



Aprender, participar y negociar:

una etnografía del aprendizaje situado en la práctica en la formación de los residentes de medicina familiar y comunitaria

Máster Universitario en Investigación
Antropológica y sus Aplicaciones

María Araceli Bergillos Muñoz

Tutor: Ángel Díaz de Rada

Departamento de Antropología Social y Cultural

Facultad de Filosofía

Febrero 2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	7
3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	9
a. Contexto de la investigación	9
b. Observación participante	10
c. Agentes de la investigación	11
d. Entrevistas	12
e. Grupo de discusión	14
f. Fuentes documentales	15
g. Posibles dilemas éticos	15
4. MARCO TEÓRICO	17
5. MEDICINA DE FAMILIA: MUCHO MÁS QUE LA ELECCIÓN DE UNA ESPECIALIDAD	20
a. Valores atribuidos a la especialidad	20
b. Perfil personal atribuido a la especialidad	22
c. El Centro de Atención Primaria: un espacio “natural” del Médico de Familia	25
6. LA TRANSICIÓN DE ESTUDIANTE A RESIDENTE	26
a. Roles diversos y negociación de la participación	26
b. Visión del paciente	29
7. PARTICIPACIÓN PERIFÉRICA LEGÍTIMA: CONTEXTOS DE PARTICIPACIÓN	30
a. Espacio físico	32
b. Agentes	33
i. Estructura y organización social	33
ii. Rol del docente. Rol del tutor. Rol del aprendiz	36
iii. El paciente	42
c. Comunidades de práctica. Formas de participación y negociación .	44
i. En relación con la identificación profesional	46
ii. En relación con el aprendizaje	48
iii. En relación con las relaciones de poder	55
d. El Día del Residente. Un ejemplo de comunidad de práctica	60
8. CIRCULACIÓN DE CONOCIMIENTOS	63
9. CONCLUSIONES	66
10. BIBLIOGRAFÍA	69

1) INTRODUCCIÓN

“El término Medicina designa, en la práctica cotidiana, a tres realidades distintas: la institución social que representa, la actividad de sus profesionales y un conjunto estructurado de saberes” (Nieto, 1995, pág. 183).

Pensar y reflexionar sobre cómo se forman los médicos internos residentes (MIR) es una inquietud que poseen diversas instituciones públicas involucradas en su proceso de enseñanza-aprendizaje¹. Asimismo, todo este proceso no sólo compete a dichas instituciones, detrás de éstas se encuentra todo un entramado de agentes que, de acuerdo con criterios y motivaciones individuales, profesionales e institucionales, imparten, a priori, dicha formación.

Desde los años 1960 en España la preocupación por unir la práctica a la enseñanza de la medicina y, sobre todo, a la formación de postgrado y la obtención de las especialidades, ha sido una constante en nuestro sistema sanitario² (Totusaus, Morán-Barrios, & Pérez Iglesias, 2018, pág. 232).

El MIR se consolida como única vía de acceso a las especialidades médicas en España en 1984. Con la Ley General de Sanidad³ de 1986 se crea el Sistema Nacional de Salud para garantizar una asistencia universal a todos los ciudadanos independientemente de su condición socioeconómica. Esta ley posibilita que gran parte de la población española sea atendida por la sanidad pública, donde también se desarrolla la formación médica especializada a través de la figura del médico residente cuya formación está regulada por parte del Ministerio por múltiples normativas⁴.

¹ El propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de sus Comisiones Nacionales de la Especialidad son quienes, en primera instancia, elaboran los programas de cada especialidad médica, así como los objetivos de aprendizaje, la metodología docente, las formas y criterios de evaluación y las herramientas de aprendizaje para los residentes. Asimismo, otras instituciones implicadas son las Unidades Docentes acreditadas por el propio Ministerio encargadas de poner en práctica los programas de la especialidad.

² El sistema MIR, o sistema de concurso oposición organizado por la administración pública para obtener una especialidad médica, fue exportado a España en la década de 1960 por médicos españoles desde el Hospital Johns Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, principalmente por su método de enseñanza-aprendizaje, es decir, por tratarse de un profesional que aprende trabajando. En Estados Unidos se había empezado a implementar en algunos hospitales a partir de 1889, revolucionando la forma de enseñar medicina: hasta el momento el método pedagógico utilizado se basaba en clases magistrales y con poco o nulo contacto con el paciente real.

³ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

⁴ Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, el Real Decreto (RD) de 2006 de regulación de las condiciones laborales del residente y el RD 2008 de Formación Especializada.

A partir de ese momento, la preocupación por la formación del médico ya sea de pregrado ya sea de postgrado ha sido continua. Por un lado, la enseñanza de pregrado, con las universidades a la cabeza, se cuestionan las metodologías de aprendizaje (Sánchez-Mendiola, 2013, pág. 1), con una fuerte presencia todavía de las “lecciones magistrales” y de la enseñanza eminentemente teórica, intentando potenciar más el aprendizaje en “*la cabecera del paciente*” (Ribera Casado, 2016, pág. 46). Por otro lado, una vez que los estudiantes obtienen su título de medicina y empiezan el MIR para la obtención de una especialidad, la forma de enseñanza-aprendizaje cambia por completo transformándose en un aprendizaje eminentemente práctico, sumergiéndose en una o diversas organizaciones complejas (hospitales y centros de salud) en las que deberán adquirir una serie de “competencias” y “habilidades” descritas en el programa formativo.

El Sistema Nacional de Salud está organizado en función de dos tipos de asistencia: la Asistencia Primaria, donde prestan servicios los médicos de familia, dentro de un equipo multidisciplinar y la Asistencia Especializada⁵, formada principalmente por hospitales y centros de especialidades caracterizadas por la complejidad técnica y la multiplicidad de equipos médicos especializados. Esta división de la atención al paciente se hace patente también en la formación de postgrado, que se divide en profesionales que fraccionan su conocimiento en partes concretas del cuerpo, especializándose sólo en una parte, de otros profesionales que se forman en un *todo*, como serían los médicos de familia y los internistas, tomando como base el modelo fordista de la medicina (Sennet, 2009, pág. 67).

En la actualidad, la especialidad médica que oferta mayor número de plazas en el sistema MIR es la medicina de familia, con 2.205 plazas en el curso 2019-2020, de 7.512 plazas en total⁶. De acuerdo con el programa diseñado por el Ministerio de Sanidad para la especialidad de medicina familiar y comunitaria⁷ la metodología docente que se utiliza para la formación de este residente radica en una diversidad de métodos de aprendizaje en función de las “áreas competenciales” que se pretenda trabajar. El programa establece cinco metodologías docentes: 1) Autoaprendizaje, 2) Aprendizaje de campo, 3) Clases, 4) Trabajo grupal, 5) Talleres.

⁵ Sistema Nacional de Salud. 2012.

⁶ Orden SCB/925/2019, de 30 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2019 para el acceso en el año 2020, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física.

⁷ ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Sin embargo, aunque todas estas metodologías se dan en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la que predomina es el “aprendizaje de campo”, es decir, la continua exposición, ya desde el inicio de la residencia, a situaciones reales, en entornos y con pacientes reales y, por lo tanto, con consecuencias reales. Y es que nadie aprende un oficio en soledad, necesita de la comunidad, de otros profesionales del oficio que aporten los recursos y conocimientos necesarios, así como de un contexto específico, para convertirse en un profesional (Vásquez, 2011, pág. 57).

El objetivo de esta investigación es profundizar en el conocimiento del aprendizaje en la práctica de los residentes de medicina familiar y comunitaria durante los primeros meses de residencia. ¿Cómo aprenden en la práctica los residentes durante los primeros meses cuando inician su formación en una institución⁸ para trabajar, pero también para formarse como especialistas en medicina de familia? ¿Cuáles son sus experiencias, vivencias y significados sobre el aprendizaje en la práctica cuando se reclaman como médicos en formación, pero a la vez deben atender a demandas laborales? Para ello, la herramienta teórica central será el concepto de Lave y Wenger (1991), de *Participación Periférica Legítima* (PPL), dentro del marco de la *teoría social del aprendizaje* de Wenger (2017, pág. 21).

Esta forma de concebir el sujeto de estudio es compleja y abarca múltiples conceptos fundamentales, como la formación de la *identificación profesional*, la *participación, central o periférica* en una *comunidad de práctica* y en instituciones, la formación de un *significado* compartido que le dé sentido, las relaciones entre los aprendices y entre el maestro y el aprendiz y la realización de la práctica como forma de integrar el conocimiento (Lave & Wenger, 1991, pág. 1). El aprendizaje desde esta perspectiva es entendido como un fenómeno social que debe conducir al aprendiz a participar en una práctica sociocultural en “[...] *interdependencia relacional del agente y el mundo, la actividad, el significado, la cognición, el aprendizaje y el conocimiento*” (pág. 12).

El aprendizaje, por lo tanto, no es concebido sólo como la adquisición individual de habilidades y destrezas, tampoco se centra únicamente en el conocimiento que debe adquirir ni en el agente que aprende, ni en los procesos cognitivos, sino que pone el foco en el aprendiz en relación con el mundo, en continua *negociación y renegociación*

⁸ Este trabajo emplea el concepto de institución en el sentido de la RAE, es decir, como un: “*Organismo público o privado que ha sido fundado para desempeñar una determinada labor cultural, científica, política o social*”. Se puede utilizar como sinónimo también de organización sin que varíe el significado. Asimismo, desde esta perspectiva le asociamos la connotación de que toda institución a la que hacemos referencia es poseedora de saberes expertos, de conocimientos expertos.

de su papel en la comunidad en la cual se implica (pág. 12). Asimismo, este agente en relación con el mundo contribuye igualmente a su producción, reproducción y transformación social.

Pero tampoco podemos olvidar diferentes aspectos estructurales que convergen en el aprendizaje en la práctica en un entorno concreto, como, por ejemplo, los conflictos institucionales, las opacidades de las organizaciones, los roles atribuidos a cada agente implicado en el proceso de aprendizaje y su estructura social, la burocratización de la medicina y la relación médico-paciente, las jerarquías y los juegos de poder, entre otros, que generan conflictos, pero también colaboraciones interpersonales y de *identificación profesional* entre los aprendices.

La inquietud por profundizar en el estudio del aprendizaje en la práctica vino determinada por la sugerencia de mi tutor, Ángel Díaz de Rada, cuando le presenté una parte del trabajo que estaba haciendo desde hacía más de un año con 12 residentes de medicina familiar y comunitaria, a los que estaba entrevistando para conocer cómo se formaba su identificación profesional como médicos de familia a lo largo de la residencia⁹. Puesto que el trabajo estaba diseñado para los cuatro años que dura su formación, hubo que acotar y decidí explorar el proceso del aprendizaje en la práctica de los residentes, sin darme cuenta de que, realmente, estaba entrando de lleno en el estudio del proceso de identificación profesional del residente dentro de una estructura social marcada por las relaciones de poder. En lugar de los cuatro años, tomamos como referencia el primer año, en realidad, los primeros 6 meses que fue cuando se realizaron las entrevistas y el grupo focal.

2) ESTADO DE LA CUESTIÓN

Este trabajo se enmarca en la *teoría social del aprendizaje* propuesta por Wenger, quien le da un enfoque propio basado en tres aspectos fundamentales: el aprendizaje como un hecho social, el conocimiento entendido como la adquisición de competencias asociadas a actividades valoradas socialmente y el mismo conocimiento como sinónimo

⁹ El inicio del estudio sobre la identificación profesional se lo debo a mi compañera de trabajo, la Dra. Rosa Monteserín, médico de familia apasionada, formadora de algunas generaciones de residentes. Fruto de cafés y conversaciones interminables y enriquecedoras, filosóficas y antropológicas, surgió ese trabajo, junto a Joan Leyva, profesor de enfermería de la Universidad Autónoma de Barcelona, quien se unió al trabajo aportando una visión valiosa sobre la investigación.

de participación en la adquisición de estas competencias y como una forma de compromiso con el mundo que nos rodea (Wenger, 2017, pág. 21). Asimismo, nuestro planteamiento se aleja de otras concepciones de la *teoría social del aprendizaje* (teorías conductistas, cognitivas, constructivistas) basadas en enfoques psicológicos y más centradas en el individuo que en lo social (pág. 20).

Pero sobre todo se acerca a estudios *situados* en una realidad concreta y precisa, donde los aprendices se involucran porque *forman parte* de ella (Lave J. , 1996). Existen diversas investigaciones basadas en el aprendizaje en la práctica como una manera de concebir el aprendizaje dentro de un entorno concreto y rodeado de una *comunidad de práctica* que lo dificulta o alienta. Así, por ejemplo, durante la investigación de Jean Lave, entre 1973 y 1978, la autora observa cómo se forman los aprendices de sastre en un distrito de Monrovia, teniendo en cuenta también las diferentes formas culturales e históricas en las que se inserta cada experiencia (1996).

Para Grosshans (citado en Lave & Wenger, 1991, pág. 18), el aprendizaje-acción se ha dado de forma tradicional en múltiples entornos sociales y culturales, tanto en Oriente como en Occidente, en época feudal y en la actualidad, siendo de gran utilidad en Estados Unidos como una forma de enseñar en el deporte, en las artes, en la medicina y en otros muchos ámbitos y como sistema de control sobre los trabajadores. Asimismo, no se trata de una forma de aprendizaje sin implicaciones morales ni éticas ya que, de acuerdo con este autor, el aprendizaje en la práctica ha sido considerado como un medio de explotación para los trabajadores en Europa Occidental y Estados Unidos, a la vez que en otras zonas como en África Occidental, se ha considerado como un medio para el aprendizaje que no conlleva de forma tan flagrante la explotación de los aprendices.

Otros trabajos son documentados por Lave y Wenger (1991, págs. 20-28) sobre el aprendizaje-acción de diferentes profesiones, como el aprendizaje de las parteras del Yucatán, trabajo desarrollado por Brigitte Jordan¹⁰; el aprendizaje de sastre en Vai y Gola, en Liberia, llevado a cabo por la propia Lave; o el de los cortadores de carne en los supermercados de Estados Unidos desarrollado por Marshall, como una muestra de la dificultad de obtener la legitimación de la participación en una comunidad de práctica

¹⁰ (1979) "Training courses for traditional midwives in Yucatán, México", unpublished report written for the American Public Health Association under agreement with US AID, Elmendorf fieldnotes: The Mary Elmendorf Papers, Department of Special Collections, George A. Smathers Library, University of Florida.

(1979) "Report on field research in Yucatán with recommendations for incorporating traditional birth attendants in family planning programs" unpublished report written for submission to the Research Institute for the Study of Man, Nueva York, Elmendorf fieldnotes: The Mary Elmendorf Papers, Department of Special Collections, George A. Smathers Library, University of Florida.

que organiza el aprendizaje en torno a otros fines diferentes a la mera formación de profesionales.

Por otro lado, desde este enfoque teórico no hemos encontrado estudios que pongan el foco en la formación en la práctica *situada* de los residentes o médicos en formación de postgrado tanto en España como en todo el mundo. En todo caso, algunos autores (Hesketh, Allan, Harden, & MacPherson, 2003) (Martin, Nasmith, Takahashi, & Harvey, 2017), estudian cómo aprenden los residentes de medicina familiar y comunitaria los primeros meses de formación, documentando sus primeras experiencias formativas en la práctica, analizando sus creencias e ideas sobre los inicios del periodo de residencia.

3) METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

a) Contexto de la investigación

Esta etnografía se ha desarrollado dentro de un contexto de investigación más amplio que pretende estudiar el proceso de construcción de la identificación profesional del residente de medicina familiar y comunitaria desde una perspectiva diacrónica, abarcando a una promoción que empezó su formación en mayo de 2017 y que finaliza en el mismo mes del 2021. Puesto que era necesario acotar el objeto de estudio para adaptarlo a este trabajo, se ha tomado como referencia el material empírico recogido desde el mes de agosto hasta diciembre de 2017 (entrevistas, grupo focal y observación participante) con el objetivo de comprender cómo se lleva a cabo el proceso de aprendizaje en la práctica de los residentes durante los primeros meses de residencia.

El *extrañamiento* ha sido uno de los aspectos fundamentales para poder desarrollar la investigación. Investigar en un entorno conocido, en el que tengo el rol de secretaria de docencia, ha favorecido, por un lado, la entrada en el campo, sobre todo en las observaciones y en el acceso a los sujetos de estudio, pero por otro, también ha dificultado la comprensión antropológica del trabajo de campo, realizando un auténtico esfuerzo de cuestionamiento de lo observado y analizado, intentando no dar nada por sentado y analizando los prejuicios y las ideas preconcebidas que pudiera tener y que a veces pueden derivarse de mi trabajo cotidiano en el contexto. Esto ha dado situaciones en que, por ejemplo, en las observaciones, los residentes me preguntaran por cuestiones relacionadas con mi trabajo o que hubiera ocasiones en que, desde mi posición de investigadora, notara cierta desconfianza de algunos residentes a verme observando en reuniones en las que, por mi situación de administrativa no debiera estar,

quizás también porque algunos de los miembros me podían asociar más en relación con el jefe de estudios, es decir asociándome a una figura vista por ellos desde la posición de poder. La pretensión ha sido ir clarificando las dudas de estos residentes, informándoles de mi presencia en las sesiones y asegurar la confidencialidad de la información generada.

Tanto la observación como las entrevistas y el grupo focal se han realizado en el centro de atención primaria, lugar donde sólo una parte de los residentes realizan la residencia. El centro de salud, al ser mi lugar de trabajo y, por ende, dentro de mi propia sociedad, era un lugar accesible, pero también un lugar que me exigía una labor superior de extrañamiento. Asimismo, “el trabajo en casa” obligaba a que se fuera conformando un *sentido de la diferencia* (Velasco & Díaz de Rada, 2015, pág. 30), que permitiera que pudiera ir desgranando lo observado sin dar nada por supuesto, conformando y accediendo a nuevos significados y deshaciéndome de otros.

Por otro lado, ser consciente del *sociocentrismo* es fundamental para la participación como investigadora y para el análisis del material producido dentro de un contexto conocido. Investigar en la propia cultura y sociedad *parece* que puede ser más sencillo por compartir y entender algunos códigos, significados y el mundo de la comunidad que estudiamos, pero en el caso de este estudio, aunque se comparte pertenencia a una misma sociedad e incluso a la misma comunidad de trabajo, es necesario compartir también un lenguaje, unos significados y unas formas de hacer o de entender que desde mi posición no compartía, por lo que esta etnografía ha comportado un gran esfuerzo de comprensión. A esto, se unen estas ideas preconcebidas surgidas de mis propias experiencias, a las conversaciones informales que se han ido manteniendo a lo largo de los años, a las redes de relaciones que se han ido estableciendo y a los prejuicios que como persona socializada en este espacio y contexto podía tener.

En todo caso, el objetivo a nivel metodológico ha sido el de ser exhaustiva y rigurosa en el análisis, intentando contrastar la información obtenida en las entrevistas-grupo focal-observación participante e incidir sobre todo en el material recurrente.

b) Observación participante

El trabajo de campo ha constado de observación participante, la realización de un grupo focal y de entrevistas.

La observación participante ha constado de dos sesiones realizadas en dos días diferentes observando la acción social organizada como el Día del Residente dentro de la institución formal del centro de salud. Las sesiones se desarrollaban una mañana al mes, por la mañana de 8:30h. a 14:00h. con una pausa en medio para desayunar. Por mi horario de trabajo, mis observaciones han sido siempre hasta las 12:30h. aproximadamente, con lo que no he podido observar todo el desarrollo de éstas, aunque sí que nos ha proporcionado información importante sobre el objeto de estudio.

La observación participante también tuvo lugar en otras situaciones como la grabación de una situación de *role playing* a varias residentes de primer año y conversaciones informales con otros residentes y tutores dentro del ámbito de investigación, en pasillos principalmente.

Observar el Día del Residente ha permitido a nivel metodológico, triangular la información obtenida en entrevistas individuales y la información resultante del grupo focal entre iguales. Esta observación se daba entre residentes de diferentes años de formación y nos ha proporcionado información valiosa sobre formas de aprendizaje de los residentes, relaciones entre ellos, así como la posibilidad de analizar sus relaciones con otros agentes como los tutores.

Mi participación dentro de la observación ha sido de presencia, tomando notas y participando cuando algunos residentes me incluían en comentarios o me preguntaban para resolver dudas personales, en mi rol de secretaria de docencia.

c) Agentes de la investigación

Los agentes que forman parte de la investigación son 6 residentes de la unidad docente a la que yo pertenezco como secretaria de docencia y otros 6 de otras unidades docentes de Barcelona ciudad y provincia, 9 mujeres y 3 hombres. A los residentes que se incorporaron en el mes de mayo del año 2017 a nuestra unidad docente se les preguntó si querían participar en este estudio. Por otro lado, dado mi trabajo, tengo acceso a otras secretarías de docencia de otras unidades docentes con las que me puse en contacto para que, previo permiso de sus responsables, pudieran difundir el estudio entre los residentes. Una vez que los residentes noveles dieron su consentimiento me puse en contacto con ellos para proporcionarles más información. Asimismo, se les pasó un consentimiento de participación voluntaria en el estudio para que fuera firmado, un

consentimiento para que dieran permiso para registrar la entrevista y guardar el material y un consentimiento de participación en el grupo focal.

A cada uno de estos residentes noveles se les ha realizado una entrevista y han participado en un grupo focal entre agosto y diciembre de 2017. Todo este material empírico se ha registrado en audio en el móvil y se ha pasado a ordenador para su transcripción.

Otros agentes de la investigación han sido los residentes participantes en el Día del Residente de un centro de salud, un espacio de sociabilidad donde los aprendices noveles de primer año se relacionan con el resto de los residentes más veteranos de aquel centro. En las observaciones también han participado tutores que formaban parte de esa sesión y algunos tutores que entraron y salieron de las sesiones, participando de una u otra forma.

Los sujetos de estudio no fueron seleccionados en función de ningún criterio más que el de iniciar su residencia ese año y la manifestación de su voluntad en participar. Lo importante era tener una muestra que por proximidad pudiera permitirles y permitirme a mí también el acceso a las entrevistas y a la observación participante del Día del Residente.

d) Entrevistas

Durante el estudio se han realizado entrevistas dirigidas y en profundidad a cada residente cuya duración ha oscilado entre una hora y una hora y media. Todos los residentes menos uno, que fue entrevistado en un bar, han sido entrevistados en el centro de salud. Se optó por la realización de entrevistas dirigidas para que fuera más sencillo delimitar los aspectos tratados y hacerlos más sistematizables (Patton, citado por Ballestín & Fàbregues, 2018, pág. 136), aunque en realidad también ha habido flexibilidad a la hora de que los entrevistados pudieran explicar sus experiencias, vivencias, expectativas y prácticas y que también pudieran formular sus dudas acerca de la investigación.

Para evitar problemas éticos, así como que mi conocimiento de los agentes y ellos de mí pudieran influir en el estudio, se tomó la decisión de que la mitad de las entrevistas de aquellos residentes a los que yo conocía personalmente las hiciera un compañero

que no los conocía, realizando yo la otra mitad de las entrevistas a los residentes externos.

Se elaboró un guion de la entrevista con aquellos aspectos que pensaba que podían ser interesantes para explorar la identificación profesional del residente que ha escogido la especialidad de medicina familiar y comunitaria y que han servido de gran ayuda para enfocar el estudio del aprendizaje en la práctica.

Las entrevistas se dividieron en varias temáticas, pero las que conciernen a esta investigación se podrían resumir en las siguientes:

- **Variables sociodemográficas.**
- **Aspectos previos.** Relación familiar o personal previa con la especialidad, creencias e ideas relacionadas con la medicina familiar y comunitaria antes de comenzar su formación. Lugar de realización de la carrera de medicina y contacto, prácticas, rotatorios de la especialidad durante la carrera.
- **Ser médico de familia. Identificación.** Preguntas que exploran los valores y aptitudes de la especialidad, la realización profesional, cuáles son sus expectativas acerca de la especialidad y si éstas se van cumpliendo.
- **Sistema de Salud.** Trabajo que desearía desempeñar una vez finalizada la residencia, expectativas de formación que tenían hasta ahora tanto en el hospital como en el centro de salud. Proyectarse en el futuro.
- **Formación.** Preguntas relativas a la valoración de la formación hasta el momento de la entrevista, si añadirían/mejorarían/quitarían algo a la formación recibida hasta ahora, tanto en el centro de salud como en el hospital y qué sería. Consideración del papel del tutor o tutora de atención primaria, qué repercusión tiene en su formación y el papel del colaborador docente o responsable de la docencia en el hospital. Papel que juegan en su formación otros residentes y otros profesionales, como enfermería, administrativos, auxiliares. También se explora la diferencia percibida entre el papel de estudiante y el del residente.
- **Imagen social.** Preguntas relacionadas con la visibilidad de la especialidad en los medios, si se percibe la especialidad como prestigiosa o respetada por otros profesionales, así como las opiniones y relaciones con otros residentes de otras especialidades y con los profesionales del hospital y del centro de salud.

Asimismo, se ha intentado tener en cuenta que, puesto que la mayor parte del material empírico provenía de las entrevistas, era necesario realizar observaciones que permitieran en la medida de lo posible triangular la información. Así, por ejemplo,

tomamos el material obtenido con las entrevistas desde la perspectiva de Díaz de Rada (2011, pág. 96), donde

“Independientemente de la verdad contenida en la dimensión referencial o informativa del discurso verbal, y teniendo en cuenta que la dimensión referencial o informativa es una dimensión en todo caso parcial, las personas del campo dicen lo que dicen. Decir es una acción más, que debe ser contemplada, como cualquier otra acción de esas personas, en el entorno general de sus acciones, es decir, en el entorno emic de sus posiciones y perspectivas sociales concretas. Y, como con cualquier otra acción verbal será interpretada y analizada por el etnógrafo en relación con el cuerpo de sus categorías de análisis”.

Este aspecto es interesante, sobre todo por la consideración de que el contenido obtenido puede ser y de hecho es parcial y con la necesidad de poder contrastarlo con el resto de la información obtenida a lo largo de las entrevistas de otros aprendices y de las observaciones y grupo focal.

e) Grupo de discusión

Como método de investigación, el grupo de discusión resulta interesante para exponer diferentes puntos de vista, así como para confrontar ideas e intentar subrayar diferencias y acuerdos. De acuerdo con Téllez, (citado en Ballestín & Fàbregues, 2018, págs. 156-157):

“El grupo de discusión es en sí mismo un artificio que el investigador construye para poner en juego las representaciones, opiniones, actitudes, comportamientos, sistemas simbólicos, relaciones de poder y negociaciones a través de los cuales se llega a un cierto consenso o a polarizaciones en las posturas y concepciones de los participantes”.

El grupo de discusión se llevó a cabo en el centro de salud y duró alrededor de hora y media. Acudieron 8 residentes en total de todos los convocados y se realizó en una sala de formación/reuniones, un espacio formal del centro de salud. El moderador fue un compañero que había hecho la mitad de las entrevistas y yo acudí como asistente, tomando notas y colaborando si era necesario para acotar o matizar algún comentario. Asimismo, se registró para su escucha y análisis posterior.

A nivel metodológico, tomar la decisión de diseñar la incorporación del grupo de discusión e incluirlo en el estudio respondía a la necesidad de proporcionar información adicional que posibilitara contrastar la información obtenida en las entrevistas, y aunque pudiera ser que la información resultante fuera más superficial, sí que resultaba interesante por el contraste de ideas entre los aprendices, así como por la exposición de diversos puntos de vista que posibilitaran el diálogo entre ellos.

f) Fuentes documentales

Como fuentes documentales se han utilizado normativas específicas consideradas *emic* desde nuestra perspectiva, como decretos y órdenes publicadas por el Ministerio de Sanidad para conocer cómo se organiza la formación de los profesionales de la medicina familiar y comunitaria, así como la consulta de páginas web de instituciones consideradas emisoras de conocimiento experto por los agentes entrevistados, como la SemFyC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) o la CAMFIC (Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria).

Consultar estas fuentes nos aporta una visión de conjunto sobre qué es para estas instituciones la profesión de la medicina de familia, qué formación específica imparte y cuáles son sus idearios dentro del sistema *emic* del que forman parte.

Todas estas fuentes documentales (normativas emitidas por el Ministerio, órgano supremo de donde emana la normativa sobre cómo se forma un residente y cuál es la metodología que se debe utilizar; información *online* de las instituciones más representativas para los sujetos de la investigación), nos proporcionan información adicional que nos ha servido para documentarnos y profundizar en el universo de la formación del residente de esta especialidad.

g) Posibles dilemas éticos

Este trabajo se ha planteado y realizado conforme al Código Ético de la Asociación Antropológica Americana, aprobado en junio de 1998, así como de acuerdo con las orientaciones deontológicas que propone la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (F.A.A.E.E.).

Algunos aspectos que a nivel ético me preocupaban se han tenido en cuenta antes de iniciar el estudio. Asimismo, a lo largo de la investigación también ha aparecido alguna cuestión ética que no había previsto, lo que me ha obligado a reflexionar sobre ella y a tomar decisiones en la investigación.

Una primera cuestión ética ha sido que, al formar parte del campo en el que he investigado, los resultados no se vieran influenciados por mi pertenencia a la organización. Ha sido importante hacer un ejercicio autorreflexivo para determinar si podría haber lealtades encontradas (a la organización, a personas concretas, a los propios residentes) y de que éstas, si las hubiere, no afectaran al resultado de la investigación, ni en un sentido ni en otro. Al ser consciente de esto, ha habido un trabajo de reflexión para poder expresar mis resultados de acuerdo con mi enfoque personal, teórico y reflexivo, sin atender la autocensura, sino a cuestiones únicamente éticas.

Un segundo aspecto que se ha tenido en cuenta ha sido no perjudicar con el estudio a aquellos informantes que me han permitido realizar las entrevistas, así como reflexionar sobre cuáles serían las consecuencias de los resultados de la investigación para ellos dentro del contexto. Asegurar su confidencialidad, así como la no utilización de datos que permitan identificarles, ha sido una de las máximas de la investigación.

Un tercer aspecto ético ha sido reflexionar sobre los resultados y la conciencia de que se trata de una investigación parcial. Esta etnografía podría atender a más “miradas”, a más voces, como los propios tutores, los colaboradores docentes e incluso otros profesionales que nos ayudarían a poder ampliar el foco y aprehender más el contexto, por lo tanto, los resultados no son concluyentes.

Una cuarta cuestión ha sido la solicitud de firma de un consentimiento informado a los participantes en el que otorgan su consentimiento para participar en el estudio (y también a abandonarlo cuando quieran), donde conocen que su participación es voluntaria y afirman que han sido adecuadamente informados sobre éste.

Finalmente, una cuestión que no había sido prevista por mí pero que me ha ayudado a reflexionar sobre mi papel, es la sensación personal de que una parte de los informantes que pertenecen a mi organización (recordemos que la mitad pertenecen y la mitad no), me otorgan un rol dentro de la institución como parte de la estructura de poder. No ha pasado siempre ni en todos los casos, pero esta percepción personal me ha permitido poder informar sobre mi papel dentro de las observaciones y, sobre todo, de asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos, intentando separar mi rol de trabajadora dentro de la institución de mi rol de antropóloga.

4) MARCO TEÓRICO

¿Cómo se lleva a cabo el aprendizaje *situado* en la práctica de los residentes de medicina familiar y comunitaria durante los primeros meses de formación? ¿Cómo se enfrentan al aprendizaje en la práctica y cuáles son sus vivencias y experiencias relacionadas con su formación?

Para poder contestar a estas preguntas tenemos un concepto fundamental que se enmarca en la *teoría social del aprendizaje* que postula Wenger (2017), la *Participación Periférica Legítima (PPL)* (Lave & Wenger, 1991). Dicha noción, no es una metodología de aprendizaje en sí misma, sino que se trata de un concepto analítico que permite estudiar el aprendizaje en la práctica como un todo de relaciones, con los demás agentes, con el contexto y con el mundo, concibiéndolo como una práctica sociocultural más, inherente al ser humano:

“Participación periférica legítima” permite hablar de las relaciones entre novatos y veteranos y de las actividades, identidades, artefactos, y comunidades de conocimiento y práctica. Trata del proceso por el que los nuevos participantes se convierten en parte de una comunidad de práctica. El proceso de convertirse en participante pleno de una práctica sociocultural compromete los propósitos de aprender de una persona y configura el significado del aprendizaje. Este proceso social incluye, de hecho, subsume, el aprendizaje de destrezas conocibles” (Lave & Wenger, 1991, pág. 1).

La PPL no es simplemente el aprendizaje-acción, aprendizaje *in situ*, “aprender haciendo” o aprendizaje en la práctica, donde el foco del aprendizaje se coloca en el aprendiz o en los conocimientos que éste debe adquirir. La PPL es una forma de entender el aprendizaje como situado, contextualizado, que forma parte integral de la práctica social y que genera un *compromiso mutuo* dentro de esta práctica donde se está inmerso. Asimismo, se trata de una forma de participación que proporciona a los aprendices la manera de empezar a ser incorporados a una comunidad a la que no pertenecen o de ser considerados miembros en potencia (Wenger, 2017, pág. 21).

Para los autores, la PPL sugiere diferentes maneras de participar en el mundo, en la comunidad de práctica o en una institución: en ocasiones son formas de participación más comprometidas, en ocasiones menos, a veces más periféricas o marginales, otras más centrales o plenas. En todo caso, el aprendizaje se puede dar en cualquier contexto no sólo en instituciones creadas para ello o no sólo cuando haya una intención de

enseñar o de aprender, porque “*El proceso de participar en una práctica siempre implica a toda la persona, actuando y conociendo al mismo tiempo*” (2017, pág. 72), sea cual sea el contexto o la intencionalidad. Asimismo, se dan múltiples fuerzas que permiten o dificultan este aprendizaje, que legitiman la participación, empoderando al aprendiz o fuerzas que deslegitiman su participación, dificultando el aprendizaje (Lave & Wenger, 1991).

Por otro lado, puesto que el aprendizaje se toma desde la perspectiva de la participación de la persona-en-el-mundo, este enfoque siempre implica una *negociación y renegociación de la participación* (1991, pág. 12). Este aspecto es clave para entender los cambios de posición dentro de las comunidades de práctica o instituciones a lo largo del aprendizaje y la importancia de las relaciones entre aprendices y aprendiz-maestro, no exentas en muchas ocasiones de presiones y conflictos, pero también de cooperación y compromiso (Wenger, 2017, pág. 113).

Tampoco podemos olvidar las presiones de las organizaciones en las que las condiciones sociales y económicas influyen de forma decisiva en el aprendizaje, generando tensiones internas en los aprendices y maestros. Estas presiones entran en conflicto con la condición, como diría Sennet, de *artesanos* de los aprendices, es decir, con “[...] *el deseo de realizar bien una tarea, sin más*”¹¹ (2009, pág. 20) y que repercute directamente en el compromiso con el aprendizaje y con la comunidad, en la calidad del aprendizaje y del trabajo realizado.

Pero como hemos comentado, la *PPL* se puede enmarcar dentro de la *teoría social del aprendizaje*, que debe tener en cuenta varios conceptos fundamentales interrelacionados: *la práctica, la comunidad, la identificación*¹² *y el significado* (Wenger, 2017, pág. 22). El aprendizaje, no sólo crea huella en el individuo que aprende,

¹¹ Sennet (2009) propone una idea interesante, haciendo referencia a que cualquier profesional puede diferenciarse de los demás por su condición de *artesano*, que lleva aparejado el *compromiso* de hacer bien su trabajo. De hecho, para el autor este compromiso es una cualidad “*específicamente humana*”. Alcanzar la maestría no sólo sería poder aprender toda una serie de habilidades de alto grado que hacen que el trabajo esté bien hecho, sino que se trataría de conseguir también una “*recompensa emocional*”, es decir, aprender para obtener la recompensa de un buen trabajo. El artesano no es sólo aquel que trabaja con sus manos, sino que puede ser cualquier trabajador, y, por ende, aprendiz, que tenga estas cualidades y, sobre todo, un alto compromiso con el trabajo que realiza y por su aprendizaje. En la actualidad, no obstante, y debido a los patrones sociales y económicos que imperan (hacer más cosas en menos tiempo, y estructuras organizativas, entre otros), estas presiones se hacen patentes estableciendo una dicotomía moral en el aprendizaje: lo perfecto contra lo práctico.

¹² Desde el punto de vista analítico y a propuesta de mi tutor se ha tomado como referente el concepto de *identificación* frente al de *identidad*, ya que el primero permite gradaciones, una “*dimensión procesual*” y una flexibilidad que no permite analíticamente el término identidad, más ambiguo, rígido y con significados heterogéneos y poco específicos (Díaz de Rada Á, 2019; Brubaker & Cooper, 2001).

transformando su *identificación personal y profesional*, creando *identificaciones* nuevas, construyendo el *yo-del-sujeto-en-relación-con-los-demás-y-con-el-mundo*, el aprendizaje y las experiencias generadas ofrecen también nuevos significados al sujeto en su experiencia con el mundo. Asimismo, el aprendiz se inserta en *comunidades de práctica*, más formales e informales, perteneciendo a múltiples de ellas a lo largo de su vida, participando o comprometiéndose de forma diferente en función de la comunidad o del contexto (Wenger, 2017, págs. 99-101).

En estas *comunidades de práctica* convergen diversas dimensiones fundamentales: un *compromiso mutuo* (que se establece entre los que participan en la práctica generando relaciones de participación entre ellos, en continua interacción), una *empresa común* (todos los participantes encaminados hacia un objetivo negociado creando en ellos una sensación de responsabilidad para llevarlo a cabo) y *unos relatos y discursos* que les unen (que incluye códigos compartidos, símbolos...) (pág. 99).

Igualmente, el aprendizaje contribuye a la producción, reproducción y transformación social de las comunidades de práctica en continuo cambio:

“Cada agente, lo sepa él o no, lo quiera o no, es productor y reproductor de sentido objetivo: porque sus acciones y sus obras son el producto de un modus operandi, ellas encierran una “intención objetiva” (Bourdieu, 2012, pág. 214).

Y es que, para Bourdieu, que analiza la generación de prácticas en diferentes campos de acción social, éstas dependen de la producción de *habitus*, es decir, de la incorporación dentro del individuo *“de disposiciones duraderas y transferibles”* (2007, pág. 86) junto a su particular forma de ver el mundo, sus pensamientos, emociones, percepciones, su historia personal: la simbiosis entre la *“[...] interiorización de la exterioridad y la exteriorización de la interioridad”* (2012, pág. 201) y que son a la vez generadores de prácticas. Asimismo, los agentes tampoco reproducen a ciegas o de manera mecánica las estructuras sociales, sino que son agentes activos y no únicamente meros reproductores de estructuras, discursos y prácticas. Éstas, en ocasiones se objetivan como “naturales” cuando en realidad son procesos culturales creados intencionadamente o no (págs. 225-226) yendo más allá de las intenciones conscientes de los que las reproducen (Bourdieu, 2007, pág. 92).

5) MEDICINA DE FAMILIA: MUCHO MÁS QUE LA ELECCIÓN DE UNA ESPECIALIDAD

a) Valores atribuidos a la especialidad

Byron J. Good¹³, antropólogo norteamericano que ha estudiado, entre otras cosas, cómo construye la medicina sus objetos de estudio (la biología, la enfermedad, el paciente...), concibe esta disciplina como una forma simbólica que se encuentra en el mismo seno de la cultura y que no puede ser desligada de la concepción cultural de la fisiología y de la biología. Desde esta perspectiva antropológica, la medicina se concibe como una forma concreta de entender la realidad, se adentra en el cuerpo mediante técnicas que ven en su interior, “más allá”, y que conciben al sujeto como un paciente o como un enfermo, (Good, 2003, págs. 132-133), haciendo hincapié en la vertiente física o biológica y denostando (por ignorarlas o por no considerarlas de su competencia ni como importantes en la salud global de paciente) otras vertientes del ser humano, como la psicológica, la social o la cultural, es decir, ver al paciente como un *todo*.

En el análisis de las entrevistas realizadas y del grupo focal, encontramos una visión de la medicina más amplia. Por un lado, apreciamos que, el hecho de que los aprendices estén realizando la especialidad de medicina familiar y comunitaria no es baladí, conlleva una visión de su entorno, una construcción de su objeto de estudio, más holística, entre otros valores asociados a ella. Estos valores van construyendo su *identificación profesional* ya que establecen una distancia entre un médico de familia y los médicos de otras especialidades.

Los pilares en los que se asientan los valores que contribuyen a construir la *identificación profesional* de los residentes de medicina familiar y comunitaria hacen referencia a dos bloques fundamentales: cómo construyen su sujeto de estudio (visión del paciente) y cuál es el conocimiento fundamental que deben aprender para ejercer esta profesión.

La especialidad de medicina familiar y comunitaria aparece en los discursos como holística (se preocupan por la salud biológica, psicológica, social y de la comunidad), global (saben de todo un poco, aunque no están subespecializados en nada) y que

¹³ Byron J. Good ha realizado diversos trabajos sobre el aprendizaje de los estudiantes de medicina de Harvard, cómo van cambiando su percepción de la realidad y del cuerpo, del ser humano, a medida que avanza su formación, transformándose en un mundo donde predomina lo biológico, lo físico.

propone un seguimiento a lo largo de la vida del paciente y de su familia. Asimismo, en estos discursos también aparece una continua oposición medicina de familia *versus* otras especialidades, a las que les atribuyen otros valores diferentes, en contraposición a los de su propia especialidad.

Como ejemplo, podemos apreciar en el discurso de la siguiente informante una de las comparaciones entre ser médico de familia y ser médico de otra especialidad, así como los valores de holismo y de preocupación por el paciente que se atribuyen.

“[...] el oftalmólogo mirará los ojos, pero le importa un comino si tú tienes una depresión, a ver... entre comillas; o el trauma, es lo típico, a los traumatólogos les importa pues enyesar aquello y se acabó, pero no miran si tienes... mirarán, dentro de lo crucial, aquello que pueda intervenir en el tema de la intervención quirúrgica y todo eso, pero les importa un rábano si tienes una fibrilación auricular y con qué tratamientos está esta fibrilación auricular, en cierto modo. Entonces, medicina de familia no, medicina de familia tú vienes allí y dices a ver, este paciente tiene esto, esto y lo otro y encima tiene problemas en su casa por lo que ahora tiene depresión, pero encima, otras cosas, tiene unos hijos y la pobre no puede llegar a fin de mes con el dinero, o sea, es todo un conjunto. Entonces, esto a mí me gusta porque no es simplemente verle pues mira, tiene problemas de corazón y esta pastillita y ya está. A ver, señora tal, ¿qué tal, como se encuentra? No sé, a mí esto me gusta” (E8, 2017).

La *identificación profesional* de la medicina de familia se va construyendo a través de estos valores que se enumeran en los discursos, sin duda, una diferenciación entre el “Nosotros” y el “Ellos”: “Nosotros”, los holísticos, los globales, los que seguimos al paciente, los que no le consideramos como un número, los que nos preocupamos; que se diferencia del “Ellos”, parciales, subespecíficos, que no ven el ser humano como un todo, sin trabajar la relación médico-paciente o la comunicación.

Y es que la medicina de familia implica tener una visión global del paciente y del mundo en el que vive. Esta visión global, además, conlleva no tener que renunciar al aprendizaje de conocimientos ni “olvidar” otros ya adquiridos, a diferencia de otros especialistas. De nuevo la *identificación profesional* es construida a través de los valores asociados, entre ellos también el tipo de conocimiento: dedicarse a la traumatología implica “descartar” otros conocimientos respecto al resto del cuerpo, dedicarse a la pediatría, implica “olvidar” todos los conocimientos asociados a la población adulta.

Asimismo, puesto que se trata de una especialidad global, no existen los límites en el aprendizaje:

“[...] y después valoraba Familia por el hecho de que te especializas en todo a la vez, no tienes como que elegir y dejar cosas de lado, ¿no? Como que puedes llegar hasta donde tú quieras” (E3, 2017).

Por otro lado, el hecho de que los conocimientos que se deban adquirir sean globales, y que sean considerados como un valor por los aprendices, se perciben a su vez como poco considerados por una buena parte de la población, que desconoce que sea una especialidad o que tengan que formarse durante años para adquirirla. Y es que tener conocimientos globales (un poco de todo y nada de forma subespecializada) no equivale a no tenerlos o a que éstos sean poco relevantes.

El seguimiento del paciente es otro valor asociado a la especialidad, en contraposición con el resto. Las relaciones médico-paciente-familia adquieren un plano fundamental de *identificación profesional*. El establecimiento de una comunicación continuada y fluida y la creación paulatina de confianza y empatía, son características esenciales que se atribuyen a un buen especialista de esta disciplina.

En realidad, a la especialidad se atribuye una serie de valores humanísticos que la *tipifican* y que la diferencian de otros asociados al resto de especialidades, ya que el sujeto de estudio de cada una se construye de forma diferente. La diferenciación se centra en valores de atención y de relación y valores relacionados con la globalidad de esta atención. Igualmente, se da por hecho que el resto de las especialidades no tienen estos valores tan humanos, ¿el hecho de “mirar” sólo una parte del cuerpo humano exige el olvido de que esa parte está inserta en un todo que sufre o que vive? Asimismo, se van asociando cualidades personales a los profesionales que se dedican a ella, aspectos que veremos en el apartado siguiente.

b) Perfil personal atribuido a la especialidad

Aunque los residentes reconocen ciertos valores y aptitudes comunes a todos aquellos que han estudiado la carrera de medicina, independientemente de la especialidad que hayan escogido¹⁴, en sus discursos aparece de forma recurrente la

¹⁴ A lo largo de las entrevistas aparecen algunas cualidades que los residentes señalan como comunes a todos los estudiantes de medicina, como: la renuncia (a comidas familiares, a la vida social, a divertirse con los amigos porque deben estudiar), la disciplina (consideran que todas las

sensación de que, para ser médico de familia se debe disponer de unas cualidades personales y ciertas aptitudes distintas al resto de médicos, atribuyéndose la necesidad de tener un perfil personal específico para desarrollarse plenamente como tal.

Si bien es cierto que se comenta que *“no existe un aura de médico de familia porque cada año finalizan muchos la especialidad y que no todos son iguales”* (E2, 2018), en general, se pone de manifiesto la existencia de aspectos diferenciales, de personalidad, del médico de familia.

Se describen cualidades personales como la empatía, el aprecio por las relaciones personales y por la gente, el saber escuchar de forma activa y el saber comunicarse bien. Estas cualidades, aunque se considera que deberían ser generales para todos aquellos que se dediquen a la profesión médica, se percibe como que, a nivel social, son exigidas mucho más a los médicos de familia. De hecho, se asume este discurso de aceptación de que el médico de familia debe saber comunicarse mejor que el resto por la naturaleza de su relación con los pacientes.

Por ejemplo, la empatía debe ser más acusada en los médicos de familia debido justamente al carácter holístico de su “mirada”. Conocer al individuo, a su familia y a su comunidad de forma prolongada permite que el médico sea cercano, que se familiarice con las personas a las que atiende, que se ponga en su lugar. Por contraposición, de nuevo, aparece el discurso de que los demás especialistas no necesitan desarrollar tanta empatía debido a que sólo atienden partes del cuerpo y por períodos cortos de tiempo. De hecho, esa mirada parcial sobre el cuerpo del paciente puede ser positiva dependiendo de su especialidad. Por ejemplo, focalizarse sólo en una herida, sin ver al paciente, puede ayudar a coserla mejor. Como comenta una de las residentes, *“objetivizar el paciente”*:

“No, no, todo médico debería ser así [empático], correcto, pero creo que el de familia se espera más. Es triste, pero se espera... Bueno, es triste... es la realidad, [...] que tampoco debería ser así, pero al no ver al paciente como un todo, incluso la familia, todo el pack que viene con el paciente, su contexto social, pues entonces pierde un poco la visión y “objetiviza” más también, porque a veces ayuda a hacer mejor tu trabajo. [...]” (E5, 2017).

personas que han estudiado la carrera de medicina tienen un grado de disciplina muy alta debido al alto grado de exigencia académica a lo largo de la carrera y de la necesidad de sacar buenas notas para entrar en la universidad) y la responsabilidad (porque están realizando un trabajo en el que la responsabilidad de sus acciones sobre los demás es crucial).

Respecto a la capacidad de tener escucha activa y de ser un buen comunicador, los residentes lo interpretan como cualidades que se tienen, aunque también sean habilidades que se pueden aprender, percibiéndolas como fundamentales para ejercer la profesión de médico de familia. Asimismo, los residentes entrevistados estiman que ya tienen aptitudes para serlo, incluso cuando llevan menos de seis meses cursando la especialidad, pero que lo que necesitan es conocimientos y experiencia. De hecho, para los entornos inmediatos de los residentes, familiares y amigos, estas cualidades personales específicas atribuidas para ejercer la profesión “encajan” en su marco mental con las características personales de los residentes.

Lo mismo ocurre con otros profesionales, que también traducen estas cualidades del médico de familia en una mejor forma de comunicarse tanto con los pacientes como con los compañeros. Asimismo, otras especialidades también tienen sus aspectos caracteriales, como la asociación de la cirugía a ser una persona con habilidades manuales, que, en todo caso, se pueden practicar pero que se tienen o no se tienen, lo mismo ocurre con la medicina de familia, considerando que es una especialidad que requiere de ciertas habilidades personales:

“[...] porque hay gente que es de una manera que no la veo yo siendo médico de familia por el trato...”.

“Por el trato con el paciente o, no sé, la paciencia. Claro, el tipo de medicina que se hace ¿no?, hay gente que espera algo más intervencionista o problemas más complejos...” (E6, 2017).

En todo caso, estas cualidades asociadas al médico de familia no dejan de ser, sobre todo, del médico-en-relación-con-el-paciente-y-con-el-entorno: empatía, comunicación, querer ayudar, escuchar e incluso ser buena persona.

“Y la otra cosa es que soy una persona muy empática, me considero una persona muy empática y próxima a la gente, muy familiar, y que me gusta mucho el contacto con las personas. Por tanto, esto creo que también es un valor positivo de la medicina de familia y, también soy una persona crítica, me pregunto el porqué de las cosas e intento tener un punto crítico y entonces yo creo que la medicina de familia tiene una parte muy positiva con esto, con ser crítico (E7, 2017).

c) El Centro de Atención Primaria: un espacio “natural” del Médico de Familia

En las narrativas de los aprendices aparecen múltiples comparaciones entre el centro de salud y el hospital donde se desarrolla la formación. Ambos entornos se van oponiendo en los discursos de forma constante, ya sea por el “ambiente” percibido, ya sea por las relaciones entre los profesionales, o por el tipo de trabajo que se desempeña en cada organización o por la forma de entender el paciente desde cada especialidad.

A pesar de que al menos durante la mitad de su formación de los cuatro años como médicos de familia se formarán en el hospital y, especialmente el primer¹⁵ y segundo año¹⁶, los residentes atribuyen su espacio “natural” al centro de atención primaria, haciendo constar la paradoja de que se están formando en un entorno hospitalario que no lo sienten como propio, enfrentándose a situaciones que, por complejidad, no sienten que les sirva para enfrentarse a problemas que después encontrarán en una consulta de atención primaria, a la vez que aprenden en un lugar donde no acabarán trabajando, puesto que consideran que su lugar, a priori, es el centro de salud.

Esta sensación puede venir dada por el contexto: el Sistema Sanitario Público está dividido, como hemos visto en Atención Primaria y en Atención Especializada. La primera tiene “sus” lugares donde se ejerce, que son los centros de salud o de atención primaria que serán los centros en los que la mayoría de los residentes que se forman acabarán trabajando en el futuro. En segundo lugar, los dos primeros años se forman en el hospital donde no encontrarán a referentes de su especialidad, sino que recibirán formación de otros especialistas, con conocimientos más subespecializados.

¹⁵ El primer año de un MIR de medicina de familia y comunitaria, éste realiza las siguientes estancias (aunque puede variar de un residente a otro distribuyéndose de diferente manera, el contenido es el mismo):

4 meses en el servicio de Medicina Interna (Geriatría, Medicina Interna, Unidades de Estancia Corta),

4 meses de CAP (de rotación en el ambulatorio con su tutor o tutora asignado),

1 mes en el servicio de Urgencias,

1,5 meses en Hospital de Día de Infecciosas,

1,5 meses en Hospital de Día de Medicina Interna.

Algunos residentes pueden empezar en el mes de mayo, cuando empiezan la residencia, o bien por su propio CAP o bien por el Hospital.

Asimismo, algunos residentes realizan guardias en Atención Primaria desde el inicio.

¹⁶ Durante el segundo año estarán únicamente dos meses en Atención Primaria y el resto en servicios hospitalarios.

6) LA TRANSICIÓN DE ESTUDIANTE A RESIDENTE

a) Roles diversos y negociación de la participación

De acuerdo con algunas investigaciones sobre los primeros meses de formación de los médicos de familia (Hesketh et al. 2003; Martin et al. 2017), una de las transiciones más acusadas durante el período de residencia es el paso de estudiante a residente. El desconocimiento de la organización, la inmersión en el aprendizaje *situado* en la práctica, la asunción de responsabilidad ante pacientes y ante su propia actuación y el sistema de relaciones que se entretienen durante ese período son aspectos fundamentales que conforman sus primeros meses de aprendizaje.

Desde nuestra perspectiva antropológica, los residentes que han empezado su formación se encuentran, recordando a van Gennep (2013), en un estado liminal. Dentro de una oposición binaria estudiante/médico de familia, no encontrarían su lugar, sino que se encontrarían en el medio, en un estado en el que ya no son estudiantes, han adquirido un estatus diferente, pero tampoco son médicos de familia. Son médicos en formación, lo que les conduce a encontrarse a lo largo de este período en diversos estados intermedios o en los márgenes de lo que *quieren llegar a ser*. Es como si, cruzando un río, no se encontraran ni en una orilla ni en la otra, sino que, fueran poco a poco avanzando y dentro del río tuvieran una posición diferente a cada paso que se avanza. En una sociedad donde *parece* que la formación está separada del ámbito laboral con líneas divisorias importantes, el residente convive con un nuevo estatus que bascula entre la formación y el trabajo: no es un estudiante universitario, pero tampoco es un profesional de la medicina familiar y comunitaria.

Analizando las narrativas de los residentes vemos cómo las experiencias previas de la época de estudiante de medicina y de sus prácticas se unen a las expectativas de los residentes acerca de lo que debería ser la docencia durante la residencia.

“Sentir” que se forma parte de la comunidad donde se realiza el aprendizaje es fundamental para “sentir” que se aprende, que se adquieren habilidades y destrezas necesarias para poder ser aceptado por la comunidad y desempeñar el trabajo. Ahora bien, se participa de forma diferente si se tiene la etiqueta de “estudiante” o la etiqueta de “residente”. En un mismo contexto, en función de cada etiqueta y la idea que se tiene del rol que desempeña cada uno, se ejercerá un rol u otro, una práctica u otra.

La asunción, por parte de éste, de diferentes roles y, por lo tanto, de diferentes identificaciones, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, viene determinada por diversos componentes:

- En función de su *autoidentificación* como estudiante, como residente, como médico o como médico de familia y el papel que cada agente cree que debe tener en función de la “etiqueta” que se asigna o la que le asignan desde la institución.
- En función de la *comunidad de práctica*, grupo de trabajo o institución donde realiza el aprendizaje.
- En función del *docente* y su capacidad para incluir o excluir al estudiante o residente dentro de la comunidad de práctica.
- En función de otros agentes, sobre todo el *paciente*.

A lo largo de las entrevistas y del grupo focal, los residentes, de manera recurrente, se comparan con su época de estudiantes, recalcando que ahora son residentes, son médicos, no estudiantes y asumiendo que su rol ha cambiado, aunque en ocasiones, no se identifiquen de inicio con él.

Los estudiantes sólo en ocasiones *negocian su participación* dentro de las comunidades de práctica. Se ven a sí mismos en su época de estudiantes como pasivos, como observadores dentro de una comunidad que no sienten como propia porque está limitada su estancia por un período corto de tiempo. La negociación, si ocurre, es más porque los estudiantes toman una actitud proactiva y solicitan “hacer” en lugar de “observar”, estando sujetos a que el docente otorgue su consentimiento. Por ejemplo, una residente relata que cuando era estudiante pidió a un docente en el hospital que le dejara suturar. Explica cómo en un inicio le dejó primero poner la anestesia, otro día le permitió poner un punto, otro día le permitió cerrar la herida y al cabo de los días le permitió hacer todo el proceso: anestesia, puntos y cerrar la herida. En realidad, se dieron varias variables que le permitieron hacerlo: reiterar su interés al docente en un intento de negociar su participación dentro de la comunidad, estar predispuesto el docente para impartir docencia, depositar el docente su confianza en el residente no sin antes ir supervisando el proceso de forma paulatina asegurándose que ejecutara las partes del proceso de forma correcta y posibilitar la institución/organización esta práctica sin presiones culturales que interfieran.

El resultado de esta experiencia para el estudiante es la percepción positiva del aprendizaje y de integración dentro de la comunidad de práctica. Sin la confianza del

docente, depositada en la capacidad o habilidades del aprendiz, no hubiera podido hacerlo. El docente le abrió la puerta a la comunidad permitiéndole “hacer”.

Otras experiencias relatadas por los residentes de su época de estudiantes van en la misma dirección, otorgándole poder al docente en su propio aprendizaje: si el docente no se detiene a explicar al estudiante, la puerta del aprendizaje y de participación en la comunidad se cierra, no habiendo lugar para negociar su papel dentro de ella.

En una entrevista vemos cómo una residente explica su estancia en el hospital con una Ginecóloga “*que era famosa porque no quería tener alumnos*” (E1:2017) explicando cómo después de preguntarle varias veces y de haber obtenido sólo monosílabos, al final dejó de preguntar, limitándose a “*estar*”. En este caso, observamos que los estudiantes asocian recibir explicaciones del docente a sentirse incluidos dentro de la comunidad siendo consideradas las explicaciones un factor necesario en el proceso de aprendizaje situado. Para los estudiantes el tutor demuestra la inclusión del aprendiz en la comunidad a través de la explicación, de la palabra. La observación en sí misma, es valorada relativamente por ellos si posteriormente no hay explicaciones sobre el proceso o si esta observación no viene acompañada de reflexiones sobre por qué las cosas se hacen de una determinada manera y no de otra.

Como vemos, los residentes que rememoran su época de estudiantes expresan que dependen directamente de que el docente les quiera hacer partícipes del proceso, dando cuenta de las relaciones de poder que se establecen en el proceso de enseñanza-aprendizaje. En este caso, la consideración de mero observador dentro de la comunidad o de la institución se traduce en una sensación de no aprendizaje en su período de estudiante.

Por otro lado, se plantea la cuestión de la implicación o de *compromiso* personal dentro del aprendizaje de los estudiantes. Para una residente, los estudiantes tienen el objetivo de aprender conocimientos teóricos y, por lo tanto, si consideran que ostentan pocos conocimientos mientras realizan la estancia en la práctica su participación en ella será menor o nula. Es decir, a menos percepción de conocimiento menos participación. En este caso se define muy claramente cuál es el rol que se entiende del estudiante: la de adquirir, primordialmente, conocimientos teóricos frente a los prácticos que se considera que se adquirirán durante el período de residencia.

La implicación personal viene asociada también a la sensación o no de *responsabilidad* sobre lo que se hace. Los estudiantes carecen de sensación de responsabilidad, de hecho, algunos comentan que han podido ver pacientes sólo

después de los adjuntos y residentes, por lo que el error por su parte no es percibido como un problema ya que sus acciones no repercuten directamente sobre los pacientes. La percepción de poca responsabilidad sobre su práctica provoca poco compromiso hacia su propia actuación.

En todo caso, el rol de estudiante en general es asociado a conceptos como observador, “*ficus*” o “*planta*”, un participante pasivo que está al lado del docente sin intervenir y a veces sin ser bienvenido, aunque sí asumido, por la comunidad.

b) Visión del paciente

En este apartado apuntaremos brevemente sólo varias cuestiones.

En primer lugar, un aspecto fundamental en esta transición de estudiante a residente es que, de estudiante, el paciente *no parece* lo prioritario, sino aprender conocimientos técnicos y teóricos específicos. Lo prioritario es el conocimiento per se. Esta idea cambia cuando se es residente, momento en que el paciente pasa a un primer plano: en ese momento los conocimientos son indispensables pero el paciente se convierte en alguien activo, que interactúa, que pregunta y que recibe directamente las decisiones (consultadas o no con otros profesionales) de los médicos residentes.

Así, por ejemplo, una residente explica que su *identificación profesional* como médico empezó en el momento en que tuvo que aprenderse las dosis médicas para ponérselas a los pacientes, o cuando vienen todas las dudas cuando saben qué enfermedad tiene un paciente, pero no qué dosis de medicación suministrarle.

En segundo lugar, el paciente deja de ser algo teórico para ser algo práctico y específico, con un universo propio. En referencia a este aspecto una de las residentes explica cómo los problemas de los pacientes nunca acaban de encajar del todo en las enfermedades descritas en los libros: en unas ocasiones no aparecen todos los síntomas en el paciente y en otras aparecen diferentes gradaciones de éstos, lo que dificulta su diagnóstico. Esta poca o a veces difícil correspondencia entre lo teórico (el libro) y la práctica (la situación concreta), provoca angustia en un residente novel cuya referencia inicial para enfrentarse a la práctica es su conocimiento teórico y que va adquiriendo *sensación* de responsabilidad cuando se enfrenta a la atención de los pacientes.

7) PARTICIPACIÓN PERIFÉRICA LEGÍTIMA: CONTEXTOS DE PARTICIPACIÓN

Los residentes de medicina familiar y comunitaria llevan a cabo su formación en múltiples espacios, no sólo caracterizados por encontrarse separados físicamente, el centro de salud por un lado y el hospital por otro, sino que además a nivel social cumplen con diferentes funciones, se forman agentes con finalidades distintas y en cada institución se deben aprender “competencias” diferenciadas: a cada espacio se le atribuye, por tanto, significados, valores, prácticas y conocimientos diversos y el acceso al aprendizaje de todo ello, entre otras cosas, hará que los residentes puedan pertenecer o no a los grupos que se forman dentro de aquella organización.

Estos espacios son *contextos de participación* que se sitúan en instituciones burocráticas organizadas, entre otras cosas, para atender la enfermedad¹⁷ en cualquiera de sus estadios, estando diferenciadas por el grado de atención al paciente (si es urgente o no), por el grado de complejidad de la atención (lo considerado menos complejo es atendido en atención primaria y lo más complejo o específico es atendido en el hospital), por el tipo de dolencia o enfermedad diagnosticado, con esta taxonomía del cuerpo humano de la medicina alopática, disgregada del *todo* para tratar sólo *una parte* (el traumatólogo sólo atiende dolencias óseas, incluso se acentúa la subespecialización, como atender sólo dolencias del pie, del hombro, etc.), o por la época de la vida en la que el paciente se encuentra (el geriatra, atiende a personas mayores, el pediatra a niños y adolescentes).

Asimismo, en cada institución se aprecian otros espacios más específicos, por ejemplo, dentro del hospital, como macroinstitución, se estructuran diversas áreas con diferentes funciones y personal: servicio de Medicina Interna, Urgencias, Geriátrica, etc. En cada uno de los servicios las “competencias” que deben aprender son muy específicas, la forma de actuar es muy concreta y los protocolos que tienen que aplicarse se ciñen a un funcionamiento determinado. Pero en este contexto, también existen otras variables, como los docentes que se encuentren trabajando aquel día, quién sea el responsable en cada momento, o cuántos aprendices como él o ella se encuentren presentes. Como en cualquier otro contexto, el hospital y el centro de salud, y los agentes que participan en estos espacios físicos, realizan una labor de transmisión cultural específica.

¹⁷ Generalmente, estas instituciones biomédicas ponen énfasis en “*los mecanismos biológicos de la enfermedad*” (Kleinman y Benson, 2004:19).

A parte de la disgregación espacial más general entre centro de atención primaria y hospital, dentro de cada institución se forman grupos de trabajo, equipos jerárquicos, se establecen relaciones interpersonales y se crean diversas *comunidades de práctica* que permiten, en mayor o menor medida que el aprendiz se pueda familiarizar con los códigos, símbolos, valores y discursos de la medicina específica o de la especialidad médica concreta a la que pertenezca dicha comunidad.

Pero ¿en qué contextos de participación se forman los residentes de medicina familiar y comunitaria durante los primeros meses de formación? ¿Todos los contextos posibilitan el aprendizaje en la práctica de la misma manera? Evidentemente no.

Como se ha comentado, de acuerdo con nuestro marco teórico (Wenger, 2017; Vásquez, 2011), para que se dé una comunidad de práctica tienen que aparecer diversos aspectos: un compromiso mutuo y una empresa y repertorios compartidos (Wenger, 2017, pág. 100). Asimismo, en las comunidades de práctica se comparte una sensación de pertenencia o de afiliación a la comunidad con el objetivo de intercambiar información de forma densa prolongada en el tiempo, así como de mejorar de manera continuada la empresa común que se lleva a cabo. Así pues, la primera reflexión que debemos hacer es si el residente, dentro de los diferentes espacios físicos por los que pasa a lo largo de los primeros meses de residencia, forma parte realmente de una comunidad de práctica o simplemente se incorpora a un equipo de trabajo dentro de una estructura institucional y jerárquica.

Sólo analizando las estructuras del entorno de formación del residente podemos conocer si estas estructuras permiten o no la identificación del aprendiz con la comunidad en la que se ve inmerso, si ésta le permite participar dentro de ella y si existe posibilidad o no de negociación o renegociación de su participación y en qué medida.

De acuerdo con Vásquez (Vásquez, 2011, pág. 59), fomentar la pertenencia a una comunidad de práctica aumenta el capital social del aprendiz, a la vez que posibilita el desarrollo de relaciones de confianza y facilita su aprendizaje dentro de un entorno de intercambio y de objetivos comunes. Conocer si esto se da en la formación del residente es imprescindible para desgranar cuál es su participación dentro de los entornos en los que se forma y para conocer cómo perciben los residentes su aprendizaje en la práctica.

En este apartado analizaremos los contextos de participación en los que se ven inmersos los residentes noveles, así como los agentes con los que se relaciona durante los primeros meses de aprendizaje y las formas de participación y negociación dentro de cada contexto. Finalmente, se analizará una de las experiencias organizadas por los

residentes para posibilitar su aprendizaje mediante la constitución de una comunidad de práctica: el Día del Residente, dentro del contexto de un centro de atención primaria.

a) Espacio físico

En el apartado introductorio de este capítulo ya hemos apuntado algunas consideraciones generales sobre el espacio físico en el que se mueven los residentes y en éste sólo haremos algunas puntualizaciones más para el análisis.

A lo largo de los discursos de los aprendices la comparativa entre el centro de salud y el hospital es constante, basculando entre diversas dicotomías, no sólo respecto a las sensaciones que les despierta el lugar físico en sí mismo sino a la necesidad *de estar* para poder aprender lo que este contexto les puede proporcionar. Así, por ejemplo, los residentes “se sienten en casa” cuando están en el centro de salud mientras que el hospital es calificado como “hostil” o “impersonal” e incluso se le otorga a todo el hospital el calificativo de oscuro, extrapolando a toda la institución la sensación física de oscuridad del servicio de Urgencias. En otras ocasiones, esta dicotomía viene dada por el aprendizaje en sí: algunos residentes consideran que aprender en el hospital es necesario, con los conocimientos que contiene, pero no sienten que forman parte de él.

Esta identificación o, en este caso, falta de afiliación con el hospital, en el que se forman, no es baladí, ya que la identificación con la comunidad práctica es un punto clave, como veremos más adelante.

Por otro lado, si al “ambiente del centro de salud”, es decir, a la forma de organizarse, de hacer, de enseñar, de entender al paciente, de las relaciones que se establecen en ese espacio físico, se le asocia una serie de valores, como hemos visto más arriba, en general positivos, al “ambiente hospitalario”, se le atribuyen otros valores que los residentes no consideran tan positivos, ni desde el punto de vista del paciente (al que consideran que se le atiende peor, de manera parcial, que *“es un número”*); ni desde el punto de vista profesional (dado que se tiene la sensación de solucionar sólo un problema médico específico del paciente cuando en la atención se pueden descubrir más que no se atenderán por presión de la propia estructura hospitalaria y de los protocolos, entre otros). Un ejemplo de esta dicotomía centro de atención primaria/Hospital que sienten los residentes la podemos observar en el siguiente relato:

“Pero [el hospital] es como mucho trabajo de cosas rápidas y administrativas, y hay tanto trabajo así que se me está olvidando pensar

porque todo es muy mecánico, toca hacer esto y toca hacer lo otro después. En el CAP es diferente, se prueban diferentes cosas, se hace una analítica a ver cómo va, después se prueba otra cosa... Es más [bien] como un proceso y tú debes ir pensando qué hacer. En cambio, aquí [en el hospital] es mucho más rápido, y me siento más un robot que un médico” (E10, 2017).

En realidad, se pone de manifiesto que los residentes consideran que su espacio “natural” es el centro de salud por encima del hospital, siendo la estancia por este último un mal necesario por el que hay que pasar para obtener los conocimientos suficientes.

b) Agentes

En el proceso enseñanza-aprendizaje participan diversos agentes-en-relación con los que el residente interacciona de forma continuada a lo largo de su formación. Como sabemos, nadie aprende a ser médico solo, necesita de un contexto, de la exposición a lo largo del tiempo a múltiples situaciones y de las relaciones entre los diferentes agentes para que se produzca la inmersión del aprendiz dentro de la comunidad.

Para explicar los agentes que participan en el proceso de enseñanza-aprendizaje del residente se ha dividido este apartado en 3 partes: la estructura y la organización social de los diferentes contextos en los que se mueve el aprendiz y que repercute directamente en su formación; tres roles principales, que no únicos, en la relación de docencia: el rol del docente que encontrará en el hospital, el papel que juega el tutor médico de familia como figura central, de guía de su aprendizaje a largo plazo y el rol del aprendiz que desempeña el residente; y la concepción y participación del paciente, que hace que el residente tenga conciencia de que sus prácticas repercuten de manera significativa en la vida de otras personas, que ya no son preguntas de un examen sino que ponen de manifiesto el alcance de la responsabilidad de sus actuaciones.

i) Estructura y organización social

Para abordar este apartado se ha tenido en cuenta el concepto de *estructura social* de Bourdieu, quien analiza las relaciones que mantienen entre sí las diferentes partes que constituyen una sociedad estratificada. El autor aborda las posiciones que ocupan las clases sociales dentro de la estratificación social, ocupando cada clase una *posición*

dentro de la estructura. Bourdieu diferencia así el concepto de *estructura social* de la noción de *organización social*, asignándole a la primera, la *posición social* de cada elemento constitutivo dentro de la estructura y, a la segunda, un *sistema de roles* dentro de ella (2002, pág. 119).

Desde esta perspectiva, a lo largo de las entrevistas emerge la idea de una estructura social compleja y jerárquica, sobre todo a nivel hospitalario, y en la que el responsable médico del servicio ocupa una posición central dentro de la estructura, pivotando sobre él el resto de personal: enfermería, médicos residentes veteranos de aquella especialidad, médicos noveles de aquella especialidad, médicos de familia noveles, administrativos, auxiliares y pacientes.

Desde el punto de vista docente, se dibuja una estructura social alrededor del poseedor principal de los conocimientos, del conocimiento experto: el “adjunto” responsable. Su complejidad reside principalmente en que, debido al corto período de tiempo por el que circula el residente en el servicio, un mes, éstos señalan desconocer o conocer sólo parcialmente las relaciones entre los diferentes estamentos y profesionales, así como la posición de cada estamento dentro de la estructura y los componentes organizativos de la institución¹⁸.

Uno de los residentes, responde de esta manera cuando se le pregunta sobre las relaciones jerárquicas dentro del hospital:

“Sí, yo creo que debería cambiar [las relaciones jerárquicas]. Reiteradamente ha sido así, ¿no? El médico encima, en la parte de arriba del todo, y luego enfermería por debajo, entonces yo veo que cuando el médico dice algo enfermería generalmente lo acepta y ya está, aunque tenga su propio juicio y tal..., igual con adjuntos se tiene más confianza, en realidad tampoco lo sé, pero...”.

“[...] ayer, por ejemplo, me pidieron poner una analgesia para un paciente con cólico biliar y puse analgesia mínima y me preguntó [la

¹⁸ Los residentes noveles de medicina de familia que llegan a un servicio hospitalario, por ejemplo, de Geriátría, en este caso, estarán un mes en el servicio formándose. Durante este mes deberán conocer la estructura social del servicio (que no es igual en todos los servicios hospitalarios), los conocimientos que deberán adquirir, tendrán que aprender “a moverse” por el servicio para conocer su organización social, la burocracia, a quién se debe preguntar y a quién no, etc. Teniendo en cuenta todo esto, la queja principal del residente de medicina familiar y comunitaria es que, en un mes, cuando haya empezado a comprender su funcionamiento, deberá abandonar el servicio para empezar en otro, con los mismos objetivos y el mismo tiempo de estancia.

enfermera] qué analgesia pongo y dije paracetamol, y luego me di cuenta y me dijo la R [residente] mayor que tendría que haber empezado con algo más fuerte directamente porque era un dolor muy fuerte, pero la enfermera no me corrigió ni me dijo nada, aunque seguramente supiera que con el paciente no me iba a valer eso. Sí que creo que no me vendría mal que al fin y al cabo yo estoy aprendiendo y ellos saben mil veces más que yo” (E2, 2017).

Por un lado, se hace patente la existencia de esta estructura jerárquica, que puede dificultar el acceso a los conocimientos, a la vez que es criticada ya que tanto los conocimientos como, y, sobre todo, la experiencia, son considerados por los aprendices como un valor dentro de la estructura. A pesar de esta crítica a las relaciones jerárquicas, sobre todo respecto al resto de profesionales, éstas se reproducen de forma continuada de diferentes maneras: desde no preguntar a la enfermera en caso de duda porque *“Parece que no queda bien por nuestra parte”* (E2, 2017), hasta la continua reivindicación en sus discursos de que son los médicos los que poseen el conocimiento.

A este respecto, podemos observar esta equivalencia entre conocimientos y relaciones jerárquicas dentro de la estructura social:

“Sí, porque a ver, a veces las enfermeras ponen objeciones y a veces no es si le va bien a ella o le va mal a ella, es cuestión de mirar también para el paciente, y al final también quien tiene las nociones, ella puede decir cosas también, pero quien tiene las nociones y quien ha estudiado más y sabe más del tema yo creo que es el médico, al final es el que hace el diagnóstico, el que hace el tratamiento, y la enfermera puede opinar, pero no es ella, sin faltar al respeto, pero cada uno tiene su rango, su papel dentro del tema de la medicina” (E8, 2017).

Como vemos en el ejemplo anterior, se introduce en la organización de social de la estructura el reparto de roles en función de la hegemonía de los saberes expertos. Cada elemento que constituye la comunidad tiene un papel y *debe* asumir este papel. Este reparto de roles es a veces flexible y otras más rígido dependiendo muchas veces no sólo del rol que tiene asignado cada estamento, también de la persona que se encuentre acompañando al residente y de la presión organizativa de cada situación.

Por ejemplo, en unas ocasiones se dibuja al colectivo de enfermería como poco colaborador, cerrado y muy gremial y en otras ocasiones se los describe como unos profesionales con un papel importante dentro de la estructura organizativa, así como

con conocimientos, capacidades docentes y experiencia, al ser colectivos que llevan mucho tiempo trabajando en los mismos servicios.

En todo caso, se critican los comportamientos gremiales de enfermería, a pesar de que también aparecen entre los profesionales de la medicina, ya que ante ciertos conflictos entre posicionamientos médicos y de enfermería, el aprendiz reivindica como más acertado el saber del médico, aunque en realidad, admita que no dispone de conocimientos para contrastarlo.

Por otro lado, la estructura social también la marcan los pacientes, cuando en el centro de salud comparten consulta el tutor y el residente, uno al lado del otro, el paciente se dirige únicamente al tutor, no incluyendo al residente en la conversación. Estas situaciones son vividas por los aprendices como un rechazo del paciente, aunque se acepta ya que los pacientes *son* considerados del tutor, (E4, 2017) los lleva él desde hace años, mientras que, en el hospital, en realidad, los pacientes no son de nadie ya que los residentes están de paso y el paciente también (E1, 2017).

ii) Rol de docente, rol del tutor, rol del aprendiz

El aprendizaje en la práctica implica diversos agentes en relación, así como en relación con el mundo que les rodea. Como hemos visto en apartados anteriores, el espacio físico que ocupan es un contexto de participación repleto de contenido cultural, de múltiples significados que el residente novel desconoce o, en todo caso, conoce de forma sesgada o parcial, también en función de sus experiencias anteriores, de sus expectativas y de la transmisión de experiencias de sus propios compañeros.

En este apartado, se han tenido en cuenta para el análisis tres tipos de roles diferentes en relación asimétrica: el rol del docente, que los residentes le atribuyen al “adjunto” directo o al responsable del servicio por el que rotan pero que en muchas ocasiones lo ejerce un residente veterano, que lleva más tiempo formándose, ya sea de la misma especialidad o de otras y que transmite sus conocimientos a los residentes noveles; el rol del tutor o tutora médico de familia que pertenece al centro de atención primaria, al que los residentes le otorgan un papel preponderante en su formación; y el rol de aprendiz, que nos da unas pistas sobre cómo interpretan los residentes su propio papel dentro de los diferentes grupos de trabajo o comunidades de práctica.

Los residentes esperan de estos agentes la transmisión de conocimientos, sobre todo clínicos, médicos, pero también esperan formas de hacer a través de la práctica compartida, aunque a lo largo de su aprendizaje no siempre los reciban de esta manera.

La figura del docente, en el ámbito hospitalario, está considerada de forma ambivalente. Los residentes no atribuyen la responsabilidad de su propio aprendizaje a una figura concreta o a personas determinadas, es decir, no tienen preferencias ni consideran que hubieran aprendido más con un docente u otro. En todo caso, sí se explicita que, aunque se ha estado acompañado de docentes “eminentes”, no ha habido una transmisión de información o de conocimientos por su parte, o sólo la ha habido de forma esporádica, debido a la estructura organizativa de la institución que hace que el docente principal se ausente del servicio la mayor parte del tiempo, pero también debido a componentes personales de los docentes expertos que hacen que sean considerados por los aprendices como más o menos docentes.

Pero el papel que los residentes esperan de un docente del hospital es, sobre todo, acompañamiento, más presencia física y una cierta implicación, que se traducen en más docencia, entendida ésta como más tiempo de dedicación del docente en “*pararse a explicar*” o en observarlo primero para poder ponerlo en práctica después.

En el siguiente párrafo vemos cómo un residente califica de “suerte”, por otra parte, palabra recurrente en muchos de los discursos de los residentes, el tener o no tener un buen docente que le haya podido explicar, con lo que atribuyen al azar el toparse con un buen o mal docente. Asimismo, podemos ver la necesidad del aprendiz de exponer dudas, de ser corregido:

“La verdad es que no he tenido mucha suerte porque no he tenido adjuntos que me hayan acompañado. En Geriátrica sí que creo que aprendí un poco más, pero a su vez si tenías alguna duda o querías explicarle tu razonamiento para que me corrigiera, me interrumpía y no me dejaba hablar. Siento que aprendí varias cositas, pero me hubiera gustado que fueran un poco más docentes” (E12, 2017).

En otros casos sí es el mismo “adjunto” quien explica contenido más clínico al residente y es lo que el residente espera de él, aunque, de nuevo, la presión institucional y organizativa del hospital influye en esta dedicación por parte del docente, así como sus componentes caracteriales o circunstancias personales o incluso que el docente en aquel momento tenga un buen día. Estas presiones se interpretan sobre todo en forma de rapidez y falta de tiempo: rapidez del docente a la hora de dar explicaciones y rapidez con la que deben atender al paciente por su elevado número. Más tiempo es reclamado

de forma insistente por los aprendices y es justo la falta de tiempo el aspecto organizativo que les impide recibir más docencia.

Algunos residentes valoran que, en general, los docentes que están en el hospital pero que son médicos de familia de formación, tienen una mayor sensibilidad y un mejor trato con los compañeros y con los aprendices, reforzando de nuevo la idea de este componente caracterial diferente del médico de familia, que hace que sea distinto a cualquier otro médico hospitalario en su forma de comunicarse y actuar. Otros residentes, sin embargo, contradicen estas afirmaciones, alegando que el “ambiente” acaba convirtiendo a todo profesional, independientemente de su formación, en un médico a imagen y semejanza de la institución hospitalaria, haciendo patente la fuerte influencia de la estructura y de su organización interna sobre las prácticas y comportamientos de los profesionales médicos que trabajan en ella.

Otra figura docente primordial en la formación es el residente veterano, ya sea de la misma especialidad o de otra, que ejerce de docente de los nuevos aprendices de forma continuada. De hecho, es una de las figuras más valoradas en el propio aprendizaje: tienen más conocimiento y experiencia y son un eslabón intermedio entre el docente principal que muchas veces está ausente y al que la timidez o vergüenza por no saber impiden preguntar de forma más abierta y el residente novel, al que a veces no le llega la información debido a las jerarquías reproducidas por el docente principal que informa primero al residente veterano para que éste después transmita la información. En este caso, el residente veterano es poseedor de conocimiento experto y de más experiencia, siendo, a la vez, más fácil la relación entre ellos. Así reflexiona una de las aprendices para explicar la accesibilidad de los residentes veteranos:

“La rutina de planta es que el adjunto viene, hace el pase y después se va. Entonces, mucha docencia por su parte... algunos un poco más, algunos un poco menos. De quien acabas aprendiendo es de los Rs mayores, y yo he tenido la mala suerte que no sé qué voy haciendo que desde que empecé [que] los Rs mayores han estado ausentes, se han ido de vacaciones, y me ha tocado como hacer de R mayor desde que empecé hasta prácticamente ahora. Me ha tocado... no sé, he tenido que evolucionar un poco rápido. Ahora tengo la suerte [de] que en Infecciosas tengo un R mayor que se va de vacaciones [...] pero nos ha hecho mucha docencia. Entonces, quieras o no, creo que aprendes más de Rs mayores, los propios residentes, que [de] los adjuntos que ya no se acuerdan. Eso no significa que no sepan mucho, porque saben muchísimo los adjuntos (E8, 2017).

Asimismo, surgen también voces críticas por la ausencia de los docentes, considerando que el conocimiento que puede proporcionar el residente veterano es sólo conocimiento de “*amigo*” y que el conocimiento experto procede del docente que está siempre ausente. En este caso, algunos residentes ven al veterano como a un igual, que todavía se está formando y que, por lo tanto, puede transmitir un cierto conocimiento y formas de hacer (“*más manejo*”), pero no es equiparable a la información que puede proporcionar el docente principal.

Otro ejemplo, sobre el papel docente del residente veterano, lo vemos a continuación, cuando un residente relata que sus expectativas acerca de las jerarquías hospitalarias eran diferentes a lo que realmente se ha encontrado y cómo resulta un gran apoyo la ayuda de los residentes más veteranos:

“Estoy sorprendido con el compañerismo que hay [en el hospital] y la buena onda que hay, te explican y en las guardias también los R2 y R3 vienen y te dicen lo que haces bien y no, y cómo lo harían ellos. Entonces te sientes acompañado, y sientes que tienes un recurso, alguien con quien contar” (E12, 2017).

Tanto en este discurso como en el anterior aparece sobre todo la necesidad de acompañamiento, del otro como un recurso para poder aprender, como referente o modelo de actuación. Es decir, es justo lo que se pide de un docente “adjunto” y que se acaba obteniendo, por su accesibilidad, de un residente veterano.

El papel del residente veterano como docente está muy interiorizado. Los residentes noveles asumen que esa faceta de docente forma parte de su aprendizaje y que tarde o temprano ellos también lo serán de otros aprendices. La transmisión de conocimientos es asumida como un rol fundamental del ser médico entre los propios residentes.

Asimismo, otro rol muy diferenciado es el rol del tutor o tutora en el centro de atención primaria. A los aprendices se les asigna un médico de familia en el centro de salud, que una vez comienzan su formación le acompañará a lo largo de los cuatro años. También, durante los primeros meses de residencia estarán físicamente a su lado, dentro de la consulta, acompañándolo.

En general, los residentes le asignan un papel más preponderante que a cualquier otra figura docente que tengan a lo largo de la residencia. Lo consideran como un guía, “*la persona que me tiene que estar motivando para que yo estudie*” (E4, 2017), que exija (E4, 2017), “*que te explique un poco de teoría*”, “*que te haga razonar*”, es decir, “*que haga diferenciar lo importante del resto*” (E5, 2017), que acompañe a lo largo de toda la

residencia (E12, 2017) incluso le piden que tenga un estilo similar a nivel de carácter (E5, 2017).

En la comparativa constante con el resto de las especialidades, el tutor de medicina de familia es considerado como un valor ya que no existe como tal en el acompañamiento de la formación de otras especialidades hospitalarias. Por contra, debido a su accesibilidad, éste también es objeto de algunas críticas por parte del aprendiz en cuanto a la calidad de sus conocimientos y respecto a la necesidad de negociar de forma constante su participación dentro de la consulta en el centro de salud durante sus primeros meses de formación, y que veremos en apartados siguientes.

Por ejemplo, algunas voces más críticas sí que se cuestionan ciertos conocimientos que proceden del tutor, asumiendo que no todo lo que hace lo hace bien, por lo que es importante no dejarse influenciar del todo por él (E9, 2017). Asumen que cada médico tiene una forma de hacer y que ésta no es la única, existiendo otras formas igualmente válidas.

Asimismo, algunos aprendices aluden directamente a la falta de conocimientos de algunos tutores. Éstos son valorados positiva o negativamente en función de sus conocimientos y, por reciclarse o no de forma continuada (E10, 2017). Si el tutor no tiene conocimientos o éstos son obsoletos, no los puede transmitir, lo que repercute negativamente en su formación.

Asimismo, los aprendices valoran el conocimiento de técnicas, pero también el valor humano que transmite el tutor. Así relata esta contradicción una residente que se debate entre la falta de actualización de su tutora, y los valores humanos que transmite:

“Superbien, es adorable [tutora]. Es muy mona, super atenta con todos los pacientes, siempre pregunta todo el mundo por ella. [...] O sea, todos [los pacientes] la quieren mucho, y siempre es super atenta y amable. Me gusta mucho eso. Porque yo la escogí a ella, porque teníamos cuatro para escoger, y sí que había uno que hace muchas técnicas, hace muchas consultas y claro, éste es el más guay en el nivel de aprender”.

“Hay alguna cosa que sí me falta, es que alguna vez haga infiltraciones o alguna cosa así. Alguna vez ha venido algún paciente con el dedo en gatillo, otros médicos hubieran hecho una infiltración, y en cambio ella se espera a que mejore de otra manera o le envía a rehabilitación. Entonces, echo en falta un poco más de técnicas” (E10, 2017).

La valoración por parte de los aprendices de la hegemonía del conocimiento experto o de las prácticas que se aprecia de forma clara en el docente hospitalario, recordemos los calificativos de “eminencia” en este caso, es más débil o se cuestiona más respecto al tutor del centro de salud, aunque también valoran sus conocimientos y experiencia, así como, sobre todo, su accesibilidad.

Por otro lado, el papel de acompañamiento y seguimiento es fundamental para los residentes, que, además, establecen relaciones personales con sus tutores más allá de la relación profesional y de formación. Seguimientos por teléfono, quedar para comer, poder disponer de él para realizar consultas, etc. aparece en algunas entrevistas.

Pero sin duda, la figura central en este caso, en nuestro estudio, es la del residente novel. Éste, a lo largo de los discursos, se va identificando como aprendiz de forma recurrente. Deja constancia de que está aprendiendo y de que debe hacer todo lo posible por aprender, sobre todo en la práctica y, por lo tanto, que otros agentes deben enseñarle. Los aprendices se encuentran en un estado liminal entre un estado anterior, el de estudiantes, y el objetivo final de su formación que es llegar a ser un “especialista” en medicina familiar y comunitaria en cuatro años. Como dice una residente: *“Aún soy como un prototipo, soy un embrioncito”* (E5, 2017).

Para trascender esta situación liminal y llegar a ser un médico de familia es necesario la adquisición de conocimientos y experiencia. Para ello, reclaman la necesidad de aprender para llegar a ser:

“Sí, ya lo sé, pero a mí que no me dejen sola en una consulta aún. A ver, que eso no significa que no lo sacara adelante, no sé qué pasaría, pero yo no me puedo comparar con mi tutor, mi tutor es mi tutor, él sí que es un médico de familia y yo pues... yo me consideraré médico de familia, te vuelvo a decir, también soy muy exigente, me consideraré médico de familia cuando termine la especialidad de médico de familia, pero yo de momento pues soy una residente y yo no tengo miedo en decirlo, que tengo que aprender muchísimo, y tengo que aprender de los médicos de familia de verdad” (E8, 2017).

Por lo tanto, el rol de aprendiz se identifica en el no-saber y en no tener la suficiente experiencia para poder atender en toda su complejidad a los pacientes dentro diversos entornos de los que desconoce gran parte del funcionamiento, sobre todo el hospitalario, por su complejidad y al que se le atribuye una organización interna que genera estrés. Los residentes aceptan que no saben, porque justo han iniciado su formación y es el momento de equivocarse para ser corregidos y poder aprender y así no cometer errores

más adelante. De nuevo el papel del docente es importante porque sin esa supervisión y posterior corrección de su práctica no se tiene la conciencia de haber aprendido. Los residentes *hacen*, realizan actuaciones y prácticas sobre pacientes, pero sólo en ocasiones reciben retroalimentación de sus acciones por parte de los agentes que la componen. Más bien al contrario, si no existe un *feedback* los errores se repiten y la conciencia de que ese error puede ser perjudicial para el paciente se hace patente.

“[...] Después el siguiente mes de rotación sí que he estado más tutorizada, pero también sola. Es que han sido raras las rotaciones, uno de mis tutores era muy poco accesible, era en plan si no hacía una cosa “¿por qué no me has llamado, por qué tal?”, pero si yo le llamaba “¿por qué me llamas?” en plan... Si a mí nadie me corrige un error pues lógicamente lo voy a seguir cometiendo, si yo estoy pautando este antibiótico a tal y nadie me ha dicho nada una vez, a mí no se me va a ocurrir la siguiente vez mirarlo porque yo he pensado que eso estaba bien. Llevaba dos semanas y me viene una adjunta y me dice, “Oye que este antibiótico se pauta cada 24h no cada 12h” y le dije “gracias por decírmelo”. “¡Vale! ¿y las otras 10 veces que lo he puesto, qué?” (E4, 2017).

Ante esta situación de poca supervisión de sus prácticas por parte del experto, o incluso por parte de otros agentes que forman parte del equipo de trabajo, el residente tiene la sensación de que la faceta laboral prima sobre la de formación, diferenciando ambas prácticas en bloques separados. Aparece en los discursos la sensación de ser “*pringados*”, “*mano de obra barata*” o un “*sacatrabajos*”, y que, además, tienen dificultades en conseguir formación práctica o explicaciones por parte de los agentes expertos. Así pues, los residentes sienten que “*están dentro del engranaje*”, cubriendo carencias estructurales organizativas y no recibiendo a cambio la formación que reclaman (el pararse, el recibir explicaciones docentes). En general, su posición es marginal dentro del equipo ya que ni la información ni los conocimientos les llega como quisieran.

iii) El paciente

Otro de los agentes que participan en la formación del residente y que, además, reciben directamente las consecuencias de sus prácticas son los pacientes. Aprender a relacionarse con ellos y con sus familias en relación con la enfermedad, pero también en relación con la estructura y organización social, forma parte de su aprendizaje. Y es

que el peso de la estructura social y organizativa de la institución recae sobre las prácticas de los aprendices, que se debaten en diversas dicotomías entre la medicina de familia y la medicina más parcial hospitalaria en la que aprenden.

El paciente ya no es algo abstracto, sino que es un ser que siente, que se queja, que tiene miedo, que lo pasa mal, con familiares que ponen en situaciones de presión cultural a los aprendices, que deben aprender a relacionarse con todas estas emociones y con las suyas propias, dentro del contexto hospitalario.

Una de las dicotomías más recurrentes que aparecen en las entrevistas de los residentes es la consideración de que *deberían* actuar de acuerdo con su conciencia o filiación como médico de familia pero que al final la presión del hospital es tan acuciante que actúan de acuerdo con las normas del servicio donde se encuentren: atender sólo la parte por la que han acudido y dejar de lado otros problemas que hayan detectado que no tengan que ver con ese problema inicial. Así, por ejemplo, los residentes detectan problemas sociales que no pueden atender o problemas de salud que no son el motivo principal por el que el paciente ha acudido al servicio.

“[...] y claro si te dicen dale el alta porque no hay nada, tú igual no te quedas a gusto dando un alta porque crees igual que no está bien esa persona o te dicen [los pacientes] si se pueden quedar, que su situación familiar o lo que sea, pero claro, muchas veces tienes que hacer cosas que van en contra de tu juicio. Esa es la impresión que me ha dado hasta ahora” (E2, 2017).

Asimismo, aprender a dar malas noticias es una situación de presión cultural en la que se ven inmersos los residentes, a pesar de que, dentro de la organización de tareas en el hospital, la comunicación con los familiares no forma parte de ellas sino de los residentes más veteranos.

Por otro lado, la sensación de responsabilidad es fundamental. Para algunos residentes una cosa es la normativa que dice que el residente de primer año no puede firmar nada y que la responsabilidad debe ser progresiva y otra cosa es la responsabilidad moral, personal y como médico:

“Sí, claro, pero también tienes la responsabilidad que tú te pongas como persona, tampoco quieres que nadie esté mal. Que, aunque no sea tu culpa, al fin y al cabo, esa persona está mal” (E9, 2017).

En todo caso, los pacientes forman parte central del proceso de aprendizaje. Cada vez que un residente atiende a un paciente, va *negociando el significado* de esta

atención, se ponen en juego las experiencias anteriores como estudiantes (realizando las comparaciones de que antes, como estudiantes, no tenían que aprender las dosis de las medicaciones y que ahora sí), las experiencias que van teniendo en este inicio de su aprendizaje dentro del contexto hospitalario, lo que esperan de la situación y lo que creen que esperan sus docentes principales y las propias normas de la estructura organizativa, lo que él mismo como aprendiz espera aprender de la situación, así como lo que el paciente quiere. Con cada paciente que atienden se ponen en juego múltiples variables, que son aglutinadas todas en la práctica.

c) Comunidades de práctica. Formas de participación y negociación

Como hemos visto, los residentes noveles comienzan su formación integrándose en diferentes grupos de trabajo estratificados, asignándosele a cada miembro un rol concreto dentro de éste. Pero ¿podemos inferir que todo grupo en el que se inserta el residente es una comunidad de práctica? Repasemos el concepto. La comunidad de práctica es un grupo de personas que se unen en torno a un objetivo común, que comparten una serie de lenguajes, símbolos y significados, asumiendo un compromiso mutuo para la mejora y el aprendizaje de conocimiento y de la práctica diaria. Asimismo, para que se dé una comunidad de práctica, ésta se debe desarrollar en el tiempo (Wenger, 2017). La diferencia fundamental es que las comunidades de práctica no se constituyen en función del estatus del que se goza en la organización, sino que sus miembros trascienden de este estatus, unidos por el interés en esta empresa común, la responsabilidad y el compromiso mutuos (Vásquez, 2011, pág. 55). Si tomamos esta definición en sentido estricto vemos que los residentes noveles aprenden dentro de equipos de trabajo ya constituidos y organizados de forma jerárquica, a través de los cuales acceden a un contexto de aprendizaje que les permite enfrentarse a situaciones reales y a interactuar con ellas, pero ¿tanto los miembros como la propia comunidad o institución comparten igual compromiso en esta empresa común? Lo veremos más adelante.

Por otro lado, como veremos, se configuran pequeños grupos de ayuda mutua entre los residentes para resolver problemas específicos o dudas que surgen en la práctica, pero que, a priori, no van más allá.

En todo caso, compartir contexto y espacio con diversos grupos de trabajo puede producir en el residente una identificación o sentimiento de pertenencia hacia el equipo

en el que desarrolla su aprendizaje. Por otra parte, ¿realmente la comunidad hospitalaria en general y cada servicio en particular, acepta al residente de medicina familiar y comunitaria como un miembro más, es decir, legitima su participación dentro de ella? ¿Y la comunidad de atención primaria?

Para continuar con estas reflexiones es importante, de nuevo, retomar conceptos. Y es que dentro de los contextos de participación se puede dar una *participación periférica* o una *participación marginal*, en función de cada residente o de cada situación en un contexto determinado. Evidentemente se dan diferentes grados de participación y de no participación, pero en todo caso, existe una sutil diferencia entre la periferia y la marginalidad, entendiéndose la primera como, dentro de la participación, una participación que no es plena pero que puede llegar a serlo; y la segunda, como una forma donde predomina la no participación, habiendo motivos que dificultan y limitan una participación que no podrá ser nunca plena (Wenger, 2017, pág. 207). Este aspecto es fundamental y, como vamos a ver, nos dirige hacia formas de participación más marginal del residente de medicina de familia en el hospital y formas de participación periférica en los centros de salud durante los primeros meses de formación.

Otro concepto imprescindible para analizar la participación del residente en las comunidades de práctica es el de *compromiso*. No podemos olvidar que la participación viene ligada a la asunción de un compromiso por parte del aprendiz, pero también el compromiso debe ser asumido por la comunidad para posibilitar y legitimar su participación. Así pues, puede haber una comunidad de práctica o una comunidad de aprendizaje, pero sin compromiso mutuo, por ambas partes, el aprendizaje del residente novel no se verá facilitado.

En todo caso, el aprendiz, a lo largo de los primeros meses, se ha incorporado a varios equipos de trabajo. Asimismo, ha formado parte físicamente de las comunidades, pero ¿qué tipo de participación ha venido desempeñando? ¿de qué formas se ha identificado el residente con los equipos de trabajo o las comunidades de práctica? Y es que, cuando convergen diversas comunidades, es importante saber con cuáles existe un sentimiento de pertenencia y con cuáles no, en cuáles se siente dentro y en cuáles fuera (págs. 209-210).

Para analizar la participación del residente dentro de los equipos de trabajo y de las comunidades de práctica del hospital y la del centro de atención primaria, hemos establecido tres apartados que se han considerado relevantes para el análisis: la participación en relación a la identificación profesional y cómo ésta influye en los grados de participación; la participación en relación con el aprendizaje y cómo los aprendices

obtienen los conocimientos en las diferentes comunidades; y, por último, la participación en relación con las relaciones de poder, teniendo en cuenta la participación dentro de un entramado de situaciones y relaciones de presión cultural y de violencia simbólica.

Por último, como veremos, la negociación de la participación en la práctica es determinante, ya que *“la práctica supone la negociación de maneras de llegar a ser una persona en ese contexto”* (pág. 187). La negociación asimismo posibilita un reconocimiento mutuo como participante de la comunidad. El hecho de que un residente pueda negociar o no su participación dentro de la comunidad nos indica la periferia o la marginalidad de su situación dentro del grupo, así como el reconocimiento por parte de éste y de la implicación en su aprendizaje.

i) En relación con la identificación profesional

En el punto 5 hemos hablado de la especialidad de la medicina de familia como una profesión a la que se le asocian unos valores humanísticos determinados y que los residentes se esfuerzan por diferenciar del resto de especialidades hospitalarias con las que conviven a lo largo de sus primeros años de formación. La utilización del “Ellos” y del “Nosotros” nos da una idea de las comunidades de práctica con las que, de inicio, los residentes se identifican. A priori se sienten en mayor o menor grado dentro de la medicina de familia y fuera del resto de especialidades hospitalarias en las que se están formando, pero esta división de la identificación, del sentirse dentro/fuera de la comunidad que parece tan sencilla, en la práctica compartida, no lo es tanto.

Así, por ejemplo, encontramos situaciones en las que el residente, dentro de su formación hospitalaria, se debate entre dos formas de ver al paciente: la “mirada” hospitalaria, más enfocada a una parte del cuerpo o a un problema concreto y la “mirada” de la medicina de familia, más holística pero dentro de una estructura institucional hospitalaria que no posibilita tener esta última. Esta contradicción de estar formándose en una comunidad que no le permite actuar de acuerdo con su identificación y cuyas estructuras no están organizadas para ello, crea diversas formas de participación: o bien transgredir las normas en su decisión de ir más allá, aunque la estructura institucional no lo permita; o bien actuar en función de las normas de la comunidad de práctica, a pesar de su desacuerdo con ella. Este cuestionamiento de las prácticas de la comunidad de formación que no siente como suya afianza la identificación con la comunidad de práctica de su especialidad, reforzando el discurso de desaprobación sobre el resto de las especialidades y sobre el contexto hospitalario en general.

Como vemos, la participación en la comunidad de formación tiene que ver con el grado de identificación del residente con el grupo de trabajo en el que se forma, estableciendo ciertos niveles de compromiso en función de esta identificación. En este caso, o bien se actúa desde la marginalidad de la posición de médico de familia novel en el hospital (saltarse las normas, ya que no se tiene sentimiento de pertenencia al grupo y, por lo tanto, el nivel de compromiso es menor) o bien, desde una participación más periférica, considerando que las prácticas deben adecuarse al compromiso que se tiene con la comunidad de aprendizaje, y por lo tanto, actuando según sus normas, a pesar de que se encuentre (o no) en desacuerdo con ellas.

A este respecto, la identificación varía en función de los aprendices, de cada situación concreta en la que se encuentran y en función del contexto. Algunos residentes adquieren un grado de compromiso hacia la comunidad en la que se están formando en cada momento, llegando a la multifiliación o a poseer un cierto sentimiento de pertenencia a cada comunidad por la que se forman. Así, por ejemplo, algunos residentes afirman “*soy de donde estoy*”, como una forma de participación dentro de la comunidad. Por otro lado, se detectan otras formas de participación periférica, de identificación con la comunidad o equipo de trabajo en el que se forman como estrategia de adaptación al entorno, por ejemplo, para no tener que dar explicaciones a los pacientes los residentes dicen ser de una especialidad que no son o porque empatizan con los pacientes y no quieren “decepcionarles” diciéndoles que quien les ha atendido en el hospital no es un médico hospitalario sino un médico de familia, ya que algunos pacientes han esperado meses para ser atendidos por algún “especialista” del hospital en concreto. Estas estrategias permiten a los residentes de medicina de familia que se forman en el hospital *formar parte de*, aunque sea durante la guardia o una rotación.

Como vemos, durante la formación hospitalaria conviven diferentes maneras de participar, diferentes identificaciones o multifiliaciones en función del contexto, pero también diversos grados de compromiso con el grupo de trabajo en el que se forman.

Pero donde la identificación profesional es más evidente es en la comunidad de práctica de atención primaria. El nivel de participación es periférico (están empezando a conocer la organización del centro de salud y de las consultas, su funcionamiento y a su tutor o tutora), se *reconocen* en el entorno y en los primeros meses ya se da una mayor negociación de la participación en la comunidad. Así, por ejemplo, ante diversos compromisos adquiridos entre el hospital y el centro de atención primaria, el compromiso que se cumple es el de atención primaria, debido a que es “su” especialidad y en el hospital su estancia sólo será de un mes en cada servicio. Esta sensación de

provisionalidad en el hospital contrasta con la visión a largo plazo de su estancia en el centro de salud, afianzando su sentimiento de pertenencia a éste.

Como vemos, elegir entre la participación en el centro de salud y la no participación en el hospital constituye una forma de identificación. Asimismo, saltarse las normas de un servicio mirando más allá al paciente puede constituir una forma de participación marginal. Y es que, los residentes, cuando están inmersos en el hospital, no tienen grandes posibilidades de poder alcanzar la participación central: la constitución de estancias cortas en cada comunidad de práctica y, por lo tanto, el poco conocimiento de su organización interna; la sensación de ser siempre unos recién llegados; la no pertenencia orgánica al hospital (sino a unidades docentes externas que requieren de hospitales para la formación de sus aprendices); el ser de una especialidad que no trabaja habitualmente en estos espacios sino que sólo se forma, contribuye, todo ello, a relegarles a una participación marginal dentro de las comunidades hospitalarias por las que pasa. Asimismo, esta participación en las comunidades de práctica del hospital no permite márgenes de negociación, ya que no pertenecen a ellas o sólo pertenecen provisionalmente. Al compromiso relativo de los residentes se une la sensación de poco compromiso por parte de las comunidades de práctica hospitalarias en su formación, que se traduce en pocas explicaciones y sensación de poca docencia y de considerarse una herramienta de trabajo. Asimismo, no podemos olvidar que es cada comunidad de práctica la que define cómo participan sus miembros y cómo se organiza la circulación de saberes dentro de ella, entre otros aspectos.

Respecto a la participación en el centro de atención primaria, el residente critica su posición periférica, es decir, se siente como un mero observador y excesivamente supervisado en sus prácticas. Sentirse en “su” ambiente le proporciona seguridad y capacidad para poder negociar su posición hacia formas de participación en el aprendizaje menos periféricas como veremos en el apartado siguiente.

ii) En relación con el aprendizaje

En este apartado analizamos la participación de los residentes en relación con el aprendizaje, considerando, desde la perspectiva de Lave y Wenger (1991), que ambos conceptos están en continua relación:

“El proceso de convertirse en participante pleno de una práctica sociocultural compromete los propósitos de aprender de una persona y

configura el significado del aprendizaje. Este proceso social incluye, de hecho, subsume, el aprendizaje de destrezas conocibles”.

De acuerdo con los autores, *parece* que sin participación no existe aprendizaje, aunque, como veremos, se puede participar de múltiples maneras y establecer estrategias dentro de los contextos de participación para poder obtener conocimiento.

Asimismo, la participación progresiva de un aprendiz dentro de una comunidad posibilita que vaya cambiando su posición dentro de ella, recibiendo y aportando nuevos saberes y conocimientos. Cuanto más aceptado se es dentro de una comunidad y más compromiso mutuo, la participación va variando desde la marginalidad a la periferia o desde la periferia hacia la participación central, aumentando también los conocimientos asociados a ella.

Pero antes, debemos clarificar algunos términos relacionados con el conocimiento. De acuerdo con Vásquez, conocimiento e información difieren en significado: el *“Conocimiento implica asimilación, y la asimilación implica practicar juntos durante un cierto tiempo, compartir lo que sabemos”* (2011, pág. 60). Así, por ejemplo, vemos que la información se puede transferir, pero el conocimiento no.

Para otros autores (Nonaka y Takeuchi, en Vásquez, 2011) no todos los conocimientos se interpretan de la misma manera: el *conocimiento explícito*, hace referencia a la transmisión de información propiamente, ya que ésta sí se puede transferir, mientras que el *conocimiento tácito* (Polanyi, en Vásquez, 2011:60; en Sennet, 2009) no se puede explicar porque está relacionado con valores, con la historia, con la forma de ver la vida del sujeto, entre múltiples factores, asemejándose a la parte no visible de un iceberg. Como comenta Polanyi *“se sabe mucho más de lo que se puede decir”* (en Vásquez, 2011:60) y esta parte escondida correspondería a todo el conocimiento tácito que no se puede explicar con palabras o con razonamientos lógicos (Sennet, 2009, pág. 69). Pero que se trate de un conocimiento que no se puede transmitir no significa que no se pueda aprender. Así, por ejemplo, el conocimiento tácito se puede adquirir por “ósmosis”, es decir, por influencia mutua entre aprendiz y maestro, a base de compartir la práctica, mediante la observación y la supervisión de éste (Vásquez, 2011, pág. 61).

Lo interesante, en todo caso, entre la dualidad de conocimiento tácito y explícito es la interrelación entre ambos dentro del proceso de participación del residente, ya que ambos se encuentran presentes en mayor o menor medida y que demuestran que, a veces, *“ser capaz de decir no es equivalente a ser capaz de hacer”* (Wenger, 2017, pág.

95), pero también no ser capaz de explicar no significa necesariamente no saber hacer (Sennet, 2009, pág. 121).

Con estas premisas básicas podemos analizar cómo valoran los residentes su aprendizaje, si consideran que aprenden o no y cómo lo hacen, a la vez que exploran diversas formas de participación en un equipo o comunidad.

Los residentes a lo largo de las entrevistas muestran esta interrelación entre el conocimiento tácito y el explícito al que hacíamos referencia, que se traduce en que el aprendiz ignora que tiene un cierto conocimiento hasta que, en la práctica, recurre a él:

“[...] yo creo que indirectamente estoy aprendiendo, o sea, mi subconsciente a veces hace una pregunta y digo, no sé cómo, pero sé que es esto, y dices la respuesta y dices pues sí, y digo, pero ¡si no te acordabas del MIR! Pero ahora te acuerdas porque no sé qué te sale, es como que dicen “¿Qué es esto?” y dices X, y dicen X y dices ah, pues no sé de dónde ha salido, pero estaba ahí. Entonces yo creo que sí, que estás aprendiendo, pero no de manera directa, pero me gustaría también aprender indirecta y directamente [...]” (E8, 2017).

Siguiendo con el aprendizaje de conocimiento tácito y explícito, y su interrelación, asimismo nos encontramos con las expectativas de los residentes, que al esperar que el aprendizaje sea de conocimientos más explícitos y concretos, de transmisión de información más puramente, consideran que la progresión del aprendizaje no se corresponde con sus expectativas:

“Yo creía que me sentiría más segura más rápido, aprendería conocimientos más rápido y ahora veo que esto es un poco más lento. O que sí estoy aprendiendo, pero sin darme cuenta, que también puede ser” (E10, 2017).

Por otro lado, las presiones culturales, pero también las características personales repercuten en la percepción del aprendizaje del residente, cuya sensación de no aprender o de aprender poco, se hace patente. Así, por ejemplo, convive el desconocimiento de la estructura social donde se forma el residente con las presiones internas y subjetivas que ese desconocimiento le generan, en forma de estrés, de inseguridad, de miedo a equivocarse o de quedar como que no se sabe delante de los docentes. Contrasta la inseguridad que provoca que quede de manifiesto ante la comunidad que no se sabe con las continuas reivindicaciones de su rol de aprendices.

Como hemos visto, el residente espera que se le transmitan conocimientos más explícitos y, en ocasiones, intenta competir por ellos con otros aprendices de otras especialidades que se forman con él. Esta competición es una estrategia por obtener conocimientos que se asienta también en la estructura social del equipo: en el hospital, algunos de los docentes principales transmiten la información a “los suyos”, es decir, a los residentes de su misma especialidad, y luego, éstos los transmiten a los demás:

“También yo creo que depende de lo que te involucres, si tú quieres pasar desapercibido o ya te está bien estar ahí, en una segunda línea, pues oye, estás en tu [derecho]. A mí no me gusta estar en segunda línea, me gusta aprender como el primero, ser el primero, y si puedo pasar por delante de mis... de los residentes de especialidades pues paso por delante, total, yo también tengo que aprender como tú” (E8, 2017).

Este párrafo es significativo por varios aspectos: desde la necesidad de competir por el conocimiento experto saltándose la organización social que destina un papel a cada aprendiz, de acuerdo con su especialidad, hasta la importancia de la actitud personal respecto al papel que uno mismo se otorga dentro de la estructura, y que modula su participación dentro de ella. Y es que, que te asignen un papel dentro de la estructura no significa que te muevas sólo dentro de él, sino que en ocasiones se puede ir más allá del papel asignado, reivindicando un rol distinto, para acceder a conocimientos expertos. Por otro lado, si existe esta necesidad de competir por el acceso al conocimiento, es porque éste no es accesible, moviéndose el residente en la marginalidad de la comunidad.

Lo mismo ocurre con el reparto de papeles y tareas dentro del equipo. En algunas situaciones se incluye al residente novel dentro de la organización social, aunque no es responsable del proceso ni algunos docentes le incluyen de inicio para explicar cierto tipo de conocimientos, como hemos observado. En el reparto de tareas el aprendiz cumple con el rol asignado, dentro de un proceso en el que cada eslabón asume su función, por ejemplo: en Urgencias, atiende al paciente y le manda hacer pruebas, pero la comunicación con la familia es realizada por el residente veterano y cuando pasa el docente principal por el servicio su interlocutor es el residente veterano, que después transmite la información al aprendiz. Éste forma parte de la estructura, pero a la hora de recibir los conocimientos expertos, de primera mano, es excluido.

Por otro lado, algunos residentes realizan estrategias en el hospital para seleccionar qué van a aprender y qué no, mientras que otros deciden que lo aprenderán todo en

todo momento y de forma especializada si es necesario, en función del contexto donde estén, postponiendo la selección de conocimientos más adelante. Esta selección es una estrategia que permite identificarse con la profesión a la que se dedicarán en el futuro, la medicina de familia, a la que se le asignan unos determinados conocimientos, excluyendo otros más específicos.

Así, por ejemplo, en el grupo focal realizado, existe un debate cuando una residente comenta que ha estado un mes rotando por el Servicio de Hepatología del hospital y que ha aprendido mucho de ese tema, aunque sabe que no lo volverá a utilizar en las consultas de atención primaria. Una de las respuestas de un compañero fue que “saber más de hepatología *no te hace* hepatóloga”. De tal manera que los conocimientos que se aprenden y la selección o no de ellos contribuyen también a *ser*, a la identificación profesional.

Asimismo, intentar aprender todo a pesar de que no sirva para el futuro, implica un grado de compromiso hacia la comunidad de práctica en la que se forma en cada momento que no todos los aprendices asumen, al igual que decidir qué conocimientos son de la profesión y qué no, también indica un grado de afiliación hacia la comunidad de práctica de atención primaria.

Respecto al acceso al conocimiento y a la participación en los centros de salud, podemos observar estrategias de colaboración entre residentes noveles, como compartir consulta entre dos aprendices para ayudarse mutuamente, repartir papeles dentro de la consulta: uno explora y el otro escribe, o hacer equipo con los demás residentes de la especialidad para organizar Días del Residente, una experiencia formativa que describiremos más adelante y que podemos enmarcar como una comunidad de práctica en toda regla.

En los centros de atención primaria generalmente no se compite por el conocimiento con otros residentes, de hecho, algunos consideran que, en realidad, es el lugar ideal para aprender y donde se dan muchas condiciones para ello ya que tienen a un tutor al lado que les guía y los acompaña, aunque también se aprecian algunas contradicciones en sus discursos. En el centro de salud el residente pasa algunos meses sentado al lado del tutor, observándole durante su práctica diaria. Esta observación y la posibilidad de tener un modelo a seguir deviene a lo largo de los primeros meses en la sensación de ser un “*ficus*” o “*un cactus*”, que no participa, que sólo observa, que no aprende porque no se ha enfrentado a la práctica. Esta situación de observador, además, va acompañada de una presión organizativa que hace que el tutor atienda en poco tiempo a muchas personas, lo que, en la práctica, dificulta que el residente reciba explicaciones

del tutor por cada paciente atendido. Asimismo, de nuevo aparecen restricciones de acceso al conocimiento de carácter personal, como vergüenza e inseguridad de realizar la práctica delante del tutor, no preguntar por miedo a interrumpir o de mostrar su desconocimiento ante la comunidad de práctica.

Como vemos, apreciamos una contradicción: por un lado, demandan menos responsabilidad en el hospital, mayor supervisión y la observación de prácticas de los docentes que puedan imitar, y por otro, cuando la inmersión dentro de la estructura de atención primaria se hace de forma más paulatina, sin responsabilidades iniciales, donde prima la observación con un tutor al lado, se interpreta como una no participación dentro de la comunidad de práctica.

El contexto en atención primaria, sin embargo, permite a los residentes poder negociar con el tutor o tutora para potenciar su participación, atender ellos solos a pacientes sin la supervisión directa del tutor (estando en una consulta de al lado, por ejemplo) y enfrentarse al “*poder del teclado*”, es decir, a la capacidad de poder acceder al ordenador y de participar, a través de la práctica, en su aprendizaje.

“Pero bien, yo creo que fue positivo hablar con mi tutora y decirle, “mira, me gustaría ser una parte más activa en la consulta” (E7, 2017).

En las comunidades de práctica hospitalarias, en general, *parece* que el residente participa de forma activa desde el principio, sin embargo, en ocasiones debe competir por el conocimiento o buscarlo en otros residentes veteranos, sintiéndose principalmente herramientas de trabajo y desarrollando estrategias para ir moviéndose dentro del rol asignado por la comunidad, mientras que en las comunidades de práctica de los médicos de familia, el aprendiz tiene a su alcance a un tutor pero *siente* que se le relega a un papel de mero observador, teniendo, no obstante, la posibilidad de poder negociar abiertamente con él para poder cambiar de posición dentro de la comunidad.

La contraposición entre la participación y la consecución de aprendizaje, la podríamos resumir en la siguiente tabla, de acuerdo con cada contexto:

Tabla 1. Participación de acuerdo con la comunidad de práctica

Comunidades de práctica hospitalarias	Comunidades de práctica de los centros de atención primaria
“Mano de obra barata”	Observación
Competencia por el conocimiento	Acceso al conocimiento
Selección de conocimientos	No hay límite en el conocimiento
Exceso de responsabilidad	No responsabilidad
Falta de supervisión	Supervisión excesiva
Autonomía	Falta de autonomía
Presión estructural / organización social que limita el acceso al conocimiento / Miedo a mostrar que no se sabe	Presión estructural / organización social que limita el acceso al conocimiento / Miedo a mostrar que no se sabe
Adopción de estrategias alternativas a la negociación de la participación	Negociación de la participación de forma abierta con el tutor

Asimismo, para posibilitar el aprendizaje, los residentes reclaman una cierta autonomía en la toma de decisiones y en la práctica diaria. Este discurso de la autonomía tiene diferentes aristas y contradicciones: por un lado, en el hospital tienen autonomía para tomar decisiones, pero esta autonomía va aparejada a la falta de supervisión de su trabajo. Los residentes, si quieren ser supervisados, tienen que consultar sus dudas a los docentes responsables, pero no tienen una supervisión directa de su trabajo, sólo en caso de dudas. Por otro lado, en la comunidad de práctica del centro de salud se quejan de que están excesivamente encorsetados, demasiado supervisados, siempre al lado del tutor, por lo que deben ir negociando su participación y la autonomía en sus prácticas. Para el residente, tener más autonomía significa que el tutor deposita cada vez más confianza en él y que ésta se va ganando con el tiempo.

Finalmente, a lo largo de los discursos los residentes diferencian claramente entre la práctica, es decir, el trabajo puramente, y la formación en forma de cursos y talleres. La práctica está asociada a trabajo, que a veces puede ser formativo pero que en muchas ocasiones no es percibido como tal. Esto, unido a la sensación de poco aprendizaje en la práctica o a la *sensación* de recibir pocos conocimientos explícitos, contribuye a potenciar esta percepción de ser sólo una herramienta de trabajo.

iii) En relación con las relaciones de poder

El análisis desde las relaciones de poder, asimétricas y vivenciadas como situaciones de conflicto y de *presión cultural*, son vitales para entender la participación, la no participación y su negociación dentro de las comunidades de práctica. Explorar estas relaciones es fundamental para poder analizar qué forma de participación nos describen los aprendices a través de sus relatos (Lave & Wenger, 1991, pág. 9).

Asimismo, debemos matizar que las relaciones asimétricas o desiguales no siempre deben leerse desde el conflicto, aunque, en este apartado, trataremos estas situaciones en que los residentes así lo vivencian.

El concepto de *presión cultural* lo tomamos de Spindler (en Velasco & Díaz de Rada, 2015), que comprende la transmisión de la cultura en las sociedades mediante situaciones de continuidad y discontinuidad. Es decir, a través de diversas rupturas en el desarrollo de las prácticas y de la vida, se producen cambios de comportamientos, actitudes, creencias y valores que se inculcan en sus miembros. A través de esta discontinuidad, se produce transmisión cultural, se expresa cómo van a ser las cosas a partir de ahora y en qué posición se le coloca al nuevo miembro de esta comunidad.

Los residentes noveles se enfrentan a situaciones de discontinuidad sobre todo en el hospital, que se pueden apreciar como pequeños ritos de transición que los lleva a una situación social diferente a la del inicio de su formación. El recibir una bronca de tal docente, el pasarlo mal en las guardias de Urgencias o el atender solo a los pacientes, pueden ser interpretados como ritos de paso de transición de estudiante, rodeado de unas condiciones en el hospital de cierto cuidado y atención y poca o nula responsabilidad, a médico residente recién llegado, pero ya un profesional. Se trata de un escalón dentro de un contexto jerarquizado, el primero de otros tantos. Asimismo, se trata de una forma de participación marginal dentro de la comunidad de práctica: se les asigna unas funciones, más o menos conocidas por el residente y a veces asignadas de forma arbitraria, incluyéndoles parcialmente en la comunidad.

Por otro lado, a lo largo de las entrevistas se retratan situaciones de *violencia simbólica* hacia los residentes noveles, relaciones de dominación no sólo a través de la hegemonía de conocimientos expertos, también a través de las jerarquías institucionales y de los discursos orientados al ejercicio de poder sobre el aprendiz, sobre todo desde la relación docente-residente, procedente de los “adjuntos”, los residentes veteranos o de otros profesionales, como enfermería, principalmente.

Así, por ejemplo, en el inicio de la formación, encontramos situaciones donde se describen gritos, “broncas”, nervios, miedo del residente de acudir a cierto tipo de servicios, así como conflictos causados por malentendidos debidos al desconocimiento de la organización institucional o del servicio (quién pide una analítica, cómo se tramita un alta), ocurridos generalmente en las guardias de Urgencias, y sobre todo, por no tener los conocimientos necesarios todavía para desenvolverse dentro de la comunidad:

“En Urgencias por ejemplo sí, en Urgencias es como el adjunto y no sé, vas... yo voy con miedo, porque acabo de empezar y es como que ya te miran y empiezas a temblar y es como... que no me pregunte” (E3, 2017).

Aquí vemos cuando una residente comenta que lo importante es ir adquiriendo experiencia para sentirse mejor y alcanzar un cierto empoderamiento dentro de la comunidad. Se le pregunta, cómo puede adquirir esta experiencia y contesta:

“No lo sé, a base de tortas. Mi primer mes de rotación fue en una planta en la que el adjunto casi no estaba, entonces desde el primer momento me he visto muy sola y eso al principio fue muy duro porque, claro pasas de “soy estudiante y hace un año que no pisas el hospital” a “piso el hospital, tengo responsabilidades y encima llevo pacientes prácticamente sola”, entonces claro, las primeras semanas fueron un poco... Uff, a ver, y entonces pues después vas cogiendo un poco de soltura a base de palos, de equivocarte, de que te riñan, de que te vengan pacientes echando la bronca por X, porque hay familias complicadas y entonces, pues bueno, yo creo que, jolín es que acabas de entrar y no es como si fuera ya enero como que nos tendrían que dirigir mucho más...” (E4, 2017).

Vemos situaciones de presión cultural, de discontinuidad transmitida en forma de “palos”, experiencias negativas resultantes de sus acciones, de errores cometidos y de *feedback* negativo de los docentes y de los pacientes a un aprendiz recién llegado y que no se siente supervisado. La inmersión dentro del equipo de trabajo se puede convertir en una vivencia donde, en ocasiones, prima el sentimiento de soledad y, sobre todo, la sensación de no saber si el trabajo que realizan está bien o está mal.

Asimismo, como hemos visto, cuando el aprendiz es rectificado, las críticas se reciben en forma de “broncas” y los momentos escogidos también marcan una violencia simbólica hacia el residente, que puede recibir la rectificación de diferentes maneras:

“Depende de la persona, a veces en privado discretamente, a veces a gritos, a veces delante del paciente” (E2, 2017).

Así pues, los residentes aceptan el rol de aprendiz, de no conocer, de estar en situación de aprendizaje, y, por lo tanto, de que deben ser corregidos si existe alguna equivocación. Entienden que sin corrección no existe aprendizaje, aun así, cuestionan que se deba hacer a través de malos modos. De hecho, algunos residentes diferencian su estancia en el centro de salud de su estancia en el hospital por el trato recibido: en el hospital se reciben broncas, mientras que en el centro de atención primaria el residente se siente más cuidado y protegido.

Los residentes asumen esta violencia simbólica que, además, se acentúa tanto con el desconocimiento de la organización interna del hospital como de la organización de su propia formación, y este desconocimiento les hace vulnerables en las relaciones con los docentes y dentro de la comunidad. En este caso, podemos observar cómo una vez que aterrizan en el hospital las expectativas que tenían acerca de cómo sería su formación chocan con la realidad de la comunidad de práctica:

“[...] es que tampoco te hacen una introducción cuando llegas pues cómo funciona el servicio, cuál es tu papel... Como que vas aprendiendo tú las cosas así a machetazos o en acción. Que esa mañana que tú llegas te expliquen un poco, dónde estás... como una hora, no más. Yo llegué el primer día: aquí está tu ordenador, ése es tu paciente, pásalo” (E3, 2017).

Como hemos indicado, la violencia simbólica no sólo es asumida por el residente novel, también es legitimada por su parte, aunque no la compartan. Podemos ver una cierta justificación o al menos intento de explicación de ésta en algunos discursos: 1) porque el residente de medicina de familia no forma parte del equipo del hospital, en el que, por otro lado, se tiene que formar y, por lo tanto, es un extraño y, 2) porque el residente es un recién llegado y éste debe “ganarse” la aceptación por parte del equipo. En el siguiente ejemplo, se puede apreciar claramente:

“Exacto, entonces cuando ya saben que eres un buen residente ya te abren como más los brazos y ya ves que siempre se portan mejor contigo, entonces yo creo que era [...] el primer mes, que primero tiran más los de casa, los de Interna, los de Cardio, los de no sé qué, los de no sé cuántos, pero después cuando ya van viendo quién les gusta más como residentes, a veces no es tampoco saber más o saber menos, sino saber ser residentes o saber ser médico. Y podrás ser muy buen especialista, pero también... ahora estamos rotando, o sea, no puedes

pasar por delante de nadie, y hay algunos residentes que [...] no saben muy bien cuál es su lugar” (E8, 2017).

Y es que saber cuál es la posición de cada uno dentro de la estructura, ayuda a moverse dentro de ella, pero también forma parte de un discurso de legitimación de la violencia simbólica, así como de reproducción de ésta sobre los próximos aprendices:

“Ahora a medida que nos vamos haciendo “mayores” yo creo que también... que cuando seamos R2 van a pringar los R1 que vengan y nosotros ya vamos a ser los que nos hemos ido poniendo en el puesto” (E8, 2017).

Asimismo, aparecen discursos en los que, cuando un residente no está de acuerdo con un diagnóstico de un “adjunto” y lo manifiesta, éste es criticado por no saber en qué lugar debe estar dentro de la estructura. Cuestionar como aprendiz el conocimiento experto que proviene de un docente es mal visto por el resto de los residentes que consideran que es salirse del rol asignado como residente novel.

Vemos, por lo tanto, disconformidad, pero también la reproducción del ejercicio de poder sobre los nuevos miembros de la comunidad.

Por otro lado, la violencia simbólica que se ejerce en la comunidad de práctica tiene que ver con la poca información o la falta de coordinación de las estructuras institucionales que se encargan de formar al residente. Vemos discursos de cómo los residentes pueden recibir broncas o simplemente tener dificultades por parte del hospital (sin concretar qué tipo de agentes son los que les reprenden) para asistir a cursos que se organizan para ellos desde la unidad docente o el centro de salud. Aquí, la parte práctica, laboral, de inmersión en la comunidad de práctica choca con la parte de recepción de formación más teórica. Éstas y otras dificultades o trabas del hospital provocan en el residente, como hemos comentado anteriormente, una sensación de “*mano de obra barata*”, donde lo que prima es el trabajo antes que la formación.

Pero ¿qué se está transmitiendo a través de esta presión cultural? ¿Qué se transfiere mediante esta violencia simbólica legitimada por los residentes? En este caso no serían conocimientos “clínicos” que, en realidad, es lo que esperan los aprendices, sino formas de hacer y de actuar en esa comunidad de práctica y, tal como afirma Spindler (2007, pág. 208), se transmite sobre todo una “*actitud emocional*” que les hará buscar estrategias para desarrollarse y moverse en ese contexto. Asimismo, se transmiten una serie de valores, de jerarquías sociales entorno al conocimiento experto.

En esta situación de violencia simbólica y estructural en la comunidad hospitalaria la negociación de la participación se hace complicada. Se asume, en general, la estructura social hospitalaria, el reparto de roles, e incluso las regañinas y broncas. Se intentan resolver hablando algunos conflictos o malentendidos pero la estructura institucional, hospitalaria, cae sobre el residente. Así, por ejemplo, vemos situaciones en las que la comunidad asigna al aprendiz funciones que no debería, incluso algunos de estos nuevos residentes se conocen la normativa que indica qué puede hacer y qué no un residente de primer año, pero aun así las desempeñan, como firmar informes de alta con el código del responsable o cuando, en la distribución de tareas entre el equipo, debido a la falta de personal o a situaciones que se complican en el momento, al residente le toca realizar tareas que por su estatus en la organización no debiera realizar. En los discursos expresan el desacuerdo, pero éste no llega a ninguna estructura hospitalaria en forma de queja, sino que se asume como parte del proceso.

En el siguiente ejemplo, vemos cómo una residente compara la situación del residente en el hospital con el de una mujer maltratada cuando explica los problemas organizativos y de abuso del hospital que recae directamente sobre ella, teniendo que hacer guardias que no le corresponden o funciones que por su rol no le tocarían:

“[...] que yo quiero tener claro que no es culpa mía, que me siento vulnerable, que no es mi culpa. Es una cosa que yo me digo y digo a la gente, porque hay como este punto a veces que te dicen que es el residente el que escoge y no, no. Yo pongo el ejemplo de la mujer maltratada, la que no se va de su marido, que lo ha escogido ella. Y dices no, es que está en una situación de vulnerabilidad que quizás no es capaz de dejar a su marido por muchas otras cosas, ¿no? Y echarle la culpa a esa persona, no. Es que tú como residente puedes escoger, no” (E7, 2017).

Pero el ejercicio de poder, alrededor de los conocimientos, también se ejerce sobre un tercer agente: el paciente. Así, por ejemplo, podemos observar cómo algunos residentes realizan un paralelismo de poder dentro de la consulta al estilo: mi tutor sabe más que yo, pero yo sé más que el paciente. De nuevo el poder gira entorno a los conocimientos, asumiendo que el paciente *debe* dejarse aconsejar por el médico, sin tener, a priori otras consideraciones en cuenta, como la autonomía que pueda tener como paciente o la libertad de elegir.

d) El Día del Residente. Un ejemplo de comunidad de práctica

En el centro de salud, la necesidad de compartir experiencias ha derivado en la organización del Día del Residente, una comunidad de práctica que se ha organizado a petición de los propios aprendices de un mismo centro de salud, residentes de medicina familiar y comunitaria de diferentes años de formación, en la que circulan los conocimientos que interesan a los propios residentes, de actualización, de formas de hacer ante situaciones conflictivas, de problemas que se puedan encontrar, entre otros.

Los residentes se reúnen una vez al mes en la sala de formación del centro. Antes de constituir el grupo los aprendices pidieron permiso a los responsables de docencia para que se notificara a los hospitales sus ausencias de forma oficial. Asimismo, los propios residentes solicitaron que, al menos una hora por la mañana, estuviera presente un tutor, un médico de familia del centro, para explicarles algunos conocimientos específicos que requerían. El resto del tiempo explican entre ellos temáticas de manera formal, mediante una colocación espacial que recuerda a clases magistrales, en torno a una pizarra o pantalla y con soportes tecnológicos.

Las reuniones de esta comunidad de práctica están divididas en varias partes:

- Una hora de exposición del tutor sobre un tema que les interese.
- Diversas exposiciones sobre temáticas para explicar a los compañeros. Por ejemplo, si un residente ha estado realizando una estancia en Dermatología explicará a los demás la misma sesión que haya tenido que preparar para ese servicio, así se aseguran la circulación y la actualización de conocimientos específicos al resto del grupo.

En las observaciones realizadas han aparecido algunos aspectos interesantes, pero apuntaremos sólo un par: los conocimientos que circulan y cómo circulan dentro de la comunidad y la participación de los residentes noveles.

En primer lugar, podemos observar cómo los tutores han optado por diferentes maneras de encarar la sesión que les correspondía. El primer tutor, un médico de familia con más 30 años de experiencia, no sólo explica conocimientos “clínicos”, sobre todo, indica *maneras de comportarse*. Por ejemplo, cuando explica la forma de actuar ante un problema de salud de un paciente el tutor habla de “*sentido común*”, de “*mantener la calma*”, así como alusiones a cómo se siente el paciente, “*está muy jodido*”, mientras insiste en la prudencia del médico en sus actuaciones. El tutor deja la puerta abierta a que el médico también tenga miedo ante una situación difícil e incluso bromea ante los

residentes sobre el nerviosismo que puede sentir el médico ante un problema de salud del paciente y de cómo afrontarlo. En realidad, los residentes piden *saber qué pruebas o prácticas hacer ante* problemas concretos mientras que el tutor explica cómo deben encarar la situación a nivel personal, pensando también en el paciente y en el servicio donde están. Es decir, el tutor incide en el contexto y en todos los actores que forman parte de la situación: el paciente, él mismo como médico y como persona y la gestión de sus emociones, el entorno donde se encuentra si es el centro de salud, e incluso la hora en la que se atiende al paciente, ya que la práctica variará en función de si el centro está próximo a cerrar o si la práctica se hace por la mañana. El aprendizaje de la evaluación de todos estos factores entra dentro de la práctica del médico.

La sesión de otra tutora es totalmente formal, con sillas colocadas hacia la pantalla donde se proyecta información (el anterior tutor las había puesto en círculo), realizando una explicación que recuerda la de una profesora a sus alumnos donde lo que prima es el conocimiento explícito o la transmisión de información, de guías y documentos “clínicos”. Aunque la explicación es técnica, la tutora va ejemplificando con su experiencia dentro de la consulta: *“esto es el típico paciente que te dice que le duelen las piernas”, o “hay gente que estos parches los tolera mal” o, “normalmente no se hace [x cosa] pero si tiene alguna complicación te puede llevar al juzgado”*.

En estas explicaciones de los tutores, los que ostentan el conocimiento experto, no sólo se transmite información técnica, se explican aludiendo de forma continuada a sus experiencias en el día a día, tanto desde la perspectiva del paciente, como desde la perspectiva personal del propio médico, que debe aprender a encarar ciertas situaciones de presión cultural de una forma determinada. Sin embargo, el conocimiento más demandado por los residentes es el de *la práctica*, cómo actuar, qué medicamento dar, qué protocolos seguir.

Pero lo que sí ha quedado en evidencia a lo largo de las observaciones realizadas es la necesidad de compartir el conocimiento. En este caso hablamos de conocimientos específicos, concretos, más “clínicos” y, sobre todo, la necesidad de explicar experiencias, momentos de presión cultural, de estrés, de soledad, de no saber qué hacer ante determinadas situaciones. Esta necesidad de explicar “batallitas”, convierte las segundas partes de las sesiones, una vez el tutor o tutora se han marchado, en reuniones más distendidas (que se aprecia cuando el tutor sale por la puerta), aunque mantienen el aire formal y que, a la vez, desembocan en interrupciones que ayudan al intercambio de opiniones y experiencias respecto a diferentes temas, así como a conversaciones en paralelo.

Esta comunidad de práctica reproduce en un entorno tranquilo y reducido, fuera del hospital, situaciones de presión cultural real, de miedos ante no saber cómo actuar, sobre todo teniendo en cuenta que en las situaciones reales sienten una cierta soledad y responsabilidad ante sus actuaciones.

A pesar del ambiente distendido, los nuevos residentes participan de forma desigual en la comunidad de práctica, detectándose diversos niveles de participación. Así, por ejemplo, encontramos alguna residente novel que expone un tema por primera vez en el grupo y que hace notar en todo momento su falta de experiencia, su no-saber, haciendo continuos comentarios a su inexperiencia con un *“me corregís si me equivoco”*. Algunos residentes veteranos la corrigen sobre todo a la hora de mostrar su desconocimiento ante la jerga específica, pero también los más veteranos aceptan que hay conocimientos que no recuerdan o que no han conseguido memorizar. Se acepta que lo que no se practica se olvida.

Otros residentes noveles, sin embargo, se sientan en segunda fila, juntos, sin decir nada, no hablan ni preguntan en las sesiones ni participan en las conversaciones, hablando entre ellos en voz baja, pero participando como observadores y consultando el móvil de forma continuada y sólo hablando para apuntar algo que han consultado en el móvil.

La jerarquía en la comunidad de práctica se hace patente a la hora de organizar las sesiones. Quien indica cuándo empieza, cuándo se acaba o cuándo se hace descanso, es potestad de los residentes más veteranos, acatando los demás esta jerarquía. Quien realiza propuestas sobre futuras sesiones también pasa por el filtro de los residentes veteranos, quienes invitan a participar también al resto. Por otro lado, también se aprecia la jerarquía cuando una de las residentes noveles propone realizar cierto tipo de sesiones que le interesan, no siendo correspondida por el resto de la comunidad. Parece que esta participación resulta excesiva al resto de compañeros, que no secundan sus propuestas, sino que más bien las ignoran. Y es que los residentes deben pasar por diferentes niveles de participación periférica para poder llegar a la participación central, que se adquiere a base de experiencia, tiempo y adquisición de conocimientos. La participación del resto de residentes noveles, que escuchan, más observadores, es periférica y aceptada por el resto del grupo, nadie les impele a participar, aceptando ese lugar como aprendices noveles.

Lo que interesa de esta comunidad de práctica es que se ha constituido a iniciativa de los aprendices, que se han unido con el objetivo de mejorar su conocimiento y sus prácticas, que intercambian información y conocimientos y otro tipo de recursos como

las experiencias, tanto de los tutores como de los compañeros, proponiendo formas de resolución de problemas ante las dificultades que se encuentran en el día a día.

Asimismo, existe el espacio público de la sala, pero también pequeños espacios de conversaciones privadas entre dos o tres personas, a la vez que los residentes más noveles observan a los demás. Todos los miembros, por el hecho de ser aprendices, están legitimados para participar en la comunidad de práctica. Algunos toman notas, otros observan sin decir nada, otros son los líderes y dirigen las sesiones (los más veteranos), otros participan sólo ocasionalmente, teniendo una participación más periférica. En todo caso, si bien es cierto que existe una cierta jerarquía en torno a los conocimientos, también lo es que todos están unidos por el deseo de compartir para mejorarlos y que, una vez se encuentren en la práctica, sean capaces de mejorarla.

8) CIRCULACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Para que circulen los conocimientos debe haber agentes dispuestos a compartirlos dentro de las comunidades de práctica y de las instituciones. Asimismo, compartir conocimientos no sólo depende de los agentes y de su disposición o no, también de que se den una serie de circunstancias propicias para ello (Vásquez, 2011, pág. 59). En todo caso, se debe compartir una práctica para que se pueda compartir el conocimiento yendo aparejado siempre a la posibilidad de participación dentro de la comunidad.

En este apartado daremos unas breves pinceladas sobre las narrativas de los residentes noveles acerca de cómo circula el conocimiento durante su aprendizaje, quién lo proporciona y algunas resistencias que hemos encontrado en esta circulación dentro de un entorno institucional parcialmente conocido por el aprendiz en el inicio de la residencia y de un proceso de enseñanza-aprendizaje organizado en torno a unas circunstancias de presión cultural y a la falta de tiempo de dedicación al aprendiz.

La obtención del conocimiento se explica básicamente desde dos vías principales: desde la observación de la práctica y desde la palabra o explicación.

Desde la observación, el residente reclama la necesidad de un modelo de actuación interpretando que, observando primero, después podrá reproducir en la práctica lo observado, aunque se reclama la prevalencia de su propio criterio para “imitar” o no los conocimientos observados.

“Hombre al final aprendes un poco por imitación. Claro, yo creo que es lo más importante porque llega un momento...Cuando has visto pacientes, yo sola, aquí, alguna vez que me han dejado pues dices ¿Qué hacía? [el tutor] esto, ¿Qué hacía? esto. Cuando veía un paciente con tal al final haces un poco lo mismo”.

“[...] yo sí sé más o menos lo que hay que hacer y cuando lo he visto he dicho ‘ah, vale pues esto es lo que yo tenía, esto me ha parecido correcto’ y si realmente hay algo que no me gusta no lo voy a imitar (E1, 2017).

Aquí el papel del residente es activo, necesita observar las acciones de los demás¹⁹, para después decidir, de acuerdo con su propio criterio, si esa acción se ajusta o no a su forma de participar dentro de la situación. No se trata de la imitación y reproducción como meros autómatas, sino de integrar estos conocimientos a los que ya se poseen y distinguir aquello que es válido para él de lo que no lo es.

Otra vía primordial de obtención de conocimiento es a través de la palabra, de las explicaciones de las propias situaciones. Mucho más que la lectura de ciertas instrucciones o artículos, la palabra hablada se convierte en la reclamación por excelencia de los aprendices respecto a la transmisión de conocimiento, ya que se busca la retroalimentación, la resolución de dudas, la corrección *in situ*, local, en el mismo momento de la práctica. Para Sennet (2009, pág. 222), este recurso de transmisión de la información es un *“diálogo no planificado”* y calificado como *“confuso y divagante”* en la transmisión de conocimiento ya que depende tanto de la capacidad del emisor en transmitir como de la del receptor en interpretar y comprender. En todo caso, para los residentes, que los docentes principales se paren a explicar, aunque sea unos minutos, constituye una de las mayores fuentes de circulación de conocimientos dentro de la práctica y la imposibilidad de acceso a estas explicaciones se convierte en un motivo de frustración en el aprendizaje que les obliga a buscar otras fuentes de información de otros agentes.

Así, por ejemplo, muchos aprendices requieren de explicaciones, que como veremos a continuación, se transmitirán básicamente a través de la oralidad con otros aprendices más veteranos.

¹⁹ Citando a Bourdieu, *“No se imitan los ‘modelos’, sino las acciones de los otros”* (2012:224).

A través de las narrativas apreciamos que son los residentes más veteranos los que transmiten la mayor parte del conocimiento tanto en el hospital como en el centro de salud. Se transmiten conocimientos relativos a diferentes aspectos:

- 1) **Aprender a moverse dentro de la organización y las diferentes instituciones.** Conocimiento relativo a quién preguntar (quién es mejor o peor docente, quién va a ayudar en un momento dado y quién no), así como las jerarquías de la institución y los responsables de cada servicio.
- 2) **Conocer cuestiones técnicas y formas de actuación específicas.** Los residentes esperan que les sean explicadas cuestiones técnicas concretas ante los problemas concretos que aparecen en la práctica, *in situ*, que les enseñen formas de actuación y obtienen estas explicaciones generalmente de los residentes más veteranos, así como el análisis de la actuación realizada y *feedback* de cuestiones que se deberían mejorar o no (cómo administrar medicamentos, las dosis, avisar a enfermería...). Asimismo, los residentes obtienen conocimientos relativos a la burocracia de su actuación (cómo dar altas, cómo funcionan trámites de derivación a otros servicios y un largo etcétera).
- 3) **Conocer recursos para el aprendizaje, es decir, fuentes e instituciones donde obtener conocimientos técnicos asociados a conocimiento experto.** Los residentes obtienen información sobre cómo mejorar los conocimientos teóricos que tienen mediante la suscripción a revistas o mediante la realización de cursos o talleres específicos de las sociedades que atesoran el conocimiento experto.
- 4) **Conocer cómo funciona el sistema docente de residencia.** El residente en general muestra un gran desconocimiento sobre el sistema de enseñanza-aprendizaje de la residencia y una gran fuente de información son los propios residentes veteranos que les explican desde el funcionamiento burocrático de la residencia hasta cuestiones administrativas sobre vacaciones, guardias y ausencias, entre otros.

En todo caso, las narrativas de los aprendices van más encaminadas a considerar como la primera fuente de información y obtención de conocimiento a un residente veterano que explica en función de sus experiencias en el entorno.

Finalmente, se percibe en los discursos de los aprendices diversas resistencias: resistencias externas en las que algo externo bloquea al aprendiz y resistencias internas o personales, en las que es el mismo aprendiz el que genera los obstáculos (Sennet, 2009, pág. 264). Las resistencias externas para la circulación de conocimientos las

hemos ido apuntando a lo largo del trabajo y de este apartado: desconocimiento de la institución, de la comunidad de práctica, estructuras sociales rígidas y jerárquicas de la organización, ejercicios de poder y el tiempo, o la falta de él, como presión principal que no permite la circulación de conocimientos aprendiz-docente y que, por lo tanto, limita su participación dentro de los contextos hospitalarios y de atención primaria.

Asimismo, las resistencias internas del propio aprendiz hacen referencia sobre todo al miedo a manifestar que no se sabe dentro de la propia institución, miedo a preguntar o a ser interpelado por los docentes principales y no conocer las respuestas. Esto motiva que haya momentos en que no pregunten por vergüenza o prefieran obtener los conocimientos por otras vías, como por internet o a nivel oral por otros compañeros considerados iguales por ellos. Estas resistencias internas y externas se perciben en interrelación: la presión institucional es tan fuerte que puede provocar que algunas resistencias internas se activen, cuando en otros contextos y con otros agentes sí habría una libre circulación de conocimientos. Igualmente, aparece un contrasentido: los residentes reivindican constantemente su papel de aprendices, pero en ocasiones, el temor a mostrar que no sabe no permite el aprendizaje.

9) CONCLUSIONES

El concepto de *Participación Periférica Legítima* nos ha dado las bases para poder reflexionar sobre el aprendizaje en la práctica como sinónimo de *participación* y de *negociación* de esta participación por parte de los residentes de medicina familiar y comunitaria durante los primeros meses de formación, dentro de los contextos formativos del hospital y del centro de atención primaria.

En esta participación y negociación se ponen en juego múltiples variables en interrelación como la *identificación profesional*, las *comunidades de práctica* en las que se inserta, las *relaciones de poder* entorno a los conocimientos y saberes expertos y a quien los posee, las situaciones de *presión cultural* y *violencia simbólica* ejercida durante la formación, los conflictos institucionales y la estructura social, entre otros.

Los residentes de medicina familiar y comunitaria empiezan su formación tanto en el hospital como en los centros de atención primaria con una “mirada” a cerca de la medicina, del paciente y de su especialidad muy concreta y con unos valores humanísticos muy determinados que los acompañan en la práctica situada y cuyos significados se ponen en juego en las diversas situaciones de aprendizaje. Esta

identificación profesional inicial se pondrá en juego y se confrontará a lo largo de los primeros meses de formación en el hospital junto con otras “miradas” de la medicina, pero también con la propia multifiliación del residente como aprendiz o como médico o incluso como médico hospitalario en función del servicio y de las situaciones a las que se exponga.

Dentro del contexto hospitalario, los residentes de medicina familiar y comunitaria se incorporan a equipos e instituciones complejas. Estos equipos de trabajo no incluyen a estos residentes como miembros en potencia, sino que les otorgan una participación *marginal*. Esto ocurre por varias razones: no son aprendices que formen parte de la estructura del hospital, sino que son considerados externos, su estancia formativa en los diferentes servicios es de corta duración por lo que no permite el establecimiento de relaciones duraderas, no hay referentes de conocimiento experto de esa especialidad en el hospital y, por lo tanto, cuando se trata de transmitir conocimientos los residentes de medicina de familia no son incluidos como receptores principales de éstos. A esto se suman las presiones organizativas sobre los propios docentes del hospital. Asimismo, aunque los residentes *hacen* desde el inicio y asumen responsabilidades, la institución no adopta un compromiso pleno con ellos, de ahí la percepción del residente de que su participación es más un trabajo que una formación. El hospital posibilita un entorno y situaciones de aprendizaje en potencia, pero no la posibilidad de incorporarse a una comunidad de práctica que posibilite la transición de la marginalidad a la periferia. Esto no significa que los residentes no aprendan, ya que, a lo largo de los meses, los residentes tienen la *sensación* de adquirir ciertos *conocimientos tácitos*, aunque, en realidad prefieren la transmisión de conocimientos e información de forma *explícita*, a través de, primero la observación y después las posteriores explicaciones de cada situación, pero, sobre todo, a través de la dedicación de tiempo.

Por otro lado, puesto que en el hospital el residente tiene una participación marginal dentro de la estructura social su margen de negociación es mínimo. Los residentes no negocian su participación, sino que se deslizan por los márgenes cuando sus multifiliaciones chocan dentro de la estructura de diversas formas y gradaciones: en ocasiones, si su identificación profesional es más fuerte, sus prácticas tienden a ser de médico de familia en algunos servicios hospitalarios y en determinadas situaciones, lo que provoca saltarse las normas, a la vez que su compromiso con la institución hospitalaria es menor; en otras ocasiones, se identifican con el lugar hospitalario donde están a pesar del desacuerdo con las prácticas; otras compiten por los conocimientos ya que su posición marginal les relega para la obtención de conocimiento experto, pero en muy pocos casos negocian su posición dentro de la estructura.

Las relaciones de poder, de violencia simbólica y la exposición a situaciones de presión cultural refuerzan, asimismo, esta falta de negociación en el ámbito hospitalario, donde se puede hablar y pedir que expliquen a los docentes principales, pero donde se da con más frecuencia la petición de explicaciones hacia los residentes más veteranos o hacia los iguales como fuente principal de conocimiento, o el establecimiento de estrategias alternativas para obtenerlo y así evitar mostrar que no se sabe ante el responsable de la rotación o de simplemente ahorrarse malas contestaciones por parte de los responsables de la docencia.

Respecto al centro de salud, los residentes en el inicio de su residencia observan las prácticas de sus tutores, a su lado, pero no *hacen*. Esta observación e inacción es interpretada como una forma de no participación dentro de la comunidad de práctica. Sin embargo, el residente, cuya identificación profesional con esta comunidad es patente, poco a poco va negociando su participación junto a su tutor, pudiendo expresar su deseo de participación y pactando estrategias para posibilitarla. Esta posibilidad de negociación indica que el aprendiz es aceptado dentro de ella, dándole un lugar *periférico* que en algún momento podría convertirse en una participación *central* puesto que el residente tiene espacio y se le otorga un lugar para ello.

Se aprecia pues, un contrasentido: aquella comunidad hospitalaria donde más participativos se sienten los residentes, y más responsabilidad les otorga es la que los relega a una participación marginal obligando a desarrollar al residente vías alternativas a la negociación de la participación. En cambio, la comunidad de práctica de atención primaria, es decir, aquélla con la que se identifican, pero en la que se sienten observadores, excesivamente supervisados y sin responsabilidad, es la que otorga un lugar a los aprendices, dándoles la posibilidad de negociar su posición dentro de ella.

Tomar notas, observar y escuchar, consultar dudas o sentarse en la última fila y tener tiempo para reflexionar, también son formas de participar dentro de una estructura formativa cuya organización es excesivamente dicotomizada: estudiante/residente, teoría/práctica, estudio/trabajo y donde los grados y las diversas identificaciones fluctúan a lo largo de las diferentes situaciones.

Para finalizar, en el futuro sería interesante continuar el estudio para abordar este tema desde varias perspectivas: en primer lugar, desde la perspectiva diacrónica, abarcando los cuatro años de formación del médico de familia, con el fin de observar las transiciones de los residentes respecto a la visión de su formación en la práctica así como la adopción de nuevos roles, los cambios de posición en la participación hacia la centralidad (o no) y las posibilidades de negociación en los diferentes contextos de

participación; en segundo lugar, incluyendo entrevistas a más agentes que participan en el aprendizaje situado, como tutores, colaboradores docentes y adjuntos del hospital, y sobre todo poder llevar a cabo un trabajo de campo dentro del contexto hospitalario, de difícil acceso, pero que nos podría aportar información valiosa.

Asimismo, a lo largo de este estudio han surgido diversos temas que me han parecido interesantes de tratar en sí mismos, uno de ellos ha sido el ejercicio de poder entorno a los conocimientos expertos y la violencia simbólica que se ejerce en estas relaciones de poder, siendo apoyada y potenciada por la estructura social y, otro de ellos, sugerido por mi tutor, la posibilidad de analizar la medicina familiar y comunitaria como una medicina humanística, adoptando una posición crítica respecto a algunas tendencias de la antropología médica actual.

Finalmente, respecto a la aplicabilidad de este pequeño estudio, de ampliarse, podría ofrecer claves para mejorar la formación de los residentes de medicina familiar y comunitaria, conocer sus sensibilidades, sus creencias y las dificultades de su aprendizaje en el contexto hospitalario, así como sugerir mejoras en la formación de atención primaria.

10) BIBLIOGRAFÍA

- Ballestín, B., & Fàbregues, S. (2018). *La práctica de la investigación cualitativa en ciencias sociales y de la educación*. Barcelona: UOC.
- Bourdieu, P. (2002). Condición de clase y posición de clase. *Revista Colombiana de Sociología*, VII, 119-141.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2012). *Bosquejo de una teoría de la práctica*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Brubaker, R., & Cooper, F. (2001). Más allá de la identidad. *Apuntes de investigación del CECyP*, Vol. 7.
- Díaz de Rada, A. (2011). *El taller del etnógrafo. Materiales y herramientas de investigación en Etnografía*. Madrid: UNED.
- Díaz de Rada, Á. (2019). Un juego de conceptos. Ensayo introductorio. En Á. Díaz de Rada, *Discursos del ethnos. Una etnografía incompleta sobre procesos étnicos y etnopolíticos en el Ártico Europeo* (págs. 33-108). UNED.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

- Hesketh, E., Allan, M., Harden, R., & MacPherson, S. (2003). New doctors' perceptions of their educational development during their first year of postgraduate training. *Medical Teacher*, 25, 67-76.
- Lave, J. (1996). La enseñanza como aprendizaje en la práctica. *Mind, Culture, and Activity*, 3(3), 149-164.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). Aprendizaje situado. Participación periférica legítima. *Cambridge University Press*.
- Martin, D., Nasmith, L., Takahashi, S., & Harvey, B. (24 de Febrero de 2017). Exploring the experience of residents during the six months of family medicine residency training. *Can Med Educ J*, 8(1):22-36.
- Nieto, J. (1995). Antropología y medicina. *Temas de antropología aragonesa*, 5, 183-190.
- Ribera Casado, J. (2016). La enseñanza médica teórica y en la cabecera del paciente. *Revista Educación Médica*, 17 (2):45-50.
- Sánchez-Mendiola, M. (2013). La enseñanza de los estudiantes en ciencias de la salud: ¿Podemos poner más atención en el aprendizaje? *Investigación en Educación Médica*, 2(1):1-2.
- Sennet, R. (2009). *El artesano*. Barcelona: Anagrama.
- Spindler, G. D. (2007). La transmisión de la cultura. En H. Velasco, F. J. García, & A. Díaz de Rada, *Lecturas de antropología para educadores. El ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar* (págs. 205-241). Madrid: Trotta.
- Totusaus, J., Morán-Barrios, J., & Pérez Iglesias, F. (Julio-agosto de 2018). Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Revista de Educación Médica*, Volume 19, Issue 4, 229-234.
- van Gennepe, A. (2013). *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza editorial.
- Vásquez, S. (2011). Comunidades de práctica. *Educar*, 47/1, 51-68.
- Velasco, H., & Díaz de Rada, A. (2015). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*. Madrid: Trotta.
- Wenger, E. (2017). *Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.