



CON-TEXTOS

REVISTA del CONSEJO PROFESIONAL
de TRABAJO SOCIAL CABA

Presencia y trazos colectivos
ante los derechos arrinconados

Trabajo Social Situado

Problematizando la formación en salud en el marco del sistema de Residencias del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Justiniano Rodríguez, Jesica Cristal

Fecha de recepción:	Septiembre del 2024
Fecha de publicación:	Diciembre del 2024
Contacto:	Justiniano Rodríguez, Jesica Cristal
Correo electrónico:	jesicajustinianorodriguez@gmail.com

PROBLEMATIZANDO LA FORMACIÓN EN SALUD EN EL MARCO DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

UNA MIRADA DESDE LA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD.

**Justiniano Rodríguez, Jesica Cristal*



RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo repensar y problematizar la formación de los y las profesionales del sistema de residencias de salud del GCBA. Para ello, se expondrán en el primer apartado algunos paradigmas que tensionan las concepciones de salud existentes en América Latina, que impactan en cómo se piensa la formación de nuestros/as profesionales. En el segundo apartado se presentarán algunas críticas al modelo de residencias actual, y las potencialidades que nos brinda la estrategia de Educación Permanente en Salud. En el último apartado, se propondrán algunos puntos de reflexión para seguir debatiendo desde el colectivo profesional.

PALABRAS CLAVES

- Educación permanente en salud
- Sistema de residencias
- Formación en salud

*** Jesica Cristal Justiniano Rodríguez-** Licenciada en trabajo social UBA, estudiante de abogacía, del profesorado de trabajo social y residente de Educación Permanente en Salud del GCBA. Con experiencia en trabajo con población en situación de calle y auxiliar docente en la carrera de Relaciones del Trabajo UBA.
jesicajustinianorodriguez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Para problematizar la formación de futuros/as especialistas dentro del sistema de residencias de salud desde una perspectiva de derechos debemos repensar la formación preguntándonos qué profesionales son los que van a garantizar el derecho a la salud de nuestra ciudadanía. Es decir, que el corazón del análisis lo constituyen los sujetos usuarios de los procesos de salud-atención-cuidado, y, con mayor énfasis, las poblaciones vulnerables.

Con este objetivo se expondrán algunos paradigmas que tensionan las concepciones de salud existentes en América Latina. Luego, se presentarán algunas críticas al modelo de residencias actual, y las potencialidades que nos brinda la estrategia de Educación Permanente en Salud. Para finalizar, se propondrán algunas líneas de reflexión para seguir debatiendo desde el colectivo profesional.

LO BIOLÓGICO Y LO SOCIAL EN LA FORMACIÓN EN SALUD

Siguiendo a Luciani Conde, L. (2019) podemos afirmar que toda ciencia supone la formalización de un proyecto de poder. La ciencia positiva moderna se encuentra enraizada en un proyecto político de dominación, que comenzó como un proceso de conquista de los territorios americanos, y luego desembocó en un proceso de colonialismo cultural. El positivismo instala una matriz de sentido que determina qué es ciencia y qué no, que desplaza todo saber no hegemónico, y que cristaliza *“una particular cosmovisión de la cultura, la historia, la economía y la política.”* (Luciani Conde, L., 2019; 33).

Las tensiones entre los paradigmas positivista e interpretativo de la ciencia tienen una expresión singular en el campo de la salud, constituyendo la base del paradigma flexneriano y el paradigma de la medicina social. En el siglo XX la influencia del paradigma flexneriano implicó la imposición de un modelo de medicina norteamericana al resto del mundo, a partir de la premisa de que *“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”* (Pasos Nogreira, R.; 1997, 94).

A partir de los años 70' comienza un avance crítico de las ciencias sociales en el campo de la salud, que generó distintas corrientes de la medicina social latinoamericana. Estos movimientos buscaron que la medicina penetre en la comunidad urbana y rural, y deje de tener su epicentro en el hospital. En la década de los 80' y 90' se empieza a producir un debate sobre la visión biologicista del egresado/a de medicina, y su incapacidad para pensar los procesos de salud de forma colectiva, de identificar las necesidades de salud de la población, el desconocimiento sobre la promoción y prevención en salud, la concentración del poder en la figura del médico y la formación centrada en el hospital. Sin embargo, afirma Rodríguez, M. I. (1994), *“el panorama general mostró el escaso impacto del conocimiento de lo social en la formación del personal de salud”* (Rodríguez, M. I.; 1994, 8).

El **carácter social** del proceso de salud implica pensar no solo en sus determinantes sociales, sino ir un paso más allá, es decir, a la construcción misma del **objeto de conocimiento** disciplinar. Rodríguez, M. I. (1994) afirma que existen dos posiciones al considerar los determinantes sociales en los procesos de salud. La primera considera que determinados grupos sociales tienen factores de riesgo específicos, es decir, se piensa **a lo social como externo a los procesos biológicos**, que serían naturales y ahistóricos.

La segunda postura jerarquiza las determinaciones sociales en los procesos de salud al considerarlas imprescindibles para explicar cómo se constituyen estos procesos, ya que asumen formas históricas específicas: implica considerarlos como un **proceso histórico social en sí mismo**. Por ejemplo, podemos pensar en el proceso de **envejecimiento** y cómo distintos aspectos biológicos, ecológicos, comunitarios, históricos y culturales intervienen en el cómo envejecen las personas y las comunidades, es decir, que no se piensa en prescindir de las ciencias biológicas sino partir de una **mirada compleja** que permita que estas se encuentren con las ciencias sociales. Enfermedades como la tuberculosis, el cólera, el chagas o la fiebre tifoidea, conocidas como **“enfermedades de la pobreza”**, se encuentran presentes en poblaciones vulnerables, es decir, tienen un carácter social por excelencia.

Estos grandes paradigmas se reflejan e inciden de forma concreta en el sistema de formación de los y las profesionales de la salud. A nivel macro, podemos pensar en las relaciones de poder entre los colectivos profesionales, y cómo estas concepciones de qué es ciencia, qué es medicina, qué es salud, qué es enfermedad, y cómo es un/a profesional competente de cada disciplina se ponen en juego. Cuánto presupuesto se le asigna a residencias que se vinculan con atención primaria de la salud, la prevención y el trabajo comunitario (como Medicina General o Epidemiología), y cuánto a especialidades de niveles de alta complejidad, permite entrever las prioridades y concepciones del momento. La asignación de cupos por especialidad no siempre responde a las necesidades de cada población, sino que entran en juego distintos actores en una puja de poder, como por ejemplo las corporaciones médicas.

Además, estos paradigmas se traslucen en los micro espacios de formación: cómo y qué se evalúa, el currículum oculto, qué relevancia se le da a la prevención y promoción de la salud, qué rotaciones se consideran como prioritarias (en nivel primario de atención o en niveles de alta complejidad), qué competencias profesionales se valoran, qué relaciones de poder se dan al interior de los equipos profesionales (más verticalistas o más horizontales), cómo circula la palabra en los equipos, qué relaciones de poder se dan entre distintas especialidades, si existe un real trabajo interdisciplinario o se trabaja por medio de derivaciones o interconsultas, entre otros.

FORMACIÓN EN SALUD Y ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PERMANENTE

La influencia de la concepción europea en la organización del sistema de salud en la Argentina se traduce en nuestros modelos arquitectónicos y formas de organización

hospitalaria, es decir, que el trabajo de nuestros/as profesionales y la formación de que fueron pensados para otras realidades. Por ejemplo, Borrell Bentz, M. R. (2005) identifica que en una primera etapa se construyeron hospitales pabellonados tomando un modelo arquitectónico Francés, que buscaba separar y aislar por patologías, como por ejemplo el Hospital Muñiz y el Moyano. En una segunda etapa, se construyeron grandes hospitales en bloques verticales, como el Hospital de Clínicas, pensando la organización en servicios de diagnóstico y servicios centrales como quirófanos que debían articularse por medio de interconsultas.

Las primeras residencias fueron impulsadas en los años 40 y 50 por grandes figuras de la medicina argentina que habían realizado residencias en el exterior y que remarcaban el carácter innovador, riguroso y sistemático de este tipo de formación. Por lo cual, el sistema de residencias no fue producto de una política nacional que tuviera un lineamiento claro en cuanto la formación de los/las profesionales, sino como resultado del afianzamiento de distintas experiencias que se fueron dando por el impulso de estas figuras que promovían las “*bondades*” del modelo.

Taboada, E. (1998), citado por Borrell Bentz, R. M., (2005) identifica algunas debilidades del sistema de residencias de nuestro país, entre las que resaltan:

- “• 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.
- 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. (...)”

Este modelo formativo tiene como base epistemológica el paradigma flexneriano, y tiene un impacto directo en la atención que se le brinda a la población. Un/a especialista que se forma en un contexto de trabajo verticalista y jerarquizado, que en algunos espacios funciona como un sistema “*de castas*” entre roles “*inferiores y superiores*”, con escaso espacio para la reflexión conjunta, para el trabajo interdisciplinario, centrado en la práctica hospitalaria clínica, sin una perspectiva social de promoción y prevención en salud, tiende a reproducir estas relaciones en su trabajo cotidiano con la la población.

Actualmente, los cambios tecnológicos y de los nuevos modelos de administración en lógica de adaptación a las demandas del mercado. El riesgo de esta excesiva especialización es la pérdida del sentido de la integralidad de la salud: especialistas que hablan de “*panzas*”, y “*apéndices*” (como coloquialmente llaman a una mujer embarazada o a una persona que se realizará una apendicectomía), están pensando en ***cuerpos rotos, fragmentados y enfermos***, y no en sujetos de derechos. No es inocente esta jerga tan común en algunas especialidades, que se naturaliza desde los primeros años de formación, sino que manifiesta una perspectiva clara.

El enfoque de Educación Permanente surge en los años 70, difundido por la UNESCO, a partir de considerar al adulto como sujeto de la educación, que tradicionalmente se pensó para niños y niñas, y de proponer el aprendizaje más allá de la escuela. Plantea la educación a lo largo de toda la vida, incorporando las especificidades de los contextos comunitarios y de trabajo. Rovere M. (1994) la define como “*una propuesta educativa realizada en los ámbitos laborales, destinada a reflexionar e intervenir sobre el proceso de trabajo.*” (Rovere M.; 1994, 2). La particularidad intrínseca de la formación de las residencias de salud es que se trata de una formación en contexto de trabajo, por lo cual, es especialmente pertinente esta propuesta.

Siguiendo a Davini, M. C. (s./f.) este enfoque plantea un giro en la concepción de la formación de los profesionales en salud: incorpora el enseñar y aprender en el contexto real de trabajo, considera la práctica como fuente de conocimientos, piensa a los sujetos como actores reflexivos sobre sus propias prácticas y constructores de conocimientos, y amplía el espacio educativo a la comunidad. Esta estrategia implica “*reconocer el potencial educativo de la situación de trabajo (...) como “palanca” de aprendizaje, analizando reflexivamente los problemas de la práctica*” (Davini, M. C. (s./f.), 7). Estos procesos deben estar enmarcados en una ***estrategia de cambio institucional*** que, como plantea Davini, M. C. (s./f.) debe estar direccionada hacia la transformación de las prácticas colectivas.

Un aspecto a destacar, es que los/las formadores/as de residentes (médicos de planta, jefes de residentes, instructores) no tienen necesariamente competencias o experiencia docente. Las estrategias didácticas y de evaluación son reproducidas según la lógica de aprendizaje que tenga cada especialidad, por ejemplo, la supervisión capacitante, y no necesariamente se da lugar a espacios de reflexión sobre la práctica. ***La formación de formadores*** es una herramienta que desde la estrategia de Educación Permanente se puede trabajar para desarrollar la capacidad formativa de cada sede.

Este enfoque presenta muchas potencialidades para problematizar la formación en contexto de trabajo, desde una perspectiva no fragmentada, direccionada hacia la transformación de las prácticas enraizadas en viejos paradigmas. Los viejos modelos educativos de transmisión escolares no son traspolables a estos contextos, por lo cual, la formación de formadores/as se impone como una herramienta valiosa para promover el desarrollo de competencias docentes.

La Residencia en Educación Permanente en Salud (REPS) del GCBA, creada en 2019, se presenta como una oportunidad para la implementación de nuevos enfoques formativos. Originariamente planteada para Licenciados/as en Educación, amplió su convocatoria para la incorporación de profesionales de otras disciplinas, incluyendo Trabajo Social. Esto abre una ventana de posibilidades aún por explorar, que nos permite interrogarnos por las competencias, herramientas y perspectivas que un/a profesional del trabajo social puede llevar a este nuevo espacio para enriquecerlo. Más allá de este ámbito en particular, es un enfoque que puede desarrollarse desde las distintas residencias en donde se encuentran nuestros/as profesionales, como la de Epidemiología, Educación y Promoción en Salud, Salud Mental, Trabajo Social, y la posbásica de Investigación en Salud.

REFLEXIONES FINALES

La tensión entre el paradigma médico hegemónico y las perspectivas críticas sigue más presente que nunca, impregnando los modelos de formación de nuestros/as futuros especialistas. En esta línea, se plantean algunos puntos de reflexión:

*En primer lugar, considero que es esencial seguir **problematizando desde el colectivo profesional argentino** la formación de profesionales en salud desde las particularidades históricas, políticas y económicas de nuestros territorios, poniendo énfasis en el actor social que constituye el corazón del sistema de salud, es decir, **la ciudadanía**.

*La **estrategia de Educación Permanente en Salud** aparece como una herramienta sumamente valiosa que nos permite despegarnos de acciones de cambio fragmentadas, pensando una estrategia global de cambio institucional, planteándonos de forma intencional qué perfiles profesionales queremos formar, con qué competencias y desde qué paradigmas. La REPS se presenta como un nuevo espacio de incumbencia profesional con potencialidades aún por explorar.

*El desafío es poder formar **profesionales reflexivos** que puedan pensar el cuidado de la salud desde la singularidad y desde la integralidad de los sujetos, familias y comunidades. Considero que la **reflexión en acción**, en contexto de trabajo, es una herramienta por excelencia que debe ser apropiada por las sedes formativas. Para que esto sea viable, se debe impulsar la **formación de los formadores** de residentes con competencias docentes.

*Un **enfoque interdisciplinario real** en los contextos de trabajo se plantea como desafío que debe trabajarse desde la formación, tanto desde los niveles de atención primaria como los de alta complejidad. Y considero que esto incluye de forma primordial la **investigación en salud desde equipos interdisciplinarios**, que propicie la reflexión y creación conjunta.

*Por último, quiero proponer que la formación en salud debe impulsar como (2016) *“El poder de la escucha (...) puede proveer más instrumentos para comprender, explicar y hacer, entendiendo a ese otro como sujeto de derechos y de transformación social, y recuperando la noción de relato como constructor de sentido.”* (Carballeda; 2016, 103). La *relación de cuidado* que se establece entre profesionales y usuarios/as es en sí misma parte del proceso de salud: los y las profesionales deben tener como competencia fundamental el poder escuchar y reconocer al otro como sujeto de derechos. Esto es innegociable.



PROBLEMATIZANDO LA FORMACIÓN EN SALUD

BIBLIOGRAFÍA

CARBALLEDA, A. *“La escucha como proceso.”* Año 3. Número 3. 2016. Revista de Política Sociales.

LUCIANI CONDE, L. (2019). *“Análisis decolonial de las ciencias modernas. En Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental.”* Editorial Fedun.

BORRELL BENTZ, M. R. (2005) *“La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa.”* Organización Panamericana de Salud.

DAVINI, M. C. (S./F.): *“Enfoques, Problemas y Perspectivas en la Educación Permanente de los Recursos Humanos de Salud.”*

PASSOS NOGUEIRA, R. (1997) *“Perspectiva de la gestión de calidad total en los servicios de salud.”* Washington: OPS/OMS. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000 No.4; p. 94.

RODRÍGUEZ, M. I. (1994). *“Lo Biológico y lo Social en la Formación del Personal de Salud. El Contexto de la Reflexión.”* Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101, OPS.

ROVERE, M. (2012) *“Atención primaria de la Salud en Debate.”* Revista Saúde Debate. 2018; 42 (11): 315-327. Disponible en: Saúde em Debate Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012.

TABOADA E. (1998) *“Análisis de los modelos instrumentales para la evaluación de las Residencias Médicas.”* Rosario: Instituto Lazarte, mimeo.