

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
ORGANIZADORA

Tutoría en Programas de Residencia: Enseñanza, Investigación y Gestión



CEPESC
EDITORIA

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
ORGANIZADORA

**Tutoría en Programas de Residencia:
Enseñanza, Investigación y Gestión**

Rio de Janeiro

2018

**INSTITUTO DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA,
FUNDACIÓN OSWALDO CRUZ**

Director: Rodrigo Murtinho de Martinez Torres

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL, UNIVERSIDAD DEL ESTADO DE RIO DE JANEIRO

Directora: Gulnar Azevedo e Silva

Editores Científicos

Aluisio Gomes de la Silva Jr.
Celia Regina Pierantoni
Jane Araujo Ruso
Maria Luiza Heilborn
Mario Roberto Dal Poz
Roseni Pinheiro
Sergio Carrara

Consejo Editorial

Andre Rango Rios
Benilton Carlos Bezerra Jr
Cid Manso de Mello Vianna
Claudia de Souza Lopes
Claudia Leite de Moraes
George Edward Machado Kornis
Gulnar Azevedo y Silva
Jane Araujo Ruso
Maria Luiza de Amorim Heilborn
Michao Eduardo Reichenheim
Roseni Pinheiro

CEPESC Editora

Editora del Centro de Estudios, Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud Colectiva

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar

Maracanã - Rio de Janeiro - RJ – CEP 20550-013

Teléfonos: (xx-21) 2334-0235 anexo 108

URL: www.ims.uerj.br/cepesc

Dirección electrónica: publicacoes@ims.uerj.br

CEPESC Editora es socia efectiva del Sindicato Nacional de Editores de Libros (SNEL) y afiliada a la Asociación Brasileña de Editoras Universitarias (ABEU).

ADRIANA CAVALCANTI DE ÁGUIAR (*ORGANIZADORA*)

**TUTORÍA EN PROGRAMAS DE RESIDENCIA:
ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN**

1a. edición portugués / 2017

1a. edición español / 2018

Edición electrónica: ***Paulo Sergio Silva Araujo***

Revisión y supervisión editorial: ***Ana Silvia Gesteira***

Normalización de referencias: ***Carla Broseghini Moreira de Carvalho***

Traducción para español: ***MVP Words***

Esta publicación contó con el apoyo de:



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Indexado en la base de datos LILACS.

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

**CATALOGACIÓN EN FUENTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB-C**

A282

Aguiar, Adriana Cavalcanti de

Tutoría en Programas de Residencia: enseñanza, investigación y gestión/Adriana Cavalcanti de Aguiar (Organizadora). Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017.

207p

ISBN 978-85-9536-009-9

1. Educación Médica. 2. Tutoría. 3. Internado y Residencia. 4. Desarrollo de Personal. I. Título.

CDU 37:61

Agradecimientos

La coordinación del equipo de investigación **“Tutoría en Programas de Residencia en Brasil y España: enseñanza, investigación y gestión”** agradece el apoyo de las siguientes personas e instituciones:

Asociación Brasileña de Educación Médica; Alberto Infante; Aline da Silva Alves; Amparo Ortega del Moral; Ana Silvia Gesteira; Carla Carvalho; Centro de Estudios, Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud Colectiva; *Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria* (España); Consejería de Salud de Andalucía; Denise Fernandes Leite; Dulce Helena Chiaverini; Edgar Bermejo; Eliana Maria de Oliveira Sá; Epifanio de Serdio Romero; *Escuela Andaluza de Salud Pública* (Granada); *Escuela Nacional de Sanidad* (Madrid); Fátima Scarparo Cunha; Felipe Proença de Oliveira; *Fundación Carolina*; Gabriel Priego Vico; Guilherme Loureiro Werneck; Hésio de Albuquerque Cordeiro; Jefferson da Costa Lima; José María Sanchez Bursón; José-Manuó Freire; Josué Laguardia; Leonardo Oliveira da Silva; María Ángeles Álvarez Herrero; Mariano Hernán; María Regina Cavalcanti de Aguiar; Mônica Durães; Organización Panamericana de la Salud; Roberto José Ávila Cavalcanti Bezerra; Rosani Pagani; Secretaria de Gestión de Trabajo y Educación en Salud/Ministerio de Salud; Sergio Minué Lorenzo; *Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*; Suzana Maciel Willaume; Teresa Martínez Cañavate; Verónica Casado Vicente; Vinícius Belchior Asef Neto y Wildes Fernando Tupinambá.

Y a todos los coordinadores de programas, tutores, gestores, residentes y técnicos administrativos que trabajan para garantizar la oferta de formación de buena calidad y que hallaron tiempo para contribuir para la realización de la investigación.

Dedicatoria

Dedico ese trabajo a mi padre, Profesor Edson Schettine de Aguiar, que diligentemente orientó su vida de educador la construir puentes: de conocimiento, de afecto y de respeto, en nombre del entendimiento entre personas y grupos, en el que fue muy exitoso.

Equipo de Investigación

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR (COORDINADORA)

ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

CONCEPCIÓN GANDARA PAZO

DENISE ESPIÚCA MONTEIRO

DULCE HELENA CHIAVERINI

ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO

ELIANE BERINQUÉ BRAGA

EPIFANIO DE SERDIO ROMERO

GUILHERME CANEDO BORGES

IRENE ROCHA KALIL

JOÃO JOSÉ BATISTA DE CAMPOS

MARIA ÁNGELES ÁLVAREZ HERRERO

PEDRO HENRIQUE FREITAS MARTINS DE MOTA

WILSON COUTO BORGES

Consultores: Amparo Ortega del Moral y José Maria Sánchez Bursón

Dirección para correspondencia: adriana.aguiar@post.harvard.edu

Autores

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

Médica, máster en Salud Pública, máster y doctora en Educación, investigadora del Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica (ICICT) de la Fundación Oswaldo Cruz (Ministerio de Salud) y del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro; profesora visitante en el European Master of Public Health, École des Hautes Etudes en Santé Publique.

ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

Cirujana-dentista, máster en Odontología, doctora en Educación.

ALBERTO INFANTE

Médico, doctor en Medicina y Cirugía, profesor jubilado de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III (Madrid).

AMPARO ORTEGA DEL MORAL

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Clínica Gran Capitan, Granada. Tutora unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada. Coordinadora grupo de trabajo Atención a la salud reproductiva de las mujeres de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Coordinadora de la unidad de formación e investigación del Distrito Sanitario Granada 2007-2014.

CONCEPCIÓN GANDARA PAZO

Médica, máster y doctora en Salud Colectiva.

ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO

Enfermera, máster y doctora en Salud Colectiva, profesora asociada del Departamento de Enfermería de Salud Pública, de la Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Rio de Janeiro (UFRJ); coordinadora del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Familiar y Comunidad de la UFRJ.

ELIANE BERINQUÉ BRAGA

Estadística, máster y doctora en Salud Colectiva; técnica del Departamento de Gestión Hospitalaria en el Estado de Rio de Janeiro (DGH-RJ/SAS/MS).

EPIFANIO DE SERDIO ROMERO

Médico, especialista en Medicina de Familia y Comunidad, jefe de estudios de la Unidad Docente de Sevilla (España).

JOÃO JOSÉ BATISTA DE CAMPOS

Médico, máster en Medicina Preventiva, doctor en Salud Colectiva; profesor asociado del Departamento de Salud Colectiva de la Universidad Estatal de Londrina (UEL).

JOSÉ-MANUEL FREIRE

Médico, máster en Medicina Comunitaria, máster en Administración en Salud, jefe del Departamento de Salud Educacional de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III (España).

JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ BURSÓN

Abogado, director del Instituto Andaluz de Administración Pública, Junta de Andalucía (España).

MARIA ÁNGELES ÁLVAREZ HERRERO

Pedagoga. Secretaria de la Comisión de Docencia de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla, Servicio Andaluz de Salud (España).

PILAR CARBAJO

Médica, subdirectora adjunta de la Dirección General de Ordenación Profesional, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).

ROSANI PAGANI

Psicóloga, especialista en Gestión Clínica, máster en Salud Pública, coordinadora nacional de Residencia en el área profesional de Salud, Departamento de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud (Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud/ Ministerio de Salud).

VICTORIA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

Pedagoga, máster en Administración de Sistemas Educativos y doctora en Educación; profesora asociada de la Universidad Federal de Rio de Janeiro.

WILSON COUTO BORGES

Periodista, máster en Ciencia Política, doctor en Comunicación, investigador del Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica (ICICT) de la Fundación Oswaldo Cruz (Ministerio de Salud).

SUMARIO

Presentación	09
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR	
1. Introducción a la investigación “Tutoría en Programas de Residencia en Brasil y en España: Enseñanza, Investigación y Gestión”: premisas, opciones metodológicas y caracterización de los participantes	11
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR, WILSON COUTO BORGES, ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO, ELIANE BERINQUÉ BRAGA E IRENE ROCHA KALIL	
2. Referencias político-institucionales y normativas de la oferta de programas de residencia en Brasil	32
ELAINE FRANCO DE LOS SANTOS ARAUJO, ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR, ROSANI PAGANI, VICTORIA MARIA BRANT RIBEIRO Y ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO	
3. Características y perspectivas del modelo español de formación de médicos residentes	49
JOSÉ-MANUEL FREIRE, ALBERTO INFANTE, ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR Y PILAR CARBAJO	
4. Experiencias, percepciones y motivaciones de tutores de residencia brasileños y españoles	60
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR, ELAINE FRANCO DE LOS SANTOS ARAUJO, ELIANE BERINQUÉ BRAGA Y WILSON COUTO BORGES	
5. Producción de conocimiento en servicios de salud y la formación de residentes en Brasil y España: desafíos de la tutoría	97
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR, AMPARO ORTEGA DEL MORAL	
6. Gestión y tutoría en Residencia en Medicina de Familia y Comunidad en una comunidad autónoma de España	116
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR, EPIFANIO DE SERDIO ROMERO, JOÃO JOSÉ BATISTA DE CAMPOS, CONCEPCIÓN GANDARA PAZO Y MARIA ÁNGELES ÁLVAREZ HERRERO	
7. Gestión de programas de residencia: desafíos actuales en el trabajo de coordinadores brasileños	144
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR	
8. Perspectivas de la ordenación de la formación profesional para cumplir con las necesidades de salud: análisis de elementos jurídico-normativos de la especialización en medicina en Brasil y España	168
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR Y JOSÉ MARIA SÁNCHEZ BURSÓN	
9. Reflexiones y perspectivas sobre la formación especializada en salud a partir de la investigación “Tutoría en Programas de Residencia en Brasil y en España: Enseñanza, Investigación y Gestión”	184
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR	

Presentación

Desde el 2011 he investigado la formación de residentes, buscando comprender el punto de vista de los tutores y los contextos de formación en que actúan. Investigando inicialmente la formación de médicos de familia españoles, pude ampliar mi visión a la tutoría en Brasil, en ambientes de prestación de servicios de atención primaria y hospitalaria. Es por esto que con gran alegría presento este libro con los primeros resultados de la investigación “Tutoría en Programas de Residencia en Brasil y en España: enseñanza, investigación y gestión”.

Fue necesario mucho apoyo y muchos agradecimientos se deben, para la que nuestro equipo realizara este estudio en los dos países, en diversos escenarios de práctica y con las respuestas de los propios tutores a centenas de cuestionarios.

Compromiso, creatividad, pasión por la enseñanza, estrategia, pero también explotación y hasta violencia inciden en el cotidiano de esos profesionales. Los contextos cambian, sea apuntando para políticas de salud más inclusivas y ciudadanas, pero también aportando amenazas de pérdida de derechos y empeoramiento de las condiciones de trabajo.

¿Qué motivos llevan estos profesionales de salud a cuidar de la formación de las nuevas generaciones, en paralelo con la prestación de servicios, muchas veces en condiciones muy diferentes del ideal? ¿Cómo deben actuar los sistemas públicos de salud para valorizar y capacitar a esas personas, dividiendo recursos con las actividades asistenciales? ¿Cómo enfrentar las tensiones entre teoría y práctica en la construcción de nuevas relaciones entre enseñanza y servicios? ¿Cuál es la contribución de las residencias para la calidad del cuidado? Muchas preguntas se colocan, y todavía son pocos los datos disponibles.

Nuestros resultados retractan avances importantes obtenidos en los últimos años, y también reflejan riesgos incluidos en la situación de crisis económica y contención de recursos. Contribuirán, esperemos, para inspirar esfuerzos en la dirección de la profesionalización de la enseñanza en servicios, con todo lo que propicie en términos de mejoramiento de las condiciones de enseñanza y fortalecimiento de los vínculos de trabajo. Los comentarios son bienvenidos, también contribuciones y críticas; estos pueden ser dirigidos al correo electrónico adriana.aguiar@post.harvard.edu.

1. Introducción a la investigación “Tutoría en Programas de Residencia en Brasil y en España: Enseñanza, Investigación y Gestión”: premisas, opciones metodológicas y caracterización de los participantes

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
WILSON COUTO BORGES
ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO
ELIANE BERINQUÉ BRAGA
IRENE ROCHA KALIL

Introducción

El acceso universal a servicios de salud de calidad, organizado a partir de una concepción ampliada de la determinación del proceso salud-enfermedad, demanda que los sistemas de salud cuenten con profesionales aptos en la identificación y cuidado a las necesidades de individuos, familias y comunidades. Actualmente, la acción articulada, en los diferentes niveles de atención a la salud, exige competencias profesionales aún poco privilegiadas en los currículos de grado en salud.

En Brasil, con la creación de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), por parte del Ministerio de Salud, se hizo aún más evidente la disociación entre las necesidades del Sistema Único de Salud (SUS) y la preparación de profesionales para actuar en la Atención primaria de salud (APS). Además, para viabilizar la ESF, la atención especializada debe estar disponible y pautarse de acuerdo a los principios de la integralidad y uso racional de recursos. Toda esa articulación de acciones de salud demanda la revisión de procesos de educación en salud, incluyendo la educación permanente de los equipos.

Las políticas públicas fueron creadas para mejorar la formación profesional y apoyar los cambios en la asistencia. En el 2004, se estableció la Política Nacional de Educación Permanente (BRASIL, 2004), que estimula la problematización del proceso de trabajo y orientaciones de desarrollo profesional en los servicios, mediante esfuerzos conjuntos de gestores, docentes, estudiantes y profesionales con participación de la comunidad. En el 2006, fue lanzada la Política Nacional de Atención Básica, estableciéndose la revisión de directrices y normas para la organización de la Atención Básica, siendo revisada en el 2011, valorizando la problemática de la fuerza de trabajo (BRASIL, 2006). En el 2009, el Departamento de Gestión de la Educación en la Salud (DEGES),

de la Secretaria de Gestión de Trabajo y Educación en Salud (SGTES/ Ministerio de Salud), creó el Programa de Apoyo a la formación de Médicos Especialistas en Áreas Estratégicas (Pro-Residencia) y el Programa Nacional de Becas para Residencias Multiprofesionales y en el Área Profesional de Salud. Promovió además, cambios en la relación de las universidades con los servicios del SUS en los municipios, conforme preconizado en las Directrices Curriculares Nacionales para Cursos de Grado (DCN) en el área de salud, homologadas entre el 2001 y 2004 (y revisadas, en el caso de Medicina, por el Consejo Nacional de Educación, en 2014).

En ese contexto dinámico, la investigación “Tutoría en Programas de Residencia: Enseñanza, Investigación y Gestión” (PREPG, en portugués) investigó la formación a nivel de posgrado en el formato residencia en dos países: Brasil y España. En ambos países fue estudiada la formación en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), siendo que en Brasil la investigación incluyó además la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (que no existe en España). Considerando que, desde el establecimiento del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM) (BRASIL, 1983), las políticas públicas buscan incorporar elementos de calidad y humanización en la atención a la salud de la mujer en Brasil (AGUIAR, 1996), la Investigación PREPG, al investigar la formación en escenarios predominantemente hospitalarios, escogió la salud de la mujer por su gran relevancia social y sanitaria. Del mismo modo, estudió también la Residencia en Ginecología y Obstetricia, la Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer y la Residencia en Enfermería Obstétrica.

Las acciones para articular servicios e instituciones de enseñanza también se dan en España, que obtuvo avances en la inducción de la formación de médicos mediante la estrategia de selección de residentes, a través del Programa MIR/EIR (Médicos Internos y Residentes/ Enfermeros Internos y Residentes). Allá, el Ministerio de Sanidad estipula anualmente, después de la auscultación de las comunidades autónomas y otros interesados, la distribución de plazas de residencia, por especialidad, considerando las necesidades del Sistema Nacional de Salud (SNS). Como será presentado, España avanzó bastante en la organización del proceso formativo en nivel posgraduado (aunque enfrente dificultades para articular el grado con la residencia). Algunas de las soluciones allí encontradas para conferir coherencia y calidad a la

formación de residentes pueden ayudar a reflexionar sobre el contexto latinoamericano y sus posibles desdoblamientos.

Roles y desafíos enfrentados por los tutores

Para miles de profesionales recién graduados que anualmente ingresan en programas de residencia, las relaciones que establecen con los tutores, equipos y usuarios van a impactar su práctica futura. Los tutores actúan como ejemplos (*role models*) y promueven el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes, en un proceso formativo caracterizado por la capacitación en servicios, que ocurre en situaciones complejas de interacción, involucrando tutores, residentes, profesionales de varias áreas de conocimiento, pacientes e instituciones, desempeñando el tutor un papel elemental (WUILLAUME, 2000).

El profesional responsable por el cuidado de los pacientes acumula la función de educador, estableciendo las bases de la relación educador-educando en los servicios de salud (HEFLIN et al., 2009), en ambientes presionados por exigencias de productividad. En tiempos recientes, la diferencia entre docentes y profesionales que actúan en servicios y también enseñan se viene haciendo menos visible (WALLING; SUTTON; GOLD, 2000).

En el 2011, la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM) publicó el sétimo número de los “Cuadernos de la ABEM” con el tema de residencia médica. En este, Nunes et al. (2011, p. 35) argumentan que la “supervisión apropiada es el punto clave de esa estrategia de capacitación para la profesión médica”, motivo por el cual la tutoría necesita ser profesionalizada, aunque “increíblemente, la residencia médica (...) no incluye un programa y tácticas de reconocimiento, calificación, certificación y remuneración de la supervisión”. Los autores argumentan que las reglas que establecen criterios para el ejercicio de la tutoría¹ son insuficientes y “seguramente necesitan ser mejorados” (NUNES et al.,

¹ Las reglas exigen el título de especialista, estableciendo que la “proporción de tutores por médico residente es de dos médicos residentes por tutor con contrato de 20 horas semanales de trabajo, el de seis médicos residentes por tutor con contrato de 40 horas semanales de trabajo” (NUNES et al., 2011, p. 37).

p. 37). También fueron observados por Soares et al., (2013) vacíos en la odenación de la formación, en la publicación de ABEM que sistematiza acciones de formación de tutores.

Wuillaume (2010) caracterizó la tutoría como “un proceso de mediación”, demandando del tutor “conocimiento, sensibilidad, buen sentido, creatividad e improvisación” (WUILLAUME, 2010, p. 136). Mencionó analogías entre la formación de los residentes y el método de la “problematización” creado por Paulo Freire (2010), que viene siendo adaptado a la formación en salud en contextos innovadores (BERBEL, 1998). Soares et al. (2013) van más allá en la descripción de la complejidad de las actividades y atributos de tutores:

El tutor debe extraer de las situaciones complejas y contradictorias de su ejercicio profesional diario la posibilidad de superar obstáculos y construir alternativas de solución. Ejercer una estrategia educativa que favorezca una actitud reflexiva y emancipadora. El tutor debe tener la capacidad de integrar conceptos y valores de la escuela y del trabajo, ayudando al profesional en formación a desarrollar estrategias factibles para resolver los problemas cotidianos de la atención de la salud. Supervisar y orientar en el proceso de decisión en los principios éticos y morales de la profesión. Por la naturaleza y extensión de las relaciones desarrolladas entre tutores y nuevos profesionales, el tutor puede tener, además de la función de enseñar, la de aconsejar, inspirar e influir en el desarrollo de los menos experimentados. Muchas veces, los tutores sirven de modelo para el desarrollo y crecimiento personal de los recién-graduados y además, auxilian en la formación ética de los nuevos profesionales durante determinado período de tiempo, funciones típicas de un mentor” (p. 16-17).

En España, fue pactado un programa oficial para cada especialidad, aprobado por la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) y por los Ministerios de Salud y Educación, avanzando en la organización de la formación profesional. En el caso de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), el programa oficial destaca el papel de los tutores en planificar, estimular, dirigir, acompañar y evaluar el proceso de aprendizaje del residente. Sus atribuciones incluyen: ser el interlocutor de referencia y, por lo tanto, realizar un trabajo de acogida e aportación de información, resolución de conflictos y protección de los derechos del residente. El tutor debe además favorecer el autoaprendizaje y responsabilidad progresiva del residente, fomentar su actividad docente e investigadora, además de ser el principal responsable por la evaluación formativa o continua,

participando activamente en la evaluación anual/certificativa.

Además de la enseñanza-aprendizaje de la teoría y práctica de la especialidad, iniciativas brasileñas y españolas valorizan el desarrollo de investigaciones en los servicios de salud como elemento de la formación de residentes. El programa de la especialidad de MFyC español orienta la inclusión de conocimientos y habilidades en metodología de la investigación, orientada a la identificación de necesidades de salud y definición de prioridades, mediante el uso de entrevistas y focus groups, así como para evaluación de acciones en la comunidad e identificación de recursos disponibles para la promoción de la salud. De esta forma, además de la responsabilidad de fortalecer el puente entre el servicio y la institución de enseñanza y garantizar la continuidad del proceso asistencial, se espera que el tutor también se califique en aspectos de metodología de la investigación.

Para la Asociación de Escuelas de Medicina de Europa (ASME), la educación continua no será suficiente si la formación no invierte en habilidades de investigación, ya que el incremento de conocimiento y las transformaciones institucionales serán considerables en las próximas décadas:

Enseñanza e investigación en ambientes comunitarios y hospitales universitarios deben verse como [...] dos lados complementares de la misma moneda. Las escuelas de medicina deben identificar y planificar la enseñanza para las necesidades del siglo XXI, proporcionando las habilidades que permitan que los profesionales de salud se adapten a los cambios en los patrones de enfermedades, atención a la salud, crecimiento en las demandas de los pacientes, preparándolos de esta manera para futuros desafíos del cuidado de la salud (ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE, 2014).²

Con tantos matices permeando la enseñanza-aprendizaje en servicios de salud, es necesario también conocer a los protagonistas y mecanismos involucrados en la gestión de las residencias, coordinadores que a su vez son sometidos a la estructura normativa de cada país. Ese componente de la oferta de programas de residentes también estuvo presente en los intereses de la presente investigación.

² ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE. Disponible en: <<http://www.amse-med.eu/documents/NewLisbondeclaration.pdf>>. Acceso: 15 de agosto de 2014.

El objetivo general de la Investigación PREPG fue el de analizar experiencias y percepciones de los tutores en la formación de residentes en el área de Salud Familiar (Brasil y España) y la Salud de la Mujer (Brasil). La investigación definió como objetivos específicos: **a)** describir el perfil y las actividades de tutores en la atención a la salud, enseñanza-aprendizaje-evaluación, e investigación en servicios; **b)** comprender las percepciones de los tutores sobre su práctica y condiciones de trabajo, principales dificultades enfrentadas y necesidades identificadas en su cotidiano; **c)** analizar el contexto político-institucional en el cual ocurre la formación de residentes; y **d)** describir los mecanismos y herramientas adoptadas para la ordenación y gestión de la formación especializada (Residencia) en Brasil y en España.

Se estableció la inclusión de programas de residencia en las siguientes áreas: **1)** Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria (RMFC) (Brasil y España); **2)** Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia (RMGO); **3)** Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (RMSF); **4)** Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer (RMSM); y **5)** Residencia en Enfermería Obstétrica (REO).

En enero de 2014, la coordinación de la investigación recibió la carta de aceptación del pedido de financiamiento por la Organización Panamericana de la Salud (OPAS), y definió al equipo responsable por la recolección y análisis de datos, previo uso de métodos cualitativos y cuantitativos.³ Paralelamente, fueron tomadas algunas medidas para dar visibilidad pública al estudio y fomentar la participación de los sujetos de investigación. Con este objetivo, fueron creados una *página web* y un correo electrónico institucional, además de material impreso de divulgación (en formato de marcador de libro).

El proyecto fue aprobado en el Comité de Ética en Investigación (CEP), de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), habiendo sido definida la garantía de anonimato de los participantes. En la elaboración y

³ Desgraciadamente una de las coordinadoras de la investigación, la Prof. Dulce Helena Chiaverini, falleció antes de la creación del equipo de investigación, dejando mucha nostalgia. Entre la formulación del proyecto y la operacionalización del estudio, estuvieron involucradas regularmente cerca de diez personas.

pruebas del cuestionario electrónico, en su versión en portugués y español⁴, el equipo de investigación contó con el apoyo de profesionales del área de Tecnología de la Información del Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud (ICICT/Fiocruz). Luego de varias reuniones, con el instrumento pre-probado y finalizado, se estableció que los tutores declarantes del componente cuantitativo de la investigación recibirían un correo electrónico con un *link* que daría acceso al Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) y al cuestionario. Luego de indicar su concordancia en el TCLE y el recibimiento de copia de ese documento vía correo electrónico, el participante obtenía acceso al cuestionario.

La principal dificultad de la recolección de datos cuantitativos fue el acceso a los declarantes brasileños, por la inexistencia de un registro general disponible. Conscientes de que las recolecciones de datos mediadas por internet sufren los efectos de la distancia entre investigadores e investigados, el equipo decidió seleccionar programas apoyados por el Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Médicos Especialistas en Áreas Estratégicas (Pro-Residencia) y que por lo tanto, establecen contacto regular con el Ministerio de Salud (BRASIL, 2009), que puso a disposición las informaciones de contacto y recomendó el estudio a los coordinadores de programas apoyados (a través de oficio del director del Departamento de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud - DEPREPS/SGTES). Con base en los edictos de apoyo⁵ lanzados hasta aquella fecha, el equipo de investigación consolidó los datos recibidos (de identificación de los programas y respectivos coordinadores) en una planilla con 171 programas, en las cinco áreas de conocimiento de interés del estudio. Después la exclusión de las duplicaciones y programas inactivos, se identificó un universo de 153 programas en actividad en Brasil.

Los datos fueron recogidos mediante la aplicación de cuestionarios electrónicos estructurados en portugués y español, llenados *online* por

4 El desarrollo de los cuestionarios se inició aún en el 2011 en España. Con apoyo de la *Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*, instancia asesora del Ministerio de Salud Español, fue realizado un estudio piloto con 12 tutores. Posteriormente, el cuestionario fue revisado y ampliado.

5 Lo que en Brasil significó ser contemplados con apoyos previstos en los edictos 07, 08, 18 y 19 (Residencias Médicas) y edictos 17, 19, 21, 24, 28 y 29 (Área Profesional).

tutores en actividad. La mediación de los coordinadores de programas fue indispensable para establecer contacto con los declarantes (tutores). El contacto del equipo de investigación con los coordinadores implicó el envío de inúmeros correos electrónicos y llamadas. Pocos coordinadores de programas (aún entre aquellos que dispusieron los contactos de tutores) informaron el número total de tutores actuantes en el programa. Debido a la indisponibilidad de un registro de los programas de residencia brasileños con listado de los tutores actuantes, no fue posible utilizar técnicas de muestreo probabilístico para selección de los tutores entrevistados ni realizar pruebas estadísticas para verificar la significancia de los resultados (TRIOLA, 2008). Por eso, solo fueron utilizadas para análisis de datos las medidas de frecuencias.

En España, con apoyo de la *Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria* (SAMFyC), todos los tutores actualmente en actividad fueron invitados a participar en la comunidad autónoma de Andalucía. La elección de esta comunidad autónoma resulta del alto grado de regulación de las políticas de formación especializada, en el ámbito del “*Plan Estratégico de Formación Integral*” (CONSEJERÍA DE SALUD DE ANDALUCÍA, 2009) en el cual la residencia desempeña un papel importante. La recolección de datos contó con el apoyo de todos los “jefes de estudio” (coordinadores de programa a nivel provincial) de las ocho provincias andaluzas, que hicieron la mediación entre el equipo de investigación y los declarantes del cuestionario.

En ambos instrumentos las cuestiones fueron organizadas en dos dimensiones denominadas: “caracterización del proceso de trabajo” y “percepciones sobre la tutoría”. En la versión brasileña cada dimensión se compuso por 25 cuestiones, mientras que en la versión española 24 cuestiones fueron destinadas la primera dimensión y 23 estructuraron la segunda dimensión del cuestionario. Estas diferencias referentes al número de cuestiones se justifican debido a las particularidades de cada país. En algunos casos, las cuestiones fueron reformuladas teniendo como objetivo respetar estas distinciones.

Luego del cierre de la aplicación de los cuestionarios electrónicos (que en Brasil fue realizada entre septiembre de 2014 y septiembre de 2015 y en España entre febrero y septiembre de 2015), los datos fueron exportados y todos los análisis fueron realizados en el programa R de acceso libre y gratuito (R Core Team, 2014).

Para profundizar la comprensión de elementos de los procesos institucionales que influyen la práctica de los tutores, fue realizada recolección de datos cualitativos en un grupo seleccionado de instituciones. La selección de los programas fue intencional (*purposeful*), favoreciendo a aquellos con mayor madurez institucional (PATTON, 2002; MAXWELL, 2013). En el componente cualitativo, fueron utilizados cuatro métodos de investigación: 1) entrevistas con gestores; 2) focus groups con tutores; 3) focus groups con residentes; y 4) análisis de documentos.

Esa profundización se dio simultáneamente en tres programas españoles y 13 programas brasileños, en cuatro regiones del país (Norte, Nordeste, Sudeste y Sur). Las visitas de campo abordaron la estructura y dinámica de la red de servicios de salud, la relación entre academia y servicios, las condiciones de trabajo, los estímulos para la tutoría y características de la gestión de programas. La recolección de datos con gestores abordó la creación, estructura y mecanismos de gestión, mecanismos de valorización de la tutoría, actividades de desarrollo profesional, entre otros.

Las entrevistas (individuales o a través de focus groups) se realizaron después de obtener el consentimiento escrito⁶ del (de los) entrevistado(s). Los focus groups con los residentes siguieron un itinerario corto, semiestructurado, que se enfocó en la relación tutor-residente y el proceso enseñanza-aprendizaje. A través de los registros en el diario de campo, el equipo registró el desarrollo de la investigación, la emergencia de algunas categorías analíticas y la sistemática de recolección de datos (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2007). Luego de someter el material recogido a un pre análisis (BARDIN 2008), que consistió en la transcripción y organización del banco de datos cualitativo, fueron identificados 40 temas relevantes sistematizados utilizando el programa Atlas TI.⁷

6 Para iniciar la segunda etapa (caracterizada por el uso de métodos cualitativos), el proyecto de investigación se sometió nuevamente al parecer del CEP Fiocruz, respetando y acatando las directrices preconizadas en la legislación vigente, obteniendo aprobación el 18/03/2015. Tres secretarías municipales de salud, que mantienen programas de residencia seleccionados, demandaron la aprobación de sus respectivos comités de ética en investigación, lo que se cumplió.

7 <http://atlasti.com/manuals-docs/>

Caracterización de los participantes

Con referencia a los tutores brasileños, cuyos contactos fueron informados por los coordinadores⁸, hubo predominio de los estados de São Paulo (30.4%), en la Región Sudeste, y Ceará, en el Nordeste (25.1%). De un total de 890 correos electrónicos enviados a tutores cuyos correos electrónicos habían sido informados por los coordinadores, 19 regresaron. De los 871 tutores contactados, apenas 361 accedieron al cuestionario y confirmaron los datos referentes al programa de residencia, y de estos 357 respondieron a la investigación.

La recolección de datos cuantitativos se cerró con 463 tutores declarantes, 357 en Brasil (distribuidos en 62 programas) y 106 en España. El porcentaje de respuestas en Brasil fue de 41% (de los 871 tutores contactados). El programa con mayor número de tutores declarantes fue el Multiprofesional en Salud de la Familia, tal vez por la mayor receptividad de los participantes para la discusión de importantes aspectos de la residencia en el área profesional de Salud.

La tabla 1 presenta la distribución de los declarantes por estado brasileño y tipo de programa: Residencia en Medicina de Familia y Comunidad (RMFC), Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia (RMGO), Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (RMSF), Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer (RMSM) y Residencia en Enfermería Obstétrica (REO).

Tutores de 15 estados del país respondieron al cuestionario, con predominio de participantes de la Región Sudeste (47.1%), la cual concentra el mayor número de programas de residencia, seguida por la Región Nordeste (28.9%), Sur (18.2%) y Norte (5.9%).

⁸ Entre los programas que hicieron parte del universo de investigación, se constituyeron dos situaciones: la de los programas contactados sin la obtención de respuesta (aún después de muchos intentos planificados y registrados en instrumentos de gestión de trabajo de campo) y la de los contactados que respondieron. En este caso, hubo dos desdoblamientos: programas cuyo coordinador envió, conforme solicitado, la lista de aquellos tutores (nombre y dirección electrónica) que aceptaron participar, y programas en los que el coordinador, a pesar de ser contactado, no envió la lista.

Tabla 1 – Distribución de tutores participantes por Estados y tipo de programa (Brasil)

UF	Programa de Residencia					Total	
	RMFC	RMGO	RMSF	RMSM	REO	Nº	%
SP	11	35	22	13	6	87	24.4
CE	7	4	58	-	2	71	19.9
RJ	25	5	1	-	11	42	11.8
MG	-	20	9	1	7	37	10.4
SC	23	4	7	-	-	34	9.5
RS	1	-	17	-	1	19	5.3
PE	7	-	10	-	-	17	4.8
TO	-	4	10	-	-	14	3.9
PR	4	6	-	2	-	12	3.4
AL	-	2	8	-	-	10	2.8
PA	5	-	-	-	-	5	1.4
PB	-	4	-	-	-	4	1.1
AM	2	-	-	-	-	2	0.6
ES	-	2	-	-	-	2	0.6
BA	-	-	1	-	-	1	0.3
Total	85	86	143	16	27	357	-

La tabla 2 presenta el número de tutores e instituciones declarantes en Brasil, por tipo de programa.

Tabla 2 – Distribución de instituciones y tutores declarantes por tipo de programa (Brasil)

Programa de Residencia	Tutores		Nº de instituciones		Promedio de Declarantes por Institución
	Nº	%	Nº	%	
RMFC	85	23.8	13	21	7
RMGO	86	24.1	23	37.1	4
RMSF	143	40.1	16	25.8	9
RMSM	16	4.5	4	6.5	4
REO	27	7.6	6	9.7	5
Total	357	-	62	-	6

Con respecto a los programas, el mayor porcentaje de participaciones fue de Ginecología y Obstetricia, que tiene más programas en el universo de investigaciones. Se observa un equilibrio en la participación de tutores de los dos programas de residencia médica (RMFC y RMGO). La Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia fue el tipo de programa con mayor número de individuos participantes (40.1%). Las residencias en Enfermería Obstétrica y en Salud de la Mujer, sumadas, participaron con 12.1% de las respuestas.

La tabla 3 informa el número de programas y de tutores declarantes por ambiente predominante de práctica: aquellos relativos a la Atención primaria de salud Residencia en Medicina de Familia y Comunidad y Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia y Atención Hospitalaria (RMGO, RMSM y REO). Cabe notar que los dos grupos corresponden al área de Salud Familiar y Salud de la Mujer, respectivamente, recordando que varios programas ofrecen actividades en diferentes escenarios de práctica.

Tabla 3 - Distribución de instituciones y tutores declarantes por tipo de programa (Brasil)

Programa de Residencia por ambiente	Tutores		N° de instituciones		Promedio de Declarantes por Institución
	N°	%	N°	%	
Atención Primaria	228	63.9	29	46.8	8
Atención Hospitalaria	129	36.1	33	53.2	4
Total	357	-	62	-	6

Aunque exista un equilibrio en el número de instituciones representadas, la mayoría de los tutores participantes actúa predominantemente en el ambiente de Atención Primaria (63.9%).

La tabla 4 presenta el número de participantes por tipo de programa de residencia: agrupando los dos de residencia médica (Medicina de Familia y Comunidad y Ginecología y Obstetricia) y los dos de área profesional sumados al de Enfermería Obstétrica.

Tabla 4 - Distribución de los tutores que respondieron a la investigación e instituciones participantes por programa de residencia y en el área profesional

Programa de Residencia	Tutores		N° de instituciones		Promedio de Declarantes por Institución
	N°	%	N°	%	
Medicina	171	47.9	36	58.1	5
Área Profesional	186	52.1	26	41.9	7
Total	357	-	62	-	6

Los números indican predominancia de tutores en los programas de residencia en el área profesional (52.1%) y mayor número de instituciones en las áreas de los programas de las residencias médicas (58.1%).

La tabla 5 presenta características generales de los participantes brasileños, por tipo de programa de residencia, según sexo, edad y titulación académica.

Tabla 5 – Características generales de los tutores brasileños por tipo de programa

Variables	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Sexo												
Masculino	40	47.1	38	44.2	25	17.5	2	12.5	1	3.7	106	29.7
Femenino	45	52.9	47	54.7	11	82.5	14	87.5	26	96.3	250	70
Ignorado	0	0	1	1.2	0	0	0	0	0	0	1	0.3
Rango etario de los tutores (en años)												
Hasta 30	18	21.2	4	4.7	39	27.3	4	25.0	3	11.1	68	19.0
31 a 40	50	58.8	35	40.7	62	43.4	4	25.0	13	48.1	164	45.9
41 a 50	14	16.5	28	32.6	27	18.9	6	37.5	8	29.6	83	23.2
51 o más	3	3.5	19	22.1	15	10.5	1	6.3	3	11.1	41	11.5
ignorado	0	0	0	0	0	0	1	6.3	0	0	1	0.3
<i>promedio (en años)</i>	36	-	42	-	35	-	40	-	38	-	37	-
Título Académico concluido												
Graduación	1	1.2	2	2.3	13	9.1	1	6.3	0	0	17	4.8
Especialización	64	75.3	54	62.8	102	71.3	11	68.8	13	48.1	244	68.3
Maestría	18	21.2	14	16.3	4	16.8	3	18.8	12	44.4	71	19.9
Doctorado	1	1.2	15	17.4	4	2.8	0	0	2	7.4	22	6.2
PhD	1	1.2	1	1.2	0	0	1	6.3	0	0	3	0.8

Se observan más mujeres respondientes actuando en la tutoría en todos los tipos de programas en Brasil (70.0%). El rango etario predominante se encuentra entre 31 y 40 años (45.9%), con un promedio de 37 años, seguido por el de 41 a 50 años (23.2%). La mayoría de los tutores informó contar con el título de especialista (68.3%) y aproximadamente un cuarto del grupo estudiado obtuvo título de máster y/o doctor. Por otro lado, 4.8% de los declarantes no tiene especialización.

La tabla 6 informa el número de participantes por tipo de programa y su relación con la institución en la que actúa como tutor(a).

El rango de la carga horaria que obtuvo más respuestas fue la de más de 30 horas contractuales, aunque exista una variación expresiva de acuerdo al tipo de programa: más de 88% para aquellos que actúan en Medicina de Familia y menos de un tercio de los insertados en la enseñanza de la Ginecología y Obstetricia. Este último programa concentra el mayor porcentaje de personas con menos de 20 horas semanales contractuales: poco menos de la mitad.

Introducción a la investigación "Tutoría en Programas de Residencia en Brasil y en España...

Tabla 6 – Participantes por tipo de programa y relación con la institución en la cual actúa como tutor(a), por tipo de programa (Brasil)

Variables	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RSMO		REO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Número de tutores participantes	85	23.8	86	24.1	143	40.1	16	4.5	27	7.6	357	-
Tipo de vínculo con la institución												
Institución de Salud	63	74.1	37	43	108	75.5	6	37.5	16	59.3	230	64.4
Institución de Enseñanza	5	5.9	8	9.3	12	8.4	2	12.5	5	18.5	32	9
Ambas Instituciones	17	20	41	47.7	22	15.4	8	50	6	22.2	94	26.3
Ignorado	0	0	0	0	1	0.7	0	0	0	0	1	0.3
Vínculo laboral en la institución en la que actúa como tutor												
N° de tutores que respondieron (*)	85	100	86	100	140	97.9	16	100	27	100	354	99.2
Empleo público (estatutario - RJU)	43	50.6	34	39.5	69	49.3	5	31.3	13	48.1	164	46.3
Empleo público (por la CLT - Consolidação de las Leyes del Trabajo)	13	15.3	20	23.3	26	18.6	5	31.3	8	29.6	72	20.3
Contrato con empresa privada	5	5.9	19	22.1	7	5	2	12.5	2	7.4	35	9.9
Contrato por intermedio de Organizaciones Sociales y afines ONG	25	29.4	2	2.3	6	4.3	0	0	2	7.4	35	9.9
Contrato con entidad filantrópica	1	1.2	12	14	2	1.4	3	18.8	0	0	18	5.1
Contrato intermediario por cooperativa	0	0	0	0	4	2.9	0	0	0	0	4	1.1
Otro	1	1.2	3	3.5	28	20	1	6.3	3	11.1	36	10.2
N° de tutores que no respondieron	0	0	0	0	3	2.1	0	0	0	0	3	0.8
Carga horaria contractual semanal total												
Hasta 20 horas	7	8.2	42	48.8	38	26.6	2	12.5	3	11.1	92	25.8
Entre 21 y 30 horas	1	1.2	17	19.8	12	8.4	4	25	5	18.5	39	10.9
Entre 31 y 40 horas	57	67.1	25	29.1	66	46.2	8	50	14	51.9	170	47.6
Dedicación exclusiva	18	21.2	2	2.3	25	17.5	2	12.5	4	14.8	51	14.3
Ignorado	2	2.4	0	0	2	1.4	0	0	1	3.7	5	1.4
N° de residentes bajo responsabilidad del tutor(a)												
1 o 2	39	45.9	9	10.5	67	46.9	8	50	2	7.4	125	35
3 o 4	27	31.8	18	20.9	18	12.6	2	12.5	2	7.4	67	18.8
5 o más	5	5.9	53	61.6	46	32.2	4	25	22	81.5	130	36.4
Ignorado	14	16.5	6	7	12	8.4	2	12.5	1	3.77	35	9.8
Promedio de residentes/tutor	3	-	11	-	4	-	4	-	11	-	4	-
Tiempo promedio en la institución	5	-	12	-	6	-	12	-	12	-	8	-
Tiempo promedio en el que inició la actividad como tutor(a)	3	-	8	-	2	-	3	-	3	-	4	-

Los porcentajes debajo del signo (*) se refieren a la distribución de las respuestas afirmativas.

Con respecto a la precarización, aproximadamente un cuarto de los participantes informó no tener contrato por la CLT o por el Régimen Jurídico Único (RJU). Los participantes actúan en la institución de salud hace ocho años en promedio, ejerciendo la tutoría hace dos o tres años, a excepción del grupo de Ginecología y Obstetricia, cuya actividad de tutoría se da hace ocho años, en promedio. El número de residentes que los tutores informaron tener bajo su supervisión varió de tres en Residencia en Medicina de Familia y Comunidad a 11 en Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia, y Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer.

La tabla 7 presenta la distribución de los participantes de acuerdo con las características de la relación con la institución en la que actúan como tutor(a), relacionando la inserción en la Atención Primaria y Atención Hospitalaria como ambientes predominantes.

Tabla 7 - Participantes por ambiente predominante de práctica del programa (atención primaria y hospitalaria) y características de la relación con la institución en la que actúa como tutor(a)

Variables	Programa de residencia por ambiente				Total	
	Atención Primaria		Hospitalario			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Tipo de institución con la que se le vincula</i>						
Institución de Salud	171	75.0	59	45.7	230	64.4
Institución de Enseñanza	17	7.5	15	11.6	32	9.0
Ambas Instituciones	39	17.1	55	42.6	94	26.3
Ignorado	1	0.4	0	0	1	0.3
<i>Actúa profesionalmente en otra institución y/o consultorio particular</i>						
No	114	50.0	33	25.6	147	41.2
Si (1)	114	50.0	96	74.4	210	58.8
Institución pública	76	66.7	49	51.0	125	59.5
Institución privada	31	27.2	39	40.6	70	33.3
Consultorio particular	24	21.1	49	51.0	73	34.8
<i>Carga horaria contractual semanal total</i>						
Hasta 20 horas	45	19.7	47	36.4	92	25.8
Entre 21 y 30 horas	13	5.7	26	20.2	39	10.9
Entre 31 y 40 horas	123	53.9	47	36.4	170	47.6
Dedicación exclusiva	43	18.9	8	6.2	51	14.3
Ignorado	4	1.8	1	0.8	5	1.4

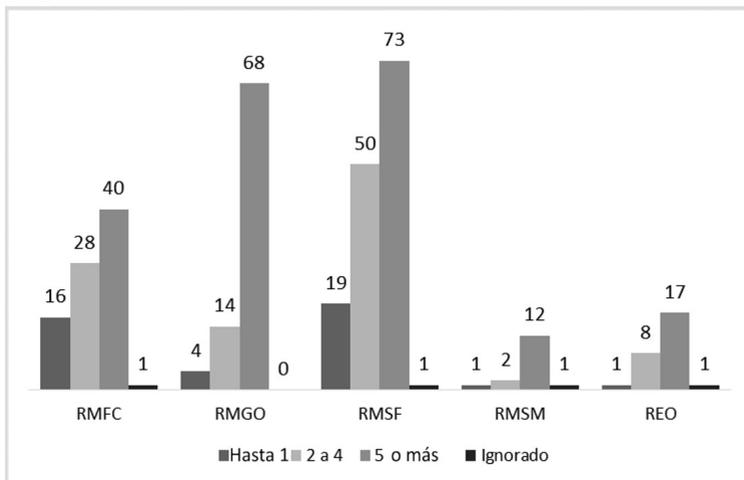
(1) Equivale al porcentaje de tutores que respondieron "sí", cuando existía la posibilidad de respuesta múltiple.

En APS, el vínculo predominante de los tutores es con instituciones de salud, mientras que en los programas con ambiente predominantemente hospitalario existe un equilibrio entre el vínculo exclusivo con la salud y el vínculo con la salud y la educación. El grupo de tutores que informa actuar profesionalmente es minoritario, exclusivamente en la institución donde ejerce la tutoría (41.2% del total). Se observa una nítida diferencia de la proporción de declarantes que actúan en otra institución (o en consultorio), además de aquella en la cual ejerce la tutoría: cerca de 75% de los tutores en el ambiente predominantemente hospitalario, en comparación con mitad de aquellos en la APS.

Con respecto a la carga horaria contractual en la institución en la cual ejerce la tutoría, aunque en promedio la mitad de los tutores informe una carga horaria de más de 30 horas/semana, apenas 36.4% de los que actúan programas ofrecidos en ambiente predominantemente hospitalario cuentan con dicho número de horas contractuales (porcentaje idéntico al de los que tienen menos que 20 horas/semana). Un grado de estabilidad del tutor en la institución en la que actúa es deseable para el ejercicio adecuado de la tutoría.

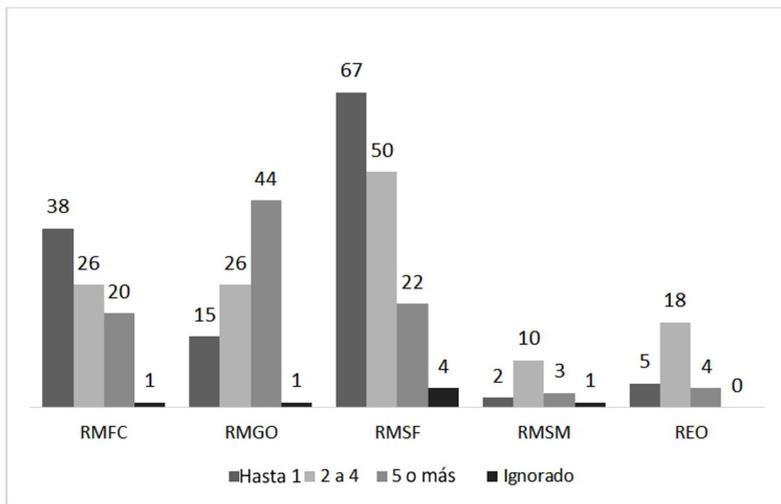
El gráfico 1 informa el tiempo, en años, en el que los declarantes actúan como profesionales de la institución, y el gráfico 2 informa el número de años de actuación en la tutoría de residentes.

Gráfico 1 – Tiempo en la institución en la cual actúa como tutor(a) de residentes (en años) por tipo de programa



Los que están hace más tiempo en la institución en la que actúan como tutores son los de Salud de la Familia (multiprofesional) y de Ginecología y Obstetricia; y los que están hace menos tiempo en estas instituciones son los tutores de la Salud de la Mujer y de Enfermería Obstétrica.

Gráfico 2 – Tiempo de ejercicio como tutor(a) de residentes (en años) por tipo de programa



El programa que cuenta con tutores que ejercen la función hace más tiempo es el de Ginecología y Obstetricia; y los programas que tienen profesionales que hacen menos tiempo desempeñándose como tutores son los de Medicina de Familia y Comunidad, Ginecología y Obstetricia y Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer.

Continuando, se presentan datos de los declarantes tutores de la Residencia en Medicina de Familia y Comunidad en Brasil y España. La sumatoria de declarantes fue de 191 personas, siendo 85 brasileños (45%) y 106 españoles (55%).

Se hace indispensable una caracterización general de los declarantes españoles (los elementos de contexto que ayudan a interpretar sus respuestas se presentarán en los capítulos 3 y 8). La tabla 8 presenta datos demográficos y de inserción institucional de los tutores españoles participantes.

Tabla 8 – Algunas características de los tutores españoles

Variables	Residencia MFC España	
	Nº	%
<i>Número de participantes</i>	106	-
<i>Sexo</i>		
Masculino	45	42.5
Femenino	61	57.5
<i>Rango etario de los tutores (en años)</i>		
Hasta 40	2	1.9
41 a 50	36	34.0
51 o más	67	63.2
Ignorado	1	0.9
<i>Mediana (en años)</i>	54	-
<i>Título Académico concluido</i>		
Graduación	2	1.9
Especialización	82	77.4
Maestría	3	2.8
Doctorado	17	16.0
Ignorado	2	1.9
<i>Profesor asociado en la Universidad</i>		
Sí	4	3.8
No	101	95.3
Ignorado	1	0.9
<i>Actúa profesionalmente en otra institución y/o consultorio particular</i>		
No	74	69.8
Sí (*)	31	29.2
Institución pública	29	93.5
Institución privada	1	3.2
Consultorio particular	1	3.2
Ignorado	1	0
<i>Tutor de estudiantes de Medicina</i>		
Sí	66	62.3
No	39	36.8
Ignorado	1	0.9
<i>Vínculo laboral en la institución en la que actúa como tutor</i>		
Estatutario	95	89.6
Otros	11	10.3
<i>Tiempo en la institución en la cual actúa como tutor (en años)</i>		
Hasta 1	0	0.0
2 a 4	2	1.9
5 o más	102	96.2
Ignorado	2	1.9
<i>Tiempo promedio en la institución en la que actúa como tutor</i>	22	-

continua...

continuación...

<i>Tiempo en el que inició actividad como tutor(a) de residentes (en años)</i>		
Hasta 1	7	6.6
2 a 4	15	14.2
5 o más	83	78.3
Ignorado	1	0.9
<i>Tiempo promedio en el que inició actividad como tutor(en años)</i>	11	-
<i>Número de residentes bajo su responsabilidad</i>		
1 o 2	87	82.1
3 o 4	7	6.6
5 o más	5	4.7
Ignorado	7	6.6

***Los porcentajes debajo de la opción se refieren a la distribución de las respuestas afirmativas**

Los 106 tutores españoles están distribuidos en las ocho provincias andaluzas. La mayoría también es del sexo femenino, siendo el rango etario predominante igual el superior a los 51 años, lo que puede indicar mayor madurez y experiencia del profesional. La mayor parte de los tutores no actúa profesionalmente en otra institución de salud con vínculo estatutario en la Consejería de Salud, institución en que ejerce la tutoría con una carga horaria contractual de 37,5 horas semanales. El promedio de residentes bajo su responsabilidad por motivo de la recolección de datos fue de dos.

El presente libro, basado en la Investigación PREPG, está organizado en nueve capítulos. Después de la presente introducción, el capítulo 2 describe y problematiza elementos del contexto normativo brasileño en el cual se inserta la oferta de las Residencias Médica y del Área Profesional. El capítulo 3 trata de las características normativas y oferta de la residencia médica en España. El capítulo 4 presenta y discute los principales resultados obtenidos a través de la recolección de datos vía el cuestionario *on line*, en los dos países. A continuación, el capítulo 5 profundiza el debate sobre investigación en servicios de salud, con base a datos cualitativos y cuantitativos. El sexto capítulo se dedica a sintetizar, presentar y debatir el material obtenido en la visita a tres provincias españolas donde fueron entrevistados gestores, tutores y residentes. El capítulo 7 problematiza la gestión de la residencia en Brasil actualmente, y el capítulo 8 traza una comparación del referencial normativo-jurídico de la ordenación de la formación postgraduada (residencia) en Brasil y en España. Finalmente, el capítulo 9 destaca algunos elementos de análisis y señala posibles desdoblamientos de la presente investigación.

Referencias

AGUIAR, A. C. Assistência integral à saúde da mulher: a ótica dos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador, v. 22, n. 1/4, jan./dez. 1996.

ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE. Disponível em: <<http://www.amse-med.eu/documents/NewLisbondeclaration.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1001, de 22 de outubro de 2009. Instituiu o Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de outubro de 2009. Seção 1. p. 9.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de março de 2010. Seção 1. p. 53.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 maio de 2006. Seção 1. p. 23-56.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29. mar. 2006. Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 6).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Consejería de Salud de Andalucía (Espanha). *Plan estratégico de formación integral del sistema sanitario público de Andalucía*. Sevilha, 2009. Disponível em < http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/____QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_formacion/plan_formacion>. Acesso em 15 jun. 2016.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*. 42. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. *Ethnography: principles in practice*. 3rd ed. London ; New York: Routledge, 2007.

HEFLIN, M. T. et al. "So you want to be a clinician-educator...": designing a clinician-educator curriculum for internal medicine residents. *Medical Teacher*, v. 31, n. 6, June 2009.

MAXWELL, J. A. *Qualitative research design: an interactive approach*. 3rd. ed. Los Angeles: SAGE, 2013. (Applied Social Research Methods, v. 41).

NUNES, M. P. T. N. et al. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação. *Cadernos ABEM*, v. 7, p. 35-40, out. 2011

PATTON, M. Q. *Qualitative research & evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, Califórnia: SAGE, 2002.

R FOUNDATION. R: A language and environment for statistical computing. Disponível em: <<http://www.Rproject.org/>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

SOARES, A. C. P. A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. *Cadernos ABEM*, v. 9, p. 14-23, out. 2013.

TRIOLA, M. F. *Introdução à estatística*. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

WALLING, A. D.; SUTTON, L. D.; GOLD, J. Administrative relationships between medical schools and community preceptors. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, v. 76, n. 2, p. 184-187, Feb. 2001.

WUILLAUME, S. M. *O processo ensino-aprendizagem na residência em Pediatria: uma análise*. 2000. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

2. Referencias político-institucionales y normativas de la oferta de programas de residencia en Brasil

ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
ROSANI PAGANI
VICTORIA MARIA BRANT RIBEIRO
ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

En Brasil, la ordenación de la formación de los recursos humanos del área de salud es uno de los preceptos constitucionales que informaron la creación del Sistema Único de Salud (SUS), establecido en el inciso III del Artículo 200 de la Constitución Federal (1988). Su operativización, sin embargo, todavía enfrenta obstáculos. Los programas de residencia (médica, uniprofesional y multiprofesional) experimentaron avances, fortaleciéndose en los últimos años como modalidad formativa con una fuerte carga de capacitación en servicios de salud, lo que demanda una intensa articulación entre el sistema educacional y de salud en Brasil. En este capítulo, se destacarán algunos marcos político-institucionales y normativos que influyen la existencia de esos programas en Brasil, a fin de ubicar algunos de los desafíos actuales.

Hasta la década de 1960, los programas de residencia se concentraron en hospitales universitarios y hospitales públicos (RIBEIRO, 2011). Los primeros programas brasileños de residencia médica datan de 1944. Fueron creados en el Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (USP), en áreas de Cirugía, Clínica Médica y Físio-Biología Aplicada. En 1948, el Hospital de los Servidores del Estado (RJ) inició su programa de residencia médica.

La subsiguiente multiplicación de programas por el país se derivó de factores como “o desarrollo tecnológico y científico [de la medicina en el país], las presiones de las industrias de medicamentos y equipos sobre la organización del trabajo médico y los movimientos a favor de la creación de nuevas escuelas y del aumento de plazas para estudiantes de Medicina en las universidades (RIBEIRO, 2011, p. 3).

El mercado de trabajo favoreció la búsqueda por la especialización, en especial por el modelo adoptado en la asistencia médica de la Seguridad Social. La ampliación de la oferta de plazas de residencia fortaleció esa tendencia en la formación especializada de los médicos y alimentó la “concentración de profesionales en las capitales y en las regiones más

desarrolladas del país, generando desde ese momento problemas crónicos de distribución de médicos en el territorio” (RIBEIRO, 2011, p. 3).

La reglamentación de la residencia médica fue impulsada por movimientos reivindicatorios de los residentes en la década de 1970, desencadenados por la inexistencia de un sistema de regulación y monitoreo de los programas, y por la baja remuneración de esos profesionales. Buscando superar algunos de esos vacíos, el Decreto n° 80.281 (BRASIL, 1977) reglamentó la residencia médica y creó la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM). En 1981, la Ley n° 6.932, art. 1° (BRASIL, 1981), definió a la residencia médica como “la modalidad de enseñanza de posgrado, destinada a médicos, bajo la forma de cursos de especialización, caracterizada por capacitación en servicio, funcionando bajo responsabilidad de instituciones de salud, universitarias el no, bajo orientación de profesionales de calificación ética y profesional elevada”.

La creación de programas de residencia uniprofesional (sobre todo para egresos de cursos de Enfermería) data de los años 1960. Según Ferreira y Olschowsky (2010), la primera Residencia en Enfermería fue creada en 1961, en el Hospital Infantil del Morumbi (SP), y solo a partir de la década de 80 se desarrollaron programas de residencia en Medicina Veterinaria y Cirugía Buco-Maxilo-Facial (incorporando dentistas).

En 1977, se dio la incorporación oficial de varias categorías profesionales en un Programa de Residencia Integrada en Salud (RIS), reconocido como la primera Residencia Multiprofesional de Brasil (CECCIM; ARMANI, 2001). La innovadora iniciativa tuvo lugar en la Escuela de Salud Pública de Río Grande del Sul (ESP-RS), en el Centro de Salud Escuela Murialdo, y ofreció plazas para enfermeros, asistentes sociales y médicos veterinarios (MÜLLER; SILVA; HAAG, 2001), proponiendo formar profesionales con una visión ampliada e integrada entre clínica, salud mental y salud pública (MARTINS et al., 2010).

Paralelamente, la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEn) realizó, en el 1978, un seminario sobre la residencia, en Rio de Janeiro, proponiendo normas para esa modalidad de posgrado (BARROS; MICHEL, 2000). Diversas experiencias de residencia en Enfermería y de otras categorías profesionales ocurrieron anteriormente al establecimiento

de consensos la regulación específica, siendo que en las décadas de 1970/1980 las instancias de representación de la Enfermería realizaron diversos eventos buscando pactar una propuesta de reglamentación.

En 2005, la Ley nº 11.129 (BRASIL, 2005a) reglamentó la Residencia en el área profesional de Salud, que comprende residencias uni y multiprofesionales (a excepción de la residencia médica) y creó la Comisión Nacional de Residencia Multiprofesional de Salud (CNRMS), instituida en el Ministerio de Educación, por la Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 (BRASIL, 2007b) con representación de tutores y tutores. La creación de la comisión fomentó el movimiento de definir y aplicar marcos pedagógicos, políticos y conceptuales para calificar esa estrategia de formación. En 2009, la Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009 (BRASIL, 2009b) modificó la composición de la CNRMS, de nuevo modificada en 2014 por la Portaria Interministerial MEC/MS nº 16/2014 (BRASIL, 2014a) actualizando las representaciones, siguiendo el nuevo organograma de los Departamentos de los Ministerios de Salud y Educación, incluyendo el perfil de tutor y tutor, y modificando la forma de referencia de miembros, principalmente de los representantes de los seguimientos de residentes, tutores/tutores y coordinadores. Esta última portaria reafirmó la residencia como modalidad de enseñanza de posgrado “*lato sensu*”, bajo forma de curso de especialización caracterizado por enseñanza en servicio, de responsabilidad conjunta de los sectores de educación y salud, con carga horaria de 60 horas semanales y duración mínima de dos años, en régimen de dedicación exclusiva.

La implantación de la Residencia en el Área Profesional de Salud objetivó favorecer la cooperación intersectorial (responsabilidad conjunta de los sectores de educación y salud) y facilitar la provisión e introducción de profesionales en programas, proyectos, acciones, actividades y en regiones prioritarias del SUS. Actualmente, los programas de Residencia en el área profesional de Salud pueden comprender profesiones como Biomedicina, Ciencias Biológicas, Educación Física, Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Fonoaudiología, Medicina Veterinaria, Nutrición, Odontología, Psicología, Servicio Social, Terapia Ocupacional, Física Médica y Salud Colectiva (BRASIL, 2009b).

Entre los años de 2005 y 2011, los Ministerios de Salud y de Educación, en conjunto con la Comisión Nacional de Residencia Multiprofesional en Salud y el Consejo Nacional de Salud, promovieron cuatro seminarios nacionales sobre residencia multiprofesional y Área Profesional de Salud, fomentando el debate, la reflexión y (re) definición de los principios y directrices nacionales para los programas de residencia en el Área Profesional de Salud. Los seminarios contaron con la participación de diversos segmentos interesados: coordinadores de programa, tutores, tutores, docentes, residentes, gestores de salud, representación de los Ministerios de Salud y de Educación, del Consejo Nacional de Salud (CNS), de la Cámara Técnica de la CNRMS, consejos y asociaciones profesionales de las diversas categorías, entre otros.¹

El I Seminario Nacional de Residencia Multiprofesional en Salud (2005) dio lugar a la reflexión colectiva, avanzando en la obtención de subsidios para establecer estrategias para construcción de la multidisciplinariedad, directrices nacionales para la residencia multiprofesional, composición de la CNRMS y de su sistema de información. El II Seminario Nacional (2006) debatió directrices y principios que balizaron el movimiento por la institucionalización de la Residencia en el área profesional de Salud. Deliberó por la institución de un Grupo de Trabajo que sistematizó los documentos del seminario y propuso la minuta de la Portaria Interministerial nº 45/2007, que instituyó la CNRMS y las directrices para la acreditación de programas. El III Seminario Nacional (2008) pactó mecanismos de acompañamiento, regulación y evaluación de residencias en el Área Profesional de Salud. El IV Seminario Nacional (BRASIL, 2011) objetivó reflexionar sobre los avances y desafíos de la política de residencias en salud teniendo como objetivo la calificación profesional para el SUS, pautando los siguientes temas: concepción político-pedagógica de los programas; gestión, regulación, evaluación y acompañamiento; política de financiamiento; participación social. De este seminario, fue creado grupo de trabajo que rediscutió algunos puntos de la Portaria nº 1077/2009.

1 BRASIL. Consejo Nacional de Salud. IV Seminario Nacional sobre Residencia Multiprofesional y en el área profesional de la Salud: experiencias, avances y desafíos. 2011. Mimeo.

Actualmente, los programas de residencia en el área profesional deben orientarse según los principios y directrices del SUS y necesidades y realidades locales y regionales, contemplando los ejes orientadores preconizados en la Portaria Interministerial MEC/MS n° 1.077/2009 y en la Resolución n° 2/2012 (BRASIL, 2012), que incluyen, entre otros puntos:

- concepción ampliada de salud que respete la diversidad, considere al sujeto como actor social responsable por su proceso de vida, inmerso en un ambiente social, político y cultural;
- estrategias pedagógicas capaces de utilizar y promover escenarios de aprendizaje configurados en un itinerario de líneas de cuidado en las redes de atención a la salud, adoptando metodologías y dispositivos de gestión, de clínica ampliada, de modo que se garantice la formación fundamentada en la atención integral e interprofesional;
- integración enseñanza-servicio-comunidad, por intermedio del conjuntos de los programas con los gestores, trabajadores y usuarios;
- integración de conocimientos y prácticas que permitan construir competencias compartidas para consolidación de la educación permanente, teniendo en cuenta la necesidad de cambios en los procesos de formación, trabajo y gestión en salud;
- establecimiento del sistema de evaluación formativa, con participación de los diferentes actores involucrados, teniendo como objetivo el desarrollo de actitud crítica y reflexiva del profesional, con miras a su contribución para el mejoramiento del SUS.
- énfasis en el mejoramiento, calificación y ampliación de la clínica en asistencia.

Las residencias multiprofesionales representan un avance potencial en la formación de profesionales aptos al trabajo en equipo, identificación y atención a las necesidades de salud de la población, lo que implica:²

- acompañar los cambios epidemiológicos, etarios y de desarrollo humano en Brasil;

2 MAMEDE, M. V. et al. *Programa Nacional de Residencia en Enfermería Obstétrica (Proyecto Piloto)*. Brasilia: Ministerio de Salud, Secretaria de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud, 2012. Mimeo.

- fomentar cambio del modelo de atención pautado en las buenas prácticas, en la humanización y en evidencias científicas;
- promover intervención social y reflexión del residente sobre la propia actitud profesional, ética y política;
- contribuir en la búsqueda de respuestas a problemas identificados en la organización del proceso de trabajo en salud;
- posibilitar la actuación en relación al individuo y al colectivo de forma contextualizada a la realidad local;
- constituir escenario de integración de prácticas de las diferentes áreas, campos y núcleos de conocimiento³;
- contribuir para el desarrollo de una práctica clínica integrada, con base en interdisciplinaridad y en la interprofesionalidad.

En ese contexto, se espera que los programas de residencia estén embutidos en las Redes de Atención a la Salud (RAS) del SUS, tanto en lo que se refiere a la vivencia práctica, como en relación a la posibilidad de potencializar las discusiones y reflexiones generadas sobre sus conceptos y prácticas. Las RAS fueron definidas, según la Portaria del Ministerio de Salud n° 4.279/2010, como “arreglos organizativos de acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas a través de sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión, buscan garantizar la integralidad del cuidado. Tiene el objetivo de promover la integración sistémica de acciones y servicios de salud con atención continua, integral, de calidad, por el cuidado multiprofesional responsable y humanizado, así como incrementar el desempeño del Sistema, en términos de acceso, equidad, eficacia clínica y sanitaria; y eficiencia económica” (BRASIL, 2010).

Después del acuerdo en la Comisión de Intergestores Tripartita (CIT), en 2011, fueron definidas algunas redes temáticas prioritarias para el SUS, es decir: Atención Psicosocial (con prioridad en la lucha contra el alcohol, crack, y otras drogas); atención de Urgencias y Emergencias; Red Cigüeña; Cuidados de la Persona con Deficiencia; Atención a la Salud de las Personas con Enfermedades Crónicas (énfasis en la atención al

³ Campo es el conjunto de saberes y prácticas comunes a varias profesiones y especialidades de determinada área del conocimiento; núcleo es el conjunto de saberes y prácticas específico de cada profesión o especialidad (CAMPOS, 2000).

cáncer) y el área de la Atención Básica. En todas, la residencia ejerce un papel importante en el desarrollo de la competencia en la formación de los profesionales de salud, especialmente para cumplir con las políticas del SUS.

Otros elementos de contexto que impulsaron la reglamentación de las residencias en el área profesional de salud incluyen la 10ª Conferencia Nacional de Salud (1996), las Directrices Curriculares Nacionales para cursos de grado en el área de salud (DCN) homologadas por el Consejo Nacional de Educación entre 2001 y 2004 (siendo las de Medicina revisadas en el 2014), y la creación, de la Secretaria de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud (SGTES) en el Ministerio de Salud, en el 2003.

La 10ª Conferencia Nacional de Salud reafirmó que la política de recursos humanos debe contemplar la composición de equipos multiprofesionales de salud, la evaluación de desempeño de los equipos y la educación continua, entre otros. En lo que se refiere a la calificación de los trabajadores en salud, esta conferencia determinó que el “Ministerio de Salud y las secretarías estaduais y municipales de Salud deberían promover programas permanentes de capacitación, formación, educación continua, reciclado y motivación de los equipos y de los profesionales. Además, el Ministerio de Salud fue llamado a asumir la responsabilidad legal en la ordenación de la formación de recursos humanos para la salud, junto con el Ministerio de Educación” (PIERANTONI et al., 2012, p. 39).

A su vez, las DCN fueron objeto de audiencias públicas, movilizand o asociaciones de enseñanza, gestores, docentes y estudiantes (fomentando inclusive la creación del Fórum Nacional de Educación de las Profesiones del área de Salud – FNEPAS), promoviendo un gran debate sobre la formación de recursos humanos afines a los principios del SUS, lo que incluye el fortalecimiento de la multiprofesionalismo.

La creación de la SGTES fue estructurante del Ministerio de Salud, en el sentido de hacer operativo el principio constitucional de la ordenación de formación por el SUS, habiendo fomentado la interlocución entre los Ministerios de Salud y Educación. Con la SGTES, “El Ministerio asume efectivamente su papel de gestor federal del SUS, al respecto de la elaboración de políticas orientadoras de la formación y desarrollo en salud y planificación, gestión y regulación de la fuerza de trabajo en salud” (PIERANTONI et al., 2012, p. 49). La creación

de la SGTES significó una perspectiva de articulación orgánica entre educación y trabajo, promoviendo iniciativas que articulen la red de servicios, gestión y control social del SUS con instituciones formadoras de profesionales de salud. Las iniciativas de inducción de cambios en la formación en salud a nivel del grado incluyeron el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud – Pro-Salud, creado por Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101/2005 (BRASIL, 2005b), que apuntaba ampliar el incentivo para inducir la implantación de las DCN y el Programa de Educación por el Trabajo en la Salud (PET Salud), instituido por Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008 (BRASIL, 2008), con miras al avance de la consolidación de los cambios provocados por Pro-Salud (CYRINO, 2014). Actualmente, la SGTES está estructurada en tres Departamentos: de Gestión de Educación en Salud (DEGES), Gestión y Regulación del Trabajo en Salud (DEGERTS) y Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud (DEPREPS), este último creado en 2013 y donde son tratados varios elementos de interés para el funcionamiento de programas de residencia.

Merece destaque, además, la creación de la Comisión Interministerial de Gestión del Trabajo y Educación en la Salud, a través del Decreto Presidencial del 20 de junio de 2007 (BRASIL, 2007a), con función consultiva en relación a la ordenación de la formación de recursos humanos en el área de salud, en conformidad con las políticas nacionales de educación y salud, y los objetivos, principios y directrices del SUS. Esa comisión se compuso por los Ministerios de Educación y Salud, CONAS y CONASEMS, teniendo como principal objetivo ordenar la formación de RH para la salud, desde las necesidades reales del SUS y de la población, indicando directrices de formación en el área y los fundamentos para renovación y reconocimiento de cursos superiores, así como para expansión de la enseñanza profesional (PIERANTONI et al., 2012, p. 62). Sin embargo, su operación viene sufriendo fluctuaciones.

El Ministerio de Salud viene apoyando y financiando programas de residencia en salud, inicialmente a través de convenios con diversas instituciones, y a partir de 2009, mediante financiamiento directo de beca a los residentes (conforme establecido por la Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, que creó el Programa Nacional de Becas para Residencias en el Área Profesional de Salud). Además, a través de la Portaria Interministerial nº 1.001/2009, fue creado el Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Médicos Especialistas en Áreas Estratégicas

– Pro-Residencia (BRASIL, 2009a). De esta forma, a través de diversos edictos, el MS viene ofreciendo becas para residentes en instituciones (de salud y educación) públicas del Distrito Federal, estatales y municipales, así como en instituciones privadas sin fines lucrativos. El MEC sigue asumiendo las becas de residencia en programas ofrecidas por instituciones federales de enseñanza superior. Cabe a los estados, Distrito Federal, municipios y demás instituciones proponentes, públicas y privadas, financiar becas de sus respectivos programas por iniciativa propia, caso no estuvieran contemplados o no estuvieran habilitados para los criterios de los edictos.

El objetivo del financiamiento por edicto fue favorecer la formación en especialidades y regiones prioritarias, de acuerdo a las demandas presentadas por los gestores del SUS. La continuación la evolución, por edicto, de la concesión de becas financiadas por el Ministerio de Salud, de Residencia Médica y Residencia en el área profesional de Salud del 2010 hasta el 2016.



Fonte: SIGRSIDÊNCIAS - MS/2016.

Sobre las actividades de enseñanza-aprendizaje, en 2012, con base en la Resolución CNRMS N° 2, se realizó una importante definición de las atribuciones y funciones de tutores y tutores de la residencia en el área profesional de Salud, teniendo como objetivo dirimir diversas dudas de profesionales involucrados con la enseñanza en servicios y de

los propios residentes. El Artículo 11 establece la existencia del tutor de Núcleo y del tutor de Campo. El primero está dirigido al núcleo específico de actuación profesional, mientras el segundo ejerce funciones de enseñanza en el ámbito del campo de conocimiento, integrando núcleos de conocimiento y prácticas de las diferentes profesiones que componen el área de concentración del programa.

La función de tutor, sea de núcleo o de campo, se caracteriza por la orientación académica de tutores y residentes, debiendo ser ejercida por profesionales con título de máster y experiencia profesional de, como mínimo, tres años. Ya la función del tutor se caracteriza por la supervisión directa de las actividades prácticas realizadas por los residentes en los servicios de salud donde se desarrolla el programa a ser ejercido por profesional vinculado a la institución formadora o ejecutora, con formación mínima de especialista. El tutor debe ser del mismo área profesional del residente bajo su supervisión, estando presente en el escenario de práctica (pudiendo esta regla no ser aplicada en programas, áreas de concentración o prácticas dirigidas a las actividades que pueden ser desempeñadas por cualquier profesional de salud habilitados en el área de actuación específica, como por ejemplo: gestión, salud del trabajador, vigilancia epidemiológica, ambiental o sanitaria, entre otras).

En el contexto de la ejecución del DEPREPS en el ámbito del MS, fue creado el *Programa Más Médicos*, antecediendo la aprobación del Congreso Nacional de la Ley nº 12.871 (BRASIL, 2013), conocida como la Ley de Más Médicos, que reglamenta elementos de la formación de grado, de posgrado y provisión de médicos en territorio nacional. La iniciativa está estructurada en tres ejes de acción: el primero prevé la inversión en la mejora de la infraestructura de la red de salud, particularmente en las unidades básicas de salud. El segundo define la ampliación de plazas y reformas educacionales de los cursos de medicina y residencia médica en el país. El tercero, titulado Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB), reglamenta la provisión de emergencia de médicos en áreas vulnerables (OLIVEIRA et al., 2015).

La Ley nº 12.871 demandó además, la revisión de las DCN para medicina, realizada por el Consejo Nacional de Educación (CNE) en 2014, reforzando la importancia de la formación en la Atención Primaria de Salud (APS), del trabajo en redes de atención y del partenariado enseñanza-servicio-comunidad, además de indicar estrategias para

reforzar la formación docente y de tutores. Las nuevas DCN de Medicina están diseñadas basadas en tres ejes de práctica: Atención a la Salud, Gestión en Salud y Educación en la Salud, que deben informar el proceso formativo, indicando metodologías que favorecen la participación del alumno en la construcción del conocimiento (CYRINO et al., 2015). Paralelamente a los cambios en la formación de médicos para la atención primaria de salud, existe la expectativa de reformulación de las directrices curriculares de grado para las otras profesiones del área de salud.

Además de la Ley 12.871/2013, recientemente fueron implementados en Brasil otros importantes reglamentos de residencia médica desde su inicio en la década de 1940. Estas normativas se propusieron una mejor organización y operativización de los cursos ofrecidos, con miras a garantizar la llegada de profesionales médicos cada vez más capacitados para la asistencia médica a la población, como por ejemplo, la Resolución CNRM 02/2006 – que dispone sobre los requisitos mínimos de los Programas de Residencia Médica y de otras medidas, que en su Art. 13 define que, en la evaluación, el médico residente debe tener frecuencia mínima trimestral, pudiendo ser utilizadas las modalidades de prueba escrita, oral, práctica o de desempeño por escala de actitudes, que incluyan atributos tales como: comportamiento ético, relación con el equipo de salud y con el paciente, interés por las actividades y otros a criterio de la Comisión de Residencia (COREME) de la Institución, siendo exigida al final de la capacitación, también a criterio de la Institución, la entrega de monografía y/o presentación o publicación de artículo científico.

Otro ejemplo de normalización más reciente de la residencia médica, sería la Resolución N° 1 del 25 de mayo de 2015 que reglamenta los requisitos mínimos de los programas de residencia médica en Medicina General de Familia y Comunidad, donde el Art. 8º, del Título III, define que:

“Los Programas de Residencia en Medicina General de Familia y Comunidad deberán contemplar especificidades del Sistema Único de Salud - SUS, como los desempeños en el área de: I - Atención Básica; II - Urgencia y Emergencia; III- Atención Domiciliar; IV - Salud Mental; V - Educación Popular en Salud y Participación Social; VI - Salud Colectiva; y VII - Clínica General Integral en todos los ciclos de vida. Los programas de residencia en Medicina General de Familia y Comunidad deberán garantizar la diversidad de medios de formación, tales como: ambulatorios, comunitarios, domiciliarios,

hospitalarios, de atención inmediata, de gestión en salud, de atención psicosocial y de acceso a medios de diagnóstico para garantía del aprendizaje y capacitación en servicio de los médicos residentes.” (Marcial, TM et al., 2016, p. 185)

En este mismo contexto de residencia médica, otras normas reglamentan modificaciones sucedidas en el escenario nacional, como el Decreto N° 7.562, del 15 de septiembre de 2011, que dispone sobre la Comisión Nacional de Residencia Médica y el ejercicio de las funciones de regulación, supervisión y evaluación de programas y la Resolución N° 2, del 27 de agosto de 2015, que adecúa la legislación de la Comisión Nacional de Residencia Médica a la Ley 12.871/2013, sobre el proceso de selección pública de los candidatos.

En lo que se refiere a las residencias en el área profesional, el marco más reciente fue la Resolución n° 7/2014 (BRASIL, 2014b), de la Comisión Nacional de Residencias Multiprofesionales en Salud, que reglamenta los procesos de evaluación, supervisión y regulación de los programas, estableciendo la certificación específica de la residencia (no solo como especialización).

Hace que se pondere que la planificación de los procesos formativos en red necesita considerar, además de las necesidades formativas individuales, la coherencia entre educación y políticas de salud, las necesidades de salud de los usuarios, el desarrollo de capacidades clínicas para prácticas seguras y resolutivas basadas en evidencias, y la capacidad de la red de salud de oferta de servicios, organizada (a través de carpetas de servicios, directrices y/o protocolos), apropiada a la relación de costo-efectividad, cuidando además de establecer estrategias de evaluación pedagógica y de acciones de salud. Como consecuencia de las distintas políticas dirigidas a aproximar el grado de los escenarios de práctica de la red del SUS en inúmeros locales, hace una presión del aparato formador sobre las redes municipales de salud para oferta de campo de prácticas, demandando la estructuración de instancias de coordinación y negociación. Ese proceso é dinámico y susceptible a las discontinuidades de la gestión municipal, con potenciales perjuicios para la atención prestada y para la enseñanza.

Alertas a estos problemas, los Ministérios de Salud y de Educación publicaron la Portaria Interministerial n° 1.124, del 4 de agosto de 2015, que instituyó las directrices para la celebración de los Contratos

Organizativos de Acción Pública Enseñanza-Salud – COAPES (BRASIL, 2015), indicando la ordenación de la relación entre enseñanza y servicios. Ese pacto apuesta por el diálogo sistemático entre las instituciones de educación superior (IES) y otras responsables por la oferta de los cursos en dado territorio, con las instancias de gestión en salud, viabilizando la planificación, monitoreo y evaluación de acciones y destino apropiado de recursos mediante una mayor institucionalización de esas relaciones. Operar la formatación de los COAPES implica capacidad de planificación para establecer un equilibrio entre oferta y demanda de profesionales de salud en el corto, mediano y largo plazos, cabiendo considerar los innúmeros intereses involucrados, lo que requiere la disponibilidad de profesionales aptos la facilitar las negociaciones necesarias.

La Portaria del COAPES apunta al fortalecimiento de la tutoría, correspondiendo al Ministerio de Salud “promover la formación de tutores en el servicio de salud, apoyando acciones de valorización profesional en conjunto con la gestión municipal/estadual de salud e instituciones de enseñanza.” Compete a las instituciones de enseñanza y a los programas de residencia en salud adoptar acciones de valorización y formación de tutores, tales como participación en actividades de investigación, certificación de la actividad de tutoría, apoyo a la participación en actividades de educación continua, como cursos y congresos, y que deberán estar indicados en el COAPES.

La gestión en salud en los ámbitos estadual y municipal compete estimular la tutoría mediante su inclusión en las políticas de calificación y valorización de los profesionales de salud de gestión de carga horaria, incentivos a la calificación profesional, progresión funcional el en la carrera, entre otras posibilidades, considerando indisociable la relación entre enseñanza y servicio.

Por lo tanto, el tema de la ordenación de la formación viene ganando espacio, necesitando ser comprendida en su naturaleza interdisciplinar, interprofesional, interinstitucional e intersectorial (AGUIAR; DAL POZ; DOMINGUES, 2015); debiendo identificarse sus componentes a ser trabajados en los años venideros.

Referencias

AGUIAR, A. C.; DAL POZ, M. R.; DOMINGUES, S. M. (Coord.). *Mestrado profissional em administração em saúde: políticas educacionais e ordenação da formação em saúde*. [Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2015]. (Unidade de Aprendizagem, 11).

BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M. Curso de Especialização em Enfermagem modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n.1, p. 5-11, jan. 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. IV Seminário nacional sobre residência multiprofissional e em área profissional da saúde: experiências, avanços e desafios. 2011. Mimeo.

_____. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 21 jun. 2007a. Seção 1, p. 16.

_____. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 6 set. 1977. Seção 1, p. 11787.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1.

_____. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 1981. Seção 1, p. 21.

_____. Ministério da Educação. Decreto Nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 2011. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Educação. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 jul. 2005a. Seção 1. p. 1.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2009a. Seção 1, p. 9.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009b. Seção 1, p. 7.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2014a. Seção 1, p. 21.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2007b. Seção 1.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRM 02/2006, de 17 maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 maio 2011. Seção 1, p. 23-36.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção 1. p. 24.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 2, de 27 de agosto de 2015. Adequa a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica à Lei 12.871/2013, acerca do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 agosto 2015c. Seção 1, p. 31.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 nov. 2014b. Seção 1. p. 12-13.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 ago. 2015a. Seção 1. p. 193.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 2008. Seção 1. p. 27.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005b. Seção 1. p. 111.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 maio 2015b. Seção 1, p. 11.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulg. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-45, dez. 2001.

CYRINO, E. G. *Mudança curricular na perspectiva da formação na prática do SUS e para o trabalho qualificado no SUS*. 3 out. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ε7ea71lyM18>>. Acesso em: 26 nov. 2016. Curso de Especialização em Docência na Saúde.

_____. et al. The Project ‘ Mais Médicos ‘ and training in and for the Brazilian Health System (SUS): why change it? *Esc Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 5-10, 2015.

FERREIRA, S. F. E.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23-34.

MAMEDE, M. V. et al. *Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (Projeto Piloto)*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2012. Mimeo.

MARCIAL, T. M. et al. *Manual para as comissões de residência médica – COREMES: orientações para credenciamento e funcionamento de programas de Residência Médica*. Minas Gerais: Associação de Residência Médica de Minas Gerais, 2016.

MARTINS, A. R. et al. Residência multiprofissional em saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-90.

MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. HAAG, C. B. A residência integrada em saúde: dermatologia sanitária: uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia. *Bol. da Saúde*, v. 15, n. 1, 2001. p. 129-137.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.19, n. 54, jul./set. 2015.

PIERANTONI, C. R. et al. *Gestão do trabalho e educação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ; ObservaRH, 2012.

RIBEIRO, M. A. A. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; Consultoria Legislativa, 2011

3. Características y perspectivas del modelo español de formación de médicos residentes

JOSÉ-MANUO FREIRE
ALBERTO INFANTE CAMPOS
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
PILAR CARBAJO

En España y en los demás países de la Unión Europea, los títulos universitarios y calificaciones profesionales son regulados por el poder público. La especialización en Medicina, por su impacto directo en la práctica profesional y en la organización del cuidado de salud, merece una reglamentación específica.

La primera iniciativa de regulación formal de la formación médica especializada en España data de 1955; antes de eso, la residencia era delegada a universidades, desvinculándose en condiciones bastante variables en los llamados “Institutos de Especialización” existentes en algunas cátedras de escuelas de Medicina. Durante los años 60, ocurrió la expansión de la oferta de servicios de salud de la Seguridad Social, especialmente a nivel hospitalario, demandando médicos de diversas especialidades. De este modo, la Seguridad Social introdujo, en algunos de sus hospitales, un Sistema de Residencia (SR) para capacitar a sus propios médicos. Al final de la década, los médicos de varios hospitales (como el Hospital de Basurto, en Bilbao; Valdecilla, en Santander; Santa Cruz y San Pablo, en Barcelona; la Fundación Jiménez Díaz y la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid, entre otros) crearon el “Seminario de Hospitales con Posgrado” (ARANA, 2002). Sus recomendaciones teóricas y conceptuales establecieron la base del actual sistema de formación especializada.

Al inicio de los años 80, la residencia médica fue regulada en el Servicio de Salud de Seguridad social como sistema de aprendizaje a través de la práctica profesional supervisada y programada, dirigida a la adquisición progresiva de conocimientos, habilidades y actitudes/ responsabilidades necesarias para formar un especialista independiente (ESPAÑA, 1966). En el ínterin, el Decreto Real nº 2015/1978 (ESPAÑA, 1978) reglamentó las especialidades

médicas en España, con las siguientes características: **a)** establecimiento del sistema hospitalario de residencia como la ruta oficial para la especialización médica; **b)** definición de una nueva lista oficial con 51 especialidades médicas; **c)** creación de un Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNEM) y una Comisión Nacional (CNE) para cada especialidad; **d)** establecimiento de un sistema de acceso por mérito mediante un concurso anual de ámbito nacional; **e)** la asignación de la responsabilidad de formación de los médicos especialistas al Ministerio de Sanidad (aunque el Ministerio de Educación mantenga la prerrogativa de emisión de los certificados).

El Decreto Real nº 2015/1978 avanzó en la consolidación de la residencia médica, aunque no haya abolido totalmente el antiguo sistema: la formación en tres especialidades médicas se mantuvo en el ámbito de las universidades hasta 2015. Sin embargo, como la Seguridad Social era el principal empleador de médicos, cursar la residencia se volvió condición para trabajar como médico especialista en hospitales públicos.

Por motivo de la entrada a España en la Unión Europea (1986), un nuevo Decreto Real (ESPAÑA, 1984) regulando la especialización médica, endosando iniciativas establecidas en 1978, fue publicado, definiendo 49 especialidades médicas, creando un sistema unificado a nivel nacional, de residencia médica, incluyendo el registro de instituciones de salud para la enseñanza. La formación en “Medicina Familiar y Comunitaria” fue regulada a la época, ofreciéndose alternativas de titulación a los médicos que ya se encontraban en ejercicio. Siendo así, desde ese momento, la formación de residentes en España se asienta en cinco pilares (a ser abordados a continuación): el trabajo de la Comisión Nacional de Especialidades Médicas y de la Comisión Nacional de cada especialidad; el Programa Oficial de cada especialidad; la acreditación de servicios de salud para oferta de la residencia médica; el proceso selectivo, basado en un examen nacional unificado, y la evaluación del residente.

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNEM) está formado por los presidentes de las 47 Comisiones Nacionales de

Especialidades (CNE). Cada CNE está compuesta por 13 médicos, nombrados por: sociedades científicas de cada especialidad¹, por la Organización Española de Consejos de Medicina, por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el Ministerio de Educación. Dos miembros de cada CNE son residentes electos por sus pares. En conjunto, el CNEM y las CNEs componen un grupo de más de 500 médicos activamente involucrados en la formación de residentes. Las CNEs se reúnen dos o tres veces al año, además de las reuniones del CNEM, y de sus Comisiones Permanentes y diferentes grupos de trabajo. Tanto el CNEM como las CNEs también son órganos consultivos de los Ministerios de Salud y de Educación, con competencias y responsabilidades legales. Su carácter profesional y técnico, además de su dedicación a lo largo de los años, les concedió un gran prestigio y credibilidad.

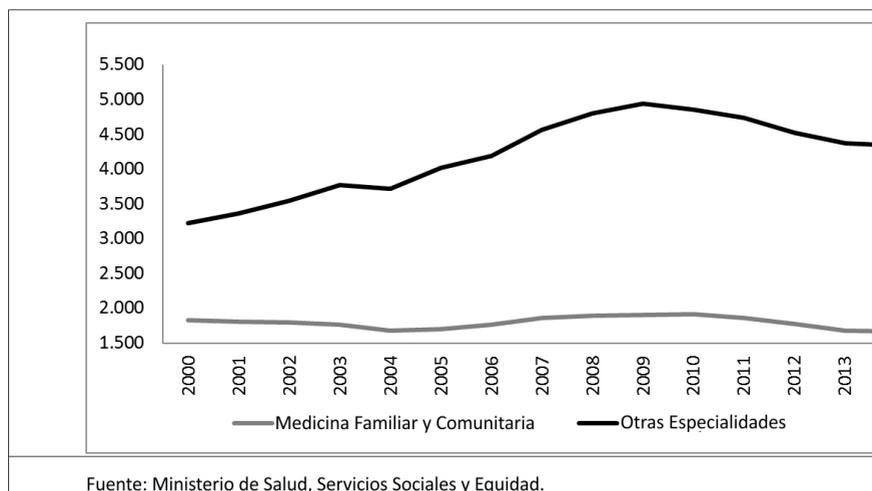
Cada especialidad médica cuenta con un Programa Oficial de Formación (POF), elaborado por la respectiva CNE, que establece el conocimiento, habilidades, contenidos y prácticas inherentes a la formación especializada. Los POFs fueron publicados en el Boletín Oficial del Estado (BOE) entre 2005 y 2011. La actualización más reciente es la de Oncología Médica, desarrollada en respuesta a la Directiva de la Unión Europea nº 2005/36-CE (abril de 2013). La duración de los programas es de cuatro años para la mayoría de las especialidades clínicas, incluyendo Medicina de Familia y Comunitaria, y cinco años para las especialidades quirúrgicas, medicina interna, cardiología, medicina de cuidados intensivos y oncología médica.

El gráfico 1 muestra la evolución, durante los últimos diez años, del número de plazas para nuevos residentes (conocido como formación MIR), resaltando la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria.

Las instituciones de salud interesadas en ofrecer formación de médicos residentes necesitan pasar por proceso formal de registro.

¹ la mayoría de las actuales sociedades científicas son asociaciones de especialidades médicas creadas para promover y compartir conocimiento y habilidades de cada especialidad a través de revistas y periódicos, reunión científica, etc. No cuenta con poder reglamentar, aunque gocen de reconocimiento oficial.

Gráfico 1 – Evolución de la oferta de plazas de Residencia Médica en España



Los requisitos para autorización oficial para la formación de médicos especialistas son aprobados por el CNEM, estando sometidos a revisiones periódicas. El registro incluye auditorías en las que equipos de especialistas (externos a la institución auditada) efectúan inspección in situ y presentan un informe al Comité de Auditoría de CNEM (que puede iniciar, si fuera necesario, un proceso que lleve al retiro del registro). El registro concedido a una “unidad de formación especializada” establece el número máximo de plazas de formación en conformidad con los requisitos de la UE. En julio de 2013, 183 centros de salud estaban acreditados (incluyendo 2,800 servicios) para capacitación de especialistas.

La selección de los candidatos acontece todos los años, en una agenda previamente divulgada. El proceso se inicia por la aprobación del número de plazas a ser ofrecidos, basada en la capacidad formativa de las instituciones acreditadas, necesidad de especialistas informada por las autoridades de salud de las comunidades autónomas (regiones), y capacidad de financiamiento (95% plazas son financiados por el sector público, especialmente por las comunidades autónomas). Al establecer el número de plazas disponibles, las comunidades autónomas asumen un importante papel regulador, junto con la CNEM, la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Territorial Nacional de Servicios de Salud y Ministerio de Sanidad. Desde el año 2014, el Ministerio de Sanidad

puede modificar el número de plazas propuesto por las comunidades autónomas, de acuerdo con el análisis de las necesidades generales del país.

El establecimiento del número de plazas de residencia por especialidad en nivel nacional es hoy el principal instrumento de planificación de la fuerza de trabajo médico en España, y su importancia no puede ser subestimada (otro instrumento relevante es la oferta de plazas en Medicina). El proceso selectivo de la residencia se basa en los principios constitucionales de la igualdad, mérito y capacidad para el empleo público. Un examen competitivo nacional se da desde 1979, y fue reglamentado en 1989. El reglamento vigente fue establecido en 2003 (ESPAÑA, 2003), siendo actualizado por última vez en el año 2014 (BRASIL, 2003, 2014). El proceso de selección se basa en una prueba de conocimiento, que pesa 90% en el puntaje final, y en el desempeño académico de los candidatos en el grado, que pesa 10%. Tradicionalmente, el examen consistía en una prueba de opción múltiple con 225 preguntas y duración máxima de cinco horas, y recientemente, el examen fue revisado para incluir problemas de raciocinio clínico e interpretación de exámenes de laboratorio y de imagen. Desde 2012, fue establecido un puntaje mínima para aprobación, y 7% de las plazas son reservadas para candidatos con necesidades especiales.

Ese procedimiento genera una clasificación de todos los candidatos en el país, y aquellos más bien colocados tienen preferencia en la elección de la especialidad y de la institución formadora, dejándole a los peor clasificados las plazas restantes. El proceso de selección es proyectado para ser transparente, justo y seguro (MARTÍNEZ; MARCO, 2012), lo que implica transparencia de las etapas y en tornar públicos los criterios para elaboración de la prueba, publicación de la plantilla con las respuestas correctas, y en la oferta de oportunidad de revisión de la corrección de la prueba.

Por último, la evaluación del desempeño de los residentes tiene criterios generales establecidos en 2008 (ESPAÑA, 2008) incorporando sugerencias de los tutores (IV ENCUENTRO..., 2007). El proceso de evaluación involucra a las jefaturas de servicio (“Unidades Clínicas de Capacitación”) y al tutor (“tutor”) responsable por el residente, en un proceso de tutoría bastante estructurado (ROMERO-SÁNCHEZ; ANZA-AGUIRREZABALA; SAURA-LLAMAS, 2012). A cada año, la

Comisión de Evaluación de cada Unidad Clínica de Capacitación debe evaluar a los residentes con uno de los siguientes conceptos: insuficiente, suficiente y excepcional (*outstanding*).

En caso de obtención de concepto “Insuficiente”, el residente tiene derecho a un período de recuperación (de tres meses), al final del cual es sometido a nueva evaluación. Los procedimientos de evaluación están especificados en el “Libro del Residente”, documento en el cual las etapas de especialización son registradas, incluyendo la participación en actividades clínico-quirúrgicas, didácticas y de investigación (o cualquier otra actividad de interés). Cada actividad registrada debe ser rubricada por el supervisor responsable por la actividad, con las debidas observaciones. Desde 2008, los propios residentes evalúan el proceso educacional, lo que incluye una investigación sobre niveles de satisfacción. La evaluación busca adoptar una variedad de mecanismos de retroalimentación que pueden llevar a la revisión de componentes de la regulación de la residencia (RUIZ-MORAL, 2008; SCHLATTER, 2013).

Cabe recordar que los residentes en España tienen un estatuto de profesionales contratados con dedicación exclusiva, respondiendo por importante parte del trabajo asistencial en hospitales y centros de salud, bajo supervisión. Su contrato especial prevé la cobertura por Seguridad Social a lo largo de la residencia y seguro desempleo, en caso no encontraran trabajo al final de la capacitación. Los derechos y deberes del residente son compatibles con lo establecido por la regulación de la especialidad (ESPAÑA, 1984, 2003, 2006, 2008).

Discusión

Un modelo de formación de residentes dinámico, como en este caso España, merece ser analizado a la luz de tres elementos de contexto:

La ampliación de la residencia para otras profesiones de salud

Actualmente, la residencia forma médicos especialistas y otros profesionales de salud incluidos de acuerdo con Decretos Reales específicos: farmacéuticos (1982), radiólogos (1997), psicólogos (1998), químicos, biólogos y bioquímicos (2002), enfermeras (2005). Como consecuencia, el sistema de formación fue renombrado como

“Capacitación Especializado en Salud”, y la Comisión Nacional de Especialidades Médicas pasó la componer la Comisión Nacional de Ciencias de la Salud, luego de la inclusión de nuevas Comisiones Nacionales.

El agrupamiento de especialidades en un tronco común (“troncalidad”)

En su Artículo 19, la Ley nº 44/2003 (de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) prevé el asociación de especialidades médicas de acuerdo con el criterio de afinidad. La creación de especialidades “troncales” busca revertir la especialización precoz, que acaba demandando la absorción de una miríada de especialidades para plena cobertura de los servicios asistenciales, elevando los costos.

La troncalidad establece un período de capacitación común a varias especialidades del mismo tronco, fomentando la competencia para una atención ampliada y para el trabajo en equipo. Además, la troncalidad facilita la re-especialización dentro del mismo tronco, lo que puede ser interesante para muchos médicos, y aumenta la adaptabilidad del sistema de salud a las necesidades de la población. Ese nuevo mecanismo para la especialización médica ya estaba previsto en los Artículos 24, 25 y 29 de la mencionada ley, pero los conflictos de intereses profesionales condicionaron un largo debate (GUAL, 2010) que antecedió a su normativa por el Decreto Real nº 639/2014, publicado en julio de 2014 (ESPAÑA, 2014).

La continuidad del proceso educacional

Un desafío que se coloca es el de la creciente integración entre momentos formativos, desde el grado hasta el fin del ejercicio profesional. El Espacio Europeo de Educación Superior (conocido como “Proceso de Bolonia”) demanda un año de internado al final del curso de Medicina (MURILLO, 2009; PRAT-COROMINAS; ORIOL-BOSH, 2011), el que comenzó a ser implementado en España en el año lectivo de 2008-2009. Cabe analizar la relación entre ese internado (ofrecido por instituciones de educación) y las residencias (ofrecidas en las instituciones de salud).

Además, la Ley nº 44/2003 (Artículo 33 y otros) establece que la

Educación Médica Continua (EMC) es un derecho y una obligación de los médicos a lo largo de su ejercicio profesional, siendo acompañada por una comisión (también establecida en ley) compuesta por representantes de las 17 comunidades autónomas y por el Ministerio de Sanidad (también demanda registro de instituciones, así como de programas y actividades educacionales).

La recertificación periódica de los profesionales especialistas aún no es obligatoria, aunque algunas sociedades de especialistas ofrezcan programas de recertificación voluntaria. Recientemente, la OMC (Organización Española de Escuelas de Medicina) creó un proyecto para desarrollar mecanismos de recertificación voluntaria a nivel nacional (RODRÍGUES-SENDÍN, 2012).

Conclusiones

Muchas evidencias indican que el modelo de formación en la residencia médica ha sido un factor preponderante para el buen desempeño del sistema de salud en España (ARMESTO et al., 2010). La calidad de los cuidados de salud, evidenciada en muchos indicadores (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2010), no habría sido posible sin las generaciones de médicos formados por la residencia, desde que establecida por el Servicio de Salud de la Seguridad Social, a mediados de la década de 1960.

La planificación de largo plazo y la permanente participación profesional han sido esenciales en la concepción, ejecución y evaluación continua y rediseño de un sistema que funciona bien, aunque esto no haya sido un proceso fácil. España tiene un sistema de salud altamente descentralizado (PEREIRA, 2014), y los muchos actores involucrados representan una fuente adicional de complejidad. Aun así, el alto nivel de compromiso de las partes interesadas (consejos de medicina, sociedades científicas, autoridades centrales y regionales de salud y educación, etc.) aumenta la legitimidad de todo el proceso: todos son periódicamente consultados e informados sobre cada paso del modelo de formación especializada en Medicina.

Garantizar la continuidad de la formación desde la escuela médica hasta el final de una vida profesional productiva, la implantación de la troncalidad, y el establecimiento de la recertificación obligatoria son,

probablemente, tres de los mayores desafíos para el Sistema Nacional de Salud español.

En conclusión, el sistema de formación médica especializada español es un buen y resiliente ejemplo de la aplicación de la gobernanza en el proceso de regulación profesional médica, demuestra cuán compleja (e indispensable) es la gestión de todo el proceso, correspondiendo atender en buena medida a las partes interesadas, en cuestiones sensibles de una profesión como la medicina.

Referencias

ARANA, J. M. S. La formación de especialistas médicos en España. *Ars Medica Revista de Humanidades*, v. 1, n.1, p.77–83, 2002.

ARMESTO, S. G. et al. *España: análisis del sistema sanitario 2010*. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2010. Disponible em: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT_SP.pdf>. Acceso em: 12 maio 2015.

ESPANHA. Ley nº 44, de 21 de noviembre de 2003. Ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, n. 280, 22 nov. 2003. p. 41442-41458. Disponible em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>>. Acceso 12 maio 2015.

_____. Orden, de 3 de septiembre de 1969 por la que se modifica y complementa la de este Ministerio de 17 de noviembre de 1966, relativa al perfeccionamiento técnico de los médicos internos y residentes em instituciones sanitarias de la seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, n. 220, 3 nov. 1969. p. 14528. Disponible em: <<http://www.boe.es/boe/dias/1969/09/13/pdfs/A14528-14528.pdf>>. Acceso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 1146, de 6 de octubre de 2006. Por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n. 240, 07 out. 2006. p. 34864. Disponible em: <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-17498>. Acceso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 127, de 11 de fevereiro de 1984. Por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. *Boletín Oficial del Estado*, n. 26, 31 fev. 1984. p. 2524. Disponible em: <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2426>. Acceso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 183, de 8 de febrero, Por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, n. 45, 21 fev. 2008. p. 10020. Disponible em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>>. Acceso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 2015, de 15 de julio de 1978. Por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. *Boletín Oficial del Estado*, n. 206, 29 ago. 1978. p. 20172. Disponible em: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-22162>. Acceso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 639, de 25 de julio de 2014. Por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. *Boletín Oficial del Estado*, n. 190, 06 ago. 2014. p. 63130. Disponible em: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497>. Acceso em: 12 maio 2015.

GUAL, A. Una nueva troncalidad para la formación sanitaria especializada ¿Es necesaria? *Educ Med*, v. 13, n. 1, p. 1-3, mar. 2010.

IV ENCUESTRO de Tutores Mahón 2006. La evaluación de la formación especializada como garantía de la calidad del sistema de salud. *Educ Med*, v. 10, n. 1, p. 16-25, mar. 2010.

MARTÍNEZ, J. M.; MARCO, M. F. La prueba MIR en la actualidad: ventajas e inconvenientes. *Educ Med*, v. 15, n. 54, p. S1-S54, 2012. Suplemento 1.

MURILLO, M. P. C. El tratado de Bolonia: implicaciones en la enseñanza de medicina. *FEM*, v. 12, n. 3, p. 1-5, 2009.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud em el mundo. Ginebra: OMS, 2010. Anexo estadístico. Disponible em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_annex_es.pdf?ua=1List%20of%20abbreviations>. Acceso em: 12 maio 2015.

PEREIRA, A. M. M. *Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes*. 2014. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Sergio Arouca, Rio de Janeiro 2014.

PRAT-COROMINAS, J.; ORIOL-BOSH, A. Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios. *Educ Med*, v. 14, n. 3, p. 141-149, 2011.

RODRÍGUES-SENDÍN, J. Acreditación y reacreditación. Quién, cuándo y cómo debe realizarse. *Educ Med*, v. 15, p. 39-41, 2012. Suplemento 1.

ROMERO-SÁNCHEZ, E.; ANZA-AGUIRREZABALA, I.; SAURA-LLAMAS, J. ¿Planifican los tutores la formación de sus residentes?: Investigación realizada en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Educación Médica. Educ Med*, v. 15, n. 2, p. 117-122, jun. 2012.

RUIZ-MORAL, R. Opiniones de tutores y residentes tras aplicar un sistema de evaluación formativa tipo portafolio: la nueva propuesta de “Guía de práctica reflexiva”

del Libro del especialista en Medicina de familia en formación. *Educ Med*, v. 11, n.3, p. 147-155, set. 2008.

SCHLATTER, J. Experiencias del uso del portafolio para residentes de la Clínica Universidad de Navarra. *FEM*, v. 16, n. 1, p. 59-62, mar. 2013.

4. Experiencias, percepciones y motivaciones de tutores de residencia brasileños y españoles

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
 ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO
 ELIANE BERINQUÉ BRAGA
 WILSON COUTO BORGES

El presente capítulo presenta y discute experiencias, percepciones y motivaciones de 357 tutores brasileños que actúan en residencias médicas (Medicina de Familia y Comunidad – RMFC; inecología y Obstetricia - RMGO) y en el área profesional (Residencia Multiprofesional en Salud Familiar - RMSF, Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer - RMSM, Residencia en Enfermería Obstétrica - REO). El capítulo introduce además, en el análisis de la tutoría en Residencia en Medicina de Familia y Comunidad, el análisis comparativo de las respuestas de tutores brasileños y 106 tutores españoles. La caracterización de la muestra está disponible en el capítulo 1.

Una de las motivaciones de la investigación “Tutoría en Programas de Residencia: Enseñanza, Investigación y Gestión” (PREPG) fue entender cómo los tutores manejan las múltiples tareas implicadas en las funciones que desempeña. Siendo así, los tutores informaron qué actividades desempeñaron en los doce meses que antecedieron la recolección de datos. Las respuestas obtenidas en Brasil se presentan en la tabla 1.

Tabla 1 – Tipos de actividades desempeñadas los últimos 12 meses por tipo de programa - Brasil

Variables	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Asistencia a usuarios/pacientes	81	97.6	81	94.2	116	82.9	13	81.3	25	92.6	316	89.8
Tutoría de estudiantes de grado	65	78.3	52	60.5	64	45.7	4	25.0	12	44.4	197	56.0
Investigador o colaborador en proyectos de investigación	33	39.8	31	36.0	44	31.4	4	25.0	16	59.3	128	36.4
Docencia en Institución de Enseñanza Superior	27	32.5	43	50.0	35	25.0	3	18.8	13	48.1	121	34.4
Gestión en Institución de Salud	17	20.5	18	20.9	44	31.4	6	37.5	9	33.3	94	26.7
Número de actividades respondidas	223		225		303		30		75		856	
Número de encuestados	83		86		140		16		27		352	
Actividades por encuestado (promedio)	3		3		2		2		3		2	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

La asistencia a la salud fue ejercida por 89.8% de los tutores brasileños y más de la mitad de los tutores de residencias médicas supervisaron alumnos de grado. Cerca de un tercio de los declarantes informó actuar en la docencia superior. Actuaron como investigadores o colaboradores en investigaciones 36.4% del total de respondientes y cerca de un cuarto ejerció actividades de gestión en servicios de salud. Entre los tutores de residencias en el área profesional, el porcentaje menos expresivo de las actividades desempeñadas en los últimos doce meses fue aquella de la docencia en la enseñanza superior, mientras en las residencias médicas aparecieron las actividades de gestión en institución de salud. Cada participante informó entre 2 y 3 tipos de actividad (promedio), además de la tutoría de residentes (cinco personas no respondieron).

La tabla 2 presenta actividades desempeñadas por tutores de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad en Brasil y España en los últimos doce meses.

Tabla 2 – Actividades desempeñadas por los tutores de RMFC los últimos 12 – España y Brasil

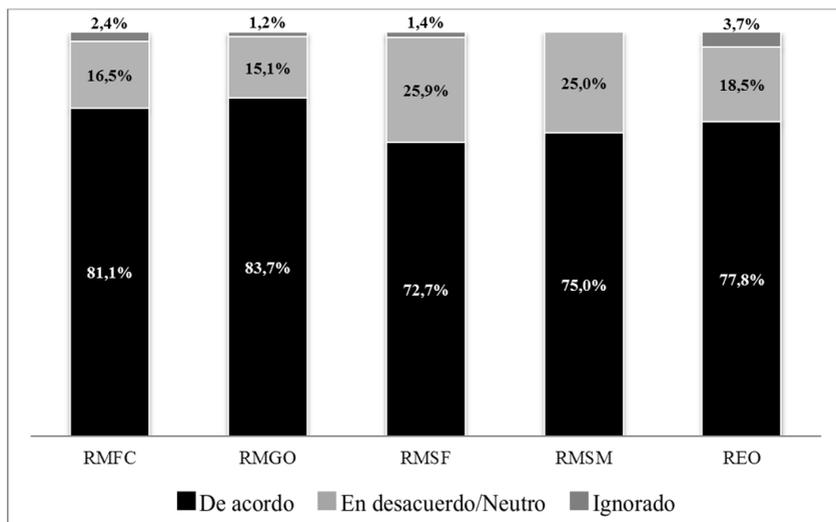
Actividades que desempeña/desempeño	Programa de Residencia			
	España		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Asistencia a usuarios/pacientes	101	98.1	81	97.6
Tutoría de estudiantes de grado	60	58.3	65	78.3
Investigador o colaborador en proyectos de investigación	55	53.4	33	39.8
Docencia en Institución de Enseñanza Superior	17	16.5	17	20.5
Gestión en Institución de Salud	15	14.6	27	32.5
Número de actividades respondidas	248		223	
Número de encuestados	103		83	
Actividades por encuestado (promedio)	2		3	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Además de la asistencia de salud de pacientes, se destaca la orientación a alumnos de grado, realizada por un porcentaje significativo de brasileños (78.3%) y menos expresiva entre los tutores españoles (58.3%). Las diferencias entre las actividades desempeñadas también son observadas en la participación en proyectos de investigación (53.4% de españoles y apenas 39.8% de brasileños), y en la docencia en la enseñanza superior, muy infrecuente en las respuestas de tutores españoles (14.6%), mientras en las de brasileños aparece con cerca de

un tercio de las respuestas (32.5%). Dos brasileños y tres españoles no respondieron la pregunta. A pesar de las múltiples tareas, la mayoría de los declarantes consideró la carga horaria disponible apropiada para el desempeño de la tutoría, como informa el gráfico 1 (que agregó las respuestas “estoy de acuerdo” y “estoy parcialmente de acuerdo”, (valores 5 y 4), además de agregar las respuestas de valores neutros y discordantes (valores 3, 2 y 1) sobre de la adecuación mencionada.

Gráfico 1 - Adecuación de la carga horaria en la institución para el desempeño de la tutoría por tipo de programa -Brasil de la oferta de plazas de Residencia Médica en España



La cuarta parte de los tutores de las residencias multiprofesionales (Salud Familiar y Salud de la Mujer) señalaron que su carga horaria no sería apropiada para el ejercicio de las atribuciones de la tutoría (25%, aproximadamente), mientras más de 80% de los que actúan en las residencias médicas consideraron el tiempo suficiente. Cuando agrupados por predominancia de entorno de actuación como Atención Primaria (Residencia en Medicina de Familia y Comunidad y Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia), Atención Hospitalaria (Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia, Multiprofesional en Salud de la Mujer y en Enfermería Obstétrica), las percepciones de los tutores brasileños son bastante uniformes en relación a la adecuación de la carga horaria para el ejercicio de la tutoría. Por otro lado, en Andalucía,

la carga horaria contractual del tutor es de 37.5 horas semanales. Cuando preguntados sobre la adecuación de la misma al desempeño de la tutoría, apenas un tercio de los participantes (36 personas) la consideró apropiada (tablas no presentadas). En lo que se refiere a las oportunidades de desarrollo profesional para la tutoría, la encuesta investigó la experiencia de los tutores en los últimos tres años. La tabla 3 presenta las respuestas de tutores brasileños.

Tabla 3 – Actividades de capacitación/formación pedagógica realizadas los últimos años por tipo de programa - Brasil

Actividades de capacitación/formación pedagógica	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Tutores que informaron no haber tenido actividad	6	7.2	31	36.5	14	10.1	2	12.5	3	11.1	56	16.1
Tutores que informaron actividad	77	92.8	54	63.5	125	89.9	14	87.5	24	88.9	294	84.0
Participación en evento científico con contenido de educación	61	79.2	40	74.1	62	49.6	7	50.0	18	75.0	188	63.9
Participación en actividades de Educación Permanente que abordaron la enseñanza en la residencia	49	63.6	10	18.5	82	65.6	1	7.1	10	41.7	152	51.7
Capacitación en educación en la institución de salud en la que actúa	41	53.2	17	31.5	58	46.4	5	35.7	12	50.0	133	45.2
Curso(s) de desarrollo de docentes	41	53.2	20	37.0	43	34.4	2	14.3	4	16.7	110	37.4
Disciplina o módulo de metodología educacional o didáctica	21	27.3	12	22.2	32	25.6	2	14.3	3	12.5	70	37.4
Especialización en el área	4	5.2	6	11.1	28	22.4	6	42.9	0	0.0	44	23.8
Otras	8	10.4	4	7.4	24	19.2	5	35.7	4	16.7	45	15.0
Número de Actividades respondidas	225		109		329		28		51		742	
Número de encuestados	83		85		139		16		27		350	
Actividades por encuestado (promedio)	3		1		2		2		2		2	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

El porcentaje de respuestas que indica participación en por lo menos una actividad de desarrollo profesional para tutoría entre los brasileños varió de 93% (Medicina de Familia y Comunidad) a 64% (Ginecología y Obstetricia). El tipo de actividad más mencionado fue la participación en el evento científico que abordó la temática de educación (63.9%). La problemática de la residencia como objeto de la actividad de Educación Permanente fue mencionada, en promedio, por poco más de la mitad de los declarantes, variando de 7.1% de las respuestas de los tutores de Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer a 65.6% de los que actúan en la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia. Cincuenta y seis tutores (56%) informaron no haber participado de actividades de capacitación pedagógica, siendo expresivo el porcentaje de 36.5% en Ginecología y Obstetricia. Siete personas optaron por no responder la pregunta.

Para que los tutores tengan acceso a oportunidades de desarrollo profesional, es necesario que las instituciones adopten iniciativas de apoyo/incentivo, y la tabla 4 identifica las respuestas sobre los tipos de apoyo recibidos por los tutores brasileños.

Tabla 4 - Incentivos recibidos de la institución para actividad (es) de capacitación/formación por tipo de programa – Brasil

Incentivos de la Institución	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Tutores que no obtuvieron apoyo	14	16.7	47	58.0	39	28.5	5	31.3	12	50.0	114	34.2
Tutores que informaron obtención de apoyo	70	83.3	34	42.0	98	71.5	11	68.8	12	50.0	225	65.8
Obtuvo liberación de carga horaria	54	77.1	16	47.1	58	59.2	7	63.6	8	66.7	143	63.6
La institución en la que actúa proporcionó la capacitación	35	50.0	14	41.2	41	41.8	3	27.3	4	33.3	97	43.1
Obtuvo apoyo financiero (salarios, pasajes, remuneración por resultados)	6	8.6	7	20.6	21	21.4	1	9.1	2	16.7	37	16.4
Aumento de la remuneración decurrente de la capacitación/formación	10	14.3	1	2.9	7	7.1	1	9.1	1	8.3	20	8.9
Valorización en el Plan de Carrera (progresión funcional)	6	8.6	3	8.8	6	6.1	1	9.1	1	8.3	17	7.6
Otras	2	2.9	4	11.8	7	7.1	2	18.2	0	0	15	6.7
Número de incentivos respondidas	113		45		140		15		16		329	
Número de encuestados	84		81		137		16		24		342	
Incentivos por encuestado (promedio)	1		1		1		1		1		1	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

A pesar que 84% de los participantes informaron haber realizado actividades de desarrollo profesional para la tutoría (tabla 3), apenas 65.8% declaró haber obtenido apoyo para tal fin (tabla 4). Los tutores de Ginecología y Obstetricia fueron los que menos recibieron apoyo para desarrollo profesional (58% no recibieron), seguidos de los tutores de Enfermería Obstétrica (50%). Ya los tutores de Medicina de Familia y Comunidad y Salud Familiar fueron los que más recibieron apoyo, con 83.3% y 71.5% de respuestas afirmativas, respectivamente. El apoyo más mencionado fue la liberación de la carga horaria (63.6%), seguido de participación en capacitaciones de la propia institución (43.1%). Menos de 9% de los declarantes informó aumento en la remuneración como consecuencia del cumplimiento de esas actividades, siendo también poco expresiva su importancia en la progresión funcional (plan de cargos), con 7.6% de las respuestas. Quince participantes no respondieron a esa pregunta.

La tabla 5 presenta las respuestas de tutores de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad españoles sobre el tema del desarrollo profesional.

Tabla 5 - Actividades de capacitación/formación pedagógica realizadas los últimos 3 años - RMFC - España

Actividades de capacitación/formación pedagógica	Residencia MFC España	
	Nº	%
Tutores que no realizaron actividades en el periodo	5	4.8
Tutores que informaron actividades realizadas	100	95.2
Capacitación en educación en la institución de salud en la que actuó	75	75.0
Participación en evento científico con contenidos de formación docente	69	69.0
Curso(s) de desarrollo de docentes	67	67.0
Participación en evento científico con contenidos de educación	47	47.0
Disciplina o módulo de metodología educacional y/o didáctica	21	21.0
Especialización en el área de educación	8	8.0
Otras	9	9.0
Número de actividades respondidas	296	
Número de encuestados	105	
Actividades por encuestado (promedio)	3	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Tabla 6 - Apoyos que los tutores RMFC recibieron de la institución para realizar actividad(es) de capacitación/formación – España

Incentivos recibidos	Residencia MFC España	
	Nº	%
Tutores que no obtuvieron apoyo	47	44.3
Tutores que informaron haber recibido apoyo	59	55.7
La institución en la que actuó proporcionó la capacitación	31	52.5
Valorización en el Plan de Carrera (progresión funcional)	17	28.8
Obtuvo liberación de carga horaria	12	20.3
Obtuvo apoyo financiero (salarios, pasajes, remuneración por resultados)	2	3.4
Aumento de la remuneración decurrente de la capacitación/formación	1	1.7
Otros	8	13.6
Número de ítems de apoyo respondidos	71	
Número de encuestados	106	
Promedio de incentivos por encuestado	1	

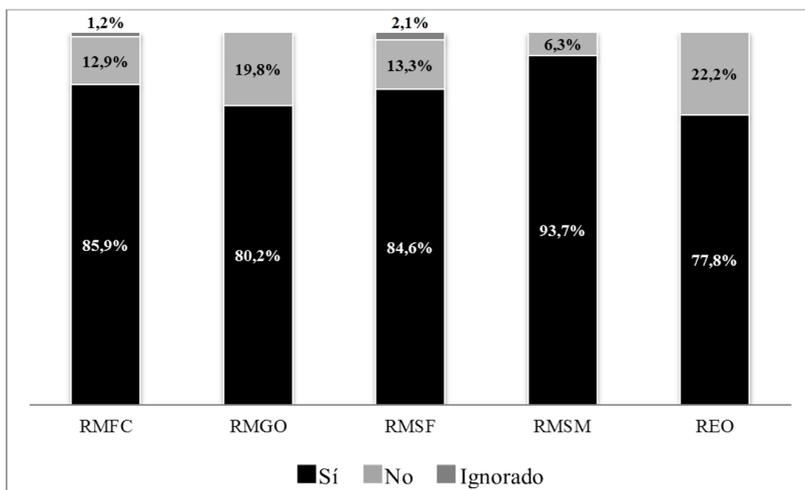
Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Sobre la participación en actividades de capacitación/formación pedagógica en los últimos tres años (tabla 5), casi todos los encuestados españoles informaron haber realizado alguna actividad (comparado con el 84% de los brasileños), con énfasis en la capacitación en educación ofrecida por la misma Consejería de Salud, la participación en evento científico con contenidos de formación docente y realización de curso(s) de desarrollo de docentes. Sobre los incentivos institucionales para la realización de tales capacitaciones (tabla 6), apenas 55.7% declaró contar con apoyos, con énfasis en las capacitaciones ofrecidas por la propia institución. Sorprende el promedio de apoyos mencionados por tutores españoles en comparación con las actividades realizadas (1 y 3, respectivamente). Así como sucede en Brasil, aún con un incentivo restringido de las instituciones, los tutores efectúan actividades de capacitación o formación pedagógica.

Percepciones sobre la práctica y conocimientos

El establecimiento de un currículo coherente con la formación profesional es condición para una formación consolidada y planificada. Sin embargo, es sabido que existen programas en funcionamiento con poca tradición de planificación educacional. La Investigación PREPG indagó si los tutores consideraban conocer el proyecto pedagógico del programa en el que actúan. El gráfico 2 presenta las respuestas por programas en Brasil.

Gráfico 2 - Conocimiento del Proyecto Pedagógico por tipo de programa - Brasil



Experiencias, percepciones y motivaciones de tutores de residencia brasileños y españoles

La mayoría de los tutores brasileños informó conocer el proyecto pedagógico del programa en que actúan, siendo el porcentaje más bajo el de los tutores de Enfermería Obstétrica (77.8%). En España el Programa Oficial de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunidad tiene validez en el ámbito nacional, siendo conocido por prácticamente todos los declarantes (excepto una persona), a diferencia de Brasil, donde los proyectos son específicos de cada institución/programa.

La tabla 7 presenta resultados sobre percepciones de los tutores brasileños sobre la enseñanza y calidad del programa en el que actúan.

Tabla 7 - Preparación de los tutores para la enseñanza teórica de los residentes por tipo de programa - Brasil

Preguntas	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<i>Estoy preparado(a) para promover el aprendizaje teórico de los residentes</i>												
De acuerdo	72	84.7	73	84.9	112	78.3	15	93.8	23	85.2	295	82.6
En desacuerdo/Neutro	4	4.7	4	4.7	15	10.5	1	6.3	1	3.7	25	7
Ignorado	9	10.6	9	10.5	16	11.2	0	0	3	11.1	37	10.4
<i>Estoy preparado(a) para el manejo de los recursos audiovisuales</i>												
De acuerdo	71	83.5	75	87.2	116	81.1	15	93.8	23	85.2	300	84.0
En desacuerdo/Neutro	4	4.7	2	2.3	10	7	1	6.3	1	3.7	18	5.0
Ignorado	10	11.8	9	10.5	17	11.9	0	0	3	11.1	39	10.9
<i>Considero adecuado el programa para la buena formación de los residentes</i>												
De acuerdo	77	90.6	70	81.4	127	88.8	15	93.8	23	85.2	312	87.4
En desacuerdo/Neutro	7	8.2	16	18.6	14	9.8	1	6.3	3	11.1	41	11.5
Ignorado	1	1.2	0	0	2	1.4	0	0	1	3.7	4	1.1
<i>Estoy preparado(a) para promover el aprendizaje práctico de los residentes</i>												
De acuerdo	73	85.9	77	89.5	120	83.9	16	100.00	24	88.9	310	86.8
En desacuerdo/Neutro	3	3.5	0	0	7	4.9	0	0	0	0	10	2.8
Ignorado	9	10.6	9	10.5	16	11.2	0	0	3	11.1	37	10.4
<i>Oriento a los residentes en el desarrollo de acciones de prevención de agravios/enfermedades</i>												
De acuerdo	75	88.2	75	87.2	122	85.3	13	81.3	22	81.5	307	86.0
En desacuerdo/Neutro	1	1.2	1	1.2	5	3.5	2	12.5	1	3.7	10	2.8
Ignorado	9	10.6	10	11.6	16	11.2	1	6.3	4	14.7	40	11.2
<i>Oriento a los residentes en el desarrollo de acciones de promoción de la salud</i>												
De acuerdo	72	84.7	70	81.4	125	87.4	15	93.8	24	88.9	306	85.7
En desacuerdo/Neutro	4	4.7	7	8.1	2	1.4	0	0	0	0	13	3.6
Ignorado	9	10.6	9	10.5	16	11.2	1	6.3	3	11.1	38	10.6
<i>Estimulo el desarrollo de escuchar con atención a los pacientes/usuarios por parte de los residentes</i>												
De acuerdo	76	89.4	77	89.5	124	86.7	15	93.8	23	85.2	315	88.2
En desacuerdo/Neutro	0	0	0	0	2	1.4	1	6.3	0	0	3	0.8
Ignorado	9	10.6	9	10.5	17	11.9	0	0	4	14.8	39	10.9

Los tutores de Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer fueron los que más se declararon preparados para promover el aprendizaje teórico y para manejar los recursos audiovisuales, y fueron también los que más evaluaron el programa adecuado para la buena formación de los residentes (93.8%). Ya los tutores de Residencia Multiprofesional en Salud Familiar fueron los que se consideraron menos preparados para promover el aprendizaje teórico de los residentes (78.3%) y para manejar los recursos audiovisuales (81.1%). El tipo de programa considerado menos adecuado para la buena formación de los residentes, en la opinión de los tutores, fue el de Ginecología y Obstetricia (81.4% de adecuación). Del total de tutores, 10.4% y 10.9% prefirieron omitir su respuesta cuando preguntados sobre su preparación para promover el aprendizaje teórico y manejo de los recursos audiovisuales, respectivamente.

Al respecto de la preparación de los tutores para promover el aprendizaje práctico de los residentes, orientarlos en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y estimularlos a escuchar atentamente a los pacientes, los tutores de Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer se evaluaron de un modo bastante positivo (entre 100% y 93.8%). La comparación entre las respuestas de los tutores de Medicina de Familia y Comunidad y Multiprofesional en Salud Familiar sobre su preparo para la enseñanza práctica de los residentes no demostró diferencia expresiva (aproximadamente 85.9% y 83.9%, respectivamente). Fueron excepcionales las respuestas que indicaron poca orientación para la promoción del aprendizaje práctico de los residentes, para el desarrollo de acciones de prevención de agravios, y para el estímulo a la escucha atenta de pacientes, siendo más frecuente en esas preguntas, la ausencia de respuesta.

En relación a la poca orientación de los residentes en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, la Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia presentó mayor porcentaje (8.1%).

La tabla 8 presenta las respuestas sobre el conocimiento de los tutores sobre las redes de salud en las que actúan y sobre los principios del Sistema Único de Salud (SUS). En todos los programas de residencia fueron altos los porcentajes de respuesta positivas con respecto al conocimiento de la red de salud y del SUS, siendo que en la Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer ese porcentaje alcanzó 100%. Por

Experiencias, percepciones y motivaciones de tutores de residencia brasileños y españoles

su carácter de capacitación en servicio los residentes interactúan con los diversos miembros del equipo de salud, correspondiendo a los tutores mediar las relaciones entre equipos y residentes.

Tabla 8 - Conocimiento de los tutores sobre la red de salud y el SUS por tipo de programa - Brasil

Preguntas	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<i>Conozco la red de servicios de salud en la cual se inserta la institución en la que actúo como tutor (a)</i>												
De acuerdo	72	84.7	73	84.9	122	85.3	16	100	24	88.9	307	86.0
En desacuerdo/Neutro	4	4.7	4	4.7	5	3.5	0	0	0	0	13	3.6
Ignorado	9	10.6	9	10.5	16	11.2	0	0	3	11.1	37	10.4
<i>Conozco los principios del Sistema Único de Salud</i>												
De acuerdo	76	89.4	77	89.5	127	88.8	16	100	24	88.9	320	89.6
En desacuerdo/Neutro	0	0.0	0	0	1	0.7	0	0	0	0	1	0.3
Ignorado	9	10.6	9	10.5	15	10.5	0	0	3	11.1	36	10.1

La tabla 9 resume las respuestas sobre las percepciones sobre esas acciones.

Tabla 9 – Preparo de los tutores para mediaciones que involucran a residentes y equipos por tipo de programa - Brasil

Preguntas	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<i>Estimulo la buena comunicación entre residentes y miembros del equipo de salud</i>												
De acuerdo	76	89.4	77	89.5	125	87.4	16	100	24	88.9	318	89.1
En desacuerdo/Neutro	0	0	0	0	2	1.4	0	0	0	0	2	0.6
Ignorado	9	10.6	9	10.5	16	11.2	0	0	3	11.1	37	10.4
<i>Envolver al equipo en la supervisión y apoyo a los residentes</i>												
De acuerdo	67	78.8	67	77.9	115	80.4	14	87.5	23	85.2	286	80.1
En desacuerdo/Neutro	9	10.6	10	11.6	12	8.4	2	12.5	1	3.7	34	9.5
Ignorado	9	10.6	9	10.5	16	11.2	0	0	3	11.1	37	10.4
<i>Contribuyo con la educación permanente del equipo en el cual estoy incluido</i>												
De acuerdo	67	78.8	68	79.1	118	82.5	16	100	22	81.5	291	81.5
En desacuerdo/Neutro	8	9.4	9	10.5	10	7.0	0	0	2	7.4	29	8.1
Ignorado	10	11.8	9	10.5	15	10.5	0	0	3	11.1	37	10.4
<i>Estoy preparado(a) para mediar situaciones de conflicto</i>												
De acuerdo	72	84.7	73	84.9	121	84.6	16	100	23	85.2	305	85.4
En desacuerdo/Neutro	4	4.7	4	4.7	7	4.9	0	0	1	3.7	16	4.5
Ignorado	9	10.6	9	10.5	15	10.5	0	0	3	11.1	36	10.1

Aunque en todos los tipos de programas, gran parte de los tutores haya respondido que estimula la buena comunicación entre los residentes y el equipo, hubo un porcentaje un poco más bajo de respuestas concordantes sobre la percepción de la propia capacidad de promover el involucramiento del equipo en la supervisión y apoyo a los residentes, así como en dicha contribución para la educación permanente del equipo, con excepción de la Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia. Los tutores de todos los tipos de programas también refirieron sentirse, en general, preparados para mediar situaciones de conflicto.

A continuación, la tabla 10 presenta las respuestas a otros temas de interés como la enseñanza de la ética, el ejercicio del *feedback*, el reconocimiento de la importancia de la subjetividad y la enseñanza de la comunicación, en la percepción de los tutores brasileños.

Tabla 10 - Preparo de los tutores para trabajar dilemas éticos del cuidado para la salud, criticar constructivamente y desempeño de los residentes, valorizar aspectos subjetivos del residente y mediar la relación de residentes y usuarios por tipo de programa - Brasil

Preguntas	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<i>Trabajo los dilemas éticos del cuidado de la salud con los residentes</i>												
De acuerdo	74	87.1	74	86	120	83.8	15	93.8	24	88.9	307	86
En desacuerdo/Neutro	1	1.2	3	3.5	5	3.5	1	6.3	0	0	10	2.8
Ignorado	10	11.8	9	10.5	18	12.6	0	0	3	11.1	40	11.2
<i>Estoy preparado(a) para criticar constructivamente sobre el desempeño de los residentes</i>												
De acuerdo	75	88.2	76	88.4	121	84.6	15	93.8	23	85.2	310	86.8
En desacuerdo/Neutro	1	1.2	1	1.2	6	4.2	1	6.3	0	0	9	2.5
Ignorado	9	10.6	9	10.5	16	11.2	0	0	4	14.8	38	10.6
<i>Valorizo los elementos de la subjetividad de los residentes y usuarios/pacientes en la práctica de la tutoría</i>												
De acuerdo	74	87.1	74	86	124	86.7	16	100	24	88.9	312	87.4
En desacuerdo/Neutro	2	2.4	3	3.5	3	2.1	0	0	0	0	8	2.2
Ignorado	9	10.6	9	10.5	16	11.2	0	0	3	11.1	37	10.4
<i>Estimulo la buena comunicación entre residentes y pacientes/usuarios</i>												
De acuerdo	76	89.4	77	89.5	124	86.7	16	100	24	88.9	317	88.8
En desacuerdo/Neutro	0	0	0	0	1	0.7	0	0	0	0	1	0.3
Ignorado	9	10.6	9	10.5	18	12.6	0	0	3	11.1	39	10.9

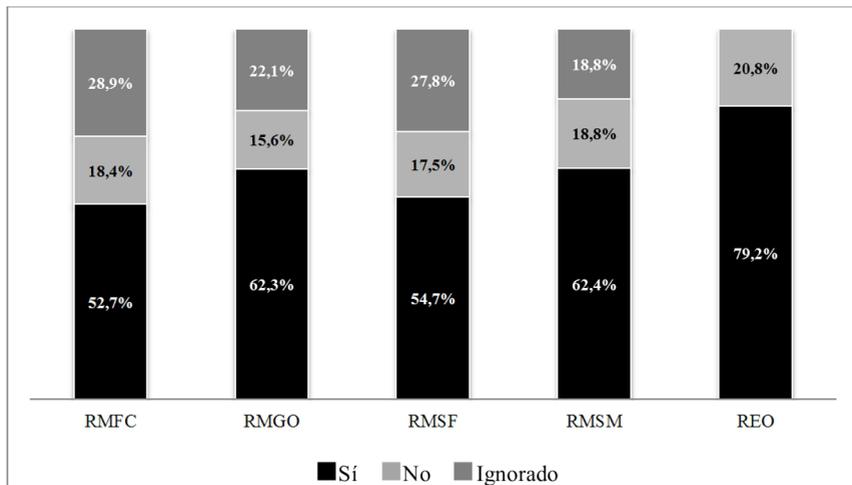
Las respuestas de los tutores sobre su actuación, de forma general, en todos los tipos de programas estudiados, reflejan una percepción muy

positiva de la propia actuación en el ejercicio de la tutoría, en los puntos abordados. No se observan diferencias expresivas en las respuestas de los tutores brasileños y españoles de Medicina de Familia y Comunidad (datos no presentados) a los puntos presentados en las tablas 7 a 10.

Percepciones sobre la participación en Redes de Atención

La Portaria nº 4.279, del 30 de diciembre de 2010 (BRASIL, 2010) definió las directrices para la organización en el SUS, de las Redes de Atención a la Salud (RAS). Su fortalecimiento demanda el conocimiento de tutores y residentes sobre sus características, siendo un aspecto investigado junto a los tutores o su conocimiento sobre la participación del programa en el que actúan en alguna RAS, conforme datos presentados en el gráfico 3.

Gráfico 3 - Participación del Programa de Residencia en algunas de las Redes de Atención a la salud (RAS) por tipo de programa - Brasil



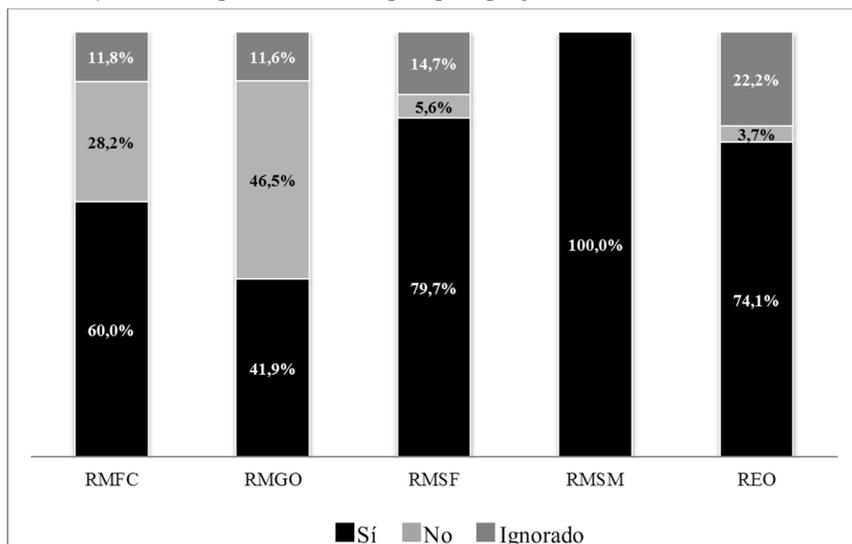
Aunque la participación de las residencias en las redes sea estratégica, los datos indican una visibilidad restringida de la participación de las Residencias en Medicina de Familia y Comunidad y Multiprofesional en Salud Familiar en las RAS, puesto que más de 50% de los declarantes no reconocieron tal participación. Los tutores de Enfermería Obstétrica fueron quienes más respondieron positivamente (casi 80%) a la pregunta (38 tutores no respondieron). Las respuestas de los tutores de los

programas de las residencias médicas cuando comparadas a las de las residencias multiprofesionales no evidenciaron diferencias expresivas.

Otro tema actual de la política de salud en Brasil que fue investigado fue la percepción de los tutores sobre la obligatoriedad de pasantía en Medicina General de Familia y Comunidad, establecido por la Ley nº12.871/2013 (BRASIL, 2013), con vigencia a partir de 2019.

El gráfico 4 se refiere a la opinión de los tutores brasileños al respecto de esa obligatoriedad.

Gráfico 4 - Percepción sobre la obligatoriedad legal de prácticas en Medicina General de Familia y Comunidad para los residentes por tipo de programa - Brasil



Los tutores médicos demostraron menor entusiasmo con la obligatoriedad: los dos programas en los que los tutores menos la consideran positiva fueron los de Ginecología y Obstetricia (41.9%) y de Medicina de Familia y Comunidad (60%). Todos los tutores de la Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer apoyaron la obligatoriedad. En las Residencias Multiprofesionales en Salud Familiar y Enfermería Obstétrica, la percepción favorable fue del orden de 79.7% y 74.1%, respectivamente.

Disponibilidad de recursos para asistencia y enseñanza (tutoría)

La investigación preguntó los recursos con los cuales los tutores cuentan para el ejercicio de las actividades de enseñanza y de asistencia en conjunto con los residentes.

La tabla 11 presenta la distribución de los recursos disponibles para la enseñanza de los residentes por tipo de programa en Brasil.

Recursos como sala de aula, *datashow* y computadoras conectadas a internet fueron citados por casi todos los tutores de los cinco tipos de programas encuestados (más de 90% afirmaron disponer de algún recurso de enseñanza, excepto 25 personas que no cuentan con ningún recurso y 3 que no respondieron a la pregunta).

Tabla 11 - Recursos disponibles para la enseñanza de residentes en el servicio en el que actúan por tipo de programa - Brasil

Recursos disponibles para la enseñanza de residentes	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMISM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Tutores que informaron poseer acceso a recursos para la enseñanza	83	98.8	83	96.5	122	86.5	16	100	25	92.6	329	92.9
Espacio para actividades teóricas (sala de aula, auditorio)	76	91.6	80	96.4	93	76.2	15	93.8	22	88	286	86.9
Computadoras con conexión a internet	75	90.4	59	71.1	86	70.5	13	81.3	17	68	250	76
Equipos de proyección (Datashow, DVD, etc.)	70	84.3	70	84.3	89	73.0	14	87.5	17	68	260	79
Material bibliográfico (Biblioteca)	58	69.9	54	65.1	61	50.0	13	81.3	18	72	204	62
Sala de convivencia	30	36.1	44	53.0	62	50.8	3	18.8	12	48	151	45.9
Ninguno de los recursos anteriores	1	1.2	3	3.5	19	13.5	0	0	2	7.4	25	7.1
Número de ítems contestados	309		307		391		58		86		1151	
Número de encuestados	84		86		141		16.4		27.3		354	
Recursos disponibles (promedio)	4		4		3						2	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

La tabla 12 muestra la distribución de recursos disponibles en los servicios para la enseñanza de los residentes, comparando las respuestas de tutores de los programas que se dan predominantemente en ambientes de atención primaria y hospitalaria.

Setenta y seis por ciento de los tutores acceden computadores con conexión a internet en el trabajo; 79% del total poseen *datashow* en el trabajo, evidenciando la popularización del equipo, y solamente 17.6% de los tutores que actúan predominantemente en ambientes de atención primaria refieren no disponer de sala de aula o auditorio. En cambio, apenas 62% cuentan con material bibliográfico en el trabajo, siendo el mayor porcentaje en ambientes de Atención Hospitalaria (68.5%). El promedio del número de tipos de recursos disponibles fue el mismo para ambos ambientes (3).

Experiencias, percepciones y motivaciones de tutores de residencia brasileños y españoles

Tabla 12 - Recursos disponibles para la enseñanza de residentes en el servicio en el que actúan por ambiente predominante de práctica del programa (atención primaria y hospitalaria) - Brasil

Recursos disponibles para la enseñanza de residentes	Programa de Residencia					
	Atención Primaria		Atención Hospitalaria		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tutores que informaron poseer acceso a recursos para la enseñanza	205	91.1	124	96.1	329	92.9
Espacio para actividades teóricas (sala de aula, auditorio)	169	82.4	117	94.4	286	86.9
Computadoras con conexión a internet	161	78.5	89	71.8	250	76
Equipos de proyección (Datashow, DVD, etc.)	159	77.6	101	81.5	260	79
Material bibliográfico (Biblioteca)	119	58	85	68.5	204	62
Sala de convivencia	92	44.9	59	47.6	151	45.9
Ninguno de los recursos anteriores	20	8.9	5	3.9	25	7.1
Número de recursos disponibles contestados	700		451		1.151	
Número de encuestados	225		123		354	
Recursos disponibles (promedio)	3		3		3	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

La tabla 13 presenta una comparación de los recursos con que los tutores de Medicina de Familia y Comunidad cuentan para la enseñanza, en Brasil y en España.

Prácticamente todos los declarantes informan contar con alguno de los recursos indicados, siendo el promedio de recursos señalados (2) idéntico en los dos países. Existe una discrepancia de disponibilidad de espacio para reuniones evidente (95.2% de las respuestas de los españoles y apenas 36.1% de los brasileños). En Brasil, la biblioteca es el según recurso menos disponible para la enseñanza de los residentes. En España, la disponibilidad de computadoras con conexión a Internet aparece como el según recurso menos disponible.

Tabla 13 - Recursos disponibles para la enseñanza de residentes MFC - España y Brasil

Recursos disponibles	Programa de Residencia			
	España		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Tutores que informaron contar con recursos para la enseñanza	105	100	83	98.8
Equipo de Proyección (datashow, etc.)	102	97.1	70	84.3
Sala de reuniones	100	95.2	30	36.1
Espacio para actividades teóricas (sala de aula, auditorio)	80	76.2	76	91.6
Computadoras con conexión a internet	72	68.6	75	90.4
Material bibliográfico (Biblioteca)	63	60.0	58	69.9
Ninguno de los recursos anteriores	NA	NA	1	1.2
Número de ítems respondidos	215		209	
Número de encuestados	105		84	
Recursos disponibles (promedio)	2		2	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

La tabla 14 presenta un panorama general de los recursos tecnológicos disponibles para los tutores, según el tipo de programa en Brasil.

Tabla 14 - Recursos tecnológicos utilizados en la práctica como tutor(a) por tipo de programa - Brasil

Recursos tecnológicos disponibles	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Tutores que no utilizan ninguno de esos recursos	0	0	3	3.5	6	4.3	0	0	0	0	9	2.6
Tutores que informaron contar con recursos tecnológicos	84	100	82	96.5	134	95.7	15	100	26	100	341	97.4
Prontuario/registro electrónico	68	81	59	72	88	65.7	13	86.7	19	73.1	247	72.4
Base de datos bibliográfico (Medline, Pubmed, Portal de Evidencias del MS, etc.)	75	89.3	69	84.1	76	56.7	8	53.3	18	69.2	246	72.1
Herramientas de comunicación instantánea (Skype, WhatsApp, etc.)	71	84.5	57	69.5	90	67.2	8	53.3	14	53.8	240	70.4
Sistemas de Información en salud (Datusus, SIAB, e-SUS, Tabnet, etc.)	50	59.5	39	47.6	103	76.9	7	46.7	10	38.5	209	61.3
Aplicativos de apoyo a la práctica profesional	54	64.3	28	34.1	35	26.1	4	26.7	7	26.9	128	37.5
Plataformas de formación y desarrollo on line (Telessaude, Moodle, etc.)	45	53.6	8	9.8	65	48.5	0	0	9	34.6	127	37.2
Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.)	21	25	18	22	65	48.5	2	13.3	13	50	119	34.9
Herramientas de trabajo en grupo (Dropbox, Googlegroups, etc.)	62	73.8	19	23.2	27	20.1	0	0	6	23.1	114	33.4
Bases de datos socio-demográficos (Senso, PNAD, etc.)	23	27.4	12	14.6	53	39.6	3	20	4	15.4	95	27.9
Plataforma de teleconferencia y recursos para teleconsulta	15	17.9	5	6.1	16	11.9	1	6.7	3	11.5	40	11.7
Otros	4	4.8	0	0	5	3.7	2	13.3	0	0	11	3.2
Número de recursos tecnológicos	572		396		757		63		129		1917	
Número de encuestados	84		85		140		15		26		350	
Recursos tecnológicos (promedio)	7		5		6		4		5		6	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Casi 98% de los tutores informaron utilizar algún tipo de recurso tecnológico en las actividades de tutoría, siendo los tres recursos más citados el prontuario electrónico (72.4%), las bases de datos bibliográficos (72.1%) y las herramientas de comunicación instantánea (70.4%).

La tabla 15 aporta resultados comparativos de las respuestas de los tutores que actúan predominantemente en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria.

Experiencias, percepciones y motivaciones de tutores de residencia brasileños y españoles

Tabla 15 - Recursos tecnológicos usados en la práctica como tutor por ambiente predominante de práctica del programa (atención primaria y hospitalaria) - Brasil

Recursos tecnológicos disponibles	Programa de residencia por ambiente				Total	
	Atención Primaria		Hospitalario		N°	%
	N°	%	N°	%		
Tutores que no utilizan ninguno de esos recursos	6	2.7	3	2.4	9	2.6
Tutores que informaron usar recursos tecnológicos	218	97.3	123	97.6	342	97.7
Plataformas de formación y desarrollo on line (Telessaude, Moodle, etc.)	156	71.6	91	74	248	72.4
Herramientas de comunicación instantánea (Skype, Whats.App, etc.)	151	69.3	95	77.2	247	72.1
Plataforma de teleconferencia y recursos para teleconsulta	161	73.9	79	64.2	241	70.4
Prontuario/registro electrónico	153	70.2	56	45.5	210	61.3
Aplicativos de apoyo a la práctica profesional	89	40.8	39	31.7	128	37.5
Herramientas de trabajo en grupo (Dropbox, Googlegroups, etc.)	110	50.5	17	13.8	128	37.3
Sistemas de Información en salud (Datusus, SIAB, e-SUS, Tabnet, etc.)	86	39.4	33	26.8	119	34.9
Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.)	89	40.8	25	20.3	114	33.5
Bases de datos bibliográfico (Medline, Pubmed, Portal de Evidencias del Ministerio de Salud, etc.)	76	34.9	19	15.4	95	27.9
Bases de datos socio-demográficos (Senso, PNAD, etc.)	31	14.2	9	7.3	40	11.7
Otros	9	4.1	2	1.6	11	3.2
Número de recursos tecnológicos	1329		588		1957	
Número de encuestados	224		126		350	
Recursos tecnológicos (promedio)	6		5		6	

Observación: El tutor puede señalar más de un ítem.

Los recursos más citados por los tutores de los dos tipos de ambientes (con más de 70% de frecuencia cada uno) fueron las plataformas de formación y desarrollo *on line*, las herramientas de comunicación instantánea y las plataformas de teleconferencia y teleconsulta. Otro hecho interesante es que los tutores de las residencias ofrecidas predominantemente en Atención Primaria declararon la misma disponibilidad de recursos tecnológicos que los de Atención Hospitalaria. Sin embargo, considerando cada uno de los recursos, se observan diferencias: 70.2% refieren el prontuario electrónico en la Atención Primaria, mientras 45.5% en Atención Hospitalaria; en Atención Primaria 50.5% mencionan herramientas de trabajo en grupo, y apenas 13.8% de Atención Hospitalaria las mencionan, y 40.8% citan las redes sociales entre los tutores de Atención Primaria contra 20.3% de los de Atención Hospitalaria.

Tabla 16 - Recursos tecnológicos utilizados en la práctica profesional por tutor de RMFC – España y Brasil

Recursos tecnológicos disponibles	Programa de Residencia			
	España		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Tutores que informaron que no utilizan ninguno de los recursos	2	1.9	0	0
Tutores que informaron contar con recursos tecnológicos	103	98.1	84	100
Prontuario/registro electrónico	101	98.1	68	81
Base de datos bibliográfica	80	77.7	75	89.3
Herramientas de comunicación instantánea	71	68.9	71	84.5
Sistemas de información en salud	67	65	50	59.5
Aplicativos de apoyo a la práctica profesional	48	46.6	54	64.3
Plataformas de formación on line	48	46.6	45	53.6
Base de datos socio demográficas	35	34	23	27.4
Herramientas de trabajo en grupo	29	28.2	62	73.8
Redes sociales	27	26.2	21	25
Plataforma de teleconferencia y recursos para teleconsulta	13	12.6	15	17.9
Otros	4	3.9	4	4.8
Número de recursos tecnológicos respondidos	626		572	
Número de encuestados	105		84	
Recursos tecnológicos (promedio)	6		7	

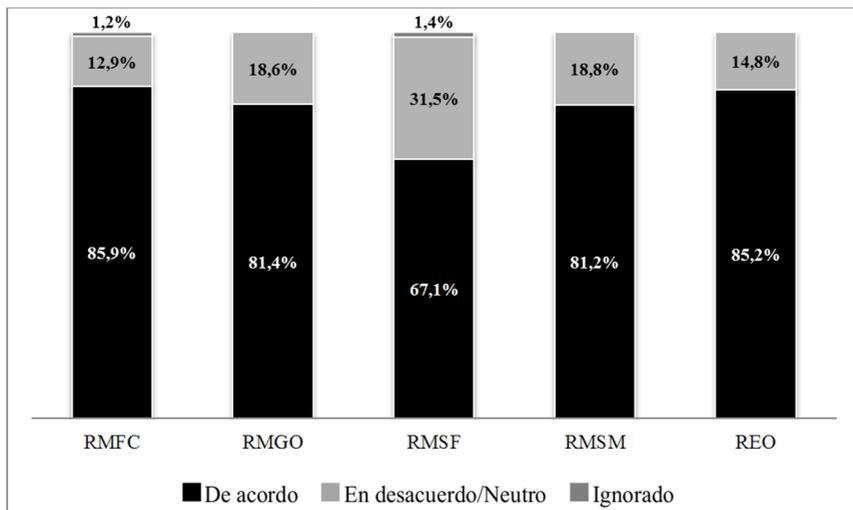
Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Sobre los recursos utilizados en la práctica profesional (tabla 16), se observa predominio del uso de herramientas de trabajo de grupo (tipo Dropbox el Googlegroups) entre tutores brasileños (73.8%, siendo 28.2% entre los españoles). La casi totalidad de los españoles afirma utilizar prontuario electrónico, implementado en la red de atención primaria andaluza, siendo alta también su utilización entre los brasileños (81%), aunque no sea la más utilizada. Un participante en cada país no respondió a la pregunta. Todos los declarantes brasileños hacen uso de algún recurso tecnológico.

Análisis de las instalaciones físicas

Las instalaciones físicas y el apoyo administrativo guardan relación con la calidad de la oferta de formación de residencias. Por eso, algunas preguntas del cuestionario versaron sobre esta temática y las distribuciones de las respuestas dadas por los tutores se encuentran en los gráficos 5, 6 y 7.

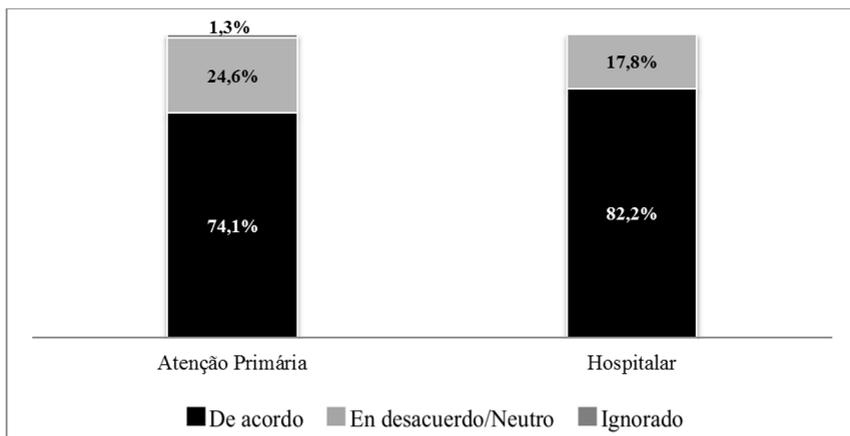
Gráfico 5 - Percepción sobre la adecuación de las instalaciones físicas de la institución en la que actúan por tipo de programa - Brasil



En todos los tipos de programas brasileños encuestados, más de 80% de los tutores consideraron las instalaciones físicas de los servicios en la que actúan apropiadas para la residencia, excepto los de la Residencia Multiprofesional en Salud Familiar (31.5% las consideran inadecuadas).

El gráfico a seguir presenta la comparación entre las respuestas de los tutores de programas ofrecidos predominantemente en ambiente de Atención Primaria y Hospitalaria brasileños sobre la adecuación de las instalaciones físicas de las unidades.

Gráfico 6 - Percepción de los tutores brasileños sobre las instalaciones físicas de la institución en la que actúan por ambiente predominante de atención primaria y hospitalaria - Brasil



En Brasil, más tutores de las residencias ofrecidas, predominantemente en la Atención Hospitalaria, comparado con los de la Atención Primaria, consideraron las instalaciones físicas de sus unidades apropiadas. Percepciones sobre la adecuación de las instalaciones físicas para la prestación de servicios de salud (asistencia) se presentan en el gráfico 7, a seguir. La satisfacción con las instalaciones es mayor entre los tutores brasileños (85.9%), si comparada con los españoles (76.4%).

Gráfico 7 - Adecuación de las instalaciones físicas para asistencia de los pacientes - España y Brasil

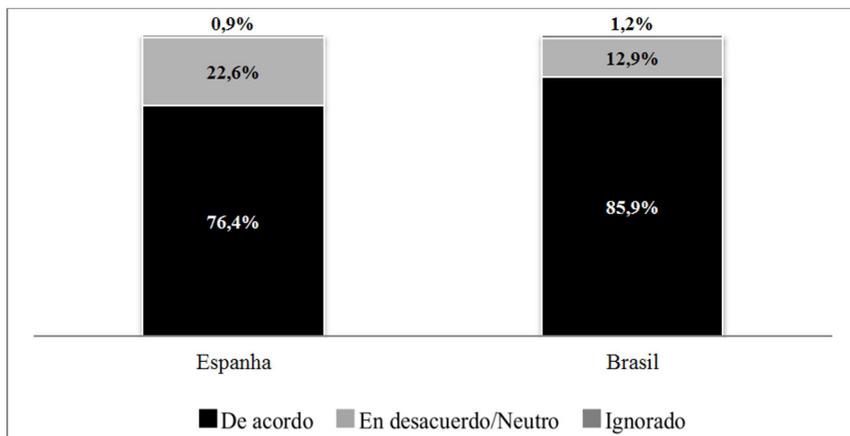
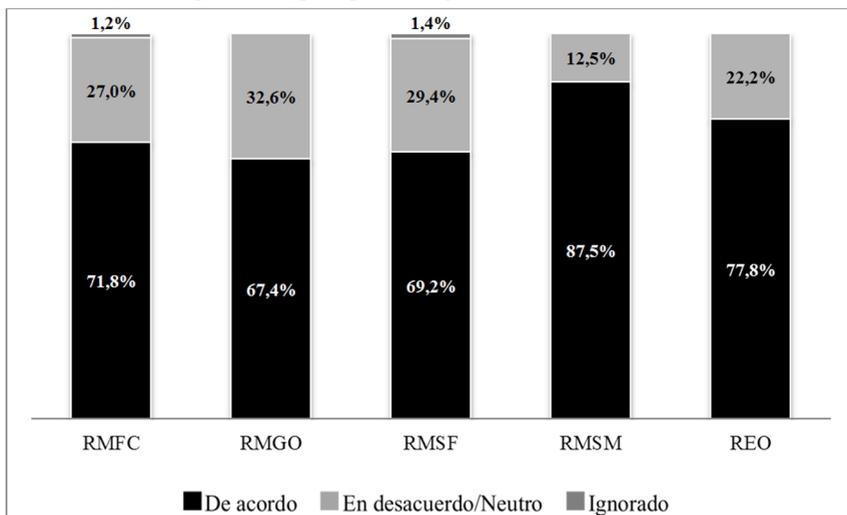


Gráfico 8 - Percepción de los tutores sobre la disponibilidad de apoyo administrativo en la institución en la que actúan por tipo de Programa - Brasil



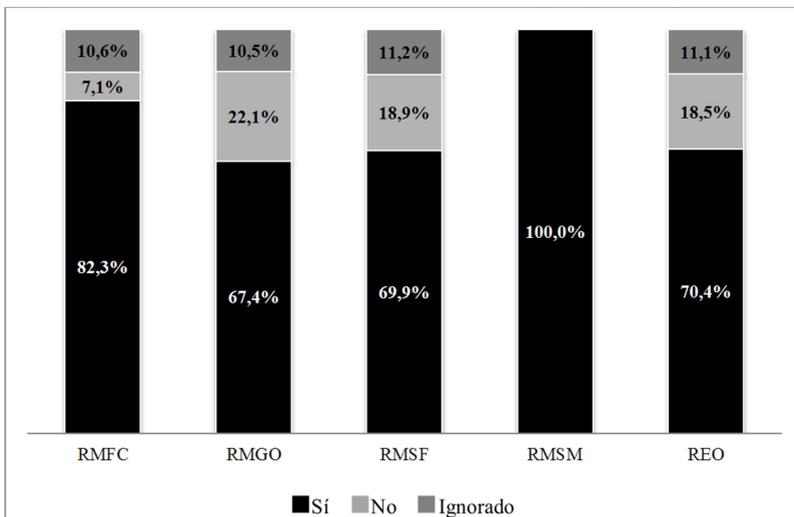
Con respecto al apoyo administrativo, que en España es prestado sobre todo por las unidades docentes (ver capítulo 6), aproximadamente dos tercios de los españoles se consideran satisfechos, siendo el grado de satisfacción un poco más alto entre los brasileños de Medicina de Familia y Comunidad (71.8%), que actúan en programas donde el apoyo administrativo es hecho por la propia institución ofertante del programa (gráfico 8).

La residencia en que los tutores más identificaron una disponibilidad de apoyo administrativo es la Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer (87.5%) y la que menos refieren disponer de este tipo de apoyo fue la Residencia en Ginecología y Obstetricia (67.4%). No hubo diferencia expresiva con respecto a la percepción de disponibilidad de apoyo administrativo, cuando fueron agregados los datos de las residencias ofrecidas predominantemente en ambiente de Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivación y planes de continuar con la tutoría

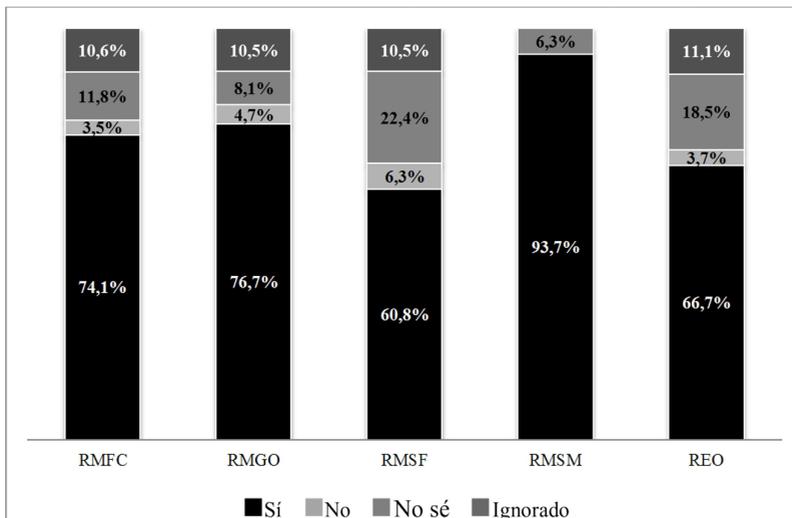
Debido a que la tutoría es una actividad esencial para la formación en salud, la investigación indagó la motivación de los tutores y su intención de continuar desempeñándose en la enseñanza-aprendizaje de residentes, conforme presentado en los gráficos 9 y 10.

Gráfico 9 - Motivación con la actividad de tutoría de residentes por tipo de Programa - Brasil



Entre los tutores que declararon motivación con la tutoría (73.6% en media), los que más se mostraron motivados fueron los de la Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer (100%) y Medicina de Familia y Comunidad (82.3%). Mayor desmotivación fue observada entre los tutores de Ginecología y Obstetricia (22.1%). diez por ciento, aproximadamente, prefirieron no opinar.

Gráfico 10 - Intención de continuar como tutor los próximos dos años por tipo de Programa - Brasil



Experiencias, percepciones y motivaciones de tutores de residencia brasileños y españoles

En promedio, más de 70% de los participantes brasileños demostraron intención de continuar como tutores en los próximos dos años, con énfasis en los de Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer (93.7%), Ginecología y Obstetricia (76.7%) y Medicina de Familia y Comunidad (74.1%). Treinta y dos tutores (22.4%) todavía no habían formado opinión sobre permanecer en la tutoría en programas de Residencia Multiprofesional en Salud Familiar y 10.5% optaron por no responder.

Fueron poco expresivas las diferencias en Medicina de Familia y Comunidad, entre tutores brasileños y españoles, en lo que se refiere a la motivación con la tutoría (82,3 y 81.1%, respectivamente) y la intención de continuar la ejercer la actividad (74,1 y 78.3%, respectivamente) (tablas no presentadas).

La tabla 17 presenta los datos sobre los factores motivadores de la tutoría, según los participantes brasileños, desde el punto de vista

Tabla 17 – Factores más importantes de motivación por tipo de programa - Brasil

Factores importantes para motivación de los tutores	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Contribución del programa de residencia para la calidad del servicio	52	68.4	41	53.2	96	75	12	75	16	66.7	217	67.6
Remuneración adicional a cuenta de la tutoría	41	53.9	43	55.8	95	74.2	9	56.3	10	41.7	198	61.7
Valorización en la carrera profesional	46	60.5	45	58.4	76	59.4	10	62.5	15	62.5	192	59.8
Buena relación con los residentes	38	50	46	59.7	82	64.1	12	50	12	50	190	59.2
Estímulo para actualizarme en mi área de especialidad	37	48.7	45	58.4	53	41.4	10	62.5	10	41.7	155	48.3
Carga horaria para actividades de enseñanza	45	59.2	31	40.3	41	32	8	31.3	8	33.3	130	40.5
Reconocimiento profesional por parte de los gestores de servicio	23	30.3	29	37.7	56	43.8	7	43.8	7	29.2	122	38
Oportunidad de capacitación en educación	31	40.8	27	35.1	47	36.7	10	31.3	10	41.7	120	37.4
Participación en las decisiones sobre formación de residentes	35	46.1	28	36.4	37	28.9	8	50	8	33.3	116	36.1
Apoyo recibido para participación en eventos y congresos	13	17.1	29	37.7	24	18.8	9	0	9	37.5	75	23.4
Carga horaria para actividades de investigación	17	22.4	20	26	23	18	6	12.5	6	25	68	21.2
Otros	2	2.6	0	0	2	1.6	1	0	1	4.2	5	1.6
Número de factores de motivación contestados	380		384		632		112		112		1558	
Número de encuestados	76		77		128		24		24		321	
Promedio de factores de motivación por encuestado	5		5		5		5		5		5	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

teórico, es decir, factores deseables, pero no necesariamente disponibles (los factores con los cuales esos participantes realmente cuentan en su realidad de trabajo, aparecen a seguir). El cuestionario solicitó que los declarantes indicasen los cinco principales factores motivacionales, en ambas preguntas.

Desde el punto de vista ideal, los factores que más agregan motivación para la tutoría, en Brasil, en orden de prioridad decreciente, fueron: la contribución de la residencia para la calidad del servicio (67.6%); remuneración adicional (61.7%); valorización en la carrera profesional (59.8%), y la buena relación con los residentes (59.2%). El quinto factor motivador, señalado por 48.3% de los declarantes, fue el estímulo para la actualización en el área de especialidad del tutor.

Tabla 18 – Factores más importantes de motivación por tipo de programa - Brasil

Factores presentes	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Tutores que informaron algún factor disponible	76	100	76	98.7	121	96	16	100	24	100	313	98.1
Buena relación con los residentes	67	88.2	68	89.5	107	88.4	14	87.5	21	87.5	277	88.5
Contribución con el programa de residencia para la calidad del servicio	64	84.2	58	76.3	96	79.3	12	75	16	66.7	246	78.6
Participación en las decisiones sobre la formación de residentes	38	50	26	34.2	54	44.6	9	56.3	9	37.5	136	43.5
Estímulo para actualizarme en mi área de especialidad	39	51.3	29	38.2	29	24	7	43.8	7	29.2	111	35.5
Remuneración adicional por parte de la tutoría	46	60.5	15	19.7	44	36.4	5	31.3	0	0	110	35.1
Reconocimiento profesional por parte de los gestores de servicio	28	36.8	23	30.3	34	28.1	3	18.8	5	20.8	93	29.7
Oportunidad de capacitación en educación	28	36.8	15	19.7	37	30.6	5	31.3	7	29.2	92	29.4
Valorización en la carrera profesional	25	32.9	16	21.1	27	22.3	5	31.3	6	25	79	25.2
Apoyo recibido para participación en eventos y congresos	29	32.8	18	23.7	15	12.4	1	6.3	9	37.5	72	23
Carga horaria para actividades de enseñanza	33	43.4	9	11.8	19	15.7	0	0	3	12.5	64	20.4
Carga horaria para actividades de investigación	6	7.9	4	5.3	6	5	0	0	2	8.3	18	5.8
Otros	0	0	0	0	1	0.8	0	0	0	0	1	0.3
No está presente ninguno de esos factores	0	0	1	1.3	5	4	0	0	0	0	6	1.9
Número de encuestados	76		77		126		16		24		319	
Promedio de factores disponibles por encuestado	5		4		4		4		4		4	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Entre lo deseable y lo real, muchas veces se observa cierta distancia. Por eso, el cuestionario investigó cuáles son los factores motivadores que están presentes, de hecho, en la realidad de trabajo de los participantes, conforme aparece en la tabla 18.

La tabla 18 identifica que en la práctica, de los cuatro factores motivadores más citados en la tabla 17, apenas dos de ellos aparecieron bien colocados: la buena relación con los residentes (88.5%) y la contribución de la residencia para la calidad del servicio (78.6%). Los otros dos factores de motivación más citados como deseables no aparecen entre los más disponibles en la práctica: la remuneración adicional solo fue mencionada por 35.1% de los tutores declarantes (5° lugar) y la valorización en la carrera, por 25.2% (en 8° lugar).

Al ser agregados los principales factores motivadores para tutores brasileños de acuerdo con el ambiente predominante de práctica (Atención Primaria u Hospitalaria), surgen algunas diferencias (tablas no presentadas). En las dos primeras posiciones, para aquellos que actúan predominantemente en Atención Hospitalaria, aparecen la buena relación con los residentes y la contribución del programa de residencia para la calidad del servicio. Ya para los tutores en Atención Primaria, se destacan la contribución para la calidad del servicio y la remuneración adicional. Con respecto a los factores motivadores efectivamente presentes, agregados por el ambiente predominante de práctica, la buena relación con los residentes y la contribución para la calidad del servicio, fueron los factores más presentes en la práctica. La remuneración adicional por cuenta de la tutoría apareció como más disponible para los tutores del ambiente de Atención Primaria que para los que actúan predominantemente en ambiente hospitalario. Treinta y ocho tutores no respondieron a la pregunta.

Al comparar las respuestas sobre los factores deseables de motivación entre tutores de la Medicina de Familia y Comunidad y de Ginecología y Obstetricia surgieron algunas diferencias: 37.7% de los tutores de Ginecología y Obstetricia señalaron el apoyo a la participación en eventos y congresos, comparado con apenas 17.1% de los tutores de Medicina de Familia y Comunidad. Por otro lado, 46.1% de estos últimos respondieron al ítem “participación en las decisiones sobre la formación de residentes”, comparados con 36.4% de los tutores de Ginecología

y Obstetricia (tabla 17). En lo que se refiere a la comparación entre factores efectivamente presentes en la realidad de los tutores de esas dos residencias médicas en Brasil, casi todos los ítems tienen porcentajes más altos de respuesta en la Medicina de Familia y Comunidad (tabla 18), destacándose la disponibilidad de carga horaria preservada para actividades de enseñanza (43.4% en Medicina de Familia y Comunidad y 11.8% en Ginecología y Obstetricia) y la remuneración adicional (60.5% en Medicina de Familia y Comunidad y 19.7% en Ginecología y Obstetricia).

Una comparación semejante entre respuestas de tutores de las residencias médicas Brasileñas (agregadas) y de área profesional indica disparidades en el estímulo para la actualización en el área de la especialidad, en el apoyo para participación en eventos y congresos y en la carga horaria para actividades de enseñanza (tablas no presentadas).

La tabla 19 presenta los resultados de las respuestas sobre factores de motivación deseables en Brasil y España.

Tabla 19 - Factores importantes para motivar a tutores en programas de residencia - España y Brasil

Factores importantes para motivar a tutores	Programa de Residencia			
	España		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Carga horaria para actividades de enseñanza	73	73	45	59.2
Oportunidad de capacitación en educación	59	59	31	40.8
Buena relación con los residentes	55	55	38	50
Estímulo para actualización en el área de especialidad	48	48	37	48.7
Participación en las decisiones sobre la formación de residentes	47	47	35	46.1
Reconocimiento profesional por parte de los gestores de servicio	46	46	23	30.3
Valorización en la carrera profesional	38	38	46	60.5
Carga horaria para actividades de investigación	36	36	17	22.4
Contribución con el programa de residencia para la calidad del servicio	33	33	52	68.4
Apoyo recibido para participación en eventos y congresos	28	28	13	17.1
Remuneración adicional por parte de la tutoría	25	25	41	53.9
Otros	7	7	2	2.6
Número de factores de motivación respondidos	363		304	
Número de encuestados	100		76	
Promedio de factores de motivación por encuestado	4		4	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Mientras la carga horaria preservada para la enseñanza fue el factor motivador más señalado por los tutores de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad españoles (73%), seguido de oportunidades de capacitación en educación (59%) y de la buena relación con los residentes (55%), en Brasil predominó la contribución de la residencia para la calidad del servicio prestado a la población (68.4%), seguida de la valorización de la tutoría en la carrera profesional prácticamente empatada con el tiempo preservado para la enseñanza de los residentes (60.5% y 59.2%). Un poco más de la mitad de los tutores brasileños consideró deseable la remuneración adicional, comparado con apenas un cuarto de los españoles. Quince personas no respondieron a la pregunta (9 en Brasil y 6 en España).

A continuación, la tabla 20 presenta los factores motivadores realmente disponibles para los tutores en actividad en los dos países.

Aunque cada declarante tuvo la opción de señalar hasta cinco

Tabla 20 – Factores motivadores en el contexto del trabajo de los tutores de RMFC - España y Brasil

Factores presentes	Programa de Residencia			
	España		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Ninguno de esos factores está presente	7	7	0	0
Tutores que informaron sobre algún factor motivador disponible	93	93	76	100
Buena relación con los residentes	82	88.2	67	88.2
Contribución con el programa de residencia para la calidad del servicio	51	54.8	64	84.2
Participación en las decisiones sobre la formación de residentes	30	32.3	38	50
Oportunidad de capacitación en educación	27	29	28	36.8
Estímulo para actualizarme en mi área de especialidad	24	25.8	39	51.3
Carga horaria para actividades de enseñanza	17	18.3	33	43.4
Apoyo recibido para participación en eventos y congresos	17	18.3	29	38.2
Valorización en la carrera profesional	15	16.1	25	32.9
Reconocimiento profesional por parte de los gestores de servicio	9	9.7	28	36.8
Carga horaria para actividades de investigación	3	3.2	6	7.9
Remuneración adicional por parte de la tutoría	0	0	46	60.5
Otro	1	1.1	0	0
Número de factores respondidos	276		403	
Número de encuestados	100		76	
Promedio de factores por encuestado	3		5	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

factores motivadores disponibles en su contexto de trabajo, el promedio de ítems señalados por los preceptores españoles fue de apenas tres (comparados con los cinco señalados por brasileños).

En primer lugar, en los dos países, el factor motivador realmente presente en el trabajo fue la buena relación con los residentes. A continuación, todos los demás factores tuvieron un porcentaje de repuestas más alto en Brasil que en España. Se resalta la remuneración adicional decurrente de la tutoría, señalada por 60.5% de los declarantes brasileños, y que ni siquiera fue mencionada entre los tutores de España. Catorce personas no respondieron a la pregunta (9 brasileños y 6 españoles).

Necesidades de apoyo para el desarrollo profesional

La investigación indagó, además, los aspectos relacionados con la práctica profesional en la que a los participantes les gustaría obtener apoyo para perfeccionar su práctica en la tutoría.

La tabla 21 presenta las respuestas de los tutores brasileños. A cada declarante, se le dio la opción de señalar hasta cinco ítems.

Tabla 21 - Apoyos deseables para el mejoramiento en la práctica de la tutoría por tipo de programa - Brasil

Aspectos relacionados a la enseñanza	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Métodos de enseñanza-aprendizaje	54	71.1	48	63.2	85	66.9	9	56.3	16	66.7	212	66.5
Planificación de la formación de los residentes	43	56.6	44	57.9	90	70.9	8	50	17	70.8	202	63.3
Metodologías para enseñar a investigar	42	55.3	49	64.5	78	61.4	8	50	13	54.2	190	59.6
Definición de los objetivos educacionales	35	46.1	37	48.7	74	58.3	8	50	9	37.5	163	51.1
Enseñanza de habilidades específicas	39	51.3	38	50	45	35.4	8	50	12	50	142	44.5
Métodos de evaluación de residentes	32	42.1	39	38.2	49	38.6	8	50	14	58.3	132	41.4
Metodologías para enseñar contenidos clínicos	35	46.1	34	44.7	44	34.6	5	31.3	11	45.8	129	40.4
Dinámica de grupos	17	22.4	11	14.5	57	44.9	3	18.8	8	29.2	95	29.8
Enseñanza de valores y actitudes profesionales	10	13.2	25	32.9	44	34.6	8	50	5	20.8	92	28.8
Principios de la educación de adultos	27	35.5	10	13.2	18	14.2	2	12.5	2	8.3	59	18.5
Número de aspectos respondidos	335		325		584		68		106		1418	
Número de encuestados	76		76		127		16		24		319	
Promedio de aspectos respondidos	4		4		5		4		4		4	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Los cuatro temas más mencionados por los tutores brasileños como merecedores de apoyo y mejoramiento fueron: métodos de enseñanza-aprendizaje (66.5%); planificación de la formación de los residentes (63.3%); metodologías para enseñar o investigar (59.6%) y definición de objetivos educacionales (51.1%). Todos los demás quedaron por debajo de la marca de 50% de las respuestas. Aun pudiendo señalar cinco ítems, apenas los tutores de Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer lo hicieron (los demás se restringieron a marcar cuatro).

La tabla 22 presenta los apoyos deseados, agregando las respuestas de tutores de residencias médicas y de área profesional en Brasil.

Tabla 22 - Aspectos relacionados a la enseñanza en la que le gustaría contar con apoyo para mejorar las actividades como tutor, por tipo de programa de residencia (medicina y área profesional) - Brasil

Aspectos relacionados a la enseñanza	Programa de residencia				Total	
	Medicina		Área Profesional			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Métodos de enseñanza-aprendizaje	102	67.1	110	65.9	212	66.5
Planificación de la formación de los residentes	87	57.2	115	68.9	202	63.3
Metodologías para enseñar a investigar	91	59.9	99	59.3	190	59.6
Definición de los objetivos educacionales	72	57.4	91	54.5	163	51.1
Enseñanza de habilidades específicas	77	50.7	65	38.9	142	44.5
Métodos de evaluación de residentes	61	40.1	71	42.5	132	41.4
Metodologías para enseñar contenidos clínicos	69	45.4	60	35.9	129	40.4
Dinámica de grupos	28	18.4	67	40.1	95	29.8
Enseñanza de valores y actitudes profesionales	35	23	57	34.1	92	28.8
Principios de la educación de adultos	37	24.3	22	13.2	59	18.5
Otros	1	0.7	1	0.6	2	0.6
Número de aspectos respondidos	660		758		1418	
Número de encuestados	152		167		319	
Promedio de aspectos respondidos	4		5		4	

Observación: El tutor puede señalar más de un ítem.

Además de los cuatro ítems referidos en la tabla anterior como los más importantes para la enseñanza, entre los tutores del área profesional se destacan el apoyo para la promoción de dinámica de grupos (40.1% señalaron ese ítem) y la enseñanza de valores y actitudes profesionales (señalada en 34.1% de las respuestas). Un cuarto de los tutores médicos brasileños señalaron los principios de la educación de adultos.

La tabla 23 presenta los datos de los apoyos a la práctica profesional en general que, según percepción de los tutores brasileños, si ofrecidas podrían mejorar su trabajo en la tutoría.

Tabla 23 - Aspectos relacionados a la práctica profesional en la que le gustaría contar con apoyo para mejorar las actividades como tutor(a), por tipo de programa - Brasil

Aspectos relacionados a la práctica profesional	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RSM		REO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Plan de carrera	57	77	54	70.1	70	54.7	11	68.8	13	54.2	205	64.3
Equipo adecuado a las necesidades del servicio	45	60.8	41	53.2	75	58.6	9	56.3	15	62.5	185	58
Gestión del tiempo	42	56.8	38	49.4	76	59.4	7	43.8	13	54.2	176	55.2
Uso de tecnologías de Información y Comunicación	26	35.1	50	64.9	72	56.3	6	37.5	18	75	172	53.9
Apoyo para la solución de problemas de la práctica asistencial	31	41.9	45	58.4	75	58.6	9	56.3	11	45.8	171	53.6
Apoyo para la solución de problemas sociales de los usuarios/pacientes	35	47.3	29	37.7	79	61.7	6	37.5	5	20.8	154	48.3
Mediación de conflictos	34	45.9	25	32.5	54	42.2	5	31.3	9	37.5	127	39.8
Vínculo laboral	11	14.9	18	23.4	37	28.9	4	25	7	29.2	77	24.1
Otros	3	4.1	1	1.3	6	4.7	0	0	0	0	10	3.2
Número de ítems respondidos	284		301		544		54		91		1277	
Número de encuestados	74		77		128		16		24		319	
Promedio ítems del rol del tutor respondidos	4		4		4		4		4		4	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Fueron considerados como factores más importantes para apoyar la práctica profesional de los tutores, en el agregado de los cinco tipos de programas en Brasil: la existencia de un plan de carrera (64.3% de los declarantes); la presencia de un equipo apropiado a las necesidades del servicio (58%); la gestión del tiempo (55.2%); el uso de Tecnologías de Información y Comunicación - TICs (53.9%); y el apoyo para solución de problemas de práctica asistencial (53.6%). Cabe resaltar que 38 tutores no respondieron a esta pregunta.

Al comparar respuestas de tutores de las residencias médicas Brasileñas con las del área profesional, cabe resaltar que: el plan de carrera (como factor de la práctica profesional más importante para el fomento de la tutoría) fue más indicado por los tutores médicos que

por los tutores del área profesional. Aunque se presente como el sexto aspecto más señalado en ambos grupos, hubo más tutores de área profesional que tutores médicos que indicaron la necesidad de apoyo para la solución de problemas sociales de los usuarios/pacientes. Cuando comparadas las respuestas de tutores de Atención Primaria con tutores de Atención Hospitalaria, el apoyo para la solución de problemas sociales de los usuarios/pacientes aparece como el más señalado por los primeros. Otro ítem digno de atención es el apoyo para actuar en la mediación de conflictos, más mencionado por tutores que actúan en la Atención Primaria que por los que actúan en la Atención Hospitalaria (tablas no presentadas).

Las tablas 24 y 25 presentan respuestas de tutores de Medicina de Familia y Comunidad en Brasil y España sobre apoyos que les gustaría recibir para mejorar su desempeño en la tutoría. Cada declarante tenía opción de señalar hasta cinco ítems.

Tabla 24 - Aspectos relacionados a la enseñanza en Medicina de Familia y Comunidad en la que le gustaría contar con apoyo - España y Brasil

Aspectos relacionados a la enseñanza	España		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Métodos de enseñanza-aprendizaje	66	65.3	54	71.1
Enseñanza de habilidades específicas	66	65.3	39	51.3
Metodologías para enseñar a investigar	60	59.4	42	55.3
Planificación de la formación de los residentes	54	53.5	43	56.6
Metodologías para enseñar contenidos clínicos	44	43.6	35	46.1
Definición de los objetivos educacionales	39	38.6	35	46.1
Enseñanza de valores y actitudes profesionales	39	38.6	10	13.2
Métodos de evaluación de residentes	38	37.6	32	42.1
Dinámica de grupos	31	30.7	17	22.4
Principios de la educación de adultos	24	23.8	27	35.5
Otros	2	2	1	1.3
Número de aspectos respondidos	463		335	
Número de encuestados	101		76	
Promedio de aspectos respondidos	5		4	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Los cuatro factores más esperados para apoyar la actividad de la tutoría fueron los mismos en los dos países: apoyo con respecto al uso de métodos de enseñanza-aprendizaje, enseñanza de habilidades, enseñanza de metodologías de investigación y para la planificación educativa. Catorce personas no respondieron, nueve en Brasil y cinco en España.

Tabla 25 - Aspectos relacionados a la práctica profesional con consecuencia para la tutoría en que le gustaría contar con apoyo - España y Brasil

Aspectos relacionados a la práctica profesional	España		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Gestión del tiempo	70	69.3	42	56.8
Uso de tecnologías de Información y Comunicación	68	67.3	26	35.1
Plan de carrera	61	60.4	57	77
Apoyo para la solución de problemas de la práctica asistencial	53	52.5	31	41.9
Apoyo para la solución de problemas sociales de los usuarios/pacientes	50	49.5	35	47.3
Equipo adecuado a las necesidades del servicio	47	46.5	45	60.8
Mediación de conflictos	43	42.6	34	45.9
Vínculo laboral	18	17.8	11	14.9
Otros	5	5	3	4.1
Número de ítems relacionados a la práctica respondidos	345		216	
Número de encuestados	101		74	
Promedio de ítems relacionados a la práctica respondidos	3		3	

Observación: El tutor podría señalar más de un ítem

Estando la calidad de la tutoría intrínsecamente vinculada a la práctica profesional del tutor, la cuestión gestión de tiempo se destacó como demandando apoyo de los tutores en España (69.3% de los declarantes señalaron ese ítem), siendo que en Brasil predominó la existencia de un plan de carrera (77% de las preferencias). Con un registro de más de 60%, los ítems de uso de TICs y plan de carrera se destacaron en las respuestas de los españoles, y disponibilidad de un equipo dimensionado a las necesidades del servicio entre los brasileños (60.8%). Dieciséis personas no respondieron, 11 en Brasil y cinco en España.

Algunas consideraciones a modo de conclusión

Conforme detallado en el capítulo 1, la recolección de datos cuantitativos se cerró con 463 tutores declarantes, 357 en Brasil (distribuidos en 62 programas) y 106 en España. El porcentaje de

respuestas en Brasil fue de 41%, siendo 871 tutores contratados. El programa con mayor número de tutores declarantes fue el de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia, tal vez por la mayor receptividad e interés de los participantes en contribuir al debate de importantes aspectos de la residencia en el área profesional de Salud.

El perfil de los tutores en la muestra indica predominio del sexo femenino, en el rango etario de 31 a 40 años de edad, siendo el mayor título académico la especialización, conforme exigido por legislación. Predominaron los tutores vinculados a instituciones de salud, estatutarios y con carga horaria contractual entre 31 y 40 horas semanales. La mayoría de los participantes mantienen además otro vínculo con la institución donde desarrollan la tutoría (en esa actúan, en promedio, hace ocho años), ejerciéndola hace cuatro años (en promedio). El número promedio de residentes actualmente bajo su responsabilidad es diferente en la comparación entre Brasil (4 residentes) y España (2). Otra diferencia importante es que en España la actuación en tutoría demanda un proceso oficial de certificación, mientras en Brasil, muchas veces es difícil establecer quién es tutor o no en un servicio.

Los 106 tutores españoles están distribuidos en las ocho provincias de la comunidad autónoma estudiada (Andalucía). La mayoría es también del sexo femenino, siendo el rango etario predominante igual o superior a 51 años, lo que puede indicar mayor madurez y experiencia del profesional. A diferencia de la realidad brasileña, la mayoría de los tutores no actúa profesionalmente en otra institución de salud, existiendo vínculo estatutario en la Consejería de Salud en que ejerce la tutoría, con carga horaria contractual de 37.5 horas semanales. Más de la mitad de los tutores actúa conjuntamente en la tutoría de alumnos de medicina y de residentes. El tiempo promedio de actuación en la institución es amplio, 22 años, siendo el tiempo promedio de actuación como tutor de 11 años, reflejando un mayor grado de estabilidad de los tutores en los servicios. Otra circunstancia que merece destaque es la de la precarización del vínculo laboral en Brasil, donde un cuarto de los declarantes afirmó no tener vínculo formal, mientras en España esta proporción fue de aproximadamente un décimo de la muestra.

Con respecto a la diversidad de tipos de actividades desarrolladas por los tutores brasileños, cada uno, en promedio, informó realizar tres

otras actividades concomitantes a la tutoría, siendo las más frecuentes la asistencia a usuarios/pacientes, la tutoría de alumnos de grado y las actividades de investigación. Tal situación indica una acumulación de tareas y obligaciones del tutor, que puede representar un factor de desgaste y desmotivación. Ya en el caso de los tutores españoles, estos informaron otras dos actividades concomitantes a las de la tutoría, coincidentes con las dos primeras encontradas en el contexto brasileño.

El desgaste en los programas españoles estudiados resulta, sobre todo, del aumento de la carga asistencial, decurrente de pérdidas en la fuerza de trabajo: hace algunos años que los vacíos dejados por la salida de profesionales por jubilación o muerte no son ocupados. Es curioso observar que, aunque en las entrevistas presenciales los tutores brasileños reclamaron de sobrecarga de trabajo y falta de tiempo para la tutoría y supervisión de los residentes, el análisis cuantitativo de los datos obtenidos en los cuestionarios no indica esa sobrecarga. Las respuestas de los tutores en el cuestionario electrónico revelaron que, aunque realicen tareas múltiples, la mayor parte de ellos considera la carga horaria disponible apropiada para el desarrollo de la tutoría.

En relación a las percepciones de los encuestados sobre las condiciones de trabajo, principales dificultades y necesidades cotidianas, de modo general, los tutores brasileños y españoles hicieron análisis bastante positivos, sin indicar mayores dificultades en la realización de las principales acciones que desarrollan en conjunto con los residentes. Dentro de los aspectos investigados, la mayor parte de los declarantes se refirió como bien preparado para el desarrollo de actividades de enseñanza teórica y práctica, incluyendo el manejo de recursos audiovisuales; la orientación de los residentes en el desarrollo de acciones de prevención de agravios y de promoción de la salud; la reflexión sobre los dilemas éticos del cuidado a la salud con los residentes; la mediación de situaciones de conflicto; la crítica constructiva sobre el desempeño de los residentes; el estímulo al desarrollo de escuchar atentamente a los pacientes/usuarios y un buen modelo de comunicación con los miembros del equipo por los residentes, contribuyendo con la educación permanente/continua del equipo del cual hace parte. También consideran que están bien informados sobre los principios del respectivo sistema de salud y de la red de servicios en la cual el servicio en el que actúan se inserta. En el capítulo 9 son presentadas algunas posibles razones para el alto porcentaje de respuestas favorables.

Nunes et al. (2011, p. 31) relatan cómo, en las evaluaciones realizadas por especialistas designados por la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM), se resalta la limitación de espacio físico de muchos escenarios de práctica, como limitadores para ampliación de la oferta de plazas de residencia médica. En las visitas de campo de la Investigación PREPG, la infraestructura de los servicios también surgió como una de las mayores dificultades enfrentadas por tutores y residentes, pero en el análisis cuantitativo, tal resultado no se destacó. Tanto los tutores brasileños como los españoles, en su gran mayoría, respondieron en el cuestionario electrónico, que disponen de recursos y equipos para la enseñanza, tales como aparatos de proyección, material bibliográfico para consulta, computadoras con conexión a internet y espacio físico para reuniones, aulas y actividades teóricas en general. Los tutores españoles se mostraron más satisfechos que los brasileños con las instalaciones físicas de los servicios y menos satisfechos con el apoyo administrativo para la residencia.

En el universo estudiado, vienen dándose iniciativas de los servicios y de los programas de residencia, en el sentido de apoyar al mejoramiento de la tutoría. Según la Asociación de Educación Médica en Europa (ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE, 2014), los programas de residencia médica, para ser exitosos, demandan liderazgos en los servicios de salud:

La creciente demanda por profesores y gestores competentes en la posgrado medica compele los liderazgos actuales a crear alternativas para la capacitación de tutores (clinicians-educators) que incluyan la enseñanza de la clínica, el desarrollo curricular, la gestión educativa y la producción de conocimiento (HEFLIN et al., 2009, p.233).

Tanto los tutores brasileños como los españoles, en su gran mayoría, informaron haber realizado algún tipo de capacitación/formación pedagógica en los últimos tres años. Sin embargo, el promedio de actividades identificadas por declarante fue mayor entre los tutores de España comparado a los de Brasil (1 o 2, dependiendo del tipo de programa), con énfasis, en el caso de España, en las capacitaciones que incluyesen temáticas de educación ofrecidas por la Consejería de Salud (o que, en la muestra de brasileños, obtuvo la tercera colocación en las respuestas). La participación en evento científico con contenido de formación docente fue el más citado por los tutores brasileños, siendo observadas más oportunidades de desarrollo y apoyo para tutores de

Residencia Multiprofesional en Salud Familiar y de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad.

Bentes et al. (2013, p. 36) identifican factores de motivación **intrínsecos** y **extrínsecos** para el ejercicio de la tutoría. Entre los factores intrínsecos destacan el estímulo de nuevos aprendizajes originados de la práctica de la enseñanza, el reconocimiento de los superiores y la contribución para la formación de las nuevas generaciones. Como fuentes de motivación extrínseca, se citan la remuneración adicional, el acceso a bibliotecas, y el apoyo a la participación en eventos científicos, entre otros. El trabajo en partenariatado con instituciones académicas puede agregar motivación y prestigio a la actividad de tutoría. Nunes et al. (2011, p. 36) informan cómo tutores canadienses consideran positiva la designación oficial de la condición de instructor clínico, lo que en ese contexto incluye la utilización de dirección electrónica de la institución de enseñanza y acceso a las bibliotecas física y virtual. Los autores también consideran la remuneración extra defendible, con base en carga horaria dedicada a la tutoría, así como la valorización en el plan de carrera, ejemplo de lo que ya sucede en algunos estados y municipios en Brasil. Tanto en los resultados de Brasil como en los de España, la mayoría de los participantes de la Investigación PREPG refirió no haber recibido aumento de remuneración o mejora en el plan de carrera como incentivo decurrente de las actividades de desarrollo profesional, minimizando la motivación para que los tutores busquen tales cursos y actividades.

A pesar de los contratiempos, más de 80% de los declarantes del instrumento de recolección cuantitativo en ambos países declararon estar motivados con la tutoría, siendo el porcentaje ligeramente menor de los que se declararon decididos a continuar en la función. El análisis de los resultados cuantitativos permite revelar los principales apoyos que los tutores en Brasil y en España consideran necesarios para facilitar su misión, siendo los temas más prevalentes los métodos de enseñanza-aprendizaje, aportes para la planificación de la formación de residentes y para enseñar a investigar.

Referencias

ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE. Disponível em: <<http://www.amse-med.eu/documents/NewLisbondeclaration.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BENTES, A. et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. a contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 32-30, out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1.

HEFLIN, M. T. et al. “So you want to be a clinician-educator...”: designing a clinician-educator curriculum for internal medicine residents. *Medical Teacher*, v. 31, n. 6, June, 2009.

NUNES, M. P. T. et al. Distribuição de vagas de residência médica e de médicos nas regiões do país. *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 28-34, out. 2011.

_____. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 35-41, out. 2011.

5. Producción de conocimiento en servicios de salud y formación de residentes en Brasil y en España: desafíos de la tutoría

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
AMPARO ORTEGA DEL MORAL

La producción de conocimientos en servicios de salud viene creciendo en el ámbito nacional e internacional. Novaes (2004) observa que la investigación en servicios tiene una dimensión interna, dirigida a la investigación de sus procesos y productos, y otra externa, que investiga los servicios “en la conformación de los sistemas de salud y su impacto sobre la salud de la población”. Destaca que, desde los años 1980, tales estudios informan “intensos debates sobre los determinantes de los procesos de salud/enfermedad, medicina y sociedad, políticas de salud, desarrollo científico y tecnológico, epidemiología social y epidemiología clínica” (NOVAES, 2004, p. S148), pudiendo contribuir para “mayor integración entre el conocimiento clínico, epidemiológico y de planificación y gestión, con su articulación en síntesis que sean capaces de orientar las acciones a ser desarrolladas”, en un contexto de creciente preocupación con la efectividad y eficiencia de las acciones prestadas.

Novaes (2004) sistematizó en tres grupos las principales temáticas abordadas en la investigación en servicios de salud, a partir de la revisión de su literatura: estudios sobre procesos y recursos en la implantación de programas; análisis de impactos de nuevas tecnologías en la salud de la población atendida; e investigaciones sobre la relación entre políticas sociales y de salud y el desempeño de los servicios/sistemas (NOVAES, 2004, p. S151-2). Identificó la utilización de una multiplicidad de métodos para manejar problemas de investigación oriundos de la práctica, enfrentando el problema de la legitimidad tradicionalmente asociada a los métodos de investigación biomédica. La autora cuestiona cómo es posible transponer lo producido en la investigación en la toma de decisiones, destacando mayor tradición en ese sentido en países anglosajones como Reino Unido y Canadá (NOVAES, 2004, p. S154).

La formación especializada en salud en el modelo de residencia, tiene un papel estratégico en la formulación de cuestiones de investigación y en la búsqueda de respuestas apropiadas para problemas de los servicios. En Brasil, muchos residentes producen un trabajo de conclusión de curso

(TCC). En las residencias en el área profesional, el TTC es obligatorio¹ y las atribuciones del tutor incluyen “participar, junto con el(los) residente(s) y demás profesionales involucrados en el programa, en las actividades de investigación y proyectos de intervención dirigidos a la producción de conocimiento y tecnologías que integren la enseñanza y servicio para calificación del SUS (Sistema Único de Salud)” y “orientar y evaluar los trabajos de conclusión del programa de residencia, conforme las reglas establecidas en el Reglamento Interno de Comisión de Residencia Multiprofesional (COREMU), respetada la exigencia mínima de titulación de máster” (BRASIL, 2012, Art. 14). En la residencia médica brasileña, no existe obligatoriedad de presentación de la monografía o TCC. La Resolución n° 02/2006 MEC/CNRM establece que “los programas de residencia médica serán desarrollados con 80 a 90% de la carga horaria, bajo la forma de capacitación en el servicio, destinándose de 10 a 20% para actividades teórico-complementarias” (Art. 9°). Sin embargo, varias instituciones ofertantes de la residencia médica demandan la elaboración del trabajo de conclusión de curso, prevista en sus reglamentos.

La producción de conocimiento en servicios a través de actividades de investigación está bastante regulada en España. Al establecer las funciones del tutor de residencia, el Decreto Real n° 183/2008 incluyó la planificación, gestión, supervisión y evaluación de toda la formación del residente, correspondiendo favorecer el “autoaprendizaje, la ascensión progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente”. En Andalucía, comunidad autónoma estudiada en la Investigación PREPG (ver capítulo 1), el Decreto n° 197/2007 establece la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) (ESPAÑA, 2007), atribuyendo a los Distritos Sanitarios de Atención Primaria la responsabilidad sobre la formación, docencia e investigación (Art. 3°).

En ambos países, tutores de residentes son llamados a participar de investigaciones y orientaciones, sin embargo, la enseñanza y la aplicación del método científico en la investigación de temas asistenciales

1 “Al fin del programa, el profesional de salud residente deberá presentar, individualmente, un trabajo de conclusión de Residencia, consonante con la realidad del servicio en que se oferta el programa, bajo orientación del cuerpo docente asistencial, coherente con el perfil de competencias establecido por COREMU” (Resolución CNRMS n° 5, de 07/11/2014, Art. 3° § 2° (BRASIL, 2014).

demandan conocimiento, habilidad, tiempo e interés, además de incentivos, incluso porque “gran parte de los trabajadores que ejerce la función de tutor es oriunda de cursos de grado cuyos currículos eran o son fragmentados, organizados por disciplinas y que no preparan para la docencia en servicio, incluyendo la orientación de investigación” (FAJARDO; CECCIM, 2010, p. 197).

La Investigación PREPG procuró comprender cómo, en la práctica, los tutores de Residencia acompañan y/o protagonizan actividades de investigación, y los desafíos implicados. En Brasil, participaron tutores que actúan en programas ofrecidos en ambientes de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria. Fueron encuestados programas en las siguientes áreas: Residencia en Medicina de Familia y Comunitaria (RMFC); Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia (RMGO); Residencia Multiprofesional en Salud Familiar (RMSF); Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer (RMSM); y Residencia en Enfermería Obstétrica (REO). En Brasil y España, la investigación indagó la experiencia de tutores de Medicina de Familia y Comunitaria. Los métodos de recolección y análisis de datos y la caracterización de los declarantes están descritos en el primer capítulo del presente libro.

Resultados

Entre los participantes brasileños, 26.9% informaron tener título de máster o doctor (siendo 7.0% con doctorado y/o postdoctorado), lo mismo con 18.8% de los declarantes españoles (16% como porcentaje de doctores).

La tabla 1 presenta datos de participación de los tutores brasileños en investigación y orientación de residentes.

Los datos indican para una participación irregular de los tutores en las actividades de investigación: los tutores de Residencia en Enfermería Obstétrica fueron el grupo con mayor porcentaje de respuestas positivas (70.4%), pero 44% de los declarantes respondieron no haber participado de investigación en los últimos 12 meses. Entre los tutores que participaron de alguna actividad de investigación en los últimos 12 meses, 68% orientaron residentes en el período. Sin embargo, más de 50% de tutores de Residencia en Medicina de Familia y Comunitaria, Residencia

Médica en Ginecología y Obstetricia y Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer no orientaron a residentes en el período, mientras los tutores de Residencia Multiprofesional en Salud Familiar y de Residencia en Enfermería Obstétrica actuaron en ese tipo de orientación, con aproximadamente 60% de respuestas afirmativas.

Tabla 1 – Participación de tutores en actividades de investigación y orientación por tipo de programa - Brasil

Cuestiones	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
¿Participó en los últimos 12 meses en actividades de investigación?												
Si	37	43.5	46	53.5	86	60.1	6	37.5	19	70.4	194	54.3
No	45	52.9	40	46.5	54	37.8	9	56.3	8	29.6	156	43.7
Ignorado	3	3.5	0	0	3	2.1	1	6.3	0	0	7	2.0
¿Participó (en los últimos 12 meses) en la orientación de residentes en actividades de investigación?												
Si	34	40.0	36	41.9	86	60.1	6	37.5	16	59.3	178	49.9
No	50	58.8	50	58.1	54	37.8	9	56.3	11	10.7	174	48.7
Ignorado	1	1.2	0	0	3	2.1	1	6.3	0	0	5	1.4

La tabla 2 informa los tipos de actividades incluidos en la orientación de investigación, distribuidos por tipo de programa.

Tabla 2 – Rol del (de la) tutor (a) en la orientación de residentes en actividades de investigación por tipo de programa – Brasil

Rol del Tutor	Programa de Residencia										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Aporte de literatura científica o para revisión	28	62.2	32	64.0	53	51.0	4	44.4	11	57.9	128	56.4
Orientación de todo el trabajo	18	40.0	32	64.0	55	52.9	5	55.6	12	63.2	122	53.7
Apoyo en la recolección de datos	17	37.8	16	32.0	59	56.7	5	55.6	8	42.1	105	46.3
Preparación en la presentación del trabajo	15	33.3	15	30.0	24	23.1	1	11.1	5	26.3	60	26.4
Recolección y análisis de datos	8	17.8	13	26.0	25	24.0	2	22.2	1	5.3	49	21.6
Número de ítems respondidos	86		108		216		17		37		464	
Número de encuestados	45		50		104		9		19		227	
Promedio de ítems del rol del tutor respondidos	2		2		2		2		2		2	

Las acciones de orientación de actividades de investigación más citadas por los brasileños fueron: el aporte de literatura científica (56.4%); la orientación del trabajo de conclusión de curso como un todo (53.7%) y el apoyo en la recolección de datos (46.3%). Vale resaltar que hubo 130 tutores que no respondieron a esta pregunta.

La Investigación PREPG también estudió sobre actividades de investigación y orientación realizadas por tutores españoles en la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. En la comparación, fue más alta la participación de los tutores españoles (67.0%, 71 respuestas) en proyectos de investigación, cuando comparada con los brasileños (43.5%, 37 respuestas). La diferencia es aún mayor para la orientación de residentes en actividades de investigación (76.4%, 81 respuestas, y 40.0%, 34 respuestas, respectivamente).

Tabla 3 – Rol desempeñado por el tutor en actividades de investigación y orientación (Brasil y España)

Rol del tutor	España		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Aporte de literatura científica o para revisión	43	50.0	28	62.2
Orientación de todo el trabajo	67	77.9	18	40.0
Apoyo en la recolección de datos	51	59.3	17	37.8
Preparación de la presentación del trabajo	36	41.9	15	33.3
Recolección y análisis de datos	36	41.9	8	17.8
Número de ítems del rol del tutor respondidos	233		86	
Número de encuestados	86		45	
Promedio ítems del rol del tutor respondidos	3		2	

A seguir, la tabla 3 informa qué funciones los declarantes desempeñaron en las investigaciones y orientaciones realizadas en los 12 meses que antecedieron la recolección de datos.

El tipo de aporte a los proyectos de investigación también presenta variación: 77.9% de los españoles informaron haber orientado toda la investigación (comparados con 40% de los brasileños), así como la participación en la recolección y análisis de datos (41.9% y 17.8%, respectivamente). Sesenta participantes no respondieron a la pregunta (40 en Brasil y 20 en España). Sobre la disponibilidad de la carga horaria reservada para participación en investigaciones, apenas tres

brasileños y seis españoles informaron disponer de tiempo preservado para esa finalidad específica. Por otro lado, 59.4% de los brasileños que respondieron a la pregunta (60 personas), y 55.3% de los españoles (42) desean apoyo para desarrollar habilidades de investigación en el ámbito de la acción de la tutoría.

En la recolección de datos cualitativos en Brasil, realizada en visitas de campo a 13 programas brasileños y tres provincias españolas (ver capítulo 6), la temática de la investigación surgió de modo irregular. La mayoría de los programas visitados no tiene relación regular con instituciones académicas, y algunos tutores observaron que eso genera dificultades, inclusive para realizar investigaciones. Sin embargo, los residentes son oriundos de instituciones de enseñanza superior y traen un bagaje teórico que muchas veces no encuentra resonancia en las prácticas de los servicios en los cuales actúan.

Los cuestionamientos frecuentes de los residentes sobre los modos de actuar en los servicios aparecieron como factores de tensión con los equipos de salud, pero pueden contribuir con la revisión de conductas inadecuadas u obsoletas, caso sea posible analizar buenas prácticas y sistematizar conocimiento aplicable. Dos coordinadores de programas brasileños comentaron que la contribución de la residencia reside en el aporte de innovaciones en las prácticas del cuidado, y algunos coordinadores entrevistados manifestaron su interés en invertir en diseños de estudio potentes para demostrar la contribución de la residencia en la calidad de los servicios y en la salud de la población.

En las visitas de campo a los programas españoles de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad, se destacó el desafío del financiamiento y gestión de la investigación en APS, para que importantes temas de investigación generen proyectos de calidad. Según una coordinadora entrevistada, las dificultades de investigación en ambientes de APS se originan de varios factores: la planificación generalmente se restringe a la actividad asistencial y la investigación no es percibida como necesaria por muchos profesionales y gestores; no existen estructuras de apoyo para la investigación en APS en la mayoría de los centros o distritos sanitarios y la investigación realizada es poco colaborativa y fragmentada en pequeños grupos, sin líneas de investigación durables. Además, la evaluación de la investigación adopta indicadores más

habitados al ambiente hospitalario o académico, con criterios que priorizan publicaciones con factor de impacto elevado. Como agravante, los recursos presupuestales para investigación en los años recientes de crisis económica fueron reducidos, no existiendo partida presupuestal específica en los distritos sanitarios².

En España, el programa formativo de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria incluye actividades de investigación durante la residencia (ESPAÑA, 2007). De este modo, los gestores de las unidades docentes, instancias gestoras de la residencia en, ámbito provincial, fomentan proyectos y líneas de investigación, apoyando tutores y residentes. La producción intelectual de los residentes puede restringirse al análisis de casos clínicos, elaboración de pequeños estudios de observación y participación en jornadas o congresos de la especialidad, correspondiendo a las unidades docentes y distritos sanitarios estimular la colaboración entre diferentes centros para viabilizar proyectos de mayor porte.

La visita del equipo de Investigación de PREPG se dio en la semana anterior al congreso anual de la Sociedad Española Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), cuando la técnica de salud de la Unidad Docente de Granada acababa de formatear los trabajos para presentaren un estudio sobre prediabetes que comprendió siete centros de salud (adhesión a la dieta mediterránea, ejercicio físico, entre otros) y un análisis de la comunicación interpersonal (perspectivas de médicos y pacientes sobre el encuentro clínico). Ella explicó que, en momentos así, trabaja 12 horas diarias, y reiteró que la investigación depende del voluntariado, a pesar de contar para la acreditación de las unidades docentes y centros de salud (con indicadores que valorizan la cooperación intercentros y publicaciones). Entiende que es necesario un

2 La información que el equipo de investigación recibió es que en un tercio de los distritos sanitarios no había responsable por la investigación en efectivo ejercicio. La mitad de los distritos sanitarios no contaba con un comité de investigación y la asesoría de proyectos era esporádica. Consciente de la necesidad del aporte específico de recursos, la Consejería de Salud andaluza publicó una convocatoria, abierta y permanente, para la realización de proyectos de investigación e innovación en APS, fomentando la emergencia de nuevos grupos y la investigación cooperativa y multidisciplinar, (la convocatoria fue abierta en enero de 2015, permaneciendo abierta hasta nueva resolución en contra). ANDALUCÍA (España). Consejería de Salud. Fundación Progreso y Salud. Convocatoria.

Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/gestionconvocatorias/info/info_convocatorias.fps2014AP.jsp?id=29>. Acceso en fecha: 13 dic. 2016.

mayor aporte metodológico y evitar discontinuidades, y observa que, a pesar del interés de los residentes en investigación, la reducción del salario del funcionalismo y el mayor número de pacientes (originado por la no reposición (o amortización) de plazas de médicos que se jubilan), asociados a la salida de un líder en investigación de su distrito sanitario, ha ocasionado dificultades a los tutores (ver capítulo 6).

En Sevilla, la unidad docente estaba sin técnico de salud hace varios meses, pero en Córdoba ese cargo venía siendo ocupado hace muchos años por un médico epidemiólogo, profesor asociado de la Universidad de Córdoba, que enseña metodología de la investigación. Él resaltó que el Programa Oficial de la Especialidad incluye el “conocimiento básico general” del método científico; se espera, de este modo, que al finalizar la formación, todo residente haya participado de algún proyecto: “cabrá al tutor transmitir esa motivación”. Su función incluía elaborar el plan de investigación de la unidad docente y establecer líneas de colaboración. Su grupo participa de iniciativas del Instituto Maimónides (acreditado en ámbito nacional), lo que agrega visibilidad al trabajo: son el único grupo afiliado que investiga en APS (los demás actúan en la investigación biomédica y hospitalaria). Esos estudios, por motivo de la entrevista, incluían la aceptabilidad de ofrecer la prueba de anticuerpos anti-HIV (cuando solicitaban otros exámenes de sangre) y la comunicación clínica y efectividad de la entrevista motivacional (en un estudio experimental de cinco años con pacientes polimedicados, atendidos por enfermeras y médicos).

En los centros de salud, son los “responsables docentes” los que deben fomentar la investigación. Un tutor entrevistado, que estaba en el desempeño de tal función, observó el interés de los residentes por publicaciones. Identificó cómo, en la práctica, las actividades investigadoras se restringen a la sistematización de material para presentación en eventos de la especialidad (que se dan de dos a tres veces por año), o incluyen el desarrollo de proyectos más estructurados, de acuerdo con líneas de investigación (lo que ni siempre ocurre). Testimonios de residentes reiteraron su motivación con la investigación. Un residente de primer año (R1) de Córdoba comprendió que “la investigación es imprescindible, principalmente en el sentido de evaluar lo que se hace aquí”. Explicó que “durante mucho tiempo” no se preocupaban de lo que se gastaba, pero que ahora existen más controles, con ayuda de las investigaciones: un tema citado fue “la eficacia de los fármacos, de las

terapias”. En la misma provincia, otro residente enumeró estudios en marcha en su servicio: una investigación relaciona cardiopatía isquémica y la práctica de ejercicios físicos; otra realiza la revisión del tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (tema que habían presentado en un congreso), además de dos estudios en conjunto con otro centro de salud (tratando de temáticas de nutrición y vacuna contra la gripe).

Sobre la actuación de tutores en la investigación, un residente de cuarto año (R4) de Sevilla observó que “a algunos tutores les gusta la investigación, a otros no”, compartiendo que un buen tutor estimula al residente a investigar “cuando queremos saber algo, una pregunta de investigación nos enseña a madurar, aunque no nos demos cuenta.” La docente responsable de su centro de salud sería un buen ejemplo: estaban investigando (con otros residentes) el uso de internet por los pacientes en busca de información sobre la salud. Para un estudio sobre diabetes, ese R4 venía consultando datos de los pacientes en la base electrónica y los convocaba para medir la hemoglobina glicosilada/glicada (cuya dosificación compone un indicador pactado en el contrato-programa de la unidad – ver capítulo 6). La sexualidad masculina venía siendo investigada en un estudio sobre “disfunción sexual”, a través del seguimiento de tres pacientes con quejas de eyaculación precoz.

La docente responsable dese centro de salud sevillano es muy entusiasta, y entiende que el dinero no es el principal factor limitador para la investigación: le gustaría tener más apoyo metodológico. Sobre el posible apoyo de la universidad en la orientación metodológica, declaró no ver a la universidad “muy comprometida” con la investigación en servicios. Por otro lado, identificó a profesionales con sólido bagaje teórico-metodológico en la Consejería de Salud. Con la crisis económica, en toda Andalucía hubo ampliación de la carga horaria de los trabajadores de salud en 2.5 horas (de 35 a 37.5/semana). En ese centro, los responsables por la residencia solicitaron que esa carga horaria fuera dedicada a la docencia e investigación: semanalmente el grupo de residentes (desde el primer año) se queda en el servicio posterior al horario de trabajo habitual para hacer investigación o preparar sesiones clínicas. Aun así, el día de la entrevista, la docente responsable y los residentes estaban intentando marcar una reunión para distribuir las sesiones clínicas, pero enfrentando dificultades de agenda.

Discusión

Los resultados de la Investigación PREPG indican avances en la participación de tutores y residentes brasileños en la producción de conocimiento en servicios. Es beneficiosa la obligatoriedad de presentación de trabajos de conclusión de cursos en las residencias multiprofesionales, lo que también está establecido en varios programas de residencia médica. En los dos países estudiados, la investigación disputa el tiempo de los tutores con la asistencia y la enseñanza, en contextos de fuerte presión de demanda asistencial. Sin embargo, diversas iniciativas, con grados de éxito variables, han fomentado la investigación en ambientes de atención a la salud.

En Brasil, la formación especializada y la investigación en servicios están previstas en la Ley 8080 (BRASIL, 1990), que atribuye responsabilidad al sistema de salud por la “organización de un sistema de formación de recursos humanos en todos los niveles de enseñanza, inclusive de posgrado, además de la elaboración de programas de permanente mejoramiento de personal”. Su Artículo 27 establece que “los servicios públicos que integran el Sistema Único de Salud - SUS constituyen un campo de práctica para enseñanza e investigación, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente con el sistema educacional” (Párrafo Único). Se observa un esfuerzo de fomento al desarrollo científico y tecnológico en salud, con la creación, por ejemplo, en 2011, del PPSUS (Programa de Investigación para el SUS: Gestión Compartida en Salud, del Ministerio de Salud), que aproximó instancias de salud y de ciencia y tecnología, en un modelo de fomento descentralizado a la investigación. Carvalho et al. (2016) analizaron las consecuencias de investigaciones financiadas por el PPSUS en Ceará, investigando su aplicación en la solución de problemas de los servicios. Encontraron una incorporación limitada de las evidencias producidas en los procesos de toma de decisión, concluyendo que “la investigación persiste como un campo de disputas, convergencias y divergencias, por lo tanto, como espacio de conflictos entre distintos intereses, efectuándose lentamente”. Los autores recomiendan “obtener inversión y esfuerzos para que tengan sus resultados socializados a toda la comunidad, incluyendo profesionales y gestores de salud, de modo que se traspasen los límites del mundo académico” (CARVALHO et al., 2016, p. 62).

Otra iniciativa, el Programa de Expansión y Consolidación de la Salud Familiar (PROESF) viabilizó una expresiva inversión y “potencializó la

creación de centros colaboradores en evaluación en diversas instituciones de enseñanza superior del país y estimuló un amplio proceso reflexivo” (ALMEIDA; TANAKA, 2016, p. 46). A su vez, el Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ), del Departamento de Atención Básica (Ministerio de Salud), iniciativa de ámbito nacional, ha evaluado la Estrategia Salud de la Familia, con participación de profesionales y gestores en la producción de informaciones. Alimentados a nivel local, esos sistemas de evaluación obtienen datos que pueden informar el mejoramiento del sistema. El desafío de fomentar la capacidad de utilización de evidencias producidas en la gestión permanece, lo que demanda la interpretación del conocimiento científico a nivel de servicios: “se percibe en el campo un vacío en el estudio de movimientos de evaluación realizados a nivel local, que pretendan el alcance de un nivel más profundo de comprensión de la organización de los servicios, incluyendo relaciones entre formatos asumidos y contextos determinados [...]. Existe una especial dificultad en encontrar estudios sobre metodologías y estructuración de evaluaciones que se distancien de la aplicación estandarizada de indicadores cuantitativos y normativos y que tomen como base diferentes marcadores para contextos socio-culturales diferentes” (ALMEIDA; TANAKA, 2016, p. 47).

En España, dos planes de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SPA) abordan el tema de la investigación, siendo el II Plan el que puso en valor el apoyo a los institutos de investigación provinciales y fortalecimiento de redes cooperativas. El Plan de Calidad 2010-2014 orientó el desarrollo profesional en investigación, mediante conjuntos de organizaciones productoras de conocimiento, buscando avanzar en la evaluación del impacto en la salud de la población (CONSEJERÍA DE SALUD, JUNTA DE ANDALUCÍA, 2014). Los potenciales órganos públicos financiadores de la investigación en servicios incluyen la Consejería de Innovación, la Consejería de Salud, el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Comisión Europea. Agencias de fomento a la investigación constituyen una red para ejecución de proyectos en el sistema sanitario, divulgan los edictos de apoyo y asesoran a los investigadores en metodología científica, transferencia y difusión del conocimiento generado. La Consejería de Salud cuenta con las siguientes instancias involucradas en investigación: a) Escuela Andaluza de Salud Pública, responsable de la enseñanza de posgrado, investigación y apoyo

a la gestión del sistema, ofrece consultorías y cooperación internacional³; **b)** Fundación Progreso y Salud, principal entidad de apoyo y gestión de investigación del Sistema Sanitario, dirigida al fomento de la innovación, se dedica a promover la investigación apoyando centros y grupos de investigación con infraestructura, financiación y operación de producción científica, y transferencia de los resultados a la industria y a la sociedad; **c)** Fundación IAVANTE, brazo de la Fundación Progreso y Salud, que realiza actividades formativas (utilizando el PortalEIR, plataforma virtual de formación usada inclusive en la Residencia) y desarrolla acciones de evaluación de competencias profesionales (ver capítulo 6).

En Andalucía, anualmente, los centros de salud acreditados para la enseñanza establecen objetivos de investigación en los acuerdos de gestión clínica (ORTEGA DEL MORAL, 2009). Para incentivar la formación de tutores para orientación de investigaciones, se produjeron cursos modulares. El tiempo de los tutores para investigación es escaso, y necesita ser negociado con gestores, lo que enfrenta dificultades por los recortes presupuestales. Las unidades docentes se articulan para fortalecer alianzas e investigaciones cooperativas entre centros de salud, hospitales y universidades, estimulando que los profesionales de los servicios de salud integren equipos de investigación, superando el estatuto de meros reclutadores de pacientes para los estudios.

En Brasil, las iniciativas gubernamentales que fueron adoptadas para incentivar cambios en la formación profesional promueven la investigación en servicios. Para calificar mejor la enseñanza del grado, el Programa de Educación para el Trabajo en Salud (PET Salud), creado a través de la Portaria Interministerial MS/MEC n° 1802/08, articula el apoyo y valorización de la tutoría y producción de conocimiento en servicios. Según Alves et al. (2015, p. 532), el PET-Salud representó una posibilidad de fortalecimiento del binomio universidad-servicios gracias al desarrollo del trabajo conjunto de enseñanza e investigación. En el

3 La Escuela Andaluza de Salud Pública aplica diversas tecnologías de enseñanza, comunicación e información para ampliar y calificar el alcance de sus acciones, mediante la operación de su campus virtual. Andalucía (España). Consejería de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. La escuela. Disponible en: < <http://www.easp.es/la-escuela/>>. Acceso en fecha: 22 nov. 2016.

que pese la heterogeneidad cualitativa y cuantitativa del conocimiento producido en las instituciones investigadas, “el involucramiento de profesionales del servicio en investigaciones y la disponibilidad de becas para la función de tutoría fortalecieron y empoderaron esos profesionales, puesto que, históricamente, este tipo de actividad y de estímulo solo era ofrecido al medio académico (ALVES et al., 2015, p. 533). Cyrino et al. (2012) documentaron el papel del PET-Salud en el desarrollo profesional de tutores, reiterando la importancia estratégica de acciones conjuntas de los ministerios de la Salud y Educación, con consecuencias para el grado y el posgrado, incluso porque muchos tutores tienen “doble militancia”, supervisando residentes y estudiantes de grado.

Otra iniciativa que puede estimular la producción científico-tecnológica de calidad involucrando la formación de residentes fue establecida por la Portaria n° 7, del 22 de junio de 2009, del Ministerio de Educación, que “dispone sobre la maestría profesional en el ámbito de la Fundación Coordinación de Mejoramiento de Personal de Nivel Superior – Capes” (BRASIL, 2009). Considerando la “relevancia social, científica y tecnológica de los procesos de formación profesional avanzada, así como el necesario estrechamiento de las relaciones entre las universidades y el sector productivo”, la Portaria establece parámetros para la oferta de cursos de máster profesional, cuyo título “otorga a su detentor los mismos derechos concedidos a los portadores de la titulación en los cursos de maestría académica” (Art. 2º), objetivando la capacitación de personal debido a la exposición de los alumnos a los procesos de utilización aplicada de los conocimientos y ejercicio de la innovación, teniendo como objetivo valorizar la experiencia profesional (Art. 5º, Párrafo único).

La Portaria n° 7/2009 ha ocupado vacíos normativos sobre el máster profesional, formato reconocido por CAPES desde 1998, muy pertinente en el área de salud por el potencial de fomentar el análisis y la solución de problemas y preparar profesionales para “reflexionar y actuar críticamente sobre su proceso de trabajo” (HORTALE et al., 2010, p. 2052). Según Teixeira (2006), el máster profesional fortalece la integración entre el mundo académico y la prestación de servicios, aproximando teoría y práctica. Agregó como novedad que “en el caso del área de salud, se califican para el ofrecimiento de la maestría profesional los programas de Residencia Médica o Multiprofesional, debidamente acreditados, y que cumplan con los requisitos establecidos en edicto

específico” (Artículo 4º, ítem IV, Párrafo único). Reconociendo la importancia del saber de liderazgos intelectuales que actúan en la red de servicios, pero sin titulación académica, la Portaria prevé que los másteres deben de “presentar, de forma equilibrada, el cuerpo docente integrado por doctores, profesionales y técnicos con experiencia en investigación aplicada al desarrollo y a la innovación” (Art. 7º, ítem V). La Portaria enumera diversos formatos de trabajos de conclusión de curso potencialmente útiles para la innovación en servicios de salud, como patentes, aplicativos, material didáctico, manuales de operación técnica, proyectos de innovación tecnológica, entre otros (Art. 7º, ítem IX, párrafo 3º). En 2009 también fue lanzado un edicto de la CAPES (BRASIL, 2009) para presentación, por las instituciones interesadas (y elegibles, en función de contar con programas de posgrado stricto sensu acreditados), de propuestas de maestría profesional asociado a programas de Residencia, previendo la doble titulación, como especialista en el área de salud respectiva y como máster.

Cabe problematizar la capacidad de oferta de orientación para las disertaciones o trabajos finales de esas maestrías, en su singularidad y divergencia de los trabajos de conclusión de curso de las residencias, recordando que, en la muestra de la Investigación PREPG, el porcentaje de tutores de residencia brasileños que obtuvieron el título de doctor es pequeño (7%).

Coser (2012), también problematizó esa relación entre residencia y maestría profesional, investigando las perspectivas y expectativas de residentes en Rio de Janeiro. El autor destacó el prestigio institucional asociado a la oferta de programas de maestría y doctorado, ponderando que la evaluación de esos programas, realizada por el Ministério de Educación, genera “efectos nocivos” por la fuerte valorización de publicaciones en revistas especializadas, “lo que genera, en la visión de muchos, una inversión desproporcional en la investigación y publicaciones, en detrimento de la enseñanza” (COSER, 2012, p. 20). El punto que se coloca en Brasil es el de la maduración de los mecanismos de fomento y evaluación de la investigación en servicios, a partir del acuerdo a cerca de una agenda estratégica basada en la identificación de necesidades de salud y vacíos de conocimiento, con resultados aplicables en los servicios.

Consideraciones finales

Varias iniciativas para incentivar de la investigación y de cambios en la enseñanza de grado contribuyeron para ampliar la producción de conocimientos en los diversos escenarios de práctica en salud, potencializando la investigación y la interfaz entre academia y servicios. Sin embargo, en los programas estudiados, la investigación en las residencias (o en el período de residencia) es aún restringida. Es necesario fortalecer mecanismos para estructurar la gestión de la investigación en servicios, para que buenos temas de investigación se hagan operativos en proyectos de calidad, cuyos resultados sean aprovechados en la toma de decisiones. La debida formación para orientación de proyectos puede ser estimulada en formatos compatibles con la tutoría, pudiendo incluir la maestría profesional, valorizando la capacidad de lectura crítica de la realidad e intervenciones basadas en evidencias.

La sensibilidad para esa temática aparece expuesta en el informe final del Cuarto Simposio Global de Investigación en Sistemas de Salud, realizado en 2016, en Canadá, que destacó los desafíos metodológicos implicados en fomentar la “flexibilidad, adaptación, aprendizaje e innovación”, cualidades atribuidas a “sistemas responsivos y resilientes” (VANCOUVER STATEMENT FOR THE FOURTH GLOBAL SYMPOSIUM ON HEALTH SYSTEMS RESEARCH, p. 2). Diseños e instrumentos creativos permitirían comprender las características de tales sistemas (y sus servicios), facilitando la traducción de los hallazgos e innovaciones concretas en políticas y programas. Para la Organización Mundial de la Salud (2014), es necesario descentralizar la producción de conocimiento por los sistemas de salud: “Todos los países deben ser tanto productores como consumidores de investigaciones. La creatividad y las habilidades de los investigadores deben ser utilizadas para fortalecer las investigaciones, no solamente en centros académicos, pero también en programas de salud pública, que están más cercanos a la demanda y a la oferta de servicios de salud.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 9). Esa tendencia aparece en las iniciativas de países con más tradición de investigación en servicios: el Departamento de Salud inglés publicó en el 2013 un documento titulado “Prestando servicios de calidad, efectivos y compasivos: desarrollando personas con habilidades y valores correctos” (*Delivering high quality, effective, compassionate care: developing the right people with the right skills and the right values, 2013*), indicando acciones estratégicas para la calidad de su Sistema Nacional

de Salud mediante promoción de la “receptividad” de la fuerza de trabajo para investigación e innovación, de modo a “adaptarse a las nuevas demandas de la salud pública, del cuidado a la salud y de los servicios de salud” (p. 23), por ejemplo, en el manejo de comorbilidades, por el cual propone asociaciones con instituciones académicas y aumento del número de profesionales de salud en programas académicos.

En Brasil, es necesario fortalecer y ampliar las redes de grupos de investigación en servicios de salud, actuando de forma interconectada. La gestión del conocimiento, la medicina basada en evidencias, la revisión crítica de la literatura y la publicación de resultados de investigación pueden ser perfeccionadas, minimizando el énfasis excesivo en publicaciones científicas en revistas de altísimo impacto. En ambos países estudiados, es posible avanzar en la comprensión estratégica de la investigación, tanto para informar las acciones y políticas como para atraer nuevos liderazgos para formulación de cuestiones de investigación y su operación apropiada, aplicando diversos métodos. El conocimiento metodológico de las diversas posibilidades de la investigación en servicios es uno de los componentes necesarios de currículos de formación de tutores para fortalecer la contribución de las residencias para la innovación en el cuidado.

La realización de buenas investigaciones involucrando tutores y residentes necesita, sin embargo, de incentivos además de la preparación teórica, por ejemplo estimulando la motivación mediante una mayor valoración de la actividad en la carrera profesional, aspecto en que los participantes españoles están mejor contemplados, mientras muchos tutores brasileños siquiera resolvieron el tema del vínculo laboral y de la precarización de las relaciones de trabajo.

Referencias

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. *Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, n. 45, Aug. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006251.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

ALVES, C. R. L. et al. Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na reforma curricular de escolas médicas participantes do programa de incentivos às mudanças curriculares dos cursos de Medicina (Promed). *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 527-536, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000400527&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2016.

BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Mestrado profissional associado a programas de residência em saúde: diretoria de avaliação edital nº 02/DAV/2009, de 03/11/2009*. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/bolsas/Edital_MPRM2009.pdf>. Acesso em 22 nov. 2016.

_____. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Educação. Portaria nº 7, de 22 de junho de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — CAPES. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2009. Seção 1, p. 31.

_____. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 17, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — CAPES. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2009. Seção 1, p. 20.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção 1, p. 24-25.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2014. Seção 1, p. 34.

CARVALHO, R. R. S. et al. Programa Pesquisa para o SUS: desafios para aplicabilidade na gestão e serviços de saúde do Ceará. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 53-63, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300053&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2016.

CONSEJERÍA DE SALUD JUNTA DE ANDALUCÍA (Espanha). Um espacio compartido: Plan de Calidade: Sistema sanitario público de Andalucía 2010- 2014. Disponível em: < <http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/investigamas/files/PlanCalidaddeSSPA2010-2014.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

COSER, O. Expectativas de aprimoramento pós-residência médica: hora para um mestrado profissional?. Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 325-334, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CYRINO, E. G. et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 92-101, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez.. 2016. Suplemento 1.

DEPARTMENT OF HEALTH. Delivering high quality, effective, compassionate care: developing the right people with the right skills and the right values. May, 2013. p. 1-40. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/203332/29257_2900971_Delivering_Accessible.pdf>. Acesso em 12 nov. 2016.

DIERCKS, M. S. et al. O currículo integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos Programas de Saúde da Família e Comunidade. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 173-89.

ESPANHA. Decreto no. 197 de 3 de julio de 2007. por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Boletín Oficial del Estado, n. 140, 17 julio 2007. p. 10. Disponível em: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_normativas2_17>. Acesso em: 12 maio 2015.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoría nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191-210.

HORTALE, V. A. et al. Características e limites do mestrado profissional na área da Saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2051-2058, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400019&lng=pt&nrm=i>. Acesso em: 30 jan. 2017.

MARTINS JUNIOR, T. et al. A residência multiprofissional em saúde da família de Sobral – Ceará. SANARE, Sobral, v. 7, n. 2, p. 23-30, jul./dez. 2008.

MATOS, I. B. Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade da Uniplac: avanços, recuos e esperanças. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 319-31.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S147-S173, 2004. Suplemento 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde*. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789248564598_por.pdf>. Acesso em: 1 set. 2016.

ORTEGA DEL MORAL, A. Gestión de la formación y de la investigación en atención primaria. In: RÓDENAS, C. M. (Ed.). *Experiencias novedosas en atención primaria sobre gestión, docencia, formación, investigación y clínica*. Granada: Universidad de Granada, 2009.

SANTOS, L. M. P. et al. O papel da pesquisa na consolidação do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1666-1667, set. 2010.

SOUZA, L. E. P. F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. O uso de pesquisa na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 546-554, mar./abr. 2004.

TEIXEIRA, C. Significado estratégico da mestrado profissionalizante na consolidação do campo da saúde coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-48..

VANCOUVER STATEMENT FOR THE FOURTH GLOBAL SYMPOSIUM ON HEALTH SYSTEMS RESEARCH. Resilient and responsive health systems for a changing world. Vancouver, Canada. 14-18 November 2016. Disponível em: <<http://healthsystemsresearch.org/hsr2016/wp-content/uploads/Vancouver-Statement-FINAL.pdf>>. Acesso em: 14 junho 2016.

6. Gestión y tutoría en la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en una comunidad autónoma de España

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
EPIFANIO ROMERO DE SERDIO
JOÃO JOSÉ BATISTA DE CAMPOS
CONCEPCIÓN GANDARA PAZO
MARIA ÁNGELES ÁLVAREZ HERRERO

El contenido del presente capítulo, que versa sobre la oferta de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en España, es producto de una proximidad sucesiva del equipo de investigadores brasileños con liderazgos de la residencia en aquel país. En visita al Departamento de Salud Internacional de la *Escuela Nacional de Sanidad*, órgano del gobierno español, realizada en 2010, la coordinadora de la investigación Tutoría en Programas de Residencia: Enseñanza, Investigación y Gestión (PREPG) conoció algunas características de la oferta de esa modalidad de posgrado médico. Con la obtención de una beca de investigación ofrecida por la *Fundación Carolina*, tuvo la oportunidad de pasar el último trimestre del 2011 en territorio español, entrevistando líderes involucrados con la residencia que actúan en el ámbito de las comunidades autónomas.

Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y del Ministerio de Salud brasileño, a partir de 2014 fue posible ampliar el alcance de investigación para incluir residencias en Brasil y extender la recolección en España. De este modo fueron obtenidos los consentimientos necesarios para la Investigación PREPG (conforme descrito en el capítulo 1) y compuestos los equipos de investigación en ambos países.

Este capítulo sistematiza parte de los datos cualitativos obtenidos a lo largo de esos seis años de interlocución, y se apoya en diversas fuentes (descritas en el capítulo 1). Tutores, gestores y residentes fueron entrevistados, centros de salud y unidades docentes fueron visitados, y además, tutores de ocho provincias llenaron el cuestionario estructurado *online* (esos resultados se presentan en los capítulos 4 y 5).

Antecedentes de la estructuración del sistema de salud español

En España, la formación de especialistas en salud se da en el Sistema Nacional de Salud. Para comprender la oferta de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, es útil situar algunos elementos de contexto institucional, en especial las características del sistema de salud en aquel país.

En 1978, en el proceso de construcción de la democracia que se siguió al fin del franquismo, la Constitución Española estableció la descentralización del Estado nacional y creó las comunidades autónomas, nivel de gobierno regional intermediario entre el gobierno central y los 50 gobiernos provinciales. Entre las competencias que podrían ser transferidas a las 17 comunidades autónomas, se incluían aquellas concernientes al sector de salud (PEREIRA, 2014). Como consecuencia, una reforma de la oferta de servicios de Atención Primaria de Salud (APS) fue iniciada (ESPAÑA, 1984), ocasionando importantes cambios del modelo asistencial (ESPAÑA, 1984, 1986). La *Ley General de Sanidad* – LGS (ESPAÑA, 1986) estructuró la reforma sanitaria prevista en el programa de gobierno socialista (victorioso), sin embargo, su aprobación no fue exenta de embates¹.

Con miras a promover la prestación de servicios a nivel regional, pocos son los artículos de la LGS, y tienen carácter de legislación básica obligatoria. Fue instituido el Sistema Nacional de Salud (SNS), mantenido el financiamiento con recursos de la Seguridad Social y establecidas (o fortalecidas) las redes de servicios de salud

¹ Según Guillén (1997), “cuando la primera versión de la ley se divulgó al final de 1984, surgieron tensiones y conflictos con médicos, farmacéuticos y parlamentarios del gobierno y de otros partidos”. Además de los políticos conservadores que defendían los intereses del sector privado, aun grupos socialistas de apoyo al gobierno electo “se opusieron al financiamiento por impuestos alegando un aumento desmedido en el gasto público; otros creían en mantener la estructura de prestación de servicios centralizada”. Grupos nacionalistas en aquellas comunidades autónomas que contaban con sistemas de salud regionales en funcionamiento (en especial en Cataluña y en el País Vasco) temían interferencias indeseables del gobierno central (GUILLÉN, 1997 apud PEREIRA, 2014, p. 175).

en ámbito autonómico. La cobertura poblacional se dio de forma progresiva, alcanzando la universalización de la asistencia en el 1989 (ESPAÑA, 1989).

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria también fue creada en el contexto de la redemocratización del país, y en 1978 un Decreto Real (ESPAÑA, 1978b) aprobó el sistema de residencia como ruta oficial para la especialización médica (definiendo una lista oficial de especialidades médicas y creando el Consejo Nacional de Especialidades Médicas – CNEM, y las Comisiones Nacionales de Especialidad – CNEs). Fue establecido el sistema de selección unificado en nivel nacional, a cargo del Ministerio de Sanidad, que detenta la principal responsabilidad de la organización de la formación de especialistas médicos (aunque el Ministerio de Educación mantenga la concesión de los certificados). En un contexto político favorable², fue regulada la residencia como única vía de acceso al título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

En esa época, acciones de APS eran prestadas por “médicos titulares”, médicos de la Medicina General de Zona y médicos de los servicios de urgencia de la Seguridad Social (vinculados a la Administración Pública)³. Los médicos titulares, conocidos como APDs (de “asistencia pública domiciliar”), habían sido aprobados en concurso público antes de la obligatoriedad del título de especialista y

² Las primeras elecciones democráticas fueron en 1977, la nueva Constitución estaba recién promulgada por el Congreso y había gran interés del Gobierno para integrar el país en la comunidad europea.

³ Hasta fines de los años 1980, no había servicios de urgencias en los hospitales; los casos urgentes que llegaban eran atendidos por especialistas que estuvieran de guardia en sus propios trabajos. Los servicios de urgencias de la Seguridad Social estaban disponibles apenas en áreas urbanas, en estas atendían médicos sin especialidad, en equipos móviles. También en las ciudades había Casas de Emergencia, atendidas por médicos APD para urgencias. El informe del Ministerio Público de 1988 sobre la situación desencadenó la reorganización de las urgencias extra-hospitalarias y la organización de los servicios hospitalarios de urgencia.

se desempeñaban predominantemente en el medio rural⁴ (completas en los municipios por el Instituto Nacional de Salud – INSALUD, órgano central creado en 1978 para cuidar de los ciudadanos cubiertos por la Seguridad Social o inscritos, por pobreza comprobada, en el registro municipal de beneficencia).

Los APDs realizaban algunas actividades de salud pública de competencia de los municipios y atenciones de urgencia. Un APD (o el único, en poblados pequeños) era el responsable local de salud al frente del equipo formado por farmacéutico, veterinario, “matrona” y técnico de enfermería. Los médicos de “Medicina General de la Zona” se desempeñaban en los ambulatorios de la Seguridad Social en medio urbano. Incumbidos de acciones de emergencia con apoyo de un técnico de enfermería, atendían decenas de pacientes por turno, prescribiendo medicamentos y/o encaminando a especialistas. Aunque eximidos de la obligatoriedad de la titulación, algunos eran especialistas y tenían consultorios privados.

En 1982, con la formación del primer grupo de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria vía residencia (que duraba tres años), fue creada la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC). Actualmente tres entidades representan la especialidad. A lo largo de los años, los principios y directrices de la residencia fueron objeto de varios reglamentos oficiales. Cuando la Seguridad Social, principal empleador de médicos, pasó a demandar el título de especialista, obtenido a través de la residencia, para actuación de médicos en hospitales públicos, enfrentó resistencias de entidades médicas, sindicatos, entre otros. En 1995, la necesidad de especialización se hizo irreversible, con la entrada en vigor de la normativa europea demandando el título de especialista para la actuación de médicos en los sistemas públicos de salud. La obtención del título sin pasar por la residencia todavía fue posible por

4 En 1972, los APDs se agruparon en la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER), que en 1982 cambió de nombre para Sociedad Española de Medicina Rural y Asistencia Primaria (SEMERAP), pasando en 1990 a denominarse Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), nombre que recientemente fue modificado para Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (manteniendo la misma sigla “SEMERGEN”).

algún tiempo, basada en la aprobación en las pruebas establecidas para tal fin, ofrecidas por última vez en 2013.

A vísperas de la entrada de España en la Unión Europea (enero de 1986), un nuevo Decreto Real (ESPAÑA, 1986) fue aprobado, reconociéndose 49 especialidades y un sistema unificado de residencia médica que incluye la acreditación de instituciones y reglamenta las reformas introducidas en 1978, incluyendo la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria.

Calidad de la atención, formación y desarrollo profesional en Andalucía

La Investigación PREPG escogió a la Comunidad Autónoma de Andalucía para profundizar la recolección de datos. En esta, la calidad asistencial fue oficialmente asociada con el desarrollo profesional desde el I Plan de Calidad del Sistema de Salud, que indujo al diseño de los “Procesos Asistenciales Integrados” - PAI (ESPAÑA, 2009), historia única digital del ciudadano (Diraya), y la definición de líneas de investigación estratégicas, que incluyen la APS. Los Procesos Asistenciales Integrados pretenden fortalecer la continuidad del cuidado: cada proceso fue definido con base en el trayecto recorrido por el paciente desde que entra en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), e incluye las acciones en APS, las pruebas de diagnósticos, los diversos servicios y actuación de los respectivos profesionales, los tratamientos y tecnologías aplicados (ESPAÑA, 2009, p. 51)⁵.

El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2005 – 2008) planificó el desarrollo de herramientas y estrategias de apoyo a la gestión, como la Gestión por Procesos, Gestión Clínica, Gestión por Competencias y el Modelo de Registro Profesional. De

⁵ Cada PAI engloba “el conjunto de actuaciones dirigidas a dar una respuesta integral a las necesidades (físicas, psicosociales, etc.) del paciente (hombre y mujer) como sujeto activo desde una perspectiva multidisciplinar y coordinada, para garantizar la continuidad de la asistencia”. Para tal, el PAI detalla “actividades y responsabilidades” e identifica los puntos de entrada y salida del paciente en el sistema: “se pretende delimitar dónde empieza y dónde termina la secuencia de actividades” a depender de la patología en cuestión y de las especificidades del cuadro del paciente (ESPAÑA, 2009, p. 52).

esta planificación surgieron proyectos como la creación de un centro de información y documentación en salud y de una biblioteca virtual, y el establecimiento de iniciativas conjuntas con otras organizaciones productoras de conocimiento (universidades, parques tecnológicos, empresas, etc.).

La gestión clínica fue adoptada en Andalucía como un modelo para la organización de centros y servicios de salud, que contractualizan las prioridades, actividades y los recursos necesarios, con intención de fomentar el comprometimiento de los profesionales de asistencia, mejorar el trabajo y aumentar la satisfacción de los pacientes (ESPAÑA, 2014). Cada unidad de gestión clínica (UGC) pacta un compromiso anual (incluidas las UGC de Atención Primaria) y establece objetivos de enseñanza e investigación, con base en un plan de formación e investigación, y también planes individualizados para sus profesionales. La inclusión, en el acuerdo de gestión, de objetivos de formación profesional, docencia e investigación, fomentó compartir buenas prácticas, permitiendo que iniciativas innovadoras de algunos centros se compartan con otros centros (ESPAÑA, 2007).

La gestión de la calidad originó la creación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), que actúa en la acreditación de instituciones, programas y actividades de educación continua. Su modelo de calidad dispone de un programa de certificación de competencias profesionales de adhesión voluntaria, con el intuito de evaluar y reconocer los éxitos logrados en el desempeño de los profesionales en sus prácticas diarias (ESPAÑA, 2014). A pesar de voluntaria, la certificación es valorizada en la carrera profesional. El modelo de gestión por competencias adoptado implicó el desarrollo de mapas de competencias, por profesión y por puesto de trabajo, además de mapear competencias transversales, y estableció buenas prácticas e indicadores, para que cada profesional (tutor o no), junto con el responsable por el servicio, se autoevalúe, definiendo su nivel de desempeño y un plan de desarrollo individual.

El plan de Formación Continua constituye el tercer pilar que sustenta el desarrollo del modelo de gestión por competencias andaluz, junto con la acreditación de profesionales y la carrera profesional. Uno de sus objetivos es potencializar el desarrollo de diferentes metodologías

docentes con aprovechamiento de las tecnologías de la información (ESPAÑA, 2009). Los procesos de acreditación de la formación continua procuran mejorar la competencia profesional, valorizando la oferta de formación calificada⁶.

En 2008 fue lanzado el Plan Estratégico de Formación Integral (ESPAÑA, 2009), diseñado por liderazgos del sistema de salud andaluz, organizados en 17 grupos de trabajo, estableciendo principios para fomentar el llamado continuum educacional, es decir, integrar el grado, la residencia y la educación continua, en observancia de los principios del Espacio Europeo de Educación Superior. Su desarrollo consideró la consolidación del Programa Común Complementar para Especialistas Internos Residentes (PCCEIR)⁷ y la acreditación de tutores y un programa de formación de gestores. La implantación del plan cuenta con la utilización de tecnologías de comunicación e información (TICs) en gestión y enseñanza.

La Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en España

Desde 1995, las llamadas comisiones de docencia habían sido incumbidas de supervisar la formación, garantizando la implantación de la programación anual por los servicios y establecimiento de planes formativos individuales para los residentes, además de prestar cuentas a las instancias gestoras superiores (ESPAÑA, 1995). Las comisiones de docencia se reúnen por lo menos una vez por trimestre, siendo sus actas accesibles al público. El jefe de estudios, nombrado por el Distrito Sanitario (que hace la gestión de la APS en un determinado territorio) dirige las actividades de los “tutores” (tutores) y la supervisión práctica del Programa Formativo Oficial. Las unidades docentes cuentan en

6 Las actividades de formación continua acreditadas poseen reconocimiento legal: la ley de Ordenación de las Profesiones de Salud (LO 44/2003 - LOPS) en su artículo 35 prevé que solamente podrán ser consideradas en la carrera profesional las actividades de formación continua que fueron acreditadas con el sello oficial correspondiente (ESPAÑA, 2003).

7 El PCCEIR fue desarrollando en 2001 para contemplar contenidos transversales importantes para las diversas especialidades, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes “que mejoren las condiciones a la posterior incorporación profesional de los especialistas en formación, aproximándolos de la realidad de su entorno social y organizativo” (ESPAÑA, 2009, p. 13).

su estructura con técnicos en salud pública para la ejecución de sus actividades⁸.

El modelo de formación de la residencia cuenta con dos marcos legales a nivel nacional: la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley No. 44/2003 - LOPS) (ESPAÑA, 2003) y el Decreto Real en el 183/2008 (ESPAÑA, 2008). Este último define referencias para adaptación de la LOPS por las comunidades autónomas, y reglamenta los órganos docentes de carácter colegiado, los itinerarios formativos, el papel del tutor, el proceso de evaluación, así como el papel y las responsabilidades de los residentes. Su publicación modificó sustancialmente la estructura organizacional de la residencia en el ámbito de la APS, contemplando la creación de Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar, en las cuales son formados los futuros profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria y de Enfermería de Familia. Reiterando el papel de las comisiones de docencia y de los jefes de estudio, el Decreto Real en el 183/2008 (ESPAÑA, 2008) definió el tutor (denominado tutor) como:

El profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en la aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad en cuestión [...]. Es el primer responsable por el proceso de la enseñanza-aprendizaje del residente, por lo tanto mantendrá con este un contacto continuo y estructurado, en cualquier dispositivo de la unidad docente en la que se desarrolle el proceso formativo. Para tal, mantendrá entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizarán el proceso continuado de aprendizaje y los informes correspondientes de evaluación formativa que incluirán las rotaciones realizadas.

Las funciones del tutor incluyen planificación, gestión, supervisión y evaluación de toda la formación del residente, correspondiendo favorecer el “autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente”. El decreto establece que, salvo situaciones excepcionales, el tutor “será el mismo durante todo el período formativo, tendrá bajo su responsabilidad como máximo cinco residentes”. Mediante propuesta del tutor, (y de acuerdo con el

⁸ Atribuciones de los Técnicos en Salud Pública y Medicina Comunitaria incluyen participar de la planificación, ejecución y evaluación del programa de la especialidad con los tutores y participar de los demás programas formativos y actividades de investigación desarrolladas en la unidad docente.

programa de la especialidad), las comisiones de docencia aprueban (para cada residente) un itinerario formativo operado en el “plan individual de formación”, del cual participan los responsables docentes de cada centro de salud acreditado.

En lo que se refiere a la tutoría, el RD 183 dispone sobre la evaluación, incentivos y mejoramiento de competencias del tutor, incumbencias de las comunidades autónomas que “regularán procedimientos de evaluación para acreditación y reacreditación periódicas”. Estas incluyen criterios como “experiencia profesional continua como especialista, experiencia docente, actividades de formación continua, actividad investigadora y de mejora de calidad, formación específica en metodologías docentes, y resultado de las evaluaciones de calidad e investigaciones sobre el grado de satisfacción [de residentes] logrado” (ESPAÑA, 2008, art. 12). El decreto define además que las comunidades autónomas establezcan “sistemas de reconocimiento específico de acción tutorial” y “faciliten que los tutores [tutores] realicen actividades de formación continua sobre los aspectos relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo [del residente]”.

El tutor es el responsable directo por el cumplimiento del Programa Oficial de la Especialidad por cada residente bajo su responsabilidad. En el caso de la Medicina Familiar y Comunitaria, el programa oficial demandó cinco años de elaboración, habiendo sido realizada en seis etapas⁹. Su

⁹ La primera etapa de diagnóstico situacional contó con jefes de estudio, tutores y residentes para el análisis crítico del programa vigente en aquél momento. La segunda etapa estableció consensos entre el grupo coordinador y especialistas invitados con respecto al diseño general del Programa Oficial de la Especialidad, que incluyó “la explicitación de los valores profesionales a ser demostrados por el médico de familia (actitudes); definición de competencias esenciales: comunicación, raciocinio clínico, gestión del cuidado y bioética; atención de necesidades de salud de individuos y grupos, desarrollo de competencias de enseñanza e investigación” (HARZHEIM; VICENTE; PITZ, p. 2009, p. 52). La carga horaria mínima fue estipulada en cuatro años. En la cuarta etapa, la propuesta preliminar fue enviada a todas las unidades docentes y sociedades de especialistas, habiendo recibido e incorporado sugerencias de mejoramiento, lo que agregó legitimidad al nuevo programa. La quinta etapa incluyó la adaptación del programa a los términos de la LOPS, las aprobaciones establecidas en la ley y culminó con la publicación en el BOE el 3 de mayo de 2005. La sexta y última etapa consistió en la ejecución para el grupo de residentes ingresantes mediante adhesión de las unidades docentes.

publicación en el *Boletín Oficial del Estado* (BOE) se dio el 03/05/2005 (COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, 2005). Contando con los cambios sociodemográficos y sanitarios como antecedentes, el programa pretende “que los médicos de familia sean competentes para dar respuesta a las necesidades de salud que demanda la sociedad actual” (HARZHEIM; VICENTE; PITZ, p. 2009, p. 51). Define que el residente pase los seis meses iniciales y 50% de la carga horaria total de la formación (distribuida a lo largo de cuatro años) en un mismo centro de salud. Cada una de las cinco áreas de competencia prevé objetivos específicos y respectivas actividades, estando sistematizadas en un documento que establece “área competencial, objetivos específicos, actividades docentes propias agrupadas según prioridad y nivel de responsabilidad” (HARZHEIM; VICENTE; PITZ, 2009, p. 53).

La Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en Andalucía

En el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, el Decreto No. 197/2007 establece la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de APS (ESPAÑA, 2007), atribuyendo a los Distritos Sanitarios de Atención Primaria la responsabilidad sobre la formación, docencia e investigación (Art. 3). También define que la gestión central es responsable por establecer prioridades en materia de formación profesional en las unidades asistenciales, coordinar la investigación a través de los Distritos Sanitarios (Art. 9), y de disponer sobre la regulación de las diferentes comisiones técnicas, entre las cuales están las de Formación y Docencia, Ética e Investigación (Art. 13).

En la práctica, se observa un grado expresivo de articulación entre las diversas instancias del sistema involucradas con la oferta de la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en el ámbito autónomo. Luego de dos visitas de la coordinadora de la Investigación PREPG a la Consejería de Salud (2011 y 2012) y dos a la Unidad Docente de Sevilla, en octubre de 2014, tres médicos investigadores brasileños, acompañados por el jefe de estudios de la Provincia de Sevilla, visitaron tres unidades docentes (de

las 11 existentes en Andalucía) y cuatro centros de salud, para entrevistar a los respectivos jefes de estudio y técnicos de salud, así como a nueve tutores de Medicina Familiar y Comunitaria, y observar residentes y tutores en las actividades asistenciales. Las ciudades visitadas fueron las capitales de las provincias de Sevilla, Granada y Córdoba. Además, fue entrevistada la responsable por la gestión de la plataforma electrónica de gestión de enseñanza-aprendizaje en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. El trabajo de campo fue registrado en diarios por los tres investigadores, generando un rico material que será presentado, en parte, a seguir. Los datos cualitativos fueron analizados mediante Análisis de Contenido (BARDIN, 2008).

En 2014, el contexto estaba fuertemente marcado por las consecuencias de la crisis económica mundial (y española), que inició en 2008 y que, seis años después, había impactado en la gestión financiera y administrativa del sistema de salud en España. Andalucía era la comunidad autónoma con mayor índice de desempleo del país. El Decreto Real nº16/2012 había restringido el derecho a la salud, excluyendo inmigrantes y españoles que se alejaran del país por más de tres meses, inclusive los que migraron en busca de trabajo (ESPAÑA, 2012). El gobierno andaluz, de oposición al gobierno central, había decidido incumplir la normativa.

Por motivo de la visita del equipo de investigación, la subdirección general que cuida de la formación profesional (entre otros asuntos) estaba vacante hace tres meses, generando preocupación en una red de salud con cerca de 400 centros de salud, que realizó en el 2013 6'110,924 atenciones de urgencias y 41'533,939 consultas de atención primaria (ESPAÑA, 2014), y que es un campo de práctica importante para residentes y alumnos de grado. En Medicina Familiar y Comunitaria, la expectativa era de cambios en la Comisión Nacional de la Especialidad, hasta ese entonces compuesta por históricos liderazgos de la APS (que terminaron confirmándose). Los funcionarios públicos habían sufrido una reducción de 5% de los vencimientos, y la no reposición de plazas de trabajos vagos (por jubilación, permisos u óbitos) ocasionaba incremento en la presión de la demanda asistencial sobre los profesionales en actividad. En el

contexto de la crisis, fueron organizadas “Áreas de Gestión Sanitaria”¹⁰ agregando centros de salud y hospitales, con provocación de la disputa por recursos.¹¹

Gestores de la residencia enfrentaban la falta de presupuesto: entre los recursos repasados a las autonomías por el gobierno central, no hubo destino de ningún valor para las unidades docentes. Antes de los recortes, una unidad docente disponía de aproximadamente de 50 mil euros anuales para cumplir con las demandas y necesidades de sus centros de salud, lo que permitía, entre otros, remunerar a los profesores invitados a dar cursos teóricos. La falta de presupuesto generó un gasto adicional a los gestores, demandando recurrir a relaciones de amistad para garantizar la oferta de buenas actividades teóricas. Ese tipo de desgaste es preocupante, especialmente porque, como observó una gestora, “las cosas buenas de la gestión actualmente todavía son dependientes de la generación inicial que vivió la redemocratización”, pero esta se encuentra actualmente en el rango de los 60 años, lo que demanda renovación de liderazgos.

Las unidades docentes son dirigidas por jefes de estudios, profesionales con larga carrera en la docencia en servicio e histórico de compromiso con calidad de formación. Esas instancias estructurales de la oferta de la residencia ofrecen estructura administrativa y área física para reuniones y aulas, siendo sede de las actividades teóricas programadas. Compete a esa instancia remitir informaciones regularmente a la Secretaria y al Ministerio de Sanidad (como por ejemplo, los resultados de las evaluaciones de los residentes).

En todos los centros de salud, existe un tutor responsable por las

10 Anteriormente, la APS en el Sistema Sanitario Público de Andalucía estaba organizada en distritos sanitarios que administraban centros de salud y servicios de urgencia. En otra instancia, ocurría la gestión de los servicios especializados de nivel terciario (hospitales).

11 Se informaron perjuicios para la formación en la residencia, como cortes en la participación de los residentes de Medicina de Familia y Comunidad en guardias de urgencias en un hospital regional (aunque su carga horaria y remuneración por los guardias sean establecidos en el contrato de trabajo, siendo los últimos remunerados aparte). Los residentes reciben salarios y tienen una relación de trabajo regulada por legislación específica. El salario aumenta de acuerdo con el grado de autonomía profesional, variando entre 15,500.00 euros/año (los cuales, aumentados de las guardias, sumarían 24,500.00 euros/año) a 34,600.00 euros/año, en el cuarto y último año (2014).

cuestiones de formación profesional de los residentes, escogido por los pares: el responsable docente. Difícilmente hay disputa por el ejercicio de esa función, pues implica una acumulación de incumbencias: el responsable docente está encargado de temas de formación para todo el centro de salud, organiza las sesiones clínicas, elabora el programa docente (con actividades obligatorias para residentes, como actividades comunitarias y de educación en salud, investigaciones).

Los jefes de estudio explicaron el proceso de incorporación de nuevos tutores: una solicitud a la comisión de docencia de “acreditación” del tutor, firmada por el director del centro de salud y por el responsable docente, presenta los méritos del candidato. La documentación incluye un término de compromiso y un mapa de competencias, en el cual el candidato ofrece sugerencias para el auto mejoramiento, en un plan de desarrollo individual cuya ejecución tradicionalmente cuenta con apoyo a nivel local de tutores más experimentados. En la práctica, según uno de los jefes de estudios, es suficiente que el nuevo tutor identifique sus prioridades, correspondiendo formular conjuntamente un plan de formación para los cuatro primeros años. Ese jefe de estudios enfatizó que le gustaría que la renovación de la acreditación de tutores estuviese condicionada a la participación de tutores más antiguos en la misma capacitación ofrecida a los iniciantes, lo que aún no es el caso.

La referencia del jefe de estudios es hecha por la dirección del distrito sanitario, a través de análisis de candidaturas (propuesta de trabajo y entrevista). La Unidad Docente de Granada contaba con 120 tutores y 160 residentes (2014), desarrollando su formación en 12 centros de salud (distribuidos en cuatro zonas formativas). Funciona en las dependencias del secular Hospital San Juan de Dios (que fue frecuentado por los reyes católicos Isabel de Castela y Fernando de Aragón). La Unidad Docente de Sevilla contaba con 150 tutores y 55 nuevos residentes, totalizando 220 residentes. Al frente estaba un jefe de estudios muy experimentado, pero no contaba con un técnico de salud desde hace dos años. La unidad docente formateó protocolos de supervisión para los diversos servicios donde los residentes circulan (a depender del año de residencia). Además de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, cerca de cien residentes de diversas especialidades actúan en los centros de salud acreditados a cada año, siendo supervisados por tutores de Medicina Familiar y Comunitaria. En la Unidad Docente de Córdoba, la jefe de

estudios estaba en el cargo hace nueve meses; su antecesor permaneció por casi veinte años. Ella explicó que la tutoría y jefatura de estudios cuentan puntos para la carrera profesional, y comentó que la unidad docente tenía más de 25 años, pretendiendo solicitar acreditación como unidad docente multiprofesional (que recibe enfermeros y psicólogos en formación)¹². La Provincia de Córdoba tiene tres áreas de salud y cuentava entonces con cerca de 140 residentes.

Cabe a las Comisiones de Docencia adaptar el Programa Oficial de la Especialidad a las “idiosincrasias” del territorio. Cada grupo de residentes tiene representantes (por área geográfica) que participan en la comisión, compuesta también por el director médico del respectivo distrito sanitario, un representante de los tutores de Medicina Familiar y Comunitaria, un representante de los tutores de los hospitales (donde hacen guardia los residentes), un representante de la comunidad y tres gestores.

Ambientes de enseñanza de la Medicina Familiar y Comunitaria y de cuidado a la salud en las tres provincias visitadas

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía, el modelo de Unidades de Gestión Clínica (UGC) había sido implantado hace 13 años y supone muchas decisiones a nivel local, pues las UGC establecen un “contrato-programa” anual con el distrito sanitario, siendo evaluadas de acuerdo con las metas pactadas en el contrato. Los médicos en APS trabajan de las 8 hasta las 15 horas. La gran dificultad indicada en los centros de salud fue el gran número de pacientes, con un promedio de tiempo para cada consulta estimada en siete minutos.

El equipo de investigación visitó cuatro centros de salud que ofrecen formación de residentes. Sus instalaciones difieren en función, por ejemplo, de la edad del servicio (desde el Centro de Salud de Cartuja, en Granada, que fue el primer inaugurado en el país, hasta Alamillo,

¹² Según el jefe de estudios de Córdoba, las principales “competencias” a ser demostradas por los tutores son la comunicación, la capacidad de planificación, la habilidad de dar feedback del desempeño del residente, utilizar las mejores evidencias científicas y detectar necesidades formativas (del residente y propias).

con cuatro años de edad y un proyecto arquitectónico contemporáneo) y porte. A continuación la presentación de algunas características del ambiente encontrado:

El Centro de Salud de Cartuja (Granada)

Ese centro queda en una zona pobre de Granada, con contingente expresivo de población gitana. En sus paredes se observan carteles de varios contenidos, la mayoría de cuño promocional de salud. Uno llamaba atención al enfrentamiento de la violencia familiar: “Confíe en sus profesionales de salud. Cuéntenos lo que le está pasando. Existe salida para la violencia de género”. Un cartel avisaba sobre los derechos especiales de los cuidadores de personas con necesidades especiales: “Si posee el número de identificación como Cuidadora de *Gran Discapacitado*, por favor muéstrelo para que podamos atenderla de forma preferencial en cumplimiento del Decreto 137/2002, de 30 de abril, en Apoyo a las Familias Andaluzas” (ESPAÑA, 2012). Un cartel invitaba a las mujeres embarazadas a clases de educación maternal. Otro cartel bien grande explicitaba los “Derechos y deberes de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos de Andalucía”, escrito en español, anexo a otro con letras menores como texto traducido al inglés, francés, árabe y rumano. Los consultorios son amplios. Además de la camilla para examen físico, están disponibles negatoscopio (para análisis de imágenes radiológicas), balanza, laringoscopio y otoscopio (colgados en la pared), computadora e impresora.

El Centro de Salud La Zubia (Granada)

El centro queda fuera del centro urbano de Granada. Por las paredes los carteles indicaban: “Prevenir infecciones está en nuestras manos”, invitando todos a lavarene las manos después de salir del centro y al usar los baños. Otro cartel sobre violencia de género decía: “La violencia de género, no la sufres apenas tú. Protege a tu hijo o hija. Podemos ayudarte”, seguido de un teléfono y el nombre del grupo de apoyo. Un cartel aludía a un programa de salud para ancianos: “Salud 65. Examen de salud para mayores de 65 años, infórmese en su centro de salud”. Para bebés, un cartel ofrecía el test del piecito: “Preséntese al centro de salud cuando su bebe tenga cerca de cinco días”. Situado en un poblado, a partir de

las 22 horas es accionado en Zúbia una guardia de atención a urgencias de la cual participan los residentes. El Centro contaba con 14 médicos de familia (ocho desempeñándose como tutores), cuatro pediatras, 13 enfermeros, dos fisioterapeutas, cuatro residentes de cuarto año (R4), tres ingresantes (R1) y algunos residentes de otras especialidades. Inició sus actividades de enseñanza en el 2008, retomando la rutina de realizar sesiones clínicas (que había sido interrumpida), las cuales cuentan con la participación de los residentes, que debaten protocolos clínicos de atención a la salud de los niños, del adulto, de la mujer y del anciano, además de temas emergentes. Las sesiones pueden contar con especialistas, como ocurrió la semana anterior, en la sesión sobre diagnóstico y tratamiento en casos sospechosos de infección por el virus Ebola. La Zúbia también recibe estudiantes de medicina.

El Centro de Salud Santa Rosa (Córdoba)

El centro cuenta con nueve tutores de Medicina Familiar y Comunitaria y 12 residentes. Realiza una reunión mensual para tutores y residentes, para tratar sobre temas de investigación y docencia. Un tutor comentó que esa rutina (que también ocurre en otros centros de salud andaluces) es útil para mantener el vínculo cuando los residentes están en rotaciones por servicios hospitalarios. Como ejemplo de temas tratados, citó a un residente solicitando una rotatividad en radiología, un tutor que desea un tiempo para acompañar la práctica de un especialista dado (lo que implica que el residente del cuarto atienda a sus pacientes). En la última reunión, habían definido la programación de las sesiones clínicas y responsables respectivos. Además de la reunión mensual, tutores y residentes se comunican regularmente por *WhatsApp*.

El Centro de Salud El Alamillo (Sevilla)

Está instalado en un edificio moderno inaugurado en 2010, donde también funciona un ambulatorio de salud mental, y compone una unidad de gestión clínica, junto con el Centro de Salud *San Jerónimo*, que atiende cerca de 26 mil pacientes (cinco mil con más de 65 años y 600 mayores de 85 años).

La coordinación del cuidado se establece con el Hospital Virgen de

Macarena, donde la directora del Alamillo trabajó por muchos años. Allí existe un clínico de referencia para “consultas de alta resolución” (que tiene preferencia en la agenda), acompañando la evolución de pacientes del área adscrita que estén internados. Existe un mecanismo de “hospital-día” para pacientes que requieran de alguna intervención que demande apenas un día de internamiento. El centro también está articulado con una unidad de cuidados paliativos, lo que evita que pacientes terminales tengan que ir al servicio de urgencias por intercorrencias. En el alta hospitalaria, los pacientes son orientados y reciben un documento para que busquen a su “médico de cabecera”.

El Alamillo es el centro de salud de Sevilla que más atiende a inmigrantes “sin papeles”. No todos hablan español y se accionan mecanismos de tele-traducción, intérpretes y asociaciones de apoyo. Participa de un proyecto internacional sobre barreras en la atención a los inmigrantes, junto con la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla¹³. Ofrece residencia en salud mental y para matronas, y mensualmente efectúan una sesión conjunta de la Medicina Familiar y Comunitaria con el equipo de salud mental.

Perspectivas y motivaciones de tutores andaluces

A pesar que la tutoría disfrute de cierto prestigio y de ser valorizada en el plan de carrera, el contexto de crisis económica y los recortes presupuestarios generan dificultades y pérdida del entusiasmo con la función. La presión asistencial fue mencionada frecuentemente: médicos no cuentan con sustitutos ni en sus vacaciones (“el principal problema es el muy corto tiempo”, “la gestión de tiempo es lo más difícil”), y también la restricción de espacio (“no tenemos espacio físico suficiente”).

Cuando preguntada por qué algunos médicos no son tutores, la

13 Una tutora comentó que diferencias culturales pueden ser más difíciles de entender que el lenguaje, demostrando perplejidad cuando solicitada por un grupo de mujeres bolivianas que pidieron que se les retiraran sus dispositivos intrauterinos (DIUs), aunque bien adaptadas al método contraceptivo, en función de la ausencia de los maridos, que migraron en busca de trabajo (el plan de servicios incluye todos los métodos contraceptivos).

directora de un centro visitado comentó que “hay médicos que creen que cambia la relación médico-paciente cuando existe un tercero” y que algunos “no quieren un testimonio, nadie que los juzgue”. Un R4 corroboró, añadiendo que los médicos (especialmente los “mayores”) que no hicieron la residencia pueden quedar inseguros “que el residente sepa más que ellos”. Implicaciones legales de la práctica médica también pueden ser factores de desgaste, como un tutor comentó: “Si uno observa la lista de deberes y derechos colgada en las paredes del Centro, observará muchos deberes y pocos derechos para los médicos. Tenemos todas las implicaciones jurídicas y legales que se pueda imaginar. Tenemos como un juez imaginario interno”.

Dos tutores muy experimentados compartieron que actuar en la tutoría, en las condiciones actuales se debe a una “motivación personal”, tratándose de una “opción dura”. Mantenerse en la función sería por las relaciones que se establecen: “el clima es bueno”, generando la satisfacción de contribuir en la formación de otro profesional. También ayudaría a “estar al día con las diferentes áreas de la medicina”.

En la visita a Córdoba, una médica de familia comentó que había abandonado la tutoría por considerar inaceptables las condiciones de trabajo para la formación de residentes. En Sevilla, cerca de 50 tutores de la especialidad habían desistido de seguir con la tutoría (habiendo aceptado continuar mediante propuesta institucional de que tendrían 60 horas por año preservadas para enseñanza, lo que por fin no pasó). El poco tiempo para la enseñanza genera, por ejemplo, que las actividades de investigación que los tutores desarrollan con residentes sean hechas fuera del horario de trabajo.

En las observaciones de consultas médicas, sorprendió la frecuencia de pacientes con varias patologías concomitantes. Según un entrevistado, “cuando piensas que el paciente vino por un motivo, aparece otro, a veces más grave de lo que aparecía como motivo principal de la consulta”. La presencia de comorbilidades en el contexto de envejecimiento poblacional presiona a los tutores a estudiar regularmente, lo que sería incentivado por la presencia de los residentes. Una tutora de Granada explicó que la tutoría los mantiene motivados, “despiertos”. Habiendo tutorado

aproximadamente diez residentes a lo largo de los años, comentó que le gusta enseñar raciocinio clínico y diagnóstico diferencial, estudiando junto con el(los) residente(s): “Por ejemplo, si surge un tema como exploración de rodilla, mañana estudiaremos la rodilla [...]. Preparamos y mañana conversamos sobre el tema para estimular al residente, y a mí también”.

En España, el tutor “principal” acompaña todo el proceso formativo de los residentes bajo su responsabilidad, aun cuando estos están en rotaciones en otros servicios (los residentes comparecen al centro de salud al cual están vinculados para encontrar a su tutor). Además, desde el 2006, los centros de salud también atienden a residentes de otras especialidades para rotaciones de dos meses. Los gestores de un centro de salud visitado observaron que algunos de esos residentes de otras especialidades son muy buenos, y creen que esa rotación minimiza los prejuicios contra la Medicina Familiar y Comunitaria (el estereotipo sería que los médicos de familia son apenas “encaminadores, sin embargo, cuando los residentes hacen rotaciones por Medicina Familiar se dan cuenta que somos mucho más que eso”).

En algunas entrevistas, surgieron metáforas para describir la relación tutor-residente, en especial aquellas relativas a la familia: “los hijos se parecen con los padres, adquieren características del tutor”, o todavía: “a menudo los niños y los residentes se parecen con nosotros”. Hubo quien identificase que la relación “es como un matrimonio”.

La capacidad de fomentar grados de autonomía creciente del residente es uno de los atributos formales de los tutores españoles. Según un residente, el tutor “proporciona conocimientos, demuestra habilidades, discute las actitudes, temas administrativos e institucionales, documentos”, pero sus intervenciones dependen del año de la residencia: en el primer año ella estuvo todos los días con el tutor; usualmente discutían los casos al final de las consultas. Ya al final de la residencia (R4) los residentes se quedan más solos, llegando a cubrir al tutor de vacaciones. Un residente de Córdoba aprecia darse cuenta que el tutor, al adquirir confianza en su trabajo, le confiere mayor autonomía, aunque se mantenga disponible para dificultades eventuales como las de cuidar de

pacientes con problemas que sobrepasan el ámbito biológico:

Me gusta cuando el tutor nos va dando más autonomía, poco a poco ir asumiendo responsabilidad, aprendiendo la técnica, aprendiendo sobre las cuestiones administrativas, problemas sociales [...]. Bajo el punto de vista asistencial lo más difícil es cuando no se trata de un motivo médico, y sí un problema social, familiar; el tutor es más experimentado en cómo conducir estos casos.

Con el prontuario electrónico, que utiliza la base Diraya, implementado en los centros de salud desde 1999, un director estimó una economía de 10 a 15% de los gastos, por reducción del desperdicio (por ejemplo, suprimiendo la repetición desnecesaria de exámenes complementares en distintos locales de atención). En todos los centros de salud, los tutores tienen acceso a los prontuarios electrónicos llenados por los residentes, pudiendo revisarlos. Un tutor entrevistado estuvo muy involucrado con la implantación de la plataforma y observó cómo esta es útil para la enseñanza e investigación, pues permite auditorías, emiten informes sobre pacientes, tratamientos. Su aprendizaje es un componente importante de la habilidad del residente.¹⁴

El momento más difícil del proceso formativo, de acuerdo con varios residentes, son las guardias, especialmente los fines de semana, en las cuales la supervisión es menor: “las guardias son poco protegidas” (R2). Para dificultar aún más, dos enfatizaron lo que consideran “falta de educación sanitaria”: muchos pacientes que buscan atención en las guardias de urgencia no necesitarían de atención inmediata (fiebres bajas, dolores difusos)¹⁵. Por otro lado, generalmente los casos más graves, “como infarto del miocardio, accidentes graves, edema agudo del pulmón, van directamente a los hospitales”.

Actitudes de tutores inseguros o distantes han sido consideradas como problemáticas, sugiriendo desinterés: “Se uno no puede preguntar,

14 Un residente explicó que la plataforma está montada con base en los Procesos Asistenciales Integrados (cada uno con diferentes sesiones), añadiendo que a veces los residentes enseñan aspectos de la aplicación al tutor. En una observación, el programa estaba bloqueado para prescripción por falta de parecer del especialista, pues se trataba de un paciente trasplantado. Teniendo al paciente informado que contaba con la medicación necesaria para las semanas siguientes, fue programada la visita al especialista para revisión.

15 Un informante clave observó una distorsión del uso de la urgencia: dada la dificultad de programar atenciones especializadas, algunos médicos de familia orientan a los pacientes a dirigirse a los servicios de urgencias, a partir de donde tienen acceso más rápido a los especialistas.

[...] si el residente teme reprensiones por una pregunta [...] o también si, para el tutor, le dá lo mismo si tu sabes o no sabes las cosas...”. El desinterés aparece, por ejemplo, en la escasa supervisión de la preparación de sesiones clínicas o comunicaciones en congresos.¹⁶ Sin embargo, ni siempre dificultades en la relación tutor-residente se derivan de la desatención o desinterés. Un tutor entrevistado relató las consecuencias del conflicto de valores: experimentó desgastes por la “mentalidad” diferente del residente sobre el aborto, que es legal en el país. Después de un tiempo decidieron que el residente debería cambiar de tutor. El entrevistado argumentó que otro tutor podría ser “más hábil en persuadir al residente de cosas nuevas” (refiriéndose al respeto de la decisión de abortar).

Cuando la relación no llega a buen término, es frecuente la mediación por parte del jefe de estudios, uno de los cuales comentó llegar a actuar “como un abogado” (usando técnicas de conciliación familiar, por ejemplo, en una situación en la que el residente faltaba, justificadamente por problemas de salud en la familia, y se quejaba por no aprender mucho en la residencia). La sutileza de las relaciones entre médicos y pacientes, especialmente en contextos marcados por la multiculturalidad y por la crisis económica demandó una estrategia educacional de aprendizaje de la comunicación interpersonal ampliamente empleada. Se hacen cada vez más grabaciones en video de una entrevista de los residentes con pacientes, para posterior observación y autocrítica, además de la crítica del tutor. Esa técnica fue considerada muy útil por una jefa de estudios.

Las prácticas en los centros de salud son en parte definidas por su contractualización anual con los distritos sanitarios en los llamados contratos-programa, que incluyen metas asistenciales. Sin embargo, en la perspectiva de los residentes de Sevilla, los “objetivos” que provienen de los contratos-programa ni siempre son benéficos, pudiendo ser “un poco

16 Una residente ejemplificó cuán importante fue para ella el apoyo del tutor para presentar un póster sobre un caso de Malaria (“nos aconsejó cómo contar, cómo estructurar el caso”).

nocivos” para la asistencia, ya que “muchos profesionales desconocen el porqué de tales objetivos”¹⁷.

En las visitas de campo, emergió la temática del mercado de trabajo, factor de desgaste para los residentes. A pesar de la inversión del sistema sanitario en la formación de especialistas, la absorción de los egresos de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en la red propia no es fácil, siendo escasos los concursos en los últimos años (hubo un concurso en la Consejería de Salud andaluza en 2016). Una R4 explicó que la oferta de trabajo se restringía a guardias en los centros de salud. Aunque deseando permanecer en Andalucía, algunos residentes cogitaban emigrar para países europeos más ricos, donde sus colegas han sido absorbidos por los sistemas de salud.

Tecnologías de formación de especialistas en salud en Andalucía

En el 2001, la Consejería de Salud lanzó el Programa Común de Especialistas en Formación - PCCEIR, con un currículo basado en las competencias comunes para todos los residentes de la comunidad autónoma, con módulos ofrecidos a través de una plataforma de enseñanza virtual: Módulo I - Organización de Salud de Andalucía y Bioética; Módulo II - Comunicación y Habilidades relacionadas en Ciencias de la Salud; Módulo III - Investigación I (Estadística, Epidemiología, búsquedas bibliográficas, Medicina basada en evidencias); Módulo IV - Metodologías de investigación; Módulo V- Gestión de la calidad (Gestión clínica y Gestión por procesos); Módulo VI - Soporte Vital Avanzado.

Iniciativa educacional a gran escala, el PCCEIR fue viabilizado por el desarrollo de una plataforma electrónica de enseñanza y gestión de la formación. Una jefa de estudios entrevistada destacó la importancia

17 La docente responsable de ese centro entiende que “la organización [sanitaria] falla porque los objetivos no aparecen como recomendaciones” y los profesionales no comprenden por qué deben contribuir para el logro de determinados indicadores asistenciales (por ejemplo, porcentaje de diabéticos que dosificaron la hemoglobina glicosilada/glicada). Cree que existen problemas de “comunicación”, lo que genera la impresión, para algunos, de que los objetivos/metás pretenden apenas economizar dinero, correspondiendo problematizarlo con los residentes: “no tenemos esa cultura de uso racional de recursos; intento enseñársela a los residentes”.

estratégica de esa estructura tecnológica digital, el PortalEIR, añadiendo que la gestión de la información sobre la formación en la red de servicios necesita apoyo de personal administrativo apto para manejar bancos de datos. A pesar de las evidentes ventajas de la plataforma electrónica, surgieron en las visitas a los servicios de salud algunas dificultades de utilización.¹⁸ Dada la importancia de la temática de la producción y utilización de informaciones en la gestión y enseñanza de la residencia, el equipo de investigación entrevistó a la coordinadora de programas de la línea de Adquisición y Evaluación de Competencias Profesionales, de la Fundación Progreso y Salud. La entrevista ocurrió en el CMAT, en Granada, centro de enseñanza por simulaciones creado y mantenido por la Consejería de Salud que impresiona por su porte, equipos y diversidad de actividades que atraen a profesionales de salud de diversos países europeos.

El Ambiente Virtual de Aprendizaje (AVA) utilizado por la Fundación Iavante está basada en la mediación digital virtual MOODLE (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*). La coordinadora entrevistada declaró que la inspiración para el desarrollo de la plataforma fue la necesidad de compartir informaciones en tiempo real. Destacó que las herramientas tecnológicas deben acompañar la definición del modelo asistencial, el cual demanda calidad y cantidad de información para implantación y acompañamiento. Antes del PortalEIR, cada institución de salud decidía como hacía sus registros (aunque la Medicina Familiar y Comunitaria tenía más homogeneidad). El desarrollo de la plataforma contó con apoyo financiero de fondos europeos y buscó “partir de la información necesaria al nivel más básico”, es decir, atender las necesidades de tutores y residentes.

Sin embargo, la entrevistada percibía dos problemas en la utilización del portal: la plataforma podría ser más amigable, más parecida con los registros que la antecedieron, y quien alimenta el sistema ni siempre

¹⁸ En el nivel local (centros de salud), tutores demostraron escepticismo sobre la ejecución del PortalEIR, destacando la ausencia de feedback de los consolidados de los datos aportados. Para un tutor la plataforma debería ser más ágil, simple y amigable, con utilidades relativas a la clínica, además de la oferta de cursos.

comprende los logros de hacerlo. La plataforma incluye herramientas para soporte de formación virtual y de apoyo a la educación presencial, viabilizando la formación en gran escala¹⁹ (reduciendo costos), además de proporcionar información a la gestión de la formación, como la de evaluar la enseñanza de los residentes a través de los criterios de definición de competencias.

El PortalEIR facilita la circulación de normativas y media la comunicación de grupos. Sus usuarios incluyen los técnicos de nivel central de la Consejería de Salud (que en el momento de la visita discutían la producción de indicadores con los datos del portal), los jefes de estudios y comisiones de docencia y personal administrativo de las unidades docentes (profesionales que manipulan documentos oficiales, registros de residentes, planes individuales de formación, etc.); y los tutores (que acceden a los registros de los residentes y validan las actividades informadas).

Los residentes deben registrar sus actividades cotidianamente (lo que ni siempre ocurre)²⁰. El plan individual del residente formateado en la plataforma está compuesto de: “mis cursos”, “actividad asistencial”, “actividad docente”, “calendario”, “actividad Investigadora”, “evaluación anual”, “entrevistas tutor-residente”, “Libro del Residente”, “grupos”, “rondas”. El PortalEIR registra además, colaboradores docentes, encuestas de satisfacción de los residentes e informes de reflexión, según modelo original propuesto en el Libro del Residente (esos aportes de los residentes informan las decisiones de gestión, por ejemplo, sobre las rotaciones por diferentes servicios).

Consideraciones finales

España obtuvo importantes avances en la gestión y ordenación de la formación a nivel de residencia y en el apoyo a la tutoría. Andalucía

19 Un curso de prevención del cáncer había sido recientemente ofrecido a 2,800 profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

20 Fue informado que la sustitución del “Libro de Residentes” impreso para el material electrónico encuentra cierta resistencia, incluso porque el portal no permite edición del material.

avanzó mucho en consecuencia de la visión estratégica sobre la relación entre calidad de atención a la salud y desarrollo profesional, explicitada en un documento oficial bastante reconocido entre los grupos encuestados: el Plan Estratégico de Formación Integral. En el caso de la Medicina Familiar y Comunitaria, se destaca la ejecución del Programa Oficial de Especialidad, aprobado luego de un largo debate, en un proceso de legitimación política a lo largo de los años.

El mecanismo de selección de residentes, centralizado en el Ministerio de Sanidad, cohibió favoritismos y tiene gran aceptación. Es creciente la incorporación de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en la oferta de residencias médicas. La gestión de la residencia y el desarrollo profesional de los tutores en Andalucía es facilitada por el PortaleIR, cuyo desarrollo contó con el aporte de recursos de fondos europeos.

En España, en general, y también en Andalucía, la planificación y organización de la oferta de residencias médicas obedecen a una orquestación compleja y efectiva. El estudio realizado indica que a pesar de las diferencias políticas y los eventuales conflictos de interés, el modelo de oferta de residencia cuenta con un apoyo expresivo a nivel nacional y autonómico. En el caso de la Medicina Familiar y Comunitaria, la gestión ocurre a nivel provincial y viene sufriendo por la falta de recursos financieros originados por la crisis económica y recortes presupuestales para la formación profesional. Tales dificultades son compensadas en parte por la extrema dedicación de los jefes de estudios y otros liderazgos de la formación en servicio, muchos de los cuales fueron activistas de la regulación de la especialidad y del formateo del sistema de salud en el período en el que sucedió a la larga dictadura franquista.

Es preocupante el desgaste que vienen sufriendo los tutores de residencia en función de la fuerte y creciente presión asistencial, a falta de una reposición de profesionales que dejan el sistema, por jubilación, óbito, o cualquier otro motivo.

Referencias

ANDALUCÍA (Espanha). Consejería de Igualdad, Salud e Políticas Sociales. *Documento general de servicios de certificación de competencias profesionales*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Rev. 1 Diciembre 2014.

_____. Consejería de Salud e Bienestar Social. *Servicio Andaluz de Salud 2012: información básica*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2013.

_____. Consejería de Salud. *Biblioteca virtual del sistema sanitario público de Andalucía*. Disponible em: <<http://www.bvsspa.es/profesionales/>>. Acceso em: 22 nov. 2016.

_____. Consejería de Salud. Decreto 197, de 3 de julio de 2007. Por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. *BOJA*, n. 140, 17 de jul. 2007. p. 10.

_____. Consejería de Salud. *La gestión clínica en el Servicio Andaluz de salud*. Disponible em: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_gestionClinica>. Acceso em: 22 nov. 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2008.

COMISSÃO NACIONAL DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, 2005. Disponible em: <<http://www.msc.es/en/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>>. Acceso em: 22 jun 2016.

DOTOR GRACIA, M.; FERNÁNDEZ GARCÍA, E. (Coord). *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados*. 2. ed. [Sevilla]: Consejería de Salud, 2009.

ESPANHA. Consejería de Salud de Andalucía. *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad pro sistema*. Sevilla: Consejería de Salud, 2001.

_____. Consejería de Salud de Andalucía. *Plan estratégico de formación integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Sevilla, 2009. Disponible em <<http://www.juntadeandalucia.es/servicios/planes/detalle/11713.html>>. Acceso em 11 fev. 2016.

_____. Constitución (1978). *Constitución Española*. Madri, Espanha: Congreso Nacional, 1978a.

_____. Ley nº. 44/2003, de 21 de noviembre. De ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, n. 280, 22 de noviembre de 2003. p. 41442-41458. Disponible em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>>. Acceso em: 12 maio 2015.

_____. Ley nº. 14, de 25 de abril de 1986. General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, n. 102, 29 abr. 1986. p. 15207. Disponible em: <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499>. Acceso 25 maio 2015.

_____. Ley nº. 6, de 21 de diciembre de 2001. Orgánica de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, n. 307, 24 dez. 2001. p. 49400. Disponible em: <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24515>>. Acceso 25 maio 2015.

_____. Ministerio de Trabajo. Orden de 3 de septiembre de 1969. Por la que se establece la compensación de determinados déficit que pueden ocasionar-se em la gestión de las mutualidades laborales del régimen general de la seguridad social. *Boletín Oficial del Estado*, n. 220, 13 septiembre de 1969. p. 1452813. Disponible em: <<http://www.boe.es/boe/dias/1969/09/13/pdfs/A14528-14528.pdf>>. Acceso em: 12 maio 2015.

_____. Orden de 11 de febrero de 1981. Por la que se establecen equivalencias entre las especialidades existentes con anterioridad al Real Decreto 2015 1978, de 15 de julio, y sus nuevas denominaciones y se recoge el sistema transitorio de concesión del título de Especialista a quienes hayan iniciado su formación antes de 1 de enero de 1980. *Boletín Oficial del Estado*, n. 43, 19 feb. 1981. p. 3832.

_____. Orden de 22 de junio de 1995. Por la que se, regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de medicos y de farmaceuticos especialistas. *Boletín Oficial del Estado*, n. 155, 30 jun. 1995. p. 19793-19799.

_____. Real Decreto 1088, de 8 de septiembre de 1989. Por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. *Boletín Oficial del Estado*, n. 216, 9 sept. 19 abr. 1989. p. 31278-31312.

_____. Real Decreto 1146, de 6 de octubre de 2006. Por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n. 240, 7 out. 2006. p. 34864.

_____. Real Decreto 127, de 11 de enero de 1984, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. *Boletín Oficial del Estado*, n. 26, 31 de enero de 1984. p. 2524-2528. Disponible em: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2426>. Acceso em: 12 maio 2015.

_____. Real Decreto 183, de 8 de febrero de 2008. Por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, n. 45, 21 de febrero de 2008. p. 10020-10035. Disponible em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>>. Acceso em: 12 maio 2015.

_____. Real Decreto 2015, de 15 de julio de 1978. Por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. *Boletín Oficial del Estado*, n. 206, 29 agosto de 1978b. p. 20172. Disponible em: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-22162>. Acceso em 12 maio 2015.

_____. Real Decreto 3303, de 29 de diciembre de 1978. De regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. *Boletín Oficial del Estado*, n. 29, 12 feb. 1979. p. 2735-2736.

_____. Real Decreto 639, de 25 de julio de 2014, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. *Boletín Oficial del Estado*, n. 190, 6 de agosto de 2014. p. 63130-63167. Disponible em: <http://www.boe.es/ diari_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497>. Acceso em: 12 maio de 2015.

ESPAÑA. Real Decreto-Ley 16, de 20 de abril de 2012. De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, n. 98, 24 abr. 2012. p. 31278-31312.

GARCÍA-ARMESTO, S. et al. España: análisis del sistema sanitario 2010. *Health Systems in Transition*, v. 12, n. 4, p. 1-269, 2011. Disponible em: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/ InformeHiT_SP.pdf>. Acceso em: 12 maio 2015.

GUILLÉN, A. M. Un siglo de previsión social en España. *Ayer*, n. 25, p. 151-178, 1997.

HARZHEIM, E.; VICENTE, V. C.; PITZ, P. B. (Org.). *Formación de profesionales de Salud para APS y Salud Familiar y Comunitaria en America Latina y Europa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Espanha: Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España, 2009. (Eurososial Salud).

MARTÍNEZ, J. M.; MARTÍNEZ, F. M. La prueba MIR en la actualidad: ventajas e inconvenientes. *Educ Med*, v. 15, (Suppl 1):S1-S54, noviembre, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud em el mundo 2000*. Anexo estadístico. Disponible em: <http://www.who.int/whr/2000/en/ whr00_annex_es.pdf?ua=1List%20of%20abbreviations>. Acceso em: 12 maio 2015.

PEREIRA, A. M. M. *Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes*. 2014. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Sérgio Arouca, Rio de Janeiro 2014.

PROGRAMA formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 17 de enero de 2005. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible em: < <http://www.msc.es/en/profesionales/ formacion/docs/ medifamiliar.pdf>>. Acceso em: 10 jul. 2016.

7. Gestión de programas de residencia: desafíos actuales en el trabajo de coordinadores brasileños

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

Introducción

Con la intención de aportar elementos de contexto que ayudaran a comprender la práctica de la tutoría, la Investigación PREPG buscó oír a los coordinadores de programas visitados, en un total de 13 programas de residencia médica y multiprofesional, en cuatro regiones brasileñas. Los testimonios de esos gestores son importantes por la complejidad de sus atribuciones y la multiplicidad de funciones que desempeñan. Siendo ese asunto aún poco investigado en Brasil, el presente capítulo pretende fomentar la reflexión, con base a ideas que los entrevistados compartieron, sin pretensión de agotar un tema tan vasto y que tantas implicaciones tiene para la formación especializada en salud.

La coordinación es reglamentada de forma distinta para programas de residencia médica y multiprofesional. En la residencia médica, el Art. 11° de la Resolución de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) n° 2, del 3 de julio de 2013, establece que “el supervisor del programa de Residencia Médica deberá ser médico especialista, integrante del cuerpo docente de la institución de salud”. El párrafo único explicita que “o supervisor del programa de Residencia Médica será responsable por la gestión del programa”. Las normas sobre coordinación de la residencia multiprofesional son más minuciosas: la Resolución n° CNRMS 2/2012 (Art. 8°) define diez competencias del coordinador del programa,¹ a saber (BRASIL, 2012):

1 En el caso de las residencias multiprofesionales, el coordinador de programa cuenta con el apoyo del Núcleo Docente Asistencial Estructurante – NDAE (Resolución CNRMS n° 2/2012 Art. 9°), “constituido por el coordinador del programa, por representante de docentes, tutores y preceptores de cada área de concentración, con las siguientes responsabilidades: I) Acompañar la ejecución del Proyecto Pedagógico, proponiendo ajustes y cambios, cuando necesarios, a la coordinación; II) Asesorar la coordinación de los programas en el proceso de planificación, ejecución, acompañamiento y evaluación de las acciones teóricas, teórico-prácticas y prácticas inherentes al desarrollo del programa, proponiendo ajustes y cambios cuando necesarios; III) Promover la institucionalización de nuevos procesos de gestión, atención y formación en salud, teniendo como objetivo al fortalecimiento y construcción de acciones integradas en la(s) respectiva(s) área de concentración, entre equipo, entre servicios y en las redes de atención del SUS; IV) Estructurar y desarrollar grupos de estudio y de investigación, que fomenten la producción de proyectos de investigación y proyectos de intervención dirigidos a la producción de conocimiento y de tecnologías que integren la enseñanza y servicio para la calificación del Sistema Único de Salud” (BRASIL, 2012).

I) Hacer cumplir las deliberaciones de la COREMU [Comisión de Residencia Multiprofesional]; II) Garantizar la ejecución del programa; III) Coordinar el proceso de autoevaluación del programa; IV) Coordinar el proceso de análisis, actualización y aprobación de las modificaciones del proyecto pedagógico junto a la COREMU; V) Constituir y promover la calificación del cuerpo de docentes, tutores y tutores, sometiéndolos a la aprobación de la COREMU; VI) Mediar las negociaciones interinstitucionales para hacer viable las acciones conjuntas de gestión, enseñanza, educación, investigación y extensión; VII) Promover la articulación del programa con otros programas de Residencia en salud de la institución, incluyendo la médica, y con los cursos de grado y posgrado; VIII) Fomentar la participación de los residentes, tutores y tutores-docentes en el desarrollo de acciones y de proyectos interinstitucionales en toda la extensión de la red de atención y gestión del SUS; IX) Promover la articulación con las Políticas Nacionales de Educación y Salud y con la Política de Educación Permanente en Salud de su estado a través de la Comisión de Integración Enseñanza-Servicio - CIES; X) Responsabilizarse por la documentación del programa y actualización de datos junto a las instancias institucionales locales de desarrollo del programa y a la CNRMS [Comisión Nacional de Residencia Multiprofesional en Salud].

En el presente capítulo, están nombrados como gestores tanto coordinadores y supervisores de programa como tutores-docentes, cuando el asunto en pauta se refiera a las actividades de apoyo a la gestión.

Resaltando la escasez de estudios brasileños sobre tutores-docentes y gestores de residencia, Nunes et al. (2011, p. 37) observan que los “supervisores” de programas de residencia médica “preferencialmente, deben poseer calificación diferenciada en educación médica y nociones de gestión para mejor ejecución de las tareas. Necesitan de tiempo protegido y dedicado a la capacitación y ejercicio de la función, debiendo ser también certificados, reconocidos y remunerados”. Los autores preconizan el protagonismo de gestores y tutores-docentes, que además de estar actualizados en la legislación vigente, estarían incumbidos de organizar actividades de desarrollo profesional, y participar “activamente de los procesos en el área de educación y gestión de la formación médica” (p. 37). Las funciones desempeñadas por coordinadores ayudan a establecer (o no) las condiciones de enseñanza para los tutores y aprendizaje para los residentes. La gestión es uno de los factores de calidad del programa, según uno de los grupos que participó de la recopilación elaborada por el Ministerio de Salud sobre residencia multiprofesional (2006): en Marília

(SP), Fabron Júnior et al. (2006, p. 106) destacan el cuidado de gestores de residencia con la “mantenimiento de una relación de reciprocidad entre la coordinación del programa y los residentes, tutores-docentes y tutores, a través de reuniones administrativas y educación permanente; [enfaticando cómo el] equipo de coordinación del programa busca desarrollar acciones colegiadas, incluyendo el gestor del servicio de salud”.

En este capítulo, analizaremos algunas percepciones y acciones de coordinadores de programas de residencia, procurando entender cómo estos hacen sentido sobre sus prácticas. Los programas visitados fueron seleccionados con base en consulta a informantes clave sobre cuales programas avanzaron en su ejecución y poden ser considerados innovadores. Con ese tipo de criterio de muestreo intencional (MAXWELL, 1996), en el presente capítulo son descritos y analizados testimonios de gestores y acciones que no necesariamente representan el conjunto de programas de residencia en Brasil. Por otro lado, las entrevistas permitieron obtener elementos del proceso de gestión, y de cómo los coordinadores hacen sentido sobre los retos que enfrentan, además de aportar descripciones de las actividades, estrategias e instrumentos que esos liderazgos desarrollan. El material obtenido en las entrevistas es vasto y a seguir se presentarán algunos temas que surgieron en el análisis de contenido (BARDIN, 2008), de modo a avanzar en la problematización de esa importante función en el contexto de los desarrollos normativos y mejoramiento de la formación en salud en Brasil.

Fueron entrevistados 20 gestores (coordinadores de programa el de servicios involucrados con la oferta de residentes), en 13 programas² en cuatro regiones Brasileñas. Separadamente, residentes y tutores también fueron entrevistados, aplicándose la técnica de focus groups. Todos recibieron y firmaron los Términos de Consentimiento Libre y Aclarado. Las entrevistas fueron sometidas al análisis de contenido, después de

2 Cuatro programas visitados son de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad (RMFC), cuatro de Residencia Multiprofesional en Salud Familiar (RMSF), dos de Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia (RMGO), dos de Residencia en Enfermería Obstétrica (REO) y un de Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer (RMSM).

su transcripción. Elementos que pudieran identificar a los informantes fueron omitidos para preservar el anonimato.

Resultados

Para los tutores que participaron de la Investigación PREPG (ver capítulo 4), contribuir con la calidad de los servicios es uno de los principales factores de motivación en el trabajo con residentes. El mismo se verifica con respecto a los gestores: muchos se gratifican al percibir cómo la residencia provoca cambios positivos en el proceso de trabajo. Una coordinadora destacó como la residencia “está siempre produciendo nuevas tecnologías para el sistema”, beneficiándose de “visión crítica, cuestionadora” de los residentes, aunque ni todos reciben bien las críticas, que pueden generar “un cierto fastidio”. Mediar la situación para potencializar los beneficios de los cuestionamientos que hacen los residentes es parte de la tarea de los gestores, como en el episodio de críticas hechas por un grupo de residentes, que sonaron desafiantes para algunos miembros del equipo de salud. Sin embargo, para esa entrevistada, “no hay como escapar de ser un sistema que refleja, que critica, que trae la problematización en su agenda cotidiana”, observando cómo “en algunos momentos existen desgastes, pero lo que queda es importante”.

La innovación es necesaria también en los procesos educacionales y varios gestores buscan invertir en la formación pedagógica de los tutores. En uno de los programas la coordinación hizo un levantamiento previo de las necesidades y comentó: los tutores “nos trajeron un poco de cuáles eran las principales dificultades y principales demandas”. Conscientes de la inseguridad de los tutores con la enseñanza de temas cuestiones teóricas, “fuimos a buscar textos y organizar cómo presentaríamos esos textos y esa teoría para operar, en la práctica, lo que es el papel del tutor”. A partir del bagaje teórico de la coordinadora y tutoras-docentes, fueron destacados el papel de facilitador del aprendizaje y la habilidad de problematización: “son metodologías de enseñanza-aprendizaje que toman desde el behaviorismo hasta el construccionismo e interaccionismo social”. La logística para esos procesos formativos demanda tiempo de los tutores, que debe ser negociado en la mayoría de los programas. En ese programa visitado, la planificación de las sesiones es anual y enviada a los gestores de los servicios con meses de antelación. “Tomamos

quincenalmente dos horas en la unidad de salud y tenemos que establecer un partenariado con ese gestor asistencial [...] para que el tutor pueda estar con nosotros”.

Compatibilizar agendas múltiples puede generar actividades fuera del horario regular de trabajo, como en el caso de un programa en el que las actividades teóricas ocurren en la noche. Resta a la coordinación solicitar que tutores-docentes y tutores trabajen fuera del horario, o en última instancia, recorrer a docentes invitados: “Es difícil porque cuando traemos a alguien para facilitar o para ser docente de los ciclos de aprendizaje de los tutores, ese alguien es muy externo al programa, no tiene conexión con nuestra propuesta de formación”.

La poca injerencia de los coordinadores de residencia sobre el tiempo de los tutores es un desafío en varias situaciones, como compartió una coordinadora, tratando sobre la supervisión en los escenarios de práctica, cuando faltan tutores: “entonces debemos hacer los arreglos. [...] el tutor, uno de los puntos frágiles que percibimos, es esa cuestión de la carga horaria, que es insuficiente. Otro tema es que no tenemos esa gestión sobre la agenda [asistencial]”.

Algunos coordinadores se reportaron en la época en que las instituciones, a través de mecanismo de convenio, contaban con recursos federales para la oferta del programa: “teníamos la transferencia de recursos y nuestra institución hacía la gestión de ese dinero hacia a residencia. Con el modelo actual, de edicto, dejamos de recibir”. Actualmente, el apoyo financiero del Ministerio de Salud, cuando establecido, se restringe a las becas pagadas a los residentes, correspondiendo a las instituciones que ofertan la residencia arcar con los demás gastos inherentes al programa. O sea, la residencia necesita contar con los recursos de los servicios de salud que, en caso faltaran, generan reclamaciones de los residentes a la coordinación, como en la Estrategia Salud de la Familia en uno de los municipios visitados: “las condiciones materiales, los insumos que no tiene, [...] examen está faltando, falta de gasas, guantes [...]. La parte estructural también, del municipio, deja mucho que desear, creo que es una tecla que debemos tocar y no veo perspectiva de mejora”.

La dificultad de invertir recursos públicos con contratación de personal debido a las restricciones legales por parte de los municipios, y la precarización de los vínculos laborales causan problemas a la oferta de residencias. “Un problema que tenemos se da justamente por la

precarización, con respecto al proceso de trabajo de los tutores, de su vínculo”, comenta una coordinadora sobre el desgaste para conseguir mantener al grupo de tutores cohesivo, ya que no todos tienen vínculos estables:

Hubo un momento en que teníamos un grupo más regular. A pesar de mantener el núcleo de ese grupo, hemos sufrido [...]. Hay profesionales que salen porque pasan en concursos, [...] las instituciones de enseñanza privada tienen un interés muy grande por ese profesional. En la medida en que se van calificando, haciendo maestrías, van siendo absorbidos por esas instituciones, pues ellas acaban ofreciendo condiciones más estables, planilla, un salario más atractivo del que el sistema local de salud consigue disponer [...], eso para nosotros realmente perjudica.

Las restricciones de recursos humanos, en la capacidad instalada y en la disponibilidad de insumos aparecen como obstáculos a la ampliación de la oferta de plazas, según una coordinadora de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad: “por falta de un consultorio o dos, no puedo colocar a un estudiante de grado o a un residente más. [...] estamos limitados por una estructura pequeña”. La falta de recursos humanos fue asociada a la legislación vigente que restringe la capacidad de gestión de la fuerza de trabajo por los municipios:

Cuando se hizo, esa ley de responsabilidad fiscal era necesaria [...], pero no se consideró en el cálculo que, si cumplido el derecho constitucional, la salud y la educación administradas por los municipios [...] de modo lícito, público, a través de concurso, iría a contrariar la ley de responsabilidad fiscal [...]. El profesor, el profesional de salud están a servicio de la ciudad, pero la ley hoy es el principal impedimento para que el municipio consiga, a veces, recursos para consolidar la red [asistencial].

Considerando la sobrecarga que incide en el trabajo cotidiano, aliada a la precarización de vínculos laborales en algunos programas estudiados (generando la rotatividad de profesionales), el equipo de investigación cuestionó los mecanismos de selección y reclutamiento de nuevos tutores. Las situaciones variaron desde el entendimiento de la tutoría como inherente al trabajo asistencial, como en el caso de un hospital público visitado (generando roces entre la coordinación de la residencia y el tutor con conducta inapropiada), hasta instituciones donde la tutoría era considerada un diferencial en la carrera profesional en términos de prestigio y remuneración adicional, facilitando la inserción de nuevos

tutores. En un programa de residencia multiprofesional, la coordinadora informó que los profesionales invitados acostumbran aceptar la incumbencia: “la experiencia de la tutoría, percibo que ha incentivado a los profesionales a buscar estudiar más. [...] es muy bueno porque no nos quedamos parados, porque la residencia instiga mucho”. La aceptación por parte del profesional invitado, sin embargo, no garantiza el desempeño adecuado: “por más que identifiquemos, investiguemos buenos profesionales para invitar, no siempre conseguimos el perfil ideal. Y a veces tenemos que buscar una reducción de daños”. Eso significa trabajar con tutores que no tienen el perfil deseado: “no queremos dejar al residente sin tutor, [...] tendremos que nos fiar en ella [nueva tutora], porque es la que más se aproxima, y eso también no es bueno”. En un programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad, la situación es más complicada para conseguir supervisión en los relevos en las especialidades:

Como tenemos que captar tutores, tenemos que ir hasta allá y pedir por favor, si él acepta recibir, [...] les imploramos. [...] Algunos son más abiertos, pero muchos no. Por ejemplo, ahora estamos, conseguimos una endocrinóloga para recibir a nuestros residentes. Ella está muy abierta, [...] es una rotatividad importante dentro de la residencia, porque mucha cosa que podría resolverse en la atención primaria todavía se va a la atención secundaria, ¿y qué pasa? Ella tiene un volumen de pacientes diario muy grande para atender y me dijo [...]: no consigo recibir al residente con calidad con ese volumen que atiendo a diario. Ya hice una propuesta a la gestión, de reducir [las atenciones] en los días en que los residentes estén conmigo y [...] la gestión la está negando.

Ese coordinador explicó que intentaría persuadir a la gestión del servicio donde la especialista actúa, para viabilizar su actividad en la enseñanza. Tal interfaz de negociación con gestores de la red de servicios surgió también en una entrevista con un coordinador de Residencia Multiprofesional en Salud de Familia: “Es un proceso muy fastidioso para nosotros, pues usted tiene que acordar con uno, tiene que acordar con el otro. Si usted no habló con uno también, usted conversa con el gerente de la unidad. [...] es extremadamente cansado, desgastante”.

En uno de los municipios visitados, en el que la tutoría de la Residencia en Medicina de Familia y Comunidad implicaba una

remuneración extra, la coordinación creó mecanismos de selección para minimizar favoritismos: “Si el médico tiene interés en ser tutor, que él construya ese entendimiento, ese escenario, a partir de los medios oficiales, como la reunión de unidad”. Ese coordinador explicó que en su municipio las unidades de Salud Familiar son invitadas a presentar un proyecto, si deseen convertirse en un escenario de enseñanza-aprendizaje de residentes: “entonces conseguimos estructurar un proceso mucho más robusto de selección de tutores, transparente, que no queda esa punto de poder ser cuestionado al respecto de una referencia con preferencia, pues fue colocado del mismo modo para todos”.

La pérdida de tutores que ya cuentan con alguna práctica, genera desgastes a la coordinación. Sin embargo, hay situaciones en las que la coordinación necesita dispensar a algún tutor por desempeño insuficiente, como relataron las gestoras de un programa que se da en el escenario de la atención primaria. Conflictos entre un tutor y el grupo de residentes venían siendo reportados por los residentes, y las conversaciones de la coordinación con el tutor no generaron cambios de actitud. A pesar de actuar en el programa hace dos años, en aquél año, el tutor programaba actividades y no se presentaba, se omitía en diversas situaciones, y las quejas fueron creciendo. Al fracasar en mediar la relación entre tutores/residentes, las coordinadoras promovieron una situación de confrontación presencial de las versiones de las partes involucradas. Luego, tuvieron que dispensar el tutor, reclutar otra persona, y prepararla para la tutoría en otra unidad básica de salud. En las palabras de una de las entrevistadas, el desgaste fue grande con tutores y residentes,

[...] por la inversión que hicimos en los tutores, por la confianza que depositamos en ellos y siempre hubo un juego muy abierto entre nosotros [...]. Tuvimos una decepción de habernos mostrado tan abiertos y que ellos no se mostraran tan éticos [...]. Y hubo el sufrimiento de pensar en el futuro, de cómo sería comenzar todo nuevamente en otra unidad.

A pesar de adultos y graduados, los residentes pueden asumir actitudes consideradas infantiles: “el residente también estaba en ese modelo: ‘voy a la coordinación, que la coordinación es la madre y la madre resolverá si lloro mis penas’, pero no enfrentó la conversación con el tutor”. El sentido de responsabilidad de esas gestoras hacía con que ellas, a pesar del “sufrimiento”, buscaran aprovechar el conflicto como

oportunidad de aprendizaje: “nosotras también queríamos que eso fuera un proceso formativo para el residente, porque el residente tendrá que manejar esas situaciones dentro del trabajo en equipo”. Darle voz a ese desgaste fue explícitamente mencionado en la entrevista, e indica la necesidad de creación de fórums para el intercambio de experiencias y producción de conocimiento sobre la gestión. Una entrevistada explicitó: “creo que [el episodio] es algo muy bueno para que usted [investigadora] coloque en la investigación, porque nosotros acostumbramos a ver más el sufrimiento del residente, y a veces vemos más el sufrimiento del tutor, pero el equipo de coordinación también sufre mucho”.

En varias circunstancias, la negociación de poder y autoridad entre coordinación y tutores es delicada. La tentativa de establecer relaciones menos autoritarias es frecuente y laudable, pero puede ocasionar cierta confusión. Una coordinadora comentó que “cuando el residente se pone bravo con el tutor [...], esperamos que el tutor adopte una visión diferenciada para esa situación y no tome eso como algo personal, no establezca una relación con el residente de un modo doméstico y de igual a igual”. La ambigüedad, sin embargo, puede derivarse de esperar que el tutor supere el modo “doméstico” de relación con los residentes mientras promueve una jerarquía más horizontal, como explicitó la misma coordinadora, a continuación: “insistimos [junto a los tutores] que no existe jerarquía de profesor, el que sabe, y el residente, aquel que no sabe nada, y que el residente es un tipo graduado [...] y muchas veces tiene incluso mejor competencia técnica que ese tutor”.

El hecho que la habilidad de gestión de conflictos sea necesaria para quien se propone actuar en la interfaz entre la enseñanza y asistencia a la salud no sorprende. Más problemático, sin embargo, es cuando un conflicto tangencia el abuso de autoridad por parte del tutor, sin que la coordinación tenga medios efectivos para intervenir. Una coordinadora de un programa predominantemente desarrollado en un ambiente hospitalario intentó mediar la relación entre un tutor y una residente que era excluida de participar de procedimientos inherentes al apropiado aprendizaje de habilidades, desde que la residente se recusó a adoptar actitud que consideró antiética. La situación movilizó a todo

el grupo de residentes de primer año y fue relatada por la residente involucrada:

Nosotros entramos como médicos de guardia, hacemos el procedimiento, y generalmente somos nosotros quienes describimos el procedimiento. Durante una guardia mía, ese tutor entró en [dos procedimientos] solo [...]. Después me dijo: “mira, dejo todas las funciones para que las describas en el informe y firmes” y se fue. [...]. Entonces, fui a disgusto, ya pareciéndome muy mal el tener que describir algo que no vi, pero describí el procedimiento estándar [...]. No firmé y todavía tuve orientación de otras personas que me corroboraron en esa conducta. [...] esos prontuarios volvieron a ese tutor para que él lo sellase. Ahí en las dos siguientes guardias, él hizo lo mismo [...]. Le dije: “pero yo no estaba presente” [...], entonces salió enfadado, se molestó muchísimo y comenzó a vetarme de todos los procedimientos. No entro más en procedimientos con él porque él no deja que entre.

Los residentes informaron que la coordinadora había contactado al tutor en cuestión, que mantuvo la misma actitud, lo que el grupo atribuyó al hecho de que él no estuviera subordinado a la coordinación de la residencia. Esa coordinadora, reconocida por el grupo de residentes por su dedicación, explicó que “no existe el cargo de tutor”, siendo necesario establecerlo “futuramente con algunas especificaciones para esa persona, cómo debería ser su actuación”. Considera que, en la práctica, “no se puede exigir que todos se desempeñe con el residente [...], cada uno va a actuar de acuerdo con su consciencia”. La sensibilidad de los médicos de los servicios y la tradición de la institución de formar especialistas serían decisivas para la “consciencia” de ese médico “que actúa en diversas situaciones, ambulatorios, guardias, enfermerías [...]. La actividad es supervisada, siempre él [residente] está con algún tutor, un profesional, pero cómo ese profesional actúa con el residente, eso es muy variable”. A la coordinación de la residencia resta intentar persuadir a los colegas de los diversos servicios a atender a los residentes, contando (o no) con el apoyo de la administración de los servicios: “Entonces, a veces, el residente quiere ese amparo mayor..., no que quede desamparado, pero no puedo exigir una mejor actuación como tutoría. Existe un jefe, un gerente de unidad [...] que es el que va a administrar a esos médicos de guardia”.

La relación coordinador/residentes también no está exenta de conflictos. Una coordinadora compartió una situación de desconexión de una residente por desempeño insuficiente, la cual generó una fuerte resistencia del grupo, solidario a la colega. Los residentes alegaban falta de evidencias o falla de los mecanismos de evaluación para la toma de esa decisión, en un embate que involucró la participación de abogados. La actitud del grupo sorprendió a la coordinación:

El desgaste mayor fue ver cómo las cosas fueron destorcidas y como intentamos hacer lo mejor, y a veces, porque un detalle no está de acuerdo con lo que el estudiante [sic] quiso [...] genera un torbellino, que inclusive coloca en jaque o puede colocar en jaque al programa. [...] fue señalado en determinados momentos que ellos iban a denunciar el programa a la Comisión Nacional [de Residencia Multiprofesional en Salud]. Y me parece una inmadurez, un absurdo [...]. Con los que yo conseguía conversar, les decía: ¿Ustedes tienen una idea de lo que es señalar una denuncia a un programa en el que hacemos todo un esfuerzo para que tenga un reconocimiento a nivel nacional?; ¿ustedes tienen noción del histórico que el programa [X] tiene?

¿Sería posible negociar un sentido entre las partes con análisis tan dispares sobre, por ejemplo, el desempeño de la residente desligada? Ese episodio, entre otros donde la coordinación ejerció el rol de limitar actitudes de los residentes que consideró inadecuadas, suscitó un debate sobre el modo en que esa coordinadora se comunica con los residentes. Su jerarquía superior, importante aliada, puntuó la necesidad de que la coordinadora fuera “más cariñosa”, generando la siguiente autocrítica:

Tengo el perfil de ser muy dura en mis apreciaciones y analizo que debo mejorarlo. De repente el modo en el que hablo no es el adecuado. Ahí viene el tema del tono de voz, el tema de las palabras, el tema de cómo lidas cuando eres desafiado [...]. Entonces es difícil hacer la gestión por ese motivo, porque mientras los residentes piensan en sí mismos, los tutores consiguen ampliar un poco más, pero yo tengo que pensar en la necesidad del tutor, de los residentes y en la gestión.

¿Estaría el “cariño” incluido en los muchos atributos necesarios para desempeño de la coordinación de programas educacionales en ambientes de prestación de servicios de salud? Una respuesta más sólida a esa cuestión escapa al alcance de la Investigación PREPG, correspondiendo

sin embargo, mencionar capacidades que se destacaron en las entrevistas: además de la gestión de conflictos, el manejo de inúmeras tareas simultáneas (en las palabras de un coordinador de Residencia Multiprofesional en Salud de Familia, “el gran problema [es que] queda mucho bajo mi responsabilidad”), utilizar tecnologías de información y comunicación (y enseñar algunos tutores a hacerlo), planificar actividades teóricas y escalas de actividades prácticas y orientar cuestiones técnicas afectas al cuidado de la salud, como compartió un coordinador de la Residencia en Medicina de Familia y Comunidad, explicando que los tutores

[...] están discutiendo clínica entre ellos, todas las clases son casos clínicos, con dramatización [...]. Ellos han debatido y dependiendo del grupo el nivel del debate es muy alto. Esos días tuvieron que recurrir a mí [...], llamaron porque no estaban entendiendo lo que [los protocolos] significaban con respecto a eso. Fui, leí y expliqué las diferencias que estaban puestas, y conseguí profundizar más el debate.

Con respecto a la planificación de la residencia, las evidencias indican la adopción de una perspectiva estratégica por parte de varios coordinadores. Un coordinador de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad criticó cómo la coordinación anterior se ocupaba solamente de la gestión del cotidiano, desgastándose con pequeños problemas de relación, y como estaba intentando superarlo con apoyo de los tutores, en la construcción de una planificación adecuada:

Por el hecho de no saber hacia dónde dirigir la nave, terminaban enfocándose en esas cuestiones, en esos pormenores, en esos pleitos [...]. Creo que faltaba un poco de dirección, de planificación a largo plazo. [...] teníamos reuniones de tutoría [...] una vez cada dos meses, que eran reuniones horribles, que no llegaban a ningún lugar, era pésimo y las personas salían fastidiadas, a veces ofendidas, y nada se resolvía.

En la opinión de ese coordinador, “nada se resuelve de un día al otro, todo depende de la planificación”. Al asumir la coordinación, ese entrevistado procuró involucrar a los tutores en las decisiones. Por ejemplo, en el caso de la evaluación de residentes, hubo una construcción colectiva: “tomamos los instrumentos y los trabajamos mucho, página por página, leímos cosas juntos, instrumentos de evaluación de competencias [...]. Discutíamos eso, las personas intercambiaban experiencias”. Como

resultado, observó un cambio de actitudes del grupo: “en vez de quedarse exigiendo cosas de la coordinación de la residencia, el grupo encuentra soluciones para aquél problema, va a ayudar al individuo que está con dificultad y el grupo crece junto”. El mismo programa logró mejorar las actividades teóricas a través del desarrollo curricular participativo. Con la impresión de que las clases no eran buenas y que los residentes las “odiaban”, el coordinador propuso trabajar en grupos de tutores el desarrollo curricular. Sobre cómo persuadir la gestión de los servicios para liberar a esos tutores de la agenda asistencial para el desarrollo curricular, ese coordinador entiende que las instancias de gestión de la red “tiene muy pocos recursos y muy poca competencia aún para eso. [...] Ellos se apropiaran de eso, les va a gustar”, y añadió: “no es que estén libres del trabajo, ellos están trabajando en otra cosa que también es importante para la mejora del todo, para calificación del servicio”.

Ese entrevistado hace parte de un grupo de coordinadores que tiene bastante claridad sobre la necesidad de profesionalización de la gestión de residencia. Las oportunidades para dicha profesionalización comenzaron a ser vislumbradas en un programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad, que se beneficia de la proximidad entre la coordinación de la residencia y la gestión de la atención básica en el municipio. Un coordinador observó como la “estructuración de la residencia en la red” generó como consecuencia una distribución de la carga horaria para coordinación, a diferencia de momentos anteriores, en los que el coordinador acumulaba esa función con la asistencia o gestión de instancias de la red: “por la primera vez, conseguimos contar también con la coordinación pedagógica, con carga horaria definida para eso”. La redistribución del tiempo para la coordinación permitió que esos coordinadores invirtieran en la integración entre la Residencia en Medicina de Familia y Comunidad y la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia: “creamos un núcleo integrador. [...] Estamos intentando hacer estas costuras y organizando, estructurando el proceso evaluativo de la residencia, el proceso de las rutinas de los tutores con los residentes, y cómo vamos hacer la formación de esos tutores”.

Sucede que ni todos los programas de residencia disfrutan de la proximidad con la gestión de los servicios. Una coordinadora indica el desafío de responder a “algunos cuestionamientos que sabemos que

existen sobre la residencia, principalmente el hecho de que a veces hay una inversión muy alta y [...] muchos [egresos] terminan no quedando en el propio municipio”. En su opinión, “a veces no es tan visible cuál es el impacto real de esa inversión”. Sobre su conducta en la defensa de los intereses de la residencia, informó que “hay que ser muy estratégico con la gestión [asistencial], y ver dónde podemos ceder, y dónde podemos exigir [...] si no, podríamos salir mal parados. [...] Si no lo conseguimos con la gestión, sin la gestión realmente no lo conseguiremos”. En esa mediación, el papel de la coordinación incluye aclarar las diferencias entre la lógica asistencial y la lógica político-institucional:

La gestión [asistencial] viene con la idea de que todo es siempre muy urgente y a veces el residente cuestiona: [...] ¿De dónde surgió esa demanda? la urgencia de la gestión que quiere que todo esté listo para mañana y sin que los involucrados establezcan los canales de procesamiento ... eso demanda tiempo. Tenemos siempre que negociar con la gestión, con el residente.

En otro programa fue mencionado el reconocimiento de la contribución de la Residencia en Medicina de Familia y Comunidad para la calidad asistencial, con la invitación del grupo para participar de la “reestructuración de la atención primaria” por los gestores municipales: “los que están más arriba reconocen que la residencia es importante, que para comenzar a cambiar algo aquí necesitamos involucrar a todos”. El equipo de la residencia fue invitado para participar de la estructuración de “líneas guías”, lo que involucró a coordinadores, tutores y residentes. “Dentro de la línea guía existe la especificación de riesgo; la residencia fue llamada de nuevo por la Secretaría para construir oficinas de especificación de riesgo. [...] la residencia se detuvo totalmente, paramos de uno a dos meses la enseñanza teórica y nos enfocamos en la construcción de esos talleres”. A pesar de eso, todavía es restricto el avance en las negociaciones sobre la carga horaria preservada para la enseñanza de residentes:

Dentro de nuestra propia secretaría [se da] la falta de alineamiento y de conocimiento incluso de lo que es una residencia, de lo que es la formación [...]. Entonces se trata de un contrasentido, al mismo tiempo en que nos llaman y nos colocan en la participación de esas actividades, también nos exigen [productividad] de un modo general, no tiene esa visión diferenciada, no hay cómo ofrecer una asistencia, la misma asistencia, siendo unidad formadora.

Desafíos específicos son colocados a gestores de programas multiprofesionales, donde la construcción del multiprofesionalismo se da en un proceso complejo de construcción compartida de sentidos. Los residentes, comúnmente, son oriundos de cursos de grado que ofrecen pocas oportunidades de educación interprofesional. Los gestores de residencias multiprofesionales entrevistados (en el área de Salud Familiar y Salud de la Mujer) demostraron mucha proximidad de los tutores y atención a las negociaciones cotidianas con respecto al ejercicio profesional en los escenarios de práctica. Para además del discurso sobre la importancia del equipo en el cuidado, una coordinadora de Residencia Multiprofesional en Salud de la Mujer observó que la residencia multiprofesional

[...] contribuí para ir ganando espacio [...] por medio de la relación concreta que se establece [...]. Por ejemplo, en Obstetricia, la Fono [audiología] ganó mucho espacio, el médico ya no se queda sin. No existe un alta de bebe que no sea evaluada por un fonoaudiólogo. [...] la cuestión de nutrición, tenemos un protocolo de dieta con el residente de nutrición [...]. No teníamos fisioterapia, hoy tenemos. Veo que son conquistas muy grandes.

Las complejas tareas de la gestión ha demandado el desarrollo de diversas herramientas e instrumentos. En un programa multiprofesional en Salud de Familia, las coordinadoras adoptaron una plataforma de educación a distancia capaz de registrar las interacciones entre coordinación, tutores y residentes: “queda todo documentado, porque está en una plataforma virtual, es donde podemos conversar también con los tutores, además de los encuentros presenciales [...], tanto para instrumentalizarlos con respecto al desarrollo del papel de la tutoría, como sobre los informes y acuerdos generales de la residencia”. Por ese intermedio, los “acuerdos” son facilitados, permitiendo que la coordinación oiga el grupo de tutores sobre decisiones pedagógicas, con agilidad. “Tenemos ese diferencial, que es la educación a distancia, vamos a las unidades, acompañamos, en ese momento a esos tutores y después, en la actividad a la distancia, lo complementamos”. Esas coordinadoras se dedicaron a producir un *instrumento de gestión* de enseñanza para utilización por los tutores: “es donde este se va a organizar, en verdad es un material que le ofrecemos al tutor para que se organice, principalmente porque no cuenta con esa experiencia”. En el instrumento, los tutores insertan temas a ser discutidos, métodos que pretenden utilizar, bibliografía, “la

estrategia pedagógica que en realidad, [la persona] va a usar y un campo de firma, donde firma el tutor y donde también firma el residente”.

De modo análogo, otro programa de residencia multiprofesional identificó la necesidad de avanzar en la “sistematización, registro y debate de los procesos de trabajo del residente” y desarrolló un sistema de información específico, que es alimentado por los mismos residentes, a partir de rutas diseñadas para cada categoría profesional. El sistema registra y genera informes de acciones de matriz, grupos, debate de casos, acciones colectivas y de educación permanente, pertinentes al campo y al núcleo de los residentes, en el formato de portafolio. Los informes generados orientan acciones para mejoramiento de la residencia. La disponibilidad de información de buena calidad facilitó el diálogo entre coordinación de la residencia y gestión municipal de la salud: “los NASF [Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia] tienen un diseño que todavía limita la actuación de los equipos. Son muchos territorios en los que el [profesional] necesita estar. Entonces conseguimos dejarle claro al gestor [municipal] cuál es la contribución de la residencia a través del [sistema de informaciones]”.

En la Residencia en Medicina de Familia y Comunidad, un programa adoptó la plataforma *Moodle* y, según el coordinador “lo que sirve para uno, sirve para cien, sirve para mil, se puede hacer para todos”. En varios programas, residentes, tutores y coordinadores recurren a aplicativos de comunicación, según comentó un coordinador: “Por *WhatsApp* ellos [los tutores] van conversando, van intercambiando ideas. Han usado muchas herramientas electrónicas, mucho Google Drive, [...] se puede colocar todo en un modelo, sin desorden”. Otro coordinador mencionó la “transición del papel al digital” experimentada por una generación de profesionales que “no tiene una formación específica en esa área”, pero percibe la importancia, una vez que “sabemos que una carpeta llena de papeles, perdida en algún lugar, no ayuda a nadie”.

La ampliación de plazas en los programas que ocurren en ambientes de atención primaria en años recientes, creó desafíos para trabajar a mayor escala. La situación original fue llamada por un coordinador de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad de “residencia artesanal”, en la cual utilizaron “instrumentos que teníamos a mano –

WhatsApp, grupos de correo electrónicos”. [...] con la ampliación, en una red de atención primaria en la que el servicio es totalmente distribuido, el grado de complejidad puede volverse muy grande”. Como consecuencia, “a medida que el programa de residencia le propone cosas al grupo de tutores, las dificultades que comprendan es muy grande”. Los cambios en la composición y tamaño del grupo de tutores, debidas a la rotatividad y/o ampliación de los programas, aportan desafíos a la comunicación: “antes teníamos un grupo más cohesivo, por ser menor y formado por personas que tenían otras afinidades y las cosas se iban moldeando. A partir del momento que se amplía, [...] hasta que todos comprendieran lo que es, para qué sirve y etc..., eso no va a darse de forma simple”. Aun así, la incorporación de nuevas tecnologías por parte de los tutores no ha sido suficientemente apoyada por las instituciones de enseñanza superior. La participación de facultades en la oferta de las residencias visitadas es poco expresiva. Las relaciones todavía son definidas por los contactos personales, originando la sensibilización de algunos docentes para ministrar actividades en su área de *expertise*.

Diferentes misiones y perspectivas sobre la atención a la salud pueden colocar academia y servicios en campos separados. Conflictos son generados, según un coordinador, en parte por el “pensamiento [equivocados] que la universidad tiene sobre la práctica asistencial”, recordando que no hay docentes médicos de familia, a pesar que el internado médico se da en escenarios de la Estrategia Salud de la Familia. Esa falta de intimidad con la realidad asistencial generaría demandas irrazonables como que, mediante la identificación de mujeres con exámenes preventivos de cáncer de cuello de útero con alteraciones, el estudiante de medicina “haría la visita a la casa de las mujeres que tiene el preventivo alterado, algo que no funciona, que nunca existió, que [...] está tan dislocado de la práctica que va creando conflictos [...]”. El servicio tiene una demanda de formación que requiere mucha más celeridad que la universidad puede dar”. Aun así hubo avances, a medida que alumnos de grado se involucran en la producción de conocimiento útil al servicio. El año anterior por ejemplo, fue producido por los estudiantes de medicina un estudio identificando que la gran mayoría de las atenciones realizadas en las unidades de emergencia (UPAS) del municipio podrían haber sido realizadas en las unidades básicas de salud.

El desafío ahora es hacer llegar ese tipo de resultado a los servicios: “Hay algunos profesores intentando direccionar las actividades, con muchos estudiantes de medicina investigando sobre la atención primaria. ¿Pero, qué sucede? el TCC [trabajo de conclusión de curso] ¿se va a presentar adónde? en el ritual de la universidad, eso no capitaliza a los servicios”.

Por otro lado, con la demanda creciente de inserción de los estudiantes de medicina en la red municipal de salud, “empieza a saturar al servicio”. Un coordinador de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad entiende que

[...] hoy, en la universidad no existe más debate o duda de qué los servicios de salud familiar en la comunidad son donde se aprende medicina muy bien. [...] pero tenemos dificultad de conseguir cada vez más médicos en la red que acepten hacer lo que ya estaban haciendo, ejecutar una atención de calidad y al mismo tiempo recibir estudiantes. El municipio consigue pagar una beca al tutor [de residentes] por ley municipal, pero para que sea tutor del grado aún no existe incentivo financiero.

A pesar de las dificultades, el testimonio del coordinador de un programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad rescató el papel de la universidad en el apoyo a la residencia en un momento de turbulencia política en la gestión municipal: con “el cambio de gestor, un secretario de salud [...] empezó a desestabilizar el programa [de Salud de la Familia]. Como existía ese vínculo con la universidad, la universidad en ese momento [...] consiguió estabilizar y mantener la red docente-asistencial”.

Discusión

El perfil de competencia de la coordinación de programas de residencia es complejo, y su tarea incluye hacer sentido de muchos elementos de contexto dinámicos, así como de conocer un gran número de normas (en cambio constante) derivadas de los sectores de educación y salud. Los elementos de la cultura institucional y formas de distribución de poder impactan el margen de maniobra que esos coordinadores poseen para desarrollar y aplicar soluciones creativas y legítimas para los problemas, contando o no con un equipo de apoyo. Las condiciones del trabajo asistencial, más allá de lo ansiado, comprometen la calidad

del cuidado y de la enseñanza-aprendizaje, agravada por la cobranza de productividad que limita la disponibilidad de tiempo de los tutores. Los residentes hacen demandas y “denuncian” problemas, pudiendo crear tensiones que caben al coordinador administrar.

Aliado a la capacidad de darle sentido a variables político-institucionales, del punto de vista técnico, la coordinación de residencias puede ser llamada a demostrar competencia en el área profesional específica, así como capacidad de utilizar bases de datos de salud y educación, y tecnologías diversas de información y comunicación. La diversidad de tareas y atribuciones de directores de programas educacionales en la salud³ fue analizada por Bordage, Foley y Goldyn (2000), que destacaron la planificación, presupuesto, reclutamiento, evaluación de necesidades, elaboración de informes, manejo de conflictos, utilización de informaciones y desarrollo de equipos. Los autores observan que esos gestores necesitan aliar las habilidades administrativas al desempeño de liderazgo, con el objetivo de establecer alianzas con actores de los diferentes escenarios de prestación de servicios. Enfatizando que tales escenarios de práctica (y, por lo tanto, de enseñanza-aprendizaje y gestión) se diversificaron más allá del ambiente hospitalaria, Bordage, Foley y Goldyn (2000) identifican la importancia de la colaboración inter-escenarios, cuya operativización demanda visión y liderazgo de los directores/coordinadores de programas. Basados en una investigación con 139 gestores de formación en salud, los mismos que fueron preguntados sobre las habilidades y atributos deseables para el desempeño dese tipo de función, sus resultados fueron agrupados en: comunicación oral y escrita, habilidades interpersonales, competencia como profesional de salud, capacidad de establecer objetivos y elaborar diseños de proyectos educacionales, habilidades en resolución de problemas y toma de decisión, fortalecimiento del trabajo en equipo y gestión fiscal y presupuestal.

En Brasil, la construcción de un nuevo modelo asistencial y educacional tropieza en la escasez (o fluctuación en la disponibilidad)

³ Los autores utilizan el término “directores de programas educacionales” de modo comprensivo, incluyendo cargos y funciones desempeñados en el grado y posgrado, como directores de curso, directores de currículo y coordinadores de programa de residencia, entre otros.

de recursos y en la precarización del trabajo, agravada por los conflictos corporativos que dificultan el trabajo multiprofesional en equipo (PEDUZZI, 2001). La gestión de residencias aparece involucrada en una mediación de intereses, a veces conflictivos, que puede verterse (o no) en la construcción de nuevos sentidos para el trabajo. Sin embargo, es necesario superar la “visión instrumental y gerencialista, perspectiva que ha predominado en el campo de la gestión y también ganado importancia en el ámbito del SUS” (AZEVEDO; SÁ, 2013, p. 46).

Analizando el contexto más amplio en el cual se insertan las instituciones de salud, Azevedo e Sá (2013, p. 55) entienden que “es imperioso reconocer los enormes desafíos y obstáculos que el contexto social contemporáneo – caracterizado por el individualismo, conformismo, incertidumbre y por el culto de la urgencia – impone la construcción de proyectos compartidos y colectivos”.

En el ámbito de la gestión y de la producción del cuidado en salud, temas como cogestión, gestión compartida, trabajo en equipo, humanización, acogida vienen ganando destaque en la agenda y en la formulación de políticas sectoriales. Orientadas no solo por los saberes académicos y técnicos, como también por los valores y posiciones éticas de sus profesionales y gestores, las prácticas en los servicios de salud pasan por los sentidos que los equipos atribuyen a los proyectos esenciales y gerenciales (AZEVEDO; SÁ, 2013 p. 51).

El compartir de proyectos asistenciales, sin embargo, es perjudicado por la precarización del trabajo, como apareció en la Investigación PREPG afectando las actividades de los equipos de salud y la relación de tutores y tutores-docentes con la institución, y consecuentemente con la residencia. La precarización, aliada a la escasa formación en educación de los tutores, presiona por la oferta de oportunidades de educación permanente y continua. Considerando la rotatividad y el consecuente reclutamiento de nuevos tutores, en la Investigación PREPG apareció la inversión en la planificación estratégica y educación permanente, realizada por los coordinadores con apoyo de los tutores-docentes (cuando existen), faltando recursos específicos y de apoyo de las instituciones de enseñanza superior.

Azevedo e Sá (2003, p. 51) analizan las consecuencias de la precarización, que acarrea sobrecarga de trabajo, desgaste adicional y sufrimiento subjetivo, asociada a la desmovilización colectiva. El sufrimiento emergió en las entrevistas de los coordinadores de residencia,

imbuidos de la misión de contribuir a una nueva formación en salud y más calidad asistencial, en un contexto desfavorable de precarización de las relaciones de trabajo.

La naturaleza del Estado viene siendo transformada profundamente en función de su sumisión a las fuerzas del mercado, lo que pasa a exigir de la administración pública la capacidad de manejar instrumentos y estímulos que diversifican increíblemente las formas de inserción y remuneración de las personas [...]. Esa diversidad de cuadros y de situaciones de vínculo, que se expresan también en la diversidad de criterios de remuneración y de gratificación genera por lo tanto, una realidad de conflictos reales y potenciales entre los trabajadores (NOGUEIRA, 2002, p. 46).

En el caso de la tutoría, la escasa regulación dificulta saber quién es tutor o no:

[...] la falta de requisitos institucionalizados para la función le trae anormalidades frecuentes al sistema de residencia médica, siendo común que los médicos de guardia sean computados como tutores en algunas instituciones, la mayor parte de las veces, sin ni siquiera haber sido consultados y orientados para la función (NUNES et al., 2011, p. 37).

Frenk et al. (2010), en un famoso artículo sobre la formación profesional en salud publicado en la revista *Lancet*, enfatiza la importancia de la interdependencia de los diversos componentes de los sistemas, como aquellos en los cuales sucede la formación en salud. El reconocimiento de esa interdependencia demandaría avanzar en la conexión de elementos aislados y en el fortalecimiento de redes y partenariados institucionales. Con esa mentalidad, los autores ofrecen como recomendaciones la adopción de currículos basados en la competencia, adaptables a los cambios de contexto, a la promoción de la educación interprofesional, estimulando el trabajo cooperativo y no jerárquico en equipos y la inversión en el desarrollo docente, dirigido a establecer un conjunto de valores comunes en torno a la responsabilidad social de las instituciones y profesionales (FRENK et al., 2010, p. 1924). Es posible afirmar que la mayoría de los coordinadores entrevistados demuestra claridad y orienta su trabajo en esa dirección, correspondiendo ahora crear mecanismos para compartir las experiencias y los avances obtenidos, de modo a ampliar el alcance de las innovaciones e impedir retrocesos.

Consideraciones finales

La práctica de la gestión de las residencias es un asunto estratégico y merece profundización, construyendo un conocimiento en la dirección que Schön (1983) denominó de *epistemología de la práctica*, con base en el examen detallado de los procesos reales en los que los profesionales reiteran o reconstruyen sus premisas y actitudes en el trabajo. El presente capítulo debe ser interpretado como un acercamiento preliminar a esa temática.

La Investigación PREPG se realizó en un contexto de intensas exigencias de productividad y demanda por nuevas habilidades (por la incorporación de tecnologías de información en el trabajo asistencial, manejo de bases bibliográficas, plataformas de enseñanza-aprendizaje “a distancia”). El trabajo se da en un tiempo cada vez más escaso y las políticas públicas de salud y educación impactan la oferta de residencia desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo.

Los cuestionamientos sobre la relación entre la enseñanza teórica y la práctica profesional avanzan a la luz del concepto de competencia, así como el debate sobre las atribuciones de la gestión de la formación en salud. A pesar de los desafíos enfrentados por los coordinadores de programa, son prácticamente inexistentes oportunidades de estudio e intercambio de experiencias, siendo muy infrecuentes las investigaciones que enfoquen esa estratégica actividad. Sometidos a presiones oriundas de los tutores, reciben además demandas de los residentes y de gestores de los servicios donde se da la residencia, correspondiéndoles hacer muchas mediaciones, que involucran también a instituciones de enseñanza superior. Los residentes hacen cuestionamientos pertinentes, que estimulan la revisión de prácticas eventualmente arraigadas. Por otro lado, a veces tienen dificultades de comprender los límites de sus interlocutores (tutores y coordinadores) de resolver problemas del proceso de trabajo. Algunos coordinadores enfrentan cuestionamientos al ejercicio de autoridad, lo que demanda una reflexión sobre la democratización de las prácticas educativas y la realidad de tener que garantizar límites de operación a los programas dentro de lo establecido por la legislación y buen sentido, que incluye por ejemplo, la espinosa tarea de evaluar y excluir residentes con aprovechamiento insuficiente (AGUIAR, 2000).

Una planificación y gestión del proceso de formación y especialización adecuadas de los profesionales para actuar en el sistema de salud representa un elemento fundamental en la garantía de la adecuación del perfil profesional y de la efectiva distribución de la fuerza de trabajo en salud. Queda evidente que, además de la tutoría, también la gestión de programas necesita oportunidades de desarrollo profesional y educación continua/permanente.

Cabe fortalecer una red de coordinadores de programas de residencia, invertir en la investigación sobre el trabajo que efectúan y los desafíos que encuentren, y ampliar los fórums de problematización en busca de soluciones conjuntas (por ejemplo, muchos coordinadores vienen desarrollando interesantes tecnologías de gestión, que pueden ser compartidas e incentivadas). En ese sentido, tecnologías de información y comunicación son importantes aliadas: el acceso a información fidedigna y actualizada permite dar seguimiento a acciones en desarrollo, debatir la toma de decisiones y compartir los resultados obtenidos, construyendo sentidos para el trabajo de forma colectiva, en dirección al alcance de los objetivos acordados para la formación especializada en los contextos en que ésta ocurre.

Referencias

- AGUIAR, A. C. *Consequences for faculty of changes in medical education: the experience of teaching a course on the doctor-patient relationship*. 2000. 211 f. Tese (Doutorado em Educação) - Harvard Graduate School of Education Cambridge, MA, 2000.
- AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2008.
- BORDAGE, G.; FOLEY, R.; GOLDYN, S. Skills and attributes of directors of educational programmes. *Med Educ.*, v. 34, n. 3, p. 206-210, 2000.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção 1, p. 24-25.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

FABRON JÚNIOR, A. et al. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Marília. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 97-107.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, dez. 2010.

MAXWELL, J. A. *Qualitative research design: an interactive approach*. 3th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1996.

NOGUEIRA, R. P. Alternativas de vinculação Institucional para os trabalhadores do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0944.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016. p. 45-58.

NUNES. M. P. T. et al. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 35-41, out. 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

SCHÖN, D. A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books, 1983.

8. Perspectivas de la ordenación de la formación profesional para atender las necesidades de salud: análisis de elementos jurídico-normativos de la especialización en Medicina en Brasil y España

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
JOSÉ MARIA SANCHEZ BURSÓN

Los sistemas normativos y de aplicación de gobernanza en Brasil y España se analizan aquí con respecto a la planificación de la formación médica especializada, reflexionando sobre algunos elementos jurídicos asociados a una mayor racionalidad y efectividad de tal planificación, identificando pautas normativas estratégicas para construir un equilibrio efectivo entre la oferta y las necesidades de provisión de los servicios de salud.

Del punto de vista jurídico, en Brasil y en España, la salud es concebida como un derecho y elemento fundamental para el bienestar de las personas, debiendo ser amparada y garantizada a través de políticas públicas. Ambos países cuentan con sistemas universales de salud desempeñándose como bienes públicos y elementos de justicia social y equidad. La dinámica de los sistemas de salud en los dos países impone enfrentar el desafío de ajustar la demanda de servicios en territorios amplios, sujetos a diversas jurisdicciones, ante una capacidad de oferta de recursos humanos limitada, poco flexible, y cuyo formato está distribuido entre diversos centros de decisión. La planificación de la formación médica especializada es un elemento clave para garantizar la efectividad de las acciones y eficiencia en el uso de recursos, siendo inherentes al derecho de salud la preparación apropiada, reclutamiento y ubicación de profesionales de salud.

El análisis de las experiencias y de los principales marcos normativos y legislación en Brasil y España indica semejanzas y divergencias. La experiencia española, madurada en las últimas dos décadas, hoy representa un caso de buena práctica internacional (FREIRE, 2015; DURÁN; LARA; VAN WAVEREN, 2006). En Brasil, la situación todavía carece de un mayor equilibrio, a fin de garantizar atención de las necesidades de salud y demanda asistencial (PETTA, 2013). Nuestro propósito, construido en el diálogo entre una investigadora en Salud

Pública y un jurista consultor y analista de sistemas de salud, consiste en analizar el proceso de planificación y gestión de la formación médica especializada en ambos contextos, indicando los elementos jurídicos y organizacionales que puedan contribuir para superar las dificultades que el Sistema Único de Salud brasileño (SUS) enfrenta, aunque haya sido reglamentado en 1990 por la Ley nº 8.080 (BRASIL, 1990).

Para que avancemos, conviene hacer algunas aclaraciones sobre el ejercicio de la gobernanza. Partiendo del documento *“La Gobernanza para la Salud en el Siglo XXI”* de la Organización Mundial de la Salud (LORENTE, 2011), concebimos la gobernanza como un método de construcción de consenso para viabilizar políticas públicas descentralizadas en diversos centros de decisión, de modo que se involucren a los agentes sociales y económicos, así como a la propia ciudadanía. La gobernanza implica gobernar a través de la colaboración recíproca, mediante la comunicación y el establecimiento de lazos de confianza, compromiso y comprensión, así como la adopción de herramientas y mecanismos que hagan posible el acuerdo, la transparencia y la prestación de cuentas, en un modelo de gestión descentralizada y sinérgica, que busque enfrentar desafíos contemporáneos.

Al basarse en la toma de decisiones estratégicas, la gobernanza se organiza en el juego de las relaciones de poder y de cómo los intereses públicos y privados se manifiestan a partir de las acciones de diversos actores sociales mediante el establecimiento de consenso o conflicto. De esta forma, los métodos de gobernanza requieren una combinación entre desarrollo normativo y convencimiento, fomentando la constitución de redes y alianzas que permitan estipular compromisos colectivos. Para articular la planificación de la formación médica especializada, la gobernanza ayuda a establecer alianzas entre los diversos interesados, a través de instrumentos colaborativos, generando políticas adaptables y estructuras más o menos flexibles, orientadas a necesidades presentes y futuras. Su éxito dependerá en parte de la solidez de la base normativa que se logró establecer.

La competencia de la planificación de la formación de médicos especialistas se inserta en coordinadas políticas, jurídicas y técnicas. Se verifica una dualidad: la función de planificar comprende materias de salud y educación superior, además del reconocimiento de títulos por parte de los Estados nacionales; por otro lado, enfrenta una asignación

distribuida entre el Gobierno Central y las Comunidades Autónomas (España), lo que equivale, en Brasil, a la União y Estados Federativos. Esa asignación bipartida (educación y salud) y compartida (União/Estados) aumenta la complejidad de su abordaje, complicando la aplicación de la gobernanza y el establecimiento de una coordinación institucional.

El análisis de la organización de ese complejo enmarañado de instituciones y acciones implica la atención a dos vertientes: la primera constituye la función regulatoria, es decir, la producción de normas jurídicas precisas para establecer el modelo y la organización de la función de planificación y gestión de la formación especializada. La segunda comprende la dinámica de la gobernanza para la obtención de los consensos necesarios, a fin de promoverse una orden negociada (aceptable por todos los agentes intervinientes), que concilie los intereses en juego. Analizamos la situación en los dos países, a continuación.

Equilibrando intereses en la formación en salud: la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias española

En España, en la planificación de la formación médica especializada influyen dos estructuras políticas: el Estado Central y las comunidades autónomas, además de las universidades y de un conjunto de agentes de representación profesional, lo que suscitó el desarrollo de un proceso de normalización para configurar un sistema coordinado, ajustado a las necesidades del Sistema Nacional de Salud (SNS), a nivel nacional y coherente con las premisas regulatorias de la Unión Europea.

En materia educativa, al Estado español compete, en carácter exclusivo, todo lo que se refiere a la “regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales” (Art. 149 de la Constitución Española), así como la coordinación general del sistema universitario (ESPAÑA, 1978). A su vez, las Comunidades Autónomas disponen sobre la programación y coordinación de la enseñanza superior regional y sobre la certificación. En materia de salud, el Estado Central asume la determinación de la legislación básica en salud, definición de las bases y coordinación general de salud, así como la “alta inspección” de los servicios (“competencia estatal de vigilancia, como un instrumento de verificación o fiscalización”). Ya las Comunidades Autónomas responden por el desarrollo legislativo

y normativo de salud, así como por la organización y funcionamiento de los servicios de salud (ESPAÑA, 1978).

Así, la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales en España constituye materia exclusiva del Estado Central, respetando la normativa de la Unión Europea sobre el reconocimiento recíproco de títulos relativos al ejercicio de las profesiones de salud entre sus Estados-miembros. Los municipios españoles mantienen un nivel residual de competencia en materia de salud y educación, consistiendo en el apoyo a servicios e infraestructuras, con restricta relevancia técnica o política, desde la Reforma Sanitaria de 1986.

Por tratarse de un tema compartido, la concreción del marco jurídico básico se restringe a la Ley nº 14/1986, General de Sanidad (ESPAÑA, 1986), y la Ley Orgánica nº 6/2001, que trata de las universidades (ESPAÑA, 2001), con sus respectivas modificaciones posteriores. A su vez, en las diversas Comunidades Autónomas, se promulgan leyes regionales sobre sus atribuciones en salud y educación superior (bajo los principios definidos por la legislación básica del Estado). De las leyes básicas y regionales, se despliega un amplio conjunto de reglamentos y normas que actúan sobre aspectos concretos del tema.

La norma básica de referencia para la formación especializada en salud fue establecida en la Ley nº 44/2003, que versa sobre la ordenación de las profesiones sanitarias - LOPS (ESPAÑA, 2003), marco legal que contempla instrumentos y recursos que regulan la formación y la práctica profesional, delimitan la inserción de los profesionales en los servicios de salud (públicos y privados) y facilitan la corresponsabilidad en el mejoramiento de la calidad del cuidado, definiendo mecanismos para que los profesionales en ejercicio dispongan de niveles de competencia necesarios para resguardar el derecho a la protección de la salud (con énfasis en los derechos y deberes referentes a la educación continua).

La implantación de la LOPS demanda aplicación de la gobernanza y búsqueda de consensos para la definición de criterios y búsqueda de soluciones que atiendan los intereses en juego. La ley exige la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y

los relevantes espacios específicos de cada profesión. Por ello, la ley sólo establece las bases para que se produzcan los pactos entre profesiones, y que las practicas cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.

Eso no eximió su ejecución de conflictos, pero con la construcción del SNS, las resistencias corporativas fueron disolviéndose, generando una arquitectura decisoria basada predominantemente en la suma de intereses, permitiendo configurar un modelo de gobernanza intersectorial que asegura el común acuerdo.

La LOPS es el componente de la normativa española que, articulando el proceso de gobernanza, fija el equilibrio de los intereses de las profesiones de salud en el contexto del interés público relevante, dentro de marcos de un estado de bienestar social. De la misma ley se despliega una serie de parámetros que nos ayudan a comprender el sistema establecido. La titulación de la especialidad es obtenida solo a través del sistema de residencia, con permanente colaboración entre las administraciones públicas competentes en materia de educación y salud, universidades y centros docentes de formación profesional, con instituciones y centros de salud, de modo que se garantice el componente práctico del aprendizaje. Toda la estructura del SNS se hace disponible para ser utilizada por la enseñanza de grado, posgrado (residencia) y formación continua de los profesionales.

Los centros y servicios de salud deben ser acreditados para actuar como centros de investigación científica y de formación de los profesionales, siempre y cuando reúnan las condiciones apropiadas y con la creación, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos adquiridos por los profesionales y del funcionamiento del sistema de formación.

La determinación del número de alumnos admitidos en el grado depende de las necesidades estimadas y de la capacidad existente de formación, considerando las diversas variables educativas, sociales, asistenciales y presupuestales a mediano y largo plazo. Las modificaciones eventuales o improvisaciones repentinas son indeseables, pues impiden la promoción de una planificación eficaz, lo que exige una revisión permanente del equilibrio entre la oferta y demanda de personal.

Las universidades y las instituciones de salud de las Comunidades Autónomas deben reunir los elementos necesarios para el aprendizaje en servicios, de acuerdo con las bases generales definidas por el Ministerio de Sanidad. Cabe al Gobierno Central, mediante propuesta de los ministerios de Educación y Sanidad, el establecimiento de los títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud, con validez en todo el territorio nacional y expedido por el Ministerio de Educación.

Cada especialidad cuenta con una comisión nacional de la especialidad (CNE), designada por el Ministerio de Sanidad (ver capítulo 3). Dichas comisiones son responsables por la elaboración del programa de formación de la especialidad, así como por el establecimiento de los criterios de evaluación de los especialistas en formación, entre otras funciones. La especialización se da exclusivamente a través del sistema de residencia médica, en centros acreditados por las Comunidades Autónomas (FREIRE, 2015).

La LOPS creó el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, instancia responsable por la coordinación de la actuación de las CNE, promoción de la investigación e innovaciones técnicas y metodológicas en la especialización en salud, así como la asistencia superior y asesoría técnica y científica junto al Ministerio de Sanidad en materias de formación especializada.

El Ministerio de Sanidad establece las normas de la convocatoria anual, que consiste en una prueba de selección o conjunto de pruebas (examen MIR) responsable por la evaluación de los conocimientos teóricos y prácticos (ARANA, 2012). La oferta de plazas de la convocatoria anual se establece a partir de los informes del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y del Ministerio de Educación, por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, respondiendo a las propuestas realizadas por las Comunidades Autónomas, con base en las necesidades de especialistas y condiciones presupuestarias. Con base en el puntaje obtenido, los candidatos eligen la especialidad y el local del programa en el que ingresarán.

Conforme los contenidos normativos descritos, se observa la complejidad del ejercicio de la gobernanza, coordinación y colaboración administrativa, que requiere una planificación de la formación de los profesionales de salud. El modelo exige, por un lado, el consenso entre las

instancias en materias de salud y educación; y por otro, el trabajo de las administraciones centrales, regionales y universitarias, con participación constante de un conjunto de órganos administrativos para la adopción de los acuerdos. Además, en los procesos de planificación de la formación especializada de los profesionales de salud, pueden participar como instancias consultivas otros agentes profesionales relevantes, tales como los Consejos Profesionales, las Sociedades Científicas y los representantes de profesionales, especialistas en formación. Esa participación ordenada de los agentes profesionales refuerza la arquitectura de la gobernanza intersectorial.

Sin duda alguna, una gobernabilidad adecuada de las atribuciones demanda un ajuste normativo y atributivo equilibrado, la instauración de estructuras orgánicas de diálogo entre las administraciones y los agentes, la adopción de metodologías que equilibren la negociación con responsabilidad en la toma de decisiones, incorporando una visión de conjunto que integre los intereses legítimos y las diversas expectativas y necesidades. El éxito del equilibrio logrado por España al armonizar las necesidades asistenciales con las aspiraciones formativas fue logrado luego de una travesía larga marcada por dificultades y adecuaciones que terminaron consolidando la metodología registrada en la LOPS, y que vino a establecer un sistema de planificación caracterizado por la aplicación de un sistema de gobernanza multinivel bajo la responsabilidad nuclear de la Administración del Estado Central.

La construcción del modelo brasileño de ordenación de la formación especializada en salud

En Brasil, la planificación de la formación de especialistas en salud enfrenta obstáculos de naturaleza legislativa, política y práctica, originados de la complejidad de la arquitectura legislativa de un país tan extenso y diverso. El tema comprende atribuciones de la educación superior y del sector de salud, siendo descentralizada como en España, pero con menor desarrollo legislativo y atributivo, lo que estimula una práctica fragmentada.

El Decreto nº 7.562, del 15 de septiembre de 2011 (BRASIL, 2011) actualizó el papel de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) y atribuciones de la regulación, supervisión y evaluación de la oferta de programas de residencia médica. La CNRM se localiza

institucionalmente en la Coordinación General de Residencias en Salud, perteneciente a la Directoría de Hospitales Universitarios Federales y Residencias en Salud de la Secretaría de Educación Superior del Ministerio de Educación (MICHÓ et al., 2011, p. 13). Cuenta, para el desempeño de sus funciones, con las acciones ejecutivas de las Comisiones Estaduales (CEREMs) y con la Cámara Técnica, trabajando con la instancia existente en cada institución que ofrece programas de residencia médica - la COREMEs (Comisión de Residencia Médica) (MICHÓ et al., 2011, p. 10).

A pesar que exista la instancia gubernamental, según Petta (2011), “en el proceso de institucionalización de la residencia médica, prevalecieron los intereses del mercado de trabajo, mediados por los representantes de la corporación médica” (p. 36), lo que ocasionó atrasos en el acuerdo de políticas para la residencia médica con base en las necesidades de salud. La composición y mecanismos decisorios de la CNRM reflejan la “fuerte presencia de la corporación médica y de sus intereses” (PETTA, 2011, p. 38), sin que haya sido posible todavía garantizar, por ejemplo, derecho a voto de los representantes de gestores del sistema de salud, a pesar del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONAS) y Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS) (representados con derecho apenas a voz) señalaron reiteradamente la importancia de políticas para la residencia en la consolidación del Sistema Único de Salud (PETTA, 2011, p. 47). Embates ocurren y “el reconocimiento institucional de la CNRM viene generando reacciones negativas por considerarse bajo riesgo la participación efectiva de las entidades médicas en las decisiones. Por otro lado, el gobierno cuestiona la mayoría de los votos de la sociedad civil organizada en un proceso de responsabilidad gubernamental” (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011, p. 10).

En general, las atribuciones en materia de salud y educación superior fueron distribuidas entre las entidades políticas, compartiendo la función legislativa en tres niveles; la União dita las normas generales, a los estados cabe suplementarlas, y a los municipios cumple el papel de complementarlas. Las atribuciones distribuidas entre las tres entidades territoriales carecen de regulación específica sobre la planificación de la formación de especialistas en salud, aunque el texto constitucional (BRASIL, 1988) configure el SUS como ordenador de la formación

profesional (Art. 200). Según Ribeiro,

la formación especializada de los médicos residentes obedece a dos señores - a saber, el área educacional, cuya instancia gubernamental de referencia es el MEC, y el área de salud, cuya referencia gubernamental es el Ministerio de Salud". Ni siempre los "dos señores" están de acuerdo: "como los objetivos y orientaciones educacionales y profesionales de las dos áreas son distintos, deberían ser debidamente armonizados y compatibilizados, bajo pena de traer perjuicios a la formación profesional (RIBEIRO, 2011, p. 17).

Las asignaciones distribuidas de este modo involucran a tantas fuentes de derecho como sean las entidades territoriales existentes, y en un amplio conjunto de normas interrelacionadas, lo que demanda un ejercicio de coordinación intenso, supervisión y control sobre los desarrollos legislativos, y exige una práctica política y legislativa basada en un sistema de gobernanza multinivel. Esa complicada base legislativa y atributiva caracteriza la planificación de la formación especializada en salud, por la gran afluencia de actores intervinientes (y equilibrio variable de los intereses en juego).

Por parte de la União, diversos esfuerzos fueron emprendidos en la organización de la planificación de la formación médica desde la perspectiva del interés social, con programas de estímulo a la adopción de las Directrices Curriculares Nacionales para cursos de Medicina (BRASIL, 2001, 2014) e incentivos al fortalecimiento de la Atención Básica (PROVAB). Según Petta (2013), un avance fue la creación de instancia consultiva, la Comisión Interministerial de Gestión de la Educación en la Salud" (CIGES), que cuenta con representantes de los gestores estaduais y municipales y contribuyó al avance en las iniciativas de ordenación de la formación profesional, a partir del diagnóstico de las necesidades de médicos (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011, p. 10-11). En 2009 los Ministerios de Educación y Salud lanzaron el Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Médicos Especialistas – Pro-Residencia, considerado "un marco de construcción y ejecución de una política pública destinada a fomentar la formación médica especializada a partir de las necesidades de salud del país" (NUNES et al., 2011, p. 31), por basar las decisiones de inducción vía expansión de plazas y becas en función de las necesidades e identificación de regiones prioritarias.

La Ley nº 12.871/2013, que establece el Programa Más Médicos legisla también sobre aspectos importantes de la formación médica especializada (BRASIL, 2013). El trámite del proyecto de ley y su ejecución fueron caracterizadas por un exasperado debate sobre las necesidades de los médicos, evocando la comparación con otros países y producción de estimativas que señalaron insuficiencias cuantitativas y cualitativas (BRASIL, 2009). Los objetivos de esa legislación incluyen aspectos de la provisión de médicos y de la formación profesional: “disminuir la carencia de médicos en las regiones prioritarias para el SUS, a fin de reducir las desigualdades regionales en el área de la salud”; mejorar la formación médica mediante inserción de estudiantes de medicina en la red asistencial del SUS y “perfeccionar médicos para actuación en las políticas públicas de salud del país y en la organización y funcionamiento del SUS”. Las acciones previstas en la ley incluyen: “reorganización de la oferta de cursos de medicina y de plazas para Residencia Médica, dando prioridad a la regiones de salud con menor relación de plazas de residencia y médicos por habitante y con estructura de servicios de salud en condiciones de ofrecer campo de práctica suficiente y de calidad”.

Aun en el ámbito de la formación especializada, el texto legal establece que en el 2019, las plazas de Residencia Médica ofertadas deberán ser “equivalentes al número de egresos de los cursos de Medicina del año anterior”, siendo que “el primer año del Programa de Residencia en Medicina General de Familia y Comunidad será obligatorio” para el ingreso en Medicina Interna/Clínica Médica, Pediatría; Ginecología y Obstetricia; Cirugía General; Psiquiatría; Medicina Preventiva y Social. Cursar la mayoría de los demás programas también implicará la realización de uno a dos años de Residencia en Medicina General de Familia y Comunidad.

Sobre la provisión de médicos, la Ley Orgánica de Salud (BRASIL, 1990) atribuía como competencia común y compartida a la formación de las políticas y el desarrollo de los recursos humanos en salud. Posteriormente la Ley nº 12.871/2013 trató de proporcionar servicios de salud en áreas desasistidas con médicos, incluso extranjeros (integrando la práctica asistencial con la realización de un curso de especialización). Esta ley y otras normativas intentaron aumentar la oferta de médicos y promover su distribución según las necesidades y representan un gran avance.

Consideraciones Finales

A pesar del establecimiento de la Comisión Nacional de Residencia Médica en 1977 (BRASIL, 1977), Brasil sigue careciendo de un marco regulador para la planificación de recursos profesionales de salud que unifique y coordine la provisión y direcciona la oferta de especialización. El Estado enfrenta resistencias al intentar hacer prevalecer el interés público y, como consecuencia, Brasil carece de integración en la planificación de la formación médica especializada, lo que dificulta adecuar la oferta formativa a las necesidades asistenciales en la totalidad del territorio.

Por ser una modalidad de formación basada en la práctica, promoviendo la inserción del médico recién-graduado en el proceso de trabajo de los servicios de salud, la residencia médica tiene un importante impacto para las prácticas del Sistema de Salud, a medida en que los saberes y culturas de la formación institucionalizada son proyectados al mundo del trabajo. La residencia médica es, de este modo, influida e influyente de la conformación profesional y de las prácticas en salud. En consecuencia de esa característica ambivalente de la residencia médica, formada por la intersección entre enseñanza y trabajo, es necesario que sea entendida y manejada de modo articulado con las políticas públicas de salud y de educación” (PETTA, 2011, p. 36-37).

Desde el punto de vista político, es notoria la resistencia por parte de las entidades representantes de la profesión médica, renunciar a la prerrogativa de ofrecer títulos de especialistas mediante aprobación en cursos y exámenes ofrecidos por las sociedades de especialidades . En Brasil, el ejercicio de atribuciones compartidas y de normativas paralelas generó una organización fragmentada de la formación médica especializada, dificultando promover una “ordenación” a nivel nacional, como demanda el texto constitucional. El estudio comparativo entre las

1 Una evidencia de tal resistencia fue la polémica con respecto del establecimiento de un Registro de Especialistas por la ley nº 12.871/2013 (Art. 35), de modo a hacer públicos los registros de las sociedades de especialidades que ofrecen cursos de especialización. Después de negociaciones entre gobierno y entidades médicas, el Registro fue reglamentado por el Decreto nº 8615/2015, de la Presidencia de la República (BRASIL, 2015), y deberá “subsidiar los Ministerios de Salud y de Educación en la parametrización de las acciones de salud pública y de formación en salud, a través del dimensionamiento del número de médicos, su especialidad médica, su formación académica, su área de actuación y su distribución en el territorio nacional” (Art. 2º).

legislaciones española y brasileña indica elementos del modelo español potencialmente útiles al abordaje brasileño.

Urge la necesidad de un modelo de gobernanza intersectorial capaz de canalizar la participación legítima de las instituciones y demás agentes sociales y económicos, y que permita promover una revisión permanente y adaptable del equilibrio entre la oferta y la demanda en la planificación de los profesionales de salud brasileños. Un modelo de gobernanza multinivel ejercido en carácter distribuido entre los diversos niveles de las administraciones territoriales, así como entre las entidades institucionales y sectoriales debe extenderse por el territorio y entre los diversos sectores, configurando una red. En el marco del contexto legal y constitucional, cabe al Gobierno Federal el liderazgo institucional, en la producción de la legislación básica y en la coordinación general del sistema de formación especializada, ejerciendo la función de integración territorial. Dichos cambios en el modelo de formación esperan un nuevo marco normativo para la residencia médica. La representación efectiva de los gestores estatales y municipales en la composición de la CNRM, y la priorización para fines de creación de plazas en regiones no privilegiadas son elementos a ser considerados, junto con el acuerdo de directrices curriculares que valoricen las necesidades sociales de salud y el trabajo en redes. Políticas sustentables de gestión del trabajo son imprescindibles para superar la precarización y estimular la tutoría (PETTA, 2013, p. 82).

Esos elementos políticos y normativos se benefician del debate de los distintos intereses en juego: “los procesos de toma de decisión en el sistema de salud, del mismo modo que en las demás políticas públicas, no ocurren en el vacío, y sí en el marco de principios éticos, motivaciones e incentivos, que pueden ser explícitos o implícitos” (CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA EQUIDAD Y GOBERNAZA EN LOS SISTEMAS DE SALUD, 2010). Según el *Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud* (2010), en la mayoría de los países latinoamericanos, los principios que rigen los sistemas de salud incluyen la equidad, solidaridad, participación social y el derecho a la salud como orientadores, principios que deberían presidir los procesos de gobernanza, lo que ni siempre ocurre. El asunto, en el derecho español, fue consolidado a través de la Ley de Ordenación de las Profesiones de Salud, que define una arquitectura legal para ordenación de la

planificación de la formación especializada de las profesiones de salud, de forma integrada con la regulación de la práctica profesional.

El Estado español construyó una estructura administrativa especializada, a través de Comisiones constituidas con el objetivo de garantizar el consenso y la gobernanza multinivel de las diversas entidades. En Brasil, la União busca enfrentar el problema de la planificación y distribución de los recursos profesionales, pero sus iniciativas en la dirección de planificación de la formación médica enfrentan resistencias, especialmente de las entidades representativas de los intereses médicos corporativos, dificultando el establecimiento de una ordenación sistémica que regule las condiciones para la formación apropiada y educación continua/permanente de los profesionales. Algunos estados brasileños obtuvieron avances en la regulación de la actividad de tutores de residencia, y Soares et al. (2013) enfatizan la necesidad de reglamentación vía legislación en ámbito nacional, estableciendo la tutoría como componente de la carrera profesional. Los autores, sin embargo, son conscientes que una iniciativa legislativa de esa naturaleza “necesita de una gran movilización para despertar intereses, sensibilizar a la sociedad y reunir apoyos” (SOARES et al., 2013, p. 21).

El sistema de formación brasileño podría ajustar sus órganos de cooperación inter/intra administrativos, a fin de asegurar una práctica apropiada de la gobernanza, materia en la cual Brasil ya cuenta con bastante experiencia. Cabe aplicarla en el análisis de la correlación de fuerzas y de los intereses que prevalezcan en los años venideros, en un diálogo permanente con la sociedad. Enfrentar las dificultades actuales que modelo brasileño atraviesa para ajustar la oferta de formación especializada a las necesidades asistenciales del conjunto del país implicará mitigar el déficit asistencial en áreas remotas y de bajo nivel de desarrollo social.

El camino trazado por el modelo español indica una vía posible para la planificación estratégica de la formación especializada en salud, y Brasil se beneficiará de una ley de profesiones de salud que garantice el adecuado desarrollo e incorporación de los recursos humanos para asegurar la calidad y efectividad del SUS, basada en los principios de equidad e integralidad. Como requisito político, se destaca la necesidad de reforzar los valores democráticos y la elección de parlamentares sensibles a los principios de la “Constitución Ciudadana” de 1988.

Referencias

ARANA, J. M. S. La formación de especialistas médicos en España. *Ars Medica Revista de Humanidades*, v. 1, n.1, p.77–83, 2002.

BRASIL. Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil. *Avaliação das necessidades de médicos especialistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 11 set. 2015. Seção 1, p. 1.

_____. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 6 set. 1977. Seção 1, p. 11787.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Educação. Decreto Nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 2011. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 116, de 13 de janeiro de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 abr. 2014. Seção 1, p. 36.

_____. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 set. 2001. Seção 1, p. 38.

CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA EQUIDAD Y GOBERNANZA EN LOS SISTEMAS DE SALUD. Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia?. 2010. Disponível em: <http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/que_es_la_gobernanza.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

DURÁN, A.; LARA, J. L.; VAN WAVEREN, M. Spain: *Health system review*, Health Systems in Transition, v. 8, n. 4, p. 1-208, 2006.

ESPAÑA. Constitución (1978). *Constitución Española*. Madrid, Espanha: Congreso Nacional, 1978.

_____. Ley nº 14 de 25 de abril de 1986. General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, n. 102, 29 abr. 1986. p. 15207. Disponível em: < https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499>. Acesso 25 maio 2015.

_____. Ley nº 44, de 21 de noviembre de 2003. Ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, n. 280, 22 nov. 2003. p. 41442-41458. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>>. Acesso 12 maio 2015.

_____. Ley nº 6 de 21 de diciembre de 2001. Orgánica de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, n. 307, 24 dez. 2001. p. 49400. Disponível em: < <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24515>>. Acesso 25 maio 2015.

FREIRE, J. M. et al. An analysis of the medical specialty training system in Spain. *Hum Resour Health*. V. 13, n. 42, p. 1-7, June. 2015.

LORENTE, I. P. La Gobernanza para la salud en el siglo XXI: wstudio conducido por la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. *Revista e Salud.*, v. 7, n. 28, p. 1-9, 2011.

MICHEL, J. L. M. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M. P. T. Residência médica o Brasil, *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 7-12, out. 2011.

MICHEL, J. L. M. M. et al. Residência médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 13-27, out. 2011.

NUNES, M. P. T. et al. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 35-41, out. 2011.

_____. Distribuição de vagas de residência médica e de médicos nas regiões do país. *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 28-34, out. 2011.

PETTA, H. L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 37, n. 1, p. 72-79, jan./mar. 2013.

_____. “*Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência)*”. 2011. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

RIBEIRO, M. A. A. *Apontamentos sobre a residência médica no Brasil*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa, 2011.

SOARES, A. C. P. et al. A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 14-22, out. 2013.

9. Reflexiones y perspectivas sobre la formación especializada en salud a partir de la investigación “Tutoría en Programas de Residencia en Brasil y en España: Enseñanza, Investigación y Gestión”

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

La investigación “Tutoría en Programas de Residencia en Brasil y en España: Enseñanza, Investigación y Gestión” (PREPG), cuyo método está detallado en el capítulo 1, abordó la oferta de programas de residencia brasileños y españoles con énfasis en la tutoría. Con base en la aplicación de cuestionarios, análisis de documentos, visitas de campo y entrevistas con coordinadores, tutores, residentes y otros informantes clave, se consideró el contexto de políticas de salud en los dos países, se analizó la experiencia y percepciones de tutores, y abordó sus incumbencias en la asistencia, enseñanza e investigación en servicios de salud. Los resultados obtenidos están presentados en los demás capítulos del presente libro. Aquí, luego de consideraciones sobre los límites del estudio, serán indicadas algunas de las potenciales consecuencias para la práctica, políticas, y también para la teoría e investigaciones subsiguientes.

Brasil y España avanzaron en las discusiones sobre la relación entre la enseñanza teórica y la práctica profesional, a la luz del concepto de competencia. Conforme adoptado en el área de salud, el concepto de competencia valoriza la importancia de la práctica, (re)considerada como mucho más que la mera aplicación de la teoría (AGUIAR; RIBEIRO, 2010). Conocimientos, habilidades y actitudes serían los recursos con que los especialistas egresos de las residencias contarían para interpretar los contextos donde se desarrollan los procesos de trabajo, y pautaren sus acciones. Una capacidad de lectura del contexto apropiada es indispensable, especialmente porque el trabajo en salud está cambiando. En Brasil, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), a inicios de los años 90, la premisa de la necesidad de cambios en la formación ganó fuerza, buscando superar el currículo tradicional (centrado en la enfermedad y en el conocimiento biomédico). La proximidad entre academia y servicios se verifica a través de la llamada integración enseñanza-servicio desde los años 1970 (MARSIGLIA, 1995), y favorece discusiones sobre el tecnicismo, especialmente con el fortalecimiento de la atención primaria en el país, a través de la Estrategia Salud de

la Familia. Los resultados indican interés y creciente cuidado con los elementos biopsicosociales en las residencias, informando el trabajo de muchos tutores. Pereira et al. (2016) identifican como la relación entre la educación profesional y el trabajo en salud sufre efectos de mediaciones, en el ojo del debate sobre la necesidad de proximidad entre la escuela y el mundo del trabajo, enfatizando la diferencia entre formar para el “mundo del trabajo”, con análisis crítico o para el “mercado de trabajo”, sin debate sobre sus características, en especial sobre los intereses que reiteran la reproducción de las relaciones de explotación de la fuerza de trabajo en el capitalismo (PEREIRA et al., 2016, p. 31). Estudios marxistas conciben el trabajo como el proceso en el cual el ser humano, al transformar la naturaleza, termina modificándose a sí mismo (MARX, 1983), y su análisis incluye la dialéctica de la atención de las necesidades sociales e individuales del agente del trabajo (pretensiones e intereses), mediado por reglas de convivencia institucional¹.

El proceso de trabajo en salud se basa en relaciones personales intensas. Su “objeto” es el propio ser humano, y sus medios emplean tecnologías (no materiales y materiales), involucrando una gama amplia de sujetos en una diversidad de ambientes, sufriendo impacto de la división técnica y social del trabajo (PEDUZZI, 2001). En ambos países estudiados, el contexto político y social es de pérdida de derechos conquistados y avance de las fuerzas del mercado en la prestación de servicios de salud luego de un período de conquistas sociales y ampliación del acceso a los servicios (que en España comprendió la mayoría de la clase media). Restricciones en el financiamiento, insumos y servicios restringen la oferta y presionan cada vez más, exigiendo productividad por parte de los profesionales y servicios, generando desgastes.

Agregando elementos de la (inter)subjetividad, Lancman y Sznelman (2004) analizan la organización del proceso de trabajo como producto de las relaciones sociales, correspondiendo una multiplicidad

¹ Según Ciavatta, “el trabajo es parte fundamental de la ontología del ser social. La adquisición de la consciencia se otorga por el trabajo, por la acción sobre la naturaleza. El trabajo, en ese sentido, no es empleo [...], es la actividad esencial por la cual el ser humano se humaniza, se crea, se expande en conocimiento, se perfecciona” (CIAVATTA, 2009, p. 211).

de interpretaciones sobre la permanencia o transformación de esas relaciones. En Brasil, todavía se busca fortalecer la cohesión entre los niveles asistenciales y estructurar el trabajo en red y en equipo. En España, la red de servicios funciona de forma más cohesiva, pero el modelo asistencial es bastante centrado en el médico. Si las demandas del mundo del trabajo presionan por el mejoramiento del trabajo cooperativo, la formación a nivel de grado ofrece pocas oportunidades de interacción entre carreras distintas, lo que aumenta la responsabilidad de las residencias en la creación de nuevas relaciones y reorientación del proceso de trabajo.

En ese cambiante mundo del trabajo los resultados de la Investigación PREPG reiteran la acumulación de incumbencias de los tutores y desgastes consecuentes. Aunque se estén adoptando iniciativas en Brasil y España para calificar y valorizar la enseñanza-aprendizaje en la residencia², es necesario minimizar la sobrecarga generada por el desempeño simultáneo de varias tareas complejas, relativas a la atención a la salud, educación e investigación.

Diferentes visiones de la enseñanza expresan diferentes visiones del mundo e intencionalidades, en lo que se refiere al trabajo en salud (y, consecuentemente, a la preparación profesional), correspondiendo recordar los embates a cerca de la redacción del capítulo de la Seguridad Social de la Constitución Federal brasileña (BRASIL, 1988), promulgada en el contexto de la redemocratización (y actualmente bajo amenaza de deformación). En ambos países, la salud como derecho de la ciudadanía es blanco de ataques, y los avances obtenidos en la regulación y oferta de las residencias están amenazados de retroceder. Mientras en España la mayoría de los tutores son funcionarios públicos que disfrutan una estabilidad expresiva, en Brasil se destaca la precariedad de los vínculos formales de trabajo, afectando a profesionales con años de experiencia y notoria capacidad de contribuir en la ejecución de los currículos, preparando y impartiendo clases, planificando y evaluando actividades.

² Por ejemplo, la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM), en conjunto con el Ministerio de Salud y Organización Pan-Americana de Salud (Opas), implementó, en el 2012, el Curso de Desarrollo de Competencia Pedagógica para la Tutoría de Residencia Médica (DCPPP) (SOARES et al., 2013, p. 15).

La injerencia de los coordinadores de residencias en temas que involucren recursos financieros es restricta y las residencias atraviesan por contextos más o menos favorables a lo largo de los años, con consecuencias para la formación.

España obtuvo un importante avance en la ordenación de la residencia, con la aprobación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en 2003 (que dispone sobre la formación y sobre la práctica profesional en el país) (ESPAÑA, 2003). En el apoyo a la tutoría, en el caso de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, se destaca la implantación del Programa Oficial de la Especialidad, aprobado luego de un extenso debate, en un proceso de legitimación política a lo largo de los años, que informa el trabajo de las comisiones de docencia, jefes de estudios y tutores. En Brasil, la regulación de la tutoría es insuficiente, como observan Soares et al. (2013, p. 15) sobre la residencia médica:

[...] considerando la importancia de la Residencia Médica para la sociedad en general y el sistema de salud en particular, sería de suponer que la actividad de la tutoría y el papel del tutor, esenciales para la ejecución de un programa de residencia médica, estuvieran más sólidamente definidos en la norma. Sin embargo, no es lo que se observa [...] quedando, en este aspecto, en general, apenas en los requisitos mínimos exigidos para la actividad.

Sobre los contenidos de la enseñanza, coexisten diferentes visiones de lo que es digno de componer el currículo de las residencias, quedando evidente que en salud, el conocimiento disciplinar y especializado es necesario, pero no suficiente. Aunque muchos parezcan contentos con su transmisión, orientada a reproducir el desempeño de tareas y procedimientos dirigidos para revertir lesiones en órganos y tejidos, la importancia de otros tipos de conocimiento en la conformación de las prácticas, como los oriundos de las Ciencias Sociales y Humanas, Planificación y Epidemiología, ha ganado espacio. El compromiso social de las instituciones de salud, la temática del poder y de la autoridad, el pensamiento estratégico orientado al cambio y la intersubjetividad aparecieron en las entrevistas, reconocidos en su importancia para la enseñanza-aprendizaje y para el cuidado en salud.

La Investigación PREPG realizó una fotografía de la situación de la tutoría, expresando matices de cómo esas diferentes visiones de salud-enfermedad-cuidado y educación se relacionan en el cotidiano, incluyendo diferencias entre la residencia médica y la residencia multiprofesional, esta última más reciente y ya incorporando valores originados del debate sobre la identificación y atención a las necesidades de salud (CECÍLIO, 2009). La noción de la responsabilidad institucional con la provisión de profesionales atentos a las necesidades de la población informa la oferta de formación especializada en muchos programas de residencia, pero eso coexiste con la tolerancia, por el Estado brasileño del mecanismo de certificación del título de especialista por entidades científicas no acreditadas, desempeñándose en un vacío normativo que involucra al posgrado *lato sensu*.

Actualmente en España la residencia es la única vía para la obtención del título de especialista en medicina y su calidad se sustenta en el compromiso ético-político de liderazgos que han conseguido (con grados de éxito variables) superar obstáculos institucionales y financieros. Los recortes en el financiamiento obligan a los responsables de la residencia a accionar sus relaciones personales para preservar la calidad de la enseñanza teórica e investigación, en una tendencia a la desregulación de los procesos. Sin reposición de la fuerza de trabajo, resta apelar al sentido de deber y capacidad de sacrificio de los tutores para preservar las actividades previstas en los Programas Formativos Oficiales, de cobertura nacional. Como observamos, la tutoría exige disposición: el tutor no actúa solo en la enseñanza, pero mantiene actividades asistenciales, enfrentando múltiples factores potencialmente frustrantes, como la sobrecarga de trabajo y la ausencia de remuneración específica (con excepciones), la precariedad de los vínculos laborales y el infrecuente reconocimiento de la tutoría en planes de cargos y carrera en Brasil. Raramente los tutores obtienen apoyo para participar de eventos en su área de especialidad y/o en Educación. En ambos países, las universidades ejercen un papel periférico en la oferta de las residencias, aunque participantes del estudio hayan señalado un deseo de mayor proximidad. Como factor agravante, innumerables veces, en Brasil, profesionales que actúan en instituciones que ofrecen residencia se ven incluidos en la enseñanza sin haber optado por hacerlo (BENTES et al., 2013, p. 34).

Antes de definir potenciales consecuencias de los resultados obtenidos en la Investigación PREPG para la práctica y el conocimiento teórico, cabe reflexionar sobre las sutilezas implicadas en la producción de conocimiento válido sobre las actividades que ocurren en los servicios de salud, cuyos fenómenos sufren determinaciones locales y generales y son percibidos por los involucrados de modos distintos. La intención en esta investigación fue la de producir conclusiones plausibles, con claridad de los límites de ese esfuerzo. Para eso empleé varios métodos complementarios, buscando valorizar la pluralidad de voces involucradas.

La recolección de los datos cuantitativos indicó las dificultades de contactar tutores de residencia en Brasil, en la ausencia de registros actualizados disponibles, y para la poca tradición, en el país, de investigaciones con muestras representativas del universo de la enseñanza en servicios de salud. La dependencia de los coordinadores de programas, solicitados a obtener la anuencia de los posibles respondientes al cuestionario electrónico fue un agravante. Como la recolección de datos cualitativos bien demostró, esos coordinadores responden a innúmerables presiones y demandas, de los servicios y de la propia residencia, siendo comprensible que su movilización para la participación en investigaciones no esté en el tope de la lista de prioridades.

La respuesta a averiguaciones mediadas por internet es conocidamente baja (SAX; GILMARTIN; BRYANT, 2003) especialmente tratándose de profesionales desempeñándose en condiciones lejanas del ideal (sin ni siquiera contar necesariamente, con computadora conectada a Internet para responder al cuestionario en el horario de trabajo). Para estimular la participación, fueron creados una página electrónica y un registro de tutores, para envío de boletines sobre la marcha de la investigación. La mayoría de los tutores cuyo contacto fue informado por el coordinador de programa dejó de responder al cuestionario, a pesar de las recurrentes solicitudes (vía correspondencia electrónica, incluso individualizada). Aparecieron preocupaciones de algunos tutores sobre la confidencialidad de las respuestas en correspondencia enviada al correo electrónico de la investigación, en la cual buscaban asegurar que sus respuestas no serían compartidas con coordinadores, lo que estaba

explícito en el término de consentimiento libre y esclarecido que precedía al cuestionario electrónico). A pesar de eso, 463 tutores respondieron a las averiguaciones.

El hecho de que la mayoría de los declarantes tenga vínculo estable con el servicio público sugiere temor o desinterés de aquellos más precarizados. Es posible que algunos declarantes brasileños hayan optado por respuestas “políticamente correctas”, eximiéndose de mayores críticas o del compartimiento de impresiones negativas. La triangulación de métodos (MINAYO; ASIS; SOUZA, 2005) explicitó algunas discrepancias entre datos cualitativos y cuantitativos, como en la cuestión de la (in)adecuación de la carga horaria contractual a las necesidades de la tutoría (reiteradamente indicada como insuficiente en las visitas de campo), que sorprendentemente aparece como satisfactoria para la mayoría de los declarantes de los cuestionarios electrónicos. Se dieron porcentajes altos de respuestas positivas en ítems como conocimiento del proyecto pedagógico del programa y adecuación de la infraestructura de los servicios para la enseñanza, caracterizando un contentamiento con el desempeño propio y con las condiciones de trabajo que no se confirmaron en las visitas. En estas, al entrar en unidades de salud donde transitan profesionales y usuarios (cuya privacidad y dignidad deben ser preservadas), el equipo de investigación se encontró con los desafíos de enseñar y asistir pacientes bajo fuerte presión asistencial, con espacio físico frecuentemente reducido, crecientes demandas por productividad y aporte irregular de insumos, donde la presencia de residentes muchas veces agrega más un nivel de complicación.

Interpretar percepciones y prácticas en servicios de salud demanda profunda reflexión sobre las condiciones objetivas en las cuales los sujetos operan, bajo pena de atribuir a los individuos la responsabilidad por factores institucionales que dificultan las buenas prácticas. Es necesario construir una relación de confianza mutua, donde los investigadores demuestren claridad sobre los efectos de las condiciones de trabajo en las prácticas. Las visitas de campo transcurrieron en un clima amistoso, y la experiencia del equipo de investigación contribuyó para esto; hemos cuidado para no exponer a personas o instituciones. Todos los investigadores de campo (cinco profesores doctores) son profesionales de medicina o enfermería, con experiencia de trabajo asistencial, y demostraron respeto por las eventuales diferencias de punto de vista,

por ejemplo, entre residentes y tutores, o entre estos últimos y los coordinadores³. Una vez que las visitas empezaron, era posible conocer experiencias creativas e identificar embates desafiantes, compartiendo la satisfacción, expresada por varios participantes, de contribuir para innovar en la enseñanza, en el cuidado y en la gestión de recursos.

En España, el trabajo de campo fue viabilizado por la participación, en el equipo de investigación, de un jefe de estudios con mucha experiencia. La traducción de los instrumentos de investigaciones fue realizada en varias etapas de revisión y pruebas, teniendo como objetivo minimizar los problemas de interpretación de las preguntas. Todos los investigadores que participaron de visitas de campo son fluidos en español.

Desdoblamientos teóricos y prácticos de los resultados de la investigación

El análisis comparativo indica varias semejanzas y algunas diferencias entre los dos países estudiados, en sus elementos educacionales, normativos y organizacionales. En Brasil y en España, las iniciativas de apoyo y desarrollo de la competencia para la tutoría están en curso. La oferta de vínculos estables para los profesionales que ejercen la tutoría es condición indispensable para la calidad de la formación, siendo necesario establecer la carga horaria protegida para la enseñanza e investigación. Además de los tutores, los tutores-docentes y los coordinadores de programas también carecen de oportunidades de desarrollo profesional que permita la sistematización de los desafíos comunes y la formulación de soluciones conjuntas.

El estímulo a la innovación en el cuidado de la salud puede beneficiar a la enseñanza de los residentes, más allá de la capacitación o adiestramiento (para la realización de tareas fraccionadas), considerando elementos del contexto institucional. Es el caso de la construcción del que Peduzzi (2001) llamó de “equipo integración”, donde la interacción de los agentes del proceso de trabajo en salud, mediada por prácticas

3 Parte del material obtenido en las visitas será objeto de publicaciones posteriores.

comunicacionales dialógicas, permitiría la construcción compartida de sentidos, avanzando en la superación de la fragmentación del cuidado (con beneficios también para el trabajo interinstitucional e intersectorial). La residencia enfrenta el desafío de enseñar a reconocer, interpretar y resolver problemas de determinación compleja y presentaciones múltiples, y los dilemas de la práctica podrían encontrar un ambiente de reflexión en las actividades de educación permanente, potencializadas por la problematización de la enseñanza y de la investigación en servicios.

Cabe invertir en la calidad de la tutoría fortaleciendo su capacidad de mediación para el aprendizaje (SOARES, et al., 2011, p. 20). Para avanzar desde el punto de vista teórico en el diálogo entre los campos de la Salud y de la Educación, el análisis de la relación entre tutoría e investigación puede abarcar diferentes aspectos, como la formación de tutores para orientación de proyectos, investigaciones sobre la tutoría y sobre el contexto político-institucional y normativo que involucra esa oferta de posgrado, además de los currículos que informan su enseñanza. Una base conceptual útil para el análisis de las residencias viene de los estudios del currículo, por su amplio y profundo debate de la relación entre currículo, escuela y sociedad.

El currículo es concebido como escenario de embates: “la palabra currículo viene de la palabra latina *scurrere*, correr, y se refiere al curso (o carro de corrida). Las implicaciones etimológicas son que [...] el currículo es definido como un campo a ser seguido, o, más específicamente, presentado” (GOODSON, 2008, p. 31). Ese sendero a seguir privilegia a las disciplinas escolares, otorgando poder a quien posee las parcelas específicas del conocimiento. Siendo así,

Cada grupo emplea su discurso en la tentativa de que su materia sea considerada “disciplina académica” (merecedora, por este motivo, de recursos financieros y oportunidades de carrera que van acumulándose). [...] fue institucionalizada y provista de recursos una epistemología que ubica a la “disciplina” académica en la cumbre del currículo. Lo que no sorprende es que la pasantía final del establecimiento de una materia “académica” exalte el poder de los especialistas para definir el campo de las disciplinas (GOODSON, 2008, p. 38-9).

El análisis minucioso de la producción de los currículos vigentes, del cómo y porqué los contenidos son tratados en cada contexto, ayudaría a comprender “cómo se organiza el currículo existente, cómo

es reproducido, cómo se transforma y responde a nuevas prescripciones”. Goodson (2008, p. 64) supera una perspectiva meramente técnica y concibe el “currículo como construcción social, inicialmente a nivel de la propia prescripción, pero después también a nivel de proceso y práctica” (GOODSON, 2008, p. 67). En los currículos de residencias se destaca la importancia de la problematización de la relación entre educación y trabajo. En la concepción de Ciavatta (2009), el trabajo puede ser concebido como principio educativo, siendo necesario concebir esa relación de forma compleja, incorporando elementos de la “relación entre política y educación o entre sociedad y educación, entre productores y dirigentes, entre trabajo y educación o entre trabajo y conocimiento” (p. 212). Las investigaciones sobre currículo en la salud incluyen aspectos formales, ocultos y vividos, beneficiándose de valorizar el papel mediador del discurso y del lenguaje en la construcción de la realidad, por ejemplo, en la manutención de la división social del trabajo. La visión de currículo como práctica discursiva “significa que él es una práctica de poder, pero también una práctica de significación, de asignación de sentidos, [...] producido en la intersección entre diferentes discursos sociales y culturales” (LOPES; MACEDO, 2011, p. 40-41).

El campo de la salud es fértil en disputas de sentido, a comenzar por el propio concepto de salud, que transitó de la ausencia de enfermedad hasta definiciones que reconocen el componente colectivo y la conquista social de condiciones de bienestar mediados por la acción política – ver, por ejemplo, Czeresnia (1999). Obviamente, lo que sea la misión de los servicios y la propia concepción de salud como derecho humano son objeto de disputa, impactando en la formación profesional.

Reconociendo que ningún conocimiento es neutro, Lopes y Macedo (2011) destacan cuatro perspectivas sobre la relación entre conocimiento y currículo: la perspectiva académica, que refrenda aquél conocimiento que fue sometido a las reglas y métodos de las disciplinas

4 Como resalta Peduzzi (2001, p. 107), “las diferencias técnicas se refieren a las especializaciones de los saberes y de las intervenciones, entre las variadas áreas profesionales. Las desigualdades se refieren a la existencia de valores y normas sociales, jerarquizando y disciplinando las diferencias técnicas entre las profesiones. Es decir, (...) las diferencias técnicas se transmutan en desigualdades sociales entre los agentes de trabajo y el equipo multiprofesional expresa tanto las diferencias como las desigualdades entre las áreas y, concreta y cotidianamente, entre los agentes-sujetos del trabajo.”

académicas; la perspectiva instrumental, que se apoya en la legitimación del conocimiento, demandada por la perspectiva académica, pero busca atender a determinadas finalidades de forma eficiente, siendo adecuado a iniciativas comprometidas con incrementos en la productividad económica⁵; la perspectiva progresiva, inspirada en la obra de John Dewey⁶, donde el conocimiento se alimenta de la experiencia y objetiva añadir bienestar social a las relaciones sociales democráticas; y la perspectiva crítica, que incorpora el enfoque de distribución de poder y lucha por la hegemonía⁷ en la sociedad (LOPES; MACEDO, 2011, p. 74-77). La perspectiva crítica abarca diversos autores, como los de la llamada Nueva Sociología de la Educación (NSE), que analizan fenómenos escolares a través de los lentes de la investigación sociológica, atribuyendo validez al conocimiento que contribuye con la emancipación humana (LOPES; MACEDO, 2011, p. 79). Tratan, por lo tanto, con cautela el conocimiento científicamente legitimado, potencialmente ligado a intereses de clase o grupos: “cuanto más un currículo es naturalizado, más es comprendido como el único posible [...], más eficiente es el proceso de deslegitimación de los saberes excluidos de ese currículo” (LOPES; MACEDO, 2011, p. 79).

Los análisis institucionales pueden ser conjugados con el examen de las prácticas educativas, con la premisa de que el agente de la enseñanza interpreta su contexto y se comporta en función a sus valores y al conocimiento teórico o tácito, ejerciendo un tipo de mediación, como

5 Lopes y Macedo (2011) observan cómo el currículo por competencias (actualmente prestigiado en la salud) puede filiarse a ese tipo de objetivo instrumental. Por otro lado, en el área de salud, la apropiación del concepto de competencia en el desarrollo curricular permite una revalorización de la práctica profesional como objeto de reflexión mediada por la problematización de las actitudes profesionales y de la lectura de los contextos donde esa práctica ocurre (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

6 Autor importante en el área de salud para aquellos que adoptan el Aprendizaje Basado en Problemas - ver, por ejemplo, Penafort (2001). Sobre la obra de Dewey y sus consecuencias para la educación brasileña, por su influencia en el llamado movimiento de la Escuela Nova, Ciavatta recupera críticas como la idea de que la educación podría transformar a la sociedad, citando la falta de condiciones de expandir la oferta de métodos activos para niños trabajadores en función del costo. Sin embargo, reconoce la contribución de esa vertiente del pensamiento y de su práctica educacional (asociados a la modernización conservadora, de carácter liberal) para la reorganización de la educación pública (CIAVATTA, 2009, p. 222-3).

7 En la perspectiva de Gramsci, no sería apenas a través de la fuerza que una clase social mantendría ascendencia o dominio sobre los demás. Tal dominio estaría preservado en parte a través del ejercicio de cierto “liderazgo moral e intelectual” mantenido por la capacidad de hacer ciertas concesiones: “La base material de la hegemonía es constituida mediante reformas o concesiones gracias a las cuales se mantiene el liderazgo de una clase, pero por las cuales otras clases tienen ciertas exigencias cumplidas” (BOTTOMORE, 1988, p. 178).

observado en un estudio con tutores de Residencia en Pediatría por Wuillaume (2000). Para Sacristán (2000, p. 166), el profesor es “un mediador decisivo entre el currículo establecido y los alumnos, un agente activo en el desarrollo curricular” y su acción condiciona, en buena medida, el aprendizaje de los alumnos. Siendo la docencia una semi-profesión, su ejercicio no se sustentaría apenas en bases científicas:

[...] concepciones de los profesores sobre la educación, valor de los contenidos y proceso o habilidades propuestos por el currículo, percepción de necesidades de los alumnos, de sus condiciones de trabajo, etc. sin duda los llevarán a interpretar personalmente el currículo, recordando que la enseñanza involucra el trato de muchas situaciones “inciertas y conflictivas” (SACRISTÁN, 2000, p. 172-173).

Para Cury (1987), la mediación destaca el aspecto de acción recíproca entre los fenómenos, lo que establece dinámicas cuyo análisis “implica, de este modo, el alejamiento de oposiciones irreductibles y sin síntesis superadora”. Al buscar relacionar lo real y lo teórico con los lentes de la mediación, el investigador buscaría “captar un fenómeno en el conjunto de sus relaciones con los demás fenómenos [...]. Sin las mediaciones las teorías se vuelven vacías e inertes, y sin las teorías, las mediaciones se vuelven ciegas y tuertas” (CURY, 1987, p. 43-44).

El docente (o en este caso, el tutor) actuaría como “mediador entre el alumno y la cultura”, siendo que “el filtrado del currículo por los profesores no es un mero problema de distorsiones cognitivas o interpretaciones pedagógicas diversas” (CURY, 1987, p. 177-178). Sacristán (2000) resalta consecuencias de ese “filtrado” para desarrollo docente, argumentando que las innovaciones demandan la “introyección” de ideas en los esquemas de pensamiento y comportamiento previos de los docentes, y que, en la asimilación del nuevo, existe un proceso de adaptación interna cuyo resultado no es la copia mimética de la idea y sí una transacción entre los significados del profesor y los que la nueva propuesta busca impartir.

Esas reflexiones teóricas facilitan la interpretación de avances y retrocesos en la oferta de la residencia, a comenzar por los embates entre los que privilegian el conocimiento biomédico (ENGEL, 1977), ampliamente legitimado en la enseñanza en salud (facilitando la fragmentación de los sujetos en órganos enfermos y la venta de procedimientos para

diagnosticar o tratar modificaciones morfofuncionales orgánicas), y los que preconizan la importancia de contenidos y prácticas comprometidos con la construcción de una sociedad más saludable, justa e igualitaria. Para eso es necesaria la inclusión de elementos de estímulo para el desarrollo de actitudes profesionales apropiadas pautadas por la ética, la empatía y búsqueda permanente de mejoramiento, además de la problematización del coste-beneficio de las intervenciones a la luz de la promoción de la integralidad y equidad.

Cabe destacar, en el refinamiento de esos lentes analíticos, que la investigación educacional (incluso aquella aplicada a la formación en salud) enfrenta la coexistencia de diferentes molduras teórico-conceptuales y sus grados de (in)compatibilidad. En el marco del materialismo histórico, los agentes pedagógicos (CURY, 1987, p. 112) estarían implicados en la manutención de la división social del trabajo y de los privilegios de clase, pero para analizar la enseñanza de la residencia (siendo estos agentes tutores, tutores-docentes y coordinadores), es necesario superar ese marco. Los datos de la Investigación PREPG indican un fuerte compromiso ético y político de innumerables liderazgos de las residencias (médica y multiprofesional) con la salud de la población y su identificación con los principios de los sistemas sanitarios como la universalidad y equidad. Como admite Cury (1987), el agente pedagógico está sometido a las contradicciones inherentes al trabajo en el capitalismo, y “su creciente mercantilización como fuerza de trabajo especializada, sus condiciones de vida, sus perspectivas de trabajo hacen de él *un operario asalariado con las funciones de un intelectual*, capaz de ser cooptado [o no] por los grupos dominantes” (p. 116).

Cambios en el mercado de trabajo en salud indican el agotamiento de la práctica eminentemente liberal. Se crean oportunidades para el mejoramiento del trabajo institucional, cooperativo, en equipo, y para el cuestionamiento (en cierta medida) de la división técnica y social del trabajo, siendo objeto de iniciativas de educación permanente en salud, dirigidas a la problematización del proceso de trabajo y sus contradicciones (LOPES et al., 2007; BRASIL, 2014). En Brasil han sido reclutados para actuar en los servicios, estratos sociales históricamente excluidos de la enseñanza superior, en consecuencia de la ampliación de la oferta de las plazas en las universidades y del aumento de la contratación por parte de los municipios en los últimos años (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011). La residencia ofrece becas atractivas para jóvenes recién graduados,

y muchos tutores en ejercicio son egresados de las residencias. Las brechas decorrentes de las contradicciones de la práctica, admite Cury (1987), permiten la emergencia de cambios: “El agente pedagógico encarna la propia contradicción. Él es un asalariado, lo que le posibilita ejercer la función específicamente educativa, consciente de su proletarización, y luego colocar su acción pedagógica a servicio de su clase” (p. 117). No se puede, sin embargo, asumir un origen común de clase o estrato social para tutores actualmente en ejercicio, correspondiendo “erigir sobre la práctica educativa, una teoría más elaborada que revele en el carácter hegemónico, mediador y contradictorio de esa práctica, los elementos decisivos de su superación” (p. 130).

Los cambios en la formación, en el contexto actual de la oferta de las residencias, incluyen la “formación de comunidades de aprendizaje en las que se desarrollen los principios de la enseñanza colaborativa en equipo” (ACIOLE, 2016, p. 1179), correspondiendo al tutor ejercer la “mediación pedagógica” en el análisis y reflexión sobre la práctica en servicios. Sucede que no se trata de una mediación, y sí de varias, de naturalezas conceptuales y metodológicas diferentes: mediaciones sobre la relación entre la teoría y la práctica, entre normas y comportamientos, entre la educación presencial y la educación a la distancia, entre técnica y política, entre conocimiento biomédico y social. Por ejemplo, en la enseñanza de la residencia multiprofesional, el esfuerzo curricular de comprender contenidos inherentes al núcleo de conocimientos específico de cada profesión, además de aquellos del campo de la salud y de las políticas públicas, obliga a revisiones y negociaciones constantes, apoyadas en la capacidad para que liderazgos den sentido a las contradicciones y paradojas, ubicadas en el espacio entre lo ideal y lo real de las prácticas.

La división social del trabajo y la construcción del multiprofesionalismo añaden complejidad al trabajo de tutores y gestores, incumbidos de forma tácita o explícita, de replantear las relaciones y negociar espacios (físicos y también simbólicos). La rigidez de la división social y también de la división técnica del trabajo (PEDUZZI, 2001) antagoniza el ideal de prácticas en salud más creativas y menos asimétricas, y son objeto de prácticas discursivas, muchas veces ambivalentes. En las residencias dirigidas a la enseñanza de la atención a la mujer, por ejemplo, los estudios de género y el análisis de los roles sexuales (con sus implicaciones en la salud-enfermedad de la población femenina) disputan representación en los currículos con innumerables temas de naturaleza biomédica, quedando

en evidente desventaja. Como consecuencia, los especialistas formados tendrán dificultad para interpretar e interferir en situaciones complejas pero prevalentes, que involucran determinantes económicos, culturales y biológicos (violencia de género, enfermedades sexualmente transmisibles, embarazo indeseado, entre otros).

Analizando críticamente la selección de contenidos del currículo a la luz de las disputas por la hegemonía, Apple (1989) observa la capacidad del conocimiento hegemónico de operar a nivel del sentido común, por ser enseñado como universal. Es decir, históricamente entretenidos con la tarea de incorporar cada vez más conocimiento biomédico (por eso, privilegiando una concepción de salud y de ciencia cuyo estándar-oro es el método experimental), los currículos tradicionales en el área de salud coexisten con la poca representación o silenciamiento de temas como derechos sociales, demografía, epidemiología, determinantes del proceso salud-enfermedad (también sub-representados en la investigación en servicios). Por otro lado, desarrollar currículos pautados por un modelo biopsicosocial de análisis de los fenómenos salud-enfermedad no puede desconsiderar la importancia del conocimiento biomédico, es decir, los métodos de producción de conocimiento en el área de salud no son intrínsecamente buenos o malos. La intención de comprender como los sujetos dan sentido a sus vidas y salud (y pautar las intervenciones en el reconocimiento de la alteridad y de los derechos sociales) no autoriza a los profesionales de salud a ignorar el ámbito biológico del padecimiento.

Lopes y Macedo (2011, p. 91) desestimulan las perspectivas analíticas basadas en “posiciones fijas en la lucha política”, que pueden remeter a antagonismos rígidos y simplificación de los embates en torno al currículo, considerado “una producción cultural, por estar inserido en esa lucha por los diferentes significados que le otorgamos al mundo” (p. 93). Proponen dos conceptos, útiles para operar estudios de los estratos de mediación que informan el currículo (y la enseñanza-aprendizaje) en las residencias, evitando antagonismos rápidos e interpretaciones ingenuas: la transposición didáctica y la recontextualización. La primera se refiere a las operaciones de transformación de un dato conocimiento en saber escolar (LOPES; MACEDO, 2011, p. 97), recordando que la transposición no recae exclusivamente sobre el profesor (en este caso, tutor): varias camadas, que incluyen personas e instituciones de enseñanza, asociaciones científicas y especialistas, implicadas en la

prescripción de prácticas pedagógicas (p. 98) operarían la producción del conocimiento escolar. Las autoras destacan que “el término ‘transposición’ puede ser asociado a la idea de reproducción, movimiento de transportar de un lugar a otro, sin modificaciones”, entendiendo que no se trata, sin embargo, de una transposición mecánica, y sí “un proceso de mediación didáctica [...] en el sentido dialéctico: un proceso de constitución de una realidad a partir de mediaciones contradictorias, de relaciones complejas, no inmediatas” (LOPES, 1999, p. 209).

Con la premisa de que esas diversas instancias influyen (de forma oficial o no) en la selección e interpretación de contenidos y formateo de prácticas, una agenda de investigación que busque comprender esas capas de determinación de los currículos observará la influencia de agencias internacionales, nacionales, regionales y locales, buscando percibir cómo el discurso pedagógico es producido en la intersección del discurso educativo, de naturaleza técnica, y del discurso regulativo, de naturaleza moral y valorativa, en una formatación conocida como recontextualización (LOPES; MACEDO, 2011, p. 102). La recontextualización de los componentes educativos (supuestamente “neutros”) operada por el discurso regulativo (que conlleva la ideología que informa la acción de los agentes de la recontextualización – representantes del Estado, de la Academia, de las escuelas, entre otros) presume interpretaciones, simplificaciones y reelaboraciones en las cuales “partes son aprovechadas, otras son desconsideradas, son hechas relecturas e ideas inicialmente propuestas son inseridas en otros contextos que permiten su resignificación” (p. 104).

Argumentando que la formulación de discursos constituye las identidades pedagógicas, en el contexto de la división social del trabajo, Lopes (2005, p. 55) defiende que la recontextualización ayuda a comprender dinámicas políticas y sus consecuencias para “procesos de reproducción, reinterpretación, resistencia y cambio, en los más diversos niveles”, por su capacidad de legitimar (o no) determinados discursos (p. 54), en el enfrentamiento entre el campo recontextualizador oficial (instancias regulatorias del Estado) y el campo recontextualizador pedagógico (conformado por las instituciones, sujetos y conocimientos implicados en el análisis y en las prácticas de enseñanza (BERNSTEIN, 1996 apud LOPES, 2005).

De este modo, los conceptos como transposición didáctica y recontextualización son útiles para analizar las relaciones entre escuelas (aquí entendidas como los diversos escenarios de enseñanza-aprendizaje en salud) y sociedad, indicando la producción de saberes y valores que informan la formación (por ejemplo, de los residentes), a partir de la investigación de los sentidos en disputa. Lopes (2005) argumenta que son múltiples y contradictorias las relaciones establecidas entre el campo oficial y pedagógico, observando que no son monolíticos, conforme observado por Cury (1987), inclusive porque “existen agentes y prácticas en los dos campos que elaboran discursos contrarios a las orientaciones dominantes en el contexto oficial, no siendo posible afirmar la homogeneidad de los discursos en esos dos campos, ni tampoco la posibilidad de no-articulación entre ambos” (p. 55).

Lopes (2005) propone agregar elementos de una perspectiva post-estructuralista de abordaje de la cultura (aplicable a los estudios del currículo), aunque consciente de la posible incongruencia epistemológica de la propuesta⁸, argumentando que la moldura marxista con énfasis estructuralista, cuando adoptada para explicar cómo el discurso pedagógico se forma y busca legitimación, no facilita analizar las posibilidades de cambio. El concepto de hibridismo, desarrollado por autores de los llamados Estudios Culturales, incorporaría a la recontextualización matices capaces de potencializar la comprensión de cómo la agenda de las políticas se reconfigura en diferentes escenarios (LOPES, 2005 p. 56), permitiendo entender la coexistencia de diferentes marcos técnico-políticos del currículo en salud, como las “mezclas entre constructivismo y competencias”, entre el currículo por competencias y el currículo disciplinar, y la tensión entre la “valorización de los saberes populares, de los saberes cotidianos y de los saberes adecuados al nuevo

8 Costa, Wortmann e Bonin (2016, p. 277) defienden ese diálogo entre teorías críticas y post-estructuralistas: “la posibilidad de diálogo entre las dos vertientes puede darse en el límite de sus propias fronteras. Justamente en la acogida, por parte de las teorías críticas, de problematizaciones típicas de las corrientes posmodernas, pero que no llegan a quitarles protagonismo y defensa de proyectos colectivos de sociedad a las teorías críticas. De otro modo, las teorías críticas que acogen acepciones ‘pos’, comprenden que los proyectos de sociedad que defienden no se constituyen en la verdad sacralizada, y sí en un punto de vista propositivo y discursivo, que más allá del discurso y del texto en sí, visa una intervención en determinadas realidades, de modo a resignificarlas.”

orden mundial globalizado”, cuya interpretación extrapola el análisis basado en el principio de la contradicción, dado que “no se trata de elementos contradictorios en que uno no existe sin el otro, tampoco pueden ser explicados apenas por distinciones y oposiciones” (LOPES, 2005 p. 57).

Desde el punto de vista metodológico, las investigaciones pueden buscar articular niveles de análisis macro y micro, analizando aspectos concretos del proceso educacional “para luego relacionarlas a las condiciones estructurales y situar dicho análisis en un contexto más amplio de las cuestiones políticas y educacionales de los educadores” (LOPES, 2005 p. 55), pasando, por ejemplo, por la problematización de cómo las ambivalencias presentes en las propuestas curriculares permiten “zonas de escape” permeables a discursos no hegemónicos. El esfuerzo de la Investigación PREPG, en ese sentido, puede ser considerado por lo menos parcialmente exitosa. Todavía falta mucho por hacer, dependiendo de una proximidad teórica calificada entre salud y educación que pase al posgrado *stricto sensu*, con definición de líneas de investigación y financiamiento dirigidas para la formación de másteres y doctores.

En conclusión, pensar la investigación en la interfaz con la tutoría incluye debatir la relación “sujeto-objeto”, incluyendo al tutor como investigador. La investigación en servicios de salud es un factor importante de incorporación de calidad y efectividad de las acciones, que contribuye para probar innovaciones, evaluar intervenciones y promover el uso racional de recursos. La apropiación del método científico por los tutores puede revertirse en beneficio para la producción de conocimiento y orientación de proyectos . El método científico, por lo tanto, es un componente importante de un currículo de formación de tutores, así como la temática de la evaluación de aprendizaje de los residentes, que

9 La “dupla militancia” de profesionales del servicio que ejercen la docencia universitaria puede ser incentivada, evitando, sin embargo, que la investigación sea más una incumbencia a disputar espacio y energía con la enseñanza y asistencia, sin que condiciones apropiadas sean garantidas.

viene siendo problematizada por liderazgos en Brasil y en España¹⁰.

Queda claro que la residencia no puede ser asunto apenas para unos pocos especialistas en posgrado. Analizando la formulación de políticas involucrando la residencia médica, Petta (2011, p. 36) identifica su “característica ambivalente”, consecuencia de la inserción simultánea en el mundo de la formación y del trabajo, siendo “influenciada e influyente de la conformación profesional y las prácticas en salud”. No sorprende, por lo tanto, la dificultad de llenar el actual vacío normativo observado por Soares et al. (2011): “Un proceso de reglamentación nacional, con base en la aprobación de una ley, aunque más complejo, parece más sólido para la efectucción de una carrera. Necesita de gran movilización para despertar intereses, sensibilizar a la sociedad y reclutar apoyos para alcanzar este objetivo” (SOARES et al., 2011, p. 21).

Para concluir, cabe destacar cómo los avances obtenidos en Brasil se deben, en parte, al diálogo institucionalizado entre los Ministerios de Salud y de Educación, fortalecido con la creación de la CIGES (Comisión Interministerial de Gestión de Educación en Salud) (BRASIL, 2007), que creó una subcomisión para estudiar las necesidades de médicos especialistas en el país. Los resultados obtenidos informaron el lanzamiento del Pro-Residencia¹¹ (BRASIL, 2009), buscando enfrentar las carencias de especialistas en varias regiones del país. En el caso de la residencia médica, el desarrollo de la tutoría se inserta dentro del acuerdo de un nuevo marco normativo (valorizando la representación

10 Es común la confusión de conceptos como habilidad, desempeño y competencia, y aún existe quien asocie el adecuado desempeño de una dada tarea a la “competencia”. Sucede que, en los sistemas sanitarios, es necesario reinterpretar los problemas de la práctica, a la luz de contextos dinámicos, y producir nuevas soluciones. Portfolios (incluso electrónicos) pueden contribuir para el registro y análisis de los conocimientos, habilidades y actitudes que indiquen, aunque indirectamente, el desarrollo de competencia por parte de los residentes.

11 El lanzamiento de Pro-Residencia generó la publicación de edictos para “apoyar el desarrollo de nuevos Programas de Residencia Médica en especialidades prioritarias en el ámbito de las áreas de intervención en salud mental, urgencia/emergencia, atención oncológica, atención básica, atención a la mujer y niños y salud del anciano” (PETTA, 2011, p. 54). Adoptando el modelo matricial institucional, el programa indicaba el “desarrollo de programa de calificación de tutores de la unidad [matriciada] en temas clínicos, didáctico-pedagógicos, de gestión de la atención y del sistema sanitario, considerada la especificidad del área de intervención a la que se relaciona el programa” (PETTA, 2011, p. 54).

de gestores estatales y municipales en las instancias deliberativas), que contemple aspectos de la reglamentación de la tutoría, incluyendo incentivos (carga horaria protegida, valorización en el plan de carrera, incentivos al desarrollo profesional y remuneración, entre otras posibilidades), beneficiándose de avances ya obtenidos en las residencias multiprofesionales, que explicitan las atribuciones de tutores, tutores-docentes y coordinadores, por ejemplo. La ordenación efectiva de la formación profesional en salud, conforme prevista en la Constitución Federal brasileña, demanda una base jurídico-normativa sólida, como se verificó en España luego de la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (ESPAÑA, 2003). La adecuada planificación y gestión coordinada de la formación de profesionales para actuar en los sistemas de salud son fundamentales para garantizar la provisión del perfil profesional compatible con las necesidades de la población (y su efectiva distribución).

En España, los tutores pasan por un proceso previo de acreditación y son recibidos por los jefes de estudios de las unidades docentes antes de dar inicio a las actividades. Es decir, la actuación en la tutoría demanda un proceso oficial de certificación, mientras en Brasil, muchas veces es difícil establecer quién es tutor o no en determinado servicio. Autonomo et al. (2015, p. 325) destacan la necesidad de que los tutores comprendan el proyecto pedagógico y la importancia de integrar los residentes en los equipos de salud, aun antes de entrar en actividad. Las tecnologías de información y comunicación (TICs) son aliadas en el desarrollo profesional de tutores y residentes, e indispensables para la gestión de enseñanza efectiva en las redes de servicios. Sin acceso a información fidedigna y actualizada, no es posible dar seguimiento a las acciones en desarrollo que involucren a muchos residentes y tutores que actúan en diferentes escenarios. En Andalucía, el desarrollo del PortalEIR facilitó la gestión y enseñanza de la residencia y de la educación continua en la red de servicios al incluir herramientas para desarrollo profesional de los tutores, portfolio electrónico para residentes, entre otros recursos. En Brasil aún no existe una plataforma diseñada para ese propósito compartida por los programas. Algunos programas han desarrollado sus propias estrategias de incorporación de TICs, utilizando ambientes

virtuales de aprendizaje y/o desarrollando softwares para gestión. Es deseable ampliar el debate entre usuarios potenciales (gestores, tutores, residentes) a nivel nacional sobre sus necesidades, de modo que se produzcan tecnologías que permitan abarcar, a medida de lo posible, las singularidades de la formación en las diferentes instituciones y respectivas redes. Las iniciativas a nivel local merecen ser compartidas y analizadas, inspirando el desarrollo tecnológico de productos que sean difundidos a todos los programas, conociendo que iniciativas de esa envergadura demandan coordinación, planificación y recursos.

Referencias

ACIOLE, G. G. Rupturas paradigmáticas e novas interfaces entre educação e saúde. *Cad. Pesq.*, v. 46, n. 162, p. 1172-1191, out./dez. 2016.

AGUIAR, A. C.; RIBEIRO, E. C. O Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev. bras. educ. méd.*, v. 34, n. 3, p. 371-378, 2010.

APPLE, M. W. *Currículo e poder. Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 46-57, 1989.

ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu) [online]*, jan.2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005002102&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev.2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Projeto: desenvolvimento de competência pedagógica para a prática da preceptoria Fase II - 2014-2015. Rio de Janeiro, out.2013. Disponível em: <<http://www.educacaomedica.org.br/arquivos/publicacoes/2.%20O%20Projeto.pdf>>. Acesso em: 14 fev.2017.

AUTONOMO, F. R. O. M. et al. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. *Rev. bras. educ. méd.*, v.39, n. 2, p.316-327,2015.

BENTES, A. et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. a contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 32-30, out. 2013.

BERNSTEIN, B. *A estruturação do discurso pedagógico: classe, códigos e controle*. Petrópolis: Vozes, 1996.

BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

BRASIL. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 21 jun. 2007a. Seção 1, p.16.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial N° 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2009a. Seção 1, p.9.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº278, de 27 de dezembro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2014. Seção 1, p.62.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2009. p.117-130.

CIAVATTA, M. *Mediações históricas de trabalho e Educação*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2009.

COSTA, M. V.; WORTMANN, M. L.; BONIN, I. T. Contribuições dos estudos culturais às pesquisas: uma revisão. *Currículo sem Fronteiras*, v.16, n.3, p.509-541, set./dez.2016.

CURY, C. R. J. *Educação e contradição*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1987.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 701-709, Oct./Dec. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar.2017.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, Apr. 1977.

GOODSON, I. *Currículo: teoria e história*. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

LANCMAN, S.; SZNELMAN, K. I. (Org.). *CHRISTOPHE DE JOURS: da psicopatologia a psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.

LOPES, A. C. *Conhecimento escolar: ciência e cotidiano*. Rio de Janeiro: Ed Uerj, 1999.

_____. *Política de currículo: recontextualização e hibridismo*. Currículo sem Fronteiras, v. 5, n. 2, p. 50-64, jul./dez. 2005.

_____. MACEDO, E. *Teorias de currículo*. São Paulo: Cortez Editora, 2011. LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Com. Ciências Saúde, v.18, n.2, p.147-155, abr./jun.2007.

MACHADO, M. H. et al. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011, p. 103-116.

MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino-serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MARX, K. *Contribuição à crítica da economia política*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PENAFORTE, J. C. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Org.). *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; São Paulo: Hucitec, 2001. p.49-78.

PEREIRA, I. A. et al. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.377-397, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200377&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2017.

PETTA, H. L. *Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência)*. 2011. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

SACRISTÁN, J. G. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

SOARES, A. C. P. et al. A importância da regulamentação da preceptoría para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 14-22, out.2013.

YOUNG, M. Curriculum theory: what it is and why it is important. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, v. 44, n. 151, p. 190-202, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742014000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2017.

WUILLAUME, S. M. *O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise*. 2000. 158 f. Tese [Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2000.

Basado en investigación internacional, que contó con la participación de tutores y coordinadores de programas en 15 estados brasileños y en 8 provincias españolas, y que adoptó diseño de investigación multimétodos, este libro presenta experiencias y percepciones de preceptores de residencia en Brasil y en España . Establece paralelos que pueden enriquecer el conocimiento de los interesados en la formación en salud en distintos países, aportando elementos de contexto que permiten al lector a identificar analogías con sus propias realidades. El análisis de variables político-institucionales y normativas presenta características de la oferta de residencias en ambientes hospitalarios y de atención primaria. Llama la atención también para la delicada orquestación de la formación en el área de salud, ejercida por coordinadores y tutores. Ofrece una fotografía actual de los avances y desafíos planteados para la formación de especialistas en salud, con destaque para el protagonismo de los tutores.

Realización:



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Apoio:



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

