica. Eso lo viví cuando fui residente y creo que empeora”.
- “Se carga unilateralmente tiempo en las tareas administrativas porque no tienen empleados, en desmedro de la actividad docente que podemos realizar nosotros”.

El tipo de problemas que identifican los instructores/docentes muestran por un lado, la situación crítica de los hospitales del interior en cuando al crecimiento de la demanda de atención pública; los problemas administrativos que enfrentan los hospitales que tienen que ser asumidos por los residentes en situaciones determinadas y por otra parte, las implicaciones que tiene este tipo de problemas para el desarrollo de los programas educativos.

Se evidencia una inclinación en cuanto a la concepción del residente como “trabajador” de la medicina y de otros aspectos administrativos en hospitales con problemas de personal médico y también administrativo, lo que hacer perder en gran parte el papel de aprendiz del residente, su necesidad de espacios de discusión, lectura y reflexión de la práctica. La actividad formativa académica es postergada por razones del servicio y se constituye un círculo vicioso en detrimento de esta formación aunque hay muchos que sostienen que se aprende

desde las trincheras de la práctica. El problema de esta concepción en un campo de tanto riesgo es que el esquema de ensayo y error para un buen aprendizaje lo pagan los pacientes con su salud.

En las reglamentaciones de las residencias provinciales se establecen las funciones, deberes, obligaciones y derechos de los residentes. En ellas se establece que todos los residentes tienen las mismas exigencias y además se les ofrece lo mismo, pero en la práctica, el mensaje se concreta sobre una fuerte base individualista, que traduce el mensaje de “quien trabaje duramente y sea inteligente tendrá éxito”.<sup>289</sup>

Tal como expresábamos anteriormente, la educación es tanto una “causa” como un “efecto” y la institución de enseñanza no es un espejo pasivo, sino una fuerza activa, la cual sirve también para legitimar las ideologías y formas económicas y sociales que tan íntimamente están relacionadas con ella. Desde este punto de vista, el espejo activo del propio hospital está emitiendo señales a los residentes sobre el funcionamiento hospitalario en el marco de la salud pública, los compromisos del Estado con su formación como futuros especialistas, cuál es su utilidad dentro del hospital público, para qué sirven, qué les da el hospital, cuáles son las reglas de juego establecidas en la práctica entre el personal de planta responsables de su formación y también les brinda un modelo de aprendizaje que no necesariamente se corresponde con aquella utopía de aprendizaje en servicio de la que todavía se habla cuando se dice que “la mejor manera de aprender de los médicos es a través del modelo de residencias médicas”.

En el capítulo II, hemos presentado la situación crítica por la que atraviesan los hospitales argentinos en la actualidad, a la cual le sumamos el fenómeno de desviación de la filosofía del aprendizaje en servicio, en tanto los residentes son utilizados para la supervivencia organizacional en detrimento de su función básica de aprender a partir de una planeación educativa más creativa.

A todo esto se le agrega que quince instructores/ docentes *se refirieron al poco hábito de estudio de los residentes, la falta de acompañamiento docente y la necesidad de los residentes de ser autodidactas, la falta de motivación y de un programa de estudio bien preparado:*

- “Yo creo que uno de los errores fundamentales es que no hay gente, que la gente que los prepara es porque, bueno, pone buena voluntad y deja de hacer otras cosas para ayudarlos”.
- “Es que muchas de las residencias han sido montadas sobre Servicios que no están en condiciones, que no tienen un jefe comprometido, y que tenga claro como funciona el Sistema y que no tiene un grupo de médicos de planta, un equipo de médicos de planta que tengan actitud y aptitud docente. Entonces

<sup>289</sup> Popkewitz T. citado En: Torres J. El Currículum oculto. Madrid: Morata; 1998.

es como si uno abriera una escuela primaria y dijera bueno vamos a poner de maestro al kiosquero, al carnicero, al que vende verduras, salvando las distancias, entonces ahí no puede crecer nada, el problema básico es ése, y se lo pretende solucionar a eso o palear con programas que ni se cumplen ni se evalúan, o con protocolos, entonces sobre ese mal nacimiento nada va a crecer, nada va a mejorar”.

- “Las autoridades del Hospital están totalmente despreocupadas de cómo están las Residencias en sus propios hospitales, de qué número de residentes se necesita, de si están correctamente supervisados o no... Creo que hay una despreocupación absoluta, no hay interés en el funcionamiento de las mismas y creo que los Comités de Docencia, por lo menos del Hospital, dónde están, tampoco rinden cuenta, al Director no le interesa mucho lo que hacen o dejan de hacer y si están los programas aggiornados o no, así que no hay interés, por lo menos en las autoridades hospitalarias”.
- “Otro problema puntual que tiene la Residencia (que lo plantean ellos) es la situación mía, yo soy médico de planta con funciones de instructor, pero estoy 4 horas nada más, no tengo extensión horaria, no tengo nada, y los horarios dónde más actividad docente se hace –que es por la tarde que ya el ritmo hospitalario baja un poco–, yo no estoy”.
- “Lo de la formación del residente en cuanto a ciertos contenidos teóricos”.
- “Un poco, la falta tal vez, no digo de maestros, pero figuras... así, están solos”.
- “El problema es que va cambiando, y en el cambio uno encuentra grandes inconvenientes, por ejemplo, el staff médico no tiene formación docente, pedagógica sigue la escuela tradicional y les cuesta entender que el residente es un médico en formación que no es mano de obra barata”.
- “La falta de acompañamiento docente, el residente es un autodidacta, sin guía, ni suficientes conocimientos, sin una sólida base teórica”.

El espacio del currículum donde verdaderamente van quedando las disputas entre los “docentes” de las residencias está justamente en los límites del compromiso en la práctica por el desarrollo de un programa académico que se desarrolla sobre la base del servicio; en el acompañamiento como tutores del proceso de aprendizaje de los residentes y en la responsabilidad de programar el aprendizaje del residente.

Si bien las residencias en los lugares estudiados tienen definidas normas y regulaciones, a través de leyes y reglamentos variados, acerca de las responsabilidades y funciones de los diferentes especialistas que ocupan cargos y posiciones hospitalarias e inclusive de los propios residentes, en la práctica concreta, a través de los instrumentos utilizados, se observan diferencias en cuanto al cumplimiento de las mismas.

De las opiniones emitidas se desprende que el predominio de algún saber o tendencia no están claramente definidas dentro del equipo de especialistas de los hospitales que tienen residencias, más bien pareciera por ésta y otras mani-

festaciones anteriores, que existe poco interés de la gran mayoría de los diferentes equipos de participar de manera coherente y comprometida en la formación de los residentes. La lucha por los saberes oficiales y dominantes y los saberes subordinados, relegados y despreciados, pasa posiblemente por otros espacios de la competencia médica relacionados con el predominio de determinadas especialidades, las diferentes salas, el ejercicio de la medicina privada y la producción de conocimientos para los eventos científicos que realizan las especialidades médicas cada año.

La concepción curricular en la práctica responde y representa a unos recursos ideológicos y culturales que proceden de alguna otra parte, que proporcionan las reglas lógicas para el pensamiento. A nuestro juicio, procede de una cultura autoritaria de la profesión médica, establecida a partir de la jerarquización y el verticalismo establecido en los espacios hospitalarios, donde no importa cómo y con cuáles mecanismos se construya el currículo, sino el cumplimiento por parte de los residentes de un número determinado de tareas, de las cuales tendrá que dar cuenta de la mejor manera posible y sobre las cuales tendrá que cumplimentar por sí mismo con una reflexión teórica si el tiempo y las ganas para hacerlo lo acompañan.

El interés o desinterés de los docentes y de los directivos del hospital se ve manifestado en el currículo como propuesta político educativa; para algunos está articulado a proyectos político-sociales sostenidos desde la base de la cobertura de los servicios de atención y para otros, está más articulado a aspectos más académicos.

Las conceptualizaciones sobre el “currículo oculto” al que nos hemos referido, define la variedad de influencias educativas que no están formalmente prescriptas en el currículo escrito, que no están explicitadas ni reconocidas por los profesores, pero que pueden observarse a través de resultados ambiguos o negativos como los expresados por los instructores/docentes y que resultan valiosos tanto para evaluar la práctica de los procesos formativos como para diseñar estrategias y nuevos modelos educativos de aprendizaje en servicio.

Conuerdo que los hospitales cada vez tienen mayor demanda, pero mi hipótesis más bien está centrada en el desconocimiento y falta de interés en el tema curricular y pedagógico por parte de los especialistas docentes que además, le representa una sobrecarga laboral no remunerada.

Cuatro tutores *señalaron la falta de insumos, recursos hospitalarios, tecnología, material de estudio, biblioteca*. Estas respuestas también aparecen en otras preguntas en los otros dos instrumentos utilizados, la cual refleja de alguna manera el poco interés colocado por los organismos responsables de las residencias médicas en los aspectos educacionales de este nivel y como los valores dominantes que rigen los procesos educativos se acomodan a la situación de crisis económica que vive el país. El poco acceso a la información científica actualizada, ade-

más de actuar como limitador de la actividad de enseñanza aprendizaje, repercute de manera contradictoria con los propios mandatos establecidos en las leyes y reglamentos vigentes en cada una de las provincias para la formación de los residentes.

El mismo Ministerio de Salud de Nación ha admitido hace algún tiempo que “el poder de presión o lobby que estas instituciones (hospitales) es magnificado, convirtiéndose estas unidades en decisorias de las vacantes de los cargos de residencia por especialidad y logrando, en general, mantener un “status quo. A la vez, al interior de las mismas se juegan también correlaciones de fuerza sectorial o prestacional, tanto en unidades sanitarias como en áreas jurisdiccionales”.<sup>290</sup>

### 7.3. La formación de los profesionales en la práctica hospitalaria.

En el capítulo anterior hemos planteado algunos puntos que forman parte de la visión y estructuración del currículo de las residencias, la definición de los programas y las modalidades de enseñanza-aprendizaje. Las reflexiones que a continuación se presentan sobre el currículo y la práctica hospitalaria, de alguna manera refuerzan algunas de las posiciones educativas sustentadas por los mismos acerca de su manera de entender y llevar a la práctica el currículo de las residencias.

En las “entrevistas”, el 41% de los docentes/ instructores *identificaron el currículo actual de la residencia como un plan de actividades, diseñado en base a necesidades circunstanciales, no siempre bien organizadas y casi siempre sobre la marcha del trabajo hospitalario*. Estas fueron algunas de las reflexiones puntuales:

- “Un programa, como objetivo, uno lo lee, pero el residente no lo conoce, y nosotros que hacemos? seríamos los culpables de no aplicar lo otro, y... sí., pero no podemos lograrlo por la estructura hospitalaria”... “Si bien está ya definido el programa, después queda a una organización de momento, decimos este mes vamos a cumplir con tal cantidad de seminarios, este otro mes”.
- “No existe ningún programa, como tampoco seminarios con docentes, no tienen clases teóricas, el residente está librado a su voluntad, todo lo que hace es por interés propio. Y a veces teniendo interés, se necesita que alguien lo guíe”.
- “No es bueno, no tienen los conocimientos indispensables para empezar una tarea integradora. No existe un programa curricular; los temas se dan como

<sup>290</sup> Dobruskin M. El gerenciamiento de la tormenta. En: Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Gráfica Laf S. R. L.; 2002. p. 210-218

una lista de temas sin actividad integradora”...”La experiencia de 30 años de ésta residencia es buena, yo no sé porqué!. Supongo que la demanda obliga a ver una diversidad de patologías, que a pesar de no tener programa se ve mucho, además éste es un hospital general, le diría que por azar, pero es buena, por supuesto que podría ser mejor”.

- “La carrera de postgrado se está organizando, el currículum tendría que ser más humanitario, el programa que se está usando, el viejo, es bueno, muy bueno, pero básico”.
- “Estamos aislados del hospital, siempre el patólogo está en el subsuelo, pero nosotros estamos afuera del hospital, entonces hay contacto con los demás servicios y hay actividades pero son muy pocas. También la falta de tiempo, muchas veces nos llaman a seminarios interdisciplinarios y no podemos acceder por falta de tiempo”.
- “Si, nuestro plan de trabajo está programado desde que empieza el ciclo con actividades para los residentes de 1°, 2° y 3° año, dentro de esas tareas están las cirugía. Pero no tenemos el apoyo de la gente de arriba para poder cumplir un plan de trabajo, y en definitiva el plan lo hacemos nosotros, los residentes y el Jefe de Residentes, que puede ser a través del estudio de diferentes temas, de diferentes casos, pero no hay un plan que lleve a cabo el Jefe nuestro, dando una clase práctica de un tema en especial”.
- Sería el programa que tienen las actividades, en tanto a las residencias, creo que, me parece que está bien hecho, el Jefe de Servicio ha trabajado mucho en ese tema, digamos de tenerlo ordenado y como dije al principio se cumple”.
- “El currículum está bien, la teoría, digamos, ahora en la práctica, bueno por eso hay tareas que ellos tienen que realizar, que no son inherentes a la Residencia y nunca alcanza el tiempo para desarrollarlas”.

Se repiten algunos de las reflexiones realizadas en el capítulo anterior que señalan la ausencia de programas; el desconocimiento del residente acerca del mismo; el programa como lista de actividades; la ausencia de un esquema integrador de conocimientos “médicos”; la ausencia de una puesta en común sobre el currículo; la definición por parte de algún actor responsable de la residencia del programa de actividades y, las “tareas” no incluidas en el currículo que tienen que realizar los residentes, producto de la propia situación hospitalaria y que no parecen reflejadas como parte de su aprendizaje.

Stenhouse señalaba que uno de los problemas del currículo es el de relacionar ideas con realidades, el de ligar el currículo concebido o en el papel, con el currículo en la práctica. Con esto ha querido decir que el currículo individual del profesor aislado no reviste un interés vital y que los currículos públicos, accesibles a muchos docentes son en definitiva, los que resultan de importancia práctica y que en el grado en que no se haya formalmente establecido, analizado y defendido, el currículo tradicional no se ve sometido fácilmente a la crítica. En la medida en que se encuentra institucionalizado “el plan o programa viejo” man-

tiene en su sitio el antiguo orden. Para un docente, sostiene este autor, la adopción de un nuevo currículo resulta “tan difícil como la de una dieta rigurosa”... “en suma, es difícil relacionar las nuevas ideas con las realidades”.<sup>291</sup>

Un docente planteó *el currículum como algo modificable*, pero siempre con la idea de “adiestramiento” y de agregarle “cosas modernas” pero dependiente de la palabra sagrada del “Jefe”.

- “El currículum es una cosa completa, modificable, esto es un programa de adiestramiento, que es difícil que se lo revea, al contrario se le agregan cosas, que ellos consideran modernas y que el médico no puede dejar de saberlo, pero enseñarle a pensar a un médico, enseñarle hacer auto-crítica, sentarse a evaluar lo que están haciendo, eso no lo entienden, yo creo que un currículum sin auto-evaluación, no tiene vida, no lo entienden, y eso nunca se hizo; todo depende del Jefe, es palabra sagrada, y es así en muchas residencias. Yo en la mía tengo la oportunidad de hablar mucho y modificar mucho la enseñanza, de ir adecuando la enseñanza a las necesidades del residente y del docente, no tenemos objetivos fijos, hay un objetivo final que podríamos decir, que es preparar al residente de Ortopedia y Traumatología para la atención del paciente como un ser humano integrado y relacionado con la sociedad, pero las residencias ahora, por lo menos en la especialidad mía, existen especialistas en rodilla, en tobillo, en pierna, como sub-especialidades y terminan operando la rodilla y no ven al paciente integrado. Nosotros tenemos un currículum pero con una visión más general, por ejemplo, en todo el mundo se operan las fracturas de cadera, entonces mi Jefe me dice: porqué no haces más tratamiento ortopédico?. Si te vas al Norte y no puedes operar, alguna solución vas a tener que darle a ese paciente; entonces hacemos el tratamiento ortopédico como se hacía antiguamente y el otro que se hace ahora, moderno, el de operar. Algunos lo consideran conservador, pero no lo es, sino que tiene una visión más amplia”.

La reflexión que este docente realiza tiene distintas aristas sobre la necesidad de cambiar, de la actualización o modernización del currículo y la dificultad de hacerlo con un modelo que les permita a los residentes ser auto-críticos y aprendan a ser reflexivos, y por otra parte, que supere la cultura de la autoridad como dueña única del conocimiento y la verdad. Las modificaciones que intenta hacer este docente, se quedan en modificaciones individuales en relación a la parte específica de la tarea docente que el corresponde y no logran penetrar las modificaciones del currículo en su totalidad.

El problema central del currículo ya había dicho Stenhouse, radica en el cambio curricular y consiste en la tarea de relacionar las ideas con la práctica, me-

<sup>291</sup> Stenhouse L. La investigación como base de la enseñanza. Madrid: Morata, 3ra. ed; 1998. p. 97.

diante la producción de una especificación que expresará un grupo de ideas en términos de práctica con detalles y complejidad suficientes para que las ideas se encuentren sometidas a la crítica de la práctica y sean modificadas coherentemente por la misma. De esto se deduce entonces que, el currículo tiene que ser definido partiendo de la base del trabajo y del diálogo entre los docentes sobre los problemas y tareas hasta que comiencen a desarrollar una “nueva tradición” curricular que sea una respuesta a dichos problemas y tareas.

Siete docentes/ instructores *asocian el currículo con las funciones y responsabilidades de los residentes y a sus niveles de competencias*. Algunas de las reflexiones que relacionaron el currículo a las funciones son las siguientes:

- “Sí ellos (los residentes) conocen bien cada función, que hace el residente de primer año, sí sus funciones y sus rotaciones, pero el programa en sí de la carrera no lo conocen, y eso es un error nuestro, pero conocen sus actividades, la disciplina antes que nada, está todo bien estructurado”.
- “El residente tiene guardias activas el R1 y pasivas el R2 y R3, consultorio externo, quirófano y 10 secciones por las que va ha rotar y va ha tener una visión general. Existe un programa curricular muy genérico. En la carrera estamos tomando de base el de Canadá, que tiene las nuevas habilidades o roles que tiene que tener el nuevo especialista, habilidades de comunicador, de investigador, de trabajar en equipo, de informar, están puestas en el nuevo programa”.
- “Hoy es una cuestión de suerte en base a la cátedra que te toque, no es parejo el nivel, porque hay cátedras que se dedican a la formación, muy compactas y hay otras muy dispersas que no tienen un organigrama de formación de residentes. El residente sabe cuales son sus funciones y su progresión de aprendizaje, pero no hay un modelo armado”.
- El currículum es toda la parte, digamos de las tareas, de las cosas que tiene que realizar una persona, o sea, es la teoría de la formación, digamos, es la reglamentación de la formación (en éste caso) de los residentes”.

Las funciones de los residentes están expresadas de manera exhaustiva en los reglamentos de residencias de cada una de las provincias estudiadas. Las mismas contemplan responsabilidades y deberes diarios y de guardia, cumplimiento de los niveles de jerarquía, participación del programa académico y de las actividades de la práctica hospitalaria. Algunos de ellos, expresan además tareas puntuales relacionadas con la función específica que deben realizar con los pacientes, tales como la confección de la historia clínica, la tramitación de los exámenes complementarios, las fichas de alta o deceso, el pase de revista, la presentación del caso (paciente) a sus superiores, etc.

Otros docentes expresaron *la dificultad de implementar el currículo en las actuales condiciones del hospital*:

- “No tiene un currículum bien armado, en éste hospital es muy difícil implementarlo, posiblemente porque las autoridades del hospital están apartadas de la Universidad, y el residente está en medio de las dos, nombrado por la Universidad, el hospital le da un plus y creen que esto les da derecho a usarlo para todo tipo de tareas, si está sobrecargado, que siga, si falta alguien en la guardia, que ayude, hay que hacer trámites, allá va, hay que enviar un paciente a otro lado, entonces esto va en detrimento de la formación; porqué?. Porque el hospital no tiene personal; que pida cargos asistenciales, todo está en mano de los residentes”.
- “Creo que estamos menos mal que el resto del hospital. En nuestro Servicio tenemos una “lucha” entre comillas, llamémosle así, tampoco es para tanto pero nuestro Jefe de Servicio no ha tenido Residencias durante 20 años casi, el Jefe actual, creo que no la ha entendido, que toda la vida hizo la otra forma, le cuesta mucho, recién ahora nos está tolerando. Es muy difícil primero vencer esa resistencia y después hacerla crecer, no obstante así estamos logrando resultados pero con un Jefe comprometido sería fabuloso”.
- “Bueno yo creo que el currículum debe estar formulado: en 1º año el residente tiene que tener actividad exclusivamente de formación, la única actividad de atención, que tiene que hacer, es el paciente internado que tiene que estar a cargo de él, por supuesto bajo la supervisión del Instructor, y no tiene que hacer ni consultorios (por lo menos en la rotación que es conmigo es así, no hacen consultorios, no hacen inter-consultas, no debieran hacer guardia pero eso ya no lo podemos) y si hacen guardia debiera ser en el Servicio en el que están rotando y bajo supervisión de un residente de mayor nivel”.

Lo que debe o no hacer el residente, para lo que está preparado o no cuando ingresa a la residencia y cómo debería ser el aprendizaje “escalonado” es una situación que todavía requeriría de mucha discusión y puesta en común entre los docentes de las residencias. También existen dos “luchas” o conflictos todavía no resueltos como la relación universidad- hospital, en algunos casos específicos y la relación entre la “vieja y nueva generación de docentes” para la adopción de nuevas estrategias educativas y la manera de visualizar los problemas de la medicina hoy día.

Existen varios factores<sup>292</sup> que inciden en la adopción de decisiones decentes tales como las expectativas que el docente pone en cada uno de sus alumnos y en el grupo; las creencias, teorías y actitudes que tiene sobre la educación, es decir, el conjunto de principios ideológicos y actitudinales que influyen sobre las decisiones que adopta en la regulación de los procesos educativos, el rigor con que planifica y controla su desarrollo y el entusiasmo que pone en sus actitudes. Por otro lado están, la naturaleza de las tareas de instrucción, profundamente de-

<sup>292</sup> Pérez Gómez A. Paradigmas contemporáneos de la investigación didáctica. En: Gimeno Sa- cristán J, Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal Universitaria; 1989.

pendientes de las exigencias del currículo, de los objetivos propuestos, de los contenidos a adquirir y de las capacidades a desarrollar. Otro factor importante es la disponibilidad de materiales y estrategias alternativas que rodean la vida educativa y que en el caso de las residencias se hace fundamental dado la naturaleza del aprendizaje dentro de un servicio.

Teniendo en cuenta estos factores, los docentes tienen como responsabilidad tres grupos de tareas que tienen que ver con la *planificación*, como eje del comportamiento preactivo y reflejo de la capacidad racional de diseñar y prever las acciones educativas y la solución de problemas; el *comportamiento interactivo*, que le exige comprender el flujo de los acontecimientos y su significación y la *interpretación y valoración*, donde el juicio juega un papel importante en la predicción de adquisiciones cognitivas y afectivas de los alumnos, en la predicción de la utilidad y eficacia de métodos y estrategias, en el reconocimiento de la enseñanza eficaz o de las perturbaciones y distorsiones de los procesos en curso y en las valoraciones de a posteriori de los efectos de la práctica.

Sobre este último punto nos gustaría rescatar los planteamientos de Gómez Pérez sobre que “la actividad real del profesor a lo largo de su historia es francamente sensible a esta configuración rutinaria, automática y reproductiva de sus pensamientos y actuaciones. La práctica interactiva exige un esfuerzo constante de comprensión, de creación, de producción y contrastación de alternativas, un reto permanente a la capacidad de innovar y reconstruir. Una exigencia dura cuando las circunstancias institucionales y personales no acompañan de forma favorable. Es una constatación común que el profesor fácilmente se inclina a reproducir estrategias que alguna vez utilizó con éxito”.<sup>293</sup>

La “lucha” establecida por las formas y valores diferentes en la interpretación sobre el proceso educativo a desarrollar en las residencias tiene que ver justamente, con la apertura de determinados docentes hacia la innovación o la inclinación de otros de reproducir el modelo médico hegemónico y las maneras cómo aprendieron en su práctica educativa y profesional.

En este mismo sentido, otros seis docentes/ instructores observaron que *el currículo actual de su residencia se basa en actividades de atención a los pacientes que los residentes observan y la reproducción de las técnicas realizadas por los docentes/ instructores o por otros residentes más experimentados:*

- “El currículum tradicional de postgrado es un programa de actividades que el residente no sólo, no lo puede cumplir porque es inmenso, utópico, porque no se cumple, está lleno de modismos digo yo, el de Cirugía, se le enseña al residente la última técnica quirúrgica y se olvidan de lo elemental, se olvidan que recién es un producto final, que recién sale y que tiene muchas falencias y no

<sup>293</sup> IBID, p. 119.

se le da la formación académica para que él siga aprendiendo, es un reproductor de técnicas que se le enseñan, el currículum está hecho por los profesores y donde ellos tienen la última palabra, siguiendo siempre los lineamientos de la enseñanza tradicional, yo más que un currículum diría que es un programa de adiestramiento”.

- “Dan lo que necesita el hospital, se enseña lo que se necesita, nosotros no tenemos Cirugía Ocular, entonces no aprendemos, quedan grandes baches de conocimientos, pero creo que son menos con los que salimos porque nosotros vamos a consultar a otros con experiencia, no consultamos biopsias gástricas porque tenemos muchas en el hospital, salimos a buscar información sobre aquellas que no vemos nunca”...” No hay un programa curricular, en general se ve la patología que hay en el hospital; los baches, a veces los cubrimos con clases especiales que armamos nosotros, no viene un experto, las dudas que nos quedan, no nos las sacan nadie”.
- “Los contenidos específicos tienen mucho que ver con la práctica cotidiana. Los contenidos son muy abarcativos, las situaciones que no se presentan en la demanda, están incluidos en los contenidos teóricos que el residente tiene que leer, de lo que tiene que informarse, para pasar las evaluaciones”.
- “El lugar de práctica; si la práctica es buena y eficiente, es ideal para enseñar, todo depende de la calidad del servicio que uno logre tener, la calidad es buena, pero con todas las dificultades que le perjudican”.
- “Nuestros residentes aprenden a manejarse mucho con lo más importante que tienen, la relación médico-paciente, qué es el interrogatorio y el examen físico, por una cuestión de necesidades también y de falta de medios en algunos casos que son imposibles de subsanar, entonces formamos básicamente médicos prácticos, queremos que tengan un panorama general de todo”.

Los especialistas en desarrollo curricular han demostrado en un número importante de investigaciones como a través de la reproducción de técnicas se satisfacen necesidades socialmente definidas y como a través de la reproducción de pautas y procesos se mantiene una identidad social. Estas técnicas o destrezas incluyen aquellos hábitos y pautas de conductas de que hablaba Foucault, y aquellas pautas de relaciones de poder entre las personas. La otra reproducción tiene que ver con la conciencia y el conocimiento compartido, que proporcionan la base de la vida profesional del futuro especialista.

En cuanto a la educación fundamentada en la “práctica cotidiana”, Feldman permite recordar que ya Schwab a fines de los años sesenta argumentaba que la educación es una actividad práctica que recurre a la teoría en función de los problemas prácticos que se le plantean. Este autor se dirigió a revalorizar las artes de la práctica y el método deliberativo y a sostener la necesidad de recurrir a modalidades eclécticas en relación con las teorías. El objetivo de la modalidad práctica es la toma de una decisión que guíe la acción y depende del análisis de los datos. La definición del problema nunca es conclusiva, aunque en algún momento se conside-

ra que pragmáticamente es suficiente para establecer algunas alternativas. El problema se aclara en la medida en que se concreta en soluciones posibles.<sup>294</sup>

Para Schwab la modalidad de enseñanza práctica difiere totalmente de la modalidad técnica. El método privilegiado de la primera es la deliberación para identificar y lograr lo deseable y exige considerar cierta cantidad de alternativas, lo que precisa de una alta dosis de reflexión. La acción técnica implica el seguimiento de reglas que derivan de una teoría establecida y se basa en una lógica de medios-fines.

La modalidad de enseñanza práctica tiene unas características que coloca al cambio, la reflexión para el cambio y hacer la acción, como ejes centrales de esta práctica educativa; implica sopesar circunstancias y hacer juicios de manera que se pueda actuar correctamente en situaciones humanas y sociales concretas. En cambio, las decisiones técnicas se preocupan por los medios para realizar la acción y no por el valor de usar esos medios o realizar esas acciones. El problema es como alcanzar los fines y no el cuestionamiento de ellos.

En esta y otras reflexiones realizadas por los docentes/instructores observamos una orientación de los procesos de enseñanza y aprendizaje tomando como base las situaciones prácticas. A partir del conocimiento práctico, entendido como un nivel de conocimiento necesario, propios de los contextos de acción es donde aparecen la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores. En este sentido, dice Feldman, “el conocimiento práctico no es sólo el conocimiento derivado de la experiencia, sino que es el utilizado para la resolución de problemas prácticos que exigen juicio práctico”.<sup>295</sup>

En la enseñanza de la especialidad médica en las residencias hospitalarias que hemos analizado, algunos rasgos de ambas tendencias están presentes, aunque no podríamos afirmar cuál de las dos se aplica con exactitud o hacia dónde se inclina la balanza pedagógica en cada uno de los procesos.

Si bien teóricamente ambas perspectivas parecieran irreconciliables, en la práctica de las residencias médicas tienen una articulación necesaria, especialmente porque la racionalidad instrumental tecnológica imprimió una impronta importante al desarrollo de la medicina, convirtiéndose muchas veces en el paradigma de “todo saber” y de “toda acción”.

Decimos que la enseñanza en las residencias analizadas presenta “algunos rasgos” de ambas perspectivas porque otras características que definen a ambas perspectivas no se visualizan con claridad tales como, la “deliberación constante” que exige la perspectiva práctica y, la “imagen de producción y eficiencia” que exige la tecnológica, en la cual la mejora descansa más en materiales y métodos que en el profesor.

<sup>294</sup> Feldman D. Ayudar a enseñar. Buenos Aires: Aique; 1999.

<sup>295</sup> IBID. p. 88.

En el currículum actual de sus residencias, otros dos docentes/instructores asocian el currículo con la necesidad de *realizar exámenes de ingreso y además exámenes sucesivos*:

- “Habría que hacer algunos cambios, en cuanto a métodos y forma, se necesitaría algo más integrado. Antes se hacía una evaluación personal (además del examen), ahora solo hay examen y a mi me parece que eso es muy poco, que tendría que hacerse algo más, no sé, un comité que evalúe, una entrevista psicológica, porque yo veo que en este país cualquiera es médico, cualquiera es residente, cualquiera se recibe”.
- “Yo creo que tendría que haber exámenes, así como se toma el ingreso, exámenes año tras año, porque no hay más que una evaluación personal y muy subjetiva, pero no es exhaustiva ni veraz”.

En el campo educativo existen algunas paradojas en relación a la evaluación y al examen en particular. Desde una perspectiva didáctica, la evaluación implica juzgar tanto la enseñanza, como el aprendizaje, atribuirles algún valor a las prácticas de los docentes o a los actos que dan cuenta de los procesos de aprendizaje de los alumnos. En relación al aprendizaje de los alumnos, siempre estuvo relacionada con procesos de medición de los mismos, la acreditación o la certificación y rara vez con la toma de conciencia de los aprendizajes adquiridos y la comprensión.

Entendemos que la evaluación es un recurso indispensable para el perfeccionamiento de los procesos de enseñanza y el aprendizaje. Encarar una acción docente significa actuar para mejorar las probabilidades de que se produzcan procesos deseables de aprendizaje. Pero creemos, tal como plantea Camillioni<sup>296</sup> que, “el propósito principal de la evaluación no se puede lograr si la evaluación no se convierte en autoevaluación tanto para el docente cuanto para el alumno. La evaluación, en segundo lugar, debe ser consistente con las concepciones de la enseñanza y el aprendizaje. En tercer lugar, la resolución técnica debe permitir evaluar todos los aspectos que están comprometidos con los procesos de aprendizaje, lo cual supone desarrollar procesos complejos de evaluación en los que se empleen una cantidad de instrumentos diversos y donde cada técnica sea adecuada para evaluar diferentes aspectos”.

Los programas de evaluación deben ser consistentes con los proyectos de enseñanza y aprendizaje de la institución educativa ya que sólo alcanzan su propósito de servir como dispositivos para el perfeccionamiento de los resultados de la educación cuando se convierten en juicios de autoevaluación, tanto para los alumnos, como los docentes y las autoridades del sistema.

<sup>296</sup> Camillioni A. La calidad de los programas de evaluación y de los instrumentos que lo integran. En: Camillioni A, Celman S, Litwin E, Polou de Mate M. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós; 1998. p. 74.

La evaluación como sistema de mejora de los aspectos de enseñanza y aprendizaje forman parte de la concepción curricular que se tenga y es un recurso indispensable para el perfeccionamiento de los mismos.

En este acápite analizamos las distintas reflexiones realizadas por los docentes/instructores de las residencias acerca del currículo actual de la residencia. Las concepciones que sobre el currículo se tiene son variadas. Algunos de ellos lo identificaron con un plan de actividades, diseñado en base a necesidades circunstanciales, no siempre bien organizadas y casi siempre sobre la marcha del trabajo hospitalario; otros lo asociaron con las funciones y responsabilidades de los residentes y sus niveles de competencias. Algunos, resaltaron la dificultad de implementar el currículo en las actuales condiciones del hospital y asociaron el currículo actual de su residencia a las actividades de atención a los pacientes que los residentes observan y a la reproducción de las técnicas realizadas por los docentes/ instructores o por otros residentes más experimentados. Otros pocos asociaron el currículo con la necesidad de realizar exámenes de ingreso y exámenes sucesivos, mientras que otros docentes no supieron expresar algún concepto sobre el currículo, confundiéndolo en ocasiones con el “currículum vitae”.

Lo que se desprende de este variado menú de conceptos acerca de los currículos de las residencias médicas es la ausencia de análisis en el espacio educativo hospitalario sobre el problema formativo, sobre la problemática teórico-epistemológica del campo educativo en general, en el que se incluye el currículo, su teoría, su práctica, la complejidad de los mismos, la dimensión filosófica y metodológica, así como las nuevas modalidades que desde el campo de la educación se proponen para generar una propuesta diferente de enseñar y aprender.

La reflexión que hicieron quince (56%) docentes/ instructores sobre **cuáles acciones de enseñanza le dan mayor resultado con los residentes**, se inclinaron a pensar en *aquellas relacionadas con el seguimiento, acompañamiento y discusión de los casos en las salas de pacientes, sobre la práctica de los observaciones en el momento y sobre un caso en particular*. Presentamos algunos de los comentarios textuales:

- “Creo que es la discusión de los casos clínicos, porque las clases incluso la actualización de temas, a veces no, lo más efectivo es la discusión de cada caso problema o no problema, de cada caso clínico creo que ahí es donde ellos más retienen, más recuerdan después. Las clases casi ya no las estamos dando, salvo algunas sub-especialidades donde nos interesa que algún cardiólogo nos hable sobre electro cardiograma o algún neurólogo sobre alguna conducta especial, pero sino las clases no es buena la experiencia, salvo que uno ya vaya con algo leído, yo a veces le digo, vamos a ver tal caso o tema determinado, lean y váyanse haciendo preguntas, confeccionen preguntas para hacerle al cardiólogo o al cirujano, porque sino escuchar yo veo que se pierden y después cuando hay que aplicarlo les digo se acuerdan de aquella clase y no. Sí, lo recuerdan cuando dan clases ellos investigando, actualizando, buscando, ahí sí”.

- “La primera, la que más utilizo es la de casos, en segundo lugar pondría preparar temas pero en ésta no participan todos, sino el que prepara el tema, y los otros están muy pasivos, algunos vienen con una idea de lo que quieren hacer cuando salgan, entonces escuchan con interés solo eso, y resto lo miran para pasar. Se me ocurre que el residente entra a la residencia sin saber lo que tiene que aprender, hasta dónde tiene que llegar la residencia, hasta dónde investigar, conocer, sin un conocimiento previo, que está uno de los problemas principales. Yo creo que sí, parte del interés propio de cada uno, por eso digo yo, que algunos eligen porque les gusta y otros, porque no les queda otra, por eso hablo de una mala selección”.
- “En Cirugía, lo que da más resultado es siempre la parte práctica, es más difícil que le interese al residente preparar un tema o escuchar una charla que ir a operar al quirófano. La información teórica se le da conjuntamente con la práctica, explicando porqué se hace algo de determinada manera y no de otra, mientras operamos, ahí están más motivados, con eso no quiere decir que no se haga afuera pero cuesta mucho más”.
- “Tratar de facilitar la resolución de problemas, es donde hay mayor interacción, todos participamos, es donde los veo más contentos y yo también me siento muy a gusto”.
- “Es difícil, pero en base a estos pocos años de experiencia, además de lo que le comentaba, pero sin duda en el caso de la enseñanza médica es ir con el residente al lado de la cama del paciente, examinarlo, hablar con el enfermo, y después ir a otra habitación y discutir el caso, es fundamental”.
- “La enseñanza con el paciente, con el ejemplo, con su seguimiento, que con la exposición y la teoría sola”.
- “El estar con ellos en las cirugías, es donde uno ve la adquisición de conocimientos prácticos”.
- “Con lo que los he notado más entusiasmados y he tenido más respuesta fue cuando organizamos las clases con casos clínicos, les doy un caso clínico y a la otra semana ellos lo tienen que resolver, buscan la lista de problemas, los diagnósticos diferenciales, porqué esto o porqué no, y llegan al diagnóstico, si es correcto o no, no importa, pero el ejercicio les sirve mucho porque los lleva a buscar bibliografía y a leer, y veo que sienten ganas de hacerlo”.
- “Las discusiones clínicas de los casos, junto con el trabajo que hacemos con los pacientes, es lo que más resultado me da”.
- “Me gusta tratar de crear un criterio en los residentes, y no que aprendan una clase teórica de memoria, que después se olvidan a los dos días. Me gusta que tengan criterio, que tengan un caso y que no sólo evalúen el caso sino que también vean todo lo que rodea ese caso, lo social, lo económico, lo personal del paciente, para llegar a un tratamiento, porque uno puede ver una radiografía, indicar un tratamiento, pero viendo todo lo demás, la cosa puede cambiar, puede cambiar el tratamiento”.
- “El poder mostrarles algo en forma didáctica, utilizando el microscopio conectado al televisor y dirigirlos en los que tengan que leer o estudiar”.
- “Indudablemente las prácticas, las que se realizan al lado de la cama del en-

fermo, son las que más quedan, e indudablemente aquellas que incentivan la investigación propia, porque es mucho más fácil para uno a veces decirles esto es tal cosa, o ésta situación se resuelve así, pero da mucho mejor resultado mandarlos a investigar, entonces la acción que veo más positiva es incentivar la investigación por parte de ellos, y que después me traigan lo que han estado investigando, eso es muy útil”.

- “Creo que lo que más da resultado, es sobre la marcha y con el paciente y después con bibliografía aseverar lo que se ha visto, dentro de las posibilidades. Digo tal cosa, porque esto también lo avaló. Que es la parte teórica, la parte escrita, esto lo dice así, después la experiencia dirá las modificaciones que uno puede hacer a la regla, pero yo creo que ésa, es a mi modo de ver, la mejor forma, como una cosa dinámica”.
- “Me parece, que depende un poco, del grupo que toque para incentivarlos, no? Generalmente cuando trabajamos sobre casos clínicos, o sea, traemos casos clínicos, y sobre los casos clínicos vamos aplicando la teoría, con eso es lo que ellos más aprenden, porque la dificultad, como ya le dije, es trasladar la teoría a la práctica”.
- “Las mías, son el contacto con pacientes, es el trabajo concreto con pacientes, mucho más que trabajar en teoría con determinados métodos teóricos”.

La actuación de los docentes/ instructores como médicos especialistas implica el desempeño en situaciones prácticas, teñidas por esquemas y rutinas de acción y las interpretaciones que realizan de diversas teorías. Schön defiende que una aproximación práctica no es impropia de una tarea profesional. Sin embargo, refiriéndose a los médicos considera que su papel será continuamente reformado durante las próximas décadas, por la reorganización y racionalización de la asistencia médica y que “en la medida en que las tareas cambian lo harán también las demandas de un conocimiento utilizable, y los modelos de tareas y de conocimiento serán intrínsecamente inestables”... “las situaciones de la práctica no constituyen problemas que han de ser resueltos, sino situaciones problemáticas caracterizadas por la incertidumbre, el desorden y la indeterminación”.<sup>297</sup>

Lo que nos preocupa de esta lectura de “la enseñanza a partir de la práctica” es que, en muchas oportunidades se observan comentarios que denotan la falta de discusión sólida entre docentes y alumnos, en tanto que la actividad teórica es dispersa y muy desapareja. Daría la impresión que la “práctica” estaría en una dimensión privilegiada, por encima de la teoría y que esta última está sometida a diferentes restricciones, urgencias y responsabilidades. Restricciones que tienen que ver con el tiempo para dedicarle al proceso educativo y con las horas de atención hospitalaria; urgencia que se relaciona con “casos de estudio difíciles y

<sup>297</sup> Schön D. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós; 1998. p. 26.

que requieren de un ateneo clínico”; y responsabilidades que recaen directamente sobre el residente y su propia necesidad de profundizar los conocimientos de la práctica.

Aun cuando la enseñanza a partir de la práctica es enfatizada por algunos docentes/ instructores en la “resolución de problemas” clínicos de los pacientes, los problemas no se presentan como situaciones definidas para los profesionales. Deben ser contruidos a partir del análisis de las situaciones problemáticas que son incomprensibles, preocupantes e inciertas en la mayoría de los casos, para lo cual se requiere realizar un determinado tipo de trabajo, que tienda a dar sentido y solución a dicha situación incierta. Es en este sentido que la enseñanza, a partir de la “práctica” debería enfocar el aprender a aprender mediante la aplicación de distintas herramientas pedagógicas que reconstruyan el problema para identificar la mejor solución posible.

Schön sostiene que la palabra “práctica” es ambigua. Puede estar referida a los tipos de cosas que hace un profesional, los tipos de clientes que tiene, la variedad de casos que le reclaman que lleve, lo que es definitiva se refiere a la actuación en una variedad de situaciones profesionales. Por otro lado, la palabra “práctica” alude a la actividad experimental o repetitiva mediante la cual trata de incrementar su competencia, es decir la preparación para la ejecución. “Esto quiere decir que la “práctica” profesional también incluye un elemento de repetición; un profesional es un especialista que tiene en cuenta ciertos tipos de situaciones una y otra vez”... “Así, cuando un profesional experimenta muchas variaciones de un pequeño número de tipos de casos, es capaz de “practicar” su práctica. Desarrolla un repertorio de expectativas, imágenes y técnicas; aprende qué buscar y cómo responder a lo que encuentra.”... “Su saber desde la práctica tiende a hacerse cada vez más tácito, espontáneo y automático, confiriéndole de ese modo a él y a sus clientes los beneficios de la especialización”.<sup>298</sup>

Aun cuando la “práctica” pueda parecer ambigua, en el caso de la enseñanza y aprendizaje de los residentes se manifiesta bastante clara en tanto la actividad experimental está referida a la atención que se les brinda a los pacientes y al aprendizaje que sobre los mismos van adquiriendo los residentes con el tiempo, esto es, de manera repetitiva. Gradualmente, comenzará a incrementar su competencia, a mayor práctica, mayores serán sus habilidades para asumir actividades clínicas o quirúrgicas.

Las inquietudes que surgen con respecto al desarrollo de las competencias y habilidades a partir del aprendizaje alcanzado a partir de la “repetición” de los diagnósticos, tratamientos o cirugías, están relacionadas con la idea de que cada individuo (paciente) es único, con dimensiones psicológicas, genéticas y sociales diferentes, con una historia de vida no necesariamente comparable, constituyen-

<sup>298</sup> IBID. p. 65-66.

do en sí mismo un caso único, de investigación, atención y seguimiento. El aprender sobre la base de la “repetición” implica diseñar otras alternativas de aprendizaje que acompañen dicha repetición, tales como la reflexión sobre cada caso y los casos similares o con características parecidas, la sistematización de los casos, la investigación epidemiológica y teórica sobre los casos, lo que significa la búsqueda de bibliografías y referencias sobre las patologías que se presentan, el planteamiento de preguntas o problemas no resueltos, la definición de posibles tratamientos a seguir hasta la definición de investigaciones de mayor alcance.

La observación y repetición de la práctica constituyen las herramientas pedagógicas más importantes para la gran mayoría de los docentes/instructores. Algunos de ellos puntualizaron que *enseñarles a partir de la práctica del docente con el paciente es la mejor manera de aprender sobre la práctica*:

- “Comprometerme con el paciente particularmente, que es el objeto de estudio, examinándolo con toda la prolijidad con que debo examinar a todos los pacientes. Los residentes, como cualquier aprendiz, viendo hacer, aprende, pero sin darle tampoco todo servido, sino creándole inquietudes, promoviendo a que él se pregunte, se interrogue”.
- “El ejemplo, yo les enseño a palpar, les enseño a auscultar, todas esas partes prácticas se las enseñamos nosotros específicamente, pero aparte, permanentemente estarles diciendo: “en éste caso hay que pensar así”, “en éste caso podemos tener tales o cuales posibilidades”, estar permanentemente encima de ellos, con ellos, o sea todas las actividades se hacen con ellos, excepto el Consultorio Externo, que en 1° año no van, pero en 2° año sí, van conmigo a hacer consultorio, una vez cada uno”.
- “El ejemplo”.

Schön también es categórico cuando llama la atención de que “a medida que una práctica se hace más repetitiva y rutinaria, y el saber desde la práctica se hace cada vez más tácito y espontáneo, el profesional puede perder importantes oportunidades de pensar en lo que está haciendo”<sup>299</sup>. Es por esto que insiste en que la reflexión de un profesional puede servir como correctivo del sobreaprendizaje, haciendo emerger y criticar las comprensiones tácitas que se han efectuado en base a las experiencias repetitivas de una práctica especializada, dando sentido a situaciones de incertidumbre o únicas que él pueda permitirse experimentar.

Cuando un profesional de la medicina (en este caso, los residentes son ya médicos graduados y habilitados para la práctica de la medicina) reflexionan desde y sobre su práctica, “los posibles objetos de reflexión son tan variados como los tipos de fenómenos ante él y los sistemas de saber desde la práctica que

<sup>299</sup> IBID. p. 66.

él les aporta. Puede reflexionar sobre las normas y apreciaciones tácitas que subyacen en un juicio, o sobre las estrategias y teorías implícitas en un modelo de conducta. Puede reflexionar sobre los sentimientos respecto a una situación que le ha llevado a adoptar un curso particular de acción, sobre la manera con la que ha encuadrado el problema que está tratando de resolver, o sobre el papel que ha construido para sí mismo dentro de un contexto institucional más amplio”.<sup>300</sup>

Muchos docentes podrían estar encerrados en una visión sobre sí mismos como expertos técnicos, obviando la riqueza del mundo práctico como motivo de reflexión y centrándose exclusivamente en viejas categorías de análisis, en determinadas técnicas que utilizan para demostrar sus conocimientos y habilidades y el control situacional de determinados casos y patologías.

La reflexión desde la acción para este autor es el núcleo de la práctica. Argyris y Schön<sup>301</sup> propusieron una teoría de la acción para satisfacer los siguientes valores:

- Proporcionar y conseguir información válida.
- Buscar y suministrar a los demás datos observados directamente e informes correctos para que puedan hacerse atribuciones válidas.
- Crear las condiciones para una elección libre y documentada.
- Tratar de crear, para uno mismo y los demás, la conciencia de los valores que están en juego en una decisión, la conciencia de los límites de la propia capacidad, y la conciencia de las zonas de la experiencia libre de los mecanismos de la defensa, más allá del propio control.
- Incrementar la posibilidad de compromiso interno en las decisiones tomadas.
- Tratar de crear las condiciones, para uno mismo y para los demás, en las que el individuo se compromete con una acción porque es intrínsecamente insatisfactoria, no porque está acompañada por premios o castigos externos.

Si bien la charla con los residentes es una estrategia muy importante para algunos docentes/instructores, algunos de ellos *resaltaron la necesidad de la imposición de la autoridad como formas que generan algún resultado en las actividades de aprendizaje*. Estas fueron algunas de las expresiones:

- “A mí me da resultado, cuando ellos se dan cuenta que reciben afecto, charlar mucho; darles la oportunidad de operar bastante conmigo como primer ayudante, no sancionarlos la primera vez, conversar la falla, pero que sepan que a la tercera los sanciono, yo he suspendido a residentes quince días, en las residencias pasan muchas cosas, que uno ni se entera, por ésa jerarquización de mandos, “si querés operar, córtale el pelo a fulano”, amenazas, pero no sólo en

<sup>300</sup> IBID. p. 67.

<sup>301</sup> IBID. p. 206.

Cirugía, en todas las residencias, o sino “te quedas dos días de guardia”, eso es la trastienda de ellos, los códigos, los docentes ni se enteran”.

- “Cuando hago un diagnóstico raro es cuando más me respetan, es como decir que además de hablar sabe, el diagnóstico raro, lo fino, una indicación acertada, lo más rebuscado, lo que está de moda o cuando encuentro una bibliografía rara y se las traigo”.
- “Dan todas resultado, si uno le demuestra a un residente que tiene un problema que no lo sabe resolver, que no está capacitado, es importante, porque se va a preocupar por informarse, por investigar, por aprender, le sirve como estímulo. Cuando hacen algo realmente mal, enojarme, llamarles la atención, aunque no me gusta”.

Hemos analizado como el estudio de la medicina comienza con la entrada al cuerpo humano y se aprende desde el “*estudio de casos*”; además como el cuerpo es el objeto de *atención y manipulación de habilidades*. También hemos analizado como a través de pautas consideradas “técnicas” y “científicas”, la práctica médica transmite pautas de comportamientos considerados correctos y como en la práctica profesional, los médicos utilizan métodos efectivos de observación y procedimientos de indagación y pesquisa, los cuales constituyen mecanismos sutiles de poder. Estos mecanismos de poder que no sólo se establecen para el conjunto de la sociedad sino también a lo interno de grupos de colegas con los cuales se establecen conductas autoritarias para marcar las diferencias de posición jerárquica.

Un solo docente realizó una reflexión acerca de su acompañamiento a los residentes en ocasiones especiales como son los días domingos:

“Por ejemplo, la guardia de un día domingo, que no es un día fácil y yo veo que los residentes aprovechan estar un día domingo para bajar conmigo a la guardia, bueno y entonces ellos aprenden a hacer muchas cosas prácticas o muchas veces ven, cuando llega el paciente, porque ellos después los reciben en el piso ¿no? cuando ya han hecho todo lo básico, y ellos bajan y yo creo que eso a mi me da mucha satisfacción, porque sé que es un día muy feo y sé que quizás ellos están muy cansados y a pesar de eso, cuando no tienen ingresos bajan y están en la guardia conmigo, entonces no sé, creo, no sé si lo hago bien o mal”.

Este docente rompe, de alguna manera, con el modelo asistencial-educativo establecido en los hospitales públicos, cuya práctica, como han descrito los docentes/ instructores en las entrevistas, es dejar la atención hospitalaria en manos de los residentes los días feriados y los fines de semana.

Se podría decir entonces que la enseñanza de las residencias médicas fundamentadas en estrategias pedagógicas de seguimiento, acompañamiento y discusión de los casos en las salas de pacientes y fundamentalmente sobre la observación de lo que hacen los docentes refuerza o reproduce una práctica asistencial, en tanto se promueve que los residentes aprendan a hacer las tareas médi-

cas de una manera determinada y un modo de pensar sobre ella a semejanza de sus docentes.

Lo que resulta evidente con este tipo de reflexión que hacen los docentes/instructores de las residencias es que la enseñanza de la educación médica de postgrado, establecida con el sistema de residencias médicas a través de la práctica en el servicio, reproduce un modelo de enseñanza de la medicina que viene desarrollándose desde hace muchos años, fundamentado en una jerarquía del docente sobre el alumno o residente bastante diferenciada, donde el conocimiento docente se impone aunque sea con mecanismos autoritarios.

De esta manera, el pensamiento y la práctica reproductiva, que consiste en aplicar destrezas o conocimientos con anterioridad a situaciones homogéneas o semejantes, predomina frente a un pensamiento productivo que lleva a una nueva organización conceptual con respecto a un problema o “caso”. Mientras el pensamiento reproductivo se apoya en la reiteración de secuencias y en las asociaciones de sus elementos semejantes, el pensamiento productivo recurre a la comprensión de rasgos estructurales de la situación, más allá de sus componentes visibles.<sup>302</sup>

#### 7.4. El poder jerárquico que se transmite.

En las entrevistas, cuando se les preguntó a los docentes/instructores sobre las **maneras de participación de los docentes en el diseño curricular de la residencia** surgieron algunas ideas interesantes sobre la organización de la propuesta, en la cual podemos identificar los *territorios arqueológicos* que habla Foucault, en los cuales intervienen determinadas ficciones, reglamentos institucionales y decisiones políticas.

La gran mayoría de los instructores/docentes respondió esta pregunta señalando que participa en la *planificación del diseño; en la elaboración del programa y en la puesta en práctica de una serie de actividades teóricas y prácticas*. Los que planifican constituyen un grupo menor y la forma como lo hacen requiere de un análisis detallado. Retomamos algunos de los comentarios textuales para fines de ilustración:

- “El programa pre-establecido, ya está hecho, en lo que yo participo activamente es en eso de lo diario, ayudo a planificar temas, seminarios, invitación a distintos especialistas para actualización de temas”...” Lo realizamos en conjunto con el Jefe de residentes, que es el que demanda las necesidades, ya sea por planteos de problemas o por inquietudes y junto con el resto de los instructores, lo vamos haciendo mes a mes, no hacemos el año entero, con respecto a la actividad académica, después la actividad organizativa eso se hace anual”.

<sup>302</sup> Davini MC. 1994. Op. cit

- “Yo participo de una forma muy activa conversando con mi Director y con el Jefe de residentes, él es el que estuvo con ellos, una de las cosas es la elección del jefe de residentes, ahí participo yo también, el jefe de residentes, no quiero que sea el que mejor opera, sino que sea el mejor compañero, porque sino le interesa la parte técnica y no la académica. El programa de Residentes es un programa de actividades, me siento con el jefe de residentes y le digo que haga un programa de actividades y le pregunto cómo quisiera hacer su jefatura, le hago entregar una copia a cada uno de los residentes y se discute para ver que les parece”.
- “Tratando de diagramar un poco las actividades de los residentes haciéndoles aprovechar mejor el tiempo, programando los temas ya sea para seminarios o como clases de los residentes, programando trabajos científicos con ellos, ayudándolos a operar”.
- “Con respecto a las unidades temáticas he participado en el diseño de la carrera. En lo demás, la verdad que muy poco, hay muchas áreas y herramientas que son necesarias y que no trabajamos, no están exploradas, no hacemos estadísticas, ni epidemiología, ni análisis de lo social, ni cultura general que hablamos hace un ratito, pero la limitación del tiempo lleva a dejar de lado cosas muy importantes. La carrera va a dar un salto cualitativo, va a cubrir muchos baches”.
- “A principio de año presentamos un plan de trabajo, que está ajustado a lo que podemos hacer nosotros, se repite cada año y se basa en actividades teóricas, a cargo del residente, la posibilidad de presentar trabajos científicos a la Sociedad de Traumatología, el ordenamiento de diversas actividades dentro del servicio, como son los bibliográficos, la iconografía (que corresponde al registro fotográfico de las actividades), y las actividades de cada residente, atender a un paciente, etc.”.
- “Participé en todo momento de la normatización de la Residencia, ahora existe un cambio, que es, que el Departamento de Salud Mental comienza a intervenir para poder lograr una integración de las dos Residencias Psiquiátricas de los dos Hospitales, entonces, bueno, en esto que ya tiene que ver con un plano que va más allá de nosotros, un plano de tipo político, en esto muy poco hemos podido intervenir”.

Algunas de estas ideas expresadas permiten deducir que la planificación a que se refieren los docentes está referida a la programación de las actividades específicas relacionadas con un seminario, un ateneo o alguna práctica específica clínica-quirúrgica y que el “plan de estudio” y los “reglamentos” que forman parte entre otras cosas del currículo en su totalidad, lo hacen o lo hicieron otros, y son asumidos por los docentes de posterior ingreso, quienes lo ejecutan a través de una programación periódica (semanal o mensual) de actividades específicas.

No hay que olvidar que los propios reglamentos de las residencias médicas, como es el caso de Mendoza, establecen que el programa de residencias “debe ser confeccionado por el Jefe de Servicio y ser aprobado en primera instancia por

el Comité de Docencia e Investigación del Establecimiento. La Dirección de Recursos Humanos, Técnicos e Investigaciones, podrá agregar otras pautas en cuanto a la conformación de los programas”.

El reglamento del Sistema Provincial de Residencias de Rosario de 1985<sup>303</sup> establece por un lado, las funciones del Director de Residencias, entre las que se encuentran “controlar y evaluar el desarrollo de los programas de Residencias Médicas y proponer modificaciones a los programas de investigación y docencia, cuando las circunstancias así lo justifiquen”. Así mismo, establece funciones para el jefe de servicio como director del programa de residencias las de, “coordinar con el Jefe de Clínicas, Jefe de Residentes y Médicos Instructores la organización de la parte docente del Sistema de Residencias y evaluar anualmente su programa de enseñanza y propondrá al Comité de Docencia e Investigación las reformas que considere convenientes”. Más tarde<sup>304</sup>, se establece que en cada hospital, el “Comité de Docencia e Investigación será el organismo responsable de la programación, coordinación y supervisión de las áreas asistencial, docente y de investigación que ejecuta personal del mismo”.

En el caso de Salta<sup>305</sup>, se establecen funciones específicas al *coordinador de la residencia* para “colaborar con los Programas de Recursos Humanos de los niveles central y operativo, en la formulación, supervisión y adecuación de los programas de las distintas residencias, integrando el accionar de las mismas a las políticas sustantivas e instrumentales de la formación del recurso humano” y al *instructor* “confeccionar la programación del ciclo docente fijando claramente los objetivos, en forma conjunta con el coordinador si lo tuviere y los Programas de Recursos Humanos de nivel operativo y central”.

Si el currículum es algo que se construye como dice Gimeno Sacristán, sus contenidos y formas no pueden ser indiferentes a los contextos en los que se configura. En este sentido, la planificación educativa de las residencias, de alguna manera se ve teñida por las propias características del contexto hospitalario como entidad real que está determinada a su vez por un encuadre político y administrativo, los mecanismos de poder institucional, el reparto de decisiones, la planificación y diseño de todas sus funciones y actividades.

En la práctica, la manera como se hace esta planificación educativa coincide con este esquema de estructura personalizada, de un coordinador o jefe de servicio o instructor que da instrucciones al jefe de residentes para la definición de un programa de actividades o coordina con éste tanto para la formulación como la implementación. De estas primeras respuestas se desprende además, que el dise-

<sup>303</sup> Decreto No. 635/85. Reglamento del Sistema provincial de Residencias.

<sup>304</sup> Resolución No. 1.114/93. Reglamento de los Comités de Docencia e Investigación

<sup>305</sup> Resolución No. 1.277/00. Reglamento de las residencias profesionales de la Provincia de Salta.

ño del plan de estudio no se corresponde con un ejercicio programático consensuado entre los “docentes” reconocidos como tales por los distintos reglamentos, entre los que se encuentran los jefes de servicios que funcionan como docentes en la actividad de “pase de guardia”, que como hemos visto anteriormente, es la actividad de mayor carga horaria de todas las residencias entrevistadas.

Por otra parte, este tipo de planificación entre el binomio docente- jefe de residentes podría estar sugiriendo, en el decir de Da Silva, que los conceptos epistemológicos son escogidos principalmente por éstos dos, a través de un proceso de inclusión de ciertos saberes y la exclusión de otros, y no a través de un proceso reflexivo y consensuado entre todos los docentes y jefes de distintos servicios que intervienen, de alguna manera, en el proceso de enseñanza aprendizaje de los residentes.

La planificación curricular y su modalidad más entendida por los instructores/docentes, queda reducida en muchos casos a *la planificación de actividades puntuales*:

- “Participo guiando éstas actividades, guiando al jefe de residentes en la tarea de hacer el organigrama del mes.
- “Yo me ocupo personalmente de la parte de reuniones clínicas y adiestramientos quirúrgico, después hay otro colega, otro jefe de trabajos prácticos que se encarga de la parte de seminarios, presentación de casos, o trabajo”.
- “Bueno ahora tenemos éste, que se ha hecho este año, y en el que nosotros nos basábamos era porque casi todos los años el Comité de Docencia, nos pedía las actividades, era un programa de actividades que realizaba el Jefe de Residentes con el Jefe del Servicio, entonces (lo hacían todas las Residencias del Hospital), y teníamos medianamente, digamos, unas actividades, tanto científicas, prácticas, teóricas, que hacía el residente de primero, segundo”.
- “Bueno, el programa, o sea, hay un programa pre-establecido de todos los temas que se tienen que dar a lo largo de los dos años, esos temas se van dando de acuerdo a las necesidades del Servicio, entonces temas pre-establecidos, se corren para más adelante, porque hay patología en ese momento más acorde para leer, o sea, aplicar la teoría a la práctica sobre los pacientes”.

El interés “curricular” de los docentes está colocado fundamentalmente en el diseño de actividades y en guiar las mismas, aunque cada uno con su territorio bien delimitado. De esta manera, se distribuye el poder y los principios de control de que habla Bernstein, a partir de una política curricular no explícita pero que en la práctica le otorga el poder de decisión a un docente (instructor) o a algún jefe de servicio y al jefe de residencias; este último a su vez, dará las instrucciones de lugar a los residentes que están a su cargo. De alguna manera, docente (instructor) o jefe de servicio y jefe de residentes marcan y distribuyen el qué y quién puede transmitir algo a alguien y en qué condiciones.

Algunos fueron más precisos al señalar su participación en la elaboración del programa. Veamos los que señalaron algunos:

- “Recién hemos tenido la posibilidad de que nos aceptaran ahora, uno que ha hecho mi esposa, un programa que se lo han aceptado, pero creo que se lo han aceptado sin haber afirmado algo que no han leído, que creo que es bueno o por lo menos mejor que la nada. Y bueno si nos dejan de ahora en más, sobre eso, le haremos todas las correcciones y los aportes para que eso sea mejor. Pero por ahora, primero debemos tener un programa que vamos a cumplir”.
- “Nació por ahí de charlas que he tenido con la otra gente, pero lo hice prácticamente sola y consensuándolo también un poco con la Jefa de Residentes que entraba, para que en realidad, sea aplicable en la práctica lo que íbamos plasmando en ese Programa. Del Comité de Docencia me llamaron creo que para hacerme algunas observaciones, con las que yo no estoy de acuerdo, como –por ejemplo– pretendiendo que un Instructor de Residentes (en éste caso yo, que soy la oficial), pudiera funcionar para homogeneizar las conductas de todo el Servicio”.
- “Y yo lo controlo, o sea me lo muestran, me muestran lo que van a hacer. De esa forma, porque el Programa ya lo tienen establecido desde que llegó el Dr. X, como el ya había sido Jefe de Residentes, él ya estableció un programa, y es apropiado así que eso se ha cumplido”.
- “Yo lo que le puedo decir, por lo que he vivido antes, es que el Instructor de Residentes siempre ha participado del cambio de currículo, opina y participa con las vivencias de su opinión y de lo que ha visto en otros lugares, que se hace como para modificar el currículum, pero tiene participación activa, el Instructor y el Jefe de Residentes”.
- “El currículum lo armó el Jefe del Servicio con el Comité de Docencia e Investigación, en lo cual yo di algunas sugerencias cuando se armó, algunos temas, pero realmente bien es el Comité de Docencia e Investigación, quien está sobre esa parte”.

Estos comentarios sugieren de qué manera se entreteje la cultura autoritaria de la profesión médica y la conversión de esa autoridad en el diseño de un programa educativo esbozado por dos sujetos; uno que generalmente dicta qué y cómo hacer, que es el de mayor experiencia y con la titulación correspondiente y otro, que no necesariamente tiene la titulación correspondiente, que intentará ponerlo en práctica con los residentes que cursan el programa.

Tres instructores/docentes hicieron referencia a su *no participación en el diseño del programa o diseño curricular escrito, visualizándose a sí mismos como participantes de actividades de resolución de algún tipo de problemas o actividades específicas.*

- “No he tenido oportunidad de participar en el programa escrito, pero como en la actividad médica hay una continua aparición de información nueva, de ac-

tualización, y como el programa contiene lineamientos generales y no contenidos específicos, hay lugar para que uno pueda participar en la elección de esos nuevos contenidos relacionados con la actualización; hay un espacio que desde que estoy lo hemos puesto en práctica, de seleccionar información de actualización en determinados temas que pasan por mi elección y junto al jefe de residentes participo en la selección del material bibliográfico de actualización de los trabajos bibliográficos”.

- “Yo estoy más para resolver los problemas clínicos, estar con los residentes, pero no formo parte de las reuniones docentes, y no estoy en el diseño curricular, no estoy envuelta”.
- “No, de ninguna manera, esporádicamente nos llaman para hacernos saber los cambios que han ocurrido, que se hacen en la parte central, acá en Mendoza, nosotros no participamos de la creación de la currícula”.

Estos comentarios son consistentes con el nivel de jerarquía establecido para el diseño del plan de estudio, tanto oficialmente como a nivel práctico. Tampoco los docentes están del todo conscientes acerca de su participación en la construcción curricular a partir de una práctica cotidiana específica, ya sea a través de la incorporación de algunos contenidos que le parecen importantes, o acompañando las actividades de la práctica clínica. Pareciera que los mismos aceptan con tranquilidad los cambios educativos que vienen definidos desde otro nivel jerárquico.

Seis instructores/docentes entrevistados sienten que participan en la residencia  *cubriendo determinadas debilidades (“baches”) presentadas en el desarrollo del programa de actividades educativas diseñadas formalmente o no como plan de estudio para el aprendizaje de los residentes*. Observamos algunas de las opiniones:

- “Trabajé activamente, lo escribí yo, prácticamente una adjunta y yo, con el aval de la cátedra, del profesor, escucha, ve, me dice seguí adelante, tomando decisiones políticas, me pregunta cuántos alumnos vamos a poner y los otros docentes no participan porque están desmotivados, no quieren, y quieren limitarme a mí, qué quién soy yo? un Jefe de Trabajos Prácticos!! que no puedo diseñar una carrera, que no estoy capacitado, pero a ellos se les vencía la fecha para entregarlo y entonces el Director me lo dio a mí”.
- “Por ahora de ninguna manera, como le decía cubriendo esos baches, dando los temas que no se dan. Pero por ahí el hecho, de estudiar una patología que no se ve, no les despierta interés, es limitante también, nos tenemos que acomodar a la demanda”.
- “Yo participo tratando de darles, de hablarles de la relación médico- paciente, porque veo que se ha perdido mucho, los pacientes no son un hígado o una úlcera; y les traigo bibliografía que les sirva a ellos, porque a veces leen cosas muy avanzadas, sin saber lo básico, los preparo para la trinchera, si se van al

interior, a la provincia; si y después quieren ser super-especialistas, que continúen la formación, pero el hospital los tiene que formar en lo elemental, en lo básico muy bien”.

- “Hemos trabajado siempre con un programa en base a los pacientes y a la problemática de la actividad asistencial, sin un programa fijo, uno termina desarrollando los mismos temas a lo largo de tres años, a veces de distintos enfoques y varias veces (los que son prevalentes porque al trabajar sobre la problemática, uno trabaja sobre lo que ve). Al ser un hospital de derivación se ven cosas que no son habituales. En general, tratamos de lograr un equilibrio, hay un seminario para casos de atención problemática, o que requieren interconsulta, y otros casos frecuentes tienen su lugar en los seminarios (temas como asma, hipertensión, diabetes), siempre trabajando frente a un enfoque de síndromes que nos permite realmente cubrir todas las áreas”.

Algunas de las actividades señaladas por los docentes representan temas importantes en cuanto a la responsabilidad que tienen de llevar adelante los programas y temas que consideran importantes y necesarios. Entendemos que el currículum puede ser comprendido como una práctica de significación, como sostiene Da Silva, una práctica productiva, una relación social, una relación de poder y una práctica que produce identidades, donde van quedando los restos de las disputas por el predominio de algún saber o tendencia, las representaciones de los diferentes grupos, los restos de la lucha entre los saberes oficiales y dominantes por un lado, y los saberes subordinados, relegados y despreciados por otro. Los comentarios expresados por los docentes muestran de que manera se priorizan temas que no están en el programa oficial y como los docentes que están al frente del acompañamiento del aprendizaje de los residentes lo colocan de alguna forma.

Los significados expresados a través de otros saberes u otras visiones también representan posiciones específicas de poder y promueven posiciones particulares de poder ya que la lucha por estos otros significados es en el fondo, una lucha por la hegemonía, por el predominio, donde el significado es al mismo tiempo objeto y medio, objetivo e instrumento.

Una de las preguntas formulada a los instructores/docentes en la entrevista se relacionó con el tipo de trabajo que realizan los docentes cuando se reúnen. La mayoría de los docentes dijeron que no existen reuniones periódicas con el resto de los docentes de las residencias. Estas son algunas de las respuestas:

- “No se reúnen, cuando hay trabajos científicos, cuando hay un Congreso, o en algunas ocasiones que hay presentaciones, los trabajos los hacen los residentes y después figuran todos, eso es así, no hay ningún tipo de reunión”.
- “Los docentes, ahí está el problema, no se reúnen, los que se reúnen son los residentes, los tutores vamos a veces, los docentes no, porque no están, ellos están dedicados al pregrado”.

- “No nos reunimos, no hay ningún proyecto”.
- “Nuestro lugar de reunión son discusiones más que trabajos docentes, son acerca de los pacientes. Tenemos varios seminarios conjuntos en los que discutimos el caso con toda la estructura docente, y también con los residentes en los que se discuten los casos y se acuerdan las conductas a seguir. Desde el punto de vista de la residencia, la estructura no es tan amplia, están el jefe del servicio, los tres instructores que tenemos, la parte asistencial y los seminarios. Esa estructura está establecida y cuando surgen los problemas los hablamos. Actividades de programación con los docentes no se hacen. En cuanto a la cobertura de temas los hacemos con el Jefe de residentes de manera individual”.
- “Yo creo que no se reúnen, o por lo menos no estoy enterado”.
- “Mire en realidad las veces que nos reunimos, es porque tenemos las actividades que ya le comenté, y lo otro que nos reunimos, que la verdad es bastante poco, es generalmente antes de los Congresos para evaluar los trabajos científicos de los chicos. Esa actividad la hacemos al principio dónde generamos los trabajos que nos parece que pueden andar, trabajos de investigación, y después nos reunimos, le diría que bimensualmente, así solos ¿no? a evaluar el trabajo, pero no tenemos reuniones solos, o sea como docentes, sino como amigos personales sí, pero”.
- “Muy poca la actividad en reunión de docentes, o sea, de pronto uno se relaciona con el Jefe casi individualmente, no existe una actividad así, cada dos meses o cada seis meses se va a hacer una reunión de docentes, se va a implementar tal cosa, se va a hacer tal cambio docente”.
- “Las reuniones que tenemos son del Comité de Docencia, es cuando nos juntamos con los otros Instructores, es el trabajo más grande administrativo que hacemos. En realidad no tenemos mucho contacto, eso me estoy dando cuenta en este momento, es que todos tenemos el mismo problema, la falta de tiempo. Cuando hemos tenido que hacer algún trabajo, por ejemplo, cuando hicimos el trabajo para la concurrencia programada, si nos juntamos en dos o tres oportunidades, para más o menos ponernos de acuerdo y consensuar, y ahora que está la Concurrencia funcionando creo que tenemos un poco más de contacto, pero es escaso, el contacto con los otros docentes son escasos, pero ya le digo, los tiempos no nos dan”.
- “No me he reunido con ningún docente todavía, pero creo que es la evaluación de lo que se está haciendo. Básicamente es eso”.
- “No nos reunimos mucho los docentes. Cada docente da su Seminario pero no existe la reunión”.

Esta pregunta fue colocada en la entrevista porque entendíamos que el estudio del Currículo se interesa, como dice Stenhouse, por la relación entre dos acepciones: como intención y como realidad; su problema principal es el hiato existente entre las ideas de los docentes y las tentativas para hacerla operativas. Se puede continuar viendo al currículo como un plan normativo, pero adoptando un punto de vista popperiano, admitiendo que tales planes evolucionan y se per-

feccionan continua y progresivamente mediante el estudio de sus defectos y su gradual eliminación.

Recordando las puntualizaciones que hace Stenhouse acerca del currículo en relación a la tentativa de comunicar principios y la necesidad de que permanezca abierto a la reflexión, tendríamos que cuestionar las posibilidades reales de mejora constante que tienen y deberían tener los currículos de las residencias médicas, en cualquiera de las formas que se adopte, cuando no existen condiciones de trabajo conjunto entre instructores y docentes, para analizar, planificar, revisar, o cuestionar la práctica educativa y de aprendizaje de los residentes.

En las residencias analizadas, la estructura docente la componen los instructores de residencias, que generalmente es uno por cada residencia; los docentes de planta que son por lo general los jefes de servicios, y el jefe de residentes. Como ya hemos visto, cada docente jefe de servicio tiene bajo su responsabilidad el pase de guardia, con la que asume “tareas de enseñanza” a partir del análisis de casos, que son los pacientes internos. Lo que evidentemente está faltando entre los distintos grupos de responsables de los procesos de enseñanza aprendizaje de las residentes son los espacios de reflexión entre todos, que les permita analizar y delimitar las posibilidades del currículo como un todo, desde el plan de estudio hasta las distintas prácticas educativas que realiza cada docente y ponerlo a prueba de manera crítica para mejorarlo con nuevas y novedosas intervenciones. Algunos aluden a la falta de tiempo.

Nueve instructores/docentes dijeron que *las reuniones se realizan para discutir algún caso, preparar algún seminario y participar de alguna actividad*. La mayoría de las reuniones señaladas a continuación son parte del trabajo cotidiano que realizan con los residentes.

- “Se hacen Seminarios, se discuten los casos”.
- “Los docentes en el servicio son el profesor titular, el adjunto y el tutor. Y todos participamos en los pases de sala, las reuniones bibliográficas y las discusiones de casos”.
- “Se opina sobre los pacientes que hay, toman alguna decisión. Todas las mañanas se realizan reuniones y se programan actividades”.
- “Generalmente nos reunimos por algún caso específico, y por supuesto en los dos seminarios del servicio, el seminario bibliográfico –en el que se leen 5 trabajos científicos– que se hace todos los Martes, y el seminario de casos clínicos, semanal, en los que se discute un caso clínico problema del hospital, con los clínicos. Son dos días fijos por semana”.
- “Lo que pasa, es que tenemos las reuniones científicas, en donde generalmente prepara un tema un residente y están todos los médicos de planta, en los cuales se habla sobre un caso que ellos presentan, compartimos dos pases de Sala, a la mañana a las 8,30 y otro a las 13,30 donde se replantean los pacientes, ahí compartimos el tiempo juntos”.

Las reuniones realizadas por los instructores y docentes no están referidas a reuniones de programación, reflexión<sup>306</sup>, evaluación del proceso educativo o reforma curricular. Las reuniones señaladas tienen que ver con los ejercicios cotidianos planificados para el aprendizaje a través del análisis de un caso, la presentación de los seminarios o las discusiones bibliográficas.

El hecho de que “las actividades educativas” puntuales sean las que mayormente convocan a las reuniones entre los docentes con los residentes, podría estar indicando marcos institucionales y creencias colectivas aceptadas entre el personal responsable por los aspectos educacionales de las residencias, entre ellas, la aceptación de prácticas educativas y visiones de cómo se aprende y se enseña en el contexto hospitalario, establecidas desde los inicios de las residencias, tales como los ateneos, los pases de guardia, las revisiones bibliográficas o los seminarios, que no requieren de alguna revisión y experimentación diferente. Las acciones pedagógicas no son analizadas desde el punto de vista instrumental pero tampoco desde las implicaciones que tendrán para el aprendizaje de los alumnos.

Gimeno Sacristán como otros autores, insisten en señalar que “el sentido de la educación es esencial al hecho de que tenga un propósito, en tanto que es guiado por un proyecto explícito. Las acciones que se emprenden en educación, bien sean individuales o colectivas, no se podrían entender si no consideramos a qué conducen, para qué se realizan” ... “La educación es una invención dirigida, una construcción humana que tiene un sentido y que lleva consigo una selección de posibilidades, de contenidos, de caminos”.<sup>307</sup>

Lo señalado por este autor no se discute en las residencias médicas que hemos analizado, no está establecido ni en los reglamentos específicos nacional o provincial y al parecer no forma parte de la cultura de la educación médica de la especialidad.

Esta última afirmación puede constatarse con la información de que *sólo 4 docentes se refirieron a la realización de reuniones entre los docentes para actividades de evaluación del desarrollo del programa de residencia.*

<sup>306</sup> La reflexión, señala Gimeno Sacristán (1998), como cualidad de la buena práctica, como mecanismo de análisis y mejora de la misma, como ejercicio para la formación y perfeccionamiento de los profesores; es una exigencia para la explicitación antes sí y ante los demás si fuera necesario, de los motivos que orientan la acción para que sean contrastados con las normas de comportamiento aceptable. En este sentido, la reflexividad se presenta como el ejercicio de la razón en la clarificación de los fines y de los deseos personales y colectivos para evaluarlos y decidir a favor de un determinado compromiso. Es preciso unir esas dos dimensiones de la reflexión, la que supone el ejercicio de la capacidad cognitiva para analizar, diseñar y evaluar las acciones en contextos determinados y su utilidad moral para discernir el valor y el significado que tienen.

<sup>307</sup> Gimeno Sacristán J., 1998, Op. cit. p. 40.

- “Los docentes de la Residencia a veces se reúnen conmigo, generalmente se reúnen ellos dos, porque ellos dos están abocados a eso, lo que realizan es la programación de tareas y si algo no ha andado bien, ellos tratan supongo yo de hablar y mejorarlo, porque son buenos los dos”.
- “Son trabajos evaluativos todos, en general. Evaluamos si llegamos al objetivo trazado previamente, si la metodología empleada fue buena, si llegamos a la meta, la autocritica de cada uno (sincera, ¿no?), y lo no logrado proponemos nuevas estrategias de trabajo”.
- “Mire, lo que hemos hecho, puntualmente han sido reuniones para evaluar los contenidos del programa, ha sido fundamentalmente eso y para comparar con otros esquemas de Residencias”.
- “Nos reunimos una vez por mes para evaluar la marcha del postgrado, tenemos las carpetas de las cirugías, del internado de quién ha presentado más casos en el seminario, quién se ha opacado o no ha estado, vemos las pequeñas cosas que diariamente no se ven. Después viene el intercambio en cuanto a la persona de cada residente, como lo estamos viendo, si lo vemos en un período malo, porqué, si no preservas el grupo humano”.

Estos comentarios traducen por una parte, el poco interés del colectivo docente en la discusión de los aspectos macros como los propósitos, intenciones, intereses, fines, necesidades; en síntesis, las definiciones y valorizaciones del proyecto educativo en el contexto en que se desarrollan para cumplir determinada misión social. Por otra parte, los intereses de “reuniones de evaluación” pasan por distintos ejes de análisis que van desde la programación de actividades, el cumplimiento de los objetivos y los contenidos del programa, hasta el desempeño de los residentes.

Lo que en definitiva no aparece claro en las entrevistas realizadas a los docentes-instructores es lo esencial del proyecto educativo de las residencias, es decir, el qué hacer entre lo posible y lo deseable; el por qué llevar adelante la formación de una determinada residencia y bajo cuáles criterios sociales deseables.

Estos resultados nos mueven a pensar también que el componente de “hospital público” donde se desarrollan las residencias que hemos estudiado, puede generar otras aristas donde se acoplan o acomodan las acciones de los docentes a los fines de la educación pública decididos e institucionalmente formulados y cuya aceptación justifica un determinado tipo de compromiso.

El conflicto entre la profesionalidad autónoma de que hablaba Freidson, la libertad de cátedra que se vive en la formación del pregrado, el respecto al libre pensamiento de la especialidad por un lado y el acatamiento de un currículo establecido e institucionalizado (entendido como plan de estudio y modelo educativo) podría estar colocando a los docentes e instructores en posiciones difíciles de resolver dado el trabajo específico que requiere un proyecto educativo de tan alta responsabilidad.

Otra de las preguntas de la entrevista estuvo dirigida a conocer las **acciones en común que realiza el instructor o docente con otros docentes**. Ocho instructores/docentes dijeron que *las actividades en común que realizan con otros docentes están más relacionadas con la actividad asistencial, los pacientes en común, la demanda del servicio*. Estas fueron algunas de las respuestas:

- “Discutimos los pacientes en común, planificamos los temas a discutir en seminarios, actualización de temas, eso lo coordinamos, y la evaluación de alumnos, la del programa no, la crítica nuestra si y por suerte lo podemos decir”.
- “En nuestra cátedra somos tres, dos instructores y yo como tutor, nuestras acciones en común están ligadas fundamentalmente con la parte asistencial y las llevamos muy bien, pero no hay proyectos, ni investigaciones”.
- “Pasaje de sala, en comités de tumores, seminarios bibliográficos con los Residentes”.
- “Bueno, con ellas todos los días digamos, Revistas de Sala, Ateneos, Bibliográfica, una reunión que hacemos a las 11 de la mañana todos los días con los residentes nada más, de análisis de “casos problemas”, que eso a los chicos les ha despertado tremendo interés porque pueden hablar con toda la confianza y ser muy autocríticos sin que nadie los critique por ser autocríticos.
- “Yo lo que realizo es cuando me comentan cada caso, yo, bueno, doy mi opinión, y ayudo en el manejo, si no lo puedo solucionar yo hago inter-consulta lógicamente, a los distintos especialistas”.

La actividad asistencial y el paciente internado o ambulatorio constituyen el eje fundamental de encuentros entre docentes, instructores y residentes. El contexto hospitalario y la práctica del servicio son el motor de conexión inexorable entre los docentes especialistas. Como hemos visto anteriormente, algunos autores como Freidson han sostenido que el conocimiento sistemático, teórico, científico y objetivo de la medicina descansa en su conocimiento puro y abstracto del curso de la enfermedad y de los procedimientos que tienen mayor probabilidad de curar o mejorar la enfermedad y como esta profesión ha luchado por obtener su autonomía profesional a partir de la defensa de que su conocimiento puro sea aceptable.

Si el conocimiento puro de la medicina es el arma fundamental para esta profesión, los demás conocimientos científicos están indefectiblemente subordinados a éstos. Por lo tanto, las discusiones relativas a la filosofía y práctica educativa particular de procesos de formación de especialistas pudieran estar relegadas a planos de carácter operativo que no requieren de mayor investigación y reflexión.

Por otra parte, hemos analizado como la autonomía de los profesionales médicos también se manifiesta en la elaboración y transmisión del discurso “verdadero” en diferentes espacios sociales, especialmente en los de corte académico, empujando de esta manera, efectos específicos de poder. Esta autonomía podría

estar indicando que las distintas maneras de enseñar y aprender en un programa de residencias ya fueron dichas anteriormente, desde que se instalaron en el país las residencias médicas, y por tanto, no se requiere de revisiones periódicas que cuestione y promueva una nueva visión y práctica educativa que rompa con la aceptada históricamente por la comunidad médica.

Otros cinco instructores/ docentes dijeron que *las actividades en común que realizan con otros docentes están referidas a la preparación y participación en seminarios compartidos con los residentes, aunque éstos no se realizan con una frecuencia determinada.*

- “Con otros tutores, ya expliqué que pasa con los docentes, preparamos seminarios, no tenemos trabajos científicos con otros servicios, pero hacemos seminarios y se formó el Comité Oncológico en el hospital”.
- “El Seminario Central, donde participan los residentes de todos los años, participan los instructores, y el profesor dirige las discusiones. Es uno de los seminarios más ricos. En otro seminario discutimos casos de la sala que ofrecen alguna dificultad”.
- “Las preparaciones de algún trabajo científico, realmente son muy pocos los docentes que trabajan con nosotros para crear un trabajo, para ser presentado a nombre de los residentes; generalmente se presentan con el nombre de un docente, la mayoría piden casos en beneficio propio”.

Las respuestas a esta y otras preguntas sobre esquemas de trabajo compartidos son pobres, como si las residencias correspondieran a proyectos educativos ajenos al colectivo de profesionales médicos de los hospitales donde se desarrollan y como si cada uno de los docentes hospitalarios tuviera expectativas y motivaciones diferentes para aceptar y participar en algún nivel práctico del programa.

Llama la atención que en programas educativos de postgrado, a partir de los cuales, después de las tramitaciones legales correspondientes, se le otorgará al médico residente un título de especialista, existan pocas actividades científicas compartidas entre los distintos docentes que tendrían que ofrecerles ayuda sobre las diferentes miradas, orientaciones científicas y experiencias vividas. En los programas académicos, este tipo de seminario sería de extrema necesidad dado el contrapeso de la práctica diaria en el servicio.

En cambio seis instructores/docentes admitieron que *no realizan acciones en común con otros docentes, pareciendo que las pocas que podría haber dependen de las buenas relaciones entre colegas.*

- “En este momento en postgrado es cero apoyo, los que conocen mi proyecto”.
- “No se hace, no podría decir otra cosa”.
- “A veces cuando hay voluntad y la relación personal es buena, se da que un do-

cente de otra cátedra nos invita a participar de algún seminario clínico o a dar una charla u opinión, pero no es muy frecuente”.

- “No hay acciones en común”.
- “Salvo con esos tres docentes que trabajamos juntos en la formación de postgrado, no tenemos nada en especial”.
- “No, son muy pocas, no se hacen acciones en común –casi– con otros docentes porque yo en una época estuve a la tarde cuando empecé la actividad, entonces, por entonces, ahí sí podíamos trabajar un poco más en,... pero después, bueno, me sacaron la extensión horaria que tenía y ahí quedé a la mañana. La única acción común que hacemos con otro docente es con el Jefe del Servicio, parte de las revistas de Sala que hacemos a la mañana, las hacemos juntos, entonces, discutimos los casos entre los dos con los residentes y les hacemos preguntas, les hacemos discutir el caso nosotros dos, pero somos las dos personas que trabajamos en conjunto, después no trabajamos con nadie más así en forma estrecha, no”.

Las posiciones particulares de poder y de lucha por el significado de que habla Da Silva y otros autores que ya hemos analizado, se podrían interpretar a la luz de los comentarios anteriores desde dos perspectivas: una, que la hegemonía del programa de residencia por parte de quienes las coordinan está claramente establecida y aceptada y por tanto, no se requieren reuniones de acuerdos de programación educativa; otra, que cada uno de los docentes, desde sus diferentes posiciones mantienen un espacio restringido que garantiza su jerarquía institucional por un lado y por otra parte, se desarrollan motivaciones, intenciones e intereses personales en los espacios de la actividad educativa cotidiana, cuyo análisis particular podría llevarnos a identificar una variedad de razones que mueven a actuar a cada uno y las diferencias en los seres humanos que van desde los intereses personales, valores o pasiones y deseos.<sup>308</sup>

Si no existen incoherencias y conflictos entre los responsables de llevar adelante las residencias y si además, cada uno tiene la función clara de su tarea particular en las diferentes instancias, cabría suponer por parte de los mismos docentes e instructores, dada las pocas precisiones sobre lo que significa un currículo, que el programa de formación no requiere de mayores espacios de diálogo y reflexión.

Otros docentes de residencia realizan reuniones todas las semanas con el resto de los docentes aunque considera que no son muy productivas y otro realiza reuniones con un colega con el que tiene puntos en común.

<sup>308</sup> G. Sacristán (1998) retomando a Weber en relación a las acciones que guían los fines del docente, sostiene que en educación es razonable querer moverse por las metas valorativas, pero que será normal que cada profesor actúe también por los intereses personales y las pasiones y deseos.

- “Se realizan reuniones de tutores todos los Miércoles o Jueves, hasta ahora no fueron muy productivas, excepto en casos específicos”.
- “Estamos haciendo actividades con otro tutor que tenemos puntos de vista en común, cómo romper con el esquema biólogo, el tradicional, no ver sólo la enfermedad, sino ver al paciente integralmente desde otros aspectos psico-bio-socio-económico, y tratar de cambiar que las residencias no sean grandes feudos”.

### **7.5. Los hospitales no forman a sus docentes.**

El 76% de las Unidades de Residencias de la Provincia de Buenos Aires destacaron en la “evaluación participativa” que no propician programas de capacitación pedagógica a sus docentes y el 8% no contestó este ítem.

Tanto en Salta como en Rosario, el consenso obtenido es que no existen programas diseñados desde el hospital con miras a la formación y reciclaje de los docentes y médicos de planta. Estos programas son realizados en ámbitos externos al hospital de acuerdo al interés personal de los médicos y a sus posibilidades económicas y de tiempo.

Los enfoques educativos en la formación universitaria, tanto de pregrado como de postgrado, y el desarrollo profesional en salud se han transformado profundamente en los últimos años, abriendo la discusión hacia la necesidad de formar con enfoques de educación permanente, con definiciones sobre las competencias que se requieren y las nuevas estrategias educacionales. Estas propuestas han surgido como resultado, por un lado, de la reflexión crítica de las tendencias clásicas y, por otro, de los aportes de la sociología de las organizaciones, el análisis institucional y la perspectiva de la educación de adultos. Desde éstas nuevas dimensiones, la cuestión educativa no sólo se refiere a procesos pedagógicos centrados en el aula o sala de pacientes, sino que constituye un factor estratégico para el desarrollo de las instituciones y servicios de salud.

La educación médica en la actualidad, en cualquier nivel, necesitaría enfrentar el desarrollo de programas de formación docente en forma constante, de manera de asegurar un amplio espectro de destrezas, conocimientos, habilidades en los temas específicos de la educación pero también, en temas relacionados con la propia especialidad médica, el desarrollo de la salud pública y el desarrollo institucional, especialmente por la explosión de conocimientos que caracteriza el desarrollo científico-tecnológico y, por otro, por la complejidad de los sistemas y las organizaciones, lo que redundaría en la necesidad de desempeño de nuevos roles profesionales.

Si la educación médica de postgrado, establecida a través de la modalidad de residencias concuerda que es un “aprendizaje en servicio, sobre la base de los problemas de la práctica”, entonces re querería partir de la base del aprendizaje como el desarrollo de nuevos criterios o capacidades para resolver problemas o

como la revisión de criterios y capacidades existentes que inhiben la resolución de problemas concretos y reales.

Los docentes de las residencias requerirían de una formación y apoyo específico que avance en la profesionalización de su rol de formadores. Existen importantes estudios que indican que los profesores enseñan apelando a las formas académicas con las que ellos mismos fueron formados, reproduciéndose las formas clásicas a lo largo del tiempo y las generaciones. De hecho, algunas de las reflexiones de los docentes entrevistados para este estudio manifiestan que enseñan con las mismas estrategias educativas, tal como aprendieron cuando cursaron su residencia. Si bien es indispensable el conocimiento especializado de los profesores, se ha podido reconocer que para enseñar no basta con conocer la disciplina, y menos aún para la formación en competencias profesionales complejas como las que significan las carreras de riesgo.

La necesidad de dar un giro a los procesos educativos en los servicios ha sido ampliamente debatida por los especialistas del campo educativo. Todos los procesos educativos se basan en una determinada pedagogía, es decir, en una concepción de cómo se consigue que la gente aprenda algún concepto, alguna técnica y modifique además su comportamiento. La pedagogía escogida, a su vez, se fundamenta en una determinada epistemología o teoría del conocimiento.

Hemos analizado en el capítulo anterior como la pedagogía de “tipo tradicional”, de “transmisión”, utilizadas especialmente en la mayoría de las residencias médicas estudiadas, refuerza de alguna manera la pasividad de los residentes, la falta de actitud crítica, la falta de participación, la dependencia hacia el docente, la distancia entre la teoría y la práctica, entre otras. Las críticas a este modelo de “transmisión” constituyeron una base importante de reflexión<sup>309,310,311</sup>, en la década pasada, la cual sirvió además como argumento para desarrollar propuestas de educación permanente en los servicios de salud y para la formación de formadores. Esta última, ofrece la oportunidad a los docentes de conocer otras maneras de encarar la educación en las prácticas educativas en los servicios de salud y diseñar herramientas educativas que rescaten el saber hacer y el aprender a aprender.

Sobre el mismo tema, el 60% de los docentes/ instructores que contestó el “cuestionario” ha realizado algún curso de docencia médica, pero sólo el 21% ha sido ofrecido por el propio hospital, y el 70% de ellos también marcó que “no”

<sup>309</sup> OPS/OMS. Educación Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.100. Washington DC: OPS/OMS; 1994.

<sup>310</sup> OPS/OMS. Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Fascículos I al X. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Washington DC.

<sup>311</sup> Davini MC. Educación Permanente en Salud. Washington DC: OPS/OMS. Serie PALTEX. No. 38; 1995.

existen acciones específicas del hospital o de la especialidad para fortalecer o impulsar el perfeccionamiento docente.

Del 30% que respondió que sí existen acciones por parte del hospital, las formas más comunes que se llevan a cabo es a través del “dictado de cursos” y “convocatoria a especialistas nacionales y extranjeros para el dictado de cursos y/o conferencias”. En menor escala aparecen señalados “la promoción del trabajo integrado de docentes de diferentes especialidades”, el “otorgamiento de puntaje/acreditaciones por curso” y “los trabajos de investigación”.

Cuando se les preguntó cada cuánto tiempo realiza el hospital acciones para el perfeccionamiento docente, en consecuencia con la pregunta relacionada con los cursos que ofrece el hospital, el 68% no la respondió, seguido por el 16% que consideró que se realizan “cada año”.

La ausencia de programas de formación de formadores de las residencias médicas podría estar obedeciendo a varias razones no estudiadas con los instrumentos utilizados. Podría formar parte de los problemas económicos que han tenido los hospitales y sobre lo cual hemos analizado anteriormente; podría corresponder a una falta de visión estratégica acerca de la necesidad de preparar a sus docentes con nuevas estrategias educativas y también, podría estar reflejando el nivel de saturación de los hospitales en términos de la atención que cotidianamente deben brindar. Cualquiera de los posibles obstáculos que se mencionan no han impedido que los docentes, por cuenta propia, realicen actividades de perfeccionamiento, lo que demuestra en cierta forma, que los docentes de las residencias tienen necesidades de perfeccionamiento y de información actualizada en diversas áreas de la especialidad y de la docencia en particular.

En la “evaluación participativa”, el 73% de las Unidades de Residencias de las que participaron en el proceso de la Provincia de Buenos Aires manifestó realizar actividades que permiten la *discusión entre residentes y docentes sobre el desarrollo del proceso educativo*.

El 87% de las residencias de Salta y el 67% de las de Rosario señalaron que realizan discusiones sobre el desarrollo del proceso educativo con los residentes, aunque por un problema del propio diseño de la evaluación no se identificaron las formas y mecanismos a través de los cuales se realizan dichas discusiones, ni la frecuencia y sistematización de las mismas.

En los reglamentos consultados relacionados con las provincias estudiadas, aparecen señaladas las funciones de todos los actores que interviene en la formación de los residentes. Algunas de ellas, como las referidas a los “instructores” de Mendoza<sup>312</sup>, presentan como misión educativa algunos mandatos relaciona-

<sup>312</sup> Reglamento de Residencias. Decreto No. 2.361/93. El Instructor de Residentes, En ateneos supervisará y controlará su programación. Coordinará las reuniones y aportará sus conocimientos. En presentación de enfermos, asesorará al residente sobre la forma mas conveniente

dos con aspectos de “supervisión y control”, “asesoría y crítica”, “aporte de experiencia”. También, en los reglamentos de Santa Fe<sup>313</sup> y Salta<sup>314</sup> las funciones educativas de los docentes/instructores y jefes de residencias se orientan hacia la “supervisión”, “evaluación”, “dirección”, “organización”, y a la función de “examinar”.

## 7.6. A modo de síntesis

El marco de actuación hospitalaria y la situación por la que atraviesan los hospitales argentinos hoy día está condicionando el desarrollo curricular y el aprendizaje que se construye en las residencias médicas. Este marco se caracteriza en general por la creciente presión de la gerencia hospitalaria en cuanto a la sobrecarga de trabajo para el personal hospitalario, particularmente dirigido hacia los residentes médicos. Esta situación, sin lugar a dudas condiciona tanto a los docentes y residentes, no sólo en todo lo que tiene que ver con la organización y el consenso sobre los aspectos curriculares que deben encarar los programas de residencias, los aspectos relacionados con los espacios y tiempos de enseñanza, las formas de enseñarlos, sino también, ha generado un desbalance en la tarea de reflexionar acerca de la funciones de salud pública, el papel del Estado, las funciones de los médicos y residentes. Por otra parte, la cultura organización instalada ha reforzado algunas prácticas de trabajo rutinarias, a partir del aprendizaje por medio de la socialización, en las que claramente se destacan las posiciones jerárquicas en los procesos educativos que conllevan a comportamientos pasivos.

Las reflexiones de los docentes/ instructores permiten rescatar su visión con respecto a las formas de entender la enseñanza de la medicina especializada: se aprende a partir de los problemas y experiencia cotidiana, es decir, a través de la enfermedad y la práctica curativa. La *resolución de los problemas* constituye el dispositivo pedagógico más importante para el aprendizaje de los residentes, pero el mismo no está ajeno a otros problemas generales del hospital; éstos son también parte del proceso de aprendizaje de los residentes. La resolución de problemas y el “*estudio de casos*” está ligado al concepto del paciente como “unidad biológica”, constituyendo el “*biologismo*” el rasgo estructural dominante que garantiza la “cientificidad” del modelo, mientras otros niveles explicativos de los procesos de salud y enfermedad quedan subordinados o ausentes del modelo explicativo.

---

de presentarlo, efectuará su crítica y aportará sus conocimientos. En Clases dadas por residentes, participará de su programación, las controlará y efectuará su crítica. Reuniones periódicas de capacitación, las efectuará con el grupo de residentes no menos de una vez por semana y sobre un tema elegido previamente con el Jefe de Residentes.

<sup>313</sup> Reglamento de Residencias. Decreto N° 635/85.

<sup>314</sup> Reglamento de Residencias Profesionales de la Provincia de Salta. Decreto N° 1.277/00.

A la par de esta visión se observan las dificultades y resistencias para instalar una propuesta más amplia de un saber y práctica de la medicina con ejes de atención primaria, orientados fundamentalmente hacia la promoción de la salud y la vinculación con espacios de atención del nivel primario en salud. Las observaciones de Argyris sobre las rutinas defensivas organizacionales fueron de gran utilidad para analizar como los hospitales, como instituciones de aprendizaje son sobreprotectoras y muchas veces van en contra de un aprendizaje que altere el *status quo* establecido.

Uno de los problemas más evidentes encontrados en este estudio es el referido al desinterés o compromiso de los docentes y de los directivos del hospital con respecto al desarrollo del currículo como propuesta política educativa. Este desinterés se manifiesta por un lado, en acciones que tienen que ver con el acompañamiento a los residentes en su proceso de aprendizaje, como en la falta de insumos, recursos hospitalarios, tecnología, material de estudio, biblioteca. Pero las observaciones acerca del desinterés se inclinan más hacia la situación generalizada de la ausencia de análisis en el espacio educativo hospitalario sobre el problema formativo, es decir, se evidencia la no participación del colectivo docente en la reflexión y reformulación permanente del currículo, entendido como propuesta política y algo que se construye.

Se constata la ausencia de programas; el desconocimiento del residente acerca del mismo; la existencia de los programas de estudio como listas de actividades; la ausencia de un esquema integrador de conocimientos “médicos”; la ausencia de una puesta en común sobre el currículo; y fundamentalmente, una orientación de los procesos de enseñanza y aprendizaje tomando como base las situaciones prácticas, lo que viene acompañado de incertidumbre, y más que una indeterminación.

La modalidad de enseñanza práctica tiene unas características que involucran el desempeño en situaciones prácticas, teñidas por esquemas y rutinas que implican sopesar circunstancias y hacer juicios de manera que se pueda actuar correctamente en situaciones humanas y sociales concretas. La observación y repetición de la práctica constituyen las herramientas pedagógicas más importantes para la gran mayoría de los docentes, lo que demanda diseñar otras alternativas de aprendizaje que acompañen dicha repetición, tales como la reflexión de los casos particulares y similares, la sistematización de los mismos, la investigación epidemiológica, el estudio de patologías frecuentes, el planteamiento de preguntas o problemas no resueltos, la definición de posibles tratamientos a seguir hasta la definición de investigaciones de mayor alcance.

Finalmente, es posible decir que la enseñanza en el sistema de residencias médicas, reproduce un modelo de enseñanza de la medicina que viene desarrollándose desde hace muchos años en el país, fundamentado en una jerarquía marcada del docente, donde su conocimiento prima como fundamento acabado

sobre otras posibilidades de profundización de un tema/ problema. Esta jerarquía se hace también evidente en la manera personalizada como se realiza la planificación educativa, con una ausencia de espacios de reflexión entre todos los responsables que intervienen en el proceso educativo acerca de las posibilidades de construcción del currículo. De esta manera, prima en las residencias una política curricular no explícita pero que en la práctica le otorga el poder de decisión a un docente (instructor) o a algún jefe de servicio y al jefe de residencias. A esto se le podría sumar la ausencia de una política de formación de docentes por parte de las instituciones hospitalarias y de rectoría, que permitirían, sin lugar a dudas, nuevas visiones para encarar el desarrollo curricular de las residencias.



## ■ CAPÍTULO 8

# Conclusiones

### 8.1. Conclusiones generales del estudio.

Las Residencias Médicas en Argentina constituyen un tema de preocupación y debate importante, tanto por la demanda de cupos para residentes que realizan los egresados de las carreras de Medicina, como de los propios hospitales que requieren personal adicional para cubrir la atención. En los últimos años, se observa una disminución gradual anual del egreso de médicos, mientras que ha ido en aumento el **número de cargos de residentes en todo el país y por tanto de egresos con la modalidad de estudio de las residencias.**

Del 1977 al 2003 los cupos para residencias, otorgados por el Ministerio de Salud de Nación se incrementaron en todo el país, pasando de 269 cargos adjudicados en el año 1977, a 637 en el año 2003, siendo este un incremento paulatino y gradual de 137%. Otra buena parte de los cupos de ingreso a las residencias lo cubren las provincias y el sector privado. De cualquier manera, tanto el número de residencias otorgadas por el Ministerio de Salud de Nación, como las provinciales y privadas no alcanzan a cubrir las expectativas de los médicos graduados en el país, cuyo promedio alcanza los 3890 por año.

Si bien las residencias han sido un objeto de estudio que hemos seguido durante algunos años, abriendo algunas preguntas que refieren a la toma de decisión política en cuanto a la planificación de los cupos, perfiles estratégicos de formación, evaluación de programas específicos, reglamentaciones y normativas, para fines de esta investigación en particular hemos querido estudiar el currículo de las residencias médicas, por ser éste uno de los conceptos más potentes para analizar cómo se desarrolla la práctica y cómo se expresan una serie de posiciones filosóficas, epistemológicas, científicas, pedagógicas y fundamentalmente, como se traducen en directrices los valores sociales de la medicina especializada.

En este capítulo final se retoman las conclusiones parciales que se fueron

mostrando a lo largo de los tres últimos capítulos sobre resultados del estudio y se presentan además, las grandes conclusiones de la investigación en relación al enfoque curricular, la práctica educativa que desarrollan los docentes/instructores de las residencias estudiadas y el enfoque didáctico que se utiliza en las mismas.

**La primera conclusión relevante del estudio es que en las residencias médicas estudiadas predomina el currículo oculto al margen de un programa escrito. La segunda conclusión a destacar es que la práctica educativa dominante en las residencias médicas analizadas es el “saber hacer” y como estrategia domina la imitación y la socialización. La tercera, es que la racionalidad burocrática del hospital se impone en los residentes como modelo de servicio focalizado esencialmente en la curación y rehabilitación y como modelo de aprendizaje de una práctica profesional.**

El “currículo oculto” en las residencias médicas significa que domina un enfoque curricular determinado fundamentalmente por las rutinas, los rituales, las tradiciones, la ideología de grupo y las redes de interés. Este tipo de desarrollo curricular sin los acuerdos escritos, reducen ampliamente la capacidad de conciencia reflexiva de los docentes/ instructores, no se definen los perfiles de los médicos especialistas que se desean formar en este momento, no se definen las teorías científicas, epistemológicas y educativas con las cuales formar los médicos residentes y tampoco se definen los conceptos fundamentales sobre los cuales habría que trabajar con los residentes.

La elección de las actividades profesionales, entre las cuales se encuentran las formas de enseñar y aprender, coinciden con las reglas y compromisos normativos establecidos por la práctica de la profesión, aceptándolas, compartiéndolas e interiorizándolas como ciertas y válidas y considerándolas además como la mejor forma de hacer la tarea, lo que en definitiva, no permite pensar que pueden existir otras formas novedosas para alcanzar una mayor calidad en la tarea educativa asignada.

El predominio del currículo oculto está esencialmente ligado a esas características del modelo médico hegemónico, ya que cumple con una serie de funciones relacionadas con los aspectos de control, normalización, medicalización y legitimación, considerados científicamente legítimos, los cuales son transmitidos a través de pautas de comportamientos considerados correctos y a partir del desarrollo de la profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional a través de legitimar y normar.

De esa manera, el *saber* –en el sentido expresado por Foucault– transmitido en el desarrollo curricular de las residencias médicas, es el conjunto de las conductas, las singularidades, desviaciones, el campo de coordinación y subordinación de los enunciados en que los conceptos aparecen, se definen, aplican y transforman, el conjunto de posibilidades de utilización y apropiación ofrecidas por el discurso. En un modelo de currículo oculto, la balanza se inclina hacia el

aprendizaje de un saber focalizado en la atención y manipulación de habilidades que se aprenden a partir de la observación e imitación.

Las definiciones de lo que se enseña en un currículo oculto o implícito, su organización, contenido y secuencia establecen los límites y marcos de referencia en la relación de los alumnos con el saber, en el desplazamiento del conocimiento cotidiano que ofrece la práctica hospitalaria, a través de la cual se establecen las condiciones de juzgar los hechos sociales de los procesos de salud- enfermedad, a partir de los criterios de verdad o autoridad de los expertos, es decir, de los docentes especialistas.

Para fines del análisis rescatamos el planteamiento de diversos autores acerca de **los nuevos conceptos sobre el Currículo** como objeto social, como categoría compleja en tanto expresa el equilibrio de intereses y fuerzas puestas a disposición de un sistema educativo en un momento determinado, que va más allá de los planes de estudio o propuesta escrita de formación, que no es indiferente al contexto donde se desarrolla, que tiene un significado real como resultado del encuadre político y administrativo, el reparto de decisiones, la planificación y diseño, la traducción en materiales, el manejo por parte de los profesores, la evaluación de los resultados, las tareas de aprendizaje que realizan los alumnos, etc.

Desde esta mirada, las teorías sobre el currículo han evolucionado y cambiado y se ha dejado de considerar como algo cerrado, terminado y dogmático, para conceptualizarlo como una herramienta poderosa que permite estimular y orientar las capacidades activas de aprendizaje, determinando de esta manera lo que pasa entre los docentes y los alumnos. Por tanto, el currículo, tal como lo ha sostenido Bernstein no es un instrumento neutro y científico, sino una construcción social que se sostiene en elecciones explícitas o implícitas, conscientes o inconscientes de acuerdo con los valores y creencias de determinados grupos.

El currículo es un espacio social, un campo de producción y creación de significados, que produce sentidos sobre los diversos campos y actividades sociales, en este caso, produce los significados y sentidos de la práctica de la medicina especializada. Como espacio de creación de significados, no sólo reproduce restos de históricas disputas por el predominio de algún saber o tendencia, las representaciones de los diferentes grupos, o los restos de la lucha entre los saberes oficiales y dominantes. Como marco de actuación condiciona a los docentes, no sólo organizando los contenidos, los espacios y tiempos de enseñanza y las formas de enseñarlos, sino también contribuye a enmarcar sus propias formas de pensar.

Se recata la noción de currículo “oculto” o “latente”, como configurador real de la acción, en tanto que el *plan de estudio* visible o un currículo escrito, no siempre constituye una herramienta fundamental del proceso educativo de las residencias médicas analizadas. Fundamentalmente porque este enfoque rescata la idea de que las personas aprenden, además de lo que se les enseñan a través de la instrucción, en virtud de su experiencia diaria en un ambiente organizado pa-

ra tales fines. El currículo es ante todo, una praxis antes que un objeto estático emanado de un modelo coherente de pensar la educación o los aprendizajes necesarios de los alumnos, que no se agota en la parte explícita y que reagrupa en torno a él una serie de subsistemas o prácticas diversas, entre las que se encuentra la práctica pedagógica.

También es un espacio social, un campo de producción y creación de significados, que produce sentidos sobre los diversos campos y actividades sociales. Desde esta perspectiva implica una relación de poder y una práctica que produce identidades sociales, razón por la cual, Foucault hablaba de la relación entre saber y poder. La lucha por el significado es entonces una lucha por la hegemonía, por el predominio, donde el significado es al mismo tiempo objeto y medio, objetivo e instrumento, no existiendo desde este punto de vista neutralidad ni en la práctica ni en la teoría educativa que se utilice.

Los resultados obtenidos a través de los instrumentos aplicados muestran que la mayoría de las residencias, a la fecha de la recolección de la información, no contaban con programas educativos escritos, a lo sumo existen listados temáticos y que lo existente no ha sido del todo apropiado por parte del colectivo de “docentes”, en tanto no han participado de su diseño y de las reflexiones que conducirían a definir las mejores estrategias para aprender y enseñar en las residencias. Paralelamente encontramos una gran ausencia de “perfiles de formación del residente” escritos, así como las “competencias” que se esperan desarrollar en los residentes, evidenciándose la existencia de un modelo curricular implícito, realizado a través de las rutinas de la práctica.

Los datos indican que la ausencia de programas de estudios escritos se agrava con el hecho de que los docentes se reúnen pocas veces para revisar este tema y otros relacionados con el desarrollo curricular, lo que marca una diferencia sustantiva entre los que formulan el programa o lo hicieron en alguna ocasión y quienes intentan llevar a la práctica algunas ideas de “programa” de acuerdo a su mejor entendimiento. Además de la actitud pasiva mostrada con respecto a los aspectos educativos, se evidencia la aceptación jerárquica de los programas ya existentes sin previa discusión y participación reflexiva acerca de los mismos. En general, el programa de estudio “oficial” es formulado ya sea por un “comité de docencia e investigación”, el “jefe de servicio”, el “director de residencias” o el “coordinador de la residencia”, es decir, por uno de los actores institucionales de las residencias, pero nunca es el resultado de una propuesta compartida por el conjunto de los docentes.

Sin embargo, como la información obtenida indica, en las residencias médicas intervienen diferentes actores institucionales con responsabilidades distintas que van desde las instituciones que tienen responsabilidades políticas y económicas en la formación de los residentes, tales como ministerios de salud y hospitales, hasta los diferentes actores que inciden directamente en el desarrollo cu-

ricular y en la construcción del mismo, como son los docentes, en cualquiera de sus niveles de responsabilidad, los comités de docencia, las asociaciones científicas y los colegios médicos donde existen. Lo que no aparece con claridad en los resultados obtenidos, es un nivel de discusión acerca de lo que estos diferentes actores aspiran a conseguir como producto de las residencias, existiendo un aparente consenso acerca de los “intereses” sobre los puntos fundamentales de los procesos de formación de las residencias, la manera como se lleva adelante el enfoque de salud y los rasgos estructurales que acompañan este enfoque, caracterizados fundamentalmente por el biologismo y la curación.

El estudio de los resultados permite concluir que el currículo “oculto” o “latente” prima en las residencias analizadas y se desarrolla a partir de los prototipos de la práctica médica hospitalaria, marcados por un contexto social de crisis cuando se inició el estudio y por un modelo de atención a la salud que ha venido deteriorándose desde la década pasada y que repercutió seriamente en los programas de residencias médicas.

Dada la ausencia de programas curriculares escritos, la información obtenida sugiere que la gran producción de reglamentos referidos a las residencias en las provincias analizadas (leyes, decretos, reglamentos ministeriales y hospitalarios) reemplaza la producción del currículo en cuanto programa escrito y definido, lo que evidencia una cultura normativa y burocrática sobre las necesidades de análisis y producción propiamente pedagógicas.

Otro tema que sin duda repercute en el aprendizaje es el poder jerárquico que se transmite a través de mecanismos de autoridad que imponen un determinado conocimiento y una manera de enfocar los problemas y que se ven reflejados además en los esquemas de planificación individualizados de los programas o listas de temas elegidos de manera unipersonal por el coordinador o jefe de servicio o el instructor de cada residencia, lo que repercute además en la inclusión o exclusión de determinados saberes. Aun cuando no exista una política curricular explícita, en el desarrollo curricular práctico se distribuye el poder y los principios de control que habla Bernstein, en este caso, el qué y quien puede transmitir algo es decisión del jefe de servicios y el docente instructor, quienes cuentan con un operador de instrucciones que es el jefe de residentes.

El currículo como forma de acceso al conocimiento es central y al mismo tiempo estratégico, según autores como Apple, Bernstein y Bourdieu, en tanto permite delimitar claramente las cuestiones de poder, control social, regulación y hegemonía entre los diversos actores relacionados con los aspectos educativos, entre los que se encuentran los programas de formación y los patrones de construcción de un pensamiento hegemónico adquirido a través de la práctica médica.

**Destacamos como segundo eje de conclusiones generales de esta investigación que la práctica educativa dominante en las residencias médicas analizadas es el “saber hacer” y como estrategia domina la imitación y la socialización.**

Como indican los datos obtenidos, la selección del conocimiento en la mayoría de los programas de residencias analizados refleja en gran parte, la subordinación de los conocimientos prácticos a los teóricos, lo cual se establece desde las mismas reglamentaciones de las residencias, las que sostienen que la parte teórica se complementará a través de las herramientas educativas clásicas que históricamente se han utilizado en las residencias médicas tales como los ateneos, conferencias, seminarios bibliográficos, no debiendo pasar del 30% del “tiempo útil”.

El “saber hacer” nace de los conceptos fundamentales, expresados a principios del siglo pasado por el educador J. Dewey y su teoría del “aprender haciendo” y de las recomendaciones que en el campo de la educación médica hiciera Flexner para que “el estudiante se le entrenara haciendo cosas”. En esta filosofía del aprender haciendo se encuentran como elementos dominantes el pragmatismo, el individualismo y la reproducción de una cultura en particular, donde la persona comprende el valor del conocimiento por la utilidad que tiene en la práctica.

La generación de conocimiento científico técnico en el campo de la medicina y de otros campos que le aportan sigue creciendo de manera extraordinaria, constituyendo un verdadero reto para la enseñanza de la medicina en cualquiera de los niveles que se considere analizar, por las implicaciones que tiene fundamentalmente en la salud de los pacientes, por las formas de encarar la atención y por las posibilidades de desarrollar investigaciones que permitan avanzar en el conocimiento de cualquier aspecto teórico y práctico de la medicina.

Los datos obtenidos indican que la selección y organización de los contenidos curriculares de la mayoría de los programas curriculares no se cambian con la regularidad que se espera de cualquier programa de estudio, a pesar de los vertiginosos cambios científicos y tecnológicos que hoy día suceden en la ciencia médica. La selección de los mismos se realiza en función de los “casos presentados en el hospital” y “los problemas de salud-enfermedad”, lo que señala claramente que el conocimiento seleccionado responde básicamente a la demanda inmediata asistencial, más que a una programación clara de aquello que se desea enseñar y formar. La selección de los contenidos actualizados también se afecta por la disponibilidad de bibliotecas actualizadas y con acceso a información localizada por medios cibernéticos.

Desde este marco de análisis, nos interesó identificar si los esquemas curriculares de las residencias médicas se corresponden con los esquemas clásicos de currículos fragmentados o si por el contrario, se buscan formas novedosas para organizar los contenidos y problemas en los que se propone trabajar e investigar, lo que implica de entrada, alcanzar una buena integración entre las distintas especialidades y entre los docentes.

Ni la integración de los conocimientos teóricos y prácticos, ni el desarrollo de esquemas de interdisciplinariedad aparecen claramente formulados en ningun-

nas de las respuestas obtenidas a través de los instrumentos de análisis utilizados. Así, la “interconsulta” aparece como la propuesta mejor asociada a cualquier concepto de “integración del conocimiento” y de “interdisciplinariedad”, aunque sólo es utilizada en la medida en que se necesita otra visión cuando aparece un caso problemático, pero no como práctica de investigación sobre aspectos que requieran de procesos de intercambio de conocimiento desde diferentes disciplinas y especialidades y de profundización a partir de nuevas preguntas y problemas. El “ateneo” es el único espacio pedagógico donde los residentes pueden escuchar reflexiones a partir de diferentes miradas acerca de un mismo problema, aunque no necesariamente en el mismo se construya una visión integrada del problema analizado.

Es por esto que consideramos que el enfoque “flexneriano” seguido durante décadas por la educación médica de pregrado y que ha sido objeto de nuestro análisis en el primer capítulo de este libro, también se encuentra presente en los enfoques curriculares de las residencias médicas, tanto por el enfoque del conocimiento hacia las ciencias biológicas, el privilegio de la atención médica individual, la organización minuciosa de asistencia médica en cada especialidad, la ciencia inductiva y la “departamentalización”, lo que en este caso correspondería a la división marcada de la enseñanza de las especialidades por compartimentos que actúan con poca conexión entre ellas. Sin embargo, cabe destacar que aun cuando este enfoque predomina, el mismo se ha empobrecido en las residencias médicas estudiadas, especialmente en los aspectos de calidad educativa que destacaba Flexner.

Si bien el paciente constituye el eje de preocupación, los datos indican que no existe mayor interés por el desarrollo de un trabajo de equipo, en función de los nuevos conocimientos que entre todos pudieran generar y por las estrategias de aprendizaje de carácter interdisciplinario que se deberían colocar como prioridad para los residentes en formación. Se observa entonces una especie de “territorialización” del conocimiento, donde cada especialización delimita su parcela, pone sus condiciones y se vuelven muy desconfiados ante aquellos que no pertenecen a esa especialidad.

Uno de los problemas clásicos que viene enfrentando la medicina desde hace mucho tiempo es que ha caído en la superespecialización, a base de dividir y subdividir las áreas de conocimiento y de práctica, lo que ha facilitado que cobren autonomía e independencia determinadas parcelas o temáticas muy específicas, repercutiendo en cierta medida, en las posibilidades reales de alcanzar una visión de integralidad sobre la salud del ser humano y de la práctica médica, y obstaculizando posibles búsquedas de trabajo interdisciplinario.

La complejidad del mundo científico tecnológico y de las relaciones económicas-sociales obliga a desentrañar los problemas con múltiples lentes. De ahí que algunos piensen que es un problema teórico-práctico, o de integrar otros co-

nocimientos además de los propiamente médicos o de integrar alguna dosis de humanismo.

La integración es un tema complejo, que requiere de esfuerzos teóricos importantes y de una actitud abierta a otros puntos de vista; requiere de disponibilidad de algún tiempo prudente para realizar de manera colectiva interrogantes acerca de los límites de la visión individual de la profesión médica y de una determinada especialidad y también requiere de una filosofía educativa que ofrezca prioridad en tiempo y espacio para reorganizar y reagrupar los ámbitos del saber que faciliten resaltar la relevancia y significatividad de los problemas a detectar, investigar, intervenir y solucionar. No hay que olvidar lo planteado por Bunge<sup>315</sup> sobre “cuanto más familiarizado esté una persona con determinada teoría y su correspondiente modo de pensar, tanto más difícil le será adoptar una teoría rival que implique una manera de pensar diferente. En general, la posesión de conocimientos da alas en un aspecto y las recorta en otro”.

El modelo educativo de las residencias médicas, se organiza con un esquema similar al modelo educativo del pregrado en cuanto a las formas de acceso al conocimiento, tanto por la transmisión del saber o del aprender y las formas de organización del propio conocimiento con herramientas. La diferencia entre ambos niveles educativos de pre y post grado, está en que, el primero se orienta sobre una base teórica mayor, mientras el segundo, en el caso de las residencias médicas, el eje del aprendizaje está más orientado hacia la práctica dentro de un servicio determinado.

De acuerdo a los datos obtenidos, la práctica de la enseñanza resulta ser una práctica poco creativa, en el sentido de que se enseña “tal cual como aprendieron cuando fueron residentes”, con las mismas herramientas didácticas, lo que puede interpretarse como la necesidad de los médicos especialistas de reproducirse a sí mismos o al sector que pertenecen, y contribuir de esta manera a legitimar las instituciones, a través del mantenimiento de las jerarquías establecidas y los comportamientos tradicionalmente aceptados como guía de trabajo.

Las culturas de la enseñanza comprenden creencias, valores, hábitos y formas de llevar adelante los procesos educacionales, transmitiendo a sus nuevos copartícipes, las soluciones históricamente generadas. Los datos obtenidos indican que la cultura de la enseñanza de las residencias médicas se caracteriza por *formas* individualistas, en tanto la relación de aprendizaje está sustentada sobre la base de la relación docente-residente, es decir, el docente enseña la mayor parte del tiempo solo, sin mayor contacto y discusión con otros docentes que puedan enriquecer la actividad educativa.

Este tipo de práctica educativa refleja además, una manera de enfocar el currículo, donde es probable que los profesores no puedan trabajar juntos la prác-

<sup>315</sup> Bunge M. Intuición y razón. Madrid: Tecnos; 1986. p. 117-118.

tica de la enseñanza porque no comparten enfoques similares sobre los diferentes componentes que integran el currículo, entre ellos el proceso educativo y se limitan a enseñar tal como les enseñaron a ellos, lo que en definitiva restringe las oportunidades de los profesores de aprender unos de otros y de generar con creatividad nuevas prácticas de enseñanza y de aprendizaje.

El aprendizaje por “imitación”, a través de la “observación de los mecanismos de intervención”, constituye la herramienta principal en los procesos de aprendizaje de las residencias médicas, donde el “diálogo” y “acompañamiento” han sido señalados como las herramientas básicas utilizadas. En este sentido, se mantiene el modelo de enseñanza de las residencias médicas como estructura de socialización que reproduce una forma de encarar la práctica y se mantienen algunas de las modalidades pedagógicas con las que inicialmente se diseñaron las residencias tales como los ateneos, pases de sala, la discusión de casos, revisión bibliográfica, aunque la mayoría de los docentes-instructores no especificó una secuencia metodológica y pedagógica sobre como llevan adelante cada una de ellas y menos de la mitad señaló como prioritaria la búsqueda y revisión bibliográfica.

En cualquier estudio de postgrado, la investigación constituye un eje fundamental del proceso de aprendizaje. No es el caso de la mayoría de las residencias médicas estudiadas, donde se encontró que las opiniones de los docentes/ instructores respecto del tipo de investigación que realizan con los residentes son variadas, por la utilización de distintas “modalidades” de investigación, las cuales no pudieron ser descritas por la mayoría, evidenciando lagunas de conocimiento importantes en el manejo de la investigación científica.

La información obtenida nos permite concluir que las modalidades educativas llevadas a lo largo del desarrollo curricular son las mismas que desde el inicio de las residencias se han empleado; sin embargo, el proceso de enseñanza y aprendizaje se ha deteriorado en los últimos años, producto entre otros factores, de la demanda de atención que tienen los hospitales públicos y por la asignación de mayor responsabilidad laboral atribuida a los residentes durante las jornadas de práctica-estudio establecidas en las residencias.

También es concluyente la disminución de los procesos de supervisión, siendo ésta la otra herramienta sobre la que descansa el proceso educativo, la cual se asocia en gran parte a la ausencia del docente —a pesar de la aparición en muchas residencias de la figura del “instructor”— lo que repercute en la disminución del acompañamiento tutorial en estos procesos. También se observó el escaso desarrollo de la investigación científica dirigida, la información bibliográfica centrada y dependiente de lo que busque el alumno, así como la disminución de los espacios de “docencia”. Cabe destacar que una gran parte de los entrevistados se refirieron al deterioro de la enseñanza en la actualidad. Recordamos a autores como Novak, Gowin y Moreira quienes asocian el aprendizaje significativo a la relación de compartir significados entre docentes y alumnos.

Sostenemos que la ausencia del docente en las residencias podría estar asociada a la falta de incentivos económicos y los bajos salarios percibidos en los hospitales, y por otro lado, la carencia de un proyecto que trascienda la simple formación de médicos especialistas para el mercado laboral imperante, es decir, la carencia de un proyecto curricular diseñado para fortalecer un nuevo enfoque de salud, que contribuya a modificar la estructura de una práctica hospitalaria con las características que ya hemos señalado.

Los entrevistados describieron las residencias como un modelo asistencialista, tradicionalista, caracterizado por la organización acumulativa, por gradualidad entre los residentes de los distintos niveles, cuya enseñanza es esencialmente práctica, sobre la base de lo observado y a partir del diagnóstico y el tratamiento realizados por los residentes para cada uno de ellos.

El aprender sobre la base de la “repetición” implica diseñar otras alternativas de aprendizaje que acompañen dicha repetición, tales como la reflexión y sistematización de cada caso y de los casos similares, la investigación epidemiológica y la búsqueda de referencias teóricas y epistemológicas sobre los mismos, así como el planteamiento de preguntas o problemas no resueltos, las propias lagunas de conocimientos que tengan los residentes, la definición de posibles tratamientos a seguir hasta la definición de investigaciones de mayor alcance. Si esta práctica se obvia, el profesional puede perder, como dice Schön, importantes oportunidades para pensar lo que está haciendo.

El modelo educativo de las residencias está fundamentado en la práctica, entendida como el aprendizaje que se realiza a partir de la observación, es decir, de mirar lo que otro hace y de la experimentación posterior, al principio acompañados, y poco después solos. Pero este “acompañamiento”, “corrección” u “orientación” no presenta una metodología clara y el patrón de conducta identificado es aquel que se realiza de manera vertical, con sensación de autoritarismo. De igual manera, para la “observación participante” del residente no se presenta alguna metodología específica u orientación establecida por parte de los instructores docentes.

La información obtenida indica que la misión y función educativa de los docentes/instructores y jefes de residencias está ligada a un modelo educativo basado en la autoridad del docente, y apoyados en una concepción curricular que emplea pautas tradicionales y poco reflexivas para organizar sus tareas.

El currículo, entendido como una praxis significa que muchos tipos de acciones del propio contexto hospitalario, con las características y problemas particulares intervienen en su configuración. Pero estas características y problemas, así como las formas de enseñar y de aprender no son tomadas como puntos de reflexión crítica para acordar otras dimensiones educativas y nuevas formas de aprendizaje, lo que da como resultado que se perpetúen formas clásicas y se continúe con las mismas conductas que definen la práctica médica hospitalaria que presenta determinadas características de comportamiento dentro del hospital

público. Es mediante *rutinas de trabajo* que se forma el *habitus* y de esta manera se interiorizan los principios de una cultura médica que es hegemónica en su forma de entender una práctica en procesos sociales cambiantes que demandan ajustes y reconversiones tanto en las prácticas individuales como en la misión social y la calidad de la atención que ofrecen los hospitales.

Retomamos las observaciones de Carretero cuando dice que la formación de un profesional no se logra con una mera acumulación de experiencia y que ésta no es la madre de la ciencia, que es necesario considerar otros mecanismos e instrumentos para desarrollar las habilidades profesionales que logren una revisión continua de las prácticas.

Las residencias médicas están orientadas hacia el aprendizaje de técnicas y herramientas de curación, hacia la preparación del residente para ejercer un trabajo especializado determinado y no a la preparación de un médico especialista, que además de ejercer un trabajo técnico tenga mayor capacidad para generar conocimiento, orientado hacia la investigación permanente, con sentido de responsabilidad humanista y como profesional reflexivo que pueda ser capaz de contribuir a la transformación de una práctica o modelo de atención.

**El currículo en el contexto del hospital**, ha resultado un eje de análisis especial y determinante para comprender tanto las decisiones globales políticas, sociales, económicas y técnicas más importantes para la prescripción o configuración de las prácticas de las residencias médicas en los hospitales, cuanto por las decisiones particulares de los actores que intervienen en las prácticas de selección, organización, distribución y transmisión del conocimiento, así como las posibilidades reales y restricciones de poder llevar a la práctica una forma particular de concebir el desarrollo curricular.

**La tercera conclusión general que se destaca es que la racionalidad burocrática del hospital se impone en los residentes como modelo de servicio focalizado esencialmente en la curación y rehabilitación y como modelo de aprendizaje de una práctica profesional.**

El hospital ha sido considerado el centro por excelencia para la enseñanza de las especialidades médicas. Los procesos educativos en ellos llevan impresos la propia dinámica de organización hospitalaria que tienen sus propias exigencias y ritmos, en el que aparece lo político- ideológico. De esta manera, las acciones educativas se desarrollan en contextos limitados por características y problemas particulares a la racionalidad administrativa hospitalaria, entre los que se destacan: el modelo rutinario, burocrático y de estructura personalizada; el deterioro de su estructura y la deficiencia de insumos de trabajo; la ineficiencia de la gestión; la centralización administrativa; las nuevas relaciones laborales en la que se destaca la flexibilidad de los horarios de trabajo; la inexistencia de un régimen adecuado de incentivos; la carencia de un sistema de información apropiado para la toma de decisiones y el control de la gestión.

Desde hace unos años, la gran mayoría de los hospitales de la Argentina están enfrentando una severa crisis financiera que ha ocasionado un mayor empobrecimiento y deterioro de sus estructuras y equipamiento y un creciente incremento en los costos de la atención médica. Esta crisis también ha repercutido en la docencia, en parte por la ausencia de incentivos a instructores y docentes, la flexibilidad laboral a la cual están sometidos los especialistas, la mayor demanda de atención que tienen los hospitales y el incremento de responsabilidades en dicha atención que tienen los residentes, lo cual le resta espacio y tiempo de estudio.

Para comprender el desarrollo curricular, se hizo necesario revisar algunos de los atenuantes que en estos momentos enfrentan los hospitales y los docentes/instructores para llevar adelante el currículo implícito o no y cuáles son las herramientas más utilizadas para dar cabida a una práctica de aprendizaje.

Como parte de la situación de crisis social y del sector salud en particular, la información obtenida muestra que en los actuales momentos se les otorga mayor responsabilidad a los residentes en sus labores, con una apertura de su práctica hacia la parte ambulatoria de la atención médica, como si fueran verdaderamente “personal de planta fija”. Pero la mayor dificultad para el desarrollo curricular de la residencia hoy día es el peso o carga asistencial que tienen los residentes, entre las que se incluyen actividades burocráticas. De esta manera, la actividad formativa académica es postergada por razones del servicio y se constituye un círculo vicioso en detrimento de los espacios de formación.

De esta manera, la visión de la medicina especializada que se le ofrece al residente está altamente comprometida con un enfoque de medicina asistencialista cuya función es resolver la patología frecuente, descansando el conocimiento ofrecido en la enfermedad y la curación y en un proceso de socialización hospitalaria a través de la cual se interioriza una forma de apreciar la realidad social y una forma homogénea de atención adquirida a través de un acoplamiento de las prácticas a las desarrolladas por el grupo de mayor estabilidad institucional.

En la mayoría de las residencias estudiadas encontramos currículos no explícitos en cuanto a las metas educativas y el perfil educativo que se pretende alcanzar, de manera que los valores que no llegan a explicitarse de manera intencional, se adquieren mediante la participación en acciones en la práctica, a través de todas las interacciones que se suceden en los espacios de atención de la enfermedad.

De la misma manera como muchos currículos de medicina del pregrado evidencian la desarticulación entre las disciplinas básicas, clínicas y las ciencias sociales, también en el desarrollo curricular de las residencias se hace difícil alcanzar una visión integral del paciente, en tanto las especialidades y residencias en cada una de ellas actúan en paralelo y sólo se establece algún contacto a través de las “inter-consultas”, a partir de casos complejos, y en los “ateneos”, cuando el caso lo amerita.

La alta complejidad técnica y el paciente como unidad biológica aparecen como dos rasgos muy presentes en el enfoque de las residencias, lo que termina de afianzar y perpetuar el modelo de pensamiento que los residentes ya traían del pregrado, fundamentado en lo biológico clínico, lo individual y lo curativo. La calidad de vida y la promoción de la salud como concepto que remite a otras miradas y tipos de intervención, no está presente en la mayoría de los enfoques curriculares.

Luego de 25 años de Alma Ata, el concepto de atención primaria en salud, que no remite exclusivamente al nivel primario de atención, no es rescatado en el ejercicio hospitalario y muestra serias señales de rechazo, tanto a nivel conceptual como de trazar alianzas estratégicas en el intercambio de residentes en distintos niveles de la red del sistema de salud.

En las condiciones actuales de los hospitales cuyas residencias fueron analizadas, más de la mitad de los docentes instructores señalaron las dificultades y la falta de interés del hospital para llevar adelante las actividades de formación, lo que permite suponer que las residencias médicas no constituyen un proyecto "educativo" que haya sido apropiado por todo el colectivo de los hospitales y más bien es llevado adelante por aquellos que manifiestan alguna vocación docente. Entre las dificultades encontradas en los datos recopilados, aparecen las ya clásicas carencias de insumos variados y especialmente aquellas relacionadas con el objeto de la formación, es decir el acceso a la información científica actualizada.

A través de los resultados se confirma que la formación de especialistas está directamente relacionada fundamentalmente con los intereses administrativos de los hospitales para llenar huecos en la atención y se corresponde con un modelo de servicios de salud instalado en el país desde hace muchos años, basado en la atención hospitalaria y la alta complejidad. Tampoco hay que olvidar que la Argentina viene formando alrededor de 3890 médicos por año en los últimos diez años, los cuales exigen entrar a una residencia médica porque el modelo de sistema de salud y por tanto, el mercado de trabajo así se lo demanda.

Los hospitales son el espejo activo de la enseñanza de la especialidad médica y constituyen la imagen por excelencia del Estado en cuanto a su compromiso con la formación de las futuras generaciones. Además de la inversión millonaria -sobre la cual nos hemos referido en el capítulo sobre Residencias Médicas- que realizan los Ministerios de Salud nacional y provinciales cada año para el pago de cargos de residentes, es en los hospitales donde se les brinda a estas nuevas generaciones un modelo de servicio, las reglas de juego de un modelo de atención, los valores de la medicina y la salud y también un enfoque de aprendizaje que en definitiva, no parece estar a la par de los nuevos adelantos que en materia educativa se vienen desarrollando en otros contextos educativos.

Si bien las normativas parecieran estar al día en las provincias correspondientes donde se realizó este estudio, en relación a las responsabilidades de los

diferentes actores que intervienen en las residencias médicas, incluidos los residentes, en la práctica se observan diferencias en cuanto al cumplimiento de las mismas, especialmente en lo que tiene que ver con la falta de acompañamiento docente, las horas de estudio que tendría que dedicar el residente y la carencia de un currículo actualizado, construido por todos los docentes que intervienen en el proceso educativo en cualquiera de sus niveles de responsabilidad.

Así, los datos obtenidos han permitido identificar los currículos actuales de las residencias estudiadas como planes de actividades, diseñado en base de necesidades circunstanciales, no siempre bien organizadas y casi siempre improvisados sobre la marcha del trabajo hospitalario. A estos planes o listas de actividades se le agrega además, la ausencia de un esquema integrador de conocimientos “médicos”; la ausencia de una puesta en común sobre el currículo; y, las “tareas” no incluidas en el desarrollo curricular que tienen que realizar los residentes, producto de la propia situación hospitalaria y que no parecen reflejadas como parte de su aprendizaje.

En definitiva, en los hospitales estudiados se observa la ausencia de análisis sobre el problema formativo, sobre los asuntos teóricos y epistemológicos del campo educativo en general, en el que se incluyen el currículo, su teoría, su práctica, la complejidad de los mismos, la dimensión filosófica y metodológica, así como las nuevas modalidades que desde el campo de la educación se proponen para generar una propuesta diferente de enseñar y aprender.

Como parte de esta ausencia, también se pudo observar la carencia de programas de formación y apoyo específico para fortalecer la profesionalización de los especialistas docentes en su rol de formadores de residentes. Tanto la administración hospitalaria como los propios docentes no están conscientes de las necesidades de ampliar el espectro de conocimientos sobre temas particulares del campo de la educación.

Dentro de los elementos del currículo están los aspectos macros como los propósitos, intenciones, intereses, fines, necesidades; en decir, las definiciones y valorizaciones del proyecto educativo en el contexto en que se desarrollan para cumplir determinada misión social. Este marco general no aparece claramente expresado en la documentación revisada; tampoco los comentarios de los entrevistados traducen esta necesidad por parte de los actores que intervienen en el proceso educativo.

Con las variables de análisis utilizadas en esta investigación y los resultados obtenidos con los dos instrumentos aplicados y la documentación disponible, podemos corroborar las hipótesis presentadas en el protocolo de investigación. Un resultado adicional se refiere al **“desconocimiento y falta de interés en el tema curricular y pedagógico por parte de los médicos especialistas que cumplen funciones docentes”**. Entendemos que esta falta de interés pudiera estar asociada a una sobrecarga laboral que no es remunerada y a una exigencia intelectual

de pensar la especialización desde el plano curricular y de la enseñanza y el aprendizaje. La actividad del docente se ve afectada por la rutina de sus actividades y como bien ha señalado Gómez Pérez, la práctica interactiva le exige un esfuerzo constante de comprensión, de creación, de producción y contrastación de alternativas, un reto permanente a la capacidad de innovar y reconstruir. Cuando las exigencias no acompañan esta necesidad, el docente se inclina a reproducir las estrategias que alguna vez utilizó.

En ese sentido, creemos que existe una aceptación de las prácticas educativas que realizan los hospitales y una visión compartida o simplemente aceptada como tradición sobre cómo se aprende y se enseña en el contexto hospitalario, establecidas desde los inicios de las residencias, que no requieren o generan en los docentes necesidades de reunirse para realizar alguna revisión y experimentación educativa diferente.



## ■ CAPÍTULO 9

# Recomendaciones

### **9.1. Algunas ideas para comenzar a cambiar la práctica educativa de las residencias médicas**

Desde cualquier práctica profesional, es importante mejorar la profesión por la misión social que cumple, especialmente si se trata de una profesión cuya misión está relacionada con la salud de las personas. También es necesario mejorar los servicios de atención e incorporar nuevos paradigmas que sirvan a las nuevas generaciones para mantener una calidad de vida. Es en este sentido que la Educación Médica, en este caso, los postgrados más extendidos como son las residencias médicas, debería ocuparse más y mejor por este espacio formativo, ya que no sólo constituye un programa pedagógico, sino de lo que la profesión médica va a ser de aquí en adelante. Mejorar la salud, la profesión y los servicios afecta el crecimiento de la propia profesión.

Los distintos movimientos de reforma en el sector de la Salud, además de las jornadas, seminarios y consultas que periódicamente suceden en el país muestran que existe una real problemática y preocupación en el tema de las residencias médicas. A esto se le agrega por un lado, la cantidad de inversión de recursos colocada cada año para este tipo de formación y por otro, la selección que hiciera la Mesa del Diálogo en Salud –establecida por el Ministerio de Salud de Nación en el año 2002– en el campo de los recursos humanos en salud para focalizar la misma hacia el tema de residencias médicas, como tema principal de dicha mesa.

Dada la necesidad de enfrentar algunos cambios, especialmente los que se derivan de los aspectos curriculares y educativos como producto de esta investigación, proponemos algunas recomendaciones que seguramente resultarán útiles para las residencias estudiadas y también en general para otras que se encuentren en proceso de reflexión y cambio:

### **1. Definir y escribir el currículo:**

Es necesario contar con un currículo escrito, como regla básica de lo que se quiere alcanzar en el proceso educativo, como marco de actuación en el que el grupo de especialistas médicos se pone de acuerdo sobre las cuestiones básicas y fundamentales tales como:

- Los perfiles profesionales de los futuros especialistas que requiere el país, tomando en consideración la situación de salud requerida por la población, la situación de la especialidad en el país, el número de especialistas formados y su distribución geográfica.
- Las competencias que deben tener los futuros médicos especialistas en función de las necesidades y la complejidad del sistema de salud del país.
- Los nuevos paradigmas de la educación médica y los nuevos diseños curriculares (enseñanza basada en problemas estructurados, modular o por ejes de conocimiento, por ejemplo).
- Los contenidos fundamentales,
- Las modalidades de trabajo educativo que se necesitan desarrollar. Es importante redefinir el enfoque educacional con que se trabajará, como se piensa que se enseña y se aprende mejor, qué dinámica tendría el nuevo proceso educativo.
- La investigación como eje de aprendizaje y espacio de transformación curricular permanente.
- La investigación epidemiológica, los compromisos sociales de la medicina y la Salud Pública y la reflexión sobre la ética.
- La filosofía, práctica y modalidades de trabajo para la integración de los conocimientos.
- Los compromisos institucionales necesarios para llevar adelante dicha tarea educativa y acompañar los diferentes procesos.
- El acceso a nuevos conocimientos.
- Los problemas de los docentes, su perfeccionamiento e incentivos necesarios.
- La evaluación de docentes y alumnos y del proceso educativo.
- El Financiamiento.

Autores como Alicia del Alba, Bernstein, Da Silva, Gimeno Sacristán, Apple, han sostenido que el currículo constituye una propuesta político educativa ya que se encuentran articulados a él los proyectos político-sociales sostenidos por los diversos grupos que impulsan o determinan el contenido del mismo.

Esta propuesta curricular parte de un marco de definiciones básicas que permiten modelaciones particularizadas a medida que se realiza en contextos educativos concretos, obligando a todos los que tienen alguna responsabilidad en la

decisión y en la realización del proyecto a participar activamente, constituyendo de esa manera un factor potencial de renovación pedagógica, un instrumento de formación de profesores y un determinante de la calidad de la educación.

En el mundo de las realidades complejas e indeterminadas, sostienen Morin<sup>316</sup>, la coherencia absoluta es un delirio, lo que quiere decir con esto que no podemos pretender regular la acción educativa de manera estricta y total, aunque si acordar determinados principios de racionalización que sirvan de fundamentos ordenadores. Lo importante es reconocer lo que este autor señala en cuanto a que “las ciencias nos han hecho adquirir muchas certezas, pero de la misma manera nos han revelado, en el siglo XX, innumerables campos de incertidumbre. La educación debería comprender la enseñanza de las incertidumbres que han aparecido en las ciencias físicas (microfísica, termodinámica, cosmología), en las ciencias de la evolución biológica y en las ciencias históricas”.<sup>317</sup>

Es en este sentido que creemos que el currículo, como propuesta que determina lo que pasa en los espacios de comunicación pedagógica entre profesores y alumnos, podría constituir una herramienta potente para la transformación de la enseñanza y un instrumento inmediato, porque es una fecunda guía para el profesor y también para el alumno.

El currículo, tal como lo presenta Stenhouse debe ser entendido como una propuesta tentativa para comunicar los elementos y rasgos esenciales de un propósito educativo para ser sometidos a consideración y abierto a la discusión crítica y pueda ser llevado efectivamente a la práctica. Desde este punto de vista, la política curricular debe partir de un marco de definiciones básicas, que permitan modelaciones particularizadas a medida que se realiza en contextos educativos concretos, obligando a todos los que tienen alguna responsabilidad en la decisión y en la realización del proyecto a participar activamente, constituyendo de esa manera un factor potencial de renovación pedagógica, un instrumento de formación de profesores y un determinante de la calidad de la educación.

## **2. Construir el currículo en equipo:**

El currículo tiene que ser definido partiendo de la base del trabajo, de la práctica educativa y del diálogo entre los docentes sobre los problemas y tareas hasta que comiencen a desarrollar una “nueva tradición” curricular que sea una respuesta a los mismos y a la nueva filosofía de trabajo educativo que se desea encarar.

Una buena propuesta de desarrollo curricular será siempre el resultado de aproximaciones sucesivas, de aprobaciones y rechazos parciales, que requiere necesariamente de un proceso de reflexión en acción, de un diálogo permanen-

<sup>316</sup> Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1994.

<sup>317</sup> Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Buenos Aires: Nueva Visión; 2001.

te y por tanto, de un espacio dedicado a estos fines, y lo que en definitiva significará construir un modo de trabajo particular para llevar adelante los procesos educativos.

La enseñanza, a partir de la “práctica” debería enfocar el *aprender a aprender* mediante la aplicación de distintas herramientas pedagógicas que reconstruyan el problema para identificar la mejor solución posible.

La práctica constituye una forma de interacción, cuyo objeto de acción es la realidad que se quiere transformar, a través de acciones que tiendan a generar o reconstruir de forma reflexiva, lo que supone un proceso de construir socialmente un significado de las cosas. Por eso, las implicaciones que el interés práctico tiene respecto del currículo no es del tipo medio-fin, en el que el resultado se produce mediante la acción del profesor sobre un grupo de alumnos, sino que se considera como un proceso en el que el alumno y el profesor interactúan.

La *reflexión* será entonces una herramienta importante en la medida en que se reflexione lo observado en la práctica y se profundice la identificación de los problemas con las teorías relativas a los mismos.

Establecer una *práctica reflexiva* implica analizarla como un medio útil para que los alumnos y docentes se enfrente con lo único, lo imprevisto, lo incierto, los conflictos de valor y las condiciones indeterminadas de la práctica cotidiana para lo que no existen respuestas en los libros y se puedan crear los medios para estimular un ambiente que permita desarrollar la capacidad de observarse a sí mismos, emprender un diálogo crítico con todo lo que piensan y hagan, es decir, reflexionen en la acción a medida que la desarrollen.<sup>318</sup>

De igual manera, la realización consciente de una práctica reflexiva permite a los docentes aprender de su práctica y reforzarla, con nuevos estímulos para el aprendizaje, la investigación y la direccionalidad de la práctica de enseñanza. Esta práctica reflexiva permite descubrir por el propio docente su actuación con respecto a su rol docente, para lo que tendrá que hacerse preguntas abiertas relacionadas con lo que hace, cómo lo hace, para qué lo hace, cuáles son sus mejores resultados, qué tendría que cambiar para obtener mejores resultados, cómo incorporar nuevas herramientas didácticas, cómo entender mejor el aprendizaje de los alumnos, etc.

Un cambio en el paradigma educativo hacia la *práctica reflexiva* implica además cambiar la cultura educativa en tanto implica: escuchar atentamente, respetar el punto de vista del otro, aceptar la conciencia crítica, aceptar las propias incertidumbres relacionadas con el saber y práctica, entender las reivindicaciones de los alumnos e iniciar una nueva práctica educativa basada en la pregunta, la participación del alumno, la reflexión sobre la práctica realizada en la acción y so-

<sup>318</sup> Brockbank A, McGill I. Aprendizaje reflexivo. Madrid: Morata. 2002.

bre la acción, que permitan entre otras cosas, reforzar las oportunidades de aprendizaje significativo de los alumnos.

Con un modelo de esta naturaleza se estaría superando el paternalismo educativo y la lógica vertical con la que se siguen desarrollando las residencias médicas, recurriendo al criterio de la indagación crítica que le ofrecerá una oportunidad diferente tanto a alumnos como docentes para profundizar sobre la propia práctica de los servicios y los nuevos avances científicos y técnicos. Pero está claro que los avances sobre las nuevas teorías curriculares no llegan tan fácilmente a las instituciones de servicios de salud como los hospitales y no será posible dar el salto hacia un nuevo modelo si no se tiene una disponibilidad, apertura y vinculación especial con éstas nuevas teorías, grupos o instituciones educativas que trabajen con estos modelos alternativos.

La variedad de mecanismos puede ser mucho más amplia de la expresada; de lo que se trata en todo caso es de generar estrategias que permitan a los residentes:

- Procesar la información sobre lo observado en la práctica,
- Pensar y resolver problemas de manera autoregulada,
- Generar una actitud de aprendizaje permanente,
- Generar nuevas ideas y ayudar a los residentes a convertirse en profesionales estudiosos impulsados por metas que se planifican,
- Generar mecanismos de autoevaluación permanente y aplicación de estrategias que le permitan superar las dudas y los obstáculos.
- Generar mecanismos de aprender a aprender.

Estas estrategias implican dejar de considerar la enseñanza como un proceso de adaptación o acomodación de la mente a las estructuras del conocimiento, lo que supone un cambio en el concepto de aprendizaje, como la producción activa del significado y no como la reproducción pasiva del mismo. En este sentido, la idea de enseñanza ya no se estructura para personas adultas y profesionales como una actividad orientada a controlar sino como actividad que aspira a facilitar un proceso dialéctico indeterminado entre las estructuras públicas de conocimiento y las subjetividades individuales, centrándose más en el proceso que en el producto y estaría dirigido a activar, comprometer, desafiar y extender las capacidades naturales de la mente humana.

Con este enfoque de la enseñanza, el profesor tendrá que incorporar a la discusión cuestiones controvertidas, resaltar las divergencias y puntos todavía no resueltos, dejar de usar la autoridad para imponer sus criterios, instalar el diálogo como herramienta central de la enseñanza, convirtiéndose en moderador de este diálogo, y responsabilizarse por la calidad del proceso educativo y el nivel de aprendizaje.

### 3. La revisión permanente del currículo

El currículo<sup>319</sup> no es un cuerpo estático de contenidos predeterminados que se reproducen a través del proceso pedagógico. Consiste en la selección y organización de contenidos en el seno de un proceso pedagógico dinámico y reflexivo, evolucionando y desarrollándose constantemente y la pedagogía adopta la forma de un proceso experimental de investigación curricular, que demanda el desarrollo de capacidades reflexivas de los docentes, quienes de manera permanente tienen que proponer alternativas novedosas y evaluar su eficacia.

Los docentes deben modificar su práctica como docentes a la luz de su propia reflexión, lo que significa tener una actitud abierta a la preparación constante para dar respuestas a los temas que conciernen a los procesos educacionales. Es a través de la práctica reflexiva de la enseñanza que se produce el desarrollo de los programas curriculares, que serán siempre conjuntos de hipótesis de acción que se comprueban y reestructuran en la práctica de enseñanza.

Este modelo de cambio permanente y de perfeccionamiento del docente se inscribe en un modelo curricular como *proceso*, el cual permite adecuar la enseñanza/ aprendizaje al ritmo y peculiaridades de cada alumno y donde *la duda y la pregunta* constituyen dos elementos permanentes que conlleven a un planteamiento curricular basado en la investigación y la profundización de los conocimientos.

En muchos espacios educativos se inicia el proceso de revisión curricular a partir de la *auto-evaluación*, la que bien definida ofrecerá información no sólo de los problemas puntuales que observan todos los docentes, sino también de los cambios que se requieren en los diversos componentes del diseño curricular. En otras palabras, pareciera ser importante considerar la auto-evaluación como un proceso para identificar, obtener y proporcionar información útil que sirva de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados.

Existen diversas metodologías e instrumentos de auto-evaluación que han sido publicados. Existen además instrumentos de auto evaluación de carreras de Medicina en muchas universidades de países desarrollados y en vías de desarrollo, que han sido aplicadas y validadas y que pueden servir de ejemplo para iniciar la discusión y construir un instrumento propio y adaptado a la formación de especialistas. También existen los estándares globales de la *World Federation Medical Education* para la mejoría de calidad de la educación médica de postgrado que pueden tomarse en cuenta y que cubren otros aspectos importantes a considerar en estos proyectos educativos de postgrados.

<sup>319</sup> Elliot J. El cambio educativo desde la investigación-acción. Madrid: Morata; 1996

#### **4. Definir espacios interdisciplinarios:**

Los resultados de la investigación han mostrado que el trabajo “interdisciplinar” en la mayoría de los procesos educativos de las residencias médicas, queda reducido a intercambios requeridos a través de la modalidad de “interconsulta”, reducida muchas veces a la opinión diagnóstica y terapéutica y no a una auténtica integración de conceptos, metodologías y modelos.

En la actualidad, el llamado a la búsqueda de la interdisciplinariedad y las prácticas educativas integradas tienen como fundamento la internacionalización y globalización de la vida económica y social, el desarrollo de la ciencia y la tecnología, los mercados de trabajo y las propias políticas de desarrollo de recursos humanos en salud.

Ya hemos dicho en capítulos anteriores que la interdisciplinariedad es según Jurjo Torres<sup>320</sup> un proceso y una filosofía de trabajo que se pone en acción a la hora de enfrentarse a los problemas y cuestiones que preocupan en cada sociedad y está asociada a los rasgos de la personalidad de las personas que deben enfrentar estos procesos, tales como la flexibilidad, la confianza, paciencia, intuición, pensamiento divergente, capacidad de adaptación, sensibilidad hacia las demás personas, aceptación de riesgos, aprender a moverse en la diversidad, aceptar nuevos roles, etc.

La elaboración de proyectos curriculares, sea cual fuese su direccionalidad, implica un proceso largo y costoso. Una nueva concepción curricular, que busque la integración de los conocimientos en áreas de gran complejidad y de prácticas profesionales hegemónicas como es el caso de la enseñanza de la medicina en cualquiera de sus niveles de pre o postgrado, implicaría redefinir una metodología lo suficientemente creativa y estrategias de comunicación y organización de un proyecto a mediano y largo plazo que facilite la construcción interdisciplinar.

Las propuestas prácticas de integración del currículo pueden clasificarse en cuatro formas:

- Integración correlacionando diversas disciplinas (o especialidades).
- Integración a través de temas, tópicos o ideas.
- Integración en torno a una cuestión de la vida práctica y diaria (casos problemas por ejemplo).
- Integración desde los temas o investigaciones que deciden los residentes.

A esta clasificación se le puede añadir otras formas como:

- Integración a través de conceptos.
- Integración en torno a períodos históricos o espacios geográficos.
- Integración sobre la base de instituciones y colectivos humanos.

<sup>320</sup> Jurjo T. 1994. Op. cit. p. 67.

- Integración en torno a descubrimientos e inventos.
- Integración mediante áreas de conocimiento.

Tanto en la tradición de Stenhouse como la de Bruner, la elaboración de un proyecto curricular se refiere a “planes de trabajo realizados por colectivos profesionales integrados por docentes y especialistas de diferentes disciplinas que se plasman en materiales curriculares variados, en diversos formatos y de calidad, destinados al alumnado y con orientaciones para los docentes. La construcción del proyecto va acompañado de numerosos seminarios de reflexión y coordinación en los que se deciden la filosofía y las líneas de fondo de la propuesta”.<sup>321</sup>

Los cinco principios de procedimientos, propuestos por Stenhouse, y que a continuación se presentan, pueden servir de complemento a las formas de elaborar proyectos y trabajos integrados dentro de las residencias:

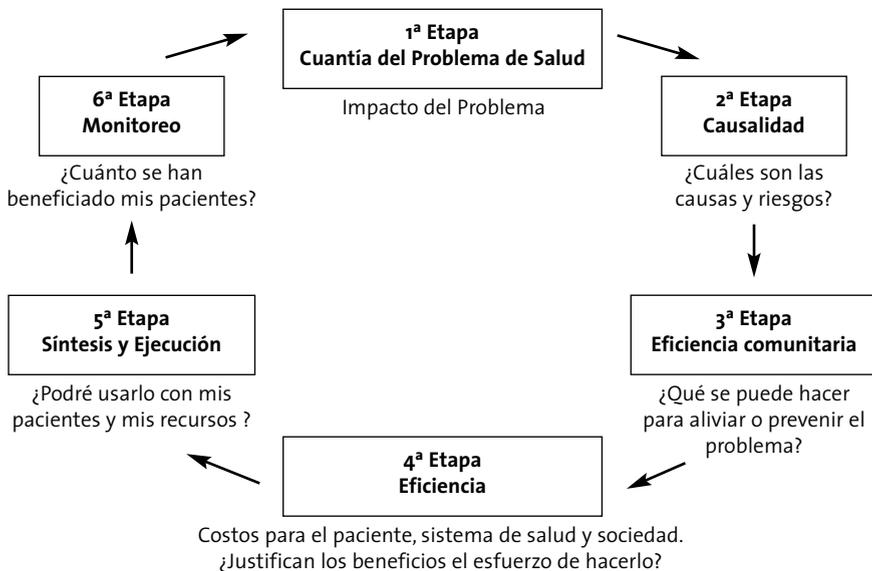
- Las cuestiones controvertidas deben ser tratadas en las aulas (ateneos, seminarios) con los alumnos.
- Que el profesorado acepte la necesidad de someter su enseñanza en las áreas controvertidas al criterio de neutralidad; por ejemplo, que considere como parte de su responsabilidad el no promover y defender su particular punto de vista o teoría.
- La investigación en las dimensiones controvertidas debe tener como eje central el debate y no la instrucción.
- La discusión debe proteger la divergencia de puntos de vista entre los participantes, en vez de intentar llegar a un consenso.
- Los profesores y profesoras, como moderadores de los debates, deben ser responsables de la calidad y de los niveles aceptables de aprendizaje.

Estos principios implican una concepción filosófica de un currículo *abierto y flexible*, en la cual el conocimiento es una construcción compartida que permite el enriquecimiento de docentes y residentes.

Otro esquema que sirve como ejemplo para alcanzar la integración, es la llamada *Espiral Iterativa de Medición* (*Iterative Loop de Tugwell, Bennett y Haynes*), utilizada por algunos programas de enseñanza basados en “la resolución de problemas”, a partir de la cual se va produciendo un cambio en el nivel de conocimiento y en el grado y dificultades que el problema original va presentando. Las etapas de la espiral son las siguientes:<sup>322</sup>

<sup>321</sup> Jurjo T. 1994. Op. cit. p.189.

<sup>322</sup> Venturelli J. 1997. Op. cit. p. 6



Este nuevo enfoque busca la integración conceptual y favorece la adquisición de destrezas facilitadoras del proceso educacional. Enfrenta al estudiante a situaciones en un contexto más cercano a la realidad y le ofrece la posibilidad de traer nuevas informaciones o de saber encontrarla con facilidad. Es en este contexto que se debe mirar este intento de favorecer una permanente relación conceptual.

### **5. Que el currículo contemple el estudio de los problemas epidemiológicos locales y de las condiciones de salud**

El aprendizaje basado en estudios de casos individuales y de temas aislados no permite analizar los problemas básicos de la sociedad, ni permite identificar las situaciones de inequidad. En los hospitales públicos, donde el Estado realiza una inversión considerable para formar sus recursos, el currículo debería contemplar la generación de información y el análisis epidemiológico, con la información correspondiente acerca de los determinantes, condicionantes y riesgos a la salud, así como los efectos positivos y negativos de éstos.

El enfoque de la salud pública de la población debe ser parte de un eje importante de reflexión con los residentes, en tanto es en un medio de servicios públicos donde se inserta la práctica y el aprendizaje de los residentes. Es por esto que la investigación epidemiológica, además de la correspondiente a las especialidades, debe facilitar la descripción y el análisis de las necesidades de salud de la

población, identificar los riesgos para la salud y los determinantes sociales de las enfermedades, de manera tal de contribuir a formar valores sociales básicos fundamentales en los futuros especialistas, tales como la equidad y el compromiso social.

La investigación en los temas epidemiológicos de la especialidad debe superar además la práctica del investigador individual de antaño, permitiendo la composición de grupos de investigación interdisciplinarios e involucrando distintas unidades u hospitales. Una línea de investigación propuesta para pensar es la promoción de la investigación estratégica que procure dar respuestas al sistema de salud con temas relevantes que urgen a la sociedad actual, como la violencia y la desnutrición infantil, así como otras que a nivel social comiencen a tener repercusiones.

### **6. Que el currículo contemple los temas de humanidades médicas**

Frente a la vulnerabilidad de los pacientes hospitalarios es preciso que en las residencias se retomen como temas de debate aquellos relacionados con la epistemología, la bioética, la filosofía de la Medicina, la economía de la salud, la antropología médica, en tanto estos constituyen la base filosófica más importante para defender la salud de los pacientes y porque contribuyen a una formación más integral y sólida de los residentes.

### **7. Sostener la formación y el perfeccionamiento permanente de los docentes**

No es posible a criterio de algunos autores citados a lo largo de esta investigación, y especialmente de Stenhouse quien fue su propulsor, encarar una propuesta de desarrollo curricular sin el perfeccionamiento simultáneo del docente, especialmente en estos temas relativos a la educación, currículo y maneras de enfrentar la enseñanza y el aprendizaje.

El perfeccionamiento del docente no significa tomar cursos de “capacitación docente” con programas diseñados sobre estrategias educativas sobre cómo planificar un plan de estudio o como impartir una clase, etc. Desde la concepción curricular que hemos planteado, el desarrollo curricular constituye en sí mismo un proceso de desarrollo docente, que implica adoptar estrategias y procesos de investigación-acción que permitan integrar enseñanza y desarrollo del profesor, desarrollo del currículo y evaluación, investigación y práctica reflexiva educativa, entre otras.

El camino hacia el perfeccionamiento puede ser muy amplio. Huberman<sup>323</sup> plantea avanzar mediante la incorporación y el trabajo en proyectos comunes, para lo cual proporciona una serie de sugerencias que, aplicadas al caso particular de la docencia en las residencias médicas resultan valiosas considerar:

<sup>323</sup> Huberman S. *Cómo se forman los capacitadores: arte y saberes de su profesión*. Buenos Aires: Paidós; 1999.

- Reflexionar y operar bajo el encuadre del paradigma de complejidad e ir abandonando el de simplicidad, sugerencia que resulta apta para pensar en organizaciones complejas y en situaciones de crisis como los que tienen los hospitales y en la práctica de formación de especialidades médicas, que son siempre complejas dada sus diversas aristas y determinantes.
- Considerar la desestabilización, ya sea por cuestionamientos o crisis internas, como oportunidad y camino estratégico hacia la renovación.
- Crear grupos de trabajo, constituidos por diferentes miembros de diferentes estructuras del hospital para desarrollar proyectos de perfeccionamiento docente.
- Empezar proyectos, en torno a un problema-objetivo o transformación de una práctica, lo que fomentará el espíritu de grupo, la creatividad, el liderazgo y contribuirá con el enfoque integral para la solución de los problemas.
- Vincular la enseñanza con situaciones reales y concretas que inviten a la resolución de problemas tanto de la instancia capacitadora como de la vida cotidiana del hospital. En este caso, las situaciones problemas deben ir más allá de los “problemas biológicos de los pacientes”. Tendrán que considerarse los problemas reales de la práctica educativa y la organización hospitalaria.
- Incorporar en todo proyecto institucional los conceptos significativos del conocimiento y los problemas relevantes de la sociedad. En el capítulo sobre la Educación Médica hemos retomado las propuestas que en el contexto internacional se han realizado con respecto al compromiso de la educación médica con los problemas de salud-enfermedad de los países. Estos compromisos también atañen a las especialidades.

El perfeccionamiento docente podría plantearse como un proceso de formación permanente dirigido a la revisión y renovación de conocimientos, a la revisión de actitudes y habilidades para enfrentar los cambios y avances del flujo tecnológico-científico y especialmente aquellos que tiene que ver con los aspectos educativos, en particular los relacionados con su tarea de facilitador de aprendizaje<sup>324</sup>. Nuestro pensamiento se inclina más a desarrollar el perfeccionamiento de docentes reflexivos, con fuerte compromiso con la investigación sobre la enseñanza y con disposición de construir procesos educativos democráticos, superadores de la reproducción acrítica, la rutina y el espontaneísmo.

El proceso de perfeccionamiento permitirá revisar la calidad de las estrategias de aprendizaje que tradicionalmente se realizan en el hospital tales como, los pases de sala, estudios de caso, ateneos, y revisión bibliográfica, a la luz de los

<sup>324</sup> Imbernón F. La formación del profesorado. Barcelona: Paidós; 1994.

problemas que hemos encontrado en esta investigación y otros más que pudieran surgir en otros hospitales docentes, y considerar nuevas herramientas pedagógicas que permitan su profundización y nuevas estrategias educativas, entre los que se podrían mencionar: los estudios o trabajos dirigidos, grupos de estudio y reflexión, las tutorías, las pasantías en otros centros de salud, la investigación-acción, grupos de elaboración de proyectos, los seminarios compartidos con otras instituciones, el aprendizaje reflexión sobre la tarea, entre otras.<sup>325</sup>

Otras de las razones para desarrollar procesos de perfeccionamiento docente en los hospitales pasan por la necesidad de los docentes de avalar, renovar o afianzar sus acciones educativas, entender las distintas tradiciones educativas, pensar en la realidad social hospitalaria y su compromiso social y político como institución formadora y reflexionar sobre la forma de influir en el contexto institucional, mejorando su respuesta al servicio de la comunidad que le corresponda.<sup>326</sup>

Finalmente, el perfeccionamiento docente podría acompañar el desarrollo de propuestas de esquemas educativos de “acompañamiento tutorial”.

Las funciones de acompañamiento tutorial deberían estar orientadas a favorecer la relación de desarrollo educacional, que son aquellas que proporcionan información, apoyo y desafío, para la cual ya algunos autores han definido con detalle un número importante de técnicas de actuación tales como: “escucha activa y precisa; observación y reflexión retrospectiva; empatía; comunicación de información, preguntas; desafío mediante empatía avanzada, proximidad y confrontación y retroalimentación y resumen”.<sup>327</sup>

### **8. Instalar condiciones educativas en el contexto del hospital.**

En los capítulos II y III hemos dedicado especial atención a la complejidad del hospital público como institución de atención a la salud-enfermedad y la tarea adicional de formar y capacitar los futuros especialistas del país que tienen muchos de ellos, para lo cual el sistema administrativo también tiene que adecuarse a un sistema de racionalidad y administración educativa. Hemos podido analizar a través de los opiniones de los docentes/ instructores las condiciones institucionales que favorecen u obstaculizan una formación relevante y los problemas identificados con respecto al proceso educativo que tienen también cierta complejidad.

Lo que está claro es que los hospitales públicos no han tenido las condiciones necesarias para encarar un proyecto de formación de los docentes que requieren las residencias médicas. Como organismo de conducción política admi-

<sup>325</sup> Davini MC. La formación del docente: política y pedagogía. Buenos Aires: Paidós; 1995.

<sup>326</sup> Liston DP, Zeichner. Formación del profesorado y condiciones sociales de la escolarización. Madrid: Morata, 2da. ed; 1997.

<sup>327</sup> Brockbank A, McGill I. Op. Cit. 2002

nistrativa regula algunos de los marcos institucionales en la cual se insertan residentes y docentes, especialmente en cuanto a responsabilidades y funciones en la atención médica. Los que tienen que ver con los aspectos académicos y de perfeccionamiento de la práctica educativa no están del todo regulados y especialmente motivados.

En este sentido, sugerimos que los hospitales dispongan de un ámbito institucional de “perfeccionamiento docente”, como ambiente de modelación de las prácticas y pensamiento educativo, como medio de interacción entre diferentes colegas, como espacio de reflexión educativa para mejorar el desarrollo curricular con nuevas estrategias pedagógicas.

Es importante que este espacio sea compartido con todos los actores que intervienen en la práctica hospitalaria, de manera que permita revisar el compromiso institucional con su misión como formador de futuros especialistas y la visión que sobre estos procesos educativos tienen, de forma tal que les facilite evaluar lo que se ha hecho y cómo, los resultados obtenidos, los conflictos que obstaculizan el proceso educativo y se pueda proyectar una nueva visión con proyectos superadores de los diferentes problemas que hemos encontrado en las diferentes dimensiones de este estudio.

Sugerimos algunos temas o preguntas para encarar esta nueva misión y visión:

- El perfil del futuro especialista que requiere el país, provincia y municipio en función de las necesidades de salud- enfermedad.
- Las necesidades reales de formación de especialistas vs. las necesidades reales de contratos de planta o flexibilizados de médicos especialistas.
- Condiciones del hospital para asumir un proceso educativo de calidad.
- Compromisos institucionales e individuales para llevar adelante dicha tarea.
- Los compromisos institucionales en el apoyo a la docencia, los problemas de los docentes, su perfeccionamiento e incentivos necesarios.
- Los derechos y deberes de los residentes, como profesionales en proceso de nuevos aprendizajes.
- La investigación hospitalaria y la investigación como eje de aprendizaje.

La misión de los hospitales docentes, en cuanto a su responsabilidad como instituciones educativas, podría ser entendida en función de liderar esfuerzos institucionales y colectivos estratégicos para llevar adelante procesos de formación de especialistas de calidad, para que los nuevos profesionales adopten compromisos con la salud de sus comunidades, mantengan una actitud ética y de aprendizaje permanente a lo largo de su carrera profesional.



## ANEXO

### Orientación metodológica del estudio

El diseño y elaboración de esta tesis doctoral estuvo orientado inicialmente por la identificación de distintos problemas que, en general, se observaban en un buen número de residencias médicas del país, especialmente problemas relacionados con aspectos relativos al financiamiento, la calidad de la formación, la planificación y regulación de los programas, la orientación y la gestión de los programas educativos, los enfoques de formación y los aspectos educativos, entre los que se podían señalar entre otros, la carencia de proyectos de investigación como ejes de aprendizaje y la ausencia de mecanismos que contribuyan a un mayor y mejor manejo interdisciplinario.

Sostuvimos que el tema de las especialidades médicas y la modalidad de “estudio-trabajo” llevada a cabo a través de las residencias ha carecido de estudios que caractericen, por un lado, la práctica educativa de este nivel y por otro lado, que profundicen sobre la manera de concebir y llevar a la práctica los aspectos educativos que tienen los docentes médicos y especialmente, los esquemas de pensamiento que se transmiten y reproducen a través de las diferentes prácticas educativas y las propias de los servicios hospitalarios.

Nos propusimos analizar la formación en las residencias médicas, estudiada a través de la visión que sobre el proceso de formación tienen los docentes e instructores de las mismas, a partir de su concepción sobre la enseñanza y el aprendizaje en los espacios hospitalarios, el diseño y desarrollo curricular y la búsqueda de un enfoque interdisciplinario en las actividades educativas. Este estudio se desarrolló en tres provincias del país: Salta, Mendoza y Santa Fe (sólo Rosario) en distintos hospitales y en residencias de diversos campos de especialidad.

Los **objetivos generales** que nos propusimos en este estudio se dirigen a:

- Estudiar las conceptualizaciones curriculares adoptadas por los docen-

tes de residencias médicas para la formación de especialistas y los factores que determinan y/o orientan las modalidades curriculares que se adoptan.

- Analizar las prácticas de enseñanza manejadas por los docentes médicos especializados y las concepciones pedagógicas asumidas para la formación de especialistas en servicio.
- Interpretar las concepciones de interdisciplinariedad y los métodos que emplean en la enseñanza para la integración de los conocimientos.

Para tal fin, se proponen los siguientes **objetivos específicos**:

- Identificar las modalidades de diseño curricular (teoría y práctica) desarrolladas en las Residencias Médicas.
- Identificar los factores que determinan u obstaculizan las prácticas curriculares y pedagógicas.
- Analizar los esquemas conceptuales educativos y didácticos asumidos por los docentes de las residencias médicas.
- Identificar los factores pedagógicos y didácticos que facilitarían el desarrollo de propuestas de integración del conocimiento en salud.

### **Metodología e instrumentos de investigación**

La índole del objeto de estudio –la formación en las residencias médicas– y de las dimensiones de análisis relativas al currículo llevan a seleccionar un enfoque de investigación que integre el **tratamiento de tendencias globales** en residencias de distintas especialidades y de distintos contextos institucionales y del país con la **profundización cualitativa** de los fenómenos particulares y de las representaciones de los actores, en cuanto sujetos que construyen significados. Para llevar adelante el estudio se han seguido tres pasos fundamentales:

- Análisis y reflexión crítica de la bibliografía referida al tema.
- Investigación cualitativa con la aplicación de dos instrumentos de profundización a docentes de residencias y la utilización de información de una evaluación participativa realizada previamente.
- Análisis de las normas y reglamentaciones específicas del Ministerio de Salud de Nación y de las provincias incluidas en el estudio, así como de las estadísticas disponibles sobre cargos por tipo de residencias.

Particularmente, se consideran en este estudio las visiones de los docentes que construyen cotidianamente el desarrollo de las prácticas de formación. Ello permite la comprensión de los problemas generales, más allá de un caso en par-

ticular, y la interpretación de la experiencia humana en la voz de sus actores, orientada por múltiples posiciones éticas y políticas (Denzin y Lincoln, 1994).<sup>1</sup>

Según estos autores la investigación cualitativa es multimetódica, lo que permite no disociar las regularidades comunes a distintos contextos –expresadas en tendencias cuantitativas- y el enfoque interpretativo de su objeto de estudio, de acuerdo a los significados que tienen para las personas implicadas. Esto permite la utilización y recolección de una gran variedad de materiales que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas.

Taylor y Bogdan consideraron que la investigación cualitativa es “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”<sup>2</sup>, mientras que para LeCompte la investigación cualitativa podría entenderse como “una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, registro escritos”.<sup>3</sup>

Algunas características básicas de este tipo de investigación permiten alcanzar una visión holística (sistémica, amplia, integrada) del objeto de estudio por parte del investigador, su lógica, ordenaciones y sus normas explícitas e implícitas; aislar ciertos temas y expresiones que pueden revisarse con los informantes pero que deberían mantenerse en su formato original a través del estudio; la posibilidad de muchas interpretaciones de los materiales, aunque algunos sean más convincentes por razones teóricas o consistencia interna y la oportunidad para explicar las formas en que las personas en situaciones particulares comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas (Miles y Huberman 1994).<sup>4</sup>

Este enfoque de investigación nos ha facilitado analizar la visión de los docentes de residencias médicas sobre la construcción curricular y en particular como afrontan las prácticas de enseñanza en la formación de los especialistas dentro de los servicios y cómo encaran los problemas de integración del conocimiento médico. Ello ofrece mayores posibilidades de explicación y comprensión sobre nuestro objeto de estudio a través del proceso de indagación y construir el conocimiento sobre el mismo y, de manera especial, permite comprender las complejas interrelaciones que se dan en la realidad de la práctica de la enseñanza de los futuros médicos especialistas.

1 Rodríguez G., Gil J., García E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Aljibe; 1996.

2 Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1986. p. 20.

3 Rodríguez G, Gil J, García E. Op. Cit.

4 Rodríguez G, Gil J, García E. Op. Cit.

Algunas características definidas por Stake (1995)<sup>5</sup>, han sido consideradas en este estudio. Se trata de un estudio de carácter *holístico*, en tanto relaciona las visiones de un grupo de docentes de residencias médicas de diversas especialidades en hospitales públicos, que pretende la comprensión de su funcionamiento en los aspectos educacionales. En este sentido, no se busca la comparación entre distintas residencias sino la identificación de los problemas comunes que enfrentan en su desarrollo. Es también un estudio *empírico*, orientado hacia las visiones de los docentes sobre su propia práctica, con su lenguaje natural y a los datos de información primaria y secundaria, tales como Normas, Documentos, Reglamentos, informaciones estadísticas, etc. Asimismo, se trata de un estudio *interpretativo* en el marco de referencia de los actores, con temas que se fueron focalizando progresivamente y de las tendencias históricas del contexto.

El estudio *interpretativo* facilita la comprensión a través de las cuestiones descriptivas e interpretativas de las prácticas, ideas y valores, en este caso de los docentes y permite la descripción y comprensión de los significados expresados por ellos. En otras palabras, con este enfoque se puede lograr la reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura institucional hospitalaria acerca de la práctica de la enseñanza expresada por los docentes entrevistados de un grupo de residencias médicas, que reflejan sus percepciones, acciones y juicios acerca de su práctica y de la situación hospitalaria que los alberga para desarrollar su labor docente.

Para el análisis de las tendencias globales del universo mayor de residencias médicas se recupera la información de fuente secundaria obtenida de la **Evaluación Participativa** realizada en **426 residencias del país**, en las Provincias de Buenos Aires, Salta y Rosario, con un instrumento particular desarrollado para tales fines.

Para esta evaluación se aplicó un instrumento de autoevaluación, que sirviera como dispositivo para generar una discusión compartida entre todos los actores que participan en el desarrollo de los programas, con la finalidad de permitir la construcción de una propuesta de desarrollo y el fortalecimiento de la calidad de la formación de futuros especialistas a la luz de las necesidades de salud. El instrumento consiste en un cuestionario de aproximadamente 80 preguntas, formulado sobre la base de una metodología participativa, que en principio recolectó información para identificar puntos críticos en el desarrollo del proceso educativo, definir los problemas fundamentales y prioritarios y facilitar la definición de un plan de desarrollo.

De la **Evaluación Participativa**, se retomaron las grandes conclusiones relevadas en cada una de las provincias señaladas, que marcan una tendencia genera-

5 Rodríguez G, Gil J, García E. Op. Cit.

lizada de problemas y que sirvieron de base para la profundización en la búsqueda de información más específica.

También en la línea del análisis de tendencias generales, se incorporan informaciones descriptivo-analíticas, de un universo de **70 Autoevaluaciones** de programas de residencias médicas, realizado a través de un Cuestionario Autoadministrado, elaborado para los fines de este estudio, incluyendo preguntas de respuestas cerradas y abiertas. El mismo fue aplicado a docentes e instructores de Residencias Médicas de Salta, Rosario y Mendoza y también a docentes del Hospital de Clínicas José de San Martín de Capital Federal. De esta forma, no sólo se cubrió diversidad de especialidades médicas sino también diversidad de jurisdicciones y de ámbitos distintos de pertenencia: Ministerio de Salud Provincial, Municipal y Universidad.

El cuestionario, como técnica de recogida de datos presta un importante servicio a la investigación cualitativa, respetándose algunas exigencias fundamentales que Rodríguez et. al.<sup>6</sup> plantean tanto para su elaboración y administración. Ellas se refieren al diseño del cuestionario como un procedimiento de exploración de ideas y creencias generales sobre algún aspecto de la realidad; la consideración de que es un instrumento más, no la única ni la fundamental, en el desarrollo de recogida de datos; partir de esquemas de referencia teórica y experiencias definidas por un colectivo determinado y en relación con el contexto del que son parte; y que la administración del cuestionario no produzca rechazo alguno entre los miembros de determinado colectivo, más bien que sea considerado útil para el acercamiento de la realidad estudiada.

El cuestionario es una técnica de relevamiento de información que supone un interrogatorio en el que las preguntas establecidas con anterioridad se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos, siendo una técnica que se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado. En este caso, el cuestionario fue testado previamente con un grupo de docentes del hospital de Clínicas José de San Martín.

La modalidad de cuestionario permite abordar los problemas desde una óptica exploratoria, no en profundidad, por lo que se ha utilizado para sondear opiniones y no tratar cuestiones que exijan una profunda reflexión de los entrevistados.

Tanto la Evaluación Participativa como el Cuestionario Autoadministrado se incorporaron para retomar la información valiosa que surge de los mismos, en tanto que, según las argumentaciones de Bourdieu, Chamboredon y Passeron "las diferentes técnicas pueden contribuir, en medida variable y con rendimientos diferentes, al conocimiento del objeto, sólo si la utilización está controlada

<sup>6</sup> Rodríguez G, Gil J, García E. Op. Cit.

por una reflexión metódica sobre las condiciones y los límites de su validez, que depende en cada caso de su adecuación al objeto, es decir a la teoría del objeto".<sup>7</sup>

Estos dos instrumentos –Evaluación Participativa en 426 Residencias del país y Cuestionario Autoadministrado a 70 docentes de distintas residencias– permiten obtener datos cuantitativos, especialmente las grandes tendencias de problemas identificados en el desarrollo de los programas educativos e institucionales a partir de una serie ampliada de preguntas, formuladas en base a las dimensiones de análisis del estudio.

A la luz de los resultados alcanzados por ambos instrumentos, se desarrolló un **estudio específico en profundidad a 27 docentes** de diferentes residencias médicas de Rosario y Mendoza, a través de una **entrevista estandarizada con final abierto**, tal como la describe Patton<sup>8</sup>. Este tipo de entrevista consiste en una serie de preguntas trabajadas y seleccionadas cuidadosamente con el propósito de conducir a cada entrevistado a través de la misma secuencia y preguntándoles las mismas preguntas con esencialmente las mismas palabras. Con este tipo de entrevistas estandarizadas, se reduce los juicios del entrevistador durante la entrevista y se reducen las grandes variaciones entre los entrevistados.

La entrevista es una técnica en la que el entrevistador solicita información a otra para obtener datos sobre un problema determinado, produciéndose una interacción verbal. En este caso concreto, la función de la entrevista se ha utilizado para obtener opiniones y comportamientos acerca de la práctica docente y visión sobre una modalidad educativa como es la residencia médica.

La entrevista aplicada en este estudio partió de una finalidad y orientación general definida por el propio plan de estudio, para la cual se elaboraron preguntas abiertas y se les explicó a los entrevistados (as) los objetivos de la misma. La lógica del desarrollo de la entrevista consistió en que el entrevistado (a) intentó explicar su visión particular del problema a partir de las preguntas realizadas, mientras la entrevistadora trató de comprender o de interpretar esa explicación durante y después de entrevista.

El diálogo utilizado fue en todos los casos asimétrico, en el sentido que la entrevistadora hacía las preguntas y el entrevistado (a) hablaba sobre sus criterios, visiones, experiencias y sentimientos al respecto de su práctica docente.

Como en toda entrevista que busca información para la interpretación, la entrevistadora buscó deliberadamente la confirmación, ampliación o modificación de lo que afirmaba cada entrevistado, bien repitiendo lo que éste había dicho o haciéndole repetir a la persona entrevistada lo que había manifestado, lo que en

7 Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. El oficio del sociólogo. Madrid: Siglo XXI, 4ta. Ed; 2001. p. 72.

8 Patton, MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage Publications, 2nd. ed; 1990. p.112.

determinados casos daba pié para que el entrevistado (a) entrara en más detalles sobre la pregunta en cuestión. También se utilizaron comprobaciones cruzadas a través de preguntas diferentes pero que de algún modo permitían la continuación de las ideas, reflexiones o puntos de vista sobre los ejes temáticos incorporados en la entrevista, permitiendo de esta manera la aclaración o comprobación de la *“estabilidad de una opinión”*.

En todo momento procuramos dejar hablar al entrevistado (a) sobre los diferentes temas de modo que pudiera expresar libremente sus ideas. Además de permitir que los entrevistados (as) hablaran, procuramos no emitir juicios sobre la persona entrevistada, tratando en todo momento en concentrarnos exclusivamente en la comprensión del punto de vista del entrevistado (a).

Finalmente, cabe destacar que fueron relevados como base de **información documental**, diversos Reglamentos institucionales que contemplan las normativas, regulaciones y organización de las Residencias Médicas, pertenecientes a las distintas unidades hospitalarias y jurisdicciones atendidas en el proceso de investigación.

### **Ámbitos del trabajo de campo y conformación de la muestra**

Los lugares escogidos para la aplicación del estudio obedecieron a la oportunidad encontrada en jurisdicciones y establecimientos específicos dónde se había iniciado un proceso de autoevaluación para fines de cambio en los procesos educativos, cambios en los currículos y cambios en las orientaciones hospitalarias en cuanto a la gestión de los procesos educativos, los cuales requerían de alguna ayuda metodológica y de elaboración de instrumentos que dieran pautas para identificar tendencias y problemas, y ofrecieran elementos para el inicio de una reflexión colectiva y acuerdos de cambio sobre al base de evidencias de la práctica.

De esta manera, se retomó el estudio de la Evaluación Participativa y se aplicaron los Cuestionarios de Autoevaluación en Salta, Rosario, Mendoza y el Hospital de Clínicas. Así,

- la información de los docentes de Rosario corresponden a docentes de residencias de los hospitales Eva Perón y el Provincial del Centenario;
- la de Salta, corresponde a los hospitales San Bernardo y Hospital Materno Infantil;
- la de Mendoza, a los hospitales Central, el Pediátrico Humberto Notti, el Centro de Salud Godoy y el hospital Schestakow de San Rafael;
- y en Capital Federal, se aplicaron cuestionarios a la residencia de Salud Mental del Hospital de Clínicas José de San Martín.

Para el posterior análisis en profundidad se desarrollaron las Entrevistas de final abierto en Rosario y Mendoza a docentes/ instructores de los hospitales señalados.

En el cuadro n° 1 se resume e integra las características de la muestra y el ámbito de aplicación de los distintos instrumentos de indagación para el trabajo de campo.

CUADRO N° 1 | Lugar y número casos en los que se aplicaron los diferentes instrumentos

Lugares donde se aplicaron los instrumentos	Tipo de instrumento		
	Evaluación participativa de las residencias médicas	Cuestionario de autoevaluación	Entrevista en profundidad
Provincia de Buenos Aires	400		
Salta	15	14	
Rosario	11	38	14
Mendoza		13	13
Hospital de Clínicas		5	
Total	426	70	27

El estudio consideró como unidad de análisis el o la **docente/ instructor**, ya que los ejes fundamentales de análisis recaen sobre el pensamiento y la práctica docente, sus esquemas en relación a los aspectos conceptuales y metodológicos de la enseñanza, el aprendizaje y el abordaje curricular y de integración de los conocimientos clínicos, básicos y sociales que desarrolla en el proceso práctico de la enseñanza.

Es por esto que la priorización de una especialidad sobre otra no fue considerada, pasando a ser, en este caso específico de estudio, un componente importante, aunque no determinante.

El listado de residencias que se expone en el cuadro n°2 comprende aquellas a las cuales pertenecen los docentes o “instructores” que se les aplicó el Cuestionario de Autoevaluación. Es importante señalar que la selección de los docentes para la aplicación de dicho cuestionario se realizó por decisión voluntaria por parte de los docentes e instructores y considerando su nivel de responsabilidad en cuanto a la conducción del proceso educativo.

CUADRO N° 2 | Residencia a la que pertenecen los docentes a quienes se aplicó el cuestionario de autoevaluación

Tipo de residencia o Especialidad	Rosario	Mendoza	Salta	Hosp. de Clínicas	Total
Administración hospitalaria					1
Anatomía patológica	4				4
Anestesiología	2		1		3
Atención primaria de salud			3		3
Bioquímica clínica			1		1
Cirugía general	3		1		4
Clínica medica	3	5	1		9
Gastroenterología	2				2
Ginecología	1		1		2
Infectología		1			1
Medicina familiar		2			2
Medicina familiar comunitaria			2		2
Nefrología	2				2
Neonatología			1		1
Neumonología	1				1
Neurocirugía			1		1
Neurología	1				1
Obstetricia	1				1
Odontología			1		1
Odontología pediátrica			1		1
Oftalmología	2	1			3
Ortopedia y traumatología	1		1		2
Pediatría	4	2	1		7
Psicología			1		1
Psiquiatría	2				2
Salud mental	4	1	1	5	11
Terapia intensiva infantil		1			1
Tocoginecología	2				2
Urología	1				1



## BIBLIOGRAFÍA

- Abramzón M, Airoidi S, Cadile MC, Ferrero L. Argentina: recursos humanos en salud. En: OPS/OMS. Recursos humanos en salud en Argentina/2001. Buenos Aires: Laf S.R.L; 2001.
- Abramzón M. Elaboración de datos sobre recursos humanos en Salud tomando como base el catastro de establecimientos y recursos de salud de 1998. Buenos Aires: Ministerio de Salud de Nación; 2002.
- AFACIMERA. Cumbre mundial de decanos y expertos en salud y educación médica. Buenos Aires, Argentina: 1996. Sin publicar.
- Alderete M, Alcoba A. El hospital público y su contexto socio- político en la Argentina. Revista del instituto de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Talleres Gráficos Alfa Beta S.A: 1999; 3 (3).
- Alvarez B, Lobo F, Pellisé L. Sistemas de pago a proveedores de servicios sanitarios en países latinoamericanos y de la OCDE. Washington DC: Serie Organización y gestión de sistemas y servicios de Salud; 1998.
- Alvarez Manilla JM. Metodología de la enseñanza de la medicina en el futuro. Educ Méd Salud 1974; 8, (2): 150-157.
- Andrade J. El proceso de diseño del plan de estudio. Educ Med Salud 1971; 5 (1):20-38.
- Andrade J. La estrategia educacional en el plan de estudios. Educ Méd Salud 1971; 5, (2):151-164.
- Andrade J. Marco conceptual de la educación médica en América Latina. Washington: OPS-OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.28, 1979.
- Apple MW, King NR. ¿Qué enseñan las escuelas?. En: Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal /Universitaria; 1989.
- Apple MW. Educar “como Dios manda”: mercados, niveles, religión y desigualdad. Barcelona: Paidós; 2002.
- Apple MW. Ideología y Currículo. Madrid: Akal Universitaria; 1886.
- Arce H, Katz J, Muñoz A. Morfología del sector salud en la Argentina. En Katz, Jorge y colaboradores. El sector salud en la República Argentina: su estructura y funcionamiento. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- Arce H. Naturaleza de los hospitales: tres generaciones. Medicina y Sociedad. Buenos Aires; 1985: 8 (5).
- Ardoino JL. L'approche multiréférentielle (plurielle) dessituations éducatives et formatives,

- Revue pratiques de Formation. Analyses, n° 25-26, París, Universidad de París VIII, 1993, citado en: Souto M. Las formaciones grupales en la escuela. Buenos Aires: Paidós Educador; 2000.
- Argyris C. Como vencer barreras organizacionales. Barcelona: Herder, 1993.
- Argyris C. Conocimiento para la Acción. Barcelona: Granica; 1999.
- Argyris C. Individuos dentro de la organización. Barcelona: Herder; 1991.
- Argyris C. Sobre el aprendizaje organizacional. México: Oxford, 2da. ed; 1999.
- Armus D, Belmartino S. Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En: Cattaruzza, A. Crisis económica: avance del Estado e incertidumbre política, Tomo VII de la Nueva Historia Argentina. Buenos Aires: Sudamericana; 2001.
- Armus, D. El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En Lobato M. El progreso, la modernización y sus límites, Tomo V de la Nueva Historia Argentina. Buenos Aires: Sudamericana; 2000..
- Arroyave MG, Isaza P. Una perspectiva histórica del hospital. Educ Med Salud 1989; 23 (2). Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y OPS-OMS. Educación médica: conferencia andina. Cartagena, Colombia: OPS; 1993.
- Asociación Médica Argentina. Educación médica y residencias médicas. Documento de la Asociación Médica Argentina referido al sistema de residencias. Buenos Aires: 1961, consultado en: [www.msal.gov.ar/htm/site/Digesto\\_Rec\\_Hum\\_Salud/marco/ed\\_med.html](http://www.msal.gov.ar/htm/site/Digesto_Rec_Hum_Salud/marco/ed_med.html).
- Association of American Medical Colleges. Physicians for the twenty- first century. Journal of Medical Education 1984; 59, (11). Part 2.
- Ball SJ. (Comp). Foucault y la educación: disciplinas y saber. Madrid: Morata, 3ra. ed; 1997.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Modernización del estado. Washington D.C: BID; 1994.
- Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud. Washington DC.: OPS/OMS; 1993.
- Barrios Medina A, Paladini A. Escritos y discursos del Dr Bernardo A. Houssay. Buenos Aires: EUDEBA; 1989.
- Bateson G. Pasos para la ecología de la mente. Buenos Aires: Planeta; 1991.
- Belmartino S, Bloch C. El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
- Belmartino S, Bloch C, Carnino MI, Persello AV. Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina 1940-1960. OPS/OMS. Publicación No. 27. Buenos Aires: OPS/OMS; 1991.
- Belmartino S, Bloch C, Carnino, MI, Persello A. Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1991.
- Belmartino S, Bloch C, Luppi I, Quinteros ZT, Troncoso MdelC. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. OPS/OMS, Publicación No. 14. Argentina: 1990.
- Belmartino S, Bloch C, Luppi I, Troncoso MC. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Buenos Aires: OPS/OMS, No. 14; 1990.
- Belmartino S, Bloch C. El sector salud en Argentina: Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985. OPS/OMS. Publicación No. 40. Buenos Aires: OPSOMS; 1994.
- Belmartino S. Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40. En: Lobato M. Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina. Buenos Aires: Biblos-Universidad Nacional de Mar del Plata; 1996.

- Belmartino S. Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿quién será el árbitro. Buenos Aires: Lugar; 1999.
- Bengo Rentería R. Tendencias mundiales en la gestión hospitalaria En: Fundación ISALUD. El hospital en la reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires: ISALUD; 1998.
- Bernstein B. Clases, códigos y control. Madrid: Akal; 1988.
- Bernstein B. La estructura del discurso pedagógico. Madrid: Morata, 2da. ed; 1994.
- Bernstein B. Poder, educación y conciencia: sociología de la transmisión cultural. Barcelona: El Roure Editorial S.A; 1990.
- Bobbit F. The Supervisión in city schools: some general principles of management applied to the problems of city-school systems. Bloomington, 12<sup>th</sup>: Yearbook of the National Society for the Study of education; 1913; II: 11-96.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. LII, No. 6 (Junio) 1962.
- Borrell R, Fiorentino M, Walter H. Informe sobre el proyecto de regulación de especialidades médicas en la Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Buenos Aires: Ministerio de Salud, mimeo; 1996.
- Borrell RM. Apreciaciones sobre las residencias médicas en Argentina. En: Recursos humanos en salud en Argentina/2001. OPS/OMS. Buenos Aires: OPS/OMS; 2001.
- Borrell RM. Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional. OPS/OMS: Serie desarrollo de Recursos Humanos en Salud. No. 26. Washington DC: OPS/OMS; 2000.
- Borrell RM. Situación de los recursos humanos en salud en la Argentina: problemas y preguntas básicas. Documento presentado en la Mesa del Diálogo Argentino. Buenos Aires: OPS/OMS, Mimeo; 2002.
- Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. El oficio del sociólogo. Madrid: Siglo XXI, 4ta. ed; 2001.
- Bourdieu P. Capital cultural, escuela y espacio social. México: Siglo XXI, 2da. ed. 1998.
- Bourdieu P. Sistemas de enseñanza y sistemas de pensamiento. En: Gimeno Sacristán y Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal Universitaria; 1989
- Branda Luis. El aprendizaje basado en problemas y las tutorías. Universidad de Bahía Blanca Argentina, Mimeo; 1999.
- Brea M. Experiencia personal en residencias en cirugía. Revista de la Asociación Médica Argentina 1960; 74 (3).
- Breilh J. Las Ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda: determinantes y proyecciones. En: Rodríguez MI. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington: OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101. 1994.
- Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Serie Epidemiología Crítica No. 3. Ecuador: CEAS; 1994.
- Bridge EM. Pedagogía médica. Washington: OPS-OMS. Publicación Científica No. 122; 1966.
- Bridge EM. Principios y métodos de la enseñanza de la Psiquiatría. Educ Méd Salud 1968; 2, (2): 112-136.
- Brisson ME, Morera MI. Normas legales relacionadas con la regulación y el control del ejercicio profesional del personal de salud. Secretaría de Salud- PRONATASS. Buenos Aires, Mimeo; 1993.
- Brisson ME. Especialidades médicas reconocidas por la Secretaría de Salud de la Nación. PRONATASS-Secretaría de Salud. Buenos Aires, mimeo. 1992.

- Brito P, Campos F, Novick M. Gestión de Recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades. Washington: OPS/OMS; 1996.
- Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral: reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. Washington DC OPS/OMS; 2000 8 (1/2).
- Brody EB. Cultura, comunicación y emoción en el proceso educativo. *Educ Méd Salud* 1968; 2, (2): 97-111.
- Brubacher J, Case C, Reagan T. Cómo ser un docente reflexivo: la construcción de una cultura de la indagación en las escuelas. Barcelona: Gedisa; 2000.
- Bunge M. Intuición y razón. Madrid: Tecnos; 1986.
- Byrn N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud* 1993; 28(1): 53-123.
- Byron Good y Mary-Jo DelVecchio Good. Learning medicine: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In: Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life. California, Berkeley: University of California Press. Edited by Shirley Lindenbaum and Margaret Lock; 1993.
- Camilloni A. De herencias, deudas y legados. En: Camillioni A, Davini M, Edelstein G, Litwin E, Souto M, Barco S. Corrientes didácticas contemporáneas. Buenos Aires: Paidós; 1996.
- Camilloni A. La calidad de los programas de evaluación y de los instrumentos que lo integran. En: Camillioni A, Celman S, Litwin E, Polou de Mate M. La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós; 1998.
- Camilloni A. Modalidades y proyectos de cambio curricular. En: Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Aportes para un cambio curricular en Argentina. Buenos Aires: Facultad de Medicina; 2001
- Carretero M. La investigación europea sobre enseñanza y aprendizaje. En: Carretero M, Bennett N, Järvinen A, Pope M, Ropo E. Procesos de enseñanza y aprendizaje. Buenos Aires: Aique; 1998.
- Casas JA. Gobernabilidad, salud y reforma: hacia el desarrollo humanos y la salud con equidad. En: OPS/OMS. Gobernabilidad y salud: políticas públicas y participación social. Washington DC; OPS/OMS; 1999.
- Contandriopoulos, AP. La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales. Rosario. Cuadernos Médico Sociales N° 77. Argentina: CESS; 2000.
- Contreras DJ. La autonomía del profesorado. Madrid: Morata; 1997.
- Contreras J. La autonomía del profesorado. Madrid: Morata; 1997.
- Cornbleth C. Más allá del currículum oculto?. *Revista de Estudios del Currículum* 1998; 1 (1)
- Cuervo J, Valera J, Belenes R. Gestión de hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. España: Vicens Vives S.A; 1994.
- Da Silva TT. Cultura y currículum como prácticas de significación. *Revista de Estudios del Currículum* 1998; 1 (1): 59-76.
- Davini MC. Educación Permanente en Salud. Washington DC: OPS/OMS. Serie PALTEX. No. 38; 1995.
- Davini MC. Currículo: licenciatura en educación. Buenos Aires: Universidad Virtual de Quilmes; 1999.
- Davini MC. La formación del docente: política y pedagogía. Buenos Aires: Paidós; 1995.

- Davini MC. Políticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. En: OPS/OMS. Educación permanente de personal de salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 100. Washington DC: OPS/OMS; 1994.
- De Moraes Novaes H. A problemática do moderno hospital universitário: Fatores organizacionais nas crises dos hospitais de clínicas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington DC: OPS/OMS; 1980.
- De Moraes Novaes H. La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud. *Educ Med Salud* 1990; 24 (4).
- Declaración de Bogotá. Conferencia mundial de educación médica. 1995. Mimeografiado.
- Del Alba A. Currículum: crisis, mito y perspectivas. Buenos Aires: IICE -UBA- Miño y Dávila; 1995.
- Del Alba A. El currículum universitario: de cara al nuevo milenio. México: universidad Nacional Autónoma de México, 2da. ed; 1997.
- Della Torre H. Donde se relatan algunos hechos y sucesos que hacen a la historia de las residencias. *Rev Argent Resid Cirug.* 1996; 1:24-26.
- Dewey J. Democracia y educación. Madrid: Morata, 3a. reimpr; 1998.
- Diario Clarín. Emergencia en el sistema de salud. Buenos Aires: Editorial. Enero 28 de 2002.
- Dobruskin M. El gerenciamiento de la tormenta. En: Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Gráfica Laf S. R. L.; 2002.
- Donabedian A. Los espacios de salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1988.
- Dreeben R. El Currículum no escrito y su relación con los valores. *Revista de Estudios del Currículum* 1998; 1 (1).
- Elliot J. El cambio educativo desde la investigación- acción. Madrid: Morata; 1996.
- Elliot J. La investigación acción en educación. Madrid: Morata, 3ra. ed; 1997.
- Estévez EH. Enseñar a aprender: estrategias cognitivas. México: Paidós; 2002.
- Etzioni, A. A basis for comparative analysis of complex organizations. In Etzioni A: A sociological reader on complex organizations. New York, Ny: Holt, Reinhart&Winston; 1969.
- Feldman D. Ayudar a enseñar. Buenos Aires: Aique; 1999.
- Fernández Villamil E. Una experiencia argentina sobre residencias en cirugía. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 1960; 74 (3).
- Fernández, Lidia. Instituciones educativas: dinámicas institucionales en situaciones críticas. Argentina: Paidós, 2da reimpr; 1996.
- Ferreira JR et. Al. El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud* 1988; 22 (3): 242-272.
- Ferreira JR. Estrategias internacionales en educación médica: asistencia técnica y cooperación técnica. *Educ Méd Salud* 1976; 10 (4): 335-344.
- Ferreira JR. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ Med Salud* 1983; 17 (1): 54-68.
- Ferreira JR. La cooperación científico- técnica universitaria en América Latina y la respuesta de los organismos internacionales. *Educ Med Salud* 1984; 18 (1): 1-8.
- Ferreira JR. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. *Educ Med Salud* 1976; 10 (2): p. 140-141.
- Ferreira JR. Tecnología educacional en el proceso de formación de personal de salud. *Educ Méd Salud* 1974; 8, (2): 131-139.

- Finocchio S. Residencias médicas: historia y situación actual. Buenos Aires: mimeo; 2003.
- Finocchio S. Tendencias recientes en la formación de los médicos en la Argentina. Buenos Aires: mimeo; 2002.
- Fleury Teixeira S. La reforma sanitaria: en busca de una teoría. México: Universidad de Guadalajara. Colección Fin de Milenio. Serie Medicina Social; 1990.
- Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report of The Carnegie Foundations on the Advancement of Teaching. Boston: The Merrymount Press; 1910.
- Flexner A. Medical education: a comparative study. New York: The Macmillan Company; 1925.
- Flexner A. Medical Education: a comparative study. The Macmillan Company. New York, 1925. En: Patiño Restrepo JF. Abraham Flexner y el Flexnerismo: fundamento imperecedero de la educación médica moderna. Colombia: FEPAFEM. Mimeo.
- Florentino M. Especialidades médicas: una visión histórica. Propuestas para el presente, anotaciones para el futuro. Buenos Aires: Ministerio de Salud, mimeo; 1998.
- Foucault M. El Nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI, 16a.ed; 1996.
- Foucault M. La política de la salud en el siglo XVIII. En: Foucault, M. Estrategias de Poder. Barcelona: Paidós. Obras Esenciales, Vol. II; 1999.
- Foucault M. Verdad y poder. En: Foucault, M. Estrategias de poder. Barcelona: Paidós; Obras Esenciales. Vol. II, 1999.
- Foucault, M. La arqueología del saber. México: Siglo XXI, 19a. ed; 1999.
- Foucault, M. Microfísica del poder. Madrid: La Piqueta. 2da. ed.; 1979.
- Fraga Filho C, Reis RA. Reformas curriculares. Educ Med Salud 1980; 14 (2): 1974-1981.
- Freidson, E. La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península; 1978.
- Ganzarain R, Gil G, Grass K. Relaciones humanas y el proceso de enseñar-aprender en las escuelas de medicina. Educ Med Salud 1969 1(2): 107-126.
- García JC. La educación médica en la América Latina. Washington: OPS/OMS. Publicación Científica No. 255; 1972.
- García JC. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. En: García. JC. OPS/OMS. Pensamiento social en salud en América Latina. Washington: Interamericana S. A; 1994.
- García JC. Pensamiento Social en Salud en América Latina. Washington DC: OPS/OMS; 1994.
- Gimeno Sacristán J. Educar y convivir en la cultura global. Madrid: Morata; 2001
- Gimeno Sacristán J. El currículum: una reflexión sobre la práctica. Madrid: Morata. 5ta. ed; 1995.
- Gimeno Sacristán J. La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. Madrid: Morata, 9na.ed; 1997.
- Gimeno Sacristán J. Poderes inestables en educación. Madrid: Morata; 1998.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Las residencias del equipo de salud. En: Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Gráfica Laf S. R. L; 2003.
- Gonzalez García G. Los hospitales ante la reforma. En: Fundación ISALUD. El hospital en la reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires: ISALUD; 1998. p 132-133.
- González Leandri R. La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870. En: Lobato M. Política,

- médicos y enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina. Buenos Aires: Biblos-Universidad Nacional de Mar del Plata; 1996.
- González Leandri R. Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1852-1886. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1999.
- Goodson I. Historia del Currículum: la construcción social de las disciplinas escolares. Barcelona: Pomares; 1995.
- Grundy S. Producto o praxis del currículo. Madrid: Morata, 3ra. ed. 1998.
- Guerrero E. Transformaciones del sector salud en la Argentina: estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997. Buenos Aires: OPS/OMS Publicación No. 48; 1998.
- Haddad J, Canales F. Capacitación de personal para la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria: una propuesta metodológica. *Educ Med Salud* 1983; 17 (1): 69-87.
- Hargreaves A. Profesorado, cultura y postmodernidad. Cambian los tiempos, cambia el profesorado. Madrid: Morata, 2da.ed; 1998.
- Hlebowitsh PS. Reevaluación de las valoraciones del Rationale de Tyler. *Revista de Estudios del Currículum: Teoría del currículum* 1 (1). Barcelona: Pomares; 1998.
- Houssay B. Problemas y orientaciones de la medicina moderna. Conferencia dada en el Ateneo del Centro de Estudiantes de Medicina de Buenos Aires el 19 de octubre de 1927. En: Barrios Medina A, Paladini A. Escritos y discursos del Dr Bernardo A. Houssay. Buenos Aires: EUDEBA; 1989.
- Huberman S. Cómo se forman los capacitadores: arte y saberes de su profesión. Buenos Aires: Paidós; 1999.
- Imbernón F. La formación del profesorado. Barcelona: Paidós; 1994.
- Infante, Alberto, de la Mata, Isabel y López Acuña, Daniel. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. Washington DC: OPS/OMS; 2000. 8 (1/2).
- Invernizzi C, López Val L. *Digesto de Recursos Humanos en Salud: Leyes y Normativas Nacionales*. Ministerio de Salud de Nación y OPS/OMS Publicación No. 52, dos Tomos. Buenos Aires: OPS/OMS; 2001.
- Invernizzi C. Capacitación en salud para profesionales entre los años 1997-1999. Buenos Aires; 2000.
- Isuani E, Mercer H. La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?. Buenos Aires: CEAL, Biblioteca política argentina, n° 241; 1988. Confederación Médica de la República Argentina. Código de ética. Buenos Aires: 1964 (1955).
- Jaim Etchevery G. Tendencias en la enseñanza de la medicina: mitos y realidades. Buenos Aires: Presentación en el 2do. Congreso Virtual de Cardiología; 2001.
- Kaufman M, Fumagalli (Comp). Enseñar ciencias naturales: reflexiones y propuestas didácticas. Barcelona: Paidós; 1999.
- Kemmis S. El Currículum: más allá de la teoría de la reproducción. Madrid: Morata S. L., 2da.ed; 1988.
- Kliebard HM. Revisión del Rationale de Tyler. *Revista de Estudios del Currículum: Política Educativa y reforma del Currículum* 1 (2). Barcelona: Pomares; 1998.
- Kliebard HM. Teoría del currículo: póngame un ejemplo. En: Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal /Universitaria; 1989.

- Lain Entralgo P. Historia de la medicina moderna y contemporánea. Barcelona: Editorial Científico Médica. 2a. ed; 1963.
- Laurell AC, Márquez M. El desgaste obrero en México: proceso de producción y salud. México: Era S.A.; 1983.
- Laurell AC. La salud –enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. México: Nueva Imagen; 1982.
- Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez MI (Coord.). Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington, DC: OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101; 1994.
- Liston DP, Zeichner. Formación del profesorado y condiciones sociales de la escolarización. Madrid: Morata, 2da. ed; 1997.
- Lorenzano, C. La estructura teórica de la medicina y las ciencias sociales. En: Rodríguez MI (Coord.). Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington, DC: OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101; 1994.
- Lundgren UP. Teoría del currículum y escolarización. Madrid: Morata; 1992.
- Madies C, Chiarveti S, Chorny M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud: reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de la Salud Pública. Washington DC: OPS/OMS; 2000 8 (1/2).
- Mahler HT. La medicina y los médicos del mañana. Educ Méd Salud 1977; 11 (1): 72-79.
- Marchesi A, Martín E. Calidad de la enseñanza en tiempos de cambio. Madrid: Alianza; 1998.
- Mazzáfero VE. Medicina en salud pública. Buenos Aires: El Ateneo; 1987.
- Menéndez E. La enfermedad y la curación: ¿qué es medicina tradicional? México: Alteridades 1994, 4 (7): 71-83.
- Menéndez E. Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica. México: Alianza. 1990.
- Miller G. Formación de profesores de Medicina. Educ Méd Salud 1967; 1, (1): 12-18.
- Ministerio de Educación, Informe final de la Comisión Nacional para el Mejoramiento de la Educación Superior. Buenos Aires: Ministerio de Educación, mimeo; 2002.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Autoevaluación de las residencias de profesionales de la salud de la Provincia de Buenos Aires. Sistematización preliminar para un diagnóstico. La Plata: Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires; 2001.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Terceras jornadas de orientación a las residencias. La Plata: Subsecretaría de Planificación de la Salud, mimeo; 1999.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Hospital público de autogestión: marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. 3ª. ed; 1999.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Hospital público de autogestión y programa nacional de garantía de calidad de la atención médica: legislación. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; 1993.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Política y Regulación de Salud. División de Evaluación y Planificación en Salud. Proyecto de residencias médicas. Buenos Aires: Mimeo; 1998.
- Ministerio de Salud/Presidencia de la Nación. Políticas de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; 2000.

- Moreira MA. Aprendizaje significativo: teoría y práctica. Madrid: Aprendizaje Visor; 2000.
- Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1994.
- Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Buenos Aires: Nueva Visión; 2001.
- Neghme RA. La Educación médica en el plano internacional. *Educ Méd Salud*. 1967; 1, (1): 5-11.
- Neri A. La Reforma del Sistema de Salud. Cuadernos Médicos Sociales #77. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario: CESS; 2000.
- Novick M, Galín P. Empleo y modalidades de contratación en el sector salud de la Argentina, 1990-2000. Trabajo preparado para la OPS/OMS. Buenos Aires; 2001.
- NOVICK M, GALÍN P. ENCUESTA SOBRE EMPLEO, MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL DE SALUD. TRABAJO PREPARADO PARA LA OPS/OMS. BUENOS AIRES. 2002.
- OPS/OMS- Facultad de Medicina de la República del Uruguay. Encuentro continental de educación médica. Punta del Este, Uruguay, 1994.
- OPS/OMS. Informe Anual del Director- 2001: promoción de la salud en las Américas. Washington DC: OPS/OMS; 2001.
- OPS/OMS. Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educ Med Salud* 1974; 8 (4): 354-359.
- OPS/OMS. Comité de expertos. Primer informe sobre la enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina. *Educ Méd Salud* 1969; 3, (2): 81-162.
- Educ Méd Salud* 1969; 3, (2): 81-162.
- OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Washington, DC. 1990.
- OPS/OMS. EDUCACIÓN PERMANENTE DE PERSONAL DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. FASCÍCULOS I AL X. SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS. WASHINGTON DC.
- OPS/OMS. EDUCACIÓN PERMANENTE DE PERSONAL DE SALUD. SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS No.100. WASHINGTON DC: OPS/OMS; 1994.
- OPS/OMS. El hospital público: tendencias y perspectivas. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington. HSS/SILOS-39. 1994.
- OPS/OMS. Informe primera reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe. *Educ Méd Salud* 1976; 10, (2):109-139.
- OPS/OMS. Informe primera reunión sobre Principios Básicos para el desarrollo de la educación Médica en América Latina y el Caribe. *Educ Méd Salud* 1976; 10 (2):109-139.
- OPS/OMS. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington DC: OPS/OMS; 1997.
- OPS/OMS. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Washington: Serie Organización y gestión de sistemas y servicios de Salud; 1998.
- OPS/OMS. Primer seminario centroamericano de diseño y dirección curricular en facultades y escuelas de Ciencias de la Salud. *Educ Med Salud* 1981; 15 (1): 99-100.
- OPS/OMS. Reseñas: regionalización docente- asistencial. *Educ Méd Salud* 1971; 5, (2):151-164.
- OPS/OMS. Reseñas: reunión sobre políticas de investigación en salud en el área II. *Educ Méd Salud* 1978; 12, (2):196-200.

- OPS/OMS. Sistemas locales de salud: la garantía de calidad, el control de infecciones hospitalarias. Washington DC. HSD/SILOS-12. 1991.
- OPS/OMS/Federación Latinoamericana de Hospitales. La garantía de calidad: acreditación de los hospitales para América Latina y el Caribe. Washington DC. HSD/SILOS-13. 1992.
- OPS/OMS-FEPAFEM. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Edimburgo, Escocia: OPS/OMS; 1993.
- Paganini JM. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: OPS/OMS HSS/SILOS-30; 1993.
- Passos NR. Perspectiva de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washington: OPS/OMS. Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000 No.4; 1997.
- Patton, MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications, 2nd. ed; 1990.
- Pérez Gómez A. Paradigmas contemporáneos de la investigación didáctica. En: Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez. *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal Universitaria; 1989.
- Popkewitz T. Los valores latentes del currículum centrado en las disciplinas. En: Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez. *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal Universitaria; 1989.
- Popkewitz T. *Sociología política de las reformas educativas*. Madrid: Morata; 1997.
- Popkewitz T. citado En: Torres J. *El Currículum oculto*. Madrid: Morata; 1998.
- Popkewitz T (Comp). *Modelos de poder y regulación social en pedagogía*. Barcelona: Pomares- Corredor; 1994.
- Pozo J, Gómez Crespo M. *Aprender y enseñar ciencia*. Madrid: Morata; 1998.
- Prego C. Estado, universidad y prácticas experimentales en el campo biomédico: génesis del primer instituto universitario Saber y Tiempo. *Revista de historia de la ciencia*, Vol. 3 n° 11. Buenos Aires: Asociación Biblioteca José Babini; 2001.
- Rodríguez G., Gil J., García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe; 1996.
- Rodríguez MI. Las innovaciones educativas en la formación de personal de salud en México dentro del contexto de las transformaciones ocurridas en América Latina. *Educ Med Salud* 1995; 29 (1): 32-61.
- Rodríguez MI. Lo biológico y lo Social en la formación del personal de salud: El contexto de la reflexión. En: Rodríguez MI (Coord). *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101. 1994.
- Rodríguez MI. Los esfuerzos evaluativos en los procesos de reorientación de la educación médica en América Latina. Conferencia presentada en México D.F. Mimeo
- Rodríguez, MI. Toma de posición frente a las experiencias evaluativas en educación médica. En: OPS/OMS y Facultad de Medicina de la República de Uruguay. *Encuentro Continental de Educación Médica*. Uruguay: Talleres gráficos de Comunidad del Sur; 1997.
- Rodríguez S. La clase media va al hospital. *Tercer Sector*. *Revista de la Fundación del Viso*. Talleres Gráficos Manchita. S.f. 8 (37).
- Schlemenson A. *Análisis organizacional y empresa unipersonal: crisis y conflicto en contextos turbulentos*. Buenos Aires: Paidós; 1993.
- Schofield JR. *New and expanded medical schools, Mid-Century to the 1980s*. Association of American Medical Colleges. San Francisco: Jossey- Bass Publishers; 1984.

- Schön D. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós; 1998.
- Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Paidós; 1992.
- Shumway J, Vargas E, Heller L. Métodos para la enseñanza de la solución de problemas en las escuelas de medicina. *Educ Med Salud* 1984; 18 (1): 46-61.
- Stake RE. Investigación con estudios de casos. Madrid: Morata; 1998.
- Starr, P. The social transformation of american medicine. New York: Basic Books Inc. Publishers; 1982.
- Stenhouse L. Investigación y desarrollo del currículum. Madrid: Morata, 3ra. ed; 1991.
- Stenhouse L. La investigación como base de la enseñanza. Madrid: Morata, 3ra.ed; 1998.
- Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluación sistemática. España: Paidós, 3ra. reimpr; 1995.
- Taboada E. Análisis de los modelos instrumentales para la evaluación de las Residencias Médicas. Rosario: Instituto Lazarte, mimeo; 1998.
- Taquini A. Experiencia personal en residencias de clínica médica. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 1960; 74(3).
- Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1986.
- Thomas C. El hospital como empresa de servicios. En: Fundación ISALUD. El hospital en la reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 1998.
- Torp L, Sage S. El aprendizaje basado en problemas. Argentina: Amorrortu; 1999.
- Torres J. El currículum oculto. Madrid: Morata, 6ta.ed; 1998.
- Torres J. Globalización e interdisciplinariedad: el currículum integrado. Madrid: Morata; 1994.
- Torres J. Educación en tiempos de neoliberalismo. Madrid: Morata; 2001.
- Tyler RW. Principios básicos del currículo. Argentina: Troquel; 1998.
- UDUAL 91. La Universidad y las prácticas de salud en América Latina. En: Conferencia integrada: informe de los núcleos latinoamericanos. La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. La Habana, Cuba: OPS/OMS, Informe Reunión Grupo Básico II; 1991.
- Usher R, Bryant. La educación de adultos como teoría, práctica e investigación: el triángulo cautivo. Madrid: Morata, 1ra. reimpr; 1997.
- Venturelli, J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington: OPS/OMS, Serie PALTEX Salud y sociedad 2000 No. 5; 1997.
- Vergara C. El contexto de las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de la Salud*. Washington, DC: OPS/OMS 2000; 8 (1/2)
- Vidal, C. Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina. *Educ Med Salud* 1975; 9(1): 11-46.
- Vieira C. Globalización, integración regional y gobernabilidad supranacional en salud. En: OPS/OMS. Gobernabilidad y Salud: políticas públicas y participación social. Washington DC: OPS/OMS; 1999.
- WHO. Resolución WHO48.8, 1995. Reorienting medical education and medical practice for health for all. The Forty- eight World Health Assembly. Ginebra: Publicado en *Education for Health* 1996; 9(1): 5-11.
- World Federation for Medical Education. The Edimburg Declaration. *Lancet*; 1988: 8608 (464).

