

Pasquaré, Claudia Gabriela; Menichelli, Fernando Manuel;

COMUNIDADES DE PRÁCTICA EN RESIDENCIAS MÉDICAS. CASO RESIDENCIA DE CLÍNICA MÉDICA EN DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE BAHÍA BLANCA

XI CONFERENCIA ARGENTINA DE EDUCACION
MEDICA

14, 15 y 16 de septiembre de 2011

Pasquaré, C. G., Menichelli, F. M. (2011). *Comunidades de práctica en residencias médicas. Caso residencia de clínica médica en dos hospitales públicos de Bahía Blanca. XI conferencia argentina de educación médica. Buenos Aires, Argentina. En RIDCA. Disponible en: <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/6761>*



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/>

2010

Claudia Pasquaré – Fernando Menichelli

Comunidades de práctica en residencias médicas.

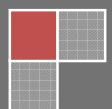
*Caso Residencia de Clínica Médica en
dos hospitales públicos de Bahía
Blanca.*

RESUMEN

Las comunidades de práctica se erigen como procesos de aprendizaje socio práctico. Los sistemas de residencias médicas se constituyen el dispositivo de formación y especialización más importante para médicos de graduación reciente. Son concebidos como sistemas fundamentalmente educativos, basados en la premisa de aprender haciendo. Si bien aún siguen siendo el mejor método para lograr el acercamiento entre el joven graduado y la práctica profesional existen diversos estudios que demuestran dificultades y brechas para la consecución de esta premisa. Es por ello que, pensando en las características de estos sistemas formativos, se ha decidido estudiar si en las residencias de Clínica Médica de dos hospitales públicos de Bahía Blanca existen comunidades de práctica, tomando como marco referencial las dimensiones delimitantes propuestas por Etienne Wenger en sus trabajos. Se utilizó un abordaje empírico cualitativo por medio del estudio de caso habiéndose detectado la existencia de dos comunidades de práctica en una de las instituciones de salud estudiadas.

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

PROFESORA: Dra. Claudia Simone Antonello



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. A través de este proceso, el residente adquiere la experiencia práctica y la capacitación técnica que lo convierten en un profesional idóneo.

En este sentido, la residencia ha sido siempre conceptualizada como un período de grandes esfuerzos en la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas que significan el crecimiento del residente a nivel humano y profesional. 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 (1999), 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.

El espacio de residencias medicas no solo brinda la posibilidad de obtener mayor formación en un ámbito específico del quehacer profesional sino que tiende a disminuir la brecha entre el aprendizaje tradicional y teórico, tornándolo hacia el eje de la practica concreta en una temática específica, de esta forma se fomenta el desarrollo de competencias profesionales concretas.

Las características descriptas 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). Se diferencia conocimiento explícito y tácito (Palony 1966). Remarcando en este la idea del aprendizaje socio practico, que emerge en las comunidades de práctica”.

Menciona también que como miradas discordantes se pueden nombrar las corrientes tradicionales en las cuales consideraban que una persona que poseía títulos poseía conocimientos de un tema (Cunha 1998 p 20) tornándolo valorizado en un mercado de trabajo (Schwalzman 2000).

Encontramos cierta relación entre la residencia médica con la idea de comunidad de aprendizaje debido a que la primera es un espacio de aprendizaje y de ejercicio profesional. Y la comunidad de aprendizaje se basa en las prácticas en relación a una actividad concreta. La idea de comunidad de aprendizaje se deriva del concepto de la comunidad de práctica descrito por Etienne Wenger 1998, quien comentó que “desde el principio de la historia, los seres humanos han formado comunidades que acumulan su aprendizaje colectivo en prácticas sociales– comunidades de práctica”. Según Wenger lo que distingue estas comunidades “es

que no consideran el conocimiento de su especialidad como objeto, es un elemento vivo de su práctica, aún cuando se documenta. El conocimiento es un acto de participación”.

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 Prácticas conceptualizado por Wenger (2003) o en qué forma se hacen presentes algunos de ellos.

A tal efecto se define el concepto y las categorías que se investigan, tratándose de describir la significación que realizan los actores seleccionados sobre estos criterios, logrando determinar la presencia de Comunidades de Práctica o si en su defecto se encuentran presentes algunos de los criterios mentados en las residencias médicas estudiadas.

En el plano teórico se adopta el abordaje socio práctico del aprendizaje organizacional.

En el plano metodológico se realiza un estudio de caso de las residencias de Clínica Médica de los dos hospitales públicos de Bahía Blanca: el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna” (HIGA) y el Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” (HMA) a través de entrevistas semidirigidas a residentes de segundo y tercer año y a los jefes de dichas residencias.

Los resultados han permitido delimitar la presencia de criterios como identidad compartida, voluntariedad e informalidad en la participación, asociación entre los integrantes, emprendimiento en común, y de negociación de significados en tales prácticas como así también caracterizarlas para estos casos en particular.

En este sentido se ha analizado el aprendizaje en comunidades de práctica como una forma que podría mejorar los déficits del sistema tradicional de aprendizaje teórico y de predominio pasivo por parte del residente posibilitando el desarrollo prospero de competencias profesionales en el campo de las mismas.

El trabajo se inicia con un análisis del marco teórico sobre el que se fundamenta la investigación de campo, reflexionando sobre el concepto de comunidades de práctica y las dimensiones que Wenger propone en su trabajo como indicadores de la existencia de las mismas. Asimismo se profundizarán algunas ideas sobre el sistema de formación de residencias médicas y su caracterización.

Luego se avanzará sobre la presentación de resultados, describiendo brevemente los aspectos metodológicos para luego avanzar con la contextualización de ellos en el marco de las organizaciones objeto de estudio y así finalmente abundar en los hallazgos realizados.

Como último segmento del presente trabajo se realizarán consideraciones finales.

REFERENCIAL TEORICO

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.

Andrew Cox (2005) en su artículo “¿Qué son comunidades de práctica? Una revisión comparativa de cuatro trabajos.” realiza un análisis comparado del concepto de comunidades de practica a la luz de la mirada evolutiva que tuvo el mismo.

Observando divergencias significativas entre los distintos trabajos analizados:

- *Aprendizaje situado: la participación legítima periférica* (Lave y Wenger, 1991), el cual hace hincapié en el aprendizaje del recién llegado como constante, activo y comprometido situando el proceso de formación de la identidad.
- *Aprendizaje organizacional y comunidades de práctica: hacia una visión unificada sobre trabajar, aprender e innovar* (Brown y Duguid 1991), el cual lleva el concepto directamente al entorno de la organización, haciendo hincapié en el papel de las comunidades de práctica en la improvisación de nuevos conocimientos ya que las pautas canónicas de trabajo demuestran ser insuficientes para "hacer el trabajo", destacando la importancia de la narrativa.
- *Las comunidades de práctica: aprendizaje, significado e identidad* (Wenger 1998) el cual se centra en la identidad social, las trayectorias de participación.
- *Cultivando comunidades de práctica* (Wenger, McDermott y Snyder 2002), es una guía para los profesionales para formar y administrar grupos informales compuestos por miembros procedentes de las fronteras funcionales para mejorar el rendimiento de la organización.

Estas obras comparten un punto en común importante: la colocación de la identidad como elemento central para el aprendizaje. Sin embargo, la mayoría de los conceptos distintivos de cada uno están a menudo ausentes en los otros. Existen importantes divergencias en la conceptualización básica de las siguientes ideas: comunidad, aprendizaje, poder, cambio, formalidad y diversidad.

A los efectos del presente trabajo es importante rescatar el de Wenger de 1998 donde muestra una serie de indicadores para identificar comunidades de práctica. Se consideran un aporte, aunque como dice Cox (2007) “sorprendentemente, los indicadores no han sido ampliamente referenciados por los investigadores posteriores”, surgiendo así la idea de que existen límites para que grupos de personas sean comunidades de practica.

En el año 2000 Wenger y Snyder definen comunidad de práctica de la siguiente manera:

“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.

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. Se considera que a través de este proceso, el joven graduado de medicina, adquiere la experiencia práctica y la formación técnica que lo convierten en un profesional idóneo. Así, aún cuando este proceso es esencialmente educativo, no puede lograrse sino mediante la ejecución directa y personal de tareas asistenciales por parte de los residentes. Es por ello que, si bien el sistema de residencias no tiene como objetivo una labor asistencial, es cierto que la presencia y colaboración de los residentes en los servicios hospitalarios, contribuye de manera a veces importante, a mejorar el rendimiento y calidad de la prestación médica.

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.

Las primeras residencias de salud en Argentina se originaron en la década de 1940. En esa época, se concebía al Sistema de Residencias como respuesta a la idiosincrasia de la formación universitaria que primaba durante aquellos años, caracterizada por una fuerte incidencia teórica en detrimento de una educación práctica, agravada por la falta de instancias de formación en servicio, ya sea de grado como de posgrado. Así fue como la residencia apareció en este medio con la finalidad de completar la formación médica universitaria bajo la forma de un sistema educativo de excelencia, con el objeto de formar especialistas.

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*.

El residente recién ingresado al sistema, comienza experimentando ansiedad ante las múltiples demandas que recibe, tanto de sus clientes internos como de sus pacientes y familiares. Esto se debe a que proviene de un sistema educativo anterior en el que, como estudiante, recibe enseñanza basada en métodos que lo consideran pasivo receptor de información, en vez de activo partícipe de su propio crecimiento intelectual. Es por ello que en esta primera etapa de la residencia, el residente comienza a “humanizarse”, tomando contacto directo con pacientes reales, sus problemas de salud y sus entornos personales, familiares y sociales. En estos primeros pasos comienza a asumir y aceptar su vulnerabilidad ante estas nuevas realidades que exceden su alcance de control. Quizás esa sea la primera competencia que el residente deberá desarrollar; poco a poco comenzará a descubrir que más allá de sus conocimientos y habilidades una gran cantidad de situaciones y enfermedades no podrán ser controladas. Más tarde, deberá ir desarrollando otras capacidades, como la de saber decir “no”, saber pedir ayuda o consejo, mantener los límites profesionales y cultivarse siempre, continuamente. La empatía, en una adecuada dosificación, es otra cualidad que poco a poco deberá ir desarrollando. Finalmente, capacidades como la de observación, autocrítica y autoevaluación, así como la de anteponer siempre las necesidades del paciente por sobre las suyas, lo llevarán al desarrollo de un perfil profesional maduro.

En síntesis, la residencia comienza con un período de fuerte crecimiento mediante la adquisición de nuevas competencias y avanza con el posterior desarrollo de las mismas, promoviendo la consolidación del nuevo profesional. Pero, desde este punto de vista, se considera a la residencia como algo más que un sistema para la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos. Consiste también en el desarrollo de actitudes y capacidades que implican un crecimiento a nivel humano y profesional. Un buen Programa de residencia debe especificar cuáles son esos conocimientos clínicos, las destrezas, los valores y las actitudes que los estudiantes deben adquirir y desarrollar durante su estadía en el sistema.

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. El contacto diario con los pacientes, la posibilidad de observar y seguir la evolución de los mismos, contar con el apoyo y asesoramiento de profesionales con mayor experiencia y el respaldo brindado por toda una estructura hospitalaria, permiten posicionar a este sistema como una experiencia formativa única y de primer orden en el ámbito de salud.

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

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, la gran innovación y adelantos continuos de la medicina así como la particularidad de 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.

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

Dichas entrevistas fueron de carácter semiestructurado lo cual permitió, por un lado delimitar los campos a indagar como así también que los entrevistados brinden la información que ellos consideren pertinente sobre los temas abordados, buscando estructurar en forma predominante el campo de estudio. Se busco darle dimensiones a las variables especificadas por Wenger a través de diferentes preguntas que indagaron sobre cada una de ellas. (Ver Anexo I).

Con los jefes de cada uno de los Servicios se mantuvieron contactos de tipo telefónicos destinados al ingreso a las respectivas organizaciones.

Cada entrevista se mantuvo en un tiempo de 40 minutos a una hora habiéndose realizado en las instalaciones propias de cada Hospital en particular, lugares en los cuales transcurre la vida laboral de los residentes. Es destacable señalar que hubo interrupciones, las mismas fueron consideradas como fuentes de información tenida en cuenta como parte del contexto particular en el cual trascurrió la investigación, que en forma singular le brinda una significación peculiar al proceso y a la forma de trabajo de cada servicio.

Este estudio de tipo empírico se baso en el análisis del discurso tanto en los contextos formales de evaluación como así también en los informales en los cuales transcurre el proceso.

Resultados de la investigación

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 permitirseles 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.

Uno de los aspectos relevantes a consignar, debido a que podría ser considerado como un indicador relacionado con el fenómeno que se desea abordar a través de este trabajo es la mayor facilidad en el acceso y formalidad que encontramos en el HMA. La misma permitía transcurrir con mayor celeridad por el presente proceso de investigación presentado un escenario más estable y programado. Las autoridades pertenecientes a este hospital solicitaron que se expliquen los motivos y en forma sucinta la metodología y objetivos, también expectantes por los resultados de la investigación en curso.

En el HIGA los contactos fueron más costosos. Algo a destacar es la reiterada solicitud de repetir que es lo que se hace, con qué metodología, etc. poniéndose énfasis en la búsqueda de mayor meticulosidad y cientificismo por parte de los entrevistadores. Tal característica transmitía la sensación de rendir una especie de acreditación por parte de los entrevistadores.

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 pequeño 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. Refieren que el tipo de actividad intensa en la cual transcurre su formación profesional los lleva en forma constante a pensar en como mejorar su acción debido a la naturaleza compleja y vital del trabajo que realizan.

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). Se observa una frase textual escrita en una hoja que cuelga de la pared de esa habitación “el boliche de la 11”, también existen encuentros informales en el café, aunque no está tan bien visto por el jefe del servicio suelen repetir. Dependiendo de la urgencia del caso también se reúnen en los pasillos del hospital.

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 descripto que se los permitiría.

En estas charlas debaten diferentes temas, en general relacionados con casos de la sala de internación donde 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, sino solo la transferencias de conocimientos, sin embargo por las descripciones indirectas 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 así 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 Martin (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.

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

En la residencia del Servicio de Clínica Medica de este hospital 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 necesario para el adecuado desarrollo de esta actividad que cada uno de los residentes haya leído el tema y explican que si todos se comprometen la actividad se vuelve muy constructiva abriéndose al debate y a la discusión de temas relativos a su práctica profesional, medicina basada en evidencia, artículos, trabajos. Es mal visto por el grupo el no leer “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 prevalentes de consultorio” (R3₂). Esta actividad es denominada por ellos como actividad académica remarcan que aprenden a buscar fuentes científicas de los temas a desarrollar expresando 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 tal como lo hacen en la actualidad con temas como Delirium y Demencia, se elevan al comité de investigación para darles viabilidad “Considero que es la única forma para formarnos, atravesar una residencia” (R3₁).

Se destaca la función de los ateneos intra hospitalarios 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 inter hospitalarios 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 según refieren 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 “En la actualidad propusimos un protocolo en pacientes Diabéticos con el objetivo de mejorar el control y tratamiento de ellos, ahora vamos a evaluar en forma sistemática si en realidad da resultados positivos, que es lo que nosotros pensamos, pero sin llegar a corroborarlo con datos duros” (R3₃). Esta metodología habría sido aplicada en la sala, tal iniciativa nace a partir de la lectura de un artículo en el cual encuentran este protocolo y lo implementan luego del debate, “buscamos una rehabilitación mas rápida y efectiva, menos tiempo de internación, mayor control” (R3₃).

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) también remarcando que enriquece la practica en su trabajo.

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

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.

CONSIDERACIONES FINALES

Se considera la importancia de estudiar la emergencia de comunidades de practica en los sistemas de residencias medicas 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 la participación en actividades científicas y académicas.

La práctica y la teoría presentan complementariedad; una delimita la dimensión del conocimiento explícito que implica un acto posterior de reflexión sobre aquello realizado en la praxis. Este tipo de comunidades favorecen un ambiente de rico intercambio de distintas experiencias que son compartidas y re significadas 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 practica 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 practica identificadas ambos grupos se unen para abordar temas específicos de su praxis profesional. Se escucharon frases como “me llevo lo mejor de cada una de sus experiencias” “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). Los tres R3 plantean que tienen como proyecto reciente planificar espacios de debate bibliográficos articulándolos con casos, formalizando el espacio y el tiempo como así también roles a desempeñar en el proceso 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, expresa que su intención ha sido no exagerar en relación a la organización vertical y que esto se ha logrado. Una residente menciona “A partir del segundo año nos apoyamos más entre nosotros, es parte de lograr la autonomía, de tomar decisiones” (R2₁).

Respecto de la **identidad compartida** la misma se observa por medio de los artefactos relacionados con el espacio físico más específicamente lo referido al “Boliche de la 11” como así también la generación de nuevas formas de hacer las cosas. La frase “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” podrían demostrar que tal clima de intimidad está apoyado en códigos compartidos.

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. Una frase emitida por una R2 evidencia los procesos de negociación que transcurren en la comunidad de práctica de pertenencia: “me llevo lo mejor de cada una de sus experiencias” (R2₃).

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 cumulo 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 practica 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 medicas 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.

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.

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.

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.

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.

ANEXO I: PROTOCOLO DE ENTREVISTA ADMINISTRADO

¿En el sistema de residencias médicas se reúnen de manera informal por fuera del ámbito del trabajo participando de actividades auto convocadas?

¿Podría identificar cuales son esos espacios, donde transcurren, cuanto tiempo comparten?

¿Desde cuando se realizan estas practicas?

¿Como describiría los vínculos e interacciones que se establecen en el grupo?

¿En los espacios comunes de la residencia participa de reuniones convocadas por el mismo grupo o por parte del grupo de residentes?

¿Cuales son los temas o tópicos que abordan?

¿Lo hace con la intención de profundizar en algún tema relativo a su práctica profesional?

¿Desarrollan proyectos? ¿Comparten ideas? ¿Cuales?

¿Buscan generar nuevo conocimiento? ¿Considera que se produce nuevo conocimiento?

¿Considera que se produce conocimiento innovador?

¿Se enriquece su práctica profesional?

¿Que intereses perseguía al incluirse en este grupo? ¿Respondían a una directiva o política institucional? ¿Buscaba resolver situaciones de su práctica profesional o perfeccionarla?

¿Como nace su aproximación e inclusión en este grupo? ¿Como la caracterizaría?

¿Este grupo es una referencia en cuanto a su práctica profesional?

¿Comparte valores con ellos? ¿Cuales?

¿Considera que tienen rasgos comunes que diferencian a sus integrantes de otros grupos formales o informales? ¿Cuales son?

¿Considera que su repertorio de experiencias ha crecido desde de la participación en el grupo?

¿Cree que ha modificado su forma de trabajo a partir de la participación en este grupo?

¿Cree que a re significado experiencias profesionales del pasado?

¿Considera que se produce un ambiente de tensión que facilita o fomenta la generación de nuevas ideas?

Considera que valoran su aporte, usted valora el aporte de los otros en relación a su práctica profesional?

¿Considera a este tipo de participación una experiencia social de aprendizaje?