

Pasquaré, Claudia Gabriela; Menichelli, Fernando Manuel;

COMUNIDADES DE PRÁCTICA EN RESIDENCIAS MÉDICAS: ¿UNA ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA?

XVI JORNADAS DE DOCENTES UNIVERSITARIOS
DE RECURSOS HUMANOS DE LA ARGENTINA

29 y 30 de septiembre de 2011

Pasquaré, C. G., Menichelli, F. M. (2011). *Comunidades de práctica en residencias médicas: ¿una estrategia de enseñanza?*. XVI Jornadas de docentes universitarios de recursos humanos de la argentina. Río Cuarto, Córdoba, Argentina. En RIDCA. Disponible en: <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/6759>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-Sin Derivados 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



COMUNIDADES DE PRÁCTICA EN RESIDENCIAS MÉDICAS. ¿UNA ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA?

Mg. Claudia Gabriela Pasquaré (pasquare@uns.edu.ar)

Mg. Fernando Manuel Menichelli (fmenichelli@uns.edu.ar)

Universidad Nacional de Sur. Departamento de Ciencias de la Administración. Gestión Humana en las Organizaciones.

Área temática II: Investigación

1. INTRODUCCIÓN

Se define a la “**formación de recursos humanos en salud**” como a todo el proceso educacional que hace que una persona adquiera los conocimientos, habilidades y actitudes de una determinada profesión de salud, y que obtiene, como resultado de ese proceso sistemático y formalizado, un título o credencial que lo autoriza a ejercer legalmente esa profesión” (Mario Rovere, 1993).

En este contexto se considera a la **residencia** 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.*” (Primer Reglamento para Residencia Médica Hospitalaria, elaborado por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación).

Como sistema de formación, la residencia constituye un sistema basado en la premisa de aprender a través de la tarea o “aprender haciendo”. El sistema de residencias ha demostrado ser hasta aquí el más adecuado para la formación y entrenamiento de médicos egresados en el posgrado. Desde su nacimiento fue concebido como un *método de formación en servicio*, que involucra un plan de trabajo programado y obliga a la realización de tareas asistenciales junto con la participación en actividades científicas y académicas.

Los hospitales, se constituyen en este sistema, como los centros de formación donde se llevan a cabo las tareas que incluyen el entrenamiento de los nuevos médicos.

En la actualidad, según estudios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en las residencias de muchos países de Latinoamérica se identifican una serie de problemas como:

- Fuerte carga de trabajo de los residentes en detrimento de las horas dedicadas al aprendizaje y el estudio sistemático.
- Utilización de estos programas para ampliar la cobertura asistencial a bajo costo.
- Empleo de teorías pedagógicas de transmisión y adiestramiento con escasa incorporación de procesos reflexivos.
- Continuidad de planes de estudios obsoletos y enfoques curriculares que se corresponden con las teorías conductistas.
- Carencia de la investigación como medio formativo y la ausencia de un enfoque epidemiológico en los planes de estudio.
- Presencia de un modelo curativo y biológico y la disociación con los factores determinantes de la salud.

- Inadecuaciones de los perfiles educacionales y su relación con el mercado de trabajo médico y la salud de la población.
- Debilidad en la conformación del plantel docente; inadecuada remuneración y dedicación horaria.
- Ausencia de modelos evaluativos permanentes que permitan introducir cambios.

En este sentido, el Dr. Wolfgang Lange citado en la publicación de la OPS “ Recursos Humanos en Salud en Argentina”(2001, p. 105), refiriéndose a la situación actual de las Residencias Médicas, afirma que:

(...) No puede admitirse que los residentes se formen en la soledad; hay que promover su dedicación, evaluar su habilidad y conocimientos, ofrecerles una enseñanza móvil que los induzca a tener ideas propias y mayor autoconfianza. Enseñarles a pensar e incentivar su creatividad y originalidad. Se pretende que su formación tenga resultados medibles y solicitar evaluaciones y acreditaciones externas (...)

El entorno de la salud, entonces, es un ámbito que experimenta cambios marcados en sus practicas, dado las nuevas tecnologías, como así también el desarrollo de nuevas técnicas e investigaciones que lo hacen un contexto profesional altamente inestable en los conocimientos, tal condición interpela a los profesionales en este ámbito como así también a los espacios en los cuales transcurre su formación y practica.

Las características descritas de este sistema de formación, eminentemente práctico y social, y las dificultades y carencias anteriormente señaladas podrían llevar a pensar que el desarrollo de comunidades de práctica es factible como dispositivos informales de soporte que los mismos residentes buscan para su formación.

Dice Souza da Silva (2007) “Entendemos de la importancia de estudiar el aprendizaje que ocurre de manera informal en el contexto de las organizaciones dando lugar a conceptos como los de experiencias socio profesionales y el lugar de la reflexión en el aprendizaje (Pollard 1990) identificando las limitaciones de la educación formal (Wenger 1998).). Remarcando en este la idea del aprendizaje socio practico, que emerge en las comunidades de práctica”.

El foco de este trabajo es delimitar si en las residencias médicas de dos hospitales públicos de Bahía Blanca se cumplen los criterios especificados en el concepto de Aprendizaje en Comunidades de Practicas conceptualizado por Wenger (2003) o en qué forma se hacen presentes algunos de ellos.

2. REFERENCIAL TEORICO

2.1. Las comunidades de práctica

El concepto de comunidades de práctica emerge en relación a las ideas de aprendizaje socio práctico. Polany en 1966 diferencia dos dimensiones del conocimiento; la explícita y la tácita. Donde la primera se refiere al mecanismo de transmisión formal del conocimiento y la segunda es la que ocurre cuando se incorpora por medio de contextos sociales de aprendizaje íntimamente conectados a una practica, es decir aprendizaje socio practico.

A los efectos del presente trabajo es importante rescatar el concepto de Wenger de 1998 donde muestra una serie de indicadores para identificar comunidades de práctica. Wenger y Snyder (2000) definen comunidad de práctica como un grupo de personas que, comprometidos en emprendimientos comunes,

buscan desarrollarse en un determinado dominio de conocimiento. Identificando las siguientes dimensiones que las caracterizan:

Compromiso mutuo y objetivo o emprendimiento en común: está ligado al proceso de participación activa en una comunidad, donde la voluntad de profundizar en el conocimiento es un importante factor de compromiso. El objetivo en común se refiere al proceso de desarrollar proyectos e ideas conjuntamente, buscando contribuir con la generación de conocimiento para la comunidad de práctica.

Aprendizaje contextualizado en la práctica: se entiende por conocer en este contexto a la idea de ser capaz de participar de una práctica socialmente legitimada por una comunidad.

Surgimiento voluntario e informal, no necesitan de los patrones previstos por la estructuras formales de la organización.

Identidad compartida, por medio del trabajo conjunto se adoptan sistemas de creencias, rutinas, formas de hacer las cosas y, consecuentemente, se desarrolla una identidad compartida.

Negociación de significados, las personas conjuntamente negocian activamente experiencias y vivencias prácticas, siendo a través de la relación de las experiencias individuales y de la competencia social que el aprendizaje ocurre.

2.2. Las residencias médicas

La residencia médica constituye el dispositivo de formación y especialización más importante para médicos de graduación reciente. Es concebida como un sistema fundamentalmente educativo, basado en la premisa de aprender haciendo. El programa de actividades de cualquier residencia se encuentra comúnmente dividido en tres ámbitos:

- El ámbito asistencial: consiste en la atención y cuidado de pacientes, bajo supervisión y con niveles responsabilidad progresiva.
- Actividades de docencia: consiste en la instrucción de concurrentes o estudiantes que le puedan ser asignados.
- El campo científico: constituido por la participación del residente en trabajos de investigación clínica y/o experimental.

Existe otra forma de concebir a la residencia que es considerarla como un proceso dinámico de desarrollo. En este sentido, es conceptualizada como un período de grandes esfuerzos en la adquisición de *conocimientos, habilidades y destrezas* o, dicho de otra manera, en el desarrollo de *competencias profesionales*.

A nivel mundial y luego de más de un siglo de experiencia continuada, ninguna otra institución de posgrado ha podido demostrar tener alguna ventaja sobre la residencia.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Debido a que el sistema de residencias médicas es un espacio lindante entre el aprendizaje teórico y la dimensión práctica de la actividad, es que en las mismas hay diferentes niveles de residentes en función al año que se encuentran cursando primero (R1), segundo (R2), tercero (R3) formando un grupo de

aprendices y profesionales que interactúan en relación asidua y estrecha en una practica concreta, se decidió realizar un estudio de caso cualitativo.

El estudio se realizo a partir de 13 entrevistas mantenidas con los residentes y los jefes de los Servicios de Clínica Médica de dos hospitales, manteniendo siete entrevistas en el Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” y seis en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Pena”.

Dichas entrevistas fueron de carácter semiestructurado. Se busco darle dimensiones a las variables especificadas por Wenger a través de diferentes preguntas que indagaron sobre cada una de ellas.

4. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Aspectos generales

A continuación se presentarán algunas cuestiones comunes a ambas instituciones para luego abordar cada una de ellas en particular.

Se observó que todos los residentes entrevistados han accedido al cargo que desempeñan por concurso y tienen dedicación exclusiva sin permitírseles acceder a otros puestos dentro de la medicina. En la mayoría de los casos son recientes egresados de Universidades del estado con escasa o nula experiencia laboral en los cuales se advierte gran motivación por aprender. Se observa que en ambas residencias habría ligazones formales e informales entre sus miembros sin embargo sólo en el HIGA encontramos dos pequeños grupos que podrían ser conceptualizados como comunidades de practica incipientes.

4.2. Comunidades de práctica en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna”

En este hospital se identificaron dos comunidades de práctica una conformada por un grupo de los tres residentes del tercer año y la otra por el otro grupo de segundo también conformada por tres miembros.

Comenzando a analizar la conformada por los R3 se destaca que entre ellos hay lazos afectivos y profesionales producto de un recorrido en el ámbito del trabajo que les han permitido constituirse en una incipiente comunidad de práctica. Comparten en forma asidua espacios de manera auto convocada con el objeto de discutir casos que se presentan en el derrotero de su actividad profesional, buscando entre otras cosas el sostén emocional en el otro, como así también asesoramiento científico y profesional.

Los espacios que comparten informalmente trascurren en una sala que es de uso exclusivo para los residentes “esta habitación la hicimos para nosotros y hablamos de la vida personal y de los pacientes” (R3₁). También existen encuentros informales en el café, aunque no está tan bien visto por el jefe del servicio suelen repetir. El tiempo aproximado de duración de dichas reuniones es de 40 minutos, “lo hacemos en los ratos libres”(R3₁), sin ser estas programadas, debido a que refieren escasez de tiempo dentro y fuera del trabajo, describiendo las condiciones que el sistema les demanda: “Una gran carga horaria para el residente, con escaso tiempo para la reflexión” (R3₂), según se advierte, a tal efecto generan el espacio descrito que se los permitiría.

En estas charlas debaten diferentes temas, en general relacionados con casos de la sala de internación dónde se desarrollan principalmente las labores asistenciales, conduciéndolos a realizar en forma predominante lecturas de diferentes tópicos relativos e incumbentes a dichas temáticas. Expresan que la convocatoria tiene como fin “resolver casos de su actividad cotidiana más que mejorar la práctica” (R3₃).

Respecto del tiempo de origen de tal practica, lo ubican desde el momento de su incorporación a la residencia hace tres años atrás. Refieren que este tipo de vínculos no se ha dado siempre en la residencia, identificando momentos anteriores en los cuales por las características de los integrantes del grupo no era viable la cooperación ni el agrupamiento colaborativo. Caracterizan la modalidad de los vínculos de este reducido grupo como de compañerismo, expresan que buscan mejorar a partir de la autocrítica, se generan ideas de cómo mejorar la organización del trabajo, sin embargo no siempre se llegan a poner en practica, “el jefe de residentes es muy receptivo a las innovaciones si son para mejorar, el jefe del servicio es un poco mas tradicional”(R3₂), se generan ideas para proyectos de investigación anudándose la estructura informal con la formal siendo estos proyectos un requerimiento de la organización formal.

Como grupo reducido refieren compartir predominantemente la forma de pensar. Expresan que muchas veces a partir de escuchar al otro se generan interrogantes, inquietudes que motivan a la lectura y posterior discusión de un tema, “busco material a partir de escuchar al otro” (R3₁). Asimismo mencionan que la experiencia personal siempre es mas nítida que la de otro colega, pero que en este grupo toman las experiencias de los otros enriqueciéndose en lo profesional, “Charlamos, cada uno da su opinión y después vemos los resultados” (R3₂).

Al indagarse sobre innovación de ideas expresan en forma univoca que no surgen ideas novedosas, solo la transferencias de conocimientos, sin embargo se advierte actividad innovadora sin ser conceptualizada por el grupo como tal., “me despierta muchas dudas y me lleva a leer, te sugieren algo de lo que no te diste cuenta” (R3₃) dando lugar a la reflexión con otros sobre un tema o caso.

El abordaje informal del tema, por fuera de la estructura de aprendizaje formal les brinda mayor seguridad para encarar las temáticas, “pero es mas fácil hablando informalmente, te da seguridad” (R3₂) diferenciando esta practica del pase de sala (reunión pautada formalmente entre todos los miembros del sector donde se presentan los pacientes internados y se toman decisiones médicas) “en el cual tenés que presentar el caso y fundamentar mucho” (R3₂). Tal aspecto se ha podido vivenciar como correlato en la situación de indagación permanente a la que los entrevistadores fueron instados sobre el trabajo a realizar. Refieren que frente a casos agudos este pequeño grupo es una referencia profesional destacando la importancia de la lectura con literatura científica de los temas tratados.

Como valores sobresalientes identifican el compañerismo y el buen vinculo profesional y humano, se remarca la importancia de la valoración que ellos hacen del aporte de los otros como también del propio.

Un punto destacable es la incorporación de otros actores como los médicos de planta y otros especialistas relevantes para la formación como así también a residentes de otros años, sin embargo caracterizan este pequeño grupo de forma especial.

Los tres R3 plantean que tienen como proyecto reciente planificar espacios de debate bibliográficos articulado con casos, formalizando el espacio y tiempo como así también roles a desempeñar en el proceso “Estamos con Martín y Melina por juntarnos a leer de los pacientes, a discutir los casos” (R3₂). “Me pasa con Martín y Natalia que discutimos mas casos en el café, pero no esta bien visto por el jefe del Servicio” (R3₃). Las preguntas que suelen hacerse son “¿Qué hice? ¿Como lo hice? Y se arma la

discusión por ahí pasa mas entre los de tercero, nosotros. Antes en este grupo estaban lo de tercero Maricel y Federico, que ya se fueron” (R3₂).

A partir de las entrevistas mantenidas con los R2 y el jefe de residentes del HIGA se advierte en forma mas grafica que el tipo de jefatura fomenta la asociación informal en los residentes sin darles un status diferencial, en concordancia a lo observado en los R3, también se destaca una pequeña comunidad informal en la cual participan en forma mas estrecha los R2 “siempre nos reunimos venimos acá y tomamos unos mates a veces a la tarde debatimos casos, evolucionamos, te reis, son muy buenos compañeros, están disponibles son amigos” (R2₁), “a partir del segundo año nos apoyamos mas entre nosotros es parte de lograr la autonomía, de tomar decisiones” (R2₂).

Una de las R2 expresa que las cualidades de cada uno aportan al otro “me llevo lo mejor de cada una de sus experiencias” (R2₂) “lo que hacemos es debatir, discutir, fundamentar, uno no toma el consejo del otro en forma automática es escuchar y discutir, se aportan ideas encontrás soluciones a problemas, modificas tu trabajo” (R2₂).

Coinciden en manifestar como temas en los cuales se explayan el diagnostico a pacientes, la falta de descanso del trabajo y la familia de cada uno.

Opinan que las innovaciones pequeñas se incorporan al trabajo. Expresan que al inicio eran cinco mujeres en el primer año, que se podrían haber llevado muy mal sin embargo “éramos solidarias, nos necesitábamos mutuamente, necesitas de alguien esto es lo que generó el grupo más allá de la diferencias y roces” (R2₃).

La residente manifiesta que si bien el grupo asesora e indica el error a mejorar, se hace en un clima de cuidado y confianza sin que los integrantes se sientan ofendidos o expuestos, “el aprendizaje en este grupo es muy enriquecedor, se plantean los propios errores nadie te juzga” (R2₁), “lo hacemos de tal manera que nadie se ofende” (R2₁). “Los R2 nos juntamos acá charlamos un montón, acá no existe la jerarquía estricta, nos respetamos entre nosotros, yo charlo con las R2 que son amigas” (R2₁). “Si las R2 no están me reúno con algún R3, Melina por ejemplo” (R2₁). No obstante ello reafirma como su grupo de pertenencia el correspondiente a los R2 “yo me junto con las R2 Patricia y Vero” (R2₁).

El jefe de residencia expresa “acá el recambio, el flujo de gente es permanente ingresan y se van todo los años, el tiempo máximo en el que permanecen como residente es de tres años, alguno de ellos permanecen vinculados a la institución, se establecen lazos afectivos y de amistad, todos los años hay grupos menores no tienen necesariamente que ver con los años de residencia se vinculan libremente y esto es promovido”. También menciona que su intención ha sido no exagerar en relación a la organización vertical y que esto se ha logrado.

Como efecto identifica un buen trabajo en grupo, que no considera la pirámide como forma de trabajo. “esta iniciativa la expresé yo y tuvo buena adhesión considero que tuvo eco y éxito”, “yo pienso que hay mayor asiduidad en reuniones informales entre los R2 y los R3, pienso que Melina y Martín (R3₁, R3₂) se llevan mejor“, “hay relación, hay vínculos previos que favorecen el trabajo formal e informal, trasciende las jerarquías impuestas, yo desde mi posición trato de no darle visos de formalidad a estos subgrupos porque considero que es perjudicial en el trabajo”. Recalca que desde su posición debe fomentar la

integración entre los diferentes residentes buscando el desarrollo de vínculos positivos entre todos los integrantes de la residencia. Expresa que se producen encuentros informales en forma asidua “hay reuniones en forma cotidiana por ejemplo La sala 11, este es un lugar que no existía, se hizo para que los residentes se puedan reunir, es un lugar propio y útil”.

En relación a las temáticas sobre las cuales trabajan expresa, que pueden ser temas académicos o científicos. “como vincularse con otros colegas del servicio, otros profesionales, sobre la practica y lo que hacen es dar opiniones o sugerencias, se plantean problemas el trabajo lo define esta situación”. El jefe de residentes identifica que en estos subgrupos se generan ideas y proyectos en forma constante que a veces son difíciles de catalizar y que no siempre llegan a ser viabilizados.

Como punto critico identifica las dificultades de comunicación con por ejemplo con el Jefe del Servicio de Clínica Medica “sé que hay siempre buena actitud en las partes, hay un trayecto que evalúa gente con diferentes posiciones y trayectorias distintas, uno puede ejemplificar con situaciones de cambios donde hay diferentes generaciones”.

Con respecto a la posibilidad de viabilizar cambios expresa “considero que a partir de la discusión se han llegado a nuevos resultados” Insiste en que una comunicación mas estrecha y fluida con figuras de mayor autoridad mejoraría los resultados.

Otro aspecto a destacar es que estas comunidades se afianzan en el segundo año dado que en el primer año de residencia todos los principiantes tienen asignado un tutor mayor, de tercer año y en el segundo se produce la orfandad necesitando buscar, entonces, alternativas y respuestas entre ellos.

Como valores compartidos se identifica las ideas que tienen acerca de lo humano, el paciente, el colega. Como rasgos comunes en ambas comunidades se identifican las representaciones que tienen en cuanto al paciente y la capacidad profesional. Se destaca la generación de experiencias que enriquecen la práctica de aquellos que participan en los subgrupos. El jefe de residentes manifiesta que su objetivo es que estos conocimientos sean transferidos al resto de los residentes, que se derrame el aprendizaje realizado en los pequeños grupos de referencia.

4.3. Comunidades de practica en el Hospital Municipal de Agudos” Dr. Leónidas Lucero”

En esta residencia se advierte que los procesos de aprendizaje presentan un alto grado de formalización, sin embargo algunos de los integrantes señalan espacio informal de encuentro fuera y dentro de la organización destacando el aspecto recreativo de buena relación entre pares.

Señalan como una de las actividades formalizadas la denominada Actividad Académica siendo identificada por algunos residentes entrevistados como uno de los pilares en la formación entre ellos la jefa de esa residencia. Esta actividad funciona en forma diaria de 14 a 16 horas presentándose un tópico cada vez. Es mal visto por el grupo el no leer previamente “el grupo busca que todos aporten” (R3₂) “ hay temas que lo tenés que saber son necesarios y se incluyen, otros los proponemos nosotros o inquietudes prevalentes de la actividad de la sala que traen los residentes de primer año, los de segundo año temas de consultorio” (R3₂). Remarcan que es un espacio de aprendizaje formal el cual cuenta con métodos de evaluación formales identificándola por momentos como un lugar sagrado que no se debe perder.

También se remarcan otros aspectos formativos denominados pases de sala en los cuales cada residente presenta el paciente a los restantes profesionales quienes hacen observaciones, encontrándose conformado por médicos de la sala, jefes, y especialistas de otros servicios.

Otro aspecto formativo es el requerimiento de realizar trabajos de investigación “Considero que es la única forma para formarnos, atravesar una residencia” (R3₁).

Se destaca la función de los ateneos intrahospitalarios como lugar en el cual se exponen casos participando todos los residentes y médicos encontrando este tipo de dispositivo de alta exposición. También hacen referencia a los ateneos interhospitalarios que se producen una vez por mes en el cual participan todas las residencias de Bahía Blanca asignándosele en forma predominante un valor de construcción del conocimiento mayor dado que estaría regulado por los mismos residentes sin ser percibida en sobremanera la mirada evaluadora de otros médicos de mayor trayectoria y experiencia.

A nivel vincular se remarca el aspecto cohesivo del grupo como así también el gran compromiso en cuanto a lo profesional y lo humano es un grupo receptivo que integra a residentes que vienen de otras residencias encontrándose abiertos y permeables al entorno, como así también el soporte emocional recibido por sus pares frente al desgaste que implica este sistema de aprendizaje.

Como rasgos destacados en este grupo de residentes encontramos que predomina lo humanitario por sobre el eje técnico sin descuidar este último “esta muy mal visto el atender mal al paciente o a la familia puede haber un error en lo conceptual, no en lo humano” (R2₁) Refieren que a pesar de los roces que se producirían por el ritmo de trabajo predomina la integración. Consideran que a la residencia y a la sala la hacen los residentes remarcando el factor de autonomía y determinación del grupo.

Plantean en forma recurrente que presentan nuevas ideas y proyectos y que los mismos son puestos en marcha sin encontrar obstáculos a nivel de la estructura formal ni informal.

Remarcan que en los diferentes espacios se argumenta y contra argumenta generándose situaciones de tensión y crecimiento grupal, refieren que los aportes fundados en evidencia son bien recibidos por el grupo. En forma reiterada destacan la importancia del aporte de otros en los espacios formativos y entienden que se valoriza su aporte en el grupo. Señalan la importancia del aspecto social en la modalidad de aprendizaje identificándolo como único y que en otros contextos este tipo de aprendizaje no sucedería, “las preguntas de los otros te ayudan a mejorar el proceso de aprendizaje”, expresa la jefa de residentes.

Por parte de algunos residentes es tomado como algo positivo la formalización de las actividades “la organización es necesaria si no hay organización se deteriora la estructura” (R2₃).

Como se puede observar el alto grado de formalización en las prácticas de aprendizaje, pautadas e institucionalizadas denotan en forma predominante que el aprendizaje ocurre en la estructura formal no observándose la emergencia de comunidades de práctica en el Hospital Municipal de Bahía Blanca.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Se considera la importancia de estudiar la emergencia de comunidades de práctica en los sistemas de residencias médicas clínicas, debido a que constituyen una modalidad de trabajo y formación que ha mostrado ser adecuada para el entrenamiento de médicos egresados, habiendo sido concebidas

desde su inicio como un método de formación en servicio, que involucra un plan de trabajo programado y obliga a la realización de tareas asistenciales junto con actividades científicas y académicas.

Este tipo de comunidades favorecen un ambiente de rico intercambio de distintas experiencias que son compartidas y resignificadas por los integrantes de las comunidades de práctica estudiadas.

Es por ello que este trabajo busca delimitar si en las residencias de Clínica Médica de dos hospitales públicos de Bahía Blanca se cumplen los criterios especificados en el concepto de comunidades de práctica conceptualizado por Wenger (2003) o en que forma se hacen presentes algunos de ellos.

En la residencia de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna" encontramos dos comunidades de práctica, las denominamos R2 y R3. Analizando las distintas dimensiones especificadas encontramos que en ambas se cumplen los criterios mentados.

Respecto de las dimensiones **compromiso mutuo y emprendimiento en común y aprendizaje basado en la práctica**, se observó que en las dos comunidades de práctica identificadas ambos grupos se unen para abordar temas específicos de su praxis profesional. Se advierte como los residentes se agrupan y elaboran proyectos destinados a la generación de conocimientos de su quehacer profesional.

Sobre la dimensión **surgimiento voluntario e informal** el jefe de residentes refiere que se promueve la vinculación libre y no formalizada.

Respecto de la **identidad compartida** la misma se observa por medio de los artefactos relacionados con el espacio físico como así también la generación de nuevas formas de hacer las cosas.

La dimensión **negociación de significados** se observó por medio de las respuestas que expresan que muchas veces a partir de la discusión y la escucha del otro se generan interrogantes, inquietudes que motivan a la lectura y posterior discusión de un tema.

Con respecto al sistema de Residencias Médicas del Hospital Municipal el mismo no cumple con la condición de informalidad ni con el de asociación mutua e informal en torno al aprendizaje. Si bien encontramos que comparten algunos espacios informales, ellos no tienen como punto crítico el aprendizaje. Desarrollan una actividad de equipo pautada desde la estructura formal, es destacable que tal dispositivo de aprendizaje formal les ha permitido la adecuada viabilización de sus inquietudes laborales en los aspectos técnicos y humanos.

Como rasgos predominantes en este grupo de residentes encontramos el valor de lo humanitario por sobre el eje técnico sin descuidar este último.

Coinciden en que la residencia les permite subsanar los marcados déficits o la brecha entre la universidad y la actividad profesional. Se considera que ese dispositivo de aprendizaje les permite un cúmulo de experiencias propias y de otros que los enriquece en forma exponencial.

Como se ha podido observar el concepto de comunidad de práctica tiene impacto y utilidad en los sistemas de formación de posgrado en profesionales de la salud. Desde este punto de vista y luego del análisis realizado surgen tópicos que podrían merecer un estudio posterior, como lo serían la indagación de las causas que hacen que emerjan comunidades de práctica en uno de los hospitales sí y en el otro no, es por ello que se podrían plantear las siguientes cuestiones reflexivas: ¿Que elementos o características del contexto de los sistemas de residencias médicas son los que facilitan o dificultan la emergencia de

comunidades de practica en los hospitales objeto de estudio? O por ejemplo si estos elementos podrían ser considerados suficientes para la existencia de comunidades de práctica en otros hospitales con residencias médicas?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANTIQUERA VINAGRE, JOSÉ MARÍA Y MENÉNDEZ, ELENA ARIAS. *Sistema Sanitario y Recursos Humanos*. Ed. Díaz de Santos. 2005.
- ANTONELLO, Claudia S. RUAS, R. Formação Gerencial: Pós-Graduação Lato Sensu e o Papel das Comunidades de Prática. In: XXVI Encontro Nacional da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. *Anais...* Salvador: 2002. .
- BORREL, ROSA MARÍA. *Pensando la construcción curricular de las residencias médicas*. Organización Panamericana de la Salud. 2006.
- BORREL, ROSA MARÍA Y ROVERE MARIO. *La Formación de Posgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos*. Organización Panamericana de la Salud. 2004.
- BRAILOVSKY, CARLOS. *Aportes para un cambio curricular en Argentina. Educación Médica, evaluación de las competencias*. Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina. 2001.
- BUZZI, ALFREDO. *Pasado, presente y futuro de las residencias médicas*. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2002.
- COX, ANDREW. *What are communities of practice? A comparative review of four seminal works*. Journal of Information Science, v.31, 6, p. 527-540, 2005.
- DE SOUZA-SILVA , J.; DAVEL, E. *Da ação a colaboração reflexiva em comunidades de prática*. Em: Revista de Administração de Empresas. Sao Paulo vol 47 Nro 3, Jul/Set 2007, p.53-65.
- GIL FLORES, J. Aproximación interpretativa al contenido de la información textual. En: *Análisis de datos cualitativos: aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: PPU, 1994. P. 65-107.
- GODOY, A.. Estudio de caso cualitativo. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; KEARNEY Nick Comunidades de Aprendizaje: Un enfoque pedagógico de futuro 2001
- SILVA, A. B. da (org.). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 115-146.
- LANGE, WOLFGANG G.. *Estado Actual de las Residencias*. En el 40 Aniversario de la Jornada de Residencias Médicas organizada por la Academia Nacional de Medicina. Bs. As., 1999.
- LAVE, J.; WENGER, E. *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. New York: Cambridge University Press, 1991.
- MERRIAM, S. B. *Qualitative research and case study applications in education*. United States of America: 1998
- MAANEN, J. V. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface. *Administrative Science Quarterly*, v. 24, n. 4, Dec. 1979, p. 520-526.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2006*. 2006.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Segunda Edición. 2006.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Recursos Humanos en Salud en Argentina /2001*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Representación OPS/OMS. 2001.
- ROVERE, MARIO R. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. O.P.S. 1993.
- WEICK, Karl E. *Sensemaking in organizations*. London: Sage, 1995.

WENGER, E. *Communities of Practice and Social Learning Systems*. In. NICOLINI, D.; GHERARDI, S.; YANOW, D. (eds.). *Knowing in Organizations: A Practice-Based Approach*. New York: M.E. Sharpe, 2003. cap. 4, p. 76-99.