



Informe de Investigación

Motivaciones, expectativas y experiencias en
la formación como especialistas de jóvenes médicos



Ministerio de Salud



Buenos Aires
Provincia

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos : informe de investigación / coordinación general de Carolina Dursi ; Verónica Millenaar ; dirigido por Laura Antonietti ; Marcelo García Dieguez. - 1a ed. - La Plata : Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2017.

Libro digital, PDF - (Formación de Equipos de Salud en la Provincia de Buenos Aires ; 1)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-46595-0-7

1. Médicos. 2. Formación Profesional. I. Dursi, Carolina , coord. II. Millenaar, Verónica , coord. III. Antonietti, Laura, dir. IV. García Dieguez, Marcelo, dir. V.

Título.

CDD 610.7



Informe de Investigación

Motivaciones, expectativas y experiencias en
la formación como especialistas de jóvenes médicos

Ministerio de Salud



Buenos Aires
Provincia

AUTORIDADES

MINISTRA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Dra. Zulma Ortiz

SUBSECRETARIA DE GESTIÓN Y CONTRALOR DEL CONOCIMIENTO, REDES Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Dra. Laura Antonietti

DIRECTORA PROVINCIAL DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Dra. María Eugenia Esandi

DIRECTOR DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE TRABAJADORES DE LA SALUD

Dr. Marcelo García Dieguez

Febrero de 2017

RESPONSABLES DEL PROYECTO

DIRECCIÓN DEL PROYECTO

Dra. Laura Antonietti,
Dr. Marcelo García Dieguez

ASESORAMIENTO EN LA INVESTIGACIÓN

Dra. Ma. Isabel Duré

INVESTIGADORA RESPONSABLE

Lic. Carolina Dursi

INVESTIGADORA ASISTENTE

Mg. Verónica Millenaar

AUTORAS

Lic. Carolina Dursi
Mg. Verónica Millenaar

La voluntad de quienes escribimos este texto es utilizar un lenguaje que no discrimine ni marque jerarquías entre varones y mujeres. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas acerca de cuál es la mejor forma de lograrlo. En tal sentido, y con el objeto de evitar la sobrecarga de lectura que supone el uso de o/a para marcar las diferencias, optamos por emplear el masculino genérico clásico en el entendido de que todas esas referencias aluden siempre a varones y mujeres.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN		8
- Presentación general		8
- Planteo del problema de investigación		10
- Objetivo de la investigación		11
CAPITULO 1 - ENFOQUE TEÓRICO Y METODOLÓGICO		12
1.1. Antecedentes del problema		12
1.2. Metodología		15
CAPÍTULO 2 - LOS RESIDENTES MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES		19
2.1. Características de los residentes participantes de la investigación		19
2.2. Síntesis del capítulo		27
CAPÍTULO 3 - MOTIVACIONES PARA FORMARSE EN EL MARCO DE UNA RESIDENCIA		29
3.1. Motivaciones para elegir hacer una residencia		29
3.2. Opiniones sobre otras modalidades de formación de posgrado		33
3.3. ¿Por qué hacer una residencia en la PBA?		35
3.4. Expectativas sobre la residencia: entre el optimismo y el temor		45
3.5. Síntesis del capítulo		47

CAPÍTULO 4 - LA RESIDENCIA COMO MECANISMO DE SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL

48

4.1. La socialización en el hospital: devenir médico	48
4.2. El verticalismo como rasgo distintivo	50
4.3. La línea de residentes completa como estructurante de la organización	56
4.4. Las guardias: organización y cuestionamientos	58
4.5. La actividad académica y sus distintas modalidades	69
4.6. Un aspecto conflictivo: el Bloque de Formación Común	79
4.7. Síntesis del capítulo	87

CAPÍTULO 5 - PRINCIPALES TENSIONES EN LAS RESIDENCIAS

89

5.1. Primera tensión: el agotamiento físico y el estrés laboral	90
5.2. Segunda tensión: Maltrato laboral, sanciones y mecanismos de disciplinamiento	94
5.3. Tercera tensión: La situación estructural y la sociedad contemporánea	97
5.4. Síntesis del capítulo	106

CAPÍTULO 6 - ESTILOS DE VIDA: CONCILIACIÓN ENTRE LA ESFERA PERSONAL Y PROFESIONAL

107

6.1. La compatibilización entre la formación, las exigencias institucionales y la vida doméstica y familiar	107
6.2. La tensión por el nivel salarial	113
6.3. Dificultades para mantener vínculos de amistad y relaciones de pareja	114
6.4. Las residencias y su inserción en lógicas organizacionales desde una perspectiva de género	115
6.5. Ente la "vida propia" y la vida profesional: lo que se pierde y lo que se gana	117
6.6. Síntesis del capítulo	121

CAPÍTULO 7 - LOS MODOS DE ORGANIZACIÓN DE LOS RESIDENTES: RECLAMOS Y REPRESENTACIÓN POLÍTICA

122

7.1. Cuatro niveles de organización: en el servicio, en el hospital, regional y provincial	122
--	-----

7.2. Condicionantes para la organización: represalias, exceso de tareas y el individualismo como característica de la profesión	128
7.3. Las propuestas de mejora por parte de los residentes	131
7.4. Síntesis del capítulo	136

CAPÍTULO 8 - LA INSERCIÓN DE LOS RESIDENTES EN EL MERCADO DE TRABAJO

137

8.1. La transición entre la residencia y el mundo del trabajo: primeras aproximaciones	137
8.2. Representaciones sobre el futuro laboral al finalizar la residencia	140
8.3. Público vs. Privado: representaciones y expectativas futuras	143
8.4. Otros factores relevantes en la proyección profesional: ganar calidad de vida y volver al lugar de origen	153
8.5. El "efecto toallón" como metáfora de la residencia	155
8.6. Síntesis del capítulo	156

CAPÍTULO 9 - LAS ÁREAS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN: SU ROL EN EL SISTEMA DE RESIDENCIAS

157

9.1. ¿Quiénes son los responsables de docencia e investigación entrevistados?	157
9.2. La estructura y actividades de las áreas de Del en los hospitales	158
9.3. El rol de las áreas de Del en la mediación de conflictos con los residentes	161
9.4. Dos generaciones: los residentes que fuimos vs. los residentes actuales	163
9.5. ¿Cuándo la residencia resulta un buen dispositivo de formación?	167
9.6. Algunas estrategias para mejorar las residencias	171
9.7. Síntesis del capítulo	173

CAPÍTULO 10 - ELEMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA: EMERGENTES DE LA INVESTIGACIÓN

175

BIBLIOGRAFIA

180

ANEXO

184

INTRODUCCION

PRESENTACIÓN GENERAL

Este trabajo de investigación se enmarca en el Programa provincial "Quiero Ser Residente", aprobado por Resolución N° 690/2016 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El programa tiene como objetivo general "Fortalecer la estructura formadora del Sistema de Residencias para Profesionales de Salud promoviendo la equidad en el acceso a la formación y condiciones educativas y de trabajo adecuadas para la capacitación en servicio, considerando a la residencia como base para la planificación de la formación de profesionales de salud de la Provincia." El primer eje de acción apunta al desarrollo de estudios dirigidos a establecer un diagnóstico acerca de la experiencia de ser residente en la PBA, y es por ello que se ha puesto en marcha el presente trabajo.

Hacia un diagnóstico de las Residencias en la Provincia de Buenos Aires

En nuestro país egresan anualmente de las facultades de medicina públicas y privadas entre 4600 y 5500 jóvenes médicos. La mayor parte de ellos se forma en la región Centro del país, conformada por las provincias de Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Si bien en Argentina el título de grado de médico es habilitante para el ejercicio profesional, la mayoría de los graduados recientes continúa su formación como especialistas. Las opciones para hacerlo son la realización de una residencia o aprendizaje en servicio en alguno de los efectores de salud que ofrecen programas de formación o bien el cursado de una carrera de especialista universitario. De acuerdo con los datos provenientes del Registro de Profesionales del Ministerio de Salud de la Nación, de 2440 médicos que certificaron su especialidad¹ entre 2009 y 2013, el 60% lo hicieron acreditando haber realizado una residencia.

Tal como han postulado diversos autores (Jacinto; 2010; Crocco, 2010), los programas de formación laboral pueden ser pensados como un dispositivo. Siguiendo la definición foucaultiana del término, un dispositivo es una red de múltiples elementos, situados históricamente, que actúan articuladamente produciendo formas de subjetividad; es decir, inscribiendo en los cuerpos de los sujetos un modo y una forma de ser. Los programas de residencias médicas pueden pensarse como dispositivo si se las comprende como un espacio de formación en el cual circulan saberes que son transmitidos a quienes participan de esas experiencias (saberes que son teóricos, pero también prácticos; y explícitos y codificados, pero tam-

¹ Las modalidades reconocidas en la Ley N° 23.873 para acceder a la certificación como especialista varían de acuerdo con las provincias, pero los mecanismos suelen estar comprendidos entre los siguientes:

- Contar con una residencia completa acreditada
- Poseer título de especialista universitario en la especialidad
- Acreditar un mínimo de cinco años de ejercicio en un servicio de la especialidad y pasar un examen ante la autoridad sanitaria
- Haber certificado las competencias para la especialidad ante una sociedad científica reconocida por la autoridad sanitaria para esa función
- Ser profesor universitario en la materia, con un nivel no menor a profesor adjunto

bién tácitos); encuadrados en una forma de organización del espacio y de la situación de enseñanza-aprendizaje.

La residencia implica una experiencia educativa enriquecedora para los jóvenes profesionales, ya que conlleva la potencia de la formación en el trabajo. De acuerdo con Davini (1995), involucra:

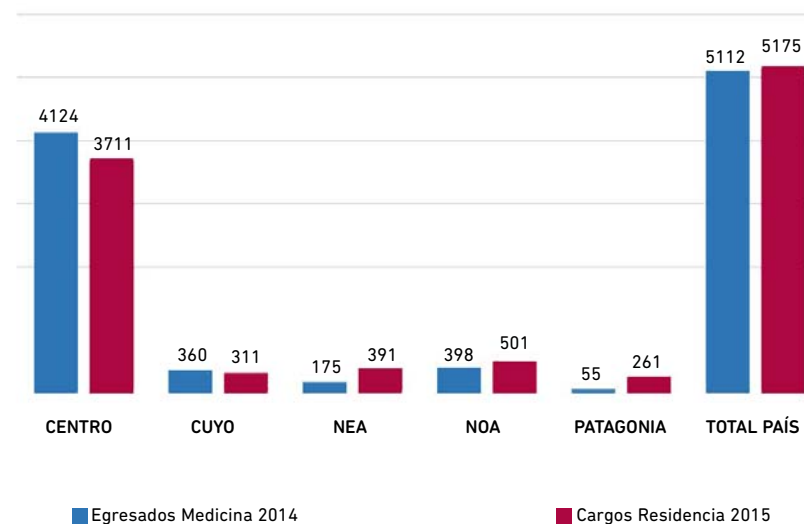
- La revisión de la cultura del trabajo, de los valores que subyacen en las prácticas. El enriquecimiento personal de los participantes se da a través de una propuesta formativa que contemple no sólo el saber académico sino también el saber individual /grupal que nace de la experiencia vivida por las personas.
- La apropiación de un saber tecnológico como construcción activa, integrando la práctica y la teoría a la resolución de los problemas dentro de aquellos marcos valorativos, y no una mera recepción pasiva de conocimientos.

Consiste en un sistema de formación con dedicación exclusiva para graduados recientes. Se accede a una plaza mediante un concurso público, estableciéndose un contrato de trabajo y formación entre la institución y el profesional. El contrato, que puede tener una duración de entre dos y cinco años según la especialidad, implica que el residente cumpla con los requisitos académicos de presentismo y evaluación que el programa establezca.

Actualmente, nuestro país cuenta con plazas de residencia para que todos los graduados recientes puedan realizar su especialización bajo esta modalidad. Como muestra el siguiente gráfico, en todas las regiones la cantidad de vacantes de residencias (públicas, privadas, universitarias, de las FFAA y de seguridad y de la seguridad social) supera a la de egresados de las carreras de medicina, a excepción de la región central, que es una abastecedora de recursos

profesionales a otros lugares del país. Este es un fenómeno de los últimos años, ya que anteriormente, los cargos de residencias que se ofrecían eran muy pocos y estaban muy disputados.

Grafico 1.
Cantidad de egresados de carreras de medicina por región 2014 y Cargos ofertados para residencias 2015, según región.



Fuente:
Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO), Ministerio de Salud de la Nación, 2016. En base a datos del Relevamiento de Residencias Médicas y al Anuario Estadístico Universitario del Ministerio de Educación..

Sin embargo, no todos los jóvenes médicos ingresan al sistema. Si bien constituye la opción más frecuente, algunos de ellos optan por realizar una carrera de especialista universitario o por aplazar la continuación de su educación en pos de iniciar su inserción laboral.

Por otra parte, las condiciones en que los residentes se insertan en los servicios en ocasiones provocan una falta de motivación para realizarlas. Son formaciones intensivas, que implican muchas horas dentro de los hospitales o centros de salud, con guardias periódicas y muchas veces con poco descanso. A ello se agrega que no todos los residentes cuentan con una supervisión permanente de sus tareas, quedando enfrentados a situaciones de ejercicio profesional que desconocen y a cargo del sostenimiento de los servicios.

Al respecto existen antecedentes de estudios realizados a nivel del país. El estudio de Borrell (2005), como resultado del análisis de las evaluaciones aplicadas en 426 residencias del país, señaló dificultades que agrupó en problemas de regulación y planificación, problemas de orientación y gestión educacional, problemas con el enfoque educativo, problemas con las actividades educativas. En el ámbito provincial, en el año 2001 se llevó a cabo una evaluación con similares conclusiones (Reichenbach, Mechiany y Fures, 2001). Más recientemente, la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación ha detectado otros aspectos como el predominio femenino contrastado con prolongadas

jornadas laborales, las guardias periódicas, los tratos diferenciales entre géneros y la duración del proceso formativo, cuestiones que llevan a tomar caminos diferentes (Duré, Daverio y Dursi, 2013).

A pesar de que la regulación de las residencias es un hecho que viene avanzando progresivamente mediante nuevas legislaciones que protegen los derechos de los médicos aprendices², aun persiste en la cultura institucional de los servicios y en el imaginario de los residentes, la idea de que el sufrimiento es parte ineludible de la formación. Esto se monta sobre la creencia difundida, y bien fundada, de que la formación como especialista bajo esta modalidad es la mejor alternativa, lo que conlleva que los médicos toleren situaciones indeseadas.

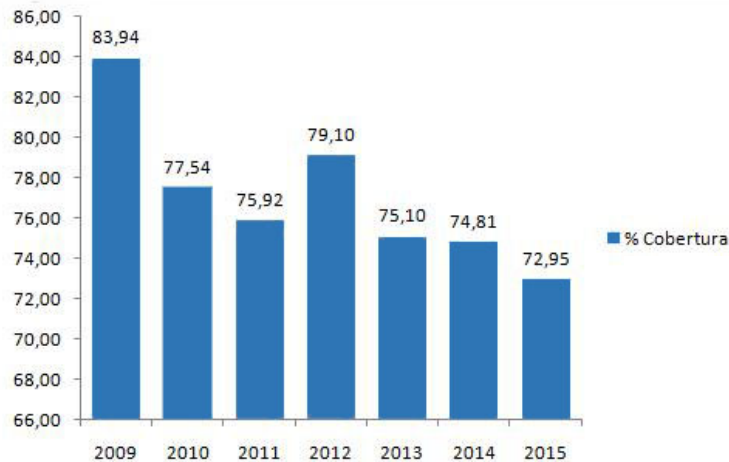
Planteo del problema de investigación

Hasta este año 2016, el concurso de ingreso a las residencias médicas de la PBA se realiza en forma independiente del resto de las jurisdicciones. La PBA tiene prevista su incorporación al Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU)³ en el año 2017. En el año 2015, la cobertura de las vacantes ofrecidas fue de 72,95%. Podemos ver el evolutivo de cobertura en el siguiente gráfico:

Grafico 2. Cobertura de los cupos de ingreso a las residencias médicas básicas provinciales, 2009-2015 (en porcentajes).

² Un ejemplo de ello es el nuevo Reglamento de Residencias Nacionales, aprobado por Resolución MSAL 1993/2015, que explicita los derechos y obligaciones del Ministerio Nacional, la Sede Formadora y los Residentes, a la vez que facilita la gestión del proceso de formación.

³ El Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU) surge en 2011 a partir de una propuesta de las provincias patagónicas, de optimizar la gestión de los concursos de ingreso a las residencias y mejorar la captación de profesionales para sus plazas de formación. Permite unificar la preinscripción, el cronograma y la prueba de selección múltiple que se requiere para el ingreso a las Residencias Médicas en las distintas jurisdicciones y la posterior reubicación en otra provincia o especialidad de aquellos que no hubieran ingresado en la plaza deseada en primer término. Cada provincia mantiene su reglamentación en relación al proceso completo para el ingreso a las Residencias, es decir, organiza su propio concurso de acuerdo a la reglamentación vigente. En la actualidad son 19 las jurisdicciones que participan del EU, además de las instituciones dependientes del Ministerio de Salud Nacional.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Capacitación y Desarrollo de los Trabajadores de la Salud, 2016.

Como se desprende del gráfico, desde el año 2009 hasta el 2015, la cobertura de los cupos ofrecidos en la provincia ha disminuido. Esto se asocia, como dijimos, a que los jóvenes recién graduados en ocasiones eligen otras alternativas de formación, o aplazar la especialización en pos de su ingreso al mercado de trabajo.

En este sentido, una de las hipótesis que motivaron este estudio es que las residencias en la provincia de Buenos Aires se han tornado una opción menos atractiva para los graduados recientes debido a que las experiencias de aprendizaje que se configuran entran en conflicto con sus motivaciones y expectativas de formación y ejercicio profesional.

Por ello nos preguntamos ¿cuáles son sus motivaciones, expectativas y proyecciones laborales futuras? ¿cómo son las experiencias de aprendizaje en servicio de los médicos que realizan su residencia en la PBA? ¿Cuál es su percepción del ambiente educativo en su lugar de aprendizaje/trabajo y cómo incide en la configuración de sus experiencias?

Objetivo de la investigación

El propósito de esta investigación, en el marco del Proyecto Quiero ser Residente, fue establecer un diagnóstico de la cultura de las residencias en el ámbito de la provincia de Buenos Aires a partir de la percepción de los médicos en formación, de modo de obtener elementos para elaborar un programa de mejora del sistema de residencias.

El objetivo principal fue, entonces, explorar las experiencias de aprendizaje en servicio de los médicos que realizan su formación como especialistas en el marco del Sistema de Residencias para Profesionales de la Salud en la provincia de Buenos Aires, considerando sus motivaciones, expectativas y proyecciones laborales futuras, como también su percepción del ambiente educativo en el ámbito de aprendizaje/trabajo.

1

Capítulo Uno

ENFOQUE TEÓRICO Y METODOLÓGICO

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Las residencias en Argentina

El origen de las Residencias en nuestro país se ubica en la década del 40'. Podemos identificar una primera etapa asociada a lo que se conoce como "proto-residencias". Las mismas se organizan en vinculación con centros universitarios y asistenciales de renombre. En la etapa siguiente, que tiene lugar hasta fines de los años 50', se consolidan las características de las residencias que conocemos hoy en día: es un régimen de formación rentado, de dedicación exclusiva y de aprendizaje mediante la realización de prácticas profesionales complejas bajo supervisión. Aquí es cuando la modalidad se extiende y se instala como la opción más valorada para la formación de posgrado en salud. En las décadas de los 60' y 70' se consolida el sistema y se avanza en su formalización a través de la creación de marcos normativos. En los 80', se incrementa la oferta y se incorpora a otras profesiones del campo de la salud, como psicólogos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, trabajadores sociales y enfermeros. En la década del 90' ocurre con las residencias el mismo fenómeno que con las formaciones universitarias de grado: un crecimiento anárquico del sistema, asociado a los designios de centros

privados y con poca intervención del Estado. No obstante, a partir de los 2000, el Estado recupera su función de rectoría, orientando especialmente los esfuerzos desde el Ministerio de Salud de la Nación, al fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Algunas de las medidas tomadas fueron la promoción del cupo en especialidades priorizadas en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), la creación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) y la consolidación de la experiencia del Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU), medidas que en conjunto tendieron a ordenar el sistema (DNCHySO, 2014).

Actualmente, en Argentina existe una diversidad de situaciones en relación con el financiamiento de las residencias. Mientras que algunas provincias sólo cuentan con cargos nacionales, otras cuentan con cargos nacionales, provinciales y municipales. Finalmente hay un tercer grupo de provincias que solo tienen vacantes financiadas mediante su propio presupuesto (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Neuquén).

Las Residencias en la Provincia de Buenos Aires

En la Provincia de Buenos Aires, las residencias se regulan mediante el Decreto N° 2557 del año 2001. Tienen una larga historia que se remonta a comienzos de la década del 60' a partir de los practicantados e internados rotatorios que sostenían un principio común que se prolongaría luego en las residencias: la formación basada en la práctica. En el año 1974 se formaliza un reglamento, que se fue modificando posteriormente, pero la explosión del sistema tiene lugar en los 80' con la diversificación de especialidades. La entrada en vigencia de la Ley 10.471⁴ otorga un status a las Residencias de Profesionales de la Salud dentro de la carrera profesional hospitalaria, que, si bien comenzó ligada a la medicina, se ha extendido a otras ramas profesionales posteriormente (Reichenbach, Merlo, Gomez, Gianfrini, Plesniak y Ferrari, 2012). Al igual que en todo el ámbito nacional, en los años 90' el sistema de residencias crece en forma acelerada y desregulada, sobre todo en el ámbito privado. Y, también acompañando los cambios de época, la Provincia se fue sumando gradualmente al proceso de recuperación de la rectoría del Estado sobre la formación de los especialistas en salud.

La Dirección de Capacitación y Desarrollo de los Trabajadores de la Salud, dependiente del Ministerio de Salud Provincial, es la responsable de la gestión de las residencias en el ámbito de la

PBA. Su propósito es "garantizar la formación de profesionales con capacidad y perfil adecuado para dar respuesta a las necesidades de la población y que, al finalizar, puedan lograr su inserción

laboral en el ámbito público, retroalimentando el sistema sanitario"(Reichenbach, Merlo, Gomez, Gianfrini, Plesniak y Ferrari, 2012). Actualmente, están reglamentadas mediante el Decreto Ley N° 2557 del año 2001, que establece el Reglamento de Residencias para Profesionales de la Salud.

De acuerdo a los datos de la Dirección para el año 2015, la provincia cuenta con 4384 residentes activos, entre los cuales 3650 son médicos. Las plazas están distribuidas entre Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Hospitales provinciales, Hospitales municipales, el Instituto de Hemoterapia, la Dirección de Epidemiología, las Regiones Sanitarias y el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM).

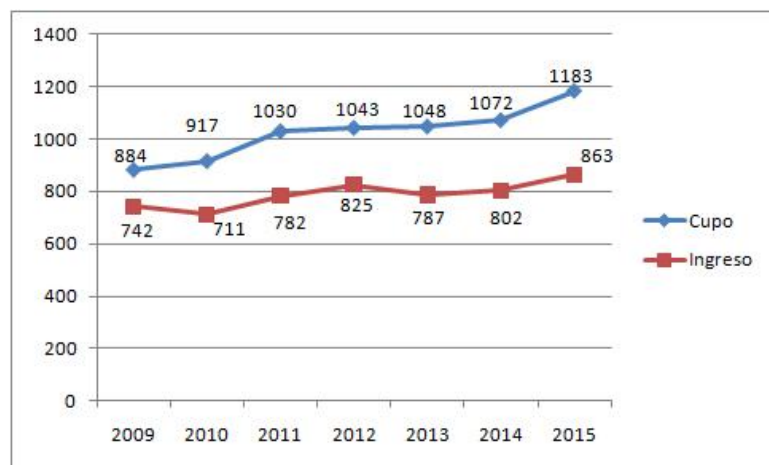
Según una evaluación realizada para el examen de ingreso del año 2011, hubo 2825 aspirantes a las especialidades médicas, entre los cuales el 58% eran mujeres. En relación con su universidad de origen, el 75% provenían de universidades nacionales, mientras que el 25% restante lo hacía de universidades privadas y extranjeras. Del total, la Universidad de Buenos Aires aportó el 40% de los postulantes, seguida por la Universidad Nacional de Rosario con el 17% y la Universidad Nacional de la Plata con el 13%. Acerca de la especialidad elegida por los concursantes, podemos decir que, como se ha constatado también en el ejercicio profesional, la mayor parte de las mujeres eligió las especialidades de Clínica Pediátrica, Psiquiatría Pediátrica, Psiquiatría, Pediatría Comunitaria, Neonatología, Medicina General, Medicina Física y Rehabilitación, Infectología, Dermatología y Anatomía Patológica. Los varones, por su parte, se inclinaron más hacia Tocoginecología, Urología, Ortopedia y Traumatología, Neurocirugía, Emergentología, Cirugía Torácica y Anestesiología. De acuerdo con Rovere (1993), esta distri-

⁴ La Ley 10.471 del año 1986, establece la Carrera Profesional Hospitalaria en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.

bución por sexo pone en evidencia la "feminización" de la profesión médica, así como también una inclinación de los médicos varones hacia aquellas especialidades con mayor probabilidad de rentabilidad en la práctica profesional. No obstante, en los últimos años, esta tendencia se ha ido modificando, y las mujeres han empezado a ocupar puestos en especialidades que antes eran de prevalencia masculina, acompañando la fuerte feminización de la profesión que se visualiza desde la misma formación de grado.

La evolución de los cupos ofertados y los ingresantes de los últimos años puede observarse en el gráfico a continuación:

Gráfico 3. Evolución de los cupos ofrecidos y los ingresos en las Residencias médicas básicas de la PBA, 2009-2015.



Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos de la Dirección de Capacitación y Desarrollo de los Trabajadores de la Salud, 2016.

La formación de capital humano en salud en el siglo XXI

Mario Rovere en una ponencia de 2002, ya postulaba que las residencias en la Argentina se han validado a partir del gran volumen formador, sin ningún tipo de devolución sobre sus cualidades formativas ni su contribución al mejoramiento del nivel de salud de la población. Allí detalla con claridad el contraste entre modelo formador y mano de obra que persiste aun en nuestros días, y pese al esfuerzo normativo de los últimos años por jerarquizar esta etapa como una etapa de formación.

Siguiendo a Martínez y Martinau (citado por Borrell, 2003) las políticas de desarrollo de recursos humanos deben desarrollarse en 4 niveles a) planificar la provisión de personal b) educación y capacitación c) gestión para el desarrollo y d) condiciones de trabajo. En todos estos niveles se requiere información para reconocer los problemas existentes.

Algunos de estos problemas se pueden reconocer fácilmente por la carencia de información, como es la evaluación de necesidades futuras, otros ya fueron señalados en estudios previos ya que las intervenciones de mejora introducidas en el sistema se han centrado en aspectos educacionales.

No solo la mirada interna y los estudios previos nos hacen ver la problemática a la que nos enfrentamos. El mundo hoy enfrenta la tercera reforma de la Educación Médica, buscando promover en esta etapa que todos los profesionales de la salud se eduquen de modo de ser capaces de movilizar conocimiento basado en el razonamiento crítico y la conducta ética, para que sean partícipes de sistemas de salud centrados en los pacientes y en la población (Frenk, Chen, Bhutta, Cohen, Crisp, Evans, y otros, 2010). Para ello es

clave una fuerte interacción de los sistemas formadores y los sistemas de salud.

Como desafíos de este milenio aparecen en escena los cuestionamientos acerca del estado del sistema de salud, la cultura hospitalaria, los debates sobre las horas de trabajo, los aspectos de género, entre otros aspectos que determinan el pasaje de los jóvenes graduados por los programas de formación.

Tal como se ha visto en investigaciones previas (Acevedo y otros, 2014), entre los médicos recién graduados parece existir un consenso acerca de que la residencia es el camino formativo más completo y prestigioso para adquirir la especialización. No obstante, como ya hemos dicho, cada vez más cobran entidad los cuestionamientos al modo en que se configuran las experiencias de aprendizaje en dicho sistema. Si anteriormente el imaginario de la formación médica indicaba que todo profesional debía "soportar" las condiciones adversas de la residencia al modo de ritos iniciáticos de la

profesión (tales como largas horas de ejercicio sin descanso, guardias intensivas, escasa o nula supervisión de las tareas, tareas no adecuadas al perfil formativo, etc), hoy esta premisa comienza a ser cuestionada. Aun más, estas razones comienzan a ser citadas como motivos para la elección de otras alternativas de obtención de la especialidad. Ello coloca a los decisores y gestores de las políticas frente a la situación de indagar en la conformación de las diversas experiencias de aprendizaje al interior de las residencias y en la valoración del clima educativo que hacen los principales actores involucrados: los mismos residentes que se están formando y serán el recurso humano futuro del sistema de salud.

Por otra parte, para lograr el éxito de estas propuestas, si el sistema de salud público desea reclutar y retener a los mejores profesionales, el ambiente educacional y la cultura institucional, aparecen como elementos clave para sostener la efectividad y motivación de ese cuerpo profesional (Wiskow, Albreht y de Pietro, 2010).

1.2. METODOLOGÍA

Enfoque metodológico

El plan de investigación propuesto se valió de un diseño metodológico de tipo cualitativo y exploratorio (Scribano, 2008).

La unidad de análisis fueron los médicos que se encuentran realizando su formación como especialistas en el marco del Sistema de Residencias de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El estudio buscó explorar las experiencias de los residentes en el transcurso de la formación, considerando sus motivaciones y expectativas presentes y futuras. Del mismo modo, se exploraron sus percepciones sobre el ambiente educativo en sus lugares de trabajo y el modo en que ello moldea la experiencia de formación en la PBA. Por este motivo se implementó un diseño metodológico cualitativo centrado en las perspectivas subjetivas, experiencias e interacciones de los actores en las instituciones, de forma situada (Vasilachis de Gialdino, 2006).

Técnicas de recolección de datos, selección de la muestra y desarrollo del trabajo de campo

La técnica elegida para la recolección de datos fue la técnica de grupo focal o grupo de discusión (Fraire y Scribano, 2008), la cual busca producir (al menos, artificialmente) interacciones entre actores que permitan observar y registrar las relaciones que se producen en un grupo, en el marco de un espacio social determinado y captar la visión compartida que se teje en relación al fenómeno que se busca estudiar.

Los grupos se conformaron con residentes en actividad de todas las regiones sanitarias de la provincia, mediante un muestreo intencional armado considerando las variables de sexo, especialidad en la que se forma, tramo de la residencia y tamaño del establecimiento sede de formación. Luego del armado de la cuota de residentes elegida en cada región, se contactó en primer lugar al Director de la región, y a partir de él o ella, al Responsable Regional de Residencias, con quien se terminó de pulir la cuota para establecer el contacto con aquellos residentes que participarían de cada grupo.

Entre los meses de mayo y julio de 2016 se realizaron 9 grupos focales, distribuidos de acuerdo a las zonas geográficas de la provincia: 3 en el Conurbano Bonaerense (Sur, Oeste y Norte), 2 en La Plata, 1 en Bahía Blanca, 1 en Mar del Plata, 2 en ciudades del interior provincial (Pergamino y Olavarría). La tabla que sigue presenta el cronograma de los grupos, que tuvo una participación total de 99 residentes.

LUGAR	REGIONES PARTICIPANTES	FECHA DE REALIZACIÓN	CANT. DE RESIDENTES
La Plata	Región XI	27 de mayo Mañana	11
La Plata	Región XI	27 de mayo Tarde	9
Vicente López	Región V	1 de junio	12
Bahía Blanca	Región I	3 de junio	7
Olavarría	Región II, IX y X	9 de junio	13
Lomas de Zamora	Región VI	15 de junio	10
Pergamino	Regiones II, III y IV	24 de junio	12
Moreno	Regiones VII y XII	29 de junio	13
Mar del Plata	Región VIII	1 de julio	12

La dinámica de los grupos focales se inició con una actividad disparadora que consistió en la lectura de testimonios de ex residentes de todo el país que relataban apreciaciones sobre su experiencia pasada como residentes. Se solicitó a los integrantes del grupo que eligieran el relato con el que se identificaban y la idea que resultaba significativa en función de su propia vivencia.

Luego, se dio lugar a la discusión grupal en base a diseño de tópicos previamente elaborado que sirvieron como motivadores de la charla.

Las variables exploradas fueron las siguientes:

VARIABLES	DIMENSIONES
MOTIVACIONES PARA LA ELECCIÓN DE LA RESIDENCIA Y ESPECIALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Motivaciones para la elección de la formación como especialistas en el marco de una residencia - Motivaciones para la elección de su formación como especialistas en el sistema de residencias de la PBA - Motivaciones respecto del ejercicio de la especialidad - Proceso de rendición de exámenes de residencia - Expectativas sobre la residencia y sobre el lugar elegido para la formación
FORMACIÓN DE GRADO Y POSGRADO	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción sobre la formación de grado - Opiniones sobre otras modalidades de formación de posgrado
ORGANIZACIÓN DE LAS RESIDENCIAS EN LA PBA Y PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Organización general de la residencia - Modalidad académica - Bloque de formación común - Guardias - Acompañamiento y vínculos con superiores y compañeros - Cansancio físico y estrés - Razones de sostenimiento en la residencia - Tensión entre vida personal y residencia - Valoraciones positivas y negativas de la organización y el aprendizaje - Valoraciones positivas y negativas del sistema público - Propuestas de mejora de las residencias
CONFLICTOS EN LAS RESIDENCIAS Y FORMAS DE RESPUESTA	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones de conflicto y resolución - Maltrato laboral - Conflictos burocráticos - Renuncias - Condiciones estructurales del sistema de salud: falta de insumos, de personal, condiciones salariales - Organización gremial entre residentes
TRABAJO Y FUTURO	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajos durante la residencia - Expectativas profesionales futuras
TEMAS DE GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> - Percepciones diferenciales sobre ser mujer residente - Maternidad y paternidad en el marco de la residencia

En una segunda etapa del trabajo de campo, se entrevistó a informantes clave de las áreas de Docencia e Investigación de algunos hospitales de la provincia, con el fin de conocer su visión sobre la inserción de las residencias en los servicios y las distintas experiencias dentro de las residencias médicas. Es por ello que se buscó que los informantes contaran con una historia ligada a la gestión y el acompañamiento de residencias, es decir, con experiencia en la materia que permitiera recabar sus impresiones.

Se realizaron 2 entrevistas individuales, con jefes de docencia de las regiones sanitarias I y VI, y 2 grupos focales con representantes de las áreas de docencia de las regiones XI y V.

Las variables exploradas fueron:

VARIABLES	DIMENSIONES
TRAYECTORIA PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Antigüedad en el hospital - Antigüedad en el cargo - Experiencias como residente
ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> - Historia del área - Organización y jerarquía del área - Actividades del área - Actividades ligadas a las residencias - Vínculos con la región y con el Ministerio provincial - Vínculos con otras áreas de Del - Opinión sobre el ambiente de aprendizaje en el hospital
SOBRE LOS RESIDENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil de los residentes del hospital - Dificultades de los residentes del hospital
CONFLICTOS, RECLAMOS E INTERVENCIÓN DE LAS ÁREAS DE DEI	<ul style="list-style-type: none"> - Ventajas y desventajas de la residencia - Opinión sobre aspectos clave para la buena formación de residencia - Buenas prácticas en la residencia - Acciones de las áreas de Del en relación con buenas prácticas

Tanto los grupos de residentes como los de las áreas de Del, fueron grabados y desgrabados siguiendo el procedimiento del abordaje metodológico cualitativo.

Para el procesamiento de la información recolectada, se utilizó el apoyo del software informático ATLAS Ti, que nos permitió realizar una codificación basada en los mismos datos, como así también en diálogo con el marco teórico construido a lo largo de la investigación. Una vez codificados los grupos de discusión, se procedió al análisis literal de los mismos, en un primer momento. Esto permitió caracterizar las experiencias de los residentes de acuerdo con sus motivaciones y expectativas, sus opiniones acerca de la formación y del clima educativo de las residencias. Y, en un segundo momento, se procedió a realizar un análisis interpretativo de los datos, poniendo en relación los distintos grupos en cada lugar, como así también comparando las experiencias de los residentes entre los distintos ámbitos de formación.

Consideraciones Éticas

El estudio fue sometido a la aprobación del Comité de Ética Central de Ministerio de Salud que se expidió favorablemente (ver copia del Dictamen como Anexo II)

Previo al inicio de cada grupo focal o entrevista los participantes recibieron una explicación y justificación de las líneas del estudio por parte de las investigadoras a cargo y se los invitó a formalizar su consentimiento firmado un documento como el que sigue.

Documento de Consentimiento Informado para el estudio

"Quiero ser residente"

Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos en la Provincia de Buenos Aires

Consentimiento informado

He sido invitado a participar en un estudio que tiene como objetivo explorar las experiencias de aprendizaje en servicio de los médicos que realizan su formación como especialistas en el marco del Sistema de Residencias para Profesionales de la Salud en la provincia de Buenos Aires. Entiendo que participaré de un grupo focal junto a otros médicos residentes, que será registrado en formato audio.

He sido informado de sobre los objetivos y propósito de la investigación. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará por mi participación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

2

Capítulo Dos

LOS RESIDENTES MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

La realización de los grupos focales nos permitió contar con información valiosa sobre las características generales de los residentes médicos de la Provincia de Buenos Aires. Si bien para la realización de los grupos construimos una muestra intencional de residentes, es de destacar que algunas características sociodemográficas en relación a sus edades, sexos y lugar de formación de grado, coinciden con caracterizaciones anteriores efectuadas en el mismo sentido.

Un antecedente relevante respecto de las características de las residentes de la PBA en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2011, que describe a los destinatarios del examen de residencias, en relación a su formación, procedencia, situación presente y tendencias a futuro (Reichenbach y otros, 2012). En este sentido, se trata de una caracterización a aspirantes a residentes, que permitió conocer mejor los rasgos sobresalientes de los posibles futuros residentes. De acuerdo a dicho informe, en el año 2011, la provincia contó con 2825 aspirantes a las especialidades médicas, entre los cuales el 58% eran mujeres. La mayor proporción de aspirantes mujeres se orientaba,

ese año, hacia las especialidades clínicas y afines, particularmente clínica pediátrica, psiquiatría pediátrica, psiquiatría, pediatría comunitaria, neonatología, medicina general, infectología, dermatología y anatomía patológica. Por su parte, la predominancia masculina era mayor en tocoginecología, urología, ortopedia y traumatología, neurocirugía, emergentología, cirugía torácica y anestesiología.

En efecto, dicho informe evidenció una importante presencia de médicas mujeres, que interpela y desafía a la organización de las residencias⁵. Asimismo, la distribución de las especialidades por sexo, también muestran una inclinación de los médicos varones hacia aquellas especialidades con mayor probabilidad de rentabilidad en la práctica profesional.

Coincidentemente con lo que plantea dicho informe, en la muestra compuesta para esta investigación, las mujeres tienen mayor presencia. Como puede verse en el gráfico que sigue, más de un 60% de los residentes incluidos en los grupos focales fueron mujeres.

⁵ Este tema en particular será retomado en el capítulo 6

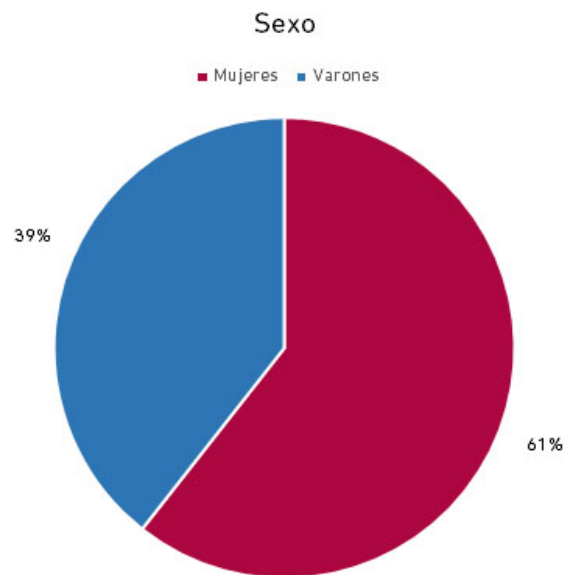


Gráfico 4.
Porcentaje de mujeres y varones, del total de participantes de los grupos focales

Fuente.
Elaboración propia en base a información de encuestas

En el informe mencionado, se señala, en relación con la universidad de origen de los aspirantes, que el 75% provenían de universidades nacionales, mientras que el 25% restante lo hacía de universidades privadas y extranjeras. Del total, la Universidad de Buenos Aires aportó el 40% de los postulantes, seguida por la Universidad Nacional de Rosario con el 17% y la Universidad Nacional de la Plata con el 13%.

Entre los residentes incluidos en la muestra de esta investigación, esta tendencia se mantiene, pues cerca de un 80% realizaron su formación de grado en universidades nacionales y el resto se distribuye entre universidades privadas y de otros países.

Asimismo, de acuerdo a los datos relevados de nuestra muestra, cabe señalar que entre los residentes, la elección de lugar para hacer la residencia coincide con el lugar de formación en algunas Regiones Sanitarias. Esto sucede principalmente en aquellas donde se cuenta con alguna Universidad en donde formarse como médico, (particularmente las Regiones Sanitaria XI, I y IX, que cuentan con la Universidad Nacional de la Plata, la UNICEN y la Universidad Nacional del Sur). Por su parte, en las regiones del Conurbano, el lugar de formación más relevante es la Universidad de Buenos Aires, cercana geográficamente a dichas localidades.

Ver **gráfico 5** en página siguiente.

Por otra parte, también es destacable el hecho de que generalmente se realiza la residencia en la misma Región Sanitaria del lugar de nacimiento de los residentes, con la excepción de aquellos cuya residencia se desarrolla en la región XI (La Plata), teniendo en cuenta de que se trata de una Ciudad con muchos estudiantes de otras localidades. Otras excepciones se producen entre los residentes de las Regiones Sanitarias en el Conurbano (por ejemplo la Región Sanitaria XII, que corresponde a La Matanza) entre quienes predomina como lugar de nacimiento la CABA.

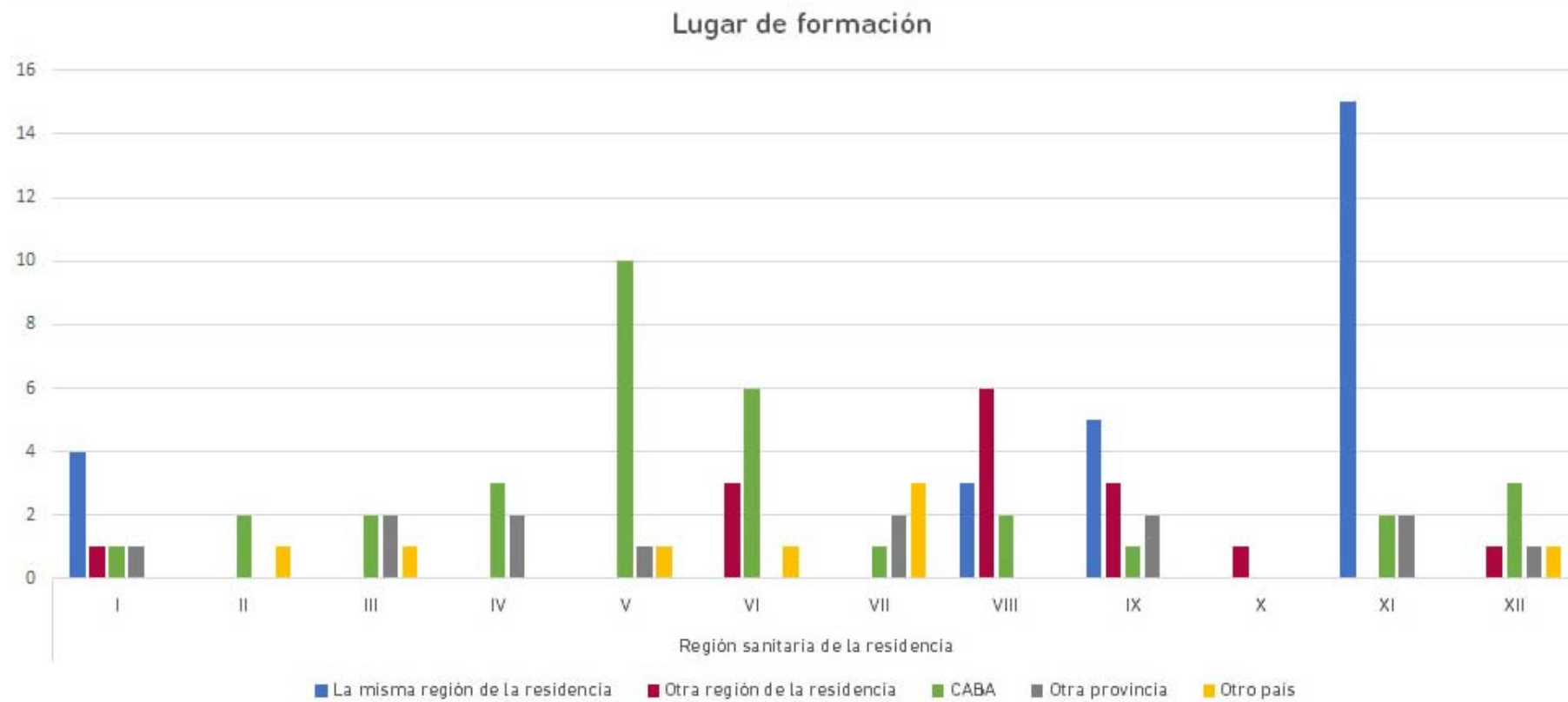


Grafico 5.
Residentes según su lugar de formación (por Región Sanitaria)
y lugar donde realizan sus residencias

Fuente.
Elaboración propia en base a
información de encuestas

Lugar de nacimiento

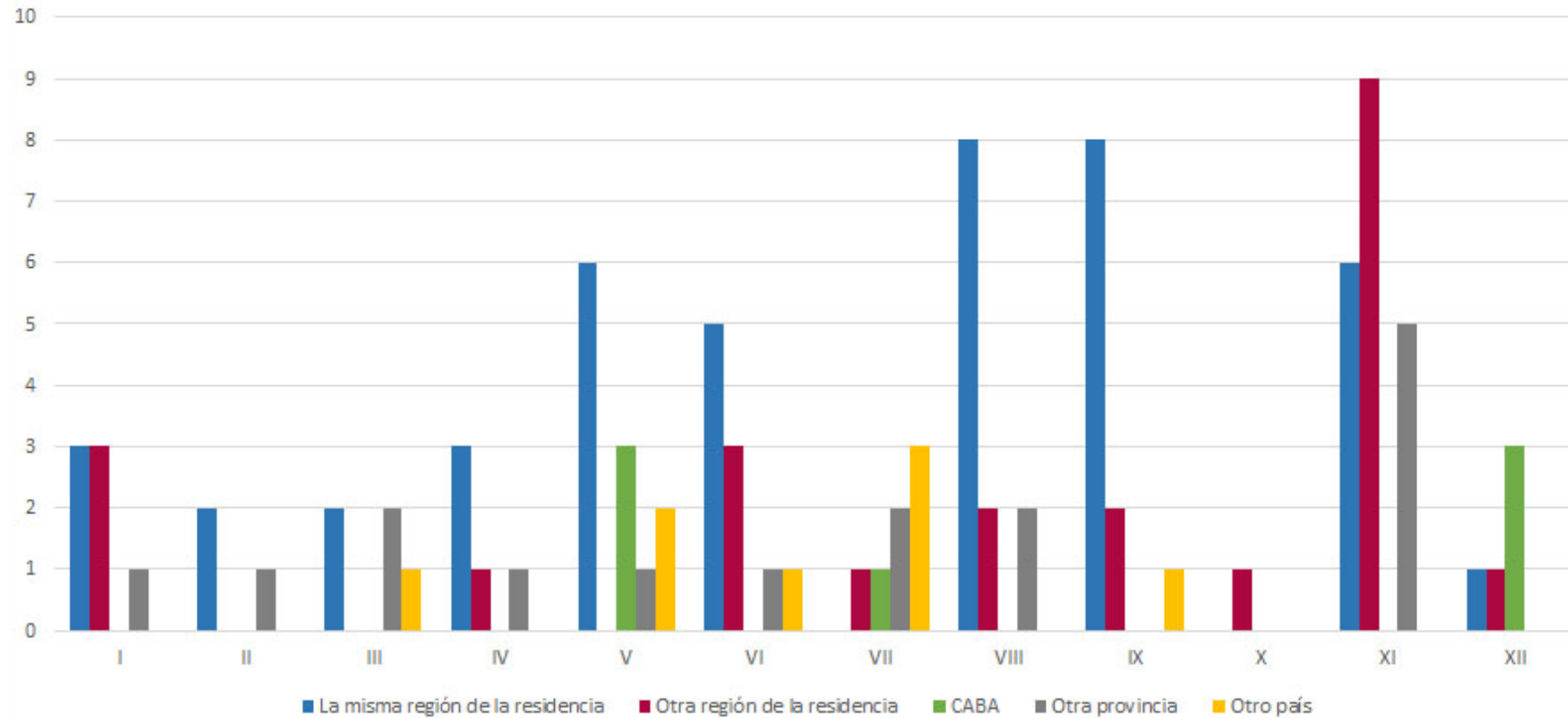


Grafico 6.
Residentes según lugar de nacimiento (por Región Sanitaria) y donde realizan sus residencias

Fuente.
Elaboración propia en base a información de encuestas

Con respecto a las edades de los residentes que conformaron la muestra de los grupos focales, cabe señalar que más del 50 % son jóvenes profesionales de 30 años y más (gráfico 2). Esto evidencia otra tendencia entre las características de los residentes médicos: el ingreso se produce a una edad cercana a los 30 años.

Una explicación posible de dicho fenómeno es la postergación, aunque con diferencias entre las especialidades, del ingreso a las residencias, rondando el promedio de ingreso entre los 27 y los 30 años. En los grupos focales con residentes, se ha observado que en ocasiones la carrera de medicina se extiende en el tiempo y eso repercute en un ingreso a la residencia a edades más avanzadas. Sin embargo, el retraso en el ingreso también, tanto por motivos familiares, como por motivos económicos. En el primer caso, el hecho de contar con hijos chicos plantea la necesidad de postergar el ingreso a la residencia, ya que se conoce la excesiva carga horaria que conlleva. En el segundo caso, muchos médicos recién recibidos buscan obtener mejores ingresos que los percibidos en las residencias, a través de empleos que no exigen una especialidad, o deciden atrasar ese ingreso porque conocen las exigencias que "les esperan". Algunas citas a continuación, reflejan estas decisiones.

"Empecé a trabajar por mi cuenta en un centro de diálisis y me di cuenta que no estaba queriendo rendir... estaba pateando todo para adelante. Dije" voy hacer lo que quiero hacer, me voy a tomar un año tranquilo, voy a trabajar, voy a dedicarme a mí". Hay tiempo, todavía relativamente pienso que tengo tiempo. Lo pateo para adelante porque pensé que el primer año de la residencia iba a ser muy difícil y no tenía ganas de pasarlo. (Después) rindo al año siguiente, ya con objetivos más orientados"
(Varón, Clínica Médica, RS I)

"Yo tengo 33 años, tardé mucho en recibirme, llega un momento que decís "quiero comer en familia y como mujer, quiero ser mamá". Entonces hay un montón de cosas que se van postergando y querés empezar a trabajar. La carga horaria también es una mochila, y si sos mamá...Entonces preferís trabajar en otro lugar, tanto en ambulancia o donde sea, para obtener un poco de rédito para mantener a tu familia" (Mujer, Pediatría, RS IX)

"Yo empecé a trabajar en el pueblo que hacía 10 años que no había médico y un año después entré a la residencia"
(Mujer, Medicina General, RS II)

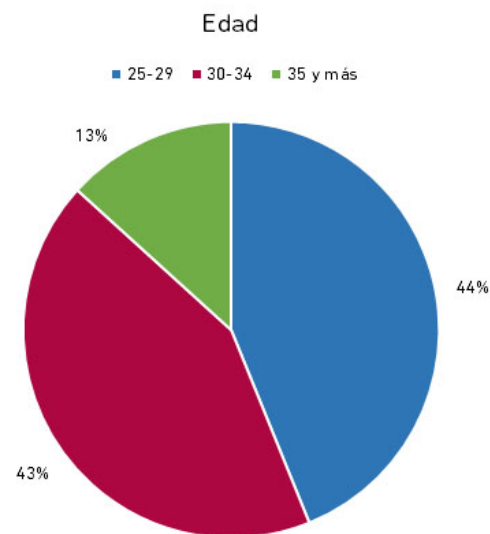


Gráfico 7.
Edades de los participantes de los grupos focales

Fuente.
Elaboración propia en base a información de encuestas

Respecto a las características familiares de los residentes que participaron de los grupos focales, es de destacar que un cuarto de la muestra tiene hijos (en la mayoría, un solo hijo/a). Sumado a ello, el 60% vive con su familia propia, ya sea su pareja, su marido o esposa y/o sus hijos e hijas.

En este sentido, las características de la muestra revelan que no todos los residentes se encuentran en la situación de disponer libremente y sin generar tensiones familiares- su tiempo para desenvolverse en las residencias. El hecho de tener hijos a cargo aumenta las responsabilidades de los residentes, y lo mismo ocurre con aquellos que ya se han independizado y han conformado una familia propia. Así, si las residencias estás pensadas como una formación para una persona que con amplia dedicación al estudio y al aprendizaje, como podían ser los egresados del grado que en épocas anteriores contaban con 23 o 24 años, pero lo cierto es que las características de la muestra revelan posibles tensiones entre las exigencias de las residencias y las responsabilidades familiares. Parte de estas tensiones son abordadas en el capítulo 6.

Parte de las tensiones que se anticipan en el apartado anterior, pueden devenir de las exigencias de obtener suficientes ingresos para solventar los gastos que implican las responsabilidades familiares y el monto percibido por los residentes a través de sus estipendios. En este sentido, se indagó especialmente si dicho estipendio recibido a través de la residencia es el único ingreso de los residentes. La muestra revela que prácticamente un 60% de los residentes complementa dicho estipendio con algún otro ingreso (otra actividad, o el ingreso de algún familiar), como puede observarse en el siguiente gráfico 5. Cabe destacar el dato significativo de que entre los residentes que complementan el estipendio con otros ingresos, la mayoría convive con su familia propia (esposas, maridos y/o hijos). Aquellos que declararon realizar otros trabajos ligados a la medicina, pertenecen en su mayoría a los años superiores de la residencia.

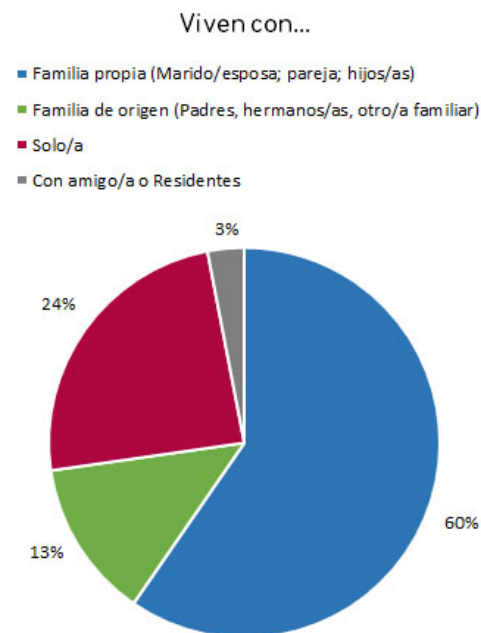


Gráfico 8. Porcentaje de participantes de los grupos focales que viven con la familia propia, la familia de origen y solos/as, con amigos/as o pasantes

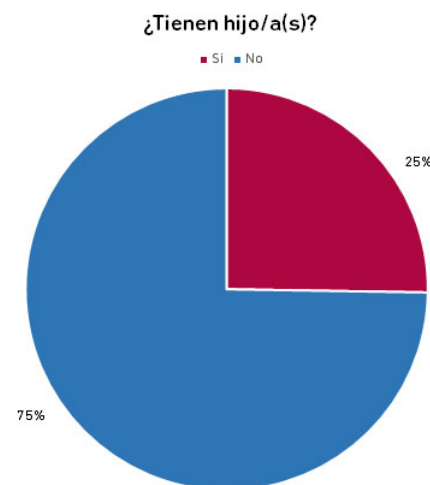


Gráfico 9. Porcentaje de residentes participantes en los grupos focales con o sin hijos

Fuente. Elaboración propia en base a información de encuestas

¿El estipendio de la residencia es el único ingreso?

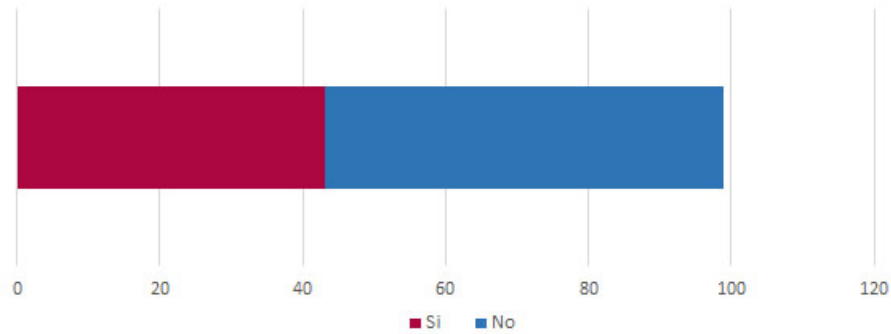


Gráfico 10.

Cantidad de residentes participantes en los grupos focales que cuentan con el estipendio de la residencia como su único ingreso

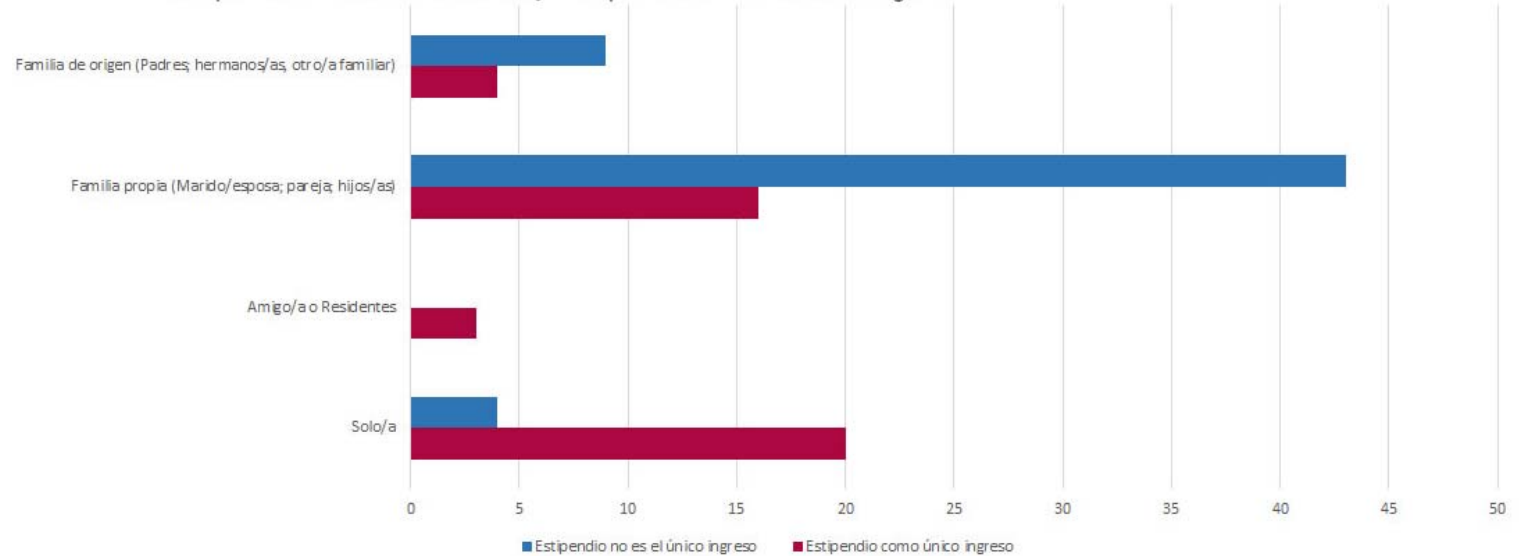
Gráfico 11.

Residentes cuyo estipendio es o no el único ingreso, según con quiénes conviven (familia propia, familia de origen, amigos/residentes, o solos/as)

Fuente:

Elaboración propia en base a información de encuestas

Con quién viven los residentes cuyo estipendio es o no el único ingreso



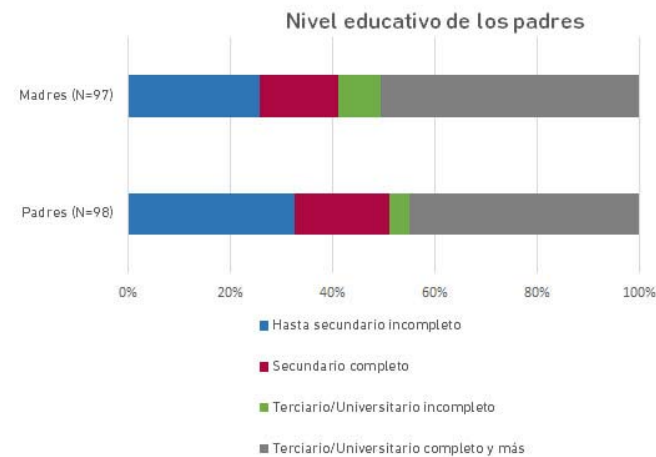
Como veremos más adelante, para algunos residentes la complementación de la residencia con otro empleo como médicos (aun cuando esto no debería ocurrir por reglamento), es justificada bajo el discurso de que implica una oportunidad para ganar experiencia y preparar la inserción laboral una vez egresados. Algunos residentes asumen que trabajan en paralelo a la residencia por este motivo, como en el caso de la cita a continuación.

"Entonces cuando salís a trabajar afuera, porque es necesario, yo en este momento gracias a, y no es por presumir de nuestros jefes, (pero gracias a) mi jefa (...) podemos trabajar en los mejores centros de capital"
(Varón, Terapia Intensiva de Adultos, RS XI)

Entre otras de las características significativas de los residentes incluidos en los grupos focales, puede señalarse el capital educativo del hogar. Por "capital educativo del hogar" comprendemos en esta investigación el último nivel educativo alcanzado por los padres de los residentes, aspecto que suele considerarse una variable proxy del nivel socioeconómico⁶.

Es de destacar que alrededor de la mitad de los padres y madres de los residentes entrevistados cuenta con hasta secundario completo, como máximo nivel educativo alcanzado. Las madres alcanzan mayores niveles de instrucción que los padres. Sin embargo, es destacable el dato de que alrededor de un 30 % de los padres y de un 25% de las madres, el nivel educativo no alcanza el secundario completo. En 17 casos, ninguno de los padres alcanzó a terminar el secundario, evidenciándose un grupo con clima educativo bajo. El dato es relevante porque muestra en un grupo de los residentes, el acceso a un nivel de formación superior significa una movilidad educativa respecto del origen familiar (gráfico 8).

De algún modo, el hecho se vincula a la masificación del nivel superior a lo largo de los últimos años, que permitió que mayores grupos poblacionales accedan a la universidad (García de Fanelli, 2015). El hecho es significativo pues supone que los residentes ingresan a su formación sin contar con una socialización universitaria familiar, y menos aún con conocimientos ya adquiridos respecto de la profesión y el campo de la salud, que podría ocurrir cuando se cuenta con familiares médicos. En efecto, es relevante que entre nuestra muestra, un 68% de los residentes participantes en los grupos focales no cuenta con familiares médicos (gráfico 9).



⁶ Se utiliza la definición de SITEAL-IIEP-UNESCO que refiere al promedio de años de escolaridad alcanzado por los miembros de 18 años y más del hogar. En el caso de esta investigación, mostramos el último nivel de instrucción alcanzado por las madres y los padres de los residentes.

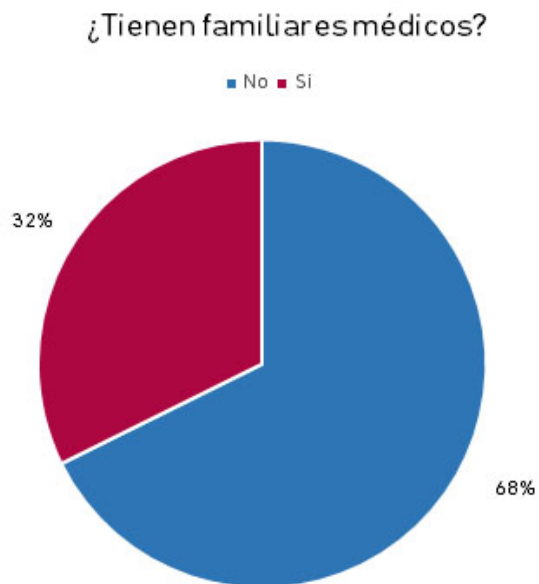


Gráfico 12.
Nivel educativo de los participantes en los grupos focales

Gráfico 13.
Porcentaje de participantes en los grupos focales que cuentan con familiares médicos

Fuente:
Elaboración propia en base a información de encuestas

2.2. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

Sexo: Más del 60% de la muestra conformada para los grupos focales son mujeres, evidenciando la tendencia a la feminización de la profesión médica.

Edad: El 56% tienen 30 años o más, mostrando la edad avanzada en el ingreso a la residencia.

Lugar de formación: la gran mayoría de los residentes, realizan su formación de grado en universidades nacionales. En las regiones Sanitarias del conurbano, predomina la Universidad de Buenos Aires como lugar de formación. En las regiones Sanitarias donde se cuenta

con Universidad, se evidencia que el lugar de realización de la residencia es el mismo que el lugar donde se formaron como médicos (principalmente esto ocurre en las RS XI, I y IX).

Lugar de nacimiento: es significativo el porcentaje de residentes en nuestra muestra que elige realizar su formación en el mismo lugar de nacimiento. En la RS VII (zona oeste del conurbano) es donde mayor cantidad de extranjeros participaron de los grupos focales. En la RS XI (La Plata), es donde más se identificaron residentes de otras localidades, movilizados a dicha localidad a los fines de su formación.

Características familiares: el 60% de los residentes que conformaron nuestra muestra evidencian independencia respecto de sus familias de origen, pues viven con sus maridos, esposas y/o hijos. Un 25% de la muestra cuenta con hijos. Ambos datos son significativos pues muestran necesidades de compatibilización entre las exigencias que acarrea la residencia y sus responsabilidades familiares.

El estipendio como ingreso: cerca de un 60% de la muestra complementa el estipendio de la residencia con otros ingresos económicos (otra actividad, o el ingreso de algún familiar).

Esto ocurre principalmente entre los residentes que han conformados sus propias familias. Capital educativo del hogar: la mitad de los padres y madres de los residentes entrevistados cuenta con hasta secundario completo, como máximo nivel educativo alcanzado. Las madres alcanzan mayores niveles de instrucción que los padres. Sin embargo, es destacable el dato de que alrededor de un 30 % de los padres y de un 25% de las madres, el nivel educativo no alcanza el secundario completo. Asimismo, un 68% de los residentes participantes en los grupos focales no cuenta con familiares médicos. Los datos muestran que un grupo de residentes ingresan a su formación sin contar con una socialización universitaria familiar, ni tampoco con conocimientos ya adquiridos respecto de la profesión y el campo de la salud.

3

Capítulo Tres

MOTIVACIONES PARA FORMARSE EN EL MARCO DE UNA RESIDENCIA

3.1. MOTIVACIONES PARA ELEGIR HACER UNA RESIDENCIA

Los médicos recién graduados de las carreras universitarias tienen múltiples opciones: continuar formándose bajo diversas modalidades, ingresar al mercado laboral o una combinación de ambas. En relación con la formación de posgrado, la alternativa más tradicional en medicina es la especialización, particularmente bajo la modalidad de residencia en un servicio hospitalario o centro de salud.

No obstante, las condiciones bajo las cuales se desarrollan las residencias son a veces poco atractivas para los médicos jóvenes. En la provincia de Buenos Aires los programas de formación de las especialidades básicas tienen una duración de cuatro años, lo que supone una inversión de tiempo mayor en comparación con otras modalidades como la de la especialización universitaria o curso superior. Además, dicho régimen se caracteriza por una dedicación full time que no deja demasiado tiempo ni espacio para la realización de otras actividades, ya sean ligadas a la formación profesional como al esparcimiento. Veremos más adelante que la residencia en la PBA, en la mayor parte de las especialidades, implica una carga de trabajo en el hospital que en el discurso de los residen-

tes se ve como incompatible con cualquier otro aspecto de la vida.

Sumado a ello, las gratificaciones económicas son escasas y las condiciones de trabajo cotidianas son muy duras (falta de insumos, poco acompañamiento, gran caudal de pacientes, malas condiciones edilicias).

En este marco, resulta interesante preguntarse cuáles son los factores que llevan a un joven médico a rendir uno o varios exámenes de residencia y continuar su camino formativo bajo esta modalidad.

Las respuestas ofrecidas en todos los grupos focales fueron muy similares, independientemente de la especialidad de cada residente, del lugar en el que hacía su residencia y del grado de satisfacción que sintiera en relación con su experiencia.

Casi todos ellos manifestaron que la residencia es el mejor camino para aprender una especialidad, más allá de las condiciones bajo las

cuales tiene lugar dicho aprendizaje. De la mano esta creencia, aparece la idea de que no hacer una residencia luego de finalizar la carrera de medicina (que con su título los habilita para ejercer la profesión) es un acto de "negligencia" e "irresponsabilidad". Así lo consideraron la amplia mayoría de los jóvenes médicos.

"Y otra cosa que tiene que ver es que cuando vos salís de la facultad tenés esa sensación que tenemos nosotros que es que no sabes nada, decís quiénes son los irresponsables que le firman un título a una persona como yo que no sé nada. No sé nada. Que los exámenes los vas pasando como podés, habrá otros que habrán estudiado mucho más que yo, y que serán excelentes profesionales cuando salen de la facultad, yo creo que pocos, la verdad no les creo cuando me dicen que salieron bien formados, pero bueno, ante el no saber nada cuando vos salís de la facultad, mal que mal cuando salís de la residencia, vos decís bueno, ya estoy un poco más capacitado, y decís lo poco que tengo ahora cargado en mi mochila, lo poco o mucho, me lo dio la residencia. Entonces, aceptas todas las otras malas condiciones, porque te da algo bueno, que es no ser tan negligente cuando te enfrentas a una persona".
(Mujer, Emergentología, RS XI)

"Yo siempre considere que era la mejor forma de formarse a la que uno puede aspirar, incluso los Posgrados que uno puede pagar no son mejor que la formación que uno recibe en la Residencia." (Varón, Clínica Médica, RS XI)

"Para mí un médico que no hace la residencia es un negligente, y no debería trabajar. O debería estar atrás de un escritorio. Para mí un médico que no es un especialista, que se dedica a atender pacientes, que no tiene una formación dada por un sistema de residencias, o que no tiene, que se queda solamente con lo que ve en la facultad, es como mínimo, un negligente y no debería estar atendiendo pacientes." (Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

"Yo particularmente cuando salí de la facultad sí salí a trabajar, decidí entrar a una residencia porque no me considero un inconsciente, sentía que necesitaba formación, creo que la mayoría de nosotros (...) en mayor o menor medida hemos puesto prioridad en la formación profesional, si no, no hubiéramos elegido entrar y permanecer en una residencia, porque también tenés tus desventajas." (Varón, Pediatría, RS XI)

Como vemos aparece la idea de que la formación en el grado es deficiente para encarar la práctica profesional. Los egresados de las universidades más tradicionales, como la Universidad de Buenos Aires o la Universidad Nacional de La Plata, son los más críticos con su formación, la cual consideran demasiado teórica, anticuada, demasiado alejada de la práctica médica y, por lo tanto, insuficiente para salir al mercado laboral confiados en sus conocimientos profesionales.

"(...) no sé si todos los que egresamos de la facu no las bancaríamos los 4 años de residencia. Pero sería prudente que todos lo intentemos. Más que nada por el hecho de no intentarlo y las cagadas que te mandás en la calle. Trabajás sin capacitarte realmente, me parece que todos salimos de la facu sin saber nada, y no interesa con qué promedio saliste, creo que nadie se puede afrontar con una situación en la calle, con el rol que tiene que tener un médico, y una vida en el medio." (Mujer, Clínica Médica, RS XI)

"(...) Yo en la UBA estudiaba del libro y toqué poco paciente, por más que nosotros hacíamos el internado, y tuvimos materias, hice el internado en el Hospital Piñero del Bajo Flores, pero la verdad que no te dejaban tocar muchos pacientes. Nunca hice un parto, sí entrabas a una cesárea pero ni siquiera te cambiabas, mirabas de lejos. Obviamente que una residencia quirúrgica como es tocoginecología es imposible hacer el curso superior y hay que hacer sí o sí una residencia para el contacto con los pacientes y para entrar a quirófano, porque te da todas las herramientas la residencia. Obviamente uno entra sin saber nada, sin hacer nada, con un miedo terrible de decir nunca voy a poder tectar una paciente, nunca voy a poder atender un parto, nunca voy a poder hacer una cesárea, y ahora en 2do año todo lo que decía que no se podía hacer se puede hacer tranquilamente." (Mujer, Tocoginecología, RS IV)

En este punto se visibilizan las ventajas de la residencia frente a otras modalidades de especialización, que son atribuidas a dos cuestiones principalmente: la residencia permite acceder a una gran cantidad de patologías y aprender sobre su diagnóstico y tratamiento, sobre todo en especialidades en las que es necesario "meter mano", es decir, que garantiza la práctica; y, por otra parte, este aprendizaje se realiza en un marco de contención en el que hay un respaldo en caso de equívoco, lo cual es fundamental para médicos que se sienten inseguros en relación con sus aptitudes profesionales. De este modo, una experiencia de aprendizaje laboral contenida ofrece mayores seguridades a los jóvenes médicos. No obstante, veremos más adelante que a pesar de que esta opinión sobre la residencia como dispositivo de formación fue generalizada en todos los grupos, en el desarrollo cotidiano de la formación, la condición de acompañamiento no siempre se cumple de manera de recrear ese ámbito de contención para el aprendizaje de una especialidad.

"La posibilidad de equivocarte, estar en un marco en el que alguien te está supervisando." (Mujer, Tocoginecología, RS IX)

"Uno cree que la residencia te da esa contención de aprender trabajando con un paciente y alguien conteniéndote. (...) Porque vos no salís de la facultad con la seguridad para ir a trabajar...eso te lo da la residencia. Creo yo que esa seguridad, a la hora de tomar decisiones, te lo da la residencia." (Mujer, Clínica Médica, RS X)

"Vos salís de la facultad con la teoría, con un papel que dice que sos médica, pero ¿y ahora qué hago? Tenés toda la formación teórica pero falta la práctica, y eso te lo a la residencia." (Mujer, Pediatría, RS IX)

"Yo en lo personal también es una cuestión laboral de sostén, que sabés que por cuatro años vas a tener un sueldo. En mi caso personal, yo también elegí una residencia y me pareció una forma segura." (Mujer, Cardiología, RS XI)

"Después de recibirme trabajé un año y medio en una salita sanitaria en un pueblo a 30km de mi casa. Y por más que un poco de práctica tenés desde tercer año de la facultad, ¡sentís la necesidad! ¿Y ahora qué hago? Necesitas hacer una residencia, porque no podés resolver todo. Por más que cobrás menos, es una cuestión personal. Lo podés manejar pero ¿hasta qué punto? Acá me estoy actualizando. Y siempre hablamos con un chico, que hace guardias y no tiene especialidad, le insistimos para que se anote con nosotras, y él dice que no necesita; ¿pero no necesitas?! ¡Todos necesitamos!" (Mujer, Pediatría, RS IX)

"Y además pensar qué querés para vos misma. Porque con el título de médico tenés que estar arriba de una ambulancia, pero no tenés especialidad de nada. Y pensar lo que uno quiere, si querés hacer consultorio y no sos especialista en algo, no lo podés poner. Y qué es lo que querés para tu vida personal. Yo soy mamá y quiero pasar todo el tiempo que pueda en mi casa con mis hijos, y no quiero pasar el resto de mi vida de guardia y durmiendo afuera de mí casa. Eso a mí en lo personal, me influyó para hacer una residencia." (Mujer, Pediatría, RS X)

En algunos casos también, surgieron razones más ligadas a lo instrumental como los motivos principales para hacer la residencia. Es decir, la residencia no es el camino que más los convencía, por el régimen intensivo principalmente, pero lo evaluaban como necesario para obtener una retribución futura en la profesión o una estabilidad económica mientras se encontraban en período de formación.

3.2. OPINIONES SOBRE OTRAS MODALIDADES DE FORMACIÓN DE POSGRADO

Frente a otras opciones como un curso superior o una concurrencia, los residentes de la PBA consideran que la residencia ofrece mayores oportunidades para la formación. En el caso de las especialidades asistenciales, aseguran que no hay otro modo de aprenderlas que mediante una residencia: nunca la experiencia que puedas tener en las horas de práctica que te exige una carrera de especialización universitaria puede ser equiparable al entrenamiento asistencial que asegura la residencia. Esta idea se refuerza aún más en el caso de las especialidades quirúrgicas.

Por otra parte, les genera cierto enojo o sentimiento de injusticia el hecho de que un médico pueda acceder a la especialidad sin haber transitado el "sacrificio" que supone una residencia.

De todos modos, un alto porcentaje de los residentes entrevistados realizan alguna formación de posgrado además de la residencia, ya sea una carrera de especialización universitaria asociada a la residencia que hacen en la PBA o un curso superior de alguna sociedad científica (asociado o no a la residencia). Los motivos que encuentran para hacerlo son variados, pero en ningún caso manifestaron que dicha formación pudiese reemplazar los aprendizajes en el ámbito hospitalario.

Algunos los hacen porque están asociados y, si bien no es obligatorio, se espera que todos los residentes del servicio complementen con la formación universitaria. Otros, en cambio, los hacen por decisión propia, al ver que constituyen una herramienta útil sobre todo pensando en el futuro profesional.

"A mí lo que me parece mal es alguien que sale de la facultad, hace el curso superior, que lo puede hacer porque yo tengo una compañera que está haciendo el curso superior de dermatología, cumple un par de horitas y ella en 4 años tiene el título de dermatóloga. Para mí no es la misma formación de un chico que está 4 años haciendo la residencia de dermatología." (Mujer, Pediatría, RS III)

"Imaginate, por ejemplo, ellos hacen pediatría en la residencia de cuatro años, dos años más de Neo y la SAP te ofrece una especialidad que vas una vez al mes a rendir y sos también pediátrico y vas a ganar lo mismo que él y vas a tener la misma posibilidad que él si va y entra en otro lado... o sea te están cagando, o sea, nos estamos cagando entre nosotros." (Mujer, Medicina General, RS I)

"A la par de la residencia (hago) una especialización universitaria en terapia intensiva (...) Desde la sociedad. No asociada a mi residencia. Estoy considerando hacer un posgrado en cardiología para poder tener una expectativa en algo porque el Estado a los intensivistas, lo mismo a los emergentólogos, no les da la posibilidad de tener un estilo de vida decente. Lo único que vas a tener el resto de tu vida es guardias como un forro hasta que tengas cincuenta años y te jubiles de hacer guardia, a menos que tengas la suerte de ser un distinto, o tengas un entongue político para pasar a ser jefe de algo. ¿Entonces mientras tanto qué perspectiva tenés? Y el sueldo del guardiólogo es 14 lucas por mes. Y no podés hacer otra guardia en el Estado (...) Porque tenés un único trabajo. ¿Entonces qué pretendes? Obviamente me voy a ir al privado. Estoy pensando que voy a hacer un máster en gestión, me voy a vivir a capital, que el único motivo porque no me fui a vivir a capital es porque tenía miedo, por eso rendí solamente para provincia, y para terapia solamente. Entonces me voy a vivir a capital buscando otros horizontes y terminaré haciendo otra cosa en 10 años. Porque la verdad que no me queda otra. Yo quiero tener vida. Esto, este sacrificio de los últimos 5 años de perder toda mi vida, para nada, para poder hacer un trabajo decente, porque no quiero matar a un tipo, yo no lo quiero volver a vivir. Y no sé, creo que hablo por la mayoría de los que están acá."
(Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

Podemos identificar un tercer grupo de médicos que realizan otro tipo de formaciones a la par de su residencia, de modo más autogestivo y con una lógica más colectiva. Se trata fundamentalmente de los residentes de Medicina General, que buscan promover capacitaciones relacionadas con la especialidad entre ellos mismos y al margen de los circuitos tradicionales de formación.

"(...) formalmente los de medicina general no hacemos ningún curso, porque estamos en contra de ese sistema de pagar por la educación. Como que medio hinchapelotas somos, no? (...) Tampoco nos sirve. Hay, sí hay, tenemos el PROFAM del Hospital Italiano, que sale una moneda, pero no lo hacemos porque no nos interesa. Los cursos que son gratis sí vamos, capaz tenés una capacitación de interrupción del embarazo vamos, un curso de pie diabético vamos, pero lo que yo estoy haciendo por fuera de la residencia que no tiene nada que ver, es una diplomatura en salud popular, en el IMPA [Centro cultural, ex fábrica recuperada] (...) Y está bueno porque lo hacemos con promotores de salud, con trabajadores sociales, psicólogos, creo que hay un antropólogo también." (Varón, Medicina General, RS VI)

3.3. ¿POR QUÉ HACER UNA RESIDENCIA EN LA PBA?

Los egresados de las facultades de medicina que quieren hacer una formación en residencia cuentan con múltiples opciones: pueden postularse a alguno de los concursos de los sistemas públicos (Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas, que ofrece cargos en varias provincias y en las instituciones nacionales; Ciudad de Buenos Aires; Provincia de Buenos Aires; otras provincias por fuera del EU) o a los concursos de numerosas instituciones privadas que cuentan con programas de formación en servicio.

Un estudio previo (Acevedo, Duré y otros, 2015) realizado con los postulantes al EU que no tomaron cargo en el año 2013, muestra que la decisión sobre la formación de posgrado es una decisión compleja atravesada por múltiples variables, en donde entran en juego factores como la valoración de las distintas modalidades de formación, las expectativas sobre el futuro profesional, los vínculos que construyen con las instituciones, y otras variables de índole más personal y ligada a lo afectivo. En esa oportunidad se observó que las elecciones de los jóvenes médicos estaban influenciadas fundamentalmente por dos elementos: el prestigio de los lugares de formación, es decir, un grupo de los jóvenes entrevistados priorizaban formarse en servicios que consideraban como una buena opción de formación; y la necesidad de permanecer o retornar a sus lugares de origen, en donde se encontraban sus afectos. En un caso podemos ver una decisión más de tipo racional, mientras que en otro prevalece lo emocional como factor determinante a la hora de elegir una alternativa de formación.

En este estudio, hemos indagado acerca de por qué los residentes de la PBA eligieron realizar la formación en residencia en la provincia. Existe una coincidencia en muchos de los médicos acerca

de que trabajar en el sistema público provincial es estar "en la trinchera" y eso te prepara para encarar cualquier práctica profesional, "te foguea", "te curte". La amplia mayoría de ellos ve esto como un valor, como un aprendizaje que les ayudará a enfrentar cualquier situación adversa en el futuro.

"(...) uno todos los días ve lo que pasa, y se queja de lo que pasa, no sé si será la costumbre o qué, pero uno llega y dice bueno, son las condiciones que están y hay que aceptarlas. Y bueno, tiene ventajas. Yo elegí formarme en público de Provincia porque uno aprende más, que te fogueás más, que tenés más pacientes. Por otro lado, estás un poquito más solo, que por una parte es bueno, por otra parte, es malo. Entonces creo que uno lo elige para formarse, pero que después todos aspiramos a trabajar en algo privado, trabajar un poco mejor, por lo menos mi caso es así. Pero bueno, como decimos, el Hospital es el que te sigue formando, seguís aprendiendo, por eso un cargo en Provincia, en el Hospital donde estés, además de lo que puedas trabajar en privado, todos queremos". (Mujer, Medicina General, RS V)

"Provincia es más, no sé si lo que digo es correcto no porque no lo puedo comparar bien, yo creo que provincia es más trinchera. No sé si es así o no. Yo creo que uno se puede capacitar muy bien en provincia" (Varón, Urología, RS VI)

En los grupos también han surgido discusiones entre ellos, debido a que muchos conocen otras experiencias de formación en residencia, ya sea porque han realizado algún trayecto en otro ámbito o porque tienen amigos con los que hablan del tema, y consideran que si bien la PBA es valiosa en cuanto a la formación práctica tiene deficiencias en relación con los contenidos académicos, en cuanto a la posibilidad de contar con aparatología adecuada para el aprendizaje de determinadas técnicas, o en cuanto al acompañamiento⁷.

"Yo hice residencia en Capital y me falta complejidad. Si bien es como vos decís, esto la práctica que te da el día a día el hospital público provincial no te lo da Capital seguro. O sea, no sé algún centro alejado en capital, Piñero, Pirovano, como será, pero conocer estas zonas Gandulfo, Oñativia, Melendez, Quilmes, todo lo que la zona VI es... sí falta muchísima complejidad" (Varón, Ortopedia y Traumatología, RS VI)

Distintas razones para elegir la PBA como ámbito de formación

Podemos discriminar distintos grupos en relación con sus motivaciones para elegir el sistema público de salud de la provincia como ámbito de formación. Estos grupos se corresponden en gran medida con un patrón regional.

Hemos podido identificar un grupo en la Región Sanitaria XI, La Plata y alrededores, que, o es oriundo de allí o ha migrado para sus estudios de grado, que eligió la residencia en la región porque quiere quedarse en su lugar de origen o en el que realizó su carrera

universitaria. Muchos de ellos tienen familias ya constituidas o redes de amigos y conocidos que constituyen un soporte fundamental para el período de residencia.

"Yo soy de acá de La Plata, me anoté nada más que en la provincia" (Mujer, Clínica Médica, RS XI)

"Yo no soy de La Plata, sí soy de la provincia de Buenos Aires, estude acá en La Plata, y ya tengo más o menos mi círculo social y mis actividades acá, y si bien no sé si voy a quedar acá para siempre, probablemente no, sí elegí quedarme para hacer la residencia acá, en La Plata. (...) Sí, no tenía ganas en ese momento de otro lado. Inicialmente lo pensé en otras provincias, que también tienen otro enfoque que tiene la residencia en medicina general, pero después prioricé este lado. (Mujer, Medicina General, RS XI)

Los que estudiaron en la Universidad Nacional de La Plata, están en ocasiones familiarizados con algunos servicios de los hospitales de la zona, ya que allí realizan la práctica final obligatoria (PFO) en el marco de su formación de grado. Para algunos de ellos, la PFO constituye un acercamiento valioso a la práctica médica en el que pueden decidir qué especialidad les gustaría ejercer en un futuro y en dónde quieren formarse.

Otro grupo que podemos identificar son los que realizan la residencia en el conurbano bonaerense, más próximos a la ciudad

de Buenos Aires. En general, en este grupo, muchos de los residentes rindieron varios exámenes de ingreso a residencias, y para muchos de ellos, la PBA fue una segunda opción, al quedar por fuera de la posibilidad de adjudicar un cargo en CABA.

"Directamente en Capital es imposible entrar, la competencia es muy fuerte. En Provincia me fue bastante bien, y ya fue cuestión de elegir el Hospital, el que más me gustó, bah, al que pude, porque mi idea era entrar al Güemes de Haedo, dos puestos antes coparon la vacante así que el siguiente en mis prioridades era el Pacheco." (Varón, Ortopedia y Trumatología, RS V)

"Yo también vivo en capital y mi idea era adjudicar al Gutiérrez y en el examen Municipal no quedé tan bien rankeado pero sí quedé muy bien en el de Provincia, pudiendo elegir prácticamente en todos los centros que yo quisiera en la parte de Neonatología. Este tipo de especialización no se puede hacer con un curso superior, sino que hay que hacer la parte de Pediatría y después la sub-especialización en Neonatología. Y haber acertado un año la verdad que me dio la posibilidad de hacer las dos cosas. Después también había rendido para el Hospital Naval, había ingresado, que me quedaba muy cerca de mi casa, pero bueno, elegí la Maternidad Santa Rosa porque tenía un conocido ahí, que después terminó renunciando por otros temas, y me quedaba... era, de los Hospitales de Provincia, es uno de los Hospitales más cerca de Capital y bueno, además es centro de referencia de las derivaciones." (Varón, Neonatología, RS V)

"Yo rendí capital y provincia. Más que nada, yo vivo en Provincia, vivo acá en Vicente López, y rendí en Capital para buscar si entraba en algún pediátrico, mi objetivo era el Gutiérrez. Después, cuando no quedé en Gutiérrez, dentro de los de Provincia, quería un Hospital Pediátrico que pudiera articular todas las rotaciones de tercero en Hospitales grandes. Y la verdad, en el Hospital donde estoy, estoy en un Pediátrico, y las rotaciones las hice o en el Gutiérrez, o en el Garrahan, entonces es como que me conformé, digo "estoy en uno de Provincia, pero puedo articular con uno Pediátrico grande"." (Mujer, Pediatría, RS V)

Dentro de este grupo de jóvenes, también encontramos aquellos que querían quedarse cerca de donde vivían. En estos casos, rindieron para la PBA esperando adjudicar un cargo en hospitales próximos a su domicilio.

"Por cercanía, trate de elegir la más cerca, así que bueno, no me arrepiento." (Mujer, Neonatología, RS VI)

Un tercer grupo lo constituyen los médicos residentes de las ciudades del interior provincial, Olavarría, Azul, Junin, Pergamino, Bahía Blanca, Mar del Plata, quienes en su mayoría son nacidos en esas mismas ciudades o en zonas aledañas. Aquí se dan dos situaciones: algunos han realizado su formación de grado en las universidades zonales (Universidad Nacional del Sur y Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires), es decir que

nunca se han ido de sus lugares de origen. Otros, en cambio, han estudiado en la Ciudad de Buenos Aires, en La Plata o en universidades más lejanas, pero siempre tuvieron en el horizonte retornar a sus ciudades.

"yo estoy muy contenta en el hospital. Aparte mi idea siempre fue volverme de capital, no existía mi vida en capital. Yo soy de Ramallo y siempre me quise volver por eso rendí el examen en provincia y estoy en San Nicolás porque queda a 30 km de Ramallo. Entre Ramallo y San Nicolás va a ser mi futuro. Agarraré lo que sea. Hospital de Ramallo, de San Nicolás, lo que sea, pero siempre ahí." (Mujer, Tocoginecología, RS IV)

"Yo hasta último momento estaba indecisa si me iba a ir a Mar del Plata, La Plata, Olavarría o Azul. Quería ir a Mar Del Plata o La Plata porque era más grande o porque en un lugar así iba a ser mejor, iba a aprender más y todo. Pero tenía mi familia acá, yo estudié acá. Peor mi papá se enfermó, falleció, mi mamá es grande, mi hermano vive en Capital, no podía dejarla sola y a su vez como ya había hablado y me decían que era maravilloso." (Mujer, Tocoginecología, RS IX)

"Y elegí la residencia en Pehuajó porque pasé muchos años lejos de mi familia [estudió en Cuba]...Mi mamá vive en Pehuajó porque mis abuelos están grandes. Y quería ir a una residencia tranquila, y cambiar el rumbo de mi vida. No podría estar todo el día allí. (Mujer, Medicina General, RS II)

"Yo soy de Viedma, me fui a estudiar y siempre quise volver pero también era la duda, decía vuelvo o no vuelvo. Rendí un montón de exámenes en Buenos Aires porque no sabía si me quería quedar o no. Durante la carrera cuando terminás, que hacés las rotaciones por distintas especialidades, roté en el hospital de Viedma y como que no me gustaba, no quería, tenía miedo de volver a la residencia y que pase eso: médicos de un montón de años en un mismo lugar, es como que venías con cosas nuevas y te decían no." (Mujer, Pediatría, RS I)

"[rendí] en capital, provincia y algunos privados de capital. (...) bueno, yo no quedé en los que quería quedar tipo Gutiérrez, Garrahan o Casa Cuna, y mi papá era el Jefe de Servicio de la Residencia en la que yo entré, y yo podía adjudicar en algunos hospitales como San Fernando y la realidad es que toda la vida pensé en volverme a Junín y dije bueno me vuelvo, y un poco él me ayudó porque tenía en claro la perspectiva y cómo estaban los otros hospitales de provincia y demás. Y además porque forma parte de la SAP y tenía un par de datos y quién coordinaba la residencia de pediatría, entre otras cosas. No quería tener de jefe a mi papá, pero sabía que la residencia en sí funcionaba y elegí eso. Pero fue algo personal, porque no quedé en los otros tres igual eh!" (Mujer, Pediatría, RS III)

Otros residentes han optado por migrar desde sus lugares de origen hacia el interior provincial porque les resultaba más sencillo adjudicar un cargo en esos lugares, tal es el caso de los nacidos en Santa Fe o Rosario o quienes allí han estudiado.

"Residente 1: [entré en PBA] por una cuestión que quería hacer terapia intensiva, emergencias. En Rosario es muy difícil entrar porque tienen otro sistema.

Residente 2: Rosario tiene un sistema de puntaje para el examen unificado. Residente 3: Es más perverso.

Residente 2: Primero que hay 4 cupos para 800 mil que lo rinden y la parte que es privado y municipalidad de Rosario utiliza un sistema de puntaje que al médico recién recibido le da la posibilidad de hacer trabajar ad honorem en una guardia durante 6 meses para sumar puntos que te sumen a tus antecedentes.

Residente 3: hacés cursos que te dictan ellos y sumás puntos.

Residente 2: ahí ya perdiste un año. Te recibiste, laboraste 6 meses gratis, 6 meses que no sé qué laburo vas a tener, un año que perdiste a académicamente o de formación de residencia. Entonces yo lo planteé de esa forma, yo no voy a gastar un año de mi vida en eso. (...)

Residente 2: es más fácil entrar en PBA.

Residente 3: yo por ejemplo rendí y eran 14 puestos para cirugía municipal en Rosario y yo quedé 16, y para los privados quedé a todos, y era todo en la misma fecha. Yo agarré Pergamino por cercanía, podía tomar San Nicolás también. Vine a Pergamino, pregunté lo que operaban, y como en un privado no iba a operar tanto, me quedé en un público para operar más, porque la cuestión era operar." (Residente 1: Varón, Terapia Intensiva, RS III; Residente 2: Varón, Clínica Quirúrgica, RS III; Residente 3: Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV)

Finalmente, ya saliendo del criterio regional, podemos identificar determinadas especialidades que se mueven con lógicas propias.

Un caso es el de Anestesiología, que es una especialidad con mucha demanda de formación y poca oferta. Es decir que concursar para un cargo resulta muy competitivo. En general los interesados en formarse en esta especialidad están dispuestos a migrar a aquel lugar que les ofrezca más oportunidades de adjudicar un cargo.

"[Adjudiqué en PBA] Porque era lo que agarré. En anestesia es difícil entrar, es por ranking, un examen que se hace en capital para los hospitales de capital, otro examen en provincia." (Varón, Anestesiología, RS XI)

"Yo vivía en capital, la competencia, leal o no, es muy grande en anestesia. En mi caso, los mejores promedios de las facultades eligen residencia en capital, o sea que es muy competitivo eso, por lo menos desde mi punto de vista. Anestesia, neurología, oftalmología, entonces eso te lleva a que si tenés un lugar, en mi caso, lo agarraba así fuera en Ushuaia. (...) y rendí para La Rioja en el [Examen] Único, en Capital, en Provincia (...)[en La Rioja rendí porque] era el que tenía más cupos. Yo quería hacer anestesia donde fuera, me iba donde fuera, lo tenía decidido. Me tocó San Nicolás y agarré San Nicolás. Volverme imposible, porque entro a la residencia y hay un lugar laboral reservado para mí, en la zona, no afuera." (Varón, Anestesiología, RS IV)

"Sí, yo viví allá, estudié allá, todo allá [en Olavarría]. Bueno, cuando surgió el tema de la especialidad, yo en realidad quería hacer tocogineco hasta el último año, y después no sé por qué surgió esto. Yo me pensaba quedar viviendo en Olavarría y hacer la residencia allá, y bueno, irme fue un poco fuerte.

[Otro residente: ¿Y te van a dejar entrar al círculo cerrado de anestesiólogos de Olavarría?]

En las vacaciones me fui y ya estuve analizando el tema. (...) En realidad anestesia se maneja más que nada por grupos, entonces la idea es entrar al grupo que tiene cubierto eso. (...) Yo pensé que una vez que entrás a la residencia ya te toman muy en serio." (Mujer, Anestesiología, RS VIII)

Como podemos observar en estos dos últimos testimonios, la especialidad de anestesiología se configura de un modo que ofrece a sus médicos en formación oportunidades de inserción laboral posteriores a la finalización de la residencia. Esto es así por la incidencia que tiene la Asociación de Anestesiología en la organización del ejercicio profesional en la actividad. En todos los casos, los residentes saben que ingresar a la residencia de anestesiología es la puerta de entrada a un círculo de profesionales en donde gozarán de beneficios, como tener un puesto laboral asegurado al finalizar la residencia, pero también de obligaciones, como devolver un cierto tiempo en servicios en el lugar en el que han ingresado.

Aunque con características bien distintas, también encontramos una lógica propia de la especialidad entre los residentes de Medicina General. En este caso, los médicos eligen qué residencia

específicamente quieren hacer: conocen el lugar, se interiorizan sobre sus modos de aprendizaje, sobre el ámbito de la residencia, y adjudican en aquella que más se adecúa a sus expectativas.

"Yo quería un lugar periférico para trabajar, pero porque a mí me gustan esos lugares, o sea, no me veía en un hospital de Capital (...) como es una zona semirural, hay camino de campo todo, o algo así me imaginaba como Rodríguez o Lujan o por esos lados." (Mujer, Medicina General, RS V)

"yo vivo en capital, y rendí para CABA y para Provincia. Las residencias de Medicina General en capital tienen un perfil diferente a las de Provincia. No es exactamente igual, es Medicina Familiar, y el enfoque de Provincia a mí me gustaba mucho más, es muy comunitario, estoy en un barrio. El Centro de Salud pertenece al barrio, era algo que me motivaba mucho, y conocí en una... la residencia de Medicina General tiene esos eventos de difusión de la residencia cuando se rinde el examen del internado. Ahí conocí a una de mis compañeras y me contó cómo era el Centro de Salud, cómo era la residencia, y fui directamente ahí." (Mujer, Medicina General, RS V)

"Obviamente, obviamente fui a otras residencias, pero que tienen un perfil viste, en medicina general no todos tienen el perfil combativo, no todos ven la realidad tal cual es, no la problematizan, pero los demás sí. Algunas residencias de medicina general, de zona oeste." (Varón, Medicina General, RS V)

"La primer camada fue en el 2011, yo entré en el 2012. Y entré por eso, sabiendo que era un proyecto nuevo. Era la palabra que yo buscaba, tuve la posibilidad de elegir, cuando quedé en el ranking, abiertamente y fue una elección justamente por ser un proyecto nuevo. (...) Claro, yo ya vengo con la medicina general hace 10 años, toda mi carrera la hice a la par de generalistas, sabía de qué se trataba, sabía dónde era." (Mujer, Medicina General, RS XI)

Como podemos observar, los residentes de Medicina General valoran que la residencia en la que se incorporan constituya un proyecto interesante, ligado a lo comunitario, en un entorno barrial, con posibilidades de trabajo interdisciplinario, saliendo un poco de la lógica hospitalaria tradicional.

Por último, podemos ubicar un grupo de residentes que se están formando en especialidades menos numerosas, que ofrecen pocos cupos en el país, y por ese motivo se ven obligados a migrar si quieren formarse en ellas. O bien residentes que evalúan que el lugar en el que viven no ofrece una buena formación en la especialidad que desean y por eso también optan por ir tras una residencia que consideran de mejor calidad académica.

"(...) allá [en Salta] no hay Residencia de Nefrología. (...) [estudié] en La Rioja, en Salta no hay Residencia, hay Concurrencia nada más de nefrología y te piden como básico dos años de Clínica, entonces me parece que para sustentarte económicamente hacés la concurrencia y aparte tenés que tener otro trabajo y no es algo tan exclusivo, entonces por eso preferí venir para hacer la Residencia acá." (Varón, Nefrología, RS XI)

"Yo soy de Trelew, tiene 100.000 habitantes. Me fui a estudiar a La Plata, estaba todo bárbaro en La Plata hasta que los últimos años el tráfico me empezó a poner mal, me fui a rendir a Capital, me fue bien, entonces peor, tráfico, tráfico, tráfico, embotellamiento. NO, dije. ¿Qué es lo que más lejos tengo?: Mar del Plata. Yo pensé que la Residencia iba a ser más tranquila de lo que en realidad terminó siendo. Se mueve mucho para ser una residencia que somos puramente de consultorio. Tenemos mucho piso y mucho de guardia. (...) la idea mía es terminar y volver [a Trelew](...) de Mar del Plata para abajo no existe Neurología como Residencia. Está la especialidad pero tenés que venir con el Título de especialista de otro lado." (Varón, Neurología, RS VIII)

"Yo no estudie acá, soy de Corrientes, estudie ahí. Después fui a Buenos Aires, me preparé en Buenos Aires, digamos que el examen de Provincia lo rendí como una opción. (...) Había rendido un par en Buenos Aires y como mi compañera de estudio también quedó acá, entonces dijimos bueno vamos las dos juntas a La Plata. Porque no conocíamos nada, porque con un grupo de amigas habíamos ido a Buenos Aires y una particularmente tenía familia. Mi idea era quedarme en Buenos Aires, pero bueno adjudiqué acá.[en Corrientes] hay Residencias buenas de Cirugía pero no son tan conocidas, mucha gente termina y vienen acá, el plan de estudio es muy distinto al de acá." (Mujer, Clínica Quirúrgica, RS XI)

Los médicos extranjeros y su elección de la PBA para la residencia

En el grupo de residentes entrevistados, un 8% son médicos extranjeros (8 médicos), de los cuales dos estudiaron su carrera de grado en Argentina, el resto vino para hacer su residencia en el país con la idea de retornar una vez finalizado el trayecto.

Al momento de indagar sobre su elección de la PBA como lugar para la formación en residencia nos encontramos que todos sabían que hacer su especialización en Argentina era más rentable económicamente, que tenían más expectativas de ingreso que en sus países de origen en donde los puestos disponibles son escasos, y que formándose en el sistema público argentino se aseguraban por un lado un estándar de calidad y por otro, el reconocimiento de la titulación en sus países. Sin embargo, la mayoría de ellos no tenía demasiado claro el funcionamiento del sistema público de salud argentino, ni tampoco conocía previamente la residencia en la cual adjudicó. Cuando había una referencia, por parte de algún conocido, ésta era muy vaga.

"de Ecuador, vine para hacer la residencia, el grado lo hice en Ecuador. Quería hacer una quirúrgica en Provincia porque ya conocía, tuve un compañero acá de la Argentina, que vivía en la Provincia y me había dicho que si algún día venía para acá haga la quirúrgica en la Provincia de Buenos Aires. Porque me gustaba mucho el trauma. (Varón, Clínica Quirúrgica, RS VII)

"para nosotros los extranjeros es muy difícil acoplarse ya al mismo sistema de salud argentino. Nosotros hacemos dos años más después que salimos, hacemos 6, 7. 8 años de medicina para obtener la matrícula para recién empezar medicina acá, entonces es como que estás medio jugado con los tiempos entonces es como que el lugar de residencia no lo elegís vos, sino que la residencia te elige a vos. Decís, sí ahí hay un lugar, bueno yo caí en el Hospital de Junín. (...) siempre tiene que ser público. Yo lo decidí hacer acá porque yo vivía como si fuera en Salta, en la frontera. A mí las distancias... yo para hacer medicina tardaba dos días, tres. Yo para venir acá tardo un día. Lastimosamente acá, pero gracias a dios allá, el peso es menor, el cambio de moneda es menor, entonces es más económico para mí." (Varón, Tocoginecología, RS III)

"Por casualidades de la vida caí acá; soy chileno, estudié en Corrientes y trabajé en Misiones y ahora estoy acá. Y estoy feliz. (...) [hice la residencia en Olavarría] Por las casualidades de la vida... por Facebook. Jajaja. Es una historia un poquito más larga. Yo había egresado de la facultad hacía dos años y aún tenía mi título provisorio, y no pude rendir el examen único, provincial. Y estaba haciendo concurrencias, y cuando me dan mi título definitivo, ya había cerrado la inscripción al examen de provincia, sale el aviso en facebook de Residente Municipal. Y me vine. [sin referencias] me vine. (...) Si, igual como era un manotazo de ahogado, pensé "Si no me gusta me iré." Y como era municipal, sabía también que si renunciaba no perdía la oportunidad de rendir provincia. Y me gustó, y me quedé!". (Varón, Tocoginecología, RS IX)

"[viví en Argentina cuando era chica con mi familia y luego volví a Bolivia] ahí estudié medicina y después decidí volver sola para hacer la residencia. Yo volví porque en Bolivia no hay residencia de terapia intensiva, y ponele habrá uno por ciudad. (...) nosotros en medicina interna que es clínica médica acá, en esa rotación rotamos terapia, y fue donde encontré mi vocación, lo que más me gustaba. (...) como venía de Bolivia no sabía bien el manejo de cómo es la residencia de capital, el universo. Quería hacer endocrino, pero endocrino hay poco, entonces la otra opción que me encantaba era terapia intensiva. Y lo elegí el Fiorito porque a pesar de todo en la explicación que fui previa era el primero que salía. Y tiene un buen número de camas, porque me parece que lo máximo en provincia es 14, que está en el Güemes. Por eso, porque cuantas más camas tiene, más disponibilidad de patologías, de diversidad para ver." (Mujer, Terapia Intensiva, RS VI)

La familia: un factor de peso al momento de la elección

Más allá de la región en la que se encuentren o de la especialidad que elijan, hay un factor que atraviesa necesariamente las elecciones de los jóvenes médicos al momento de decidir en dónde realizar su formación: la familia. Ya no la familia de origen, el arraigo a su tierra de crianza, sino la familia propia.

Para las mujeres la necesidad de contemplar las necesidades familiares se hace aun más evidente. La cuestión de la maternidad y la compatibilización entre la vida familiar y la formación profesional, es un tópico que estuvo presente en todos los grupos focales. El hecho de ser madres, en general de hijos muy pequeños, por

el tramo de la vida en que se encuentran, incide en sus elecciones de hacer o no una residencia, qué especialidad elegir de acuerdo a los ritmos y al tiempo de trabajo de la actividad, y también el lugar en dónde hacerla. En relación con esto último, los testimonios nos muestran que las médicas priorizan hospitales que estén cerca de los lugares donde viven o donde cuentan con una red de apoyo para el cuidado de sus hijos (ya que saben que se ausentarán frecuentemente de sus hogares) y que se encuentran limitadas para migrar hacia otros lugares de formación por este hecho.

"yo me vine de Chascomús a los 18 años a estudiar, tenía pensado volver ni bien terminara la carrera, aun sin hacer residencia. La verdad que cuando me vine no pensaba en la residencia, más que nada porque me vine con mi hija casi recién nacida, y yo tenía esa idea de que creciera en Chascomús con todo lo que eso implica, pero bueno, obviamente tuvo una inserción acá dentro en lo que es la escolarización y todo eso, y ahora ya me pasa al revés, que no quiero desarraigarla a ella para llevármela para allá." (Mujer, Emergentología, RS XI)

"mi idea siempre fue volver a Villegas. Si no hubiera tenido un hijo a los 23 probablemente hubiera hecho la residencia en Buenos Aires y después volver. Obviamente cuando uno tiene un hijo pesan muchas otras cosas, mi prioridad ya no es uno. En este caso tuve que resignar obviamente un poco de formación, no lo dudo, pero bueno es ir rebuscándoselas para ver cómo uno puede complementar las faltas o tratar de tirar para adelante como para que crezca la residencia en mi pueblo, que venga gente, se forme y aporte a eso, no sólo criticar. Formar parte de esa estructura". (Mujer, Medicina General, RS II)

"bueno en el examen de Residentes a mí me fue bien, o sea, yo tuve la posibilidad de elegir dónde ir y no es que me quedó lo que me quedó, yo elegí estar ahí. (...) porque yo tengo ahora dos nenes, pero en ese momento tenía una nena, entonces bueno, ya iba a la Escuela, así que tenía que adjudicar acá porque no iba a ir a Capital. Y me fue bien, y yo elegí estar, porque pensé "este es el lugar que yo quiero", me pareció que estaba bueno. Yo había estado yendo el año anterior, antes de rendir, incluso de recibirme, al Hospital porque ya sabía que quería hacer esa especialidad, entonces bueno por distintos contactos llegué al Servicio e iba una vez por semana o algunos días a ver cirugías y ver si realmente la especialidad me gustaba." (Mujer, Otorrinolaringología, RS XI)

3.4. EXPECTATIVAS SOBRE LA RESIDENCIA: ENTRE EL OPTIMISMO Y EL TEMOR

Todos los estudiantes de medicina tienen referencias acerca de cómo está organizado y cómo funciona el sistema de residencias. La residencia es vista en la profesión como un período de formación intensiva muy sacrificada, y circulan a su alrededor numerosas leyendas y anécdotas.

"(...) es algo que se sabe, uno siempre conoce a médicos que te dicen la residencia es dura, y creo que inclusive es peor lo que me imaginaba, mucho más verticalista, porque te decían como tenías que ir vestido... y la verdad creo que durante el correr del tiempo me parece que hay algunas cosas que son más flexibles. Lo que mencionaba él de "no voy a repetir lo que a mí me hicieron", si a mí me trataron de una manera, uno no lo hace, creo que inclusive es más flexible de lo que uno se imaginaba. Pero me parece que todos sabíamos cuando entrábamos a una residencia que era un sistema duro, que sí creíamos que quizá era una de las mejores formas que unos tiene para poder llegar a tener ese título de posgrado de especialista, pero ninguno se sorprendió con la cantidad de guardias, con la demanda, inclusive con el trato. Sabíamos que quizás nos íbamos a enfrentar a situaciones que tendríamos que resolver, y que muchas veces quizás iban a ser difíciles, que iban a mezclarse sentimientos, que íbamos a estar días sin dormir, que íbamos a estar llorando como mencionaba XXX con su compañera simplemente por el hecho de no dormir, solo por eso, creo que todos estábamos al tanto y sabíamos"
(Mujer, Pediatría, RS VI)

Una de las preguntas que respondieron los jóvenes residentes estaba relacionada con la distancia entre aquello que imaginaban antes de entrar a la residencia y lo que finalmente encontraron. Independientemente de la especialidad o del lugar en el que se están formando, el grupo puede dividirse en dos: aquellos que pensaban que iban a poder formarse adecuadamente y en un marco de aprendizaje positivo y se sintieron de algún modo "estafados" en su ingreso; y aquellos que tenían una idea tan aterradora de lo que era ser residente, que finalmente se sintieron aliviados de encontrar gente que los comprendiera, los acompañara y los tratara bien.

Dentro del primer grupo recabamos estos testimonios:

"el impacto que a mí me generó esto de que nos formemos entre nosotros, porque es una responsabilidad y además de que mucha actividad del Servicio pasa por el Residente, el Residente tiene que cubrir todas las guardias de Lunes a Lunes, tienen que estar todas las guardias cubiertas, o sea, no se puede, no te dan los números. Eso genera mucho conflicto intra-servicio entre la Residencia y los médicos de planta, entonces genera un malestar en el que vos te ves, no autoformándote pero tratando de avanzar de leer, de estudiar y teniendo la responsabilidad de cubrir todas las guardias. Es un impacto, yo pensé que íbamos a tener responsabilidad, que no íbamos a dormir y demás, pero de ahí a tener que cubrir necesariamente todos los días y todas las Salas, no." (Mujer, Cardiología, RS XI)

*"En mi caso, yo soy de Azul, estudié en Olavarría y por cuestiones familiares me volvía a Azul. A los tres días de recibirme, tuve una reunión allá y me pintaron el mundo color de rosa, la residencia hermosa, iba a operar, que era la parte que más me interesaba, porque además de obstetricia no sabía casi nada; era lo que más me gustaba. Y una vez que ingresé, me fue muy bien en el examen, estaba re contenta. Adjudiqué, y no era tan color de rosa por ahí como se pintó en el momento."
(Mujer, Tocoginecología, RS IX)*

"Y muchas veces me pasó esto, que yo tenía un proyecto de mi Residencia de lo que iba a pasar en la Residencia y pocas cosas se cumplieron." (Mujer, Otorrinolaringología, RS XI)

En uno de los grupos, un residente manifiesta que imaginaba que se iban a cumplir los derechos y obligaciones que constan en el Reglamento de Residencias para Profesionales de la Salud (Decreto Ley 2557) de la PBA. Al igual que sus compañeros él había estudiado esta norma, que forma parte de la bibliografía que se toma en el examen de ingreso, pero al insertarse en la residencia se siente defraudado porque las condiciones son otras, al punto de pensar en renunciar. El resto del grupo focal también se hace eco de este testimonio.

"la primera semana [pensé en renunciar] pero después no, no (...) fue un cambio porque...la verdad no pensaba que era así (...) uno ve ese reglamento de residencia que existe desde el ministerio, que es una mentira... (risas generalizadas) (...) bueno eso, vos te preparas psicológicamente mínimo para eso, ¿no?" (Varón, Clínica Quirúrgica, RS I)

Como hemos dicho, encontramos otros residentes que traían una idea tan adversa de lo que significaba estar en una residencia, que al ingreso sienten que las condiciones son mucho más benévolas que aquellas para las cuales se habían preparado.

"(...) el primer año fue difícil, menos de lo que esperaba yo. De hecho tenía expectativas del lugar que ya lo conocía y, como conociendo un poco el servicio y de las dificultades que presenta para poder desempeñarse, venía preparado para el infierno literalmente. No fue sencillo, pero no fue tanto como inicialmente yo pensaba." (Varón, Clínica Médica, RS I)

"A mí me paso al revés, para mí ir a una guardia y sentirme en mi casa, un lugar donde me doy cuenta que no estoy sola, que no me maltratan, para mí fue algo grato, yo dije bueno respiro hondo cuatro años y que venga lo que venga, y no." (Mujer, Medicina General, RS XI)

"(...) sabía que previamente la residencia de medicina general acá en Bahía Blanca particularmente había tenido bastantes conflictos con la residencia de medicina familiar, que eran cuestiones políticas que excedían a lo que es la residencia, a la formación médica en sí, pero que bueno, había afectado eso. Porque cuando de repente te ponen a hacer tareas que no corresponden y demás uno no termina aprendiendo, que es lo que debería hacer, o por lo menos para lo que yo quería hacer también la residencia. Así que esos eran un poco los temores que tenía al ingresar, pero bueno también al poder hablar antes con los compañeros que iba a tener y demás muchas de estas cosas se habían como acomodado un poco antes de que yo ingresara también (...)" (Mujer, M.G., RS I)

Vemos así que todos los médicos tienen un preconcepto sobre el modo en que funciona una residencia, ya sea este más optimista o más atemorizante, que depende del folklore que circula en las aulas universitarias, de sus experiencias en las prácticas hospitalarias del grado, la cercanía con la práctica profesional a través de familiares o conocidos y, por supuesto, de la especialidad en la que se quieran formar y los sentidos que circulan alrededor de ella.

Algunos incluso han tenido contacto con el servicio en el que

tienen expectativas de ingresar, sobre todo en los lugares pequeños o en aquellos que conocen por las prácticas en el marco de la carrera de grado, mientras que otros van más a tientas, esperando encontrar un buen lugar para el aprendizaje de una especialidad a pesar del rigor de la experiencia.

A continuación, analizaremos cómo se configuran las distintas experiencias de los residentes en los programas de formación de la PBA.

3.5. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

Los médicos recién graduados evalúan su formación de grado como deficiente para encarar la práctica profesional, frente a la cual se sienten inseguros.

La residencia constituye para ellos el mejor sistema de formación de posgrado para poder adquirir las capacidades requeridas para la práctica médica y los conocimientos propios de una especialidad. En este sentido, existe consenso en considerarla el mejor sistema de formación como especialistas médicos.

En relación con la elección de la PBA como lugar de formación, pudimos discriminar tres grupos que se corresponden con ciertas regiones sanitarias: el grupo de La Plata (Región XI), en donde los médicos buscan hacer la residencia porque nacieron o estudiaron allí; el grupo de las regiones del conurbano bonaerense (V, VI, VII y XII), en donde se ve una fuerte competencia con las residencias de la CABA y en donde en muchos casos la PBA constituye una segunda opción; y finalmente, el grupo de las regiones del interior provincial (I, II, III, IV, VIII, IX y X), en donde los residentes son

oriundos de las ciudades en las que realizan la residencia o de ciudades cercanas, y estudiaron allí o en retornaron luego de cumplir sus estudios en las ciudades más grandes (CABA y La Plata).

Existen especialidades que tienen lógicas propias más marcadas para la elección del lugar: anestesiología, medicina general y aquellas que cuentan con pocos cupos en el país (Nefrología o Neurología, entre las que hemos encontrado en este estudio).

En el caso de las mujeres, sobre todo, el factor familiar adquiere un peso relevante dentro de sus elecciones.

En relación con las expectativas al ingreso, todos los médicos tienen una idea formada sobre lo que implica hacer una residencia, sin embargo, algunos de ellos se sorprenden de las condiciones al ingreso, sintiéndose defraudados, mientras que otros ingresan esperando condiciones mucho peores de las que finalmente encuentran, hallando cierto alivio una vez dentro del sistema.

4

Capítulo Cuatro

LA RESIDENCIA COMO MECANISMO DE SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL

4.1. LA SOCIALIZACIÓN EN EL HOSPITAL: DEVENIR MÉDICO

El dispositivo de residencias no solo apunta a la formación como especialistas médicos, sino que también contribuye a la socialización institucional y profesional de los recién egresados. Es decir, permite a integrar a los "recién llegados" al campo de salud, socializándolos en los códigos, prácticas e imaginarios que se comparten en dicho campo y que facilitan la posibilidad de "habitar" los espacios de trabajo.

De algún modo, esto ocurre en cualquier profesión. Es recién en la experiencia laboral que un profesional adquiere conocimientos en torno a dicha práctica profesional, que no pueden ser transmitidos durante la formación educativa como conocimientos explícitos y codificados. Se trata, por el contrario, de la adquisición de conocimientos implícitos y tácitos, en relación a cómo desenvolverse en un campo profesional, en el marco de organizaciones que presentan sus propios códigos, lenguajes, creencias, valores y prácticas.

El hospital se convierte, así, en una institución socializante para los jóvenes médicos: la inserción en el medio hospitalario se

constituye en un proceso fundamental para la constitución de la identidad profesional. Para ello, es necesaria una reorganización de su estructura y en el establecimiento de una disciplina (Bonet, 2004). De esta forma, el hospital es visto como un dispositivo disciplinario, esencial para la producción y transmisión del conocimiento médico, así como para la producción de una subjetividad portadora de un saber (Foucault, 1991).

El producto de este proceso de socialización que se propone en las residencias, es la conformación de una identidad profesional. Siguiendo a Dubar (1991), la identidad es producto, a la vez estable y provisorio, individual y colectivo, subjetivo y objetivo, biográfico y estructural, de diversos procesos de socialización que conjuntamente construyen los individuos y definen las instituciones. En este sentido, la identidad no está dada jamás, sino que es siempre construida y reconstruida por los sujetos. Podemos decir que, a pesar de que los residentes son médicos desde el momento mismo en que obtienen su título de grado, en su percepción es mediante su paso por la residencia que se convierten en tales.

Rovere (2003) plantea que los servicios de salud se organizan de forma institucionalizada, basándose en un ordenamiento jerárquico que refuerza una fuerte estratificación profesional. La profesión médica no puede comprenderse sin considerar las lógicas institucionales que se despliegan en los hospitales y servicios de salud, con su organización, su orden formal y simbólico, sus jerarquías y relaciones. Así, desde un punto de vista institucional, los reglamentos, escalafones, ritmos de trabajo y horarios resultan una expresión de esas lógicas de organización formal, que también se reconocen en aspectos menos formalizados, vinculados a las relaciones interpersonales que en esas organizaciones se producen, como también en relación a los valores simbólicos y a la cultura que allí se comparte.

En este sentido, de acuerdo a como lo plantea Geertz (1973), las residencias pueden ser analizadas como "esquemas culturales", ya que las mismas permiten instituir procesos sociales y psicológicos que moldean la conducta de los individuos. Estos dispositivos, que en su condición de "esquemas culturales" operan como "modelos de" y "modelos para", desarrollan un conjunto de prácticas que intervienen en la configuración de un nuevo estatus, el de "médico". Éste trae consigo derechos y obligaciones que corresponden al nuevo lugar que los profesionales ocupan en el sistema de relaciones en el que están involucrados (Turner, 1969). La adquisición de este nuevo estatus es el resultado del modo en que los individuos, en su relación con las instituciones, resignifican, producen y reproducen determinados habitus (Bourdieu, 2007), en tanto sistema de disposiciones duraderas predisuestas a funcionar como principios generadores y organizativos de prácticas y representaciones, reguladas y regulares sin ser enteramente conscientes ni obligatorias. En la tensión sujeto-estructura, los individuos habitan las instituciones, se las apropian de manera activa, las actualizan y las transforman, a la vez que ellos mismos encarnan los modos de ser que proponen (modelan) las instituciones.

En el caso de las residencias, pensarlas como "modelo de" remite a la representación de aquello que implica ser médico en la práctica hospitalaria. En cuanto al "modelo para", se implementan prácticas que buscan configurar un "ser médico" que se ajuste a los valores y demandas institucionales. En tal sentido, estos "modelos de" y "modelos para" permiten tomar distancia de aquellas representaciones y prácticas conocidas (deconstruyendo) y, en consecuencia, interpelar (reconstruyendo) el modo de habitar el vínculo con las instituciones. Las prácticas que se desarrollan en las residencias permiten a los jóvenes médicos experimentar una nueva subjetividad relacionada con la práctica profesional.

En los grupos focales, la idea compartida de estar "más en el hospital que en la propia casa", o de "vivir en el hospital", permiten reflejar la percepción de una experiencia institucional intensa.

Puede decirse entonces que la experiencia de las residencias no solo permite una formación como especialistas médicos, sino que vuelve a los graduados de medicina en "médicos". Es decir, se aprenden los códigos y conductas esperadas y respetadas en el campo. Como veremos en el capítulo 6, esto sucede en detrimento de los propios proyectos personales. De alguna manera, la persona que entra por primera vez a la residencia, se transforma. En palabras de un residente, se "destruye", pero una vez culminada la residencia, es un "médico".

"Toda la persona que eras previamente se destruye totalmente y te reconstruís como puedes, quizás siendo más médico que antes"
(Varón, Clínica médica, RS XI)

4.2. EL VERTICALISMO COMO RASGO DISTINTIVO

Las residencias, en general, no solo en la PBA, nacen bajo el signo de la rigurosidad, de la idea de una jerarquía establecida que hay que respetar, en la que el residente de primer año es el eslabón más débil en la cadena de mando, quien debe acatar las reglas y seguir las órdenes de sus superiores, empezando por las del residente de segundo año, siguiendo por el de tercero, y así hasta llegar al jefe del servicio, quien será el jerarca que regirá su destino en los próximos 4 años, mientras sea un médico en formación.

El lenguaje ligado a lo militar, el fantasma del "castigo", la sensación de tener que estar disponible para todas las tareas que se requieran, son las pautas que marcan el ritmo de la cotidianeidad de los residentes.

Este rasgo de la residencia constituye una característica de la cultura institucional hospitalaria y es inescindible de la organización del trabajo en los equipos de salud. Es parte del folklore de la profesión y se aprende desde el ingreso a la carrera de grado. El verticalismo estructura la práctica médica de los jóvenes en los hospitales, y de una u otra manera, es aceptado como parte de la formación. Es decir, se encuentra naturalizado entre los médicos, incluso entre los recién ingresantes al sistema, que son quienes más lo padecen.

Sin embargo, muchos años después del nacimiento de la residencia como dispositivo de formación estas prácticas que persisten comienzan a encontrar cierta resistencia por parte de las nuevas generaciones. En una época de conquista de derechos sociales, de cuestionamiento a la autoridad por parte de los jóvenes, la rigidez de las residencias resulta un anacronismo, genera tensiones

y es cuestionada, cada vez con mayor frecuencia.

El disparador de la charla en los grupos focales fue una compilación de testimonios de ex residentes de distintos lugares del país, que relataban en retrospectiva algún aspecto de su residencia que había resultado significativo. A partir de esos relatos, los residentes elegían con qué aspecto de su propia experiencia se sentían identificados y a partir de allí estructuraban sus propias vivencias.

La mayor parte de los residentes destacó dos aspectos de los testimonios disparadores: el verticalismo, como rasgo estructurante de la organización de la formación, es decir, la necesidad de romper con la idea de "como a mí me hicieron esto, ahora te lo hago a vos", que manifestaba uno de los relatos disparadores; y el cansancio, asociado a la sobrecarga de tareas asistenciales y de guardias, especialmente en el primer año de la residencia.

Analizaremos a continuación el primero de los aspectos mencionados.

En los testimonios de los residentes de la PBA se ven claramente muestras de que la residencia es un sistema de aprendizaje sostenido en una fuerte jerarquía.

"El sistema de residencias es un poco perverso, particularmente desde los inicios fue extremadamente verticalista, muy parecido a lo que es el sistema militar" (Varón, Gastroenterología, RS XII)

"(...) es un poco verticalista el sistema en sí. El de primero hace tal cosa, el de segundo hace tal otra, el de tercero y el de cuarto. Nosotros somos varios, por suerte, más allá de que no entró nadie en primero, somos 9 en total más la jefa de residentes, y la verdad es que tratamos de ir cambiando de a poco esa mentalidad que viene de tantos años atrás." (Mujer, Pediatría, RS IX)

"cuando entramos dijimos de terminar esto de lo que hacen los de arriba, digamos, siempre digamos, es una teoría mía y así sabíamos que el estrés que veíamos que parecía que el que estaba en primero escribía y cuando llegabas al segundo tenías un problema en la mano, un túnel carpiano, no podías escribir, ya después ya te dolía, y ya en tercero o cuarto ya estabas en silla de ruedas porque ni siquiera te acercabas al paciente" (Varón, Neonatología, RS I)

Incluso, uno de los residentes, continuando con la tradición que instaló el servicio militar obligatorio en la Argentina (en torno a que un "colimba" es quien "cocina, limpia y barre"), menciona que en su servicio, el residente debe cumplir con las tres "S": se calla, seca y separa.

"El residente de primero en cirugía tiene que cumplir con las tres S: Se calla, Separa en la cirugía y Seca la herida, nada más que eso. No podés quejarte (...) Las tres "S" del servicio de cirugía: Se calla, Seca y Separa. Tu función es eso y llevar adelante toda la sala" (Varón, Clínica Quirúrgica, RS I)

El residente de primer año, parece ser siempre el que peor la pasa. En todos los servicios está instalado que es quien tiene la carga más dura de trabajo, el que debe hacer aquello que los demás rehúsan, lo que se vislumbra como un pago de "derecho de piso".

"Es decir, el de Primero es el que hace todos los ingresos, que da todas las altas, que busca todos los laboratorios, que hace las placas, el de Primero tiene que estar a cargo de todo, la Residencia gira porque el de Primero hace todo. Las actitudes, las contestaciones, los manejos entre compañeros. A mí me han contestado mal y me han tratado mal así, como también me he enojado con algún Residente de primero porque hizo algo y en el momento le he contestado mal y después le pedí disculpas, pero te supera." (Mujer, Clínica Quirúrgica, RS XI)

"el de Primero como todo Residente de Primero, tiene un millón de obligaciones, casi todas las obligaciones del Servicio pasan por el Residente de Primero, entonces me pasó de chocarme con la realidad, de decir bueno no sé nada sobre la especialidad. Yo no paso por un año de Clínica, entro derecho a la especialidad, no sé nada, no tengo herramientas para defenderme en la especialidad, y tenés que internar, derivar, interconsultas, comprar yerba, comprar te, que no falte agua, lavar los platos, todas esas cosas que no hacen a la parte académica y no hacen a la parte médica, llega un punto que también te supera." (Mujer, Otorrinolaringología, RS XI)

Como vemos en los testimonios precedentes, el residente de primer año debe cumplir muchas actividades que no son estrictamente formativas, pero que alguien tiene que hacer. Carga con la mayor parte de las tareas rutinarias y tiene menos posibilidades de discutir. Esto es así en la mayor parte de las residencias, independientemente de la especialidad. En algunos casos, los residentes de años superiores comienzan a tener legitimidad para posicionarse en otro lugar. En las residencias quirúrgicas está más acentuado este rasgo de verticalidad, mientras que la excepción, como en muchas otras cuestiones, es Medicina General.

"(...) el médico de planta se pone a hacer algo. Vos con tu criterio médico decís Yo no lo hubiera hecho, el médico de planta dice hay que hacerlo y se hace, es así. Nosotros tenemos el derecho de discutir, más en tercero y en cuarto. Yo le pondría tal o cual antibiótico por tal motivo, y el médico de planta te dice: no, por mi experiencia yo le pondría este. Bueno, es válido, él es el médico de planta y es él el que termina de tomar la decisión. Pero te dan lugar a la discusión."
(Mujer, Pediatría, RS IX)

"es una Residencia muy verticalista, demasiado verticalista. Y en 1er año, por ahí es el que más "se sufre". A veces le digo a los chicos de 1er año: "es verdad que al principio no entendes nada, estas absolutamente perdido, no sabes para que lado salir". Te sentís como un inútil. Decís: ¿qué hago acá? Y eso es lo que te lleva a decir más de mil veces: "me voy, no quiero saber más nada". (...) Te dan ganas porque te sentís colapsado. Ves mucha información cuando salís de la facultad y te metes ahí, ves mucha información, mucha gente. (...) Cansancio a veces físico, a veces mental. A veces, muchas veces... llámalo maltrato. Por ahí es la misma vorágine del trabajo, por ahí son contestaciones, por ahí es que estás más susceptible... (...) Te equivocaste de pedirle tal cosa "Eh, sos un boludo", cosas que pasan en el cotidiano, pero... llega un punto... lo tomas como algo aislado y decís "es una pavada" pero en la vorágine de estar en el trabajo, esto te choca todo el tiempo. O por ahí no tenés mucho feeling con tu Residente superior y se hace más tensa por ahí en la convivencia. Es más complicado por ahí también. (...) Lo que pasa que ya está muy establecido; hace años que la Residencia de Cirugía es así. Lo que sí cambia por ahí es, ya te digo, el trato interno. Al Residente Superior le encanta suspender, por decirte. Y para mí no; a mí me parece una boludez. Creo que va más por la persona. Tenés 5 Residentes, es 1 año de diferencia, no es que es tanto. Son 4 años de Residencia y uno las siente como... algo militar. Yo no lo veo así. Es una etapa que tenés que pasar, obvio, cada uno escalonado, No lo veo mal que el Residente de primero tenga que hacer las guardias, todo, obvio: aprendes porque te sirve. Que el de 4to no haga las cosas de 1ro así, en ese sentido, porque cada uno tiene su tarea. Pero tampoco tan estricto; por ahí eso es lo que veo mal. (...) Mal no me parece, tiene lo que tiene que tener, es más, te sirve para aprender. Cuando estaba en primero yo lo sufría, pero ahora que estoy en 3er año me doy cuenta que terminas aprendiendo un montón de cosas." (Varón, Clínica Quirúrgica, RS VIII)

En uno de los relatos surgió la idea del "mes intensivo", que es una especie de inducción en el servicio al modo de terapia de choque, como para que el residente se "fogueé" y evalúe si realmente está preparado para soportar la rutina que implica la formación en una especialidad quirúrgica en el ámbito hospitalario. Esta inmersión drástica en la práctica de la residencia, lejos de parecer un abuso, constituye una instancia que los residentes aprecian como parte de su formación y que evalúan como motivadora.

"nosotros tenemos un mes, que es el mes de la entrada, que es intensivo y hacemos la guardia día por medio, el Residente de 1° Año recién salido de la Facultad que viene al Hospital y de Cirugía lamentablemente, manejamos otros tiempos, no sabes a la hora que entras ni a la hora en la que te vas y que es lo que puede pasar en el medio. (...) El mes intensivo la idea es que el Residente de 1°

Año venga para adaptarse a la Sala, que hay un rol establecido dentro del Servicio, y que el Residente sabe cómo correr en él, manejar un ritmo, la idea es que el Residente que viene tiene que adaptarse a ese ritmo, y no que la Residencia se adapte al ritmo del Residente que viene. Muchos desde afuera lo ven como tirado de los pelos, medio militar, pero el Servicio nuestro es bastante condescendiente con todos los Residentes, y uno se termina adaptando, la verdad que yo hacia el viaje desde Capital, entraba a las 5:30 am, me levantaba a las 3:00 am hasta el otro día y también pensé en renunciar 150 veces. (...) la tercera semana ya había hecho mi primera apendicectomía, así que para cuando lo iba a pensar ya estaba motivado, es el Servicio que quiero. [esa experiencia de inserción me pareció] muy útil, es un mes muy útil, es un mes fuerte pero es...

Otra residente: Es como una terapia de choque, porque ahí tenés un mes y decís "renuncio o sigo", porque ahí tenés la readjudicación.

Si tenés la readjudicación, es el mes en que te sirve todo lo que ves, todo es nuevo, eres una esponja prácticamente, todo lo absorbes y todo te entra de diferente manera, quizás la gente de afuera no lo ve así, para otras Residencias esto resulta ser muy drástico."

(Varón, Clínica Quirúrgica, RS VII)

Por supuesto, en los grupos focales, algunos residentes plantearon incomodidad con este sistema de organización jerárquico. En algunos casos, dicha organización se cuestiona, así como las consecuencias que conlleva: se sobrecarga el trabajo de médicos de rango inferior, no se les otorga libertad para tomar decisiones o discutir las decisiones de un superior y se genera un ámbito que favorece el maltrato. Sin embargo, como podemos ver también en otras citas, la organización desde este estilo es defendida por otros residentes, que ven en ella una lógica de funcionamiento eficiente, e incluso de cuidados respecto de los médicos de menor rango. De alguna manera, dicha organización, al menos idealmente, permite a los jóvenes médicos contar con un respaldo de autoridad frente a sus acciones.

"La verdad es que (los médicos superiores) son de personalidades fuertes y pretenden que todo el mundo que entra ahí sea igual, y a mí no me gusta. O sea, yo los veo y no quiero ser como ellos. Sí quiero aprender como tratan una patología, pero últimamente lo que me he estado dando cuenta, es que solamente aprendo las cosas que no tengo que hacer, como tratan a los pacientes, como tratan al resto de los Servicios" (Mujer, Terapia Intensiva Adultos, RS XI)

"Tuve siempre alguien que me pudo dar una mano en cualquier momento, siempre un teléfono disponible de cualquiera de los médicos que conozca de guardia, tanto de mi especialidad como de todas. Y me parece que es un sistema que es excelente para poder desarrollarte en algo específico, o en algo general (...) Sí me parece que tiene que haber una estructura, a ver, que las decisiones no sean al azar, sino que estén guiadas por la persona que tiene más experiencia en el servicio hacia los que estamos tratando de adquirir esa experiencia, ¿sí? Pero para nada autoritario. Sí jerárquico, no autoritario". (Varón, Clínica Quirúrgica, RS V)

En algunos casos, entre los mismos residentes la organización jerárquica también les hace poner en tensión su propio rol una vez que pasan a ser residentes superiores y tienen un grado más de "autoridad" sobre los ingresantes.

"me sentí identificada con lo del primer año, y aunque hace unos meses que fue todo eso, lo bloquee, no me acuerdo. Yo digo: ¿qué hacía yo cuando entré?, ¿qué les digo?, ¿qué tienen hacer?, ¿cómo los trato? Porque a veces no podés ser amigo porque se toman atribuciones, que después viene el castigo para mí. Y tampoco me gusta tratarlos mal, ni nada. Entonces es como que no encuentro la parte intermedia, para enseñarle, y ser copada, pero hacer las cosas que corresponden." (Mujer, Anestesiología, RS VIII)

Como mencionamos, una excepción a este tipo de organización es la residencia de Medicina General. En la mayor parte de los relatos levantados en los grupos, esta especialidad se caracteriza por tener una organización basada en otro paradigma de organización del equipo de salud. En general el trabajo se plantea como interdisciplinario y el halo de autoridad que suele tener el médico en detrimento de los otros profesionales del equipo, en este caso se desdibuja. Al mismo tiempo, se evidencia un trato más amable y horizontal entre médicos de planta y residentes, como también entre residentes de distintos años, entre los cuales el trabajo parece repartirse de modo más homogéneo. En cuanto a las posibilidades de discutir y poner en juego el propio criterio médico, también parece haber más lugar para la expresión de los médicos recién iniciados.

"De la parte humana, el trato, no tengo nada que decir. Tengo una compañera de cuarto año, que tuvo una beba hace un mes, y estamos todos muy contentos, inclusive el director; nos tratan como colegas, tenemos un trato muy distinto. (...) cubrimos guardias por falta de personal médico, y nos las pagan; siempre somos dos en la guardia, siempre que precisamos algo ellos están. Nos usan para tapar los huecos, sí. Pero después de todo lo que escuché, no me quejo. Tenemos buen trato." (Mujer, Medicina General, RS II)

"(...) cuando estoy en Cerri no sentí nada de todo esto he podido consultarlas veces que sea, mi opinión se escucha de la misma manera que el de tercero, que la de cuarto y cuando trabajamos en equipos o sea yo trabajo con la psicóloga con la trabajadora social con enfermería trabajamos como pares y casi que se diluye no importa ya si sos médico o sino ,o sea trabajamos con el paciente en el centro y ver que hacemos desde donde podemos y realmente un montón de cosas que yo tenía en mi ideal y que se podían trabajar se pueden hacer" (Mujer, Medicina General, RS I)

"(...) la residencia la construimos los residentes de forma absolutamente horizontal. Ahora me toca administrativamente cumplir con el rol de jefa pero es solo un trámite administrativo, las decisiones se toman entre todos (...) desde la mirada del instructor era, esto arranca entre todos y lo hacemos desde cero." (Mujer, Medicina General, RS XI)

"En general siempre hay buen clima laboral, hay mucho compañerismo, no es una residencia verticalista, todo lo contrario, en lo que es la organización de la residencia la mayoría de las decisiones se toman en conjunto, ahora la jefa entrante está compartiendo continuamente con nosotros cuál es su planificación, qué nos parece, qué no nos parece, y entre todos tratar de llegar a lo que nos parece mejor en cuanto a formación para nosotros." (Mujer, Medicina General, RS XI)

"No tenemos esa cosa de si nos equivocamos o no nos equivocamos. Todos nos podemos equivocar. Somos como muy compañeros de todos los chicos de todos los años. No es una Residencia verticalista en lo más mínimo, Sabemos que por ahí los Residentes de 3er año, de 4to año saben más, entonces ellos como que son referentes a donde podemos acudir a hacer cualquier consulta, o cualquier duda; tratamos de trabajar en equipo lo más posible." (Mujer, Medicina General, RS VIII)

4.3. LA LÍNEA DE RESIDENTES COMPLETA COMO ESTRUCTURANTE DE LA ORGANIZACIÓN

Otro de los rasgos que sobresalen en la organización de las residencias es que el aprendizaje y la transmisión de saberes y experiencias ligadas a la especialidad está en general sostenida en la misma línea de residentes: el de primero aprende del de segundo, el de segundo del de tercero, el de tercero del de cuarto, el jefe de residentes supervisa toda la cadena y, si están o si están bien dispuestos, todos pueden encontrar una referencia entre los médicos de planta del servicio o en algún médico de la guardia.

En este sentido, que la residencia tenga la línea completa de residentes resulta indispensable para que sea una buena experiencia. Una figura central para el buen funcionamiento es la del jefe/a de residentes. Cuando no está ocupado el cargo, necesariamente alguien debe tomar las tareas del mismo para que la residencia esté organizada, y eso genera una sobrecarga de trabajo para los residentes de años superiores, quienes además deben continuar cubriendo sus obligaciones asistenciales y académicas.

"(...) ya desde el año pasado yo estando en tercero no había jefa de residentes; se abrió el concurso pero no adjudicó nadie. Un poco con el instructor y yo también, nos hicimos cargo un poco de las chicas. Y sí, esto de hacerte cargo del resto implica que además de que uno cumple guardias, tapa agujeros en el hospital de guardias externas, de emergencias, estás a cargo de los residentes, que como todas, desde primer año, generalmente los fines de semana, estás sola en la guardia; sí con el médico de guardia, tenés un acompañamiento, una referencia. Pero bueno, mi vida personal se vio un poco afectada por esto, era teléfono, teléfono, teléfono. Pero por otro lado da un poco de satisfacción esto de ayudar al resto, pero es, en la dinámica

personal de uno, es todo el día nunca cortar con la residencia. Y colgarte encima de todo lo que tenemos que hacer, la responsabilidad al hombro de esta, o salir rajando de casa para ayudar en el hospital a las chicas con algo. Y este año me va a pasar lo mismo porque no tenemos jefe..."

(Mujer, Clínica Médica, RS X)

"El año pasado cuando estuve en 1° tenía Jefa de Residentes, era la Jefa, el Residente de 2° y de 3° uno por año, y yo de 1°, estaba todo muy bien organizado, hasta que este año nos quedamos sin nada, no hay Jefe de Residentes, no hay Instructor de Residentes, así que lo organizamos todo nosotros y es un caos. Entraron tres concurrentes y seis Residentes, estamos con 6 personas que están aprendiendo y la verdad que estamos un poco desbordados con el Sistema, porque nos estamos formando y tenemos que ayudar a formar a otra persona, y bueno cada uno tiene sus prioridades, pero en este momento, en este primer mes, como que nos fue superando mucho todo esto. Y bueno no hay vistas de que haya ningún Jefe ni nadie que nos organice todo, y con la parte académica por ahora estamos en cero. (...) es difícil, porque nosotros también queremos salir a rotar, hacer cursos superiores, queremos seguir formándonos y no podemos. Entonces decidimos estos primeros meses abocarnos totalmente a los de 1° Año, para que después ellos nos puedan ayudar a nosotros a salir del hospital, porque el hospital llega un punto que es una rutina de hacer lo mismo todos los días y sentís que no creces más." (Mujer, Oftalmología, RS VII)

Las dificultades para la cobertura de las residencias también contribuyen a generar ruido en la organización de las residencias en los servicios. Es frecuente que los jefes esperen que los residentes cubran todos los días de guardia y, cuantos menos residentes hay disponibles, más complejo se vuelve hacerlo. Por otra parte, los residentes que pasan de primero a segundo esperan librarse de parte de sus tareas una vez que promueven, pero cuando no hay un médico que entra en ese lugar vacante, esto no sucede, generando cansancio y malestar. Es interesante explorar el modo en que cada residencia realiza un reacomodamiento de sus actividades cuando no cuenta con línea de residentes completa.

"Ahora actualmente somos muy pocos, somos 6 de los cuales dos son residentes de primer año, es decir, que somos ahora 4 para cubrir 30 días. O sea que el residente, ella pasó ahora a segundo año y yo a tercero, y ella está haciendo 8 guardias, yo 6 guardias como R3, y tengo otra R2 también 6 guardias y un R4 que está haciendo 6 guardias. Entre todas completamos 30 guardias porque los dos R1 no suman en este momento, después se los deja solos, pero ahora no, así que estamos solos con respecto a eso y por otro lado no tenemos gran cantidad de residentes, así que todo pasa por nosotros. Desde tomar una decisión, desde manejar emergencias, desde si a un nene lo trasladas, nosotros empezamos ya en segundo a hacer traslados. Por ejemplo, yo que soy R3 hago el pase de sala con ellos, tengo pacientes a cargo, que eso siempre es más la tarea de primer año. Digamos que las tareas de cada año en nuestro hospital y actualmente no se están cumpliendo. Es como que estamos tratando de atajar todo, siendo... por la falta de residencias." (Mujer, Pediatría, RS IV)

"Los únicos referentes son los residentes que pasaron a cuarto, que hicieron de R1 durante los últimos tres años básicamente y que son básicamente el motivo por el cual uno continua también bien el año, porque la verdad que la vivieron tanto que seguían yéndose a las 8 de la noche" (Varón, Clínica Médica, RS I)

"Seguí los dos años igual, porque no tuvimos residentes de primer año, así que seguimos siendo dos solos con las mismas guardias, el cansancio, ahora estoy pos guardia... pero bueno eso... realmente, a veces el tema de pensar en renunciar y estás todo el tiempo con eso. Pero eso fue más en segundo año, porque ya venía de un año primero, entonces otra vez repetir lo mismo." (Mujer, Pediatría, RS V)

"Este año ingresaron dos compañeros y es importantísimo el residente que ingresa para lo que es el descanso del residente que está en el año que le sigue. Por más que le tengas que enseñar y todo lo demás tu carga horaria cambia, tu tarea cambia, ahora pasas a supervisar, igual haces un montón de cosas, pero la especialidad quirúrgica tiene eso, de dividir. Primer año es el peor año de tu vida, y el resto va, así lo entiendo yo, para mí fue así. Y el segundo año ya es un poco mejor, tercer año y cuarto año..." (Varón, Ortopedia y Traumatología, RS VI)

"Quedó una residencia totalmente incompleta, cambió todas las prioridades del servicio, y nos hizo sobrecargar a los residentes de primero, una mala distribución de tareas, jornadas largas, un detrimento de la formación académica. O sea, se perjudicó todo lo que es la formación y el desarrollo del servicio." (Varón, Clínica Quirúrgica, RS V)

"yo tuve una sola residente superior, porque mi servicio es uno de esos de los que están cada vez menos cubiertos, y ahora ya no tengo residentes superiores, pero si tengo catorce médicos de planta, los cuales, algunos más y otros menos pero la verdad son sumamente presentes." (Mujer, Emergentología, RS XI)

Uno de los residentes incluso, llegó a plantear que el problema de la falta de cobertura de los cargos de residentes y de jefes de residentes se debe a que el sistema tal como está ya no funciona, no resulta atractivo para formarse.

"El año anterior no hubo gente, porque la única persona potable entre nosotros no la quisimos. La única que quería, o que hubiese querido, el resto no la quisimos. Este año no hubo jefe de residentes. Por la misma situación. Porque el sistema de residencias está caduco. Y creo que hablo también por todos al decir que el sistema de residencias en este momento está en extinción. Y no va a mejorar. Porque hasta que no cambien las condiciones del sistema de salud en general, que es una porquería, más y más médicos residentes se van a ir al sistema privado." (Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

4.4. LAS GUARDIAS: ORGANIZACIÓN Y CUESTIONAMIENTOS

Las guardias, su organización y la modalidad que asumen en cada servicio, fueron uno de los temas más conversados en los grupos. La razón es doble: es claramente una de las actividades que mayor cantidad de tiempo y trabajo insume para los residentes, y está plagada de conflictos y cuestionamientos. También es el espacio en el que se disputan una multiplicidad de sentidos acerca de la práctica de la especialidad e incluso de la práctica médica hospitalaria.

Uno de los relatos más frecuentes es que los residentes sirven de relleno para todas las guardias. Deben cubrir todos los días que quedan descubiertos por la falta de médicos, aun cuando eso genere una sobrecarga.

"Y ni hablar de las guardias...guardias, soy como el relleno de todos; hago guardias, hago más de las que me corresponderían como residente" (Mujer, Clínica Médica, RS XI)

*"el reglamento dice que los residentes se tienen que adaptar al servicio. Bueno, a nosotros nos pasó el año pasado, si el jefe de servicio dice el residente tiene que hacer más guardia, lo tenías que hacer. De hecho, el R4 en nuestro hospital no hace fin de semana y todo el año pasado hizo fin de semana porque no se cubrían las guardias. Yo estoy cubriendo fin de semana y no me corresponde. No se cubren y las tengo que hacer. A nosotros como tenemos médicos que nos acompañan y demás nos dijeron "nosotros te estamos dando algo, cubrinolas guardias, porque tenemos un respaldo". Pero a clínica no le pasó y dejaron todas las guardias abiertas."
(Mujer, Pediatría, RS III)*

"Sí, igual es lo quirúrgico que era así, entendés? es más, hoy en día hay residencia de traumato que el residente esta día por medio de guardia. Cuando vos vas a conocer un servicio te marcan la cantidad de guardias que tenés, o sea es raro, cuando vos vas de traumato a cirugía nunca te la dicen "nada, tratamos de cubrir los huecos que hay" nunca te dicen el número, es muy raro que te lo digan, por lo menos no sé, a mí me pasaba que cuando readjudiqué fui a conocer varios lugares, y nada "estamos haciendo las guardias para cubrir" ya está, y claro cuando me fui a este lugar me dijeron mira estamos haciendo las guardias, y ya dije ya está." (Varón, Ortopedia y Traumatología, RS VI)

"Lo otro que no tiene de bueno es que cada vez nos están agregando más salas por guardia. Ahora nos quieren agregar una sala de traumatología, otra sala de cirugía, entonces esta parte yo no la entiendo. Cada vez tenemos más carga." (Mujer, Pediatría, Htal Ludovica, LP)

Como se desprende de los testimonios anteriores, la idea de que el residente tiene que cubrir lo que haga falta en la guardia, es lo que prevalece, independientemente de las especialidades. Incluso algunos hospitales tienen lógicas de funcionamiento propias al respecto, como es el caso de los que aplican el sistema de "nochería", "guardias nocturnas en bloque" o "nigth float", con el fin de mejorar las largas jornadas de trabajo de los residentes que conllevan situaciones de privación de sueño y un desempeño profesional errático. Este sistema consiste en designar a un grupo de residentes la atención nocturna de guardia en turnos de 12 horas durante un período de tiempo determinado, que en general es de un mes. A cada grupo le corresponde cumplir las guardias nocturnas dos veces en el año (Mackinnon, 2001; Bricker y Markert, 2010). Tal es el caso que se relata a continuación:

"el Hospital de Güemes tiene algo muy particular que es que después de las doce de la noche se aplica lo que se llama a la nochería, es decir el Hospital no tiene para la guardia, aparte de los plantas que están de guardia y los residentes, después de las doce de la noche los plantas se van a dormir y siempre hay un Servicio de residencia encargado de la guardia general, entonces nosotros como Ginecólogos manejamos Clínica, Cirugía. Pero al principio pensás "bueno tenemos que hacer eso nos están pagando por eso, es la política del hospital, y lleva muchos años así". Al final nos llevamos bien entre todos, porque el Residente de Cirugía está solo y es un Hospital de Politraumatología, entonces tiene que bajar el de Gineco. Los Sábados es un caos aprendes a suturar todo. Es compañerismo pero no es la función porque yo formándome como Ginecóloga estaba haciendo cosas de Clínica, pero es la política del Hospital, política que no sé por qué. Nos quejamos, pero nuestro jefe de residencia dice que está bien porque nosotros tenemos que ser médicos integrales. Una vez en el hospital hubo una reunión de todos los servicios, de todos los residentes quejándonos respecto a eso, y bueno, él dijo que la fundamentación del hospital era ser médicos integrales." (Mujer, Tocoginecología, RS VII)

Cubrir no solo refiere entonces a hacerse cargo de la guardia, sino también a tener que desempeñar tareas que no les corresponden en ese ámbito:

"Nosotros teníamos que recibir a los pacientes en la guardia que no tenían criterio para entrar, pero el Médico de guardia como era tu Médico responsable tenía que meterlo y después cuando tenías cualquier problema no podías recurrir a él. Teníamos que conseguirle desde la cama al paciente y conseguir la cama era salir a buscar por todos los Servicios a ver dónde había una habitación libre, robar la cama, hacer todas las actividades de enfermería, tomar los signos vitales, cambiar la sonda, o sea prácticamente hacíamos todo, camilleamos también." (Varón, Gastroenterología, RS XII)

El primer año de la residencia, es el más duro con respecto a la cobertura de guardias. Siempre el residente de primer año es el que debe hacer más guardias, a pesar de ser el menos capacitado para hacerlo. Además debe cubrir los fines de semana y los feriados y fiestas, que es el compromiso del que se pueden desligar en los años siguientes. Otro tema que apareció fue el de las guardias rotativas, sin día fijo, lo que genera dificultades para ordenar otras actividades que quieran realizar aparte.

"Por lo menos en mi experiencia en primer año las guardias eran rotativas así que uno no tenía el día fijo de guardia, eran ocho guardias por mes y te ibas salteando, que en un sentido estaba bien como para conocer todos los días de guardia, cada día tiene su particularidad en todo sentido, desde los médicos de planta, los compañeros, hasta la patología que te llega y la cantidad de pacientes, pero bueno sí te impide a vos tener una organización por fuera del Hospital para otra actividad. Entonces tal vez es un año que vos te ves siempre supeditado a los días de guardia que te toque. (...) Exacto, no podés pagar un gimnasio, creo que lo del cansancio, era llegar a mi casa, querer ver algo, además del sueño, la falta de... por lo menos en Primer Año no comías, estabas toda la guardia y por ahí cenabas a las 3 de la mañana, entonces eso también te va desgastando, tomas un mate a la pasada, no estaba pautado... (...) yo entraba a las ocho de la mañana, hacía pis antes de entrar y hacía pis a las doce de la noche. Lo quiero decir así porque es tal cual, un día una amiga que es instrumentadora, me dijo "...¡pero tenes que ir!...", está bien pero lamentablemente no puedo." (Mujer, Cardiología, RS XI)

Una característica que comparten muchas residencias es que, luego del período que le corresponde de vacaciones, el residente debe recuperar las guardias que no hizo. Es decir, si se ausentó durante dos semanas, las dos semanas siguientes tendrá el doble de guardias.

*"cuando se toman las vacaciones, las guardias que no hacés ¿después las tienen que hacer? Nosotros nos tomamos los primeros 15 días, ponele de febrero, y hacemos 7 guardias, los otros 15 días estamos todos los días en el Hospital."
(Mujer, Pediatría, RS V)*

En el discurso de los residentes, la sobrecarga que deviene de las excesivas guardias tiene consecuencias negativas en las posibilidades de aprendizaje. Es tanto el cansancio y es tan frecuente la falta de acompañamiento, que repercute en la finalidad pedagógica que puede tener en relación con el aprendizaje de la especialidad.

"yo creo que deberían estar prohibidas las guardias de 24 horas, porque así como un piloto de avión tiene que tener tantas horas de sueño para manejar un avión, porque es peligroso porque puede matar gente, lo mismo para un efector de salud debería estar prohibido directamente. Todas las luchas laborales de la historia van a favor de esto que digo y aparte desde las cuestiones estratégicas en un sentido pedagógico, es como que nada... Yo estuve re cansado, el primer año estuve re cansado mal, después de las guardias de 24, más las horas después del servicio que tenía que hacer, en consultorio, volviendo al centro de Salud, post-guardia, ese post-guardia que no te alcanza, al día siguiente arrastrando el cansancio... Me costó mucho sentarme a estudiar, sentarme a leer, fijar estas cuestiones que tengo que aprender en los textos y estaba cansado físicamente. Y sumado aparte lo de Medicina General, que capaz no terminás de aprender, ponele que terminás dos meses de Pediatría, terminás más o menos a explicar la vuelta, a auscultar a un nene, y ya estás pasando a adultos, y cuando estás por entender la vuelta, y pasás a Gineco, entonces siempre vas corriendo de atrás, y remarla, remarla, remarla, es muy cansador." (Varón, Medicina General, RS V)

"empezaba a las 8 de la mañana con 100 % de energía y a las 10 de la noche no podía diagnosticar un síndrome gripal, entonces creo que se padece más en ese sentido" (Varón, Ortopedia y Traumatología, RS VII)

Como dijimos, el principal problema ligado a la pérdida del sentido pedagógico en las guardias es la falta de referentes entre los médicos ya formados. Los residentes manifiestan que en general están solos en las guardias, y que los médicos de planta se disgustan si los despiertan, lo que provoca que se hagan cargo en soledad de situaciones para las que no se sienten capacitados por miedo a la represalia. Esto, sumado a la sobrecarga de pacientes, genera situaciones de mucho estrés en las que resulta más importante "apagar el incendio" que aprender a detectar y tratar una patología.

"las áreas nuestras si se prenden fuego andá a apagarlas. Muchas veces, mi primer guardia sola como R1 también fue otro status convulsivo que fue "te dejo al paciente, fijate, ponele el oxígeno." del médico de guardia, porque hay mucha demanda allá. Obviamente sí hay mucha demanda allá, pero esto era una... o sea estamos totalmente solos. Solos, solos, solos." (Mujer, Pediatría, RS IV)

"las guardias durísimas, lo peor de todas las guardias es que son siempre solos, en poco tiempo cuando fue? En una semana, dos semanas ya estábamos asumiendo una sala, que las explicaciones, un poco de fogueo pero en realidad eran la falta de residentes superiores." (Varón, Clínica Médica, RS I)

"Sí, sí, el primer año de la Residencia [la pasé mal]. Nunca tenemos médicos de planta... nosotros siempre estamos solos en la guardia... (...) los primeros años a partir del 5to o 4to mes ya estás solo.

*Nosotros hemos llegado a ser hasta 2 de guardias, así que uno se encarga de toda la guardia y el otro se encarga de las 100 camas de todos los pisos. A veces somos 3, pero ahora por ejemplo somos 6. Porque son los primeros meses, pero después ya cambiamos a 2 o 3 por guardia. El no tener todo el tiempo un médico de planta hace que vos seas responsable como si fueras un médico de planta."
(Varón, Clínica Médica, RS VIII)*

En relación con el acompañamiento, surgió frecuentemente un reclamo referido a la falta de capacitación que tienen los médicos que están a cargo en la guardia. Frente a situaciones complejas, los residentes manifiestan que se encuentran con una falta de referentes debido a que se sienten inseguros por consultar con médicos que no han hecho una residencia y que no saben cómo actuar.

*"mi hospital se caracteriza porque no hay médico interno y los que están en la guardia externa a veces tienen peor formación que el Residente de 1° Año, entonces no podés acudir a un médico interno porque no hay. (...) Por ejemplo hacés guardia los sábados, en la Sala que creo que tiene como 80 camas no hay médico de planta y en la guardia externa que sería tu médico interno hay personas que no están capacitadas, o sea que vos sabes que no podés acudir a ellos, siempre puedo acudir a Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, que siempre me ayudaron, nunca nadie tuvo mala predisposición, aprendes de todo, cuando sos R1 aprendes de todo el mundo, pero la verdad es que eso no está bien."
(Mujer, Infectología, RS XII)*

*"incluso los primeros años estaba el de Primer Año, estaba solo, y los chicos contaban cosas terribles como no saber qué hacer y estar buscando en los libros a ver qué había que hacer porque no tenían a quien llamar."
(Varón, Clínica Médica, RS XI)*

*"es agotador el tema de la guardias, a partir del 4° mes quede solo, no podía creerlo, veía en el calendario y decía este día voy a estar solo, me quería morir. (...) estaban los guardias externos pero no están. (...) porque saben cómo vos o menos, hay casos que sí saben, pero la mayoría no."
(Varón, Clínica Médica, RS VII)*

En algunos casos, los residentes manifiestan que sí se aprende en la guardia, pero a partir de los rebusques que pueden hacer para tratar de encontrar referentes que los acompañen y les enseñen.

"Se aprende mucho durante la guardia, como muchos de ustedes deben saber y muchos deben haber visto, si uno tiene ganas de aprender aprende, pero en nuestro caso como éramos los residentes de primero y los residentes de cuarto, muchas de las decisiones recaían también sobre nosotros, si teníamos que indicar algo, teníamos que revisar el procedimiento, si teníamos que hacer algo. En nuestro caso teníamos que ubicarnos en las guardias que hubiera algún médico de guardia con algún tipo de formación, porque convengamos que las guardias muchas veces están abastecidas por médicos que no fueron formados en la residencia, o con algún curso de especialista. Fueron gente que terminó sus estudios universitarios y buscaron la forma de insertarse al ámbito laboral haciendo guardias. Muchas veces ellos mismos te consultan cosas a vos, que vos decís... pero bueno, la verdad no tendría que ser así, vos tendrías que ser mi

referente como el médico interno de guardia. En ese caso tratamos de no consultar si no tratamos de consultar al que sabemos que nos va a dar una respuesta adecuada en ese caso. Y en ese caso sí estuvimos solos mucho tiempo."
(Varón, Clínica Médica, RS V)

Por otra parte, en relación con la guardia como dispositivo de aprendizaje, vuelve a aparecer la idea de "foguearse". Es la justificación del modo intenso que adquiere la práctica profesional en ese contexto.

"no me costó tanto hacer la guardia en sí, pero sí el cansancio de a veces no dormir, no comer, estar solo y la justificación del por qué se está solo: que ahí te fogueás. Es la palabra que se utiliza: te fogueás. Que así uno aprende, que en la guardia es en donde uno más aprende, que en realidad digamos es verdad que en primer año uno... te lo dicen aprendés por ósmosis, en primer año es la palabra que utilizan, como si uno aprendiera y no tendría después, digamos, repercusión lo que hace porque está con pacientes y no está con un objeto y eso después lleva a cometer errores, errores de los que después te echan la culpa a vos de lo que estas cometiendo. Esa es la sensación de primer año, en lo que es intrahospitalario." (Varón, Neonatología, RS I)

De los testimonios que siguen también se desprende la contradicción entre la obligación de hacer tareas de poca calificación, por un lado, y por el otro, tener que emplear el propio criterio médico y responsabilizarse por una decisión, incluso habiendo recién ingresado a la residencia. Esto genera una contradicción y una ten-

sión en la cotidianidad de los residentes que deben moverse entre estos dos extremos.

"Residente 1: estamos como haciendo un trabajo de secretaria. Vas lo escribís, como una boluda. Vas, hacés mandados llevás y nunca te dicen a vos "a ver, qué pensás de este paciente, cómo lo resolverías". Te dicen directamente "andá y ponele esto, esto". Entonces te encontrás haciendo cosas que no sabés por qué las estás haciendo. Porque no te dejan frenar dos minutos en el día para decir "vamos a sentarnos para hablar de éste paciente".
Residente 2: sí, hacemos pases. Pero es tanto lo que hacemos, que es "andá a buscar eso, anda a buscar lo otro, fijate, andá a revisar".

Residente 1: todo en 4 horas.

Entrevistadora: o sea, en la dinámica de ustedes en ningún momento se les pregunta qué harías vos, a ver cómo lo resolverías?

Residente 2: es muy poco, eso es cuando tomás la guardia y tomás decisiones.

Residente 1: es contradictorio entre eso de la mañana y después la guardia. La guardia es criterio propio totalmente y después es...y al otro día cuidate que no hayas hecho algo que por ahí no... va yo me siento así, no sé si ella se siente así. Es como que al otro día estás atada a pensar qué te van a decir y no podés actuar como realmente te gustaría, por ejemplo. Y con criterio, con cosas que lees en los libros.

*(Residentes 1: Mujer, Neonatología;
Residente 2: Mujer, Pediatría; RS IV)*

Sin embargo, al mismo tiempo que genera desconcierto y temor el enfrentarse a tratar un paciente usando el criterio médico propio con poca supervisión, aparece también una satisfacción por el poder que genera hacerse cargo de situaciones complejas en donde deben resolver lo inmediato solos.

En las residencias quirúrgicas está más presente el sentido pedagógico de la guardia. La mayoría de los residentes de las especialidades quirúrgicas se quejan del cansancio en relación con la guardia pero lo justifican debido a que para ellos constituye una instancia de aprendizaje fundamental.

"Lo agotador de no dormir es eso, el cansancio, una de guardia es realmente cuando aprende para mí, por lo menos en mi especialidad. Después, en cuanto al trabajo de Sala, nosotros hacemos mucha interconsulta, o sea estudiamos los pacientes, pero de guardia es cuando uno realmente aprende un montón de cosas." (Mujer, Tocoginecología, RS XI)

"Para mí es clave descanso posguardia y a las 8 terminar e irte. La guardia de 24 horas a veces está buena porque, por lo menos nosotros, hay veces que en 12 hs hay patologías, laboratorios, embarazadas, cosas que seguís 24 horas que te hace crecer un montón. No dormir está mal, obviamente, pero igualmente la locura es no dormir el día siguiente." (Mujer, Tocoginecología, RS XI)

El descanso de posguardia fue otro de los tópicos de discusión en los grupos focales. Muchos de los residentes, como es el caso del relato anterior, manifiestan que hay ocasiones en que las guardias de 24 horas sirven para seguir determinados casos, y en ese sentido, se muestran a favor de continuar con dicha modalidad (a diferencia de quienes pelean por la instalación de las guardias de 12 horas), pero que junto con ello es necesario regular el espacio de posguardia.

Para los residentes resulta muy importante poder contar con un tiempo de descanso luego de las intensivas horas de guardia, ya que cuando no existe, llegan a pasar 36 horas o más en el hospital. La mayoría de las residencias no tiene descanso posguardia, incluso en algunos grupos provocaba risa y asombro solo la pregunta al respecto.

"A veces sí, nos quejamos, pero de llenas, cuando hay que cubrir algún médico de pueblo y tenemos que ir nosotras, o hacer más guardias. Eso sí, las guardias se respetan: 8 en primero, 7 en segundo y 6 en tercero y cuarto. Espacio posguardia no tenemos, pero trabajamos bien. Tenemos la guardia de 24 hs, al otro día a la mañana la rotación, al mediodía almorzamos, a la tarde la clase y después nos vamos. Pero tampoco está en el reglamento de provincia, no?" (Mujer, Medicina General, RS II)

A pesar de que el posguardia es un reclamo recurrente en las organizaciones de residentes, muchos de ellos no tienen demasiado claro si esto consta en el reglamento, si es un derecho que deben hacer respetar o es solo un reclamo utópico por parte de algunos residentes organizados.

En el caso que sigue, por ejemplo, la residente manifiesta que tiene descanso pero solo porque justo su instructor está a favor de implementar esa medida, es decir, porque tuvo suerte.

"Mi residencia, por ejemplo, respeta el descanso post guardia, pero porque tuve la suerte que de pedo justo mi instructor de hace unos años cuando fue este cambio, él estaba a favor del descanso post guardia y creía que un residente se formaba mejor si por la mañana, después de haber estado toda la noche despierto, descansaba, y después aprovechaba la actividad académica." (Mujer, Emergentología, RS XI)

En muchos casos, frente a los reclamos de los residentes, se implementaron diversas modalidades de descanso posguardia, que si bien no son ideales, sirvieron para descomprimir la situación.

Constituye una especie de "posguardia camuflado", que solo es posible cumplir cuando el residente termina su trabajo, que en general, no termina nunca.

"No tenemos posguardia tampoco, teníamos posguardia supuestamente pero lo tenés cuando terminas tu trabajo." (Varón, Pediatría, RS XI)

"tenemos el pos guardia que se aprobó aunque no se cumpla porque.... [se cumple] camuflado si y no, porque vos terminas tu guardia, pero te podés ir si no hay pacientes para evolucionar, si no hay pacientes en la guardia externa, si no hay clases si no tenés cosas para retirar o si el medico se da vuelta y te dice "andá". Porque la verdad es bastante difícil terminar tu horario y decir bueno listo me voy, a mí no me da la cara me entendés, pero bueno yo creo que si lo empezáramos a hacer se lo tendrían que fumar porque... lo cierto es que somos muy poquititos y siempre te ponen todo eso si no hay pacientes para evolucionar, si no hay pacientes para ver, sí.. siempre tenés alguno, en la externa siempre tenés el que va a entrar, que viene a control, cuando sos el de primer año y siempre va a ser te toca a vos, cuando van pasando los años en la carrera supuestamente vas teniendo menos guardias y más tiempo libre cosa que no pasa porque al ser un servicio chico y que depende de los residentes y te das cuenta que no anda porque si no hay un residente no hay pase y si no hay residente no hay quien pida los laboratorios (...) te toca hacer todo "y ya que estás y el ya que estás porque no te fijás..." y no, no te terminas yendo nunca." (Mujer, Pediatría, RS I)

En las especialidades quirúrgicas el descanso de posguardia es una instancia que está mucho menos presente en el reclamo de los residentes. Por un lado, parece haber una aceptación pasiva del cansancio devenido de la guardia, es decir, parece estar más naturalizado, y, por otro lado, en el imaginario de los residentes, su implementación traería consigo numerosos problemas de organización de las tareas propias de la residencia. Un factor fundamental para ellos, es el perderse algunas prácticas quirúrgicas.

"En gineco lo que está hablado, si nosotros nos fuéramos posguardia, como está estipulado hacerlo a las 8, perderíamos un montón de actividad, porque nosotros hacemos, en resumen, hacemos 2 años de lo que tiene que ver con Ginecología. Por ejemplo, yo tuve guardia el martes y ayer, a mí me tocó post guardia el miércoles, y hoy me tocó hacer esta actividad. Si hoy me hubiese ido a hacer posguardia, no hubiese hecho consultorio, y el miércoles no hubiese operado. O sea, la actividad más importante la pierdo. Entonces, lo que se intenta hacer es, digamos, hacer esa actividad. Se hace un pre-pase, digamos, un pase de las pacientes que están internadas. Y el que está post guardia puede irse. En el Regional, sería irse después del mediodía. Y yo - no sé si todos los compañeros piensan igual - no creo que está tan mal, porque si no perderíamos parte de lo que es la actividad. Durante estos 2 años o pierdo consultorio, o pierdo de operar, o pierdo una clase. (...) como que a uno le da pudor decir "Me quiero ir a dormir". Y como que uno, "locamente", se acostumbra a que las cosas funcionen así. (...) Sí, o sea, respetando que si tu Residente superior no se fue, no se va a ir el inferior. Digamos, que si el superior tiene actividad para hacer, el inferior debería acompañarlo." (Mujer, Tocoginecología, RS VIII)

Residente 1: Yo si me voy un día de posguardia, no opero al otro día o me pierdo, entonces es muy difícil hacer el posguardia...

Residente 2: Lo que pasa es en las especialidades quirúrgicas por ejemplo nosotros tenemos dos días quirúrgicos, si yo estoy de guardia los martes, miércoles día quirúrgico, pos guardia no me puedo ir. Residente 1: Claro, me pierdo de hacer lo que quiero hacer.

Residente 2: No existe el posguardia y si existen, no lo tenemos, pero en el caso de que a mí me tocara una guardia un martes, y al otro día tengo día quirúrgico, no me puedo ir de la cirugía si estoy yo como cirujana, no me puedo ir. Si estoy en una histerectomía no me voy a ir a dormir a mi casa.

Residente 1: Yo creo que si operáramos todos los días sería distinto. Te perdés un martes de cirugía, bueno sí me perdí un martes. Y si tuvieses una guardia por semana, imaginate tener dos guardias por semana, lunes y jueves, el martes te vas, y te vas el viernes ya te perdiste dos días, no es eh.

Entrevistadora: O se tal como está organizado hoy, ustedes sienten que no se puede. Residente 1: No se puede, no no

Residente 2: Más que nada las cirugías programadas, lo que es ginecología de guardia es muy poco lo que unos hace quirúrgico, digamos más que un raspado, un ectópico, pero todo lo que es lo demás, histerectomía, prácticas vaginales, todo eso es todo programado. Si yo me voy ese día pos guardia y justo es el día quirúrgico... En obstetricia no porque lo único que hago es cesáreas, o sea cesáreas hago todas las guardias, mínimo una. Entonces perderme un día quirúrgico de obstetricia no sería la muerte. Pero por ejemplo, lo que es en ginecología sí, porque lo que operas es lo que operas después...." (Residente 1: Mujer, Tocoginecología; Residente 2: Varón, Ortopedia y Traumatología; Región V)

*"En primero no teníamos clase, pero al estar el medico de planta en la casa, teníamos más demanda de la parte asistencial; y al ser dos en primero no te ibas nunca a las 5 de la tarde, y si había cirugía te quedabas. pero como dice Juan, terminabas cansado pero bien, nunca recibí maltrato de ningún médico ni en quirófano. Y al ser una residencia de cirugía, cuanto más operas, mejor para vos; y después, todo lo que hiciste en primer año te sirve un montón los sos siguientes. Obviamente, tenés 10 guardias por mes, no tenés posguardia, pero en mi caso no lo sufrí. Terminás cansado, sí, y el teléfono suena y tenés que ir, pero lo hacés."
(Varón, Clínica Quirúrgica, RS IX)*

Hubo relatos en los que se manifestó que el planteo sobre la implementación del descanso posguardia había generado roces incluso entre los mismos residentes. Los residentes superiores, que ya gozaban de ciertos beneficios en la organización del servicio, veían como una pérdida de derechos adquiridos el hecho de tener que cubrir a los compañeros cuando estaban de posguardia. Del mismo modo, ha habido desacuerdos con los médicos de planta en relación con el planteo de organizar guardias de 12 horas.

*"No tenemos posguardia al día siguiente, el posguardia no está establecido en el servicio. Nosotros empezamos, sobretodo yo y mis compañeras de primero, a pelear por conseguirlo. La Jefa de Servicio nos habló pero entre nuestros mismos compañeros no se genera. Obviamente nadie quiere bajar de nuevo a hacer el trabajo que hace el de primero."
(Mujer, Tocoginecología, RS XI)*

*"cuando hemos planteado nosotros en nuestro Servicio las guardias de 12 hs en lugar de hacer las 24 hs, un montón de médicos han dicho yo prefiero hacer las 24 hs e irme a mi casa, porque son los médicos de planta que a la noche no se levantan, porque se levanta el Residente. Entonces vos lo planteás y decís "bueno, está bien, pero vos ya lo pasaste, nosotros que lo estamos pasando y que buscamos calidad de vida también planteamos las 12 hs y recibimos negativas de las mismas personas que trabajan de lo mismo que nosotros", porque ellos ya lo pasaron y entonces ya está "y pásenlo ustedes también"
(Mujer, Cardiología, RS XI)*

Si existe una especialidad que escapa nuevamente a la generalidad, es Medicina General. Por empezar, en sus sedes propias, los centros de salud, no se realizan guardias. De este modo, los residentes solo cumplen las guardias cuando rotan por otras especialidades en el ámbito hospitalario: Pediatría, Clínica Médica, Ginecología, etc. Sin embargo, en sus relatos se ve que lejos de cubrir todas las guardias, se cuida por ejemplo el hecho de tener referentes en las guardias que cubren.

*"Nosotros, por ejemplo, cuando rotamos por clínica, no cubrimos todas las guardias de Clínica, sino que elegimos aquellas en las cuales hay médicos de planta que pueden ser referentes para nosotros. Eso fue algo que se fue ganando con el correr de los años de la residencia. Antes se cubrían todas las guardias."
(Mujer, Medicina General, RS XI)*

"Es una Residencia muy particular, yo estoy muy contenta }porque siempre... La idea de las guardias, tanto de las guardias como las de las Rotaciones siempre es que uno aprenda. (...) De hecho el año pasado tuvimos un momento que no hacíamos guardia porque nuestro instructor no conseguía un referente realmente válido y él nos decía "yo no quiero que ustedes vayan a cubrir a un servicio. No quiero que sean la mano de obra del servicio y cubran las falencias"."
(Mujer, Medicina General, RS VIII)

"Ahora por ejemplo con mi compañera, nosotras somos dos jefes de residentes, nos tocó pedir todas las rotaciones y nos acercamos a los servicios y volvimos a reforzar los objetivos de las rotaciones que tienen que ver con la especialidad de Medicina General respecto a la guardia, que por ahí eso ayuda a que no seamos un tapabaches en el sistema de salud y que podamos cumplir con estos objetivos de formación, que es para lo que nosotros concursamos, obviamente para contribuir en el sistema de salud público, pero el principal motivo por el que quisimos entrar es para formarnos bien. Y bueno, esta decisión de las guardias de 12 horas tiene que ver con que no se puede trabajar bien después de... bueno incluso después de las 9 horas a uno ya le cuesta un poco pensar, y después de 12 horas de guardia es mucho más difícil, no me quiero imaginar los que hacen guardias de 36 horas de corrido. La verdad es que es terrible. Afecta a nuestra salud, y nuestra salud se precariza mucho con todo eso."
(Mujer, Medicina General, RS V)

Como se desprende del relato anterior, en Medicina General existe una dinámica que permite mantener estos reclamos presentes entre los residentes, generando más conciencia de las condiciones en que muchas veces aprender los médicos jóvenes, y las consecuencias que traen para la propia posibilidad de aprendizaje, pero también para la atención sanitaria de la población. En ocasiones, les resulta complicado salir del ámbito de la especialidad ya que no encuentran el eco que quisieran entre residentes de otras especialidades. En la dinámica de los grupos focales esto se puso en evidencia.

"una guardia de 12 horas por semana, que eso cuando yo lo he charlado con médicos prehistóricos [dicen que] somos unos vagos con los compañeros, somos lo peor de lo peor, no trabajamos, tomamos mate. Eso en realidad está por reglamento. ¿Qué pasa? uno lo hace respetar, y lo hace valer, pero con el aval de todos los compañeros, porque tampoco hay compañeros que les interesa todo esto y aceptan la realidad como les viene, como les paso a los compañeros." (Varón, Medicina General, RS VI)

4.5. LA ACTIVIDAD ACADÉMICA Y SUS DISTINTAS MODALIDADES

Si hubiera que elegir una característica para describir el modo que asume el aprendizaje en las residencias, se podría decir que la frase que mejor lo representa es "en la residencia se aprende entre residentes". Todos los testimonios dan cuenta de ello como rasgo distintivo de un modo de aprendizaje que es verticalista, pero que, paradójicamente, encuentra pocas referencias entre los médicos de mayor trayectoria y formación. De modo que el verticalismo no es un rasgo solo del vínculo entre médicos de planta y residentes, sino también entre los mismos compañeros de residencia de distintos años.

"(...) no es que empezamos de entrada a hacer la guardia sola, pero es lo que yo decía, vos aprendes del residente superior. Y el residente superior aprendió del residente, nunca aprendés de alguien con experiencia" (Mujer, Diagnóstico por Imágenes, RS I)

Particularmente, en relación con las actividades que son específicamente académicas: clases teóricas, ateneos, realización de trabajos científicos, presentaciones a congresos, si bien este rasgo de aprender entre residentes se mantiene e incluso se hace más evidente, la modalidad que asume en cada residencia en particular es muy variable. Lo cierto es que existen pocas instancias de regulación de este aspecto de la formación y cada servicio lo organiza en base a sus prioridades y posibilidades.

En los grupos focales ha habido relatos de lo más variables en ese sentido: servicios en donde resulta prioritario que el residen-

te reciba mucha formación académica y asista a congresos, otros en donde siempre lo académico queda supeditado a las tareas asistenciales, y en medio de ello, múltiples opciones de organización. Veremos varios casos que ilustran estas situaciones.

A continuación, veremos casos en que lo académico tiene una importancia fuerte y está muy ordenado en la cotidianidad:

"el residente superior se termina haciendo cargo un poco de todo; particularmente yo entré en primero, con jefe, instructor... la residencia de Saladillo funciona bárbaro. A la mañana tengo pase de sala con los plantas, todos los días, no es que tenemos días especificados, incluidos los sábados, hacemos pase los sábados, y a la tarde tenemos clases, no todos los días, depende el día pero generalmente tenemos cronograma y tratamos de cumplirlo." (Mujer, Clínica Médica, RS X)

"Sí, tenemos clases entre los residentes y tenemos clases aparte con los médicos de planta, ateneos de cosas que surgen en la semana. También se opera mucho, recibimos gente de toda la zona, entonces quirúrgicamente adoptamos cierta dinámica, nos dejan hacer bastante siempre supervisados. También todos los años presentamos trabajos en el Congreso Argentino." (Varón, Ortopedia y Traumatología, RS IX)

"en la residencia hacemos investigaciones entonces también tratando de darle formalidad a eso, nos fuimos a un congreso entonces presentamos trabajos nos hicieron correcciones y bueno tratar de formarnos más para que lo que hagamos no quede todo como que se hace a medias, porque a veces es esto, con los tiempos, con las cosas o en esta cuestión de que es un poco de todo o es el trabajo comunitario o sea a todos les sale el trabajo comunitario porque se da naturalmente uno sabe cómo salir y enfrentar a un...y no, es mentira, uno no sabe, no por trabajar en atención primaria todas esas cosas se dan, entonces, en la residencia tratamos de estudiar cómo se trata una neumonía como distinguir una bronquiolitis a cual derivar a cual no, pero también tratamos de estudiar cómo se trabaja en red entonces el equipo ha sido premiado en esto, entonces antes de empezar a trabajar en redes leamos ¿cómo es una red? ¿Cómo se forma? ¿qué hay que hacer? entonces ahora está funcionando ya desde el año pasado una red con el resto de las instituciones, con la escuela, con los bomberos, con el centro de estudiantes y demás pero también desde, desde todo lo que hay teórico de esto porque si no uno termina como haciendo cosas por hacer, y en el medio está la gente"
(Mujer, Medicina General, RS I)

"Después tuve la suerte de caer en una residencia que siempre tuvimos espacios académicos, aparte de las clases destinamos una tarde al trabajo científico, que ahí escribimos trabajos, que tenemos espacios de formación más allá de las clases, espacios para eso, escribir, hacer investigaciones que eso está muy bueno." (Mujer, Medicina General, RS V)

"Nosotros tenemos clases donde preparamos nosotros, y clases donde preparan los especialistas. En cierta manera está buena porque tenemos que tener una capacitación docente, y uno tiene que tener esa capacidad de preparar una clase, prepararlas y demás, pero también por otro lado necesitamos de la experiencia de un especialista, entonces tenemos días donde damos las clases nosotros y días donde dan los especialistas." (Mujer, Pediatría, RS VI)

Otras veces, el respeto por lo académico se da luego de un reclamo por parte de los residentes que sienten que se pierden un aspecto importante de su formación.

"estos últimos seis meses hubo un cambio, nos quedamos sin jefe, seguimos teniendo la instructora que nos acompañaba con las clases. Ya ahora tenemos nuevos instructor y jefe, y quieren que las clases se empiecen a respetar, que es lo que nosotras habíamos pedido, que los médicos no nos interrumpieran... porque los médicos nos llamaban de la guardia y teníamos que ir, y no se respetaban los tiempos de la clase. Y ahora estamos recibiendo la respuesta de lo que reclamamos."
(Mujer, Pediatría, RS IX)

Sin embargo, los casos que presentamos más arriba no son la generalidad en las residencias. La mayoría de las veces, los espacios académicos son espacios de autoformación, que nacen y se sostienen gracias a la voluntad de los mismos residentes y, en el mejor de los casos, con el apoyo de instructores que los acompañan.

"Si, nos juntamos con la instructora y la jefa de residentes y las organizamos según dónde esté rotando cada una, proponemos nosotras muchas veces las clases. Proponemos los temas que nos parecen importantes, hacemos power point, discusión de casos. La instructora nos da un caso, lo leemos y después nos juntamos a discutirlo con material que nos trae. Todo lo hacemos nosotras, como autoformación, si una se quiere tirar a chanta..." (Mujer, Medicina General, RS II)

"Nosotros separamos por módulo, o sea, la falla en esto es que no tenemos a nadie que regule lo que hacen los Residentes en la cuestión académica, depende exclusivamente de nuestra voluntad y responsabilidad, pero por el contrario nos da un montón de flexibilidad. Yo que ya estoy haciendo el trabajo de Jefe de Residentes, yo manejo lo que hacemos y nadie me dice que no. Si bien no colaboran, no ponen trabas, si surge algo particular, buscamos sobre eso, y la clase se hará otro día. Y lo mismo la modalidad de clase, el que quiere dar una exposición oral está buenísimo (...)." (Mujer, Otorrinolaringología, RS XI)

"[La agenda de clases]la hace la Jefa de Residentes, se trata de respetar en lo posible, y quizás lo que es en contra y quizás pasa en otros Hospitales es que los ateneos debería estar la gente grande, uno ve en otros lados y está el de Cirugía hasta el Hepatólogo, la verdad que lo preparamos y mandan al Residente a prepararlo y vos estas paradita así invitando a todos los sectores y a los Residentes mismos. (...) En realidad es para todo el Hospital, pero siempre el Médico grande está cansado se tiene que ir a hacer las compras y terminamos yendo nosotros y eso habría que modificarlo, porque vos querés escuchar la experiencia del otro, si vos estas presentando un ateneo, es un caso complejo." (Mujer, Pediatría, RS XII)

Aparece también la idea de que para tener el espacio de las clases hay que "remarla":

"Claro, los dos primeros años la verdad, yo estaba como ciega porque no sabía la realidad, el trasfondo de lo que era la residencia. Todavía teníamos clases, porque había una jefa de residentes, una chica de Olavarría, preparamos clases en power point, estábamos como bastante organizadas, después había otra docente que pertenece a la terapia y todos los martes teníamos clases con ella en la casa, pero todo remando mucho, con mucho esfuerzo, tratando de tener clases." (Mujer, Clínica Médica, RS IX)

Esta idea de remarla tiene que ver con que el resto del servicio no parece tener mucha disposición para que el residente se libere de algunas actividades asistenciales para dedicarse a este aspecto de su formación.

"El Servicio de Gastroenterología hace consultas, en internación, consultorio externo y también estudios en general endoscópicos. Y académico cero, o sea, desde que entramos a Gastro, atendemos a todos los pacientes que van en el día, hacemos todos los estudios programados del día y vamos tapando agujeros, y después cada uno se la rebusca como puede con cursos superiores, estudiando en la casa, haciendo cursos que te los tenés que pagar vos, que para pedirte un día, es prácticamente que te acuchillan porque tienen que trabajar más los de Planta pero terminas recargando a tu compañero, entonces al final como que te da culpa." (Varón, Gastroenterología, RS XII)

*"Nosotros hacemos un curso superior paralelo y eso a mí me forma bien, pero no son mis superiores los que me están formando y no van al lado mío. O me enseñaron lo básico como para que el paciente no se me muera."
(Varón, Anestesiología, RS IV)*

Es interesante en estos dos últimos casos, que la mención a lo académico está estrictamente ligada a cursos superiores, es decir, se ubica por fuera del dispositivo de aprendizaje que es la residencia. Está presente la idea de que deben encontrarse otros espacios para salir bien formado como especialista.

En relación con los "rebusques" que hacen los residentes para aprender más, aparece mucho la idea de "pegarse" al que está dispuesto a enseñar algo. Esto se ha mencionado también en relación con la dinámica de las guardias.

"tenía [clases] pero esporádicamente. Yo siempre lo que trataba de hacer era pegarme al que yo sentía del cual podía aprender algo. Era lo que hacía en todos lados. Este año empezamos a tener clases, eso está bueno, pero porque hubo toda una reestructuración en el hospital y los chicos se pusieron las pilas. Y al entrar 2 residentes más es como que hay más equipo." (Mujer, Medicina General, RS III)

Residente 1: *además como voy al hospital si tengo alguna duda, en realidad los médicos del hospital están dispuestos a ayudar, no todos. Allá nos conocemos todos, nos dan una mano. Yo voy y le digo, che esto, tal paciente tengo entonces recibo la colaboración y termino aprendiendo.*

Residente 2: *pero es más desde la gauchada que desde la formación. (...) pero es un poco lo que decía ella, por ahí te pegás con el que sabés que te va a enseñar. Por ejemplo, hay una de las cirujanas que es re predispuesta entonces cuando voy y está es como que me quedo con ella.*

Entrevistadora: *la cirujana? Pero tampoco es algo específico de la especialidad?*

Residente 2: *no, pero en Villegas hubo campañas de vacunación, de prevención de cáncer de colon, que es lo específico de nuestra especialidad, y no nos enteramos que teníamos que estar en un pueblo chiquito así. Me avisaron cuando se estaba haciendo. No está registrado el residente todavía. Entonces tapás baches, hacés demanda espontánea para que la guardia no esté tan saturada, hacés guardia y en el medio se intercambian cosas. Bueno, yo te hago demanda espontánea y vos enseñame esto.*

Entrevistadora: *o sea, hay un consenso que la residencia es pura autogestión. Residentes: sí.*

Residente 2: *lo que pasa que yo no sé cómo formarme a mí mismo.*

Entrevistadora: *digo en la forma de que hay que buscar al que sabe más, hay que gestionarse...*

Residente 3: *se aprende como se puede, no como se debe. Como se tendría que aprender, con un protocolo."*

(Residentes 1 y 2: Mujeres, Medicina General, RS II; Residente 3: Varón, Clínica Quirúrgica, RS III)

**Tres cuestiones que dificultan el desarrollo académico:
las escasas instancias de reflexión sobre la práctica profesional,
el cansancio y la rigidez de los programas**

Una situación recurrente en los servicios es que, si surge algún problema o alguna urgencia ligada a las tareas asistenciales, siempre va en detrimento de la actividad académica. Lo primero es cubrir la sala, la guardia, hacer un traslado, un estudio, y luego organizar el espacio de clases. Esta modalidad dificulta la organización de espacios que permitan la reflexión sobre la propia práctica profesional de manera colectiva, ya que se entra en una vorágine de resolver lo urgente permanentemente.

*"Es como que estaba muy dejado en obstetricia. En gineco no, estás ahí y está el especialista hasta las 12 del mediodía y cualquier duda tuya lo consultás. Hacíamos la parte académica y la parte práctica ahí en ese momento. Gineco era siempre así, entonces cuando ibas a obstetricia por supuesto hay mucha más demanda porque te caen tres partos en un touch y vos tenés que volar, y tu parte académica se ve muchas veces afectada por eso. Muchas veces había veces en que el doctor de guardia, el obstetra en este caso, y la partera de guardia, el doctor más que nada, no cumplía con los horarios de ingreso al hospital, lo cual hacía que el que está de guardia por más que tenía clases académicas tenía como que suplir, tenías que hacerlo vos. Decían quién está de guardia, podés fijarte en la guardia que hay una paciente ahí. Entonces atendíamos todo."
(Varón, Tocoginecología, RS III)*

"Y después en cuanto a lo académico, nosotros tenemos clases de lunes a viernes, por ahí no podés ir porque tenés que estar trabajando, eso también pasa." (Varón, Pediatría, RS XI)

*"Nosotros tenemos clases, pero como que si hoy tuvimos mucho trabajo, no podemos porque somos pocos. Están establecidas, el cronograma está, a mí me toca la clase tal día, pero si ese día tuve un día heavy, como se dice, entonces mi clase ya queda para mañana, pero en otros Hospitales no."
(Varón, Pediatría, RS VII)*

Otro factor central que afecta el desarrollo académico es el cansancio. Como veremos en el capítulo siguiente, el agotamiento físico y mental es una característica central de la experiencia. Los residentes reclaman que muchas veces la sobrecarga de tareas hace que estén tan cansados que no pueden prestar atención a las clases o incluso tener energía para prepararlas cuando llegan a sus hogares.

*"las cosas así académicas y esas cosas en realidad para mí fueron, me entorpecieron el camino, porque venía cansado, dormía, tenía que preparar las clases las cuales no recuerdo hasta el día de hoy digamos, te soy sincero..."
(Varón, Clínica Quirúrgica, RS I)*

"tenemos muchísima actividad académica con una gran cantidad de preparación de clases.

Entonces, era salir de la guardia y quedarte a terminar la clase que tenías que dar al otro día, o el Ateneo, entonces, si bien ya tenía la guardia organizada y tal vez podía dormir en la guardia, en mi casa tenía que preparar toda la actividad académica y es muchísimo." (Mujer, Cardiología, RS XI)

Finalmente, podemos mencionar como un tercer factor que incide en las posibilidades de aprendizaje es la rigidez con la que se organizan las agendas académicas. Los residentes reclaman que resultaría más formativo para ellos adecuar las clases a los casos clínicos que tienen en ese momento en el servicio. No solo aprenderían como tratar mejor a esos pacientes, sino que se sentirían más estimulados para leer, lo que les cuesta por el cansancio que mencionamos más arriba.

"Claro, siempre se sigue un cronograma y a nosotros nos pasa que aprendemos mucho más con los pacientes que tenemos en la Sala, entonces llega un momento que vos querés leer por el paciente que está en la cama 3, y no podés porque tenés que preparar la clase de mañana que es totalmente distinta." (Mujer, Terapia Intensiva, RS XI)

"Nosotros tenemos Ateneos junto con Pediatría, y tenemos clases con referentes, pero no es lo más frecuente. Sí me pasa eso de tener casos súper interesantes, pero tener que preparar la clase porque somos pocos y tenemos mucha actividad académica." (Mujer, Medicina General, RS XI)

El instructor/a de residentes: una figura central para organizar la actividad académica

Cuando hablamos de lo académico, la primera referencia que aparece es la de los instructores de residentes. Por un lado, un problema importante es que muchas residencias directamente no cuentan con alguien designado bajo esta figura. En el mejor de los casos, alguno de los médicos del servicio suplente el rol, pero siempre bajo su propia voluntad y sin ningún tipo de reconocimiento simbólico ni económico, lo que lo hace muy inestable. La mayor parte de las veces, no hay nadie que cumpla esa función y eso se siente en la organización de la residencia, afectando directamente las posibilidades de aprendizaje de los médicos en formación. Finalmente, hay casos en donde está designado el instructor/a, pero no realiza las tareas correspondientes al cargo, generando los mismos inconvenientes que si no existiera.

"Todo iba porque me parece que los instructores aparentemente reciben un salario, el cual hace mucho tiempo se les ha dejado de pagar. O sea que el instructor no recibe remuneración, no está motivado. Porque es así este día puedo, el otro no voy a poder, así que fijate el pase de sala y miralo con alguien más de planta." (Varón, Tocoginecología, RS III)

"Nosotros sí, el problema nuestro es académico. Claramente es académico, porque no tenemos un tipo al lado nuestro... el cirujano que viene a hacer la guardia, como hace guardia en cualquier otro lugar quiere venir, pasar la guardia y poder volverse a su casa a dormir tranquilo sin tener ningún tipo de preocupación. Entonces el tipo viene y ¿qué va a estar dándonos tres horas dando una clase, en vez de estar durmiendo la siesta? porque le puede caer un baleado a las 11 de la noche. Entonces el tipo dice yo vengo y en el momento que no laburo quiero estar tranquilo porque después a la noche puedo laburar toda la noche, o no puede dormir toda la noche.

Entrevistadora: *el espacio de formación no se respeta, porque no le corresponde. Yo estoy de acuerdo porque al tipo no le corresponde. Si viene y dice traje esto, vamos a leer la última actualización, me parece perfecto. Pero no le corresponde. Nosotros necesitamos un tipo al lado nuestro que todos los días venga y diga vamos a ver esto, vamos a discutir el caso, vamos a hacer un ateneo."*
(Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV)

El mismo residente relata el caso de otra residencia de su hospital, en donde se superponen dos cargos: la instructoría y la jefatura de docencia. En ese mismo grupo focal se relató otro caso similar en donde estaba superpuesta la figura del instructor con la del jefe del servicio, lo que generaba un evidente conflicto organizativo.

"la instructora de residentes es la jefa de docencia y ¿sabés cuál es el servicio que más deserción tiene? Medicina General. Porque claro los pibes no pueden hacer nada porque su propio jefe es el que los tiene que ayudar a formarse. Entonces hay una incongruencia. Si vos tenés un problema, ¿con quién vas a hablar? Tenés que hablar con tu instructor que en este caso es el mismo jefe de docencia, o sea que es una locura." (Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV)

"los nuevos cargos de instructores fueron cargos totalmente al azar. Los concursos son muy desiguales porque un jefe de servicio siempre va a ganar un concurso de instructoría, el jefe de servicio tendría que quedar excluido de lo que es la participación en el concurso del cargo. En este caso en cirugía estoy hablando porque lo agarró el jefe del servicio."
(Varón, Clínica Quirúrgica, RS III)

Para los residentes, la existencia de esta figura es uno de los temas más importantes y urgentes a solucionar:

"Lo académico. Que los que tienen los cargos cumplan con lo que tienen que hacer. Sí hay cargos de instructores, pero no lo cumplen." (Varón, Clínica Quirúrgica, RS III)

Residente: El instructor es una figura. (Risas)

Entrevistadora: ¿No tienen un Instructor presente ustedes?

Residente: No, está el cargo. Cuando nosotros entramos teníamos un solo Jefe de Residentes, ahora tenemos 2. Eso lo han mejorado, porque con 2 jefes se organizan mejor las actividades, y cuando yo entré estaba todo muy desorganizado. Cuando yo llegué, el Instructor dejó a mitad de año por las quejas de los Residentes. Entonces con el cargo que quedó pago por el hospital, hicieron una figura de 4 Instructores. Entonces vos ibas y le decías: "Mira me pasa esto" y te decían "Yo no soy el instructor". Entonces ibas al otro y te decía "Yo tampoco soy" (...) Claro, no había nadie, nadie se responsabilizaba. Ahora quedó alguien que dice que no es instructor pero que hace de instructor.

Entrevistadora: ¿Y eso es positivo?

Residente: Es positivo porque antes no había nunca un médico de planta en las actividades académicas. Ahora él va, pero es lo único. No hay mucho más."
(Varón, Clínica Médica, RS VIII)

Referencias en el primer nivel de atención

En las residencias que tienen como sede los efectores del primer nivel de atención, apareció un tema recurrente en los grupos focales: la falta de referentes sobre el trabajo específico en la especialidad de Medicina General. Este problema se hace visible en las rotaciones que los médicos deben hacer por los servicios hospitalarios,

como pediatría, clínica médica o tocoginecología, por ejemplo, en donde frecuentemente se los ubica a la par de los residentes del servicio y no tienen posibilidad de formarse desde la especificidad del paradigma de la medicina general.

*"Sí me parece que muchas de las cosas que están acá son cosas que se viven hace mucho tiempo, las especialidades que por ahí estamos más en formación en primer nivel, claramente no tienen una estructura, creo que la gran mayoría, cuando nos juntamos las residencias de medicina general, o el PRIM inclusive, se resalta que no hay referencias en el primer nivel de atención, referencia a nivel instructoría, gente de planta que esté en los centros de salud, seguramente por dificultad de la gestión del vínculo con los municipios, o no, pero vemos que eso es un déficit muy importante. Y al no tener esa referencia clara en el primer nivel, tenés que salir a rotar por los hospitales, y no aprendés con generalistas, y tenés que ir a aprender pediatría con un pediatra."
(Varón, Medicina General, RS XI)*

En el testimonio que sigue, se hace visible que esta situación es un foco de angustia para los residentes de Medicina General, que tienen dificultades para encontrar la especificidad de su disciplina y combaten el estigma de ser los "todólogos" del sistema, o los médicos de la salita que no saben nada.

"La particularidad que tiene Medina General es que no estamos en un Hospital, nosotros estamos en una salita y muchas de las rotaciones que hacemos son por fuera. Me costó mucho entender que los servicios en los cuales nosotros participamos no son quizás la bajada de línea que debería que tener mi especialidad... eso que yendo a Clínica yo no tengo que ser un clínico, yendo a Obstetricia yo no tengo que ser un obstetra, o yendo a Gineco yo no tengo que ser ginecólogo. Y es bastante complicado eso porque nadie lo dice a eso en los servicios, porque tienen su visión sesgada de su propio servicio, entonces lo sufrí mucho, la verdad que lo sufrí mucho. Recién quizás ahora terminando el segundo año empiezo a buscarle la vuelta, a realmente llevarme lo que me interesa de cada una de las rotaciones, y quizás dejar de lado el conflicto psicológico que me generaba de decir "ay, no pertenezco a esto", "no soy lo que ellos pretenden que sea". Muy cansado desde lo psicológico por eso de sentirte que no sos eso que quizás se pretende, y no es de los servicios, porque ahí hay una confusión mía y hay una confusión también en los servicios a los cuales voy, y quizás también hay una confusión desde mi propia residencia que es "che, bueno, vas a ir a rotar Gineco a tal lugar. Quedate tranquilo, andá, aprendé estas cosas, y dejá de lado todo esto". Varias cosas que las vas aprendiendo sobre el ruedo y también depende mucho de la personalidad del residente, ¿no?"
(Varón, Medicina General, RS V)

Cuando las residencias cuentan con instructores comprometidos, se intenta que las rotaciones cuenten con referencias de médicos que los pueden acompañar en la formación.

"La instructora trata de poner los días de las guardias más potables, donde va a haber referentes que no nos van a dejar solos, sobre todo porque allá no hay emergentólogos, entonces el manejo del shock de la guardia la hacemos nosotros con el médico que esté de planta, entonces no podemos estar con alguien que no esté completamente formado. O que no nos va a permitir aprender."
(Mujer, Medicina General, RS VIII)

El verticalismo en las actividades académicas

El verticalismo que mencionábamos como estructurante de la lógica de funcionamiento de las residencias también se hace visible en la organización de los espacios académicos. Los residentes inferiores están mucho más abocados a las tareas asistenciales y les dejan poco espacio para participar de otras instancias. Los relatos que siguen, así lo ejemplifican:

"Bueno nosotras vamos a ir por primera vez en quinto año al Congreso de Neo que se va hacer en la SAP. ¿Cuál es la excusa? No, que los residentes inferiores no van a cursos, no van a congresos no van a esto, solo los superiores. (...)
porque tenés que trabajar."
(Mujer, Neonatología, RS VI)

*"No tenemos instructor, porque -por lo menos lo que me han contado en Neuro- el Instructor que teníamos antes era un médico de planta que se murió y ninguno de los de planta quiere ser instructor, porque no les pagan más por ser instructor. Pagan lo mismo, pero tenés que poner más horas. Y el chico tiene un hijo chico entonces no puede. Igual, los Jefes se hacen bastante cargo, les gusta mucho la parte de la Residencia y lo académico. Además, son bastante "buenos" y reconocidos entre los Neurólogos de Mar del Plata. Entonces siempre tenemos charlas, jornadas. El congreso es distinto porque va solamente uno por día... (...) al congreso va solamente el que es Residente de 3er año, va todo el congreso completo. Después los demás van a charlas y se van rotando. Pero después tenemos jornada porque siempre llaman a uno de nuestros jefes a participar, a presentar a alguien que viene de capital a presentar una charla o lo que sea. Los Residentes tenemos algo académico siempre extra."
(Varón, Neurología, RS VIII)*

*"Pero en lo que se nos complica mucho es en la parte académica. Por ejemplo, en mi Servicio ir a la Interresidencia, a los Congresos... yo por ejemplo no fui a ninguno este año, porque era el de Primero, porque hay que cubrir las guardias, porque va el de Segundo y la Jefa de Residentes, se fueron hasta médicos de planta, pero el Residente de Primero se queda en la Sala. Entonces bueno, no participe de ningún Ateneo. Y bueno, mi Jefe también tienen una mentalidad de que los Congresos no son tan productivos y por ahí no nos deja, la verdad no nos deja, o que se quede el de Primero y el resto va. Además no nos aportan mucho en la parte académica, es la autocrítica de mi Servicio, que el médico de planta está, porque hay un médico de planta que sería como médico de guardia, cada día un médico de planta diferente y está, cumple lo suyo y no es que te ayude, te apoya o te aporta una clase. Sí uno le puede preguntar, tiene que nacer de vos obviamente, pero nunca va a decirte lee esto, fijate en esto, o plantéame algo que nosotros te ayudamos, jamás hubo una ayuda en la parte académica."
(Varón, Nefrología, RS XI)*

Este último testimonio es interesante porque condensa los dos aspectos mencionados: el verticalismo y la falta de apoyo por parte de los médicos del servicio.

4.6. UN ASPECTO CONFLICTIVO: EL BLOQUE DE FORMACIÓN COMÚN

El Bloque de Formación Común (BFC) es un tema en sí mismo para los residentes. Este itinerario formativo se crea mediante la Disposición N° 96 del año 2006 del Ministerio de Salud de la Provincia, con el fin de articular los diversos componentes formativos del Programa de Residencias, de modo de fortalecer la integración de los saberes en un ámbito interdisciplinario, adquirir una visión amplia de la problemática del sistema de salud, sistematizar los conocimientos adquiridos en el ejercicio y apoyar su difusión en ámbitos científicos, y reforzar la capacidad crítica de recuperación y generación de conocimientos. Bajo este objetivo se crea el BFC con las asignaturas: Metodología de la Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Epidemiología y Vigilancia de la Salud, Derechos Humanos y Gestión en Salud Pública y Lectocomprensión de Textos en Inglés.

Los residentes tienen muchos cuestionamientos al Bloque, entre los más frecuentes aparecen que está totalmente escindido de su práctica en la residencia; que no tiene una utilidad en el marco del aprendizaje de la especialidad; que está mal organizado; que los materiales no son adecuados o interesantes; que no tienen tiempo para hacerlo correctamente. Veremos algunos testimonios de residentes que reflejan estas vivencias.

"Residente 1: está mal manejado..."

Residente 2: no sirve para nada, porque ¿vos aprendiste inglés ahí?

Residente 3: vas a aprender inglés con la computadora, el traductor de google. Pero no porque yo no sepa inglés, porque no me daba la hora para traducir todo.

Varios: no sirve para nada.

Residente 2: y el 80% se copia los trabajos de otros años.

Residente 4: hacelo lo más rápido que puedas y sácatelo de encima. Vos que lo hiciste el año pasado mejor, así sale, el mismo, vamos. Y si podemos hacerlo en grupo mejor.

Residente 3: porque aparte no se entienden las consignas.

Vos tenés metodología de la investigación que es una materia difícil, compleja y que no se puede aprender nunca de la manera que nos la tratan de enseñar a nosotros. Teníamos un tipo que le mandábamos los trabajos, una cosa viste, parecía esa carta abierta que no se entendía nada cuando la leían, con palabras complejas. Yo no le entendía al tipo. No le entendía lo que me quería decir ni a lo que quería llegar. En cambio, ahora estamos haciendo Derechos Humanos que el tipo implementó una metodología que está mucho más buena. Él tira una consigna y cada uno tiene que poner lo que piensa, lo que leyó, las conclusiones que sacó en un foro grupal, entonces todos leemos lo que dicen todos. El tipo nos responde a cada uno, en cada consigna, eso para mí está bueno porque demuestra interés del docente, pero después los otros cero.

Residente 2: pero está bien, pero en tu formación ética si vos sos un hijo de puta no te la va a cambiar y es al pedo.

Residente 3: claramente no te la va a cambiar, pero por lo menos esta materia vi que hay interés del docente, que llega, porque con mis compañeros estamos todos hablando de lo que está escribiendo, lo que pensamos del sistema de salud, un montón de cosas que están buenas porque generó, pero nada más que eso.

Residente 5: no, el año pasado yo tenía metodología, epidemiología y por ser de medicina general nos agregaron

actualización de medicina general, para lo cual tenía que entregar trabajos todas las semanas y a fin de año hacer una SIS de todas las salitas. Recopilar datos de todas las salitas en donde vos estás, hacer un mapa, sacar foros, algo imposible.

Claro, pero o te ponés a hacer eso, o te ponés a hacer las otras materias o vas a la residencia, todo no podés.

Residente 1: a mí Derechos humanos o no sé cuál de todas porque la verdad, cero. Estaba rotando afuera y tenía que cumplir 4 presenciales sí o sí. A ver, estoy por el ministerio rotando afuera, estoy en Buenos Aires, no puedo ir a Junín para estar el jueves a las 2 de la tarde. Entonces le explico todo a la profesora y me dijo que me tenía que acercar a la Región sanitaria más cercana. ¿Qué? una locura ¿querés que vaya a La Plata desde Buenos Aires para eso? No, porque el ministerio, sí, pero el ministerio también me manda a rotar. Eso habla de que está mal. Le tengo que decir a la profesora firmame y decí que estoy presente, te entrego todos los trabajos, eso lo sabés, no es que me quedo en mi casa tomando mate.

Entrevistadora: ¿y en cuanto a los contenidos?

Residente 1: malísimos. Es lo que dicen ellos, te copiás de los años anteriores, perdés tiempo, estás cansada.

Residente 3: ¿entendés que inglés lo rendimos con la computadora? Con el traductor de google, copiando este texto y que me lo traduzca a inglés, dale, va. No puede servirle nunca a nadie. **Residente 6:** a mí me parece que la única forma de mejorar eso es que tiene que ser presencial. Aquí on line todo bien, pero no estamos adaptados para eso.

Muchos residentes: lo tienen que sacar.

Residente 2: y si lo van a implementar que lo implementen bien.

Residente 1: aparte en la facultad tenés esas materias.

Residente 3: yo ya rendí metodología de la investigación, inglés, derechos humanos, todo, todo **Residente 1:** claro, ya lo hiciste en la facultad (Varios residentes, RS III y IV)

El diálogo que transcribimos aquí da cuenta de todos los reclamos que surgen alrededor del BFC, y de las estrategias que encuentran los médicos para pasarlo "lo más pronto y fácil posible".

En otro grupo surgió una discusión muy similar en relación con la materia Inglés, que es una de la que más controversias genera.

"Residente 1: es estudiar de memoria, traducir un texto y si la pegaste la pegaste y si no, no, porque no aprendés.

Residente 2: lo que pasa que ese tipo de evaluación lo aprendés para rendir ese examen y nada más, no es que aprendes inglés

Residente 1: y te olvidas...

Residente 2: el tema es rendir ese examen

Residente 3: es más productivo que te pongan una vez a la semana un profesor de inglés te dé un poco de conversación con todos los residentes del hospital y listo

Residente 1: nooo, lecto comprensión de texto, escribís

Residente 3: eso es forzarte a leer..."

(Varios residentes, RS I)

Muchos lo ven como un obstáculo. Lejos de sentir que articula los aspectos importantes para su formación, evalúan que es una pérdida de un tiempo valioso que no les sobra.

"Pero el Bloque de Formación Común a mí no me sirve para nada, sinceramente, es una gran piedra en el camino."

(Mujer, Emergentología, RS XII)

"Residente 1: Yo creo que la mayoría estamos atravesando o hemos cursado el Bloque de Formación y no sé si hablo por todos, pero todos consideramos que el Bloque de Formación en lugar de ser un beneficio es un obstáculo.

Residente 2: Yo soy de la Región VII y hasta ahora terminé todo, pero por ejemplo, Metodología no me aportó nada, y el tipo es un pesado de primera y la gente abandona por eso. (...) Sí, tiene clases presenciales, lo único que hace es abrir una botella y tomar, no se entiende, habla y no se entiende nada, no trasmite ningún concepto."

(Residentes RS VII y XII)

En la misma región vuelve a surgir el tema de que podría ser útil, pero tal como está organizado, no aporta nada a la formación, y el aspecto que mencionábamos antes referido a que si contaran con más tiempo, los residentes podrían poner más compromiso y hacer del BFC una instancia de aprendizaje interesante.

"Residente 1: No es que no sirven, sino que están mal dadas. Las materias son interesantes, aportan, pero para mí están mal dadas y no se aprovechan. (...) Me parece que Inglés es básico, todos deberíamos saber inglés, bueno yo no la cursé, pero por mis compañeros no es que aprendieron inglés los que la tuvieron que cursar. Metodología, bueno, no es que aprendés Metodología cuando la haces, o sea, me parece súper importante porque para trabajos de investigación es importante, pero no están bien dadas. Es decir, no se aprovechan y no nos olvidemos que en provincia las distancias son muy grandes y no es que se cursan las materias en tu hospital, yo por suerte sí en el mío, pero hay mucha gente que viene, entonces ir a cursar dos horas te implica cinco, porque si no tenés medio de transporte, si no tenés un auto, tenés que atravesarte toda la provincia y eso me parece que no es práctico.

Residente 2: Uno no termina ocupándose del tiempo que requiere el Bloque de Formación y eso es lo que manifiestan los Docentes del Bloque, porque uno como Residente lo hace por cumplirlo nada más, al fin y al cabo uno termina haciendo el trabajo para poder tener esto completo, porque sé que al final va a terminar siendo un impedimento más que un beneficio. Sí, es verdad, te puede aportar algo, pero no le dedicas el tiempo que le tenés que dedicar y termina siendo lo mismo que nada."

(Residentes RS VII y XII)

El tema de tener que viajar para cursar dos horas de una materia, surgió como un reclamo por parte de los residentes que no viven en los centros urbanos de las distintas regiones en los cuales se dictan las materias.

"y ustedes que están acá, imaginate, nosotros que tenemos que venir acá a rendir, ya con la de inglés perdimos contacto ya, todavía estamos esperando que en algún momento que nos diga cuando tenemos que venir. (...) nosotros ni clases tenemos." (Mujer, Medicina General, RS I)

*"Si, nosotros que estamos en Tandil, ahora hay 2 encuentros que son presenciales, entonces nosotros primero con las exposiciones (...) tenemos que viajar de Tandil a acá [Mar del Plata]. Con todo lo que eso implica: desde salir a la ruta, tener que llegar acá a las 8 am. Aparte no es que está programado, te dicen: "bueno, en 15 días es el primer encuentro, es obligatorio". Y nosotros, en el Centro de Salud tenemos todos los turnos de consultorio hasta agosto. Tenés que venir sí o sí porque si no, no aprobás la materia. Venimos en 2, 3 autos, lo pagamos nosotros, por 45 minutos de encuentro presencial. Vinimos al de método, 90 minutos."
(Mujer, Medicina General, RS VIII)*

Otra cuestión interesante es la idea de que el BFC les plantea una exigencia para la cual la organización de la residencia no les hace lugar. Lo viven como una contradicción en relación con los requisitos propios de la formación.

Residente 1: *son todas cosas sueltas que uno está obligado a hacer para poder tener el título de especialista, no es que vas a aprender nada ni que te vayas a esforzar por...*

Residente 2: *Sí, es una carga, es trabajo extra, estás estresado y es una cosita más...*

Residente 1: *vos decís, tengo un montón de meses, pero no, tengo un mes, tengo no sé qué y encima contar con que esos días puedas viajar que puedas tener los medios. Por ejemplo, nosotros venimos hasta acá para poder rendir*

Residente 3: *yo me acuerdo estar de vacaciones y haciendo un trabajo porque era para esa fecha Residente 4: yo me quede libre en inglés, había rendido bien sin venir a cursar y después tenía que rendir la otra, pero justo me tome las vacaciones en Marzo y en Marzo a la semana que me tome las vacaciones que no estaba acá me mandaron el mail, que tenía que venir a los tres días a rendir, obviamente no vine a rendir, si no estaba, me avisaron tres días antes así que ...jajaja*

Residente 3: *pasa que como está planteado eso, como están plantadas las residencias son incompatibles*

Residente 1: *porque en realidad eso está planteado como para la residencia como mundo ideal con el reglamento del residente y todas las cosas no como se habla habitualmente*

Residente 3: *vos venís acá estas comiendo y no terminaste de comer...*

Residente 2: *estamos hablando que vos postergás la comida para terminar de hacer las actividades que tenés en el servicio o sea ¿imaginate que te agreguen otra cosa?*

Residente 1: *no te queda tiempo ni siquiera para leer cosas básicas interesantes de un paciente internado o cosas por ahí tontas, que por ahí, no te queda tiempo, Porque además cuando llegas a tu casa te desmayas, no querés hacer más nada*

Residente 4: *yo en mi casa duermo nada más"*
(Varios Residentes, RS I)

*"A mí me paso algo muy particular que era que tenía que rendir Inglés, entonces había estado en la guardia de Obstetricia. (...) entré lo que fue las 8 de la noche y las 10 de la mañana hicimos 10 partos y 5 cesáreas, y teníamos que ir a rendir Inglés a las 13:00, después de eso teníamos que salir a evolucionar la sala. Cuando rendí Inglés estaba muerta, dos horas de hacer un choice que era hacer una traducción, leer un artículo y traducirlo, es un texto re largo a desarrollar. Salí de estudiar y ahí tuve que volver al Hospital a hacer lo que me había faltado, así que esa vez no saqué 60 puntos, sino que saqué 58 puntos en Inglés. Fui a hablar con el encargado y me dijo que me tenía que esforzar más."
(Mujer, Tocoginecología, RS VII)*

"Residente 1: particularmente los que hacemos alguna especialidad quirúrgica, creo que nos pasa a la mayoría, si a mí me dicen que tengo que ir a recibir el martes clases de Metodología y estoy de guardia, pierdo tranquilamente Metodología, porque no me voy a perder todo lo que tengo que operar o hacer en la guardia. (...) No sé si la excusa es valedera, particularmente desde mi criterio, no voy a perder un día de mi guardia, porque aparte es de mal compañero que me tenga que ir. Aparte si tenés ese día en la guardia un residente de 1° año a cargo de todo, yo también fui Residente de 1° Año y no me hubiese gustado que mi Residente más grande se vaya para dejarme a cargo de todo. Y aparte tampoco está bueno con los médicos de planta que están de guardia, porque el residente que está a cargo, que en teoría es el más chico que queda, porque el más grande se va al Bloque de Formación, el que menor rango que queda a cargo tampoco está como para manejarse con todo lo que hay que hacer en la guardia. Yo tampoco me voy a ir por ese motivo, y además prefiero operar

antes que recibir clases de Metodología, si al fin y al cabo lo que voy a hacer de ahora en más es Cirugía, no Metodología. (...)

Residente 2: pero como vos decías, en tu caso quizás es una decisión propia, pero hay otros que el Jefe de Servicio no te deja, porque no lo considera o porque no está institucionalizado que es importante ir a cursar Inglés o Metodología. A mí me paso de estar de guardia en el mismo Hospital donde tengo que ir a cursar Inglés, y me dicen "no, tenés un montón de pacientes, ¿te vas a ir a cursar inglés?" Es lógico también, más allá de la decisión propia que uno pueda tener, como decía el compañero, solidarizarse con un residente que recién ingresa, también desde arriba no está a veces permitido.

*Residente 1: A mí personalmente me pasa que se me hace incomodo, como efectivamente no está estructurado, nosotros tenemos la facilidad del servicio que nos deja hacer este tipo de cosas, pero a mí me da vergüenza, particularmente, decirle a mis médicos de planta, me tengo que ir a mi Bloque de Formación, vengo después de cuatro horas y cuatro horas a la tarde donde estoy de guardia un viernes y sé que en esas cuatro horas va a entrar un baleado, un herido de arma blanca o me estoy perdiendo primero de operar y segundo que a mí Metodología no me aporta".
(Residentes RS VII y XII)*

Este último relato da cuenta de que para los responsables de los servicios el BFC tampoco resulta una prioridad, entonces muchas veces ponen trabas para que los residentes se liberen de sus actividades y puedan cumplir con este requisito que también es obligatorio. Este problema disminuyó en parte cuando se implementó la modalidad virtual del BFC, sin embargo, la poca integración del bloque con los servicios sigue generando dificultades. En este sentido, además de la falta de regulación en su organización, la poca institucionalización del bloque resulta problemática y es una cuestión a la que se debe atender.

Residencias sin estructura: dos casos a trabajar Medicina General en General Villegas y Clínica Médica en Azul.

En los grupos focales han aparecido dos casos sobre los que resulta necesario poner atención. Se trata de dos residencias que se abrieron sin contar con la estructura necesaria para su funcionamiento, lo cual en un caso deriva en la falta de recursos para la correcta formación de las residentes, mientras que, en el otro, deviene en un problema burocrático de reconocimiento de las residentes como profesionales en formación de la PBA.

Veremos entonces los testimonios del primer caso, que no es el único en la provincia, pero sí el más paradigmático que hemos encontrado de esta situación de falta de estructura.

"Residente 1: Nosotras somos de General Villegas. Estamos haciendo medicina general y familiar. Nos pasa algo completamente opuesto, porque como la residencia es nueva, esto quiere decir que no tiene una estructura. No tenemos jefe, no tenemos instructor, no tenemos casi compañeros porque somos 4, una R4 y 3 R2, y ahora una se va. Entonces no tenemos nadie que nos guíe ni un cronograma de actividades.

Residente 2: hasta el año pasado lo teníamos porque había un médico que tenía ganas de hacerlo. Residente 1: no tenemos nada y dura lo que dura la predisposición del médico, obviamente. Tenemos distintas rotaciones pediatría, clínica, tocogineco y APS, entonces depende en qué rotación estamos si enganchamos a alguien con buena onda que tenga tiempo y predisposición para formarnos.

Entrevistadora: ¿y enganchan o no?

Residente 1: en pediatría sí, pero se acaba de ir del hospital, entonces para la próxima rotación estamos en bolas de nuevo.

Residente 2: en clínica también, depende. (...)

Residente 1: Sí, depende un poco de cada rotación. APS, es atención primaria de la salud, como es todo y no es nada, es nada. O sea, estamos tres meses pidiendo por favor a un docente doctor que está en consultorio si por favor podemos ir, si nos pueden dar bola, si nos puede enseñar algo, si nos puede formar, bueno es un poco conflictivo. (...)

Entrevistadora: una consulta, les hago a las dos. Más allá de que ustedes pueden ir a golpearle la puerta a un médico para ver si tiene buena voluntad o no, ¿ustedes tuvieron alguna instancia de reunión, de organización o algo como para juntarse entre los residentes y reunirse no sé con el Jefe de docencia del hospital?

Residente 2: No hay, se está armando el Comité de Docencia por eso la reunión de hoy a la tarde.

Residente 1: se puso la residencia para decir "el hospital tiene residencia". Es la mina esta que renunció la que más o menos estaba." (Residentes 1 y 2: Mujeres, Medicina General, RS II)

El segundo caso, como dijimos, se trata de una residencia que se abre pero queda en medio de un conflicto burocrático entre el municipio y la provincia, de lo cual se enteran las residentes una vez que ya habían iniciado su formación. En el grupo focal que se realizó en Olavarría, las residentes le relatan esta situación a la Ministra de Salud, quien se compromete a encontrar una pronta solución al problema. Veremos el testimonio de las médicas en el grupo:

"Yo rendí el examen para residencias en el año 2013 para Clínica pero adjudiqué en el Hospital Rossi de La Plata, yo estudié en La Plata. Por una cuestión familiar no pude presentarme en el hospital para empezar a trabajar allí, donde adjudiqué. Yo no me podía ir a vivir a La Plata, porque tengo un hijo chiquito y me entero por el director del hospital en ese momento, que iba a abrir la residencia de clínica que no estaba. A mí en la Región Sanitaria me había dicho que iba a estar, cuando yo fui al acto de adjudicación la residencia de Clínica Médica en Azul, cuando yo llego a La Plata a adjudicar al acto, no estaba, no figuraba Azul como sede de residencia, y a mí en Región Sanitaria me habían dicho que iba a figurar. Como no figuraba Azul, me adjudiqué en el Rossi de La Plata. Pero bueno, igualmente yo ya sabía que no podía ir al Rossi por una cuestión familiar. Hablo con el director del hospital de Azul y me dice que va a haber un convenio con la provincia por el cual yo podría entrar al hospital. En una reunión con todos los médicos de la sala, el encargado regional de la residencia, estaban todos los médicos de sala, del departamento de Docencia e Investigación, se hace una reunión en la cual me dicen: "bueno, vos a partir de ahora vas a ser como un residente municipal, hay un convenio entre Azul y la Provincia, por el cual vas a ser como un residente de la provincia pero con la diferencia que te va a pagar la municipalidad y te tenés que presentar el día 3 de junio de 2013 y empezar a trabajar". Me hicieron firmar un cuaderno de actas y yo arranqué. Empecé a trabajar, y yo sí tenía 5 semanas de vacaciones, o sea las mismas responsabilidades que las otras dos residentes que eran de clínica. Pasó un año, yo percibía un poco de diferencia de sueldo con respecto a los otros residentes, llega fin de año, hablo con una amiga de Pediatría que me dice que estaba ganando como \$2000 más. Qué raro, porque a mí me pagaban mucho menos. A partir de ahí, la directora del hospital me abre un expediente. Resulta que al abrir el expediente empieza a investigar mi caso, ese convenio

directamente no estaba armado, nunca había salido de Azul. Yo entré por este convenio, a mí me dijeron "hay un convenio", estaba hecho, resuelto. En diciembre hago el reclamo, abro el expediente, y el convenio estaba en la municipalidad, lo fui a buscar, no lo encontraba, me lo habían cajoneado, y nunca lo había mandado. No estaba aprobado, porque en la parte del convenio donde figura quien va a pagar, había puntos suspensivos, entonces eso nunca se mandó."

(Mujer, Clínica Médica, RS IX)

"Yo arranco mi residencia, me presento el primer día, como todo el mundo, rendí mi examen, lo aprobé, adjudiqué, fui a tomar posesión del cargo. Después del primer mes, cuando tenía que ir a cobrar, no figuraba en ningún lado, así que empezamos a investigar qué estaba pasando. La cuestión que, creo que en 2013 la residencia de clínica se había cerrado en Azul y se había gestionado un convenio entre municipio y provincia de reabrir la residencia, por eso que cuando yo adjudico en Azul, en La Plata, el cargo existía como municipal, pero en el municipio no había absolutamente nada. De hecho, yo figuro como médico de planta temporaria, no figuro como residente en el hospital, porque no está la imagen de residente en el hospital, y es la única forma que encontraron para que yo empezara a cobrar. Empecé a cobrar después de seis meses de estar yendo al hospital. En ese tramo pasaron de decirme "mirá, no vengas, como no figurás no tenés seguro, si te pasa algo... podés trabajar afuera", cosa que en una residencia no pasa porque es dedicación exclusiva. Yo estoy en pareja, tengo dos chicos chiquititos, entonces antes de empezar la residencia trabajaba, calculo que como la mayoría, en ambulancias, en servicio de emergencias privado, ese tipo de cosas. Yo dejo de trabajar, dejo de

percibir eso que recibía de afuera, no cobraba en el hospital, así que me vi en la situación de platear "miren, si esto no se soluciona, yo me tengo que ir porque no soy solo yo, sino que tengo dos chiquitos y no puedo estar esperando". Más allá que me dijeron que podía trabajar afuera, pero yo no sabía hasta qué punto me podía arriesgar, si podía venir alguien y decirme "vos te tenés que ir porque te mandaste tal macana" sin tener en cuenta todo el entorno por el que yo estaba pasando. Así que mis primeros seis meses de residencia fueron muy estresantes por toda esa situación, porque no sabía dónde estaba parada. Al día de la fecha, figuro como médico de planta temporaria, ese convenio está stand by, se mandó a Provincia, nunca volvió. Supuestamente cuando volvía ahí arreglaban mis papeles y empezaba a ser residente. Y después con el tema de los horarios es eso, estoy con un contrato de 35 hs, como un médico de planta, en formación nada. Hay mucha gente con mucha buena voluntad, eso hay que decirlo, dentro del hospital. No tenemos jefe de residentes, no tenemos instructor, la única que se mueve es la jefa de clínica, que es la que se encarga de hablar por teléfono, ir a la municipalidad, de ver en qué queda todo esto, pero en concreto mi situación es esa."
(Mujer, Clínica Médica, RS IX)

4.7. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

La residencia es un mecanismo de socialización profesional. El ingreso a la residencia implica una inmersión en los códigos, prácticas e imaginarios que se comparten en el campo de la salud, y específicamente en la profesión dentro del medio hospitalario. A través de esta experiencia de aprendizaje laboral contenida, un profesional adquiere conocimientos en torno a dicha práctica profesional, que no pueden ser transmitidos durante la formación educativa como conocimientos explícitos y codificados. El hospital se convierte, así, en una institución socializante para los jóvenes médicos: la inserción en dicho ámbito se constituye en un proceso fundamental para la constitución de la identidad profesional.

El verticalismo aparece como el rasgo central de las residencias médicas. Las tradicionales referencias al lenguaje militar dan cuenta de un sistema que funciona sustentado en una fuerte jerarquía. Además el modelo educativo está basado en esta verticalidad en el aprendizaje, para eso es importante contar con la línea de residentes completa. En este marco, el residente de primer año es el que carga con la mayor cantidad de tareas, no siempre ligadas específicamente a la profesión, y quien, bajo la premisa de la necesidad de "foguearse", debe permanecer más tiempo en el hospital, cubrir más guardias, quedarse ante una urgencia. Para la generalidad de los residentes, este funcionamiento incrementa las situaciones de estrés y cansancio sobre todo durante el primer año de residencia, y en el momento de transitarlo se vive como un abuso. No obstante, parece haber algún grado de aceptación de la situación, ya que en los años posteriores el reclamo cede y se interpreta este rasgo como propio de la formación en la residencia. En las especialidades quirúrgicas existe un consenso en que esta forma de organización es beneficiosa para el aprendizaje. De acuerdo con este modo de estructuración del aprendizaje, para los médicos aparece-

como fundamental el hecho de tener cubierta toda la línea de residentes, de modo de que una vez pasado el primer año, el residente pueda liberarse de algunas tareas que caerán sobre el que venga detrás suyo, y así sucesivamente. El lugar del jefe de residentes se considera central para esta organización.

En relación con las guardias, aparecen numerosos reclamos, los más frecuentes refieren a que los residentes deben cubrir todas las guardias por falta de médicos en los hospitales, lo que genera una sobrecarga; la falta de referentes y la soledad en la que deben desempeñar sus funciones en la guardia, sin tener los conocimientos adecuados para ellos, todo lo cual va en detrimento del sentido pedagógico que puede tener esta práctica en el marco de una residencia. En las especialidades quirúrgicas, el sentido pedagógico de la guardia es defendido.

El descanso posguardia aparece como una excepción, y constituye uno de los reclamos más urgentes a solucionar para los residentes, excepto para los de especialidades quirúrgicas.

La actividad académica dentro de las residencias responde a la lógica de "en las residencias se aprende entre residentes". Si bien esto responde al modelo pedagógico de la formación, encontramos gran variedad de modos de organizar la actividad académica, e incluso residencias en donde este aspecto es absolutamente marginal, dando cuenta de una falta de regulación en este punto de la formación.

Aparecen como condicionantes del sentido pedagógico en relación con la actividad académica: la constante priorización de las tareas asistenciales y la urgencia que no permite la reflexión sobre

la propia práctica profesional; el cansancio que sufren los residentes, especialmente en el primer año; y la rigidez con que se organizan algunas agendas académicas, no permitiendo direccionar las lecturas o clases de acuerdo a los casos que se presentan en los servicios.

La figura del instructor de residencias se considera central para la organización de las residencias como dispositivos de formación en una especialidad, sin embargo, muchas veces no se cuenta con instructores nombrados. Cuando hay, estos no poseen un adecuado reconocimiento económico ni simbólico que sostenga el compromiso con sus tareas.

El Bloque de Formación Común apareció como un punto de fuerte conflicto. De acuerdo con la percepción de los residentes, está escindido de la práctica cotidiana, con lo cual no se puede valorar su utilidad en la formación, está mal organizado, los materiales son inadecuados para el aprendizaje, y demanda un tiempo de trabajo del que los residentes no disponen y tampoco los servicios contribuyen a facilitar.

5

Capítulo Cinco

PRINCIPALES TENSIONES EN LAS RESIDENCIAS

En el presente capítulo, buscamos identificar las principales fuentes de tensión al interior de las residencias. Estas tensiones pueden agruparse en diferentes esferas. En primer lugar, aquella vinculada a la relación individual de cada médico/a con la experiencia formativa, generalmente exigente física e intelectualmente, que propone el dispositivo. Existe un consenso general en que la residencia resulta una experiencia vinculada al cansancio y al agotamiento, pero que, al mismo tiempo, constituye el modo más eficiente para adquirir la especialidad, pues permite desarrollar, en un período de intenso entrenamiento y formación, el desarrollo de la propia práctica supervisada por médicos ya especializados. En este sentido, si bien las tensiones referidas al cansancio físico no resultan novedosas, cabe señalar que continúan constituyendo en una de las tensiones más recurrentes en los discursos de los médicos residentes.

En segundo lugar, pueden ubicarse tensiones vinculadas al ambiente organizacional en el que se desarrollan las residencias. Las características que adquiere la socialización institucional en los servicios y organizaciones hospitalarias en las cuales se insertan, es un aspecto fundamental en la adquisición de una identidad profesional como médicos. En ocasiones, esta experiencia de socialización está

ligada al padecimiento de los mecanismos de disciplinamiento que se imponen como parte de la formación, maltratos y abusos.

En tercer lugar, cobran relevancia también las condiciones estructurales del sistema sanitario en general de la Provincia de Buenos Aires, que suma otra fuente de tensión, en la medida en que involucra la falta de insumos, personal y condiciones físicas y materiales adecuadas para el desarrollo de la formación. Asimismo, en esta tercera esfera incluimos ciertos rasgos de la sociedad actual, que plantean otra tensión a los dispositivos. Esto se observa en la percepción compartida en que la imagen del médico, como una autoridad indiscutida y portador de un saber incuestionable, se ha ido modificando socialmente, y da lugar a situaciones de pérdida de confianza, interpe-laciones y también, en ocasiones, a maltratos verbales y físicos.

Cabe señalar, que las tensiones aquí referidas apuntan a identificar aquellos elementos que son señalados en los grupos focales como obstáculos para el aprendizaje. De acuerdo a Hamui-Sutton y otros (2014), el aprendizaje en la práctica médica refiere "a las aptitudes, habilidades e interacciones que los residentes desarrollan y experimentan en el ambiente clínico para la resolución de problemas en

situaciones que ponen a prueba sus conocimientos como parte de su formación". De este modo, la cultura y el clima organizacional al interior de los servicios y ámbitos hospitalarios en donde los médicos residentes desarrollan su formación, devienen parte constitutiva de las interacciones y prácticas que allí se suceden, y que en ocasiones pueden facilitar pero también restringir el desarrollo y alcance de sus aprendizajes.

5.1. PRIMERA TENSIÓN: EL AGOTAMIENTO FÍSICO Y EL ESTRÉS LABORAL

Existe cierto consenso en que las residencias médicas se encuentran asociadas al cansancio físico y al estrés laboral. Investigaciones previas, desarrolladas en otros países, muestran que durante el desarrollo de las residencias médicas se identifican niveles de estrés superiores a los de la población en general. Los factores comúnmente asociados a ello son la sobrecarga de trabajo, la falta de sueño, las quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia los residentes, los conocimientos médicos insuficientes, los ambientes académicos poco estimulantes, un alto grado de competitividad por parte de los propios compañeros y la incertidumbre respecto al futuro profesional (Prieto-Miranda, López-Benítez, Jiménez-Bernardino, 2009).

El hecho de que el dispositivo, con su sistema de guardias, contempla largas horas sin dormir, es referenciado por prácticamente todos los residentes como uno de los elementos más difíciles de atravesar. Los estudios en esta materia, consideran que la privación del sueño se encuentra asociada a una predisposición de cometer más errores, lesiones, abuso de alcohol o drogas y en el peor de los escenarios, hasta suicidios por parte de los residentes (Prieto-Miranda, López-Benítez, Jiménez-Bernardino, 2009).

"Y es horrible, porque de verdad querés ir a dormir un ratito, porque sabes que al otro día tenés sala y tenés que hacer de vuelta el interrogatorio a la madre, al hijo, y es un estrés constante"
(Mujer, Pediatría, RS XI)

"Dormirme me dormí más de una vez o levantarme y salir caminando a la guardia porque soñé que me había llamado un paciente y llegaba y por suerte los enfermeros y todo es como que son bastante contenedores" (Mujer, Pediatría, RS I)

"Me han pasado cosas como por ejemplo dormirme en un pase de sala, que se te caigan las cosas. Me ha pasado llegar a mi casa, que mi mujer me dé una porción de pizza y quedarme dormido con la porción, media porción, comí media porción y me quedé dormido, me sacó el plato, y me fui a dormir. O sea, uno tiene un ritmo en el cual prácticamente no tiene vida. No sé hasta qué punto es útil eso como medida de aprendizaje" (Varón, Urología, RS VI)

Generalmente, los médicos relatan que el peor año es el primero, como ya hemos mencionado, que exige más horas dentro del hospital, al mismo tiempo en que se está menos seguro respecto de cómo proceder con las actividades que exige la residencia. Se relatan las crisis emocionales experimentadas los primeros tiempos, así como el excesivo cansancio físico. La referencia al esfuerzo del primer año resulta una visión generalizada, que atraviesa todas las especialidades.

"Al principio uno emocionalmente no está bien. (...) A muchos nos ha pasado que hemos pensado en decir "me voy, se acabó, no sufro más"" (Mujer, Emergentología, RS XI)

"El primer año estuve re cansado mal, después de las guardias de 24, más las horas después del servicio que tenía que hacer, en consultorio, volviendo al centro de Salud, post-guardia, ese post-guardia que no te alcanza, al día siguiente arrastrando el cansancio... Me costó mucho sentarme a estudiar, sentarme a leer, fijar estas cuestiones que tengo que aprender en los textos y estaba cansado físicamente." (Varón, Medicina General, RS V)

"El cansancio... al principio sentís que te vas a morir, el cansancio es que sentís que te vas a morir. Te quedas dormido en la ducha cuando llegás a tu casa, porque no te vas a las tres como ahora cuando te acostumbraste a hacer las cosas rápido, te vas a las seis y media de la tarde. Y de no haber dormido desde el día anterior a las seis de la mañana" (Mujer, Tocoginecología, RS XI)

Asimismo, el agotamiento se encuentra asociado a una intensificación del estrés frente a prácticas con las cuales los médicos no se sienten seguros. Las ganas de dormir y el cansancio en el cuerpo repercuten en la capacidad intelectual de efectuar diagnósticos acertados y procedimientos correctos. El estrés se vuelve más intenso cuando además se relata la falta de insumos apropiados o colaboración por parte del resto del personal del hospital (camilleros y enfermeros, por ejemplo). Esto se vive con angustia frente a los pacientes, pero también frente a lo superiores, ya que cualquier equivocación es siempre una exposición para los residentes.

"Hay veces donde realmente cuesta mucho pensar, llega un momento en que son las 5 y media de la mañana, y vos estas parado al lado de un tipo apretándole el baxter fisiológico. Las condiciones son muy difíciles porque no tenés enfermería, la enfermería a veces es subcapacitada, subpagada, son pocos. Entonces estás haciendo laburo de enfermero, laburo a veces de camillero, laburo de maestranza porque estás limpiando, sos residente, y a veces en algunos contextos quizás hasta puedas ser planta, como ha pasado en alguna institución. Entonces el nivel de estrés que vivís es muy importante". (Varón, Terapia Intensiva Adultos, RS XI)

"Sentís presión en tomar la decisión, no solo en la decisión de ventilar o no ventilar a un paciente que ya de por sí es algo difícil, pero también atrás hay otra presión, del que qué me van a decir al otro día o que me van a decir porque lo ventilé y no tenía criterios, o el otro pensó que no era así (...) Al estrés de ventilarlo, [se suma] que tenés estrés porque pensás que te van a retar". (Varón, Pediatría, RS VI)

En definitiva, tal como señala la literatura especializada ya mencionada, el cansancio físico y el estrés no contribuyen a generar buenas prácticas profesionales, sino que, por el contrario, favorecen el error.

"La verdad que eso no está bueno, y no dormir muchas veces te lleva al error, y ese error muchas veces te lo recalcan al día siguiente, te hacen saber que te equivocaste. Pero no te dicen, bueno vos estabas cansado (...) Han llegado días en que las primeras veces me he levantado, que tenía un ingreso y me iba completamente dormido, y el mismo paciente me dice "doctor, está cansado"" (Varón, Clínica Médica, RS V)

El cansancio físico, las ganas de dormir y el estrés, no son relatados como experiencias fáciles de tolerar. Por el contrario, abundan entre los residentes, imágenes vinculadas a la desesperación y al fantasma de la muerte. "Sentía que me iba a morir" o "de seguir así terminás con las patas para arriba", son algunas de las expresiones en este sentido.

"La primera semana que rote acá casi muero (...) acá yo si sentía que me iba a morir pero, en realidad la única sensación corporal que tuve fue una vez que me quede yo como 38 horas, porque creo que saqué la cuenta. Ya no daba más, había estado de guardia el día anterior y había una clase como a las cuatro o cinco de la tarde y eran las siete y ya no me había ido y sentía en el cuerpo la necesidad de pararme e irme. Solo por salir, solo por salir del mismo lugar" (Mujer, Medicina General, RS I)

"Es un cansancio que uno no conoce hasta el momento que entra a la Residencia y creés que te vas a morir. Querés renunciar todos los días, después llegás y ves que tus compañeras están igual, entonces tratás de darles fuerza y así nos fuimos, por lo menos yo y mis dos compañeras de primer año, bancando todos los días hasta hoy, hasta llegar a ahora. Una de nosotras renunció por cansancio y por otras cosas también, pero bueno, el cansancio es lo cardinal de primer año a la cabeza. Cansancio físico, miles de veces no poder subir la escalera de mi casa... yo vivo en un segundo piso, llego 6.30 de la tarde, ganas de llorar de ver la escalera, decís "... no subo la escalera...". O sea, y te queman los gemelos, ganas de llorar" (Mujer, Tocoginecología, RS XI)

El malestar físico, incluso se vuelve una situación "natural" para los residentes. De algún modo, los residentes "se acostumbran" al cansancio, al agotamiento, al nerviosismo. Así, se naturalizan prácticas que en otros contextos laborales serían impensadas.

*"Residente 1: naturalizás no hacer pis, naturalizás no comer, un montón de cosas naturalizamos. (...)
Residente 2: pero son cosas que te las van metiendo en la cabeza incluso antes de empezar la residencia."
(Residente 1: Mujer, Neonatología, RS IV;
Residente 2: Varón, Tocoginecología, RS III)*

En uno de los grupos focales, particularmente aquel desarrollado en la Región Sanitaria XI, se relata una experiencia ad hoc des-

arrollada por el servicio de clínica médica, que tuvo el objetivo de generar un dispositivo de contención psicológica para médicos de planta y residentes. Por más que en el relato no se identifica el aporte específico de dicho dispositivo, lo cierto es que, de acuerdo al relato del residente, sí habilitó un espacio para compartir los malestares antes mencionados, y quizás vislumbrar formas de modificarlos.

"Residente: Yo tuve una experiencia en el Hospital los años anteriores que venía una vez por mes, un grupo de psicólogas y hacíamos un espacio de esto, donde todos hacíamos catarsis, aparecían cosas como: "yo hago de enfermero o de camillero, no duermo", lo mismo exactamente igual, y que se yo, no sirve.

Entrevistadora: ¿Eso fue promovido por el Hospital?

*Residente: Sí, los Jefes de Residentes de ese momento tenían un contacto no me acuerdo con quién. Fue solo para Clínica. Venía un grupo que hacía psicología institucional que también trabajaban en empresas, qué sé yo. Venían, nos entrevistaban, nos hacían hacer como escenas, actuar para ver cómo eran las situaciones que vivíamos, nos miraban con una cara que no podían creer que no dormíamos o comíamos. Sí, te descargabas"
(Varón, Clínica médica, RS XI)*

¿Por qué la residencia empieza en invierno?

Un relato que llamó la atención, en relación con las cuestiones que se encuentran naturalizadas y no se cuestionan, es el de un residente colombiano que se sorprendía que la residencia de pediatría iniciara en la temporada invernal, momento en que claramente hay más

demanda de atención y el residente tiene menos tiempo para adaptarse al funcionamiento del servicio y al trabajo en el marco de la residencia. Para este residente, que la actividad haya iniciado en la temporada de mayor caudal de pacientes, fue claramente en detrimento de sus posibilidades de formación y, consecuentemente, en la calidad de atención de los pacientes que recibía.

"Residente: para mí al comienzo primer año fue duro, primero porque no me explicaba porque primer año comenzaba en invierno. En el Hospital le ponían toda la onda, los compañeros, los Jefes, los Residentes teníamos el recurso humano, pero llega un momento que por más que te estén diciendo algo ya no captás, estás por la guardia, el estrés, la cantidad de pacientes, el clima, todo te afecta en el momento. Uno viniendo de otro lugar, no teníamos pos guardia, peor todavía, ocho ingresos en una noche, dos personas en una sala llena y para uno nuevo, decías "¿dónde estoy?" y bajabas, veías otra cantidad, todo el mundo estresado, y mi pregunta siempre fue ¿por qué en invierno?

Entrevistadora: ¿De dónde sos? Residente: Soy de Colombia, de Cali. Entrevistadora: Te está costando el clima.

Residente: Yo me venía desde Capital en tren, decía "Dios mío", es fuerte. Todo lo que se hace de Reglamento, dos de la tarde, vamos a ver la clase, obvio, pero de ahí si te quedaba el 10 % era mucho y si las clases eran tres veces por semana, pero yo no le veía mucho, decía "¿por qué era en esa temporada?". Eso fue lo que me llamo más la atención. Después que el invierno pasa, viene la época baja, los pacientes bajan, hay más tiempo. Entonces uno dice si hubiera empezado en esta temporada, no me hubiera equivocado tanto al inicio, porque al inicio todo es muy repetitivo, uno hace lo que hace el superior, te dicen, "has esto y lo otro, pero espera, explícame por

qué", pero no te lo pueden explicar todo porque es mucho y uno tampoco puede seguirle y más si está cansado, todos preguntando, como la gallina con los pollitos detrás y ellos también como superiores yo creo que llega un momento, porque le pasa a uno mismo, no sé si lo que le estoy diciendo está bien. Me rectifico de lo que te explique esto es así o así. Cuando ya estás en segundo como decían aquí, uno ya tiene la experiencia de haber pasado primero y haber vivido lo duro."
(Varón, Pediatría, RS VII)

5.2. SEGUNDA TENSION: MALTRATO LABORAL, SANCIONES Y MECANISMOS DE DISCIPLINAMIENTO

La socialización en la profesión está marcada, como vimos en el capítulo anterior, por el verticalismo que prevalece tradicionalmente en la organización hospitalaria. La residencia es el lugar en el que se ponen en juego todos los sentidos circulantes alrededor de la profesión. Entre ellos podemos encontrar la necesidad de "fogearse", de "hacerse médico", que se ponen en evidencia en la cotidianidad de los residentes en extenuantes jornadas de trabajo sin descanso.

Una de las cuestiones tratadas en los grupos focales estuvo vinculada a los mecanismos de disciplinamiento y de sanción que se imponen en las residencias como parte constitutiva de este proceso de socialización profesional. Los entrevistados relatan en varias oportunidades situaciones de maltrato por parte de sus superiores, generalmente como consecuencia de errores cometidos en relación a la práctica asistencial. Estas formas del maltrato son generalmente verbales: principalmente, esto ocurre al modo de una corrección

en público, con un mal tono y con desmérito del trabajo realizado. Esta situación es vivenciada por los residentes de forma angustiante, que aumenta sus niveles de estrés y desconfianza en relación a sus propios conocimientos.

El maltrato laboral es comprendido, en el marco de una investigación sobre residentes médicos en México, como la conducta intimidante, degradante, ofensiva o maliciosa que se ejerce de manera persistente contra un individuo, y que suele ser tolerado y justificado en todos los niveles de la práctica médica, considerándose como una conducta inherente a la formación (Ortíz León y otros, 2014). El desmérito del trabajo, las amenazas verbales, los gritos o ridiculización, son las formas más recurrentes de maltrato laboral, de acuerdo a la investigación anteriormente citada, se vincula con la aparición de síntomas como pérdida de confianza, fatiga, sentimientos depresivos y ausentismo laboral, que afectan negativamente la productividad y el aprendizaje profesional en el ámbito académico.

En los testimonios a continuación, pueden evidenciarse situaciones de maltrato laboral al interior de las residencias, que se acompañan por manifestaciones de temor a equivocarse por parte de los residentes. Estos temores, se fundan en las represalias que los superiores toman cuando aparecen los errores. Desde el reto en público, la exposición, a gestos más violentos como "romper las historias clínicas" de los pacientes. Incluso, las sanciones pueden devenir en lo que en la jerga de las residencias se nomina "guardia castigo": una guardia extra, como sanción correctiva, o en la negativa a ingresar al quirófano en las especialidades quirúrgicas. residencias se nomina "guardia castigo": una guardia extra, como sanción correctiva, o en la negativa a ingresar al quirófano en las especialidades quirúrgicas.

Entrevistadora: ¿Qué pasa si hablás o decís algo? Residente: te castigan

Entrevistadora: ¿el castigo qué es?

Residente: el castigo es... mirá con la cantidad de horas que cumplís, que te sumen una guardia ya está, yo tuve un castigo, me acuerdo patente, el 25 de septiembre, un paciente se retira de la guardia por voluntad propia, yo no anoté eso y al otro día viene con una apendicitis perforada y una peritonitis generalizada. Para variar, el mismo día que vuelve ese paciente estaba mi instructor de guardia, así que se enojó obviamente conmigo y yo estaba acomodando unas cosas en quirófano y pasa, pasa así, y me dice "usted se queda 48 horas de guardia a partir de hoy". No me da explicaciones, nada. Después me enteré que era por eso, la verdad no me afectaron mucho..."
(Varón, Clínica quirúrgica, RS I)

Residente: Si, por ejemplo, escribió que hizo un control a las 3 en vez de a las 4, te hacen esto, te rompen las historias.

Entrevistadora: ¿Quiénes te hacen eso? Residente: Superiores"
(Mujer, Obstetricia, RS IX)

"La verdad que creo que cuando sos R1, cuando tenés tantas guardias, no pensás, realmente hacés lo que te dicen que tenés que hacer, tenés miedo de que te griten (...) A veces estás cansado y no tenés ganas de escuchar a nadie, la verdad que no tenés ganas de que te cuestionen nada porque estás cansado y sabés que en cualquier momento mandás a la mierda a alguien, porque entre que no dormiste, no comiste, hacés lo que podés. Me acuerdo que una vez me pusieron guardia castigo por un paciente que se murió, las fiestas, yo hice el 24, 25 y 26 no fui, entró un paciente el 25 se murió el 26, yo volví el 27 y como se murió ese paciente, que yo no conocí, me pusieron de guardia castigo el 2 de Enero, sola."
(Mujer, Infectología, RS XII)

Estas sanciones, se constituyen en mecanismos de disciplinamiento institucional, que los jóvenes residentes deben incorporar. Al ser instituciones basadas en relaciones de estructura jerárquica, ello facilita la consolidación del poder médico, frente a pacientes, pero también frente a médicos de rango inferior. También contribuye a consolidar un dispositivo que tiene en su objetivo transmitir saberes, procedimientos y protocolos. De este modo, en el relato hegemónico, las sanciones pueden ser leídas como la condición para que los médicos recién llegados adquieran las pautas de conducta esperadas. Desde los testimonios de los residentes, estos mecanismos

disciplinadores son abusivos, excesivos, e incluso, en ocasiones, por fuera de toda racionalidad. Esto último se expresa en las citas a continuación.

"Entrevistadora: ¿Qué pasa si no llegas a atender el teléfono?

Residente: Guardia castigo, ya me las he comido. (...) Una guardia más, aparte de las 8 activas. Porque son guardias pasivas todos los días... A pesar de estar en ginecología, cuando mi compañera de obstetricia está de posguardia, yo tengo que hacer la pasiva de obstetricia además de la de ginecología. Me pueden llamar de los dos lados. Entonces si ninguna de las dos llegó a ir cuando hubo una cirugía, o en el caso de ginecología una consulta, te aplican un correctivo. Es totalmente ilegal porque nosotras tenemos 8 guardias que es lo que te corresponde; ya la novena guardia no existiría, la pasiva tampoco. (...) Nos dijeron que existía esto de la guardia castigo... un día llegás tarde, o llegás tarde una segunda vez: guardia castigo. No atendés el teléfono: guardia castigo. Tengo una compañera que le hicieron "guardia sanguchito" toda la semana, entonces un día se quedó dormida y...guardia castigo porque llegó a las 12 del mediodía en vez de a las 7 de la mañana.

Todo se arregla con guardia castigo, por fuera de tus ocho guardias." (Mujer, Tocoginecología, RS IX)

"En traumatología, hice un año. Entré a buscar unas carpetas y como fumaban ahí, cierro la puerta y cierro mal. Vuelvo a buscar otras carpetas y dicen "ésta vez, cerrará bien" y cerré y se volvió a abrir. Uno me dice "¿vos me estas tomando el pelo?" Y me empezó a decir de todo: "te voy a poner un castigo". "Bueno", le digo, "fijate en mi grilla si te queda algo de lugar" (Mujer, Medicina General, RS I)

Las sanciones varían de acuerdo a las especialidades. En las especialidades quirúrgicas, teniendo en cuenta de que en esos dispositivos la lógica jerárquica se encuentra más consolidada, las "guardias castigo" suelen ser más comunes. No obstante, como hemos mencionado, también se practica en esa especialidad, otro tipo de "castigo": la prohibición de operar.

"Nuestro castigo viene por ese lado, "no operas", ese es el castigo principal para el que se está formando en cirugía" (Varón, Ortopedia y traumatología, RS VI)

Las posibilidades de apelar estas situaciones de castigo y sanción son escasas para los residentes. Por un lado, existen pocas instancias de regulación de aquello que ocurre al interior de cada residencia particular. Las áreas de docencia parecen tener poco margen de intervención frente a los jefes de servicio, que son en general, quienes promueven o avalan estos comportamientos en la residencia.

"Las decisiones de los servicios no están con las necesidades de docencia, eso sábelo siempre. No importa al jefe de servicio nuestro lo que le diga docencia. Ya sábelo, por lo menos en mi hospital. O sea, si él necesita que haya 12 guardias, hay 12 guardias, por más que la jefa de docencia... no hay docencia no existe, no se para que está." (Varón, Ortopedia y Traumatología, RS VI)

Por otro lado, existe una cuota de resignación por parte de los mismos residentes, quienes transitan este período de sus vidas

con la lógica de que "hay que aguantar" esta experiencia institucional intensa y exigente. Incluso, hay quienes mencionan de se trata de "sobrevivir" a ella, contando los días para que termine. El hospital es un "monstruo" que los invade, y lo que debe aprenderse allí adentro es a subsistir.

"Cuando vengo al hospital es como un monstruo que te invade (...) para mí es fácil resignarme y decir aguanto porque son tres meses, pero no tiene sentido que uno aguante porque son tres meses y ya está. Porque lo mismo hacen los chicos de otras especialidades que aguantan porque es un año o que aguantan porque son... y, y no podemos vivir aguantando".
(Mujer, Medicina General, RS I)

"Un poco hay que romper el esquema, y dejar que la residencia sea como un holocausto en el que estamos sobreviviendo cuatro años, como decir "bueno ahora salgo y ya está"".
(Varón, Pediatría, RS XI)

"Es triste que la residencia sea algo que querés que pase rápido, ¿no? Que se termine rápido, que sea una situación de malestar, y yo digo "ay, yo no veo la hora que se termine y entonces pueda irme a un privado"".
(Mujer, Emergentología, RS XI)

Igualmente, existen instancias de organización de los residentes, como veremos en el capítulo 7.

5.3. TERCERA TENSIÓN: LA SITUACIÓN ESTRUCTURAL Y LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA

La crisis estructural del sistema de salud en la Provincia de Buenos Aires

Una de las tensiones recurrentes en los testimonios de los residentes surge cuando se relatan las condiciones en las cuales desarrollan sus actividades en los servicios y hospitales. De acuerdo a otras investigaciones, en este sentido, debe considerarse que todo puesto de trabajo se caracteriza por un espacio donde debe haber instalaciones, productos, materiales, herramientas y mobiliario, que garantice que el ambiente de trabajo sea acorde y adecuado (Acevedo y otros, 2013). Esto debe ser así, porque es en ese ambiente donde se desarrollan las tareas de formación. La falta de equipamientos, insumos, tecnologías y materiales con los cuales trabajar,

puede afectar el desarrollo normal de la experiencia de formación, provocando una tensión más para los residentes.

"A veces decís: "no se puede trabajar en esta condición", no tenés bomba, no tenés vid", que son unos tarritos que llevan agua humificada. Viene un nene que necesita oxígeno y tenemos que ver de dónde lo conseguimos. A veces ni sábanas hemos tenido, le pedíamos a las madres que esperen para ver si abajo terminaron de lavar las sábanas así podíamos armarle la cama." (Varón, Clínica pediátrica, RS VIII)

*"Tampoco se puede hacer tanto, porque no hay insumos (...) las cosas que pintaron en un principio, no existen. El laparoscopio anda, pero no tiene cosas específicas. Histeroscopia no tenemos, que es algo que se usa mucho en ginecología, y por eso derivamos mucho a Olavarría"
(Mujer, Tocoginecología, RS IX)*

*"En nuestro servicio pasó que se rompieron los equipos, entonces el primer mes usamos el seriógrafo y se rompió. Después quedamos con las placas y las mamografías, pero se rompió el mamógrafo. Y ya quedamos con 2 o 3 placas por día y eso era todo lo que aprendíamos"
(Mujer, Diagnóstico por imágenes, RS I)*

"La formación, ya de por sí, es incompleta por el hecho de que somos todos asistencialistas. Acá, atendemos, atendemos, atendemos. (...) Artroscopio roto, un año sin hacer artroscopía: 250 pacientes en lista de espera. Son cosas reales que se viven todos los días" (Varón, Ortopedia y traumatología, RS VI)

*"Hay cosas que nos desmotivan, por ejemplo, el Sistema de Salud nos desanima, porque te superan y te desbordan las situaciones, de un consultorio hasta una guardia, donde tenés que tener a una persona internada en un pasillo"
(Mujer, Clínica quirúrgica, RS XI)*

"En la maternidad tuvimos que cerrar una habitación porque se cayó un pedazo de techo en la cuna de un bebé. ¿Cerrar la maternidad? No, imposible: se cerró esa habitación, se arregló, punto. No hay agua caliente, las mamás se bañan... Hay una sola habitación con agua caliente, y ahí van desfilando de las 30 camas que hay, van todas a un baño a bañarse. Y nosotros, en la habitación de residentes, no hay agua caliente, o sea que bañarte pos guardia en invierno, olvidate. En verano, bueno de última hace calor, te bañas con agua fría, pero en invierno no tenés agua" (Mujer, Tocoginecología, RS VI)

La cita anterior refleja que las condiciones estructurales en las que se encuentran los hospitales se suman a la falta de insumos y equipamientos, o también a la falta de mantenimiento de los mismos cuando éstos se rompen. De acuerdo con el relato de los residentes, el hecho de que los hospitales no tengan mantenimiento, genera el deterioro de los edificios y, por lo tanto, no garantiza ciertas condiciones mínimas para la atención de la población.

Asimismo, tampoco genera las condiciones mínimas para que los residentes puedan desarrollar sus tareas en condiciones adecuadas. Son abundantes los registros en torno a que en las residencias "se come mal", "no tiene buenas camas para descansar", "tiene colchones viejos", "no tiene agua caliente" o que las habitaciones de los residentes "están despintadas" o "demasiado alejadas". Esta lista de reclamos fue abundante en los grupos focales. Cabe señalar, que la percepción de los residentes, frente a esto, es el de un "manoseo" por parte de los hospitales donde realizan su formación.

"Es un manoseo continuo, obviamente que alguien que está 36 hs dentro de un mismo lugar, debería comer bien, dormir en un lugar como la gente...Una compañera y yo somos vegetarianas, y el menú es carne, pollo y pescado y arroz. Parece una pavada, pero alguien que tiene que estar todo el día metido ahí dentro, mínimamente quisiera comer bien"
(Mujer, Obstetricia, RS IX)

Residente 1: *Yo me acuesto a dormir y mi habitación da al pasillo central donde pasa libremente todo el mundo. Yo tengo que dormir con llave porque me da miedo. Me he ido a dormir a otros lados porque ahí pasan cosas.*

Residente 2: *Yo estoy al lado de la morgue. Cuando llevan un muerto podrido huelo toda la noche el olor. En contacto con la morgue" (Residente 1: Mujer, Pediatría, RS III; Residente 2: Varón, Clínica quirúrgica, RS III)*

"Nosotros en pediatría hemos cambiado cortinas, después de todo es nuestro lugar, hemos cambiado colchones, todo."
(Varón, Neonatología, RS I)

Las estructuras hospitalarias en mal estado, también se suman a aquellas "antiguas". Algunos hospitales fueron diseñados para atender una población más reducida. El aumento poblacional en algunas localidades, genera una mayor demanda del hospital, que no cuenta con la estructura necesaria para responderla.

"A nivel estructural, por ejemplo, nosotros en el Evita, es un hospital que es de la década del '50, que fue creado en un momento en donde esa parte era todo campo, ¿sí? Hoy en día está todo poblado, y el edificio es el mismo, se le cambian las paredes con durlock, pero es lo mismo. Nosotros por ejemplo tenemos la terapia intensiva del Hospital Evita tiene 8 camas, cualquier clínica... para una población que no es la misma de hace 60 años atrás. Entonces tampoco da, habría que aumentar la cantidad de camas, aumentar todo. [La estructura] es arcaica, por ejemplo, ahora hicieron toda la parte de maternidad nuevo, pero el resto del hospital sigue siendo de hace 60 años atrás. No hay espacio físico."
(Varón, Urología, RS VI)

Cabe señalar también que los residentes cuestionan la falta de personal en los hospitales. Es decir, los "déficit" estructurales no solo se evidencian en los espacios físicos y materiales, sino también en el personal con el que se cuenta en los servicios y hospitales. Incluso, algunos relatos, ubican este problema como central. La falta de médicos de planta y de la línea completa de residentes aumenta la carga de trabajo. Esto genera un escenario en donde las renunciaciones también crecen. La consecuencia es entonces la necesidad urgente de profesionales en algunos servicios.

"Pero sí, el déficit principal y que es lo central para mí, es presupuestario en el sistema de salud. Porque no hay cargos para médicos., no hay cargos para instructores, no hay cargos para médicos de traslado, a nosotros nos suben a todas las ambulancias, no tenemos un seguro médico. Nada me habilita a mí a ir ahí". (Varón, Clínica quirúrgica, RS IV)

*"Hace un mes que hay una crisis en el servicio y quieren renunciar los médicos por sobrecarga de trabajo. Porque tiene que cubrir todas las guardias. Porque está lleno por la época del año y ahora tienen que trabajar el doble y el sueldo es el mismo para los médicos. Ahora no hay más residentes."
(Varón, Terapia Intensiva Adultos, RS III)*

El escenario de crisis estructural que describen los residentes en los grupos focales recae, inevitablemente, en la calidad de la atención del sistema de salud de la provincia. Los residentes, en sus testimonios, relatan situaciones dramáticas de algunos pacientes que deben padecer largas horas para que los atiendan, en malas condiciones y sin insumos. Las condiciones estructurales, las "ligan" los pacientes; a los residentes, por su parte, los carga de un "componente sentimental".

*"Y ves a tus compañeras que están igual de arruinadas, entonces se genera todo un malestar de "...yo no dormí, vos tampoco, hoy hay 10 partos mañana 11..." y ¿quién la liga? el pobre paciente que encima se encuentra con un sistema de salud hecho mierda (...) La otra vez hice cuatro cesáreas al hilo. Una fue crítica, una chica de Varela con el útero roto y el bebe muerto suelto en el abdomen. O sea, el nivel de gravedad que manejan en el Conurbano... y no vino derivada, vino en un micro, porque la tuvieron 40 horas en un pasillo con trabajo de parto y nunca la atendieron y la paciente tenía dos cesáreas previas. Después la tuvieron que histerectomizar y sin el hijo. Son todas cosas graves que te cargan de un componente sentimental"
(Mujer, Tocoginecología, RS XI)*

"Residente: En municipio también pasó que también hubo problemas con los patólogos, y no se hicieron PAPS por unos meses. Después hubo un momento también que no había espéculos. Entrevistadora: ¿Y qué hacés? ¿Los compraba el paciente?

Residente: Algunos pacientes, hay pacientes que no comen, o sea, a mí me da vergüenza pedirle que se traiga un espéculo. Para decirle "mira si te pica, vení con el espejo porque si no, no te puedo atender"" (Mujer, Medicina General, RS VIII)

*"El lunes pasado estuve de guardia y trajeron a un paciente con una hemorragia subaracnoidea. Estuvieron los residentes de Clínica media hora cada uno porque estaban al lado de otro paciente que estaba intubado y no había más tubos donde poner, en un lugar donde no hay nada, donde generalmente va la gente por algún corte o algo, entonces es como que te sobrepasa. Y me ha pasado de estar en primer año terminando de hacer un ingreso, no tenía más cama y viene una paciente con una gasita que se la acababa de sacar porque venía de otro hospital, porque no la atendían "¿y que te hace pensar que acá te vamos a atender más rápido?". Obviamente que me la quería comer cruda. Después terminé teniendo una relación más que buena con la paciente, la terminé internando, se terminó operando porque tenía una lesión en el colon. Esa misma noche vino otro chico que venía de Varela, también con la gasita que se acababa de sacar el suero porque le dijeron que vaya a Gonnet, porque acá lo iban a atender. Y le digo "no tengo camas". No sé qué hacer y lo tengo que internar, porque tiene una apendicitis. Entonces uno por ahí se agarra con el paciente o el paciente se agarra con el médico y es una serie de factores, una serie de cosas... en donde no tiene la culpa el paciente".
(Mujer, Clínica quirúrgica, RS XI)*

**Tareas extra:
IRAB, camiones sanitarios e inundaciones en Luján**

En los grupos focales surgió reclamo por las tareas extra a sus actividades asistenciales y académicas que los residentes deben hacer en el marco de los programas especiales que organiza la provincia. Las referencias fueron al Programa Prevención y Tratamiento de las Infecciones Agudas Respiratorias Bajas, a los operativos que se instalan en la temporada de verano en la provincia y a las inundaciones en Luján. En todos los casos se denuncia que el ministerio provincial debe disponer de personal específico para estas tareas pero que, en su lugar, se utiliza al residente para cubrir esos dispositivos. Por otro lado, surge la cuestión referida a la falta de insumos y las malas condiciones en que se deben realizar dichas actividades.

*"IRAB es lo que ponen ahora en el invierno, que es un refuerzo por las Infecciones Agudas Respiratorias Bajas, haciendo un refuerzo que debería venir gente de afuera, porque es un refuerzo y bueno quién lo hace: el que está de guardia. Entonces vos te tenés que hacer cargo de IRAB, de la guardia, del piso... (...) el IRAB es como un consultorio, pero está desde las 12 del mediodía hasta las 8 de la noche. Entonces vos te tenés que hacer cargo de toda tu guardia, del IRAB, de la gente de consultorio porque hay tanta demanda que tienen 20 turnos por consultorio y exceden, entonces se van a la guardia. De la guardia, del piso y de la demanda. Nosotros hacemos todos todo. Piso y demanda con médico de guardia."
(Mujer, Pediatría, RS III)*

"Cuando yo estaba en 3er año, dos veranos atrás, fue "cubrir" los camioncitos que hubo y el UPA [Unidad de Pronta Atención] de Mogotes que se abrió ese verano. Iba a cubrirlo como pediatra, 12 hs por día, durante una semana o 15 días. Pero teníamos que cubrir desde el 20 de diciembre a marzo, no me acuerdo que fecha... Toda la temporada de verano. (...) Tuvimos que ir porque nos amenazaron con que no nos iban a firmar ni las vacaciones ni nos iban a dar las rotaciones afuera, ni nada.

Entrevista: *¿Esta amenaza fue por parte de la gente de Docencia o del Director del Hospital...?*

Del director, pero mandaba de interlocutor al de Docencia...

Entonces vos tenías que ir a cubrir eso, más cubrir las guardias del hospital de 24hs, más las guardias que hacemos abajo que cubrimos de lunes a viernes.

Entrevistadora: *No te sacaban nada...*

No, no te sacaban nada, se sumaba... Porque aparte para poder cubrir todo no éramos tantos, porque si bien arrancamos como 16 o 17, el primer mes se fue uno, a mitad de año se fue otro, terminando primero se fue otra, en segundo se fue otro, así que terminamos, de todo el grupo, 2 este año que terminaron pediatría y yo que sigo en Neo.

Entrevistadora: *¿Renunciaron? Renunciaron?*

(Mujer, Neonatología, RS VIII)

"Hay algo que yo no entiendo de la distribución de recursos. Yo el año pasado hice el Operativo Sol, fui la única médica para toda la ruta 2, en la propaganda pasaban que tenía ambulancia y todo equipado, y en realidad estaba yo y el enfermero.

Encima que las ambulancias en el hospital no estaban porque supuestamente estaban en el Operativo Sol."

(Mujer, Emergentología, Región XII)

*"El año pasado también pasó con las inundaciones, que fueron a Lujan. Mandaron a las residencias, nosotros no fuimos. Mi Jefa dijo rotundamente que no, porque no es función del residente, porque no está formado para eso y es una situación de catástrofe, que tampoco está organizada. Llegabas ahí y no había nada, no tenías oxígeno, te caía una neumonía, no tenías nada. Nos quejamos, no había ninguna solución, llovía, no había luz en el carromato, no había agua caliente. Estaba con una residente embarazada de siete meses, con riesgo de pérdida de embarazo. La ART no está informada, entonces decidimos frente a las autoridades del Hospital, está bien que dispongan de los residentes, pero no de esta manera."
(Mujer, Medicina General, RS VII)*

Ser médico en la sociedad actual

De acuerdo a lo planteado por un estudio sobre residencias (Stolovas, Tomasina, Pucci, Frantchez y Pintos, 2009), los servicios de salud, siguiendo una categoría aportada por Giddens, pueden ser considerados como "sistemas expertos". Se trata de una forma de organización que se caracteriza por la acumulación de conocimiento técnico que se pone en juego en individuos que no conocen ni dominan los principios técnicos de su funcionamiento. Así, en los sistemas expertos, permanentemente se ponen en relación los saberes del mundo profesional técnico, y los conocimientos cotidianos, compartidos por los pacientes y familiares. La relación entre estos tipos de conocimiento, se canaliza en vínculos de confianza, necesarios para mediar en la interacción de esos dos mundos. En

los servicios de salud, por lo tanto, la confianza debe ser vista como una construcción social compleja.

Cuando el sistema técnico tiene dificultades para construir dicha relación, se producen tensiones y conflictos. Por un lado, las tensiones surgen ante la exposición social que se produce por el hecho de ser médicos del hospital, y en ocasiones, sin respaldo de sus superiores. Esto ocurre en hospitales de localidades chicas, en donde "todos nos conocemos" y en donde la queja de un paciente se disemina rápidamente entre la comunidad. Las redes sociales generan un espacio nuevo para que esta exposición se magnifique. Asimismo, el hecho de tener que firmar y exponer el propio sello profesional también genera entre los residentes el temor a la exposición y la iniciación de juicios hacia sus personas.

*"En 10 o 5 años puede venir alguien a hacerme un juicio por algo que yo firmé, aunque yo no esté más en la residencia. Y me puede caer, no me cubren en la residencia. Imaginate dentro de 5 años si me pasa eso, yo creo que nos falta mucho el cuidado de la residencia, del respeto, del acompañamiento, hay muchas patas".
(Mujer, Medicina general, RS VIII)*

Por otro lado, en ocasiones, ellas pueden derivar en diferentes formas de violencia de los pacientes y familiares contra el sistema. Así, los residentes observan que el hecho de que los pacientes se ven afectados por la crisis estructural del sistema de salud, produce relaciones de desconfianza con los pacientes, que se sienten "hartos" de la espera, el maltrato, la falta de atención.

*"Si el paciente se siente mal y hace seis horas que está esperando que alguien lo atienda, cuando te ve, te quiere matar. Y bueno, por ahí vemos eso también, la falta de gente, de cargos, de insumos y todas las cosas que faltan".
(Varón, Clínica médica, RS XI)*

Los residentes mencionan el hecho de que la población con la que trabajan, proviene de sectores desfavorecidos, en donde la suma de vulnerabilidades aumenta la tensión en la relación médico-paciente. En los grupos focales se relatan episodios de violencia perpetuada por los mismos pacientes hacia ellos o al personal del hospital, así como el profundo temor que estas situaciones les generan. Asimismo, es necesario señalar que existe una desconexión entre la formación de los médicos y la problemática social actual. Tampoco la socialización en la profesión ha podido aun adecuarse al nuevo contexto social que se presenta.

*"A mí me encerraron en una casa y no me dejaban ir. Cerró la puerta con la llave y no nos dejaba ir. Estaba yo con un enfermero y es una paciente psiquiátrica que tenemos la obligación de atenderla porque la justicia no hace nada y yo me quedé encerrada media hora cruzada de brazos llamando a la policía y discutiendo con ella para que nos abriera la puerta. Yo desde ese día dije no voy nunca más, se puede morir que se muera. Me tuve que cuidar yo porque a mí no me cuidaba nadie. Y la mina sigue molestando, insultando."
(Mujer, Medicina general, RS III)*

*"Yo sé que esto va más allá de la parte social de las herramientas que uno tenga para responder en situaciones, pero bueno no tengo porque comerme una piña"
(Varón, Neonatología, RS I)*

La "situación social" es referida en los grupos focales como una fuente de tensión, que se suma a las anteriores. Los residentes tienen que adaptarse a problemáticas sociales muy complejas, que producen un agotamiento emocional muy grande. La violencia doméstica, el abuso a menores, la falta de recursos materiales y habitacionales, la escasa educación y la mala alimentación son parte de las problemáticas señaladas por los residentes.

*"Lo que sí nos agota a nosotros, nos agota hasta el cansancio, es quizá nosotros al trabajar en el primer nivel de atención vemos más, las cosas que no se hablan viste, como el tema de por ejemplo la violencia de género, la violencia social que existe, bueno esas cuestiones que uno ve que ahí como trabajador prácticamente hace nada porque son cosas que están prácticamente encima de uno y lo superan".
(Varón, Medicina general, RS VI)*

Algunos relatos puntuales, condensan este aspecto de las tensiones surgidas en las residencias, como lo refieren los próximos dos testimonios. Allí se observan la carga violenta con la cual lidian los residentes en las guardias y en la atención de sus pacientes.

"En White, donde hice medicina familiar, vino una nena de trece años a la guardia de White. Había una médica que estaba terminando su residencia, que era su última guardia, y otra que recién comenzaba que la acompañaba. Vino una nena de trece años por una cefalea importante y la trataron como que se había falopeado... Cuando ven que el dolor no calma, la derivan enseguida, pero la chica muere. Muere por una aneurisma cerebral que es muy raro en adolescentes: se revienta un vaso, sangra en la cabeza y se muere. ¿A quién fueron a echarle la culpa? Al médico residente y a los dos médicos que estuvieron. (...) A la médica la perseguían, la querían matar, nos tuvimos que esconder dentro de residencias. (...) La vinieron a buscar... La piba se topó la cara acá del padre de la nena, a ese nivel de agresividad, de decir esto viene en serio no es joda". (Varón, Neonatología, RS I)

"Guardia de domingo, residente de primer año, viene un loco drogado con un nene de 15 años, el tipo había estado jugando a la ruleta rusa con el nene y le había pegado un tiro en la cabeza, encima el padre me dice "te quemó". Me salvé yo porque lo llevé a Terapia todavía con signos vitales, el pibe con la lata de Poxiran. Es la falta de educación, la gente no sabe". (Mujer, Emergentología, RS XII)

Todas estas cuestiones tienen una carga emocional muy grande para los residentes. Como plantea Bonet (2004), una de las tensiones que se produce entre los médicos al interior de las residencias es el hecho de producir un ajuste entre la formación adqui-

rida, la medicina del libro, y la práctica médica en concreto. De acuerdo al autor, se trata de una tensión "estructurante" de la formación de los médicos, pues los sujetos quedan colocados en una posición dividida entre lo que deben hacer para "saber" y lo que "sienten" al hacer. "Saber" y "sentir", resulta en una tensión permanente a lo largo de la formación. Si a lo que deben hacer se les suma la exigencia de atender más pacientes que los esperados y cubrir más horas que las pautadas, la tensión se vuelve más evidente, como lo relata la residente a continuación.

"La verdad es que yo hice 45 partos en un mes, y me acuerdo de controlar trabajos de parto y dormirme en la panza y despertar o estar bostezando haciendo alumbramientos. Y también uno se violenta, se pone fastidioso con los colegas y con la gente, yo decía "... pero si yo quiero hacer esto por la gente...", te lleva a una transformación de vos misma también, decía "...yo no soy esta..." (Mujer, Medicina General, RS VII)

En los grupos focales, los residentes se movían en sus discursos entre la euforia que produce la tarea asistencial, que en ocasiones se realiza sin acompañamiento y en soledad, y la angustia que genera la inseguridad frente al conocimiento adquirido. En palabras de un residente de Terapia Intensiva, en la experiencia frente a pacientes por momentos pueden sentirse "Superman". Sin embargo, también se reconocen como médicos "vírgenes de conocimiento". Comprenden que la formación de grado es insuficiente para el desarrollo como médicos, y es ese registro de la falta de conocimientos que les generan, e intensifican, los momentos de tensión.

"Vos pensás que tenés cierta superioridad, cuando pasás a tener un cierto tiempo en la terapia intensiva te crees Superman porque podés bancar cosas que otras personas no pueden bancar. Podés mantener viva a una persona haciéndole mil cosas y que realmente pensás que sos Superman. Hasta que llega un momento que te cae la ficha y te das cuenta de que tenés que subir un par de peldaños más, para darte cuenta de que no podés trabajar aisladamente, y que requerís de apoyo de otros."

(Varón, Terapia Intensiva Adultos, RS XI)

"Esas cosas de querer aprender y el ir mejorando todos los días creo que es lo que te hace que sigas y que vayas para adelante y lo lindo, porque aparte estás como virgen de conocimientos y tenés que ir metiendo todo lo que puedas en la residencia (...) Lo cierto es que muchas veces en cuanto a lo académico o no sabés bien qué hacer, pero a veces la gente no se fija en cuantas dosis le pasaste sino el hecho que hayas estado, porque cuando recién empezás estas ahí, no sabés ni para donde salir".

(Mujer, Clínica Pediátrica, RS I)

No obstante, la inseguridad ante la percepción de que el propio conocimiento es insuficiente, como plantea la cita recién referida, a veces se compensa con el compromiso que los residentes despliegan respecto de sus pacientes. Pero eso también genera una entrega emocional fuerte, que en ocasiones produce un padecimiento. La muerte de un paciente, el dolor de sus familias, su necesidad de contención, requieren de los residentes una entrega, que a veces

interfiere con su mismo proceso de formación, que de ellos exige que se posición desde el saber, y no desde el sentir. Sin embargo, son también las vivencias emocionales, el cara a cara con los pacientes lo que compensa la enorme exigencia. Es lo que "los llena".

"Lo único que me deja de placentero es decir "bueno, se va un chiquito de alta de mi servicio, se va bien" Y viene el padre te da un abrazo porque el nene se mejoró, viene el chiquito y también te da un abrazo. Me han regalado tortas, galletitas, todo lo que se te pueda ocurrir, por eso también engordé como quince kilos más o menos. Es lo positivo que puedo tener de la residencia, que en ese sentido me llena".

(Varón, Pediatría, RS XI)

5.4. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

Identificamos tres fuentes principales de tensión en las residencias, que pueden agruparse en diferentes esferas: en primer lugar, aquella vinculada a la relación individual de cada médico/a con la experiencia formativa, que está marcada por el cansancio físico y el estrés; en segundo lugar, la vinculada al ambiente organizacional en el que se desarrollan las residencias, en donde cobran relevancia los castigos y malos tratos como disciplinadores de los médicos jóvenes en las instituciones hospitalarias; finalmente, las que devienen de las condiciones estructurales del sistema de salud de la PBA.

La primera tensión que identificamos refiere al cansancio físico y el estrés como aspectos nodales de la experiencia de ser residente. Las causas de ello se encuentran en el exceso de tareas asistenciales y las múltiples exigencias por parte de los servicios, sobre todo en el primer año, y a la inseguridad que provoca el hecho de tener que enfrentar prácticas para las cuales sienten que no están preparados profesionalmente sin el apoyo de médicos formados. La falta de acompañamiento es un factor de estrés muy frecuente.

La segunda tensión se fundamenta en la generalización de los maltratos, abusos y castigos por parte de los superiores como mecanismos de disciplinamiento que promueve la socialización en las instituciones hospitalarias, ya que en el discurso hegemónico parecen ser pilares sobre los cuales reside el "hacerse médico". Aparecen los retos y correctivos verbales en público, pero también la implementación de guardias castigo frente a una equivocación o la prohibición de operar. Aparece en los residentes la referencia a que en la residencia hay que "sobrevivir".

En relación con la tercera tensión, referida a las condiciones estructurales del sistema de salud de la PBA, se vislumbra como fuente de conflicto: la falta de equipamiento e insumos, el deterioro edilicio y la escasez de camas, las malas condiciones de habitabilidad para los residentes en los edificios, y un tema central que hace a la experiencia en la residencia, que es la falta de profesionales en los hospitales.

Finalmente, aparece la idea de que otro foco de tensión lo constituye la población que va a atenderse a los servicios. La percepción del médico, como una autoridad indiscutida y portador de un saber incuestionable, se ha ido modificando socialmente, y, en un da lugar a situaciones de violencia (maltratos verbales y físicos) de la población hacia los residentes, que son quienes en general reciben las peores consecuencias. Existe entonces un desajuste entre la imagen que ellos desarrollaron sobre la profesión médica y su rol social a lo largo de su formación y la pérdida de la sacralidad del saber médico presente socialmente, que se pone en evidencia cuando se enfrentan a la población que va a atenderse a los servicios.

6

Capítulo Seis

ESTILOS DE VIDA: CONCILIACIÓN ENTRE LA ESFERA PERSONAL Y PROFESIONAL

6.1. La compatibilización entre la formación, las exigencias institucionales y la vida doméstica y familiar

Como hemos mostrado en el Capítulo 2, las características de los residentes no siempre son compatibles con las exigencias que supone el dispositivo, principalmente en relación a la dedicación horaria que exige. Si en los anteriores capítulos mencionábamos que dichas exigencias se asocian al agotamiento físico y al estrés de los médicos en formación, esta condición se intensifica cuando se trata de jóvenes médicos que ya son padres o madres, y/o cuando han conformado una familia propia. En este capítulo, nos concentraremos en estas tensiones en particular, mostrando los desafíos que supone la compatibilización entre la formación, las exigencias institucionales y la vida doméstica y familiar, tanto en varones como en mujeres.

Particularmente para el caso de las mujeres, por supuesto estas tensiones no son propias del campo de la salud, sino que suponen un desafío general en el mercado de trabajo, principalmente de la mano del ingreso de la mujer al mismo, y su creciente ocupación en empleos que históricamente han sido considerados para varones. De algún modo, las últimas décadas se ha producido el

fenómeno de una "revolución estancada" en términos de género (Wainerman, 2005): las mujeres han conquistado nuevos puestos de trabajo, pero dicho cambio se experimenta en el marco de una cultura que no ha renovado sus nociones patriarcales respecto de quiénes son los responsables de las tareas del hogar. Equilibrar trabajo y familia se presenta para las mujeres (aun pudiendo éstas contar con recursos para subcontratar estos servicios) como una difícil tarea de conciliación.

Estos aspectos de género, no solo se vislumbran en las exigencias cruzadas entre las responsabilidades laborales y familiares, sino que también se observan también al interior de las organizaciones hospitalarias. Se ha planteado que el género se encuentra siempre contenido en todos los aspectos de la vida organizacional. Por un lado, en aquellos más materiales y evidentes (el modo en que se plantean los organigramas, las reglamentaciones, contrataciones, directivas, en la disposición de los espacios físicos, en el acceso y uso de determinados recursos -insumos, tecnologías-). Pero también en aspectos simbólicos, icónicos e imaginarios de la vida

institucional, que producen diferentes modos de relacionarse entre los géneros y de percibir el propio rol de género en el marco de ese espacio organizacional (Acker, 1990). Elementos de estas relaciones al interior de la organización hospitalaria han sido discutidos también en el marco de los grupos focales.

La maternidad, la paternidad y el propio proyecto familiar

En general, a lo largo de la realización de los grupos focales, los residentes expresaron acuerdos en que el dispositivo de las residencias es incompatible con las exigencias que supone el proyecto de la familia. Las largas horas de tarea asistencial, las guardias, las exigencias académicas, como también el agotamiento tanto físico como mental, se vuelven contraproducentes para cumplir con el rol de madre o padre. En el caso de las mujeres, ello se menciona con angustia, pues se vivencia esta difícil conciliación desde una percepción de pérdida. El hecho de "perderse" el crecimiento de los hijos, sus actividades, los actos escolares, sus cumpleaños, es o que se coloca en primer lugar.

"Yo quiero estar más tiempo con mi nene, quiero participar de las reuniones escolares, los actos, todo, y por ahí por el horario y las exigencias de las residencias eso se complica bastante. Lo mismo que el fin de semana que tenés que estar preparando clases y demás, y no podés hacer como en otros trabajos que decís "bueno, trabajo de lunes a viernes y el fin de semana es mío""
(Mujer, Anatomía patológica, RS XI)

"Se complica cuando tenés chicos, tengo dos hijas, la más chiquita tiene dos años y medio, y reclama mucho, pero bueno nada, hay que aguantar (...) Es muy difícil sobre todo porque por ahí no dormiste en toda la noche, y llegas a tu casa y no te podés dormir, y seguís y seguís y al otro día quizá tenés guardia de nuevo y seguís... (Llora)"
(Mujer, Tocoginecología, RS VI)

En el caso de los residentes varones, estas pérdidas también se mencionan, pero entre ellos lo que sobresale es su dificultad para cumplir con las exigencias que plantea la formación. La imposibilidad de estudiar en sus casas, cuando los esperan sus responsabilidades familiares, se vivencia como un obstáculo que atenta contra la posibilidad de aprovechar al máximo la experiencia formativa.

"A veces la familia te exige, y es muy difícil atender dos cosas bien, o atiendes una o la otra, y por eso a veces me veo en desventaja con mis compañeros, solteros un poco más jóvenes. Ejemplo: si leemos un capítulo básico de diez hojas, para poder leerlo yo tengo que utilizar más tiempo o utilizar otra estrategia, utilizar el baño, esperar que se duerman mis hijos (...) salgo temprano voy pensando en lo que tengo que hacer, tengo que estudiar, la meta es esa. Pero llego a la casa y algún factor lo modifica. Lo que iba a ser de 6 a 8, tengo que hacerlo de 10 a 1, y tengo menos horas para dormir y tengo que levantarme temprano a cumplir (...) Y si, influye mucho la familia"
(Varón, Pediatría, RS VII)

"Yo tengo familia, tengo una nena 8 meses. Entonces esa calidad de aprendizaje la perdés, porque no podés llegar a tu casa agarrar un libro y ponerte a leer, porque te caes arriba del libro. O lo tenés que hacer en un consultorio una guardia o lo que sea. Entonces, la formación ya de por sí es incompleta por el hecho de que somos todos asistencialistas acá, atendemos, atendemos, atendemos" (Varón, Ortopedia y traumatología, RS VI)

El hecho de contar con una familia propia, influncia también las decisiones respecto de la elección de la residencia, como puede verse en el capítulo 3, tanto en relación a la especialidad, como al lugar en donde realizarla. De algún modo, la familia se vuelve una prioridad en la toma de decisiones profesionales.

"Obviamente cuando uno tiene un hijo pesan muchas otras cosas, mi prioridad ya no es uno" (Mujer, Medicina General, RS II)

Sin embargo, entre las residentes mujeres, se comparte la idea de que para ellas, la situación de ser madre es más difícil que para los varones. La conciliación se vuelve un desafío más exigente, porque el mismo dispositivo está planteado para trabajadores "libres", sin exigencias más allá de la formación. Como veremos, las dificultades se vivencian al interior de las residencias. La maternidad de una residente, se vuelve un problema de organización del equipo de trabajo, que genera tensiones en las relaciones interpersonales. Pero también, las dificultades se vivencian al interior de las

familias, cuando las madres pasan muchas horas fuera de sus hogares.

"Yo creo que no solamente para la mujer es más difícil ser residente, sino que para la familia es mucho más difícil que la mamá sea residente en relación a que el papá sea residente. Y después en cuanto a cómo es tomado dentro del servicio, hay servicios que son machistas, hay especialidades que son machistas y otras que no. A mí particularmente en mi servicio puedo encontrar uno o dos casos de médicos de planta o de jefes que tienen esa personalidad, pero sucedería lo mismo en una oficina o en un taller, o en cualquier otro lado" (Mujer, Emergentología, RS XI)

"(Cuando quedé embarazada) Me miraron mal, me trataron mal, me cambiaron, me hicieron ir más. Fue peor, yo creo que fue peor al ser mujer... A las mujeres las tratan peor. Por ejemplo, mi compañero superior, durante todo primer año faltaba, se enfermaba y nunca le decían nada. Creo que yo, por ser mujer, fue terrible, sí, fue terrible" (Mujer, Anestesiología, RS VIII)

A pesar de que algunas residentes relatan una buena experiencia de respeto y acompañamiento ante el hecho de embarazarse, también abundan los relatos de malos tratos como consecuencia de esa decisión. En muchos servicios no se celebra el embarazo de las residentes; y eso a veces ocasiona una sanción encubierta: mayores tareas, prohibición de realización de algunas rotaciones, enojos, etc. Así lo relatan algunos testimonios.

"Nosotros tenemos una compañera que vino del Hospital de San Nicolás, pero para lograr el pase, tuvo que recurrir a un amparo judicial. Ella sufrió maltratos durante su primer año. Ella queda embarazada, ingresa en junio y queda embarazada en Diciembre de su primer año, y sufrió maltratos. Tuvo amenaza de parto prematuro. Tenía que seguir de guardia, sufrió varios maltratos. Entonces a partir de eso, ella empezó a hacer un amparo y recién ahí le dieron su pase, no querían dárselo de ninguna manera. La pareja de ella estaba en cuarto año y a raíz de esto, lo echaron a él del servicio, a un mes de terminar su residencia" (Mujer, Pediatría, RS V)

"[Por embarazarme] esa rotación la perdí. Por el cronograma que tiene tercer año, esos tres meses que yo estaba de licencia por maternidad, tendría que haber estado en el Hospital. Lo que hicieron fue cambiar, para que el Hospital no se quede sin residente. Cambiaron, pusieron un residente en mi lugar esos tres meses, y yo me quedé sin mi rotación electiva. (...) yo esos tres meses quería hacer Infectología en el Gutiérrez, que para a mí me encanta, era importante, pero no. A los tres meses volví y después hice sala todo tercer año. (...) En realidad empecé a hacer (terapia), y renuncié porque tener un bebe de 3 meses y entrar a terapia... ¡lloraba todos los días! Todos eran como mi hijo de chiquititos. Y renuncié ahí, y me dijeron "bueno, te sacamos de terapia pero damos de baja tu electiva"... (...) Es como una manipulación, pero también, como yo estaba re sensible de volver de mi embarazo, dicen "bueno, igual tenés que pensar en el bien del Hospital". Entonces, sí, yo pienso en el bien del Hospital pero sé que me voy a tener que seguir formando porque ahí hay un montón de cosas, que por el bien del Hospital, no me estoy formando yo como residente" (Mujer, Pediatría, RS V)

El desaliento a la maternidad

Varios de los testimonios coinciden en señalar que en los servicios se desalienta la maternidad. De modo más o menos explícito, a las residentes mujeres se les hace saber que la decisión no es aconsejable para ese período de formación.

"Residente: Yo he escuchado a mi jefa obligar a una médica de planta a ir a determinadas jornadas y demás porque si no iba a tener el currículum de Maru Botana.

Entrevistadora: ¿Que significa tener el currículum de Maru Botana?

Residente: Supongo que debe haber querido decir criar hijos y ser una mamá. Se lo dijo así literal. Y haberle dicho a otra compañera que tantos meses de licencia por maternidad era una estafa al estado... ¡Y ella es mujer! Entonces para las mujeres es difícil. Es difícil por el rol que tiene la mujer en la maternidad" (Mujer, Anatomía patológica, RS XI)

"Residente 1: A mí, mis compañeras me hicieron hacer un test de embarazo, pensaban que estaba embarazada y no lo quería decir.

Entrevistadora: ¿En qué contexto fue eso? ¿cuando entrabas?

Residente 1: No, ya estaba. Pero bien tomado no es.

Residente 2: Lo pasas tan mal que ni siquiera a tus mismos compañeros de año les hace tanta gracia que quedes embarazada, porque sabes todo lo que se te viene para vos sola (Residente 1: Mujer, Tocoginecología; Residente 2: Mujer, Obstetricia; RS IX)

"Entrevistadora: ¿Les han dicho alguna vez que no queden embarazadas?"

Residente 1: ¡Si! Incluso, yo tengo dos casos de dos compañeras que quedaron embarazadas, tuvieron un embarazo complicado. Y después se la hacen pagar, de alguna u otra forma, no por ahí con guardia, pero con cosas cotidianas (...) se lo hacen pagar de alguna u otra forma, o sacando de alguna rotación. O diciendo también "entran para quedar embarazada y no trabajar", eso pasa. Lo he escuchado

Residente 2: (El embarazo) se penaliza muchas veces en cirugía, ginecología, ese tipo de cosas, es un límite

*Residente 3: No podés entrar al quirófano embarazada"
(Residente 1: Varón, Pediatría; Residente 2:
Varón, Psiquiatría; Residente 3: Mujer, Tocoginecología; RS VI)*

En el último testimonio puede apreciarse como la impugnación al embarazo no deviene únicamente de los superiores, sino también de los propios compañeros y compañeras. La sobrecarga de trabajo asistencial de los primeros años, que en muchos casos se suma a la falta de profesionales médicos de planta y de la línea completa de residentes, ocasiona que el pedido de licencias por maternidad se vuelva un problema de organización en los servicios. Por los tanto, algunos residentes expresan el malestar que se produce cuando una compañera queda embarazada, porque ello recarga el trabajo del resto del equipo. Este mensaje es interiorizado como una "autodisciplina" por parte de muchas de las residentes, que expresan que no quedarían embarazadas en los primeros años, porque "no se puede".

"Residente 1: Yo a las residentes de primer año les digo que no se embaracen, como me lo han dicho también. Si en primer año una se embaraza es una guacha. Es muy difícil.

Residente 2: Se dice un poco en joda pero uno sabe que es verdad.

Residente 1: Tengo una compañera, mi compañera de primer año, que a los dos meses quedó embarazada. "Flaca si te vas a embarazar a los dos meses, no hagas la residencia". Porque hay un reglamento que dice que a partir del 7 mes hasta el año del chico no hacés más guardias (...) Cuando entra una residente tiene que plantearse ciertas cosas porque vos estás entrando a un lugar para formarte, y sabés que es un lugar que es riguroso. Si vos te querés embarazar no es bueno una residencia, en el primer año. (Residente 1: Mujer, Pediatría, RS III; Residente 2: Varón, Clínica quirúrgica, RS IV)

*"Yo sé que en segundo año es imposible tener un hijo. Es imposible porque no dormís, y vos decís "no voy a poder descansar, tampoco puedo sobrecargar a mi compañero, y no puedo dejar de hacer guardias". Y así, vas relegando, vas relegando un montón. En tercer año, sí puedes, pero también sos mal vista, porque te vas después del mediodía en horario de lactancia... (...) Pero tenés que hacerlo porque si no se te pasan los años y tenés que ser madre en algún momento, y es difícil"
(Mujer, Pediatría, RS XI)*

Si algunas residentes interiorizan la norma implícita de no ser madres en los primeros años, otras relatan un cuestionamiento manifiesto a esta regla impuesta. En el caso de una residente, como puede verse en su testimonio, a la pregunta de si está pensando en embarazarse, la responde con un comentario sarcástico. Cabe señalar, como también puede verse en los comentarios a continuación, que no en todos los servicios la maternidad es desalentada. Esto sucede particularmente en el marco de la especialidad de medicina general, en donde las residentes manifiestan apoyos y respeto ante la decisión de tener hijos, fundamentado incluso en coherencia a los principios que orientan los objetivos de dicha especialidad. Allí se fomenta la lactancia y el vínculo madre-hijo, por lo tanto, a las residentes madres se les respetan todos sus derechos en relación a la crianza.

"En nuestra Residencia, el año pasado, hubo como una "epidemia de embarazos". Porque se embarazó nuestra actual Jefa, que era Residente de 3er año, y una Residente de 2do. Y se planteó la licencia y un horario de lactancia. Durante un año tuvieron un horario reducido porque nuestro Jefe decía: "Yo no puedo pretender que ustedes le enseñen a las mujeres que amamenten a sus hijos, si ustedes no pueden amamentar a sus propios hijos". Y siempre se tuvo muy en cuenta eso, y desde la Residencia con los compañeros, hay cosas que no se discuten: si el bebé tiene fiebre, quedate vos en tu casa, se organiza el consultorio y nos vamos cubriendo"
(Mujer, Medicina General, RS VIII)

"Yo me acuerdo cuando hice la entrevista en un hospital, estaban todos hombres para traumatología y, hablando, preguntaron de la vida personal. Me preguntan "¿vos querés tener hijos?" O sea: si le decías que no, estabas mintiendo. Si le decías que sí, te ibas. Entonces los miro a todos, yo sería, y les digo: "no porque soy estéril". Se pusieron incómodos y me hablaron de otra cosa" (Mujer, Medicina general, RS I)

"(Mi hijo) va conmigo a todos lados. De hecho en los congresos de medicina general es raro que no haya un set de muchachitos corriendo por todos lados. Porque, a ver, tiene que ver con la concepción filosófica hasta de vida que tenemos, hasta en ese punto uno marca diferencias"
(Mujer, Medicina general, RS XI)

6.2. LA TENSIÓN POR EL NIVEL SALARIAL

En el capítulo 2 mostramos como el estipendio percibido en el marco de las residencias, en muchos casos, no constituye el único ingreso. Hicimos mención a que el complemento deviene por la necesidad de contar con mayores recursos para solventar los gastos de la familia. Incluso se mostró que de aquellos residentes que complementan sus ingresos con otros recursos, la mayoría reside con sus propias familias, independientes de sus familias de origen.

El monto percibido como estipendio es cuestionado principalmente en relación a su incompatibilidad con el proyecto familiar. Si bien no se trata de una remuneración salarial, lo cierto que en el marco de las residencias no es posible emplearse en otro trabajo, pero al mismo tiempo, el dispositivo se desarrolla en la etapa en que los y las jóvenes profesionales conforman su propia familia. De este modo, los testimonios reflejan esta contradicción.

"En primer año es un sueldo, en segundo, se aumenta un poco, en tercer año es el último aumento que vamos a recibir durante el resto de la carrera. Tanto cuarto año, como quinto, como la jefatura, es la mitad de la residencia cobrando exactamente lo mismo... más la carga horaria, se vuelve incompatible. Y se hace incompatible también seguir con las responsabilidades a nivel familiar"
(Varón, Neonatología, RS V)

"El sistema de residencia también choca bastante con la idea de formar una familia, o los que ya la teníamos formada, de seguir llevándola adelante. Como tenés una dedicación prácticamente exclusiva, full time, nos implica tanto desatender la familia, como la imposibilidad de tener un ingreso como la gente para poder mantenerla. Porque todos los que estamos acá sabemos que a gatas nos alcanza para mantenernos nosotros. Imaginate si tenés uno o dos chicos, como es en mi caso, tenés que pagar un colegio. Podes elegir una educación estatal, pero si tenés ganas libremente de elegir una privada, es muy complejo. Ni hablar si necesitas una persona que te ayude en tu casa, porque con todo el tiempo que faltas, claramente la necesitás. Entonces, bueno, en ese sentido, lo que es la organización de la residencia tendría que ponerse un poco de acuerdo entre la necesidad de estar todo el tiempo en el hospital y cómo te lo devuelven para que puedas organizarte en tu casa, o si se pretende que vos postergues hasta que salgas de una residencia a los treinta y pico de años la formación de una familia" (Mujer, Emergentología, RS XI)

"La realidad es que, por supuesto, el sueldo que nosotros tenemos es paupérrimo"
(Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

6.3. DIFICULTADES PARA MANTENER VÍNCULOS DE AMISTAD Y RELACIONES DE PAREJA

La difícil conciliación entre los propios proyectos y las exigencias del dispositivo, también se evidencian en aquellos residentes que no tienen hijos. Si la conformación de una familia se vuelve difícil en el periodo de la residencia, también resulta un desafío el sostenimiento de una relación de pareja o de vínculos de amistad. De algún modo, los residentes se lamentan pérdidas en este sentido.

"Estoy pensando que en 10 años tengo que empezar a hacer otra cosa. Porque mi estilo de vida no me permite otra cosa. Es muy difícil. Por ejemplo el tema familia. Yo quizás en este momento ni siquiera lo tengo como prioridad. Hasta hace poco, de hecho tuve una relación y por las cuestiones propias de mi formación y hacia donde apunto con lo que quiero hacer, me parece que no es compatible. Pero bueno, eso también corre la personalidad y los intereses de cada uno"
(Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

"Por lo menos lo que me pasa a mí es que me da bronca. Llego a mi casa agotada. Y aparte de la residencia, tengo que tratar de cumplir también con mi pareja, tengo mi familia, amigos, quiero cumplir y uno llega agotada a la casa, tiene que estudiar y no se puede cumplir con todo, a veces. Y vuelve al otro día y te faltaron un montón de cosas para leer y por ahí te retan por no saber lo que tenés que saber. Pero bueno, uno se va ingeniando para hacer todo y estar lo más equilibradamente posible. Psicólogo, llorar, porque lloro a mares. 1er año lloré un montón y estoy en 2do y sigo llorando. Pero bueno, hay que seguir" (Mujer, Tocoginecología, RS IV)

El anterior testimonio muestra que la cantidad de horas adentro de la institución hospitalaria se vuelve angustiante para los residentes. Las referencias permanentes al llanto, la angustia, la depresión, la posibilidad de "bajonearse", abundan en los registros de los grupos focales. Incluso esto se manifiesta directamente: en muchos de los grupos, algún residente se larga a llorar. También es significativa la referencia al fantasma de la muerte, como resultado de una experiencia tan exigente. En el testimonio a continuación, se menciona la "delgada línea" entre aprender a sobrellevar las exigencias y sus pérdidas a nivel vincular, o "terminar con las patas para arriba".

"Esto hace también que te cuesten muchas cosas en tu vida personal, muchas. Está el comportamiento depresivo, tu pareja, todo. Pero bueno son decisiones en la vida que uno tiene que tomar. Siempre hay un límite donde puedes terminar con las patas para arriba porque es así. O tirar todo a la mierda, o llevar una línea que es muy delgada. Yo cuando entré en la residencia sabía con lo que me iba a encontrar y yo sabía lo que iba a ser esto" (Varón, Neonatología, RS I)

6.4. LAS RESIDENCIAS Y SU INSERCIÓN EN LÓGICAS ORGANIZACIONALES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El dispositivo de residencias, habiendo sido diseñado en sus orígenes por varones y pensado para ser transitado también por varones, permanentemente plantea inconvenientes para las mujeres, a pensar de que son ellas mayoría desde hace años en las residencias. Como hemos visto, las prolongadas jornadas laborales, las guardias periódicas, los tratos diferenciales entre géneros y la duración del proceso formativo, son algunos elementos que se mencionan especialmente. Como hemos visto, para los varones estas cargas son similares, y ellos también lo vivencian en este sentido. No obstante, es entre las mujeres entre quienes se identifican los principales cuestionamientos a una organización institucional que expresa sesgos patriarcales.

La literatura ha planteado que los empleos y las jerarquías en las organizaciones laborales se encuentran basadas en premisas que se vinculan a la división sexual del trabajo. Siempre suponen determinados puestos para los trabajadores varones que pueden dedicarse a la tarea laboral a tiempo completo y no necesitan dividir su compromiso con el ámbito doméstico. Para las mujeres, que reparten su tiempo entre la vida doméstica, familiar y laboral, se reservan otros tipos de puestos. Es así que el género se encuentra contenido en todos los aspectos de la vida organizacional, como hemos planteado (Acker, 1990).

Lo que se ha dado en llamar "techos" y "paredes" de cristal en el mercado trabajo (Osborne, 2005), es también visualizado en las instituciones hospitalarias, en donde las mujeres están subrepresentadas en puestos de mayor jerarquía y en algunas especialidades típicamente masculinas. Asimismo, parecería evidenciarse que, en el caso de las residencias médicas, el hecho de que las mujeres

hayan accedido de forma creciente a dichos dispositivos -tradicionalmente destinados a los varones-, deriva en que las exigencias hacia ellas apunten a que se asimilen al perfil masculino y minimicen sus compromisos por fuera de la vida laboral.

En definitiva, esto ocurre en otros espacios laborales que reciben mujeres, pero en donde el tipo de individuo imaginado como trabajador, como plantea Fraser (2008), es siempre un trabajador masculino. Entonces, no alcanza con asegurar que las mujeres se integren y adapten a instituciones asociadas al mundo masculino. Por el contrario, hacer sólo eso, puede correr el riesgo de reafirmar la desvalorización del colectivo femenino en dichos espacios, sin cuestionar y transformar las normas machistas presentes en esas instituciones.

Las referencias a estas normas de género machistas que circulan en los hospitales, han surgido en el marco de los grupos focales. Referencias a cierto trato diferencial hacia varones y mujeres, como también a ciertas prácticas desvalorizantes y hasta discriminatorias, pueden reconocerse en los testimonios de las residentes mujeres. También, de forma contraria, en algunas especialidades típicamente masculinas, también se observan modificaciones en las prácticas que permiten mayor comodidad para las mujeres que se incorporan allí.

Residente: Lo que nos ha pasado es con los anestesistas, es que con los hombres se llevaban bien y a nosotras directamente nos cagaban a puteadas. "Dale, carnicera". "Te voy a sacar la anestesia".

Entrevistadora: ¿Esa es tu percepción, de que sólo es con ustedes por ser mujeres? ¿A los hombres no los insultan?

Residente: Noooo, a ellos no les van a decir eso... El jefe del servicio de ginecología es varón. Él nos dice "se callan y se callan" (...) A mi anterior jefe le dije que si nos volvía hablar así lo denunciábamos. Y así se calmaron, pero tenían momentos pasionales (...) Nosotras teníamos una compañera el año pasado a quien le hacían llevar café al cambiador de los hombres, de los médicos; a veces entraba y se estaban cambiando. En la residencia de ginecología en Capital. Ella renunció y se vino a Pehuajó. Increíble" (Mujer, Tocoginecología, RS IX)

"Yo era la única residente hasta junio, yo no le cagaba la vida a nadie, pero cuando le tuve que ir a decir al jefe de guardia que estaba embarazada, que ni siquiera es mi jefe, pero yo le tenía que decir, porque él nos tiene prohibido [embarazarnos] a las mujeres de la guardia. Lamentablemente la mayoría somos mujeres que estamos en edad fértil, él se enoja. El jefe de guardia que ni siquiera es mi jefe. (...) Es una persona muy especial y tiene problemas con las mujeres. (...) De hecho estando embarazada hacía más guardias de las que tenía que hacer y no era que me protegía. Los únicos que me protegían eran mis compañeros de la guardia que me decían que no suba más a la ambulancia, o cuando había algún paciente psiquiátrico, que también nos toca a nosotros, me decían "no, quédate allá". Pero si era por él yo tenía que hacer guardias todos los días" (Mujer, Medicina General, RS III)

Residente 1: Nosotros tenemos un compañero varón de año y el que va a ser jefe de residentes a partir de hoy. El resto somos todas mujeres. En una charla, hablando medio en serio medio en chiste, nos dice "las echaría a tal, a tal, a tal". A mi compañera de San Nicolás le decía "no, a vos te dejaría porque tu marido hace guardias. Y el resto que se vayan todas". Y vos decís, claro, es re machista. Existe esa diferencia...

Entrevistadora: ¿Y en los servicios quirúrgicos?

Residente 2: Yo pensé que iba a pasar eso, pero la verdad somos bastantes residentes mujeres, hay bastantes cirujanas de planta. Lo que pasa es que la mentalidad del jefe nuestro de residentes es bastante humana, es una persona que insiste mucho con todo lo que es ético y demás. Y creo que eso es lo que influye en todo. Más que algún chiste, que no pasa de eso, nunca sentimos machismo, ni nos sentimos diferentes. Al contrario, somos más y creo que estamos cambiando eso. En la medicina en general hay muchos más hombres" (Residente 1: Mujer, Pediatría; Residente 2: Mujer, Clínica quirúrgica; RS V)

Cabe señalar que entre los residentes participantes de los grupos focales, sean varones y mujeres, se comparte la idea de que ellas son más susceptibles y toleran menos ciertas condiciones que históricamente se producen en el marco de las residencias. El hecho de que ellas lloren más, o que les moleste el tratamiento recibido por sus superiores, es considerado propio del perfil femenino. Los varones, si bien comparten la visión de que para las mujeres las condiciones al interior de los hospitales son más difíciles, también comprenden que determinadas prácticas son propias de la lógica institucional y que, por ser varones, las toleran mejor.

"Quizás por ser hombre, una puteada la tomás de otra manera, distinto a una mujer" (Varón, Clínica Quirúrgica, RS IX)

6.5. ENTE LA "VIDA PROPIA" Y LA VIDA PROFESIONAL: LO QUE SE PIERDE Y LO QUE SE GANA

En los grupos focales, una de las cuestiones que se discutían de forma recurrente era la referencia a la visión de los médicos de mayor edad, respecto de su propia experiencia como residentes. La imagen e torno a que "siempre las residencias fueron exigentes" y que en tiempos pasados los jóvenes médicos toleraban sin cuestionamientos la rigurosidad de las condiciones de dicho dispositivo, es puesta en cuestión por los residentes entrevistados. En los grupos focales, se discute que en tiempos presentes, la exigencia propia del dispositivo debe ser sobrellevada en condiciones muy diferentes al modo en que eran vivenciadas anteriormente. Es decir: a pesar de que la exigencia no es en sí misma puesta en cuestión, sí lo es ciertas condiciones contemporáneas que le vuelven más difícil de tolerar. Por un lado, y como vimos en el capítulo 5, estas condiciones refieren a la crisis del sistema sanitario en general: falta de personal médico, estipendios insuficientes, falta de insumos. Los residentes coinciden en que estas condiciones en tiempos anteriores no eran tales. Por otro lado, el cuestionamiento parece derivar de la percepción en torno a que el esfuerzo que implica formarse en una residencia, no se ve del todo acompañada por réditos en términos materiales. La exigencia institucional de entrega completa a la tarea asistencial es evaluada por los residentes como un esfuerzo no suficientemente retribuido. Esto puede asociarse a la situación que se viene manifestando en relación a cierta lógica instrumental en las decisiones respecto de las residencias. Ocurre esto, por ejemplo, en el caso del creciente requerimiento por la especialidad de

anestesiología, en tanto se conocen sus más altas retribuciones salariales.

De algún modo, esta ponderación también se relaciona con un rasgo generacional de época vinculado a la desinscripción institucional. La tensión entre la realización propia y el compromiso con las instituciones, en un marco de creciente individualización, ha sido abordado por autores como Bauman (2003) y Beck (2003). Los jóvenes residentes asumen que el ingreso a las residencias involucra altos compromisos emocionales, físicos y de tiempo con las instituciones hospitalarias. Pero no dejan de señalar que ello ocurre en detrimento de la realización de sus propios proyectos personales. De este modo, aquello que se gana como resultado de la experiencia en las residencias, entra en tensión con aquello que se pierde.

Algunos testimonios a continuación reflejan estas perspectivas:

"Sí, te da esa sensación de querer irte y no volver más, yo sola, sin el bolso, caminando, me tomo el micro. Para esto tus amigas te mandan mensajes, te avisan que nació el bebe de una amiga y no podés estar porque estas de guardia y no te podés ir. Un montón de cosas que te desbordan y decir "yo tenía una vida hace 20 días y ¿ahora qué hago?""
(Mujer, Tocoginecología, RS XI)

"[La residencia] te caga la vida básicamente. Literalmente, no es una exageración. (...) Yo me recibí con 24, 25 años, y entre los 25 y los 30 años, que es una edad donde vos tenés energía, tenés tiempo, podés tener dinero, podés aprovechar mil cosas, lo único que hiciste fue estar en medio de gente muriendo, de gente mal, vos sufriendo, sin dormir, cansado, ganando poca plata, no ves a tu familia, no ves a tus amigos, te separás, es una pérdida personal constante. Y la recompensa, ¿cuál es? Le diste una ayuda a una persona una vez, pero ¿y vos? ¿Dónde quedaste?" (Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

"Lo negativo es que relegás muchas cosas de tu vida, lo personal, familiar, te terminás volviendo un ente y lo de las relaciones que se terminan, las amistades que se van, eso también pesa. ¡Tendría que estar contemplado tener una vida!" (Mujer, Cardiología, RS XI)

"Yo tengo un montón de compañeros que se han separado de sus parejas, han dejado de ver a sus familias porque son de lejos y por ahí no pueden viajar. Por eso te decía que uno no es más el que era antes, es otro. Bueno, eso para algunos quizás es positivo porque uno sale más o menos con una formación médica que te permite desenvolverte en cualquier ámbito, porque podés hacer una guardia donde vos quieras o ir a trabajar donde vos quieras, te da esa libertad, pero es un precio alto. (...) Un Jefe que teníamos siempre nos decía que la Residencia te saca un montón de cosas pero si lo mirás al final, también te da un montón de otras cosas y al final resulta positivo" (Varón, Clínica Médica, RS XI)

Pese al "precio alto" que supone realizar una residencia, los residentes ven en ella una vía imprescindible e irremplazable para su formación y profesionalización. El testimonio anterior, así lo refleja y fue una visión compartida en los grupos focales: la residencia permite "volverse médico" y el final del camino se evalúa como positivo y necesario. Incluso, es vivenciado como un logro simbólico: la residencia es una experiencia que si se logra resistir y atravesar, modela el carácter y el temple, y brinda una posición diferencial en el campo de la salud, respecto de otros médicos que no transitan por la experiencia.

"...si hace 7 años me decías todo eso, hubiera preferido hacer chapa y pintura en mi casa."

En medio de la discusión sobre las condiciones de la residencia, sobre lo sacrificada que resulta la formación, sobre la inversión en tiempo y calidad de vida que constituye en pos de obtener un título de especialista, surgió en muchos grupos la desilusión sobre la medicina como profesión.

Muchos de los residentes manifestaron que, si pudiesen volver a empezar, elegir una carrera nuevamente, no elegirían medicina. Ahora sienten que ya es tarde para cambiar y dedicarse a otra cosa, que ya han invertido mucho tiempo de sus vidas estudiando y formándose para ser buenos médicos, pero que la profesión no les ha dado hasta ahora las satisfacciones que esperaban.

En este sentido, podemos notar cierto desengaño en relación con la profesión en los testimonios que se leen a continuación:

"Si hace 7 años me decías todo esto, hubiera preferido hacer chapa y pintura en mi casa. Ahora ya estoy en ésta, qué querés que haga? Me gusta, siempre quiero que venga uno para operar. Pero bueno, tengo un estrés, loco!"
(Varón, Cirugía General, RS III)

"A mí me gusta soy feliz, pero si vos me preguntás volverías a los 18 años a estudiar y todo te digo ni loca. Hago decoración de exteriores, hago cualquier cosa que me encanta, pero esto ni loca. Para mí fue mucho sacrificio."
(Mujer, Pediatría, RS III)

"Residente 1: Y muchos elegimos este camino porque no nos queda otra. Yo no sé cuántos de acá no, pero a mí me pasó que cuando estaba en la facultad, ya dos años y me recibo. Era como que ya estabas más próximo a terminar que a arrancar otra cosa. Cuántos de nosotros se puede arrepentir ahora y arrancar otra carrera..."

Residente 2: Ninguno sería médico." (Residente 1: Mujer, Anatomía Patológica; Varón, Terapia Intensiva; RS XI)

"(...) ser madre también es difícil, ahora si vos me decís ¿arrancarías de ahora de nuevo? Y si, no lo dudo, en cambio ¿arrancarías la facultad de medicina? No, de ninguna manera. Y no tiene que ver, o sea tiene que ver sí con lo agradable de la situación. Por ahí hay muchas cosas que yo a los 18, 20, 24 me bancaba, y ahora no me la bancaría." (Mujer, Emergentología, RS XI)

"Pero sí, te pones a pensar, bueno yo hoy en día no tengo hijos pero quiero hacer una familia, hasta cuándo voy a extender esta adolescencia por estudiar, viste? porque el que estudia, es como que está más pendiente de eso y no puede. Tengo amigos que ya tienen hijos. De hecho, le veo yo a los chicos de ellos, compañeros del secundario, y te pones a pensar y decís bueno, te empiezan a pintar las canas, porque obviamente nuestra vida arranca y termina como una especie de película, y decís, perdí un montón de tiempo, quizás estoy postergando algunas cosas por algo que quizás no vaya a mejorar, ¿viste? No quiero ser pesimista, trato siempre de ver lo positivo en todo. De hecho quizás los que seguimos medicina tenemos algún trastorno mental porque sufrimos, sufrimos, sufrimos y a veces no vemos ninguna recompensa salvo algunas migas de alguna recompensa, algo que nos parece lindo pero qué sé yo, viste, hay de todo un poco. Igualmente tiene que haber un motor que te obliga a levantarte todos los días temprano, sufrir como un perro todo el día, volvés a tu casa y no es que decís bueno me desenchufo y me tiro a dormir, no, porque tenés que estudiar, o te quedás pensado en este paciente, le di bien la medicación?... es todo preocupaciones. Y más allá de lo económico también, ¿viste?" (Varón, Pediatría, RS XI)

*"¿Entonces por qué seguimos? Preguntás ¿por qué seguimos? Porque no te queda otra. Porque estamos atados en el sistema. Sos médico, gastaste toda tu vida estudiando para poder dejar de lado a un tipo... porque la gastaste. Yo siento que en este momento tengo 30 años y los últimos años de mi vida que deberían haber sido más productivos porque estoy recibido, porque tengo estabilidad económica, ponele, ahora, soy una persona que está medianamente realizada... siento que la tiré al tacho. Y la verdad, eso, lo estábamos charlando yendo a rendir el posgrado con mi compañero, que es en el hospital El Cruce, y me decía "boludo ¿te das cuenta qué vida de mierda que tenemos? porque estamos yendo a laburar de acá para allá, no dormimos, la pasamos mal, estamos yendo a rendir este posgrado de mierda que no me va a dar nada, y lo único que hago es quejarme. No soy feliz, dice, ¿te das cuenta, él me decía, que mi única felicidad es que tengo una perra? Que estoy con mi perra y la saco a pasear y duerme conmigo y me da cariño. O sea, esa es mi felicidad, lo mejor que me paso en la vida" me dice el chabón, y lo decía de verdad. Y no sé ustedes, pero calculo que les debe pasar lo mismo. Yo la paso como el orto."
(Varón, Terapia Intensiva, RS XI)*

"Residente 1: El tema es que cuando vos encarás la facultad te imaginás otra cosa de la medicina, pensás que es otra cosa. Y cuando te querés acordar ya la hiciste, terminaste la carrera ¿y qué vas a hacer? Estás a mitad de camino.

Residente 2: es tipo matrimonio fracasado, te quedas por costumbre, viste? ya no es lo mismo, pero bueno. Residente 3: te imaginás un oasis después de la facultad, te imaginás la vida linda,

egresaste...

Residente 4: voy a trabajar de lo que quiero...

Residente 3: vas a trabajar de lo que querés, tanto sacrificio, ganaste un título, ponés la plaquita. Vos te imaginás eso. Nada, te cuesta muy poquito darte cuenta que eso es todo una mentira y que necesitás formarte. Y ahí otra vez caíste de nuevo en la misma de la entrada al ingreso de la facu. Es lo mismo, pero en la residencia. Estudiar para la residencia y el ranking y otra vez toda la locura, y otra vez ya entraste y te metiste de nuevo en esta locura.

Residente 4: Y tenés un examen y no llegas a estudiar. Y si estuve de guardia, dormí 20 minutos, tengo que dar un examen a las 2, pasé toda la sala, decís ¿y fui a rendir un examen así? Decís no, te da ganas de llorar, porque encima es algo que yo tengo que saberlo, porque tengo que saberlo, porque yo me tengo que formar, no para pasar un examen nada más, y es ridículo.

*Residente 5: el ser y el deber ser... a mí me pasó. Yo no soy un tipo muy blandito que digamos en algunos aspectos, quizás es una falencia de mi personalidad, pero a mí me pasó en clínica de irme, cuestionarme todo, decir pero la puta madre, quería renunciar, en terapia también me pasó, pero por suerte terapia me dio otras posibilidades, pero un día me levanté y me fui, no podía estar más en la terapia intensiva, me levanté y me fui, digo de clínica en el primer año. No podía sostener, no podía ser que me genere rechazo estar ahí. Quería irme. No soportaba estar al lado más, no quería estar ahí. De hecho, me acuerdo que me largué a llorar
(Residente 1: Mujer, Emergentología; Residente 2: Varón, Pediatría; Residente 3: Mujer, Clínica Médica; Residente 4: Mujer, Pediatría; Residente 5: Varón, Terapia Intensiva; RS XI)*

6.6. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

Los y las residentes expresan acuerdos en que el dispositivo de las residencias es incompatible con las exigencias que supone el proyecto de la familia. Las largas horas de tarea asistencial, las guardias, las exigencias académicas, como también el agotamiento tanto físico como mental, se vuelven contraproducentes para cumplir con el rol de madre o padre. Se menciona la dificultad para cumplir con las exigencias que plantea la formación pero también que el mismo dispositivo está planteado para trabajadores "libres", sin exigencias más allá de la formación.

Algunas residentes relatan una buena experiencia de respeto y acompañamiento ante el hecho de embarazarse. Sin embargo, algunas relatan una situación contraria. De acuerdo a lo surgido en los grupos focales, en muchos servicios a las residentes mujeres se les hace saber que la decisión de embarazarse no es aconsejable para ese período de formación. El pedido de licencias por maternidad se vuelve un problema de organización en los servicios: algunos residentes expresan el malestar que se produce cuando una compañera queda embarazada, porque ello recarga el trabajo del resto del equipo. Este mensaje es interiorizado como una "autodisciplina" por parte de muchas de las residentes.

Dentro de las organizaciones hospitalarias, las referencias a normas de género machistas han surgido en el marco de los grupos focales: trato diferencial hacia varones y mujeres, prácticas desvalorizantes y discriminaciones explícitas. También, de forma contraria, en algunas especialidades típicamente masculinas, se observan modificaciones en las prácticas que permiten mayor comodidad para las mujeres que se incorporan allí.

Si la conformación de una familia se vuelve difícil en el período de la residencia, también resulta un desafío el sostenimiento de una relación de pareja o de vínculos de amistad. Los jóvenes residentes asumen que el ingreso a las residencias involucra altos compromisos emocionales, físicos y de tiempos con las instituciones hospitalarias; ello ocurren en detrimento de la realización de sus propios proyectos personales.

El monto percibido como estipendio es cuestionado principalmente en relación a su incompatibilidad con el proyecto familiar. Si bien no se trata de una remuneración salarial, lo cierto que en el marco de las residencias no es posible emplearse en otro trabajo, pero al mismo tiempo, el dispositivo se desarrolla en la etapa en que los y las jóvenes profesionales conforman su propia familia.

7

Capítulo Siete

LOS MODOS DE ORGANIZACIÓN DE LOS RESIDENTES: RECLAMOS Y REPRESENTACIÓN POLÍTICA

7.1. Cuatro niveles de organización: en el servicio, en el hospital, regional y provincial

Frente a todas las situaciones de conflicto que se ven reflejadas en los relatos de los residentes, la generalidad marca, como ya hemos mencionado, una aceptación silenciosa. Silenciosa, al menos, en cuanto a la trascendencia que pueden tener los reclamos en otras esferas que no sean las del propio grupo de compañeros. Como hemos comprobado, si se les ofrece un lugar en el que poder relatar sus experiencias, poder denunciar abusos, malos tratos, malas condiciones de aprendizaje y trabajo, los residentes hacen uso del espacio, y tienen mucho para decir.

Ahora bien, existen ocasiones en que los residentes se agrupan para hacer reclamos, para denunciar situaciones de conflicto y para intentar modificar algunas de las condiciones dentro de los hospitales. Esta organización puede darse en distintos niveles: al interior de una residencia, es decir, residentes de un servicio que se agrupan por una situación puntual; a escala del hospital, poniendo en marcha las Comisiones de Residentes; a nivel regional, en donde se busca discutir y resolver problemas puntuales de la región sanitaria, buscando como interlocutores a los responsables regionales;

y finalmente, la organización gremial del colectivo de residentes de la provincia de Buenos Aires.

A lo largo de los grupos focales, fueron apareciendo estos distintos niveles de organización, que a continuación iremos ejemplificando.

En general, la organización de los residentes de un mismo servicio tiene como objetivo solucionar o poner en evidencia un conflicto puntual en el funcionamiento de ese ámbito. Los relatos que hemos encontrado dan cuenta de que en general, esa organización como tal se disuelve una vez que el conflicto pasa (haya sido solucionado o no) y se vuelve a la rutina de la residencia. Vemos aquí un ejemplo:

*"Hicimos una nota, una reunión entre todas, nos pusimos de acuerdo. (...) Pero es cierto, estos últimos seis meses hubo un cambio, nos quedamos sin jefe, seguimos teniendo la instructora que nos acompañaba con las clases. Ya ahora tenemos nuevos instructor y jefe, y quieren que las clases se empiecen a respetar, que es lo que nosotras habíamos pedido, que los médicos no nos interrumpieran... porque los médicos nos llamaban de la guardia y teníamos que ir, y no se respetaban los tiempos de la clase. Y ahora estamos recibiendo la respuesta de lo que reclamamos. También queríamos limar asperezas dentro del grupo, porque somos 10 mujeres, ¡y es difícil ponernos de acuerdo 10 mujeres! Cada una tiene su carácter, algunas más fuerte, otra más débil, entre las que me incluyo. Pero lo hablamos entre todas, lo dejamos por escrito, todo lo que queríamos cambiar, se lo presentamos a nuestro jefe de residentes actual y él con la estructura lo están viendo, y ya nos han dado respuestas, así que bueno nos estamos reorganizando. Las clases ya se respetan. Llegan las dos de la tarde y no suena el teléfono."
(Mujer, Pediatría, RS IX)*

Cuando la organización se da en la escala del hospital, la lógica en general es bastante parecida. Se juntan los residentes por un tema específico que involucra a todos los que se están formando en ese ámbito, en general, relacionado con las condiciones estructurales en las que desarrollan su actividad.

"lo peor la comida, la comida del lugar un desastre (...) es hipocalórica, ya nos lo dijeron son 800 calorías las dos comidas, nada... (...) se hizo una carta y ahora mejoró creo, algo (...) arrancó por el lado de farmacia. Los residentes de farmacia hicieron una nota, la firmamos creo que muchos y bueno ahí está, pero, es un planteo que viene haciéndose desde hace muchos años de todas maneras. ¡Hombre! la comida no es buena y a la noche por ahí no hacen comida nueva porque son pocos. Esa es la realidad, hemos ido y no hemos tenido comida. (...) ya no hay más, no hay cubiertos y obviamente cuestiones que todos los trabajos tienen, pero uno acá particularmente las horas se te pasan volando porque tenés miles de cosas que hacer, también te cierran las cosas y bueh, nada... manejate" (Varón, Clínica Médica, RS I)

El anterior ilustra un caso que involucra a los residentes de todo el hospital pero no deja de tener la lógica de solucionar un tema puntual para luego volver a la rutina sin que quede ningún tipo de organización con posibilidades de sostenerse en el tiempo.

No obstante, en esta escala también se dan modos de organización que trascienden un reclamo específico y se conforman a modo de comisión.

"La decisión de cerrar el servicio vino del Hospital, me parece que de la Región también. Lo que nosotros definimos en esta comisión que hicimos, fue no permitir, o estar todos apoyando que no se excedan en cuanto a las responsabilidades que tiene hacer un compañero. (...) Los residentes de Pediatría no podían estar a cargo solos de la guardia. Y a partir de su negativa de cubrir esos espacios, que era la obligación por parte del servicio, por parte del Hospital, se llegó a... bueno el estado de detención llevó a la renuncia de la jefa." (Varón, Clínica Quirúrgica, RS V)

En el caso que sigue, el reclamo se canaliza en la Comisión Asesora de Residencias que tiene el hospital, enmarcada en el Artículo 51 del Decreto 2557, pero también se expresa que este órgano no está instalado en muchos hospitales a pesar de estar en el reglamento.

"Nosotros tenemos la comisión de residencia, que hace poco se armó una movida porque todo esto se empezó a expresar en todos lados, entonces había quilombo y a uno de los chicos de maternidad lo empezaron a escrachar por Facebook los pacientes, persiguiéndolo. Haciéndolo como responsable de todo lo que pasaba en la sala de ginecología. Y todo lo que les planteamos recién a ustedes lo planteamos en la comisión de residentes y dijimos llamemos a los otros hospitales a ver qué onda. [la comisión] todos los años que se hacían cargo de la casita del residente, de gestiones que no tenían nada que ver con los problemas del residente. Hicimos esta movida, bah, sacamos un par de fotos e hicimos unos carteles y se ofendió la jefa de docencia tanto que como ella era la instructora de general, no lo dejaba ir al jefe de residentes de general a cooptar residentes para la residencia a La Plata. Tuvimos que ir a hablar con la directora del hospital para decirle "che, loco, déjalo que viaje al de clínica y al de general para que traigan residentes al hospital ¿Cómo querés que sigamos?" Es una cosa re loca." (Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV)

El traslado en ambulancias: un conflicto y una solución

En algunas de las regiones sanitarias del interior provincial, más alejadas de la ciudad de La Plata y los centros de derivación más importantes, surgió como problemático el tema de los trasla-

dos en ambulancia.

Los hospitales de menor complejidad de las ciudades pequeñas de la provincia dependen de los traslados a instituciones sanitarias de mayor complejidad para la realización de determinados estudios, prácticas médicas o la internación y tratamiento de pacientes graves. Cuando se da un caso semejante, en general son los residentes quienes deben acompañar a los pacientes en los traslados en las ambulancias. Los residentes denuncian que esta tarea la realizan solos, sin siquiera un enfermero que los asista, con pacientes que muchas veces están en condiciones críticas, y sin el respaldo legal en caso de que ocurra un accidente, los cuales son frecuentes debido al mal estado de las ambulancias y la falta de sueño de los choferes. Así lo manifestaban residentes de las regiones III y VI.

"estamos en todo momento llevando a pacientes para todos lados, y cuando el médico de planta... yo te voy a contar un caso que no pasó en mi servicio, pero pasó en el servicio de al lado, que es terapia intensiva. Pero unidad coronaria tenía que trasladar a un paciente que no tiene nada que ver con terapia intensiva, y el médico de planta que está en unidad coronaria dijo "yo no voy a ir a hacer ningún traslado en ninguna ambulancia", y lo cagaron al residente. Le dijeron "tomá, así se bombea, el oxígeno, así se hace esto, llévate a una enfermera por las dudas y tratá de llegar" (...) aparte, no es que no ha habido accidentes. Hay una pediatra que tuvo fractura de pelvis y al día de hoy no se recupera. Pasan cosas en la ruta. Es la causa principal de muerte y nosotros estamos arriba sin que nadie se haga cargo. Y es una locura." (Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV)

"yo por ejemplo me acaban de llamar que tengo que salir el lunes con un bebé de 900 grms. Yo no estoy capacitada para trasladar a un nene de 900 grms. Es un neonato de 900 grms, viajar 5 horas en la ambulancia porque me exigen que lo haga. Sin enfermera, con la ambulancia que no anda, obviamente la incubadora no maneja la temperatura que tiene que tener el niño... (...) La jefa de sala me dice que lo único que me consiguió es que vaya con una enfermera. Sí, ni siquiera vamos con una enfermera, siempre voy sola. Si el chico pierde una vía, es el trabajo de una enfermera. Puedo saber hacerlo, pero lo hace una enfermera generalmente. Y ahora voy con un pibito que es lógico que tenga que ir una enfermera. ¡Ponele una vía a un nene de 900 grm!"
(Mujer, Pediatría, RS III)

En otra región tenían un problema similar con el tema de los traslados y las quejas recurrentes por parte de los residentes. En este caso intervino el área de Docencia e Investigación del hospital en cuestión porque consideró que el reclamo de los residentes era válido y necesitaba ser solucionado. Entre dicha área, la dirección del hospital y el ministerio provincial, lograron que se nombrara a un profesional encargado de los traslados de pacientes.

"Uno de los inconvenientes que existía hace tiempo, para darte un ejemplo puntual, era que nosotros estamos a 700km de La Plata y Buenos Aires, y uno de los problemas que teníamos con pediatría era el tema de los traslados, no había personal para los traslados y eso era una actividad que se le adjudicaba a los residentes, lo cual generaba un conflicto, como, porque, en muchas situaciones, los viajes de 700 km de ida, y 700 km de vuelta, con el riesgo en la ruta, con el riesgo de llevar un paciente grave, estabas fuera de tu casa 2 días y eso fue un reclamo de los residentes de muchos años. El año pasado, intervenimos desde la comisión asesora, hablamos con la dirección, este año lo volvimos a plantear, y con una gestión que se logró entre el Hospital y el Ministerio logramos que se nombre a un pediatra para los traslados." (Jefe Del, RS I)

En la instancia regional también se intentan modos de organización. En algunas regiones está presente la historia de organización, mientras que en otras no apareció en los relatos. Un ejemplo de región que ha tenido mucha actividad en su interior es la Región V, como se ve en el testimonio que sigue.

"En sí, creo que es responsabilidad de la Región Sanitaria el garantizar que todo esto se pueda cumplir en el resto de las residencias. Nosotros porque estamos en un Centro de Salud, porque no dependemos de un servicio, y porque se trabajó mucho sobre todos estos temas, pero la realidad de los otros Hospitales es totalmente diferente y todo lo que cuentan ellos es terrible, y para mí es el motivo por el que cada vez se adjudican menos. Por suerte, como nosotros también cada tanto nos juntamos y tenemos forma de comunicarnos entre nosotros, cada vez se lucha un poco más por los derechos del residente como trabajadores de la salud. (...) los residentes de la Región V, por ejemplo, ahora hace mucho que no nos juntamos, pero hay como una asamblea regional, y ahí nos juntamos para discutir algunos temas. Ahora hace mucho que no nos juntamos, pero por ejemplo hace un año nos juntamos a discutir el reglamento de residentes para elevar algún tipo de propuesta, que al final no sé en qué quedó eso, pero bueno, lo hicimos, también por el tema de aumentos salariales, agremiaciones, o sea para discutir distintas problemáticas que van surgiendo en el momento. Por momentos se convocan las reuniones, por momentos por ahí la rutina del trabajo nos lleva a que no nos juntemos tanto en el año. Habíamos tenido grupos de chat, cadenas de mails, y esas cosas, está bueno. Cuando circulan información de residencias, y podemos charlar de problemáticas que están pasando, a veces entre otras residencias se nos ocurren ideas para resolver los problemas." (Mujer, Medicina General, RS V)

Finalmente, llegamos a la instancia provincial, en donde existe la Comisión Provincial de Residentes (CPR) que es un órgano de representación de todos los residentes de la PBA de distintas dis-

ciplinas y especialidades. Esta Comisión es la que lleva adelante los reclamos y negociaciones con las estructuras de decisión del Ministerio de Salud Provincial, los principales temas que se tratan son los salariales, las mejoras en las condiciones de contratación de los residentes, el pedido de modificación de reglamentos, sobre todo en lo relativo a la carga horaria y exceso de trabajo asistencial, entre las más importante que han mencionado los residentes.

"lo que es la Comisión Provincial de Residentes, es lo que agrupa en realidad a toda la provincia, aparte de las asambleas que se hacen en Región V, muchas veces nos juntamos... y bueno ahora con todo el conflicto gremial que hay, sobre todo movilizado por la cuestión presupuestaria principalmente en salarios, estamos acompañando el movimiento gremial de psicólogos, y CICOP también acompaña todo lo que es el movimiento de la Comisión Provincial de Residentes con múltiples asambleas, y movilizaciones hacia lo que es Capacitación en La Plata, con residentes de residencias médicas y otras licenciaturas en salud, como Psicología, Trabajo Social, Kinesio. Así que nada, estamos ahí..." (Varón, Clínica Médica, RS V)

"La CPR es la Comisión Provincial de Residentes. Los residentes tenemos representantes, algunos que pueden estar adheridos o no, yo no soy de CICOP ni nada, que es la Asociación de Médicos, y cobramos nuestro sueldo en base a lo que CICOP arregla, un porcentaje nos van a dar a nosotros, pero nosotros en sí, no podemos ir a reclamar el sueldo ni otros derechos." (Mujer, Medicina General, RS VII)

A partir de la asunción de esta nueva gestión en el Ministerio, se abrió un período de reuniones entre los residentes y los responsables de la Dirección de Capacitación y Desarrollo de Trabajadores de la Salud, que es la que tiene a su cargo la gestión de las residencias. En el relato que sigue, pueden visualizarse muchos de los reclamos que se discuten en esa instancia.

"Venimos hace rato planteando un montón de cuestiones que tienen también que ver, no solo con el sistema de salud y su estructura, sino con nuestras condiciones de trabajo, por eso también lo de las guardias de doce horas, los descansos post guardia, que son reivindicaciones históricas de los residentes, nuestros aportes jubilatorios, la licencia por maternidad, son diversas cosas que algunas las fuimos ganando de a poco pero con mucho sacrificio, y postergando la salud y nuestras cuestiones también personales en pos del trabajo. Creo que se sabe cuál es la agenda del residente, se sabe cuál es la realidad, me parece que está bueno que si quieren hacer un trabajo de investigación para profundizar en algunos aspectos, y les suma hacerlo, creo que muchos de los que están en la gestión han hecho una residencia, por lo menos eso nos dicen a nosotros cuando nos juntamos, y saben cuál es el estado actual de las residencias, y saben por qué no se está adaptando la gente, saben que las condiciones de trabajo no son adecuadas, saben que el sueldo es inadecuado, saben que la inserción post residencia en el trabajo no está garantizada, saben que estamos expuestos a muchos más riesgos que en otros trabajos, por un sueldo inferior, y a pesar de eso muchos y muchas seguimos apostando al sistema público, la verdad que es un orgullo escuchar el relato de los compañeros, las cosas que dicen, pero bueno se sostiene por eso el sistema, no hay que buscar muchas otras cosas, se sostiene por ellos, nada más. No hay otra explicación." (Varón, Medicina General, RS XI)

La CICOP (Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires) es una organización que apareció en numerosos relatos como articuladora de las reivindicaciones de los residentes. Si bien muchos manifestaron diferencias con este organismo, se le reconoce su importancia como parte de la vida política del sistema de salud provincial.

"yo no estoy afiliado a la CICOP no comulgo muchas cosas de CICOP, pero hay asambleas, hay seccionales de CICOP donde se trata de buscar una manera de mejorar el hospital. Todos los servicios paran, terapia intensiva paró, mi servicio, yo no pude ir, pero mi servicio terapia intensiva fue ayer a la carpa de CICOP. Se quedó la guardia, como tiene que ser, porque terapia intensiva no puede parar, por una cuestión lógica, y muchos médicos de planta favorecen eso, hasta los servicios de cirugía, y eso cambió. Especialmente cambió a raíz de que en una asamblea del hospital que cayó una patota del sindicato de salud pública y empezó a cagar a palos a la gente, incluidos residentes, entonces que tus mismos compañeros del sistema de salud, si uno puede llamarlos compañeros. O sea, clase deleznable de persona que no solamente que no trabajan si no que son un parasito del estado, que vienen y te patotean porque vos estas tratando de mejorar las condiciones en las cuales vos trabajás para la población a la cual estás dedicando tus esfuerzos, eso genera todo una movida. Entonces gracias a ese tipo de cosas, especialmente surgida desde el seno de los residentes, especialmente desde la medicina interna, es que ha habido un cambio. Y eso lo podemos ver en nuestros cuatro años. Cuando yo era residente de primero era una cosa, y ahora que estoy terminando la residencia es otra. Se han movido muchas cosas. En eso sí cambió." (Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

7.2. Condicionantes para la organización: represalias, exceso de tareas y el individualismo como característica de la profesión

Como es posible imaginarse, el colectivo de residentes se enfrenta a numerosos condicionantes para organizarse políticamente. Algunos tienen que ver con la lógica de funcionamiento de los servicios, mientras que otros están ligados a las tradiciones de las especialidades e incluso de la propia profesión médica.

"Entrevistadora: ¿ustedes se juntaron con residentes de otros hospitales?"

Residente 1: intentamos, pero no hay comisiones armadas. Ni en San Nicolás ni en Junín. No contactamos.

Residente 2: en San Nicolás es imposible.

Residente 1: yo hablé con los chicos de cirugía y me dijeron "vos estás loco, ¿querés que me echen del servicio?"

Residente 2: si tenés un problema te dicen "bueno, vamos a hablarlo". Te llevan a hablar con todos los jefes, con docencia, con quien corresponda y están todos mirándote. ¿Quién va a decir algo? Ya que estamos acá larguemos todo, ¿y sabés qué les pasó? "De guardia todo el mes todos". Nunca más. Todos los residentes de cirugía pasaron un mes seguido de guardia, incluido el R4. Día por medio, o como si te dijera que duplicaron las guardias."

(Residente 1: Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV; Residente 2: Varón, Anestesiología, RS IV)

El caso anterior plantea un tema interesante en relación con las posibilidades de organización gremial: las represalias. Muchas veces cuando los residentes reclaman por algún conflicto, lejos de encontrar soluciones, la respuesta es el castigo. Como decían los médicos, guardias extra o prohibición de entrar al quirófano, dos modalidades que, ya hemos visto, resultan frecuentes.

Otras veces, directamente existe un mandato implícito para no asistir a las reuniones de residentes fundamentado en el exceso de trabajo. Siempre que haya actividad asistencial que cubrir, el residente debe permanecer en el servicio, no puede ausentarse.

"Residente 1: Tenemos una organización en el HIGA pero nunca podemos participar, porque no tenemos tiempo, estamos laburando.

Entrevistadora: ¿No te dejan ir? Todos: No te dejan ir...

Residente 1: Bah, van de otras especialidades, terapia ocupacional, servicio social.

Residente 2: En una reunión que nosotros fuimos que se hizo cuando estaban planteando los paros de Residentes y en realidad éramos 5 de medicina general, y éramos los únicos 5 médicos y había, terapia ocupacional, las chicas de psicología, nutrición, de trabajo social, por ahí los chicos de clínica vienen. Y plantear nosotros también, nosotros tenemos un instructor que nos dice "si ustedes se quieren sindicalizar, está bien". Hay una comisión nacional de residentes de medicina general, donde se plantean por ahí muchas cosas, o esto que nos pasó a nosotros lo planteamos en una jornada para ver cómo funcionan otras residencias, pero si no es como que estas solo.

Carolina: [al Residente 1] ¿Y vos decías que no los dejan directamente?

Residente 1: No, nosotros si tenemos un paciente a la mañana hacemos sala, y las reuniones son a la mañana o al mediodía, y nosotros si tenemos pase de sala, es pase de sala. Tenemos pase de sala con tu superior, es eso. (...) o te dicen que tenés que esperar porque tenés que pasar vos y ellos se tienen que ir entonces, te dicen "es tu paciente que vas a hacer con tu paciente", cómo lo vas a dejar ahí." (Varón, Clínica Médica, RS VIII)

En este relato también se hace visible las diferencias que hay entre disciplinas e incluso entre las distintas especialidades médicas. En algunas de ellas, la sindicalización está respaldada, se promueve y se respeta, mientras que en otras, se desalienta y se castiga. La residencia de Medicina General, siempre se ubica en la vanguardia de la organización y es la promotora de muchos de los encuentros entre residentes.

*"(...) no es causalidad ver que en la marcha de CICOP [Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires]ayer muchos nos moríamos de ganas de estar y no podíamos estar porque venimos tratando de sostener con cinta scotch lo que tenemos, y ver que éramos pocos. Era un orgullo igual para mí ver que la mayoría eran residentes compañeros de medicina general, que forman parte de la federación, que están en la CPR [Comisión Provincial de Residentes], que están en la CNR [Comisión Nacional de Residentes] y que están ahí defendiendo la lucha, pero la mayoría eran compañeros de medicina general. Del resto de las especialidades, mierda. Cuando sale lo de las 12 horas de guardia, los primeros que se pusieron del orto, perdón si hay algún cirujano, fueron los cirujanos, porque ellos entendían que pedagógicamente era la forma de formarse, cuando los pibes les están diciendo esto. ¿Yo me puedo formar para atender personas, despersonalizándome? ¿Dejando de ser gente?"
(Mujer, Medicina General, RS XI)*

Otro fuerte limitante para la organización viene de parte de los mismos residentes, condicionados por el sistema y su dinámica. La falta de tiempo, el cansancio, la necesidad de llegar rápido a sus casas y no seguir dentro del hospital, son algunas de las razones que argumentan los residentes en relación con las dificultades para agruparse.

"Residente 1: Igual yo creo que si nos pudiéramos a juntarnos e hiciéramos una reunión no sé si van 20 residentes, porque uno no lo dejan, el otro tiene que operar, al otro no le interesa, que está de guardia, que no lo dejan.

Residente 2: Y si a mí me decís, voy a mi casa y estoy con mis hijas o voy a juntarme con los residentes..."

(Residente 1: Varón, Ortopedia y Traumatología;

Residente 2: Mujer, Tocoginecología; Región VI)

Por último, transcribimos una discusión que se generó en el seno de uno de los grupos focales, en donde se reflejan todas estas limitaciones que hemos detallado y en la que aparece como central el individualismo que los residentes describen como característico de la profesión médica, ya desde la formación de grado:

"Residente 1: En definitiva, tiene que ver con nosotros, tiene que ver con los médicos. Adherirnos, muchas veces nos adherimos muy poco a los paros, a la asamblea porque no nos dejan salir o por un montón de cosas.

Residente 2: El tema es que nosotros abarcamos lo que es salud y nosotros no hay una forma de parar en un 100% porque se mueren los pacientes. Vamos a arrancar por ahí, entonces con esa excusa siempre nos pasan por arriba. Y no es desde ahora, esto es de años.

Residente 1: Pero también yo pienso que todos los médicos no hemos sido, porque los médicos mayores han sido también artífices de esto. Porque estábamos en una reunión en Neonatología cuando estábamos rotando, estábamos hablando de esto y una médica neonatóloga ya grande con experiencia me dice "¿y por qué vos vas a cobrar más que alguien que te arregle una canilla? si el voto, tu voto vale lo mismo". ¿Qué sé yo? porque lo mío es más complejo,

porque estudié, no sé, me parece que digamos es un sinsentido. No digo que el paciente tenga que pagar cualquier cosa, ni que nosotros seamos millonarios, pero también la residencia tiene que tener una recompensa, o sea para que puedas, para que no tengas que salir a trabajar, el tiempo que lo tengas libre lo puedas aprovechar o disfrutar descansando o estudiando.

Residente 3: Porque yo aprendí de los compañeros más viejos, es decir si uno no lucha por sus derechos, nadie lo va hacer. De hecho la gestión actual quería cerrar la paritaria en el 18% anual, frente a la lucha de todos los compañeros que pusimos una carpa en el congreso, en la 9 de julio, logramos llevar a la paritaria al 25% semestral, con reapertura en agosto, mejorar condiciones de trabajo, que se acercó un presupuesto, una partida presupuestaria de emergencia, que se regularice la situación de los compañeros que están por jubilarse, digamos son todas situaciones que nos dieron la pauta que si uno no lucha por sus derechos, no los van a hacer cumplir y la lucha es colectiva no individual. Es decir, si vos vas solo, te estrolás contra la pared, es así. Y también es muy difícil organizarse, pero como decía acá [otro residente], la agremiación es muy importante porque es el único marco legal que tienen los residentes para llegar a estos cambios. (...) Y yo cada vez que puedo con los compañeros quiero tratar de ver estos temas, que puedan hacer esta reflexión teórica sobre sus prácticas y están tan quemados los compañeros que no pueden hacer esto. O al contrario nos ven como subversivos, como que queremos desestabilizar el sistema, cuando no, cuando la realidad yo la verdad tengo quizá un poco más de tiempo y quiero luchar para que vos puedas abrir un poco más los ojos, puedas darte cuenta de la realidad que estás viviendo, que lo podés llegar a lograr.
(...)

Residente 4: Ahora, muchos residentes con esto de las protestas y

las marchas se unieron a la CICOP, yo me uní a la CICOP, y muchos de los residentes están en contacto por WhatsApp, por mail por cadenas, hacen CPR después de las marchas y ese tipo de cosas para conversar cuestiones de las residencias. Al compañero, bueno, me parece que lo tengo de ahí, de las marchas ese tipo de cosas, bueno hay una comunicación en ese sentido.
(...)

Entrevistadora: ustedes lo que sienten es que tienen que hacer un trabajo un poco más interno entre los propios compañeros, ¿no?

Residente 4: Exactamente, yo por lo menos con mis amigos que están en otras residencias trato siempre de ver cómo están, en qué situación se encuentran, y bueno tratar de convencerlos de adherirse, de luchar. Pero bueno, justamente lo que les pasa, las guardias castigo y que no pueden dejar porque están operando porque tienen tal paciente, pasa todo el tiempo eso.

Residente 1: Esto no viene de la residencia, esto es ya directamente de la formación de la facultad, la facultad también, o sea, uno no se juntaba en la facultad mucho a luchar.

Residente 4: Yo no tenía ni idea

Residente 1: Era pasar, quería pasar la formación y rendir el examen. Se juntaban un poco, bueno, se lo dejábamos al centro de estudiantes, nuestra única obligación era votar porque si no votabas te hinchaban las pelotas. Claro entonces eso viene desde la facultad, se arrastra en la residencia y después se arrastra cuando terminás la residencia.

Residente 4: Y en la formación no se habla de estas cosas, es una cuestión formativa, lo que pasa con la salud pública lo podés ver tal vez mínimamente en salud pública, pero después cuando vas a trabajar en lo público es cuando te desayunas con todos estos temas. (...) Bah, desayunas, bueno, personalmente yo no le daba mucha importancia, siempre es una cuestión formativa. Hay muchos

que sí gritaban tal vez, pero yo por lo menos cuando empiezo a trabajar en esto veo las carencias del sistema, más allá de lo que venían diciendo, pero yo ahora lo siento." (Residente 1: Varón, Pediatría; Residente 2: Varón, Urología; Residente 3: Varón, Medicina General; Residente 4: Varón, Psiquiatría; Región VI)

7.3. Las propuestas de mejora por parte de los residentes

Antes de cerrar la discusión con cada grupo de residentes, se propuso hacer una ronda en donde cada uno expresara aquello que le parecía más urgente modificar dentro del sistema y propuestas de mejora. Los temas que surgieron fueron variados, y pueden ser agrupados en tres categorías: los relacionados con la necesidad de atraer más residentes a la provincia; temas vinculados a las condiciones estructurales de los hospitales y del sistema de salud público en general; y finalmente, temas que hacen específicamente a la organización de las residencias en la PBA.

En la primera categoría, se puso en evidencia la competencia que ejercen otras jurisdicciones en la adjudicación de los cargos de residencia, y como eso es un problema para cubrir la línea de residentes. Una residente expresaba que habría que intervenir modificando los tiempos del concurso, de modo de tener más chances de atraer postulantes:

"No se publicó en ningún lado, así promocionan... primer punto que está mal. La adjudicación del ministerio es la última de todas. Los privados adjudican antes, la provincia todo después, claro que no se va a quedar nadie hasta que readjudiquen. Lógica: dos más dos es cuatro." (Mujer, Pediatría, RS III)

Otro tema que surgió en relación con el concurso, es la necesidad de regular el ingreso de concurrentes, ya que incide en la adjudicación de cargos de residencia, como lo expresa un residente:

"lo que me llama la atención es que en la provincia, es el único lugar donde el concurrente esta fuera del concurso de la residencia, en otras partes del país, el puesto de la concurrencia se concursa igual que la residencia porque generalmente se terminan eligiendo como los últimos cargos. Acá en provincia lo que pasa o por lo menos en mi Hospital es que el concurrente habla con el Jefe y queda. Van un día menos, no hacen guardia los días de semana y muchos le dan una guardia para trabajar en el Hospital, otros trabajan por fuera, pero con esa guardia ya cobran un 50 % más de lo que nosotros cobramos como residentes, y eso también hace, sumado a mil factores más, que cada vez haya menos Residentes, que cada vez haya más gente que renuncia y me parece que el sistema completo está en crisis."

(Varón, Gastroenterología, Región XII)

Las condiciones estructurales del sistema público de salud provincial, como hemos visto en el Capítulo 5, son fuertes condicio-

nantes de la experiencia de ser residente. En este sentido, es esperable que en sus relatos aparezca como urgente la búsqueda de soluciones a estos temas. En el relato que sigue, se puede ver que la solución a estos temas estructurales tiene consecuencias directas en las posibilidades de aprendizaje de los residentes:

"Residente 1: Yo que hago cirugía, yo quiero que haya sutura mecánica para poder operar por laparoscopia. Desde el año '86 que la cirugía se revolucionó con laparoscopia y a nosotros todavía nos faltan insumos para poder operar por laparoscopia. Entonces estamos en el siglo XXI, año 2016, esto es una locura. Residente 2: los chicos de trauma en nuestro hospital consiguen ellos los clavos de afuera para operar, porque si no hasta que llega un clavo para una fractura tarda tres meses, entonces no operan. Ellos se rebuscan para operar." (Residente 1: Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV; Residente 2: Mujer, Pediatría, RS III)

En ese mismo grupo, surgió "lo presupuestario" como urgente, es decir, la asignación de mayor presupuesto para salud, o al menos, una mejor planificación del mismo.

"Residente 1: yo pondría lo presupuestario, porque eso abarca todo. Hasta la comida asquerosa que voy a comer todos los días al mediodía. Encontrás bichos, gusanos. Residente 2: nosotros no tenemos ni comedor Residente 3: no te dan tenedores, no te dan platos, no te dan agua. Nosotros pagamos el agua todos los días porque el agua de la canilla no se puede tomar. Residente 1: ¿cómo podés estar bien? ¿cómo podés estar contento? ¡sí tenés una chinche verde en la acelga! Es un asco." (Residente 1: Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV; Residente 2: Varón, Clínica Quirúrgica, RS III; Residente 3: Mujer, Pediatría, RS III)

El reclamo por mejorar la remuneración de los residentes se hizo presente de un modo u otro en todos los grupos. Del mismo modo, también aparece la necesidad de mejorar los salarios de los médicos en general, como modo de estimular el compromiso de los profesionales en relación con el sistema de salud.

"Y la remuneración, no podemos ganar cuatro pesos la hora." (Mujer, Medicina General, Región XI)

"Igual para los médicos de planta también, o sea, el médico de planta en provincia, gana muy poco, incluso hasta menos que el residente, entonces claramente van al Hospital lo menos posible porque necesitan trabajar en otros lados. O sea, cuando necesitás al planta no está nunca, pero también si te pones en el lado de ellos entendés que es su trabajo pero no pueden vivir del sueldo." (Mujer, Medicina General, Región VII)

El tercer grupo de temas urgentes a solucionar están estrictamente ligados a la organización de las residencias en sí mismas, es decir, a lo que hace a su funcionamiento y la recuperación de su sentido pedagógico. La primera cuestión que se evidenció como trascendente es la necesidad de contar con instructores de residencia que se ocupen de organizar la residencia como dispositivo de aprendizaje.

"Nosotros lo que necesitamos es un tipo que esté dando la clase. Instructores." (Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV)

*"[lo más urgente es] Lo académico. Que los que tienen los cargos cumplan con lo que tienen que hacer. Sí hay cargos de instructores, pero no lo cumplen.
(Varón, Clínica Quirúrgica, RS III)*

*"¡Un instructor pedimos! Que venga alguien que tenga ganas de ayudar. Daríamos un paso muy grande. En realidad, no le quieren pagar porque no tenemos R3. Tendrían que pagarle por tener residentes, no porque haya residentes todos los años."
(Mujer, Medicina General, RS II)*

"Residente 1: es preferible que, como estaba diciendo, tengas a alguien fijo, estable, que te de las clases, que te guíe, que te diga "bueno ahora llama al especialista para que te de la clase". Nosotros las clases nos las damos nosotros ¿Qué puedo transmitir yo?

*Residente 2: o que haya un tipo que nos diga "Che, vamos a hacer un trabajo de investigación con estadísticas del hospital, tenemos estos casos". (...) Pero un trabajo posta, para ir a concurso, para ganar un premio. Nosotros ganamos un premio, pero todo por un trabajo que hicimos nosotros y nadie, salvo un cirujano que se copó y dice "vamos a cambiarle esto, lo otro" y ganamos un primer premio en un concurso de cirugía, pero todo por motus propio. El instructor, eso es lo que nos falta."
(Residente 1: Mujer, Pediatría, RS III; Residente 2: Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV)*

En relación con la necesidad de preservar el sentido pedagógico de las residencias, también se puso en evidencia que los resi-

dentos deben dejar de ser los "tapabaches" del sistema.

*"me parece fundamental hasta cambiar ese tema de que dejemos de ser los tapabaches, siempre estamos tapando baches, "ah falta uno. Está el residente quedate tranquilo". Y no, no es así, hay que dejar de ser la rueda de auxilio. Vos tenés una carga asistencial, que la tenés que tener porque tenés el cargo, y una carga teórica. Tenés que tener clases, que te permitan las rotaciones, porque a las chicas nuestras no las dejaban rotar, hacer los cursos que vos quieras hacer."
(Varón, Ortopedia y Traumatología, RS VI)*

En relación con esto también surgió la idea de regular la cantidad de guardias, ya que genera un cansancio que muchas veces va en detrimento de las posibilidades de aprendizaje, como veíamos ya en el Capítulo 4. Del mismo modo, aparece la necesidad de encontrar otras dinámicas para las clases teóricas, de modo que no caigan en la modalidad clásica que resulta tediosa en medio del agotamiento de las guardias y actividades asistenciales.

"Llega un punto en el que con tanto cansancio ni la clase tenés ganas de escuchar, aparte nosotros tenemos una clase que es la típica, y es un embole. O sea, tranquilamente se puede hacer otra modalidad de clase, qué se yo, un taller o que cada uno investigue un tema y hablar de eso, de artículos, pero seguimos con el Power Point a oscuras." (Mujer, Tocoginecología, RS XI)

Una idea fuerte es la necesidad de modificar el verticalismo como modo estructurante de organización del aprendizaje en las residencias.

Residente 1: *[habría que modificar]tal cual la estamos viviendo, primero, el verticalismo que todavía hay en algunas residencias que, ni hablar cirugía, siempre es un desastre, traumatología, estás imagínate todos los fines de semana metido acá adentro, que te vean como persona, y que a veces nuestros pacientes te ven como persona y no el compañero. (...) eso, que no sos un ente, que tenés que comer, tenés que dormir y que es feo que vos decís "y bueno el paciente no tiene por qué saber que yo no dormí, pero el que está al lado si lo sabe, y no me deja dormir, no me deja comer"*

Residente 2: *por ahí la manera, por ahí lo que decía él que... que se yo, que el que está más arriba por lo menos que tenga un paciente a cargo, porque no puede ser que el que está en cuarto lo único que haga... este viéndote "che pasaste este laboratorio o no? Bueno no, bueno estas de guardia vos, bueno te vas a quedar hasta mañana porque te faltó este laboratorio". Y él no tiene ningún paciente a cargo, vos tenés toda la sala. Aunque sea uno, digo, de última que tenga el más crítico de la terapia, porque nosotros nos dividimos, primero y segundo se hace cargo de la sala, sí, ya segundo que estamos nosotros ya nos encargamos de los más complicados de la sala, tercero tiene toda la UTI y cuarto no hace nada, sí, que no lo veo bien yo (...) lo único que hacen es hablar con los jefes y robarse todas las mejores cirugías.*

Entrevistadora: *¿Hacen las cirugías que están buenas para aprender, digamos?*

Residente 2: *y claro sí, son cirugías grandes, importantes, de colon de estómago, que no lo veo mal porque vos tenés que dejar que estén más capacitados para eso, pero por lo menos que tengan los más complicados en la sala que los manejen ellos, sobre todo en la terapia intensiva. Entonces es un poco cambiar eso. No puede ser que todas las responsabilidades que hay para el que está de guardia." (Residente 1: Varón, Neonatología; Residente 2: Varón, Clínica Quirúrgica; RS I)*

Todos estos temas que surgen hacen a la necesidad de trabajar en los marcos regulatorios del sistema de residencias en la PBA. Algunos de los médicos lo expresan los términos de "contar con un respaldo", "hacer cumplir el reglamento", "estar más protegidos".

"me parece que lo que habría que cambiar sería un respaldo directo, de alguien que te proteja ante algo que no se esté cumpliendo del contrato que tenemos, del reglamento, que se deje de saturar al residente de primero, que se haga una buena distribución de tareas. Y me parece importante que, con respecto a la formación, no puede ser que vos estés en tal Hospital y te formes de una manera, y que tales en otro Hospital se formen de otra manera. Una estandarización básica de todas las residencias."

(Varón, Clínica Quirúrgica, RS V)

"el tema que dicen "necesidad del servicio" es como que ahí siempre vamos nosotros, en lugar de reforzar la guardia con los mismos médicos de guardia que por ahí hacen una guardia por semana, no, por necesidad del servicio, el residente... Y eso me parece que no está planteado dentro de lo que nosotros firmamos en el contrato. Hay un apartado creo que habla del servicio, pero no está muy claro lo que dice, dice que son 8 guardias... (...) abusan de ese punto en realidad, en todos los servicios, el tema de necesidad del servicio..."

(Mujer, Pediatría, RS V)

*"Cosas que considero que deben cambiar, muchas cosas que tienen que cambiar en relación a cómo está planteado, cómo funciona hoy, ya están en el reglamento y no se cumplen. Hay cosas que modificar, y eso de "en base a la necesidad del servicio" es como la puerta de entrada a seguir... (...) eso sí debería modificarse, pero hay muchas cosas que están escritas y no se cumplen. Con cumplir eso, ya se cambiaría mucho."
(Mujer, Neumonología, RS V)*

El tema del punto en el reglamento que establece que todo lo establecido queda supeditado a las "necesidades del servicio" no está tan claro en la letra del Decreto 2557 como lo expresan los residentes. Suponemos que hacen referencia al Artículo 53 en el que se menciona "La Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, será la autoridad de aplicación de la presente reglamentación y como tal tendrá a su cargo adecuar la estructura organizativa y la distribución cuanti-cualitativa de las Residencias, a los lineamientos de la política de capacitación que determine el Ministerio de Salud, según las necesidades del sistema y las demandas socio-sanitarias de la población bonaerense." No obstante, habría que tener en cuenta si este punto es citado por los jefes de los servicios ante los reclamos de los residentes por el tema de la sobrecarga de trabajo asistencial.

Para finalizar, resulta interesante un testimonio de una residente que pide, de modo general, que exista un mayor reconocimiento y cuidado hacia los residentes del sistema.

*"Yo creo que también eso, el reconocimiento, es como ¿quién reconoce el esfuerzo que vos estás haciendo? el médico de planta no te lo reconoce, el ministerio no te lo reconoce, porque hasta hubo comentarios de que ni siquiera te considera un trabajador. Más allá de que yo hago esto porque yo lo elegí, y porque hice la autocrítica y porque me quiero seguir formando, porque siento que lo necesito, pero reconoceme que formamos parte del sistema y que laburamos un montón para el sistema. Cuidame o reconocémelo al menos, si me estas explotando al menos"
(Mujer, Medicina General, RS VIII)*

7.4. Síntesis del capítulo

A pesar de las condiciones adversas en que realizan sus tareas, el reclamo organizado no es lo más frecuente entre los residentes. No obstante, existen algunas formas de organización político-gremial.

La organización de los residentes puede apreciarse en cuatro niveles: a nivel de la residencia, para la resolución de problemas puntuales; del hospital, en general con la misma lógica, salvo en aquellos hospitales en donde funciona periódicamente la Comisión Asesora de Residencias (lo cual hemos visto que no es lo más frecuente); en la escala regional, que abarca residentes de distintas disciplinas y especialidades y tiene como interlocutores principales a los responsables regionales; y finalmente, la organización de los residentes a nivel provincial, cuyo órgano de representación es la Comisión Provincial de Residentes (CPR), que articula a residentes de distintas disciplinas y especialidades y busca la puesta en discusión y solución a los problemas más importantes que padecen las residencias de la PBA. Esta instancia articula con los órganos de representación gremial de los profesionales de la provincia.

Los condicionantes para la organización política de los residentes que aparecieron en los grupos focales fueron: las represalias y castigos por parte de los jefes de los servicios frente a las manifestaciones de los residentes; la sobrecarga de trabajo que impide la participación en los ámbitos de organización; y una característica que describen como central dentro de la profesión, el individualismo de los médicos.

En relación con las propuestas de mejora de las residencias, los médicos consideraron que los temas más urgentes a solucionar

están relacionados con: la necesidad de que se cubran más los puestos de residencia, para lo cual deberían hacerse modificaciones en la instancia de concurso; la necesidad de asignar mayor presupuesto para salud en la PBA o, al menos, hacer una mejor administración del mismo, punto en el que surgió como prioritario mejorar la remuneración de los residentes; urgencia por modificar cuestiones referidas a la gestión misma de las residencias. En este punto apareció como nodal la necesidad de que exista mayor regulación del dispositivo, primero, respetando el reglamento, luego, regulando la cantidad de guardias, rompiendo con la tradición de que el residente sirve para cubrir los baches del sistema, jerarquizando la figura del instructor de residentes como central para la correcta formación, y combatiendo el verticalismo como lógica de organización del aprendizaje.

8

Capítulo Ocho

LA INSERCIÓN DE LOS RESIDENTES EN EL MERCADO DE TRABAJO

8.1. La transición entre la residencia y el mundo del trabajo: primeras aproximaciones

La salida de la universidad y el ingreso a la residencia, implica para muchos jóvenes médicos la primera aproximación al mundo del trabajo. Si bien los tiempos han cambiado y la profesión médica se ha extendido a otros grupos sociales, dejando de ser patrimonio exclusivo de las clases más acomodadas, muchos estudiantes de medicina se ven imposibilitados de trabajar durante sus estudios de grado debido a la fuerte carga de actividades que supone el desarrollo de la carrera. De este modo, el paso por la universidad supone un esfuerzo por parte de las familias para sostener económicamente los estudios de los jóvenes, aun de aquellos que asisten a la universidad pública.

Entonces, una vez finalizada la carrera, muchos médicos deben enfrentar el mercado de trabajo por primera vez, lo que, como hemos visto en capítulos anteriores, genera mucha angustia. El ingreso a la residencia está marcado por esta angustia frente a lo desconocido, que se suma a la que deviene de la responsabilidad de hacerlo con un título universitario de médico bajo el brazo.

Ahora bien, existe un segundo acontecimiento que es fuente de preocupaciones: la salida de la residencia. Esta salida los pone de cara directamente con el mercado de trabajo, con sus lógicas y con la soledad que supone no estar en el marco de un dispositivo de formación, en el que, idealmente, existe una contención por parte del sistema.

En el relevamiento realizado, hemos comprobado que esta salida no siempre es en un momento puntual, sino que muchos residentes van haciendo las primeras aproximaciones al mercado de trabajo a modo de transición durante el período de residencia.

Del total de la muestra de residentes entrevistados, el 57% reveló que su estipendio como residentes no constituye el único ingreso del hogar. De ese total, el 26,3% manifiesta que otra fuente de ingresos deriva de diversos trabajos que realizan ligados a la medicina. Entre ellos se destacan las guardias en instituciones privadas y el trabajo en ambulancias. Estos datos derivan de la encuesta realizada a los residentes en el marco de los grupos, por lo que se puede presumir

la existencia de cierto subregistro en la información, ya que la realización de otros trabajos va en contra del Artículo 21 del Reglamento de Residencias de la PBA (Decreto Ley N° 2557/2001) que indica en su inciso e. "Cumplir la beca con dedicación exclusiva", siendo su incumplimiento causal de limitación de la misma.

En la discusión de los grupos, notamos que eran muchos los jóvenes que manifestaban estar realizando otras actividades laborales en paralelo, por lo que se presume que en un marco más distendido y con el acompañamiento del resto del grupo que se mostraba en la misma situación, se han sentido con mayor libertad para relatar sus experiencias de trabajo.

Por otra parte, existe cierta legitimación frente a este hecho, fundada en que es el mismo sistema el que manifiesta su contradicción en este punto. En todos los grupos surgió el tema de las "guardias de reemplazo", que constituyen una práctica habitual en las residencias de la provincia frente a la falta de profesionales de guardia. En los hospitales la actividad se organiza de tal modo que los servicios ofrecen a los residentes esta posibilidad. Constituyen lógicas de supervivencia institucionales frente a la escasez de los recursos.

Este trabajo extra a la residencia adquiere dos modalidades: o se instala como una guardia obligatoria a ser realizada por los residentes, quienes no perciben un ingreso adicional por hacerlas, lo cual constituye un abuso al reglamento, como hemos visto en capítulos anteriores; o bien, se ofrece a los residentes superiores percibiendo la remuneración correspondiente a dicha tarea. De esta última modalidad nos ocuparemos.

La guardia de reemplazo paga realizada por un residente es una modalidad que, aunque se escape de la normativa, parece constituir un beneficio para todas las partes: el hospital cuenta con una

persona para cubrir la guardia, mientras que el residente tiene la posibilidad de complementar su ingreso con una tarea que conoce en un lugar familiar. Así lo muestran los relatos que siguen:

*"Nosotros a partir de 3ro o 4to también, como sí o sí es obligatorio, que haya 2 médicos de planta de guardia activa, en 3ro o 4to puede ser un médico de planta o un residente avanzado [las pagan] Como si fuese un médico de planta."
(Mujer, Pediatría, RS VIII)*

"en el mismo hospital tenés que cubrir. Porque en el mismo hospital se están quedando sin médicos, entonces también tenés que cubrir ahí, no solamente las guardias de residente, sino guardias." (Varón, Pediatría, RS VI)

Otra de las situaciones observadas es que muchas veces los jefes de servicio ofrecen a los residentes que los acompañen en otros trabajos que hacen en el ámbito privado: que los cubran en una guardia o consultorio, que los asistan en una cirugía o que los reemplacen en su período de vacaciones.

"Residente 1: a partir de segundo, tercer año todos salen a trabajar porque a nadie le alcanza la plata. (...) Y muchos de los que te dan trabajo son los que te dicen, son los de arriba, son los médicos que...

Residente 2: Que te llevan. (...)

Residente 3: [te dicen] "¿Me cubrís?"

(Residente 1: Varón, Pediatría; Residente 2: Mujer, Pediatría; Residente 3: Varón, Ortopedia y Traumatología; RS VI)

También muchos jefes comienzan a llevar a los residentes a otros ámbitos de trabajo con el fin de que complementen su formación en la especialidad y, de este modo, ir armando un equipo propio de trabajo.

"Entonces cuando salís a trabajar afuera, porque es necesario, yo en este momento gracias a, y no es por presumir de nuestros jefes, (...) gracias a ella nosotros podemos trabajar en los mejores centros de capital. Yo trabajo en el Sanatorio Los Arcos, y en el Sanatorio Finochietto que son dos de los mejores sanatorios de capital. Y no porque yo sea yo, sino porque venimos con la carta de presentación de [ella]. Entonces vemos dos sistemas de salud completamente diferentes en la terapia intensiva (...) el tipo de paciente que vemos, la realidad que vemos es otra"
(Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

"Te van llevando a las distintas clínicas en las que ellos van operando también. (...) Es como un favor para ir sumando cirugías. No es algo pago, pero sí es algo académico que uno va aprendiendo. Vas aprendiendo a operar distintas patologías que por ahí en el hospital no se operan, o por lo menos no lo hace el servicio de neurocirugía infantil, como columna, que se opera en otros lados."
(Mujer, Neurocirugía Infantil, RS VIII)

Desde la mirada de los residentes, el estipendio les resulta insuficiente para mantenerse, entonces se ven en cierto modo obligados a incumplir el reglamento.

"[la dedicación exclusiva] eso no lo cumplo! Si no tampoco haría la residencia... Sí, si no, no vivís! con 35 pesos la hora olvidate, yo trabajo afuera"
(Mujer, Medicina General, Región I)

En algunas ciudades chicas del interior de la provincia, los residentes arreglan a directamente con los servicios la posibilidad de no cumplir la norma de exclusividad a cambio de permanecer en la residencia. Poder complementar el ingreso es para ellos condición para terminar la formación.

"Nosotros en 4to año tenemos un día que es laboral, que está instaurado. Te da la posibilidad de que si vos querés tener, está contemplado como un día laboral. Es la primera aproximación a tener un consultorio, o una guardia de medicina, o en un centro de salud. Yo creo que otras Residencias lo han pedido y no lo han logrado. (...) Lo que pasa que el reglamento de Residencia es de dedicación exclusiva, si vos haces otra cosa es todo ilegal... (...) Quizás la idea sería mejorar el salario, la idea de formarte es justamente eso..." (Mujer, Medicina General, RS I)

"yo hago un montón de cosas. Así que en realidad el compromiso de la residencia y del pueblo digamos yo les cubro todo, pero bueno. Yo doy clases en la Facultad, en la UBA en Buenos Aires, me voy una vez cada 20 días y hago como otras cosas. Me voy a hacer el curso ese, es como un acuerdo. Es un complemento. Hago un montón de cosas, pero es como siempre les digo voy a estar ahí mientras me guste y esté cómoda, cuando no esté cómoda me voy." (Mujer, Medicina General, RS II)

8.2. Representaciones sobre el futuro laboral al finalizar la residencia

¿Qué sucede una vez finalizado el trayecto formativo de la residencia? Como dijimos, este es un pasaje que puede generar mucha angustia entre los residentes al final de su especialización.

Las opciones que manejan en general son varias: salir para

"Residente 1: Si, la verdad que es como un tema recurrente para mí pensar o sentir qué voy a hacer, qué tengo ganas de hacer porque estoy terminando... Todo el mundo te dice "ah, estás terminando", no, a mí me falta un año. Y la verdad que te choca un poquito estar pensando... está bien que no tenga ganas de trabajar en otro lado en este momento. Y todo el mundo te dice, bueno, dejás de trabajar acá y empezás a trabajar en otro lado, y no sé qué... Yo trabajé en otros lados también. Tuve una mala experiencia porque era una clínica bastante... Clínica Dr. Cureta podía ser... (...) Y después decidí trabajar sólo en el Hospital y hacer los reemplazos con el tiempo libre, pero no sé... Hay un montón de oferta de trabajo.

Residente 2: hay muchas ofertas, pero también medio precarias (...) sin posibilidad de estar en blanco, sin licencias, sin vacaciones... O sea, de eso hay un montón de trabajos, que hasta puede ser tentador por el tipo de trabajo pero después son un poco precarias. En el Municipio, por ejemplo, en San Martín que sí contratan, pero los contratos también son medio precarios y los sueldos son medio bajos. Aunque sea tentador el trabajo... las condiciones de trabajo... Y eso es re angustiante"

(Residente 1: Mujer, Tocoginecología;

Residente 2: Mujer, Medicina General; RS V)

volver a entrar, pero en el lugar de jefes/as de residentes; intentar obtener un lugar como especialistas en los hospitales en que se formaron o en otras instituciones dentro del sistema público; complementar entre guardias en el sistema público y algún trabajo en instituciones privadas; o directamente insertarse en el mercado de trabajo privado. En el medio de ellas, están las alternativas para seguir formándose y conseguir mejores posiciones en el mundo profesional.

Iremos viendo cómo estas alternativas entran a jugar en el imaginario de los residentes y cómo ellos proyectan su desarrollo profesional futuro.

La vuelta a la residencia como jefe/a de residentes

Algunos residentes proyectan volver a la residencia ocupando el cargo de jefatura. En general tienen la idea de que esta opción les resulta útil como un período de transición en el que pueden seguir formándose y, a su vez, pueden devolver algo a la residencia que los formó. En otros casos, existen motivaciones más instrumentales ligadas a un plan de desarrollo profesional futuro, como el caso que sigue a continuación:

"[elegí ser jefe de residentes] Porque me da ciertas posibilidades de tener formación, me da posibilidades de aprovechar algunas cosas que no pude aprovechar durante mi residencia, porque hay muchas cosas que no pude leer, hay muchas cosas que no pude

hacer, y el manejo de grupo, porque yo creo que la única salida que tengo dentro de mi especialidad es hacer gestión y para hacer gestión tengo que aprender a manejar gente. Aprender, no gestión de gente, si no gestión de recursos. Entonces al mismo tiempo me da puntaje para poder meterme a hacer carrera hospitalaria en Buenos Aires, que tiene un sistema de salud mucho mejor que este, muchísimo. Y tiene un sistema de residencias muchos mejor que este, muchísimo. Entonces al mismo tiempo, por estar en el servicio, mi jefa me dio palanca para entrar un curso de ecografía, que estoy haciendo en este momento, en paciente crítico, me dio palanca para hacer un curso de investigación, me da información que si no, no la tendría, para poder hacer un master en investigación el año que viene, todo por ella. Yo no me iba a quedar. Este año iba a ser otro año que no iba a haber ningún jefe de residentes."
(Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

En este testimonio que sigue, podemos ver una representación de la primera idea, es decir, la jefatura como un tiempo de cierta tranquilidad para continuar la formación.

"mi idea original para este año era hacer una Maestría, por ahí lanzarme a trabajar en el Municipio en lo que son los Centros de Atención Primaria. Y bueno, nada, surgió el segundo cargo de jefatura y finalmente decidí quedarme en mi unidad, tenía ganas de tener el espacio de jefatura. Pospuse un poco el tema del Municipio, y por otro lado mejor, porque es difícil el tema de lo que les decía recién, de los sueldos, de los contratos, que por ahí hay Centros de Salud para trabajar, pero están recontra lejos, estás solo y es complicado. Así que, por ahora, la jefatura y la Maestría." (Mujer, Medicina General, RS V)

Si bien no son muchos los jóvenes que deciden hacer la jefatura, hemos hallado en los grupos que algunos de los interesados se han visto impedidos de tomar el cargo por problemas relacionados con los requisitos para la finalización del Bloque de Formación Común o con problemas burocráticos asociados al mismo. De acuerdo a lo que surge, ha sido un motivo de conflicto en varias de las regiones sanitarias.

"Residente 1: [El Bloque de Formación Común] fue un limitante incluso para muchos chicos que querían agarrar la jefatura, para los que querían seguir...

Residente 2: no, no se las aprobaron. Por ejemplo, en el caso de los chicos que terminaron el cuarto año en el Hospital nuestro, los 3 hicieron entre otros trabajos conmigo, renuncia el profesor y el profesor entrante no les aprobó los trabajos. Ellos hicieron Derechos Humanos en 2014 creo, y les avisaron recién este año que no estaban aprobados, o sea un mes antes de terminar la residencia.

Residente 1: yo no pude agarrar el cargo de jefatura de residentes porque me faltaba un examen de Epidemiología virtual, tenía la cursada hecha y no me pude presentar a las instancias que me propusieron, en parte por cuestiones básicas del sistema. Porque si vos no estás matriculado en ese curso no podés ver los contenidos, entonces por supuesto tampoco te podés ir informando de cuando son las fechas de exámenes... y fue una limitante. A los 4 días de la fecha límite para presentar los papeles de la jefatura, di el examen, dentro de los meses de formación, me fue bien, pero no pude adjudicar ese cargo."

(Residente 1: Varón, Neonatología;

Residente 2: Mujer, Medicina General; RS V)

*"Lo que se fue a discutir con Dieguez y en Capacitación, lo que se hizo todas las semanas yendo a La Plata, fue la verdad muy desgastante y no solo fue Medicina General, fue el Hospital Gutiérrez de La Plata, fueron Hospitales del interior, un montón de residencias. Que es muy complicado hacer el Ciclo de Formación Común, sobretodo en especialidades quirúrgicas donde tienen guardias, uno tiene que ir a cursar Ingles 1 y 2, Psicología, Derechos Humanos. Y los chicos dicen nosotros hacemos, es decir, si quieren que hagamos el Ciclo de Formación Común, dennos más tiempo, pero no cierren los puestos de Jefatura, o sea déjenlos, y los que están en condiciones o les falta una, por ejemplo, Derechos Humanos, Ingles o Metodología de la Investigación lo puedan terminar y que ese cupo que esa Residencia no se quede sin gente. Lo que decía Dieguez es que las Jefaturas no las consideraba tan importante, porque la formación era de año a año, lo que nos planteaba él era, ¿cuál era la función del Jefe de Residentes? Bueno entonces se le explico todo lo que gestiona un Jefe de Residentes."
(Mujer, Medicina General, RS VII)*

Como podemos observar en el relato anterior, el conflicto relacionado con las jefaturas y el Bloque de Formación Común es un tema instalado en las organizaciones gremiales de los residentes. Al hecho de que son pocos los residentes que quieren reingresar como jefes, se suma el impedimento que pone el sistema para adjudicar dichos cargos. Un modo de intentar cubrir las vacantes en un puesto que parece ser central en la organización de las residencias, es dar cierta flexibilidad o extender los tiempos de presentación de los trabajos y ofrecer incentivos para su realización.

Lejos de ello, hemos observado que el mismo sistema es el

que muchas veces cae acciones que atentan contra su propio funcionamiento. Por ejemplo, una residente de la Región VIII ofrecía el siguiente relato:

*"En realidad creo que fue eso, algunos de los que después se quedaron trabajando con una beca en el hospital, alguno de los que querían quedarse medio como jefe, pero como les ofrecieron la beca con un posible interinato cumpliendo un año de becario, era una oportunidad de quedarse ya como médico de planta. Entonces prefieren hacer eso y no quedarse como jefe de residente."
(Mujer, Neonatología, RS VIII)*

El responsable del área de Docencia e Investigación de la Región I relata en su entrevista una situación similar: mientras que desde el área de Del del hospital más importante de la región se organiza el ingreso de la nueva camada de jefes/ de residentes, la Dirección Provincial de Hospitales en articulación con los responsables de la región sanitaria, ofrece a los candidatos una beca dentro del hospital con la posibilidad de un interinato al año. Frente a estas opciones, los médicos que se habían postulado a la jefatura, se retiran y toman el cargo de becarios en su lugar.

*"Jefe Del: [La falta de jefes de residencia] Este año es más puntual porque este año el sistema compitió contra la residencia. A muchos de los postulantes a jefes les ofrecieron Becas que pasan a cargo.
Entrevistadora: Y obviamente que eligieron esa opción
Jefe Del: Obviamente. Muchas residencias sin jefes, porque el que iba a ser jefe ahora tiene una Beca.*

(...) eso perjudico varias residencias, porque, incluso había algunos que ya habíamos hecho todo el concurso después suspendimos, y en algunos hasta renunciaron porque les salió el cargo... Digamos, el mismo sistema compitió contra la residencia. (...) Sí, o como en cierta forma asegurarle de "hacé esto que el año que viene vas a tener el tuyo". Y en vez de ofrecerle una beca para hacer una guardia, tranquilamente le pueden ofrecer el cargo de jefe de residente, hacer esa guardia, y cuando termina se pasa el cargo. Yo creo que hubiesen accedido todos. Pasó por afuera de docencia, se tramitó por otra vía que no tenía que ver con capacitación. Llego directamente a dirección la oferta de cupos de becas." (Jefe Del, RS I)

Este relato es interesante ya que permite ver la falta de articulación que existe en ocasiones en las mismas regiones sanitarias e incluso en los mismos hospitales. Un trabajo más articulado podría poner de relieve cuáles son las necesidades más urgentes del sistema, de modo de ocuparse conjuntamente de su resolución.

8.3. Público vs. Privado: representaciones y expectativas futuras

La amplia mayoría de los residentes que pasaron por los grupos focales se formaron en universidades públicas (80%) y todos ellos eligieron el ámbito público para seguir formándose como especialistas. Estas trayectorias ligadas al espacio público, determinan de alguna manera una afinidad por el ejercicio en el sistema público. Si bien muchos de los residentes tienen experiencias de trabajo en el mercado privado, son pocos quienes manifiestan abiertamente querer radicarse definitivamente allí. Lo público, ligado a cierta vocación de servicio, a la idea de devolución al lugar en donde se formaron, a las posibilidades de aprendizaje continuo, al prestigio de los hospitales provinciales, configura en el imaginario la opción más tentadora de inserción profesional. Sin embargo, las pocas posibilidades de obtener cargos rentados, los bajos salarios, y el desgaste que conlleva el trabajo en un sistema que está colapsado y que sufre la falta de recursos tanto físicos como humanos,

hace que muchos residentes visualicen como una opción más realista el trabajo en instituciones privadas; como complemento la mayoría, exclusivamente los menos.

Una de las opciones laborales que más expectativas genera entre los residentes es la de obtener un cargo en el mismo hospital en donde cumplen sus funciones. Los relatos que siguen así lo demuestran:

"Me gustaría seguir trabajando ahí, en cirugía ginecológica. Obviamente trabajaría también en el privado, y espero que sea en ginecología, que es lo que más me gusta. Pero sé que en la obstetricia, ni bien termine ya tengo un cargo esperándome." (Mujer, Tocoginecología, RS IX)

"Mi Hospital nos deja un cargo de 24 horas cuando terminamos la residencia. Y lo que está queriendo hacer el Instructor de residentes es que, bueno, lo hace con estos chicos que egresan este año de cuarto, es que ese cargo se articule con la residencia. Entonces, una chica queda como referente de guardia, entonces va a hacer el cargo de 24 horas en la guardia, óhs todos los días, que va a ser la que acompañe a los residentes que roten por guardia. Va a haber un consultorio de residentes, que va a hacer una de las chicas egresadas que se va a hacer cargo de esos dos. Entonces, está buena la propuesta como para los egresados de la residencia, hagan su cargo de 24 horas en función de seguir formando la residencia. Así que calculo que por ahí va a venir la propuesta el año que viene. Sí, es verdad, que les dije, hice la entrevista en el Austral y todo, y hay un montón de clínicas o lugares grandes, pero te contratan como monotributista. Eso, y por otra parte, como les dije, calculo que querré hacer algún curso superior, o rendir el examen de la SAP, algo más formativo que quedó como una pata floja en la residencia. Seguro algo formativo voy a hacer. (Mujer, Pediatría, RS V)

"Me gustaría quedarme en el hospital, aparte yo soy vecina del hospital, yo vivo en Banfield así que como que uno le tiene un cariño particular, no solo como médico si no también he tenido experiencias como paciente, quizá con familiares y demás, así que uno le tiene cariño al hospital, me gustaría. Pero si quiero seguir haciendo, seguir formándome, quiero hacer medicina interna en oncología así que eso no me lo permite el hospital, así que, sí o sí tengo que ir a un hospital monovalente, ya sea el Garrahan o el Ludovica, bueno después veré el año que vienen cuando me toque recibirme, pero si me gustaría, para mí sería

ideal obtener un cargo en el hospital de fines semana y en todo caso los días de semana formarme. La verdad que ahora los cargos no, es como decían los chicos, no hay cargos, hay becas que las becas después los años que vos trabajas no se cuentan con trayectoria así que es un poco y un poco."
(Mujer, Pediatría, RS VI)

A pesar de ser su deseo, algunos residentes creen que no hay lugar para ellos en los hospitales en los que están. Saben que se abren pocos espacios para médicos ingresantes y que están muy disputados. De cierto modo, lo viven como una ingratitud del sistema hacia ellos luego de haber estado tantos años al servicio del mismo.

"Bueno ese es otro tema, si alguno de ustedes tiene el cargo asegurado dentro de su hospital... vos terminas la residencia y no tenés la inclusión dentro de tu hospital, o sea te quedaste 4 años, laburaste un montón, terminaste la residencia, "muchas gracias, genio", y después claro, laburo hay un montón, pero el que le gusta el sistema público: no se abren becas, y ya no sé si en todos, quizá estoy hablando por mi tema, no se abren puestos. Al no jubilarse, hay camadas de médicos jóvenes, cincuenta, cuarenta y pico, que no tienen pensado jubilarse, entonces ese es otro punto que la residencia tendría que solucionar: la inclusión a un sistema que le médico elija, si el médico quiere elegir el especialista que ya está formado en realidad, quiere quedarse en el hospital público tendría que tener la posibilidad."
(Varón, Ortopedia y Traumatología, RS VI)

*"A nosotras nos pasa que ningún residente que haya terminado se quedó, pero por un problema burocrático. Cuando nosotras estábamos en primero, segundo, hubo concursos y las residentes que terminaron concursaron, las dos ganaron el concurso y a las dos se le prometió el cargo. Estuvieron dos años esperando los cargos, a los dos años se fueron, nunca le salió y nunca les pagaron nada.
(...) Lo único que les pagaban eran las guardias de reemplazo"
(Mujer, Neonatología, RS VI)*

*"Había otro residente que terminó la residencia y vino a trabajar los domingos porque le iban a dar el cargo. Aguantó seis meses sin que le paguen todo porque le gustaba el hospital, y quería volver al hospital donde se formó. Y se cansó y obviamente que después se le ofrecieron mil guardias para estar ahí, también cada uno a pesar de querer mucho el hospital público, también tiene que ver, tiene a su bebita, tiene su familia... también se venía un domingo 24 horas, y un domingo querés estar con tu familia. Hace 6 meses que no le pagan, por eso tampoco es sostenible para nadie, aunque te guste mucho el hospital."
(Mujer, Terapia Intensiva, RS VI)*

Estos dos últimos relatos dan cuenta de una práctica que resulta habitual: médicos ya formados que se quedan en los hospitales bajo la promesa de un cargo que no llega. Finalmente, luego de meses o años de trabajo gratis, desgastados, deciden irse y probar suerte en otros lugares.

La idea de "devolución" al sistema público y la posibilidad de seguir en formación

Una idea muy fuerte ligada al deseo de permanecer en el hospital público es la de "devolución".

Más allá de las condiciones adversas de la residencia, los residentes desarrollan un apego al hospital, a la función social del médico en el ámbito público. A pesar de que muchas veces se sienten sobrecargados y hasta explotados, también aprecian la posibilidad de formarse que les ofrece el estado, y sienten que están en deuda con esa situación. Quizás parezca contradictorio un sentimiento con otro, pero en el imaginario de los residentes conviven frecuentemente.

"Yo en lo personal, estudié en la universidad pública, hago la residencia en hospital público, y soy una convencida de que eso hay que devolverlo de alguna forma. Me veo en los primeros años en una guardia o en un consultorio externo de un hospital público. Y después sí, quiero tener mi consultorio y trabajar de forma privada." (Mujer, Clínica Médica, RS IX)

"A mí lo público me tira, no tengo duda que lo elijo. No sé si el hospital, probablemente la salita. Hay una salita en Villegas y se está armando otra. Y apostar a la medicina familiar que todavía en Villegas no hay. Hay una mezcla rara, es como el médico clínico hace de médico de cabecera de la familia, pero no está bien armado el sistema de medicina familiar y de salita. Me gustaría aportarle a eso." (Mujer, Medicina General, RS II)

"siempre lo hablamos un montón con mis compañeras que están como yo que estamos en 4to o mi jefa, que estoy haciendo guardias afuera, me doy cuenta lo que me gusta el hospital que no cambio por nada el hecho que yo en el hospital nunca esa sensación de soledad, y peleo y quiero un cargo en el hospital. Además, me gusta y quiero la salud pública, me gusta. Me recibí en una universidad privada porque si seguía en la UBA iba a estar mil años más, entonces dije me cambio a una privada, pero de hecho me hubiese gustado estudiar en una universidad pública, todo fue. Y la realidad es que el hospital no lo cambio por nada, con todas las cosas en contra que estoy diciendo, porque pienso en que debería y me encantaría que cambien un montón de cosas. Pero lo que a mí me dio el hospital no me lo va a dar otro centro privado. Sí voy a hacer consultorio a lo sumo, pero me encantaría tener un cargo en el hospital." (Mujer, Pediatría, RS III)

Otro de los factores de peso que encontramos que generan expectativas en relación con la continuación en el ámbito público es la posibilidad de continuar en formación. El hospital se vislumbra como el lugar en donde un profesional médico puede seguir en contacto con mecanismos de actualización permanente. Existe la idea de que un médico que se va del hospital a ejercer su práctica en forma privada, se pierde la posibilidad de estar actualizado. También se asocia a la idea de prestigio en la profesión, que tradicionalmente estaba ligada a la práctica en las grandes instituciones sanitarias.

"Para mi forma de ver, que si no tenés la formación del hospital, te quedas en una meseta... La actualización está en el hospital." (Mujer, Pediatría, RS IX)

"es controvertido porque uno todos los días ve lo que pasa, y se queja de lo que pasa, no sé si será la costumbre o qué, pero uno llega y dice bueno, son las condiciones que están y hay que aceptarlas. Y bueno, tiene ventajas. Yo elegí formarme en público de Provincia porque uno aprende más, que te fogueás más, que tenés más pacientes. Por otro lado, estás un poquito más solo, que por una parte es bueno, por otra parte es mala. Entonces creo que uno lo elige para formarse, pero que después todos aspiramos a trabajar en algo privado, trabajar un poco mejor, por lo menos mi caso es así. Pero bueno, como decimos, el Hospital es el que te sigue formando, seguís aprendiendo, por eso un cargo en Provincia, en el Hospital donde estés, además de lo que puedas trabajar en privado, todos queremos." (Mujer, Medicina General, RS V)

Este último relato da cuenta de esta contradicción a la que nos referíamos anteriormente: el sistema público es deseable, te permite aprender, pero también implica aceptar condiciones que no son las ideales, te deja solo, y te desgasta. El testimonio que sigue muestra esta tensión entre la vocación por lo público y la necesidad de buscar otras salidas en el ámbito privado.

"yo siempre fui defensor de la salud pública. Quiero trabajar para el estado. No sé si acá. Yo soy de Entre Ríos, viví 10 años en Rosario, ahora estoy viviendo acá, no sé dónde voy a terminar, pero seguramente voy a trabajar para el Estado. Pero indefectiblemente esto lleva al desgaste. Los médicos de planta que tenemos están hechos pelota, no quieren saber más nada. Muchos están a punto de renunciar todo el tiempo y hace 10 años

que trabajan. O sea, ¿imaginate el que hace 30 o 35 años que trabaja? En algún punto esto te quema la cabeza, pero mi idea siempre fue trabajar en un hospital público. Igual no podés tener un solo trabajo porque con 13000 pesos, tenés que tener tres trabajos en este país para más o menos vivir, no sé dónde voy a terminar. Seguramente haga una post básica. Yo después de la residencia seguramente haga una sub especialidad. (...) El que no tiene 2 trabajos no sé cómo hace. Excepto que sea el único en el país que haga eso y te lo paguen muy bien. No creo que pase." (Varón, Clínica Quirúrgica, RS IV)

Otros expresan este mismo desgaste pero desde una visión un poco más optimista, ligada a las posibilidades de modificar las condiciones desde adentro y a través de la organización colectiva:

"Por ejemplo, yo quiero seguir en el sistema público. Y a veces pienso que te quema mucho, o sea, voy a seguir en el sistema público que por ahí en algún momento uno termina como resignándose, uno lucha y trata de participar de los reclamos salariales y condiciones laborales, que a veces es difícil... te termina quemando la precarización de años y años trabajando en malas condiciones. Pero creo que también se puede... el tema de agruparse y charlar sobre estas cuestiones y tratar de resolverlas con los gremios o como sea. Creo que vale la pena intentar seguir en el sistema público." (Mujer, Pediatría, RS V)

Las ventajas y desventajas del trabajo en el ámbito público y en el privado

Como hemos visto hasta aquí, en general existe una tendencia a proyectarse como médicos en el ámbito público, pero también está la idea de que es imposible tener una buena calidad de vida trabajando solo allí. Las condiciones salariales del sistema llevan a que la mayoría de los jóvenes médicos sientan que tienen que complementar necesariamente con otros trabajos.

Y lo cierto es que, si miramos los indicadores de empleo que el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación elabora para el sector salud, vemos que esta sensación de los residentes se corresponde con la realidad del sector. Mientras que en el total de la economía argentina, en el primer semestre de 2015, el pluriempleo registra la cifra del 7,3%, en el sector salud esta asciende al 15,3%, es decir, más del doble. Si analizamos los datos para los trabajadores profesionales, la cifra sube al 28,3%. Uno de cada tres profesionales de la salud en Argentina tienen más de un empleo, mientras que en el total de los sectores económicos solo el 13,1% están en esta misma situación. Es de suponer que en el caso de los médicos el número sea aun mayor, aunque no se presentan los datos desagregados por profesión⁹.

La discusión registrada en uno de los grupos focales y que se reproduce a continuación, da cuenta de las percepciones de los médicos acerca de las condiciones que les ofrece el sistema público y las alternativas disponibles.

⁹ MTEySS "Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud", noviembre de 2015.

Residente 1: hay un montón de gente que trabaja en el privado nada más y vive bien. O sea, no vas a vivir bien si trabajás solamente en el público.

Entrevistadora: o sea ¿trabajar en el público es sólo vocación? ¿Amor por el hospital? Muchos: sí.

Residente 2: un 50 y un 50 porque el que trabaja en el público también piensa que en el futuro va a tener jubilación, va a tener obra social.

Residente 3: yo en el pueblo estoy enterrada: 2 de la mañana, 3 de la mañana, pero yo gano re bien

Entrevistadora: es lo que decías vos. Un generalista en un pueblo se busca...

Residente 2: sí claro, porque ella cumple el rol de 8 médicos. Hace pediatría, clínica, entonces es más barato para... por eso se plantea así el sistema de salud en Argentina. Porque con un generalista cubren la paga de 8 médicos.

Residente 4: convengamos que tampoco es mucha la gente que se quiere ir al pueblo. Es un esfuerzo, una decisión personal, de la familia.

Residente 5: no está armado el sistema de salud entonces los médicos están desparramados."

(Residente 1: Mujer, Pediatría; Residente 2: Varón, Clínica Quirúrgica; Residente 3: Mujer, Medicina General; Residente 4: Mujer, Medicina General; Residente 5: Varón, Clínica Quirúrgica; RS III y IV)

Algunos residentes, especialmente los de Medicina General, que hacen una fuerte apuesta por lo público, tienen una mirada realista acerca de las limitaciones del sistema y la necesidad de tener varios empleos, pero piensan otras alternativas:

"A mí me gustaría trabajar en el sistema público toda mi vida, que sea de 8 a 8 de 8 a 6, solamente conozco, digamos, si vos lo querías hacer, en mi área es inviable, ser únicamente un personal público porque un médico interino de 16hs está en 16 mil pesos. (...) la complementación te lleva al sistema privado. Solamente conozco una persona que trabaja en el sistema público, pero tiene 3 trabajos en el público, la misma persona. Que hace en realidad, termina haciendo lo mismo que hace la persona en el sistema privado. Quizás una de las opciones sería irme de acá, irme a Neuquén que es una matrícula retenida, trabajás ¿entendes? que es un avance importantísimo en la salud pública retener las matrículas, capaz que es coercitivo para algunos, pero para mí en el sistema público es lo que tiene que ser. Vos o cualquier amiga que labura allá, que son de la clase obrera, porque son como cualquier trabajador, aunque seamos médicos, que laburan en un lugar y chau. Después te vas a pasear al perro, a aprender judo, no sé."
(Varón, Medicina General, RS VI)

No obstante ello, la idea de complementar el empleo en ambos sistemas es la que parece más realista de acuerdo a esta situación para la mayor parte de los residentes.

"mi idea es, a mí me gusta tanto la pediatría como la neonatología es más mi idea es hacer ambas cosas, en algún momento tener un consultorio. Sé que es difícil tener un consultorio al principio digamos soy realista y tengo que vivir y vivir al principio con un consultorio es imposible, pero mi idea es tener un consultorio y tener guardias de Neo. Si tuviera la posibilidad de quedarme en algún público por el tema de las jubilaciones y todo eso, elegiría un público. Además es muy diferente la gente que uno atiende en un público al de un privado. La diversidad que hay, o sea yo que estoy haciendo, estoy acá y hago guardia en el privado tanto de Neo como de pediatría y es diferente, digamos. Así que me gustaría trabajar en ambos ámbitos y si tuviera la oportunidad en un público trabajaría en un público." (Varón, Neonatología, RS I)

"A mí me gustaría quedarme en el Hospital, por lo mismo que dijeron los compañeros, porque es el lugar donde uno se formó y para devolver un poco, lo que nos dio, y repito esto, de que el trabajo del Estado te da cierta seguridad, cierta estabilidad, más allá de que la paga sea poca. Pero es verdad que después te terminás sosteniendo económicamente más con el privado, pero bueno sinceramente, no sé si habrá cargos. A mí me quedan dos años más todavía, es algo que me genera angustia". (Mujer, Cardiología, RS XI)

"Si, como somos dos uno va a quedar en la Jefatura de Residentes y el otro en la Coordinación de Emergencias del Hospital, pero actualmente sí estoy trabajando en un Centro Privado aparte, haciendo de emergencia. [Mi idea es] Tener lo Público y lo Privado, o sea, el estrés, y el relax, pero haciendo lo mismo." (Mujer, Emergentología, RS XII)

Este último testimonio condensa varias de las percepciones que hemos ido viendo: la idea de devolver algo al lugar que a uno lo formó, la ventaja que tiene el público en cuanto a estabilidad y seguridades sociales, la necesidad de complementar los ingresos en el ámbito privado y, finalmente, la angustia por la incertidumbre frente a la salida y la inserción en el mercado.

Agotamiento y pesar: refugiarse en el sistema privado

Si bien no constituye la percepción de la mayoría de los residentes, hay un pequeño grupo que siente que su nivel de tolerancia con las condiciones adversas de trabajo en el ámbito público ha llegado a su fin y ven como única alternativa emplearse en el sistema privado. Lejos de estar satisfechos con esta salida, expresan pesar por sentirse agotados y un sentimiento de desengaño.

"a mí siempre me gustó lo público, pero la verdad me siento agotada en el sistema público. Creo que el hospital te demanda, te demanda y no da nada. La verdad que no creo que siga en lo público. [Mi idea es] poner un consultorio, o hacer también una post básica. Siempre me gustó lo público, pero en este momento es abrumador. Me está agotando me está sacando toda mi energía, es el límite.

"Estoy considerando hacer un posgrado en cardiología para poder tener una expectativa en algo porque el estado a los intensivistas, lo mismo a los emergentólogos, no les da la posibilidad de tener un estilo de vida decente. Lo único que vas a tener el resto de tu vida es guardias como un forro hasta que tengas cincuenta años y te jubiles de hacer guardia, a menos que tengas la suerte de ser un distinto, o tengas un entongue político para pasar a ser jefe de algo. ¿Entonces mientras tanto qué perspectiva tenés? Y el sueldo del guardiólogo es 14 lucas por mes. Y no podés hacer otra guardia en el estado. (...) Porque tenés un único trabajo. ¿Entonces qué pretendes? Obviamente me voy a ir al privado. Estoy pensando que voy a hacer un máster en gestión, me voy a vivir a capital, que el único motivo porque no me fui a vivir a capital es porque tenía miedo, por eso rendí solamente para provincia, y para terapia solamente. Entonces me voy a vivir a capital buscando otros horizontes y terminaré haciendo otra cosa en 10 años. Porque la verdad que no me queda otra. Yo quiero tener vida. Esto, este sacrificio de los últimos 5 años de perder toda mi vida, para nada, para poder hacer un trabajo decente, porque no quiero matar a un tipo, yo no lo quiero volver a vivir. Y no sé, creo que hablo por la mayoría de los que están acá." (Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

"Mi campo de acción acá es nulo prácticamente con la patología, porque terminas trabajando en un hospital público, donde ya empezás a ser o médico de planta o empezás siendo becario primero, para después que te nombren médico de planta, si alguna vez te sale el cargo, y el becario cobra 8 mil pesos mensuales, por hacer un trabajo que es de 8 a cuando el jefe lo obliga se tiene que

quedar a la actividad académica si no bueno, ponele hasta las 3 o 5 de la tarde, y cuando no podés terminás trabajando a las corridas o sea, de ahí te vas a otro laboratorio, en general a hacer macroscopía, porque en general la patología en la ciudad de La Plata y en las ciudades grandes está como centralizada en los grandes laboratorios, entonces vos terminás siendo esclavo de ese laboratorio, terminás mirando paps por dos con cincuenta, o terminás dando la macroscopía que nadie la quiere dar, y se enriquece el resto y vos terminás haciendo el trabajito de hormiga. Entonces lo veo con mis compañeros los médicos de planta, que están corriendo, o sea, trabajan en el hospital por ese dinero, terminan haciendo instructoría por un poquito más y no la terminan de hacer completa, terminan trabajando en otro laboratorio, terminan trabajando en otro laboratorio, y el tiempo que te queda, por ahí vuelven a las ocho de la noche a la casa. La mayoría son mujeres, ves dos horas a tus hijos, al otro día alguien lo termina llevando al colegio, al jardín, a todo y vos te terminás de perder un montón de cosas como decíamos hoy, dejás de lado la familia, dejás de lado tu vida personal, dejás de lado tus vacaciones, tu todo, terminas trabajando así. Entonces no te queda otra que trabajar en el privado. A mí, en mi caso yo tengo un nene, de ningún modo me voy a quedar por 8 mil pesos en el hospital porque no me puedo mantener ni yo. O sea, y menos, yo tengo gastos de niñera, de jardín, porque como decía (otra residente) son 9 horas de trabajo, más lo que hacés de guardia ¿con quién dejás a tus hijos tanto tiempo? Los gastos no los podés cubrir, salvo que hagas este parche de trabajo o que te dediques a trabajar en privado. Entonces yo por lo menos tengo decidido terminar. Y muchos elegimos este camino porque no nos queda otra. Yo no sé cuántos de acá no, pero a mí me pasó que cuando estaba en la facultad, ya dos años y me recibo. Era como que ya estabas más próximo a terminar que a arrancar otra cosa. Cuántos de nosotros se pueden arrepentir ahora y arrancar otra carrera..." (Mujer, Anatomía Patológica, RS XI)

Estos dos últimos testimonios, sobre todo, expresan un desgaste muy fuerte derivado de las condiciones materiales que les ofrece el sistema en general. Incluso, ambos comparten el hecho de sentir que han desperdiciado los últimos años de su vida por la profesión médica, que han resignado mejores posiciones económicas y la posibilidad de pasar mayor tiempo con la familia.

Especialidades con características particulares

La primera de las especialidades que se cita como el paradigma de las que se mueven con lógicas propias es Anestesiología. En el caso de los aspirantes a anesthesiólogos, ya hemos visto que están dispuestos a migrar dentro del país para obtener una vacante para formarse en la especialidad. Una vez que ingresaron, tienen la ventaja de que se les ofrece un puesto de trabajo en el mismo lugar una vez finalizada la residencia, que es el motivo por el cual se concursa una vacante allí y no en otro lado. Los residentes saben que al finalizar tienen la ventaja de una inserción segura, pero deberán quedarse en el lugar una cierta cantidad de años pactada previamente.

"Residente 1: Volverme [a mi ciudad] imposible, porque entro a la residencia y hay un lugar laboral reservado para mí, en la zona, no fuera.

Residente 2: por eso la abren ahí.

Residente 1: me insertan laboralmente.

Residente 2: laboralmente te tenés que quedar 4 años más.

Residente 1: puedo querer volverme a mi lugar de origen, pero tengo 6 años más. Entrevistadora: ¿y cómo ves eso? ¿lo ves como un sacrificio o te parece que está bien?

*Residente 1: a nosotros nos genera mucha conciencia como gremial, por decirlo de alguna manera. Y lo veo justo."
(Residente 1: Varón, Anestesiología, RS IV; Residente 2: Varón, Clínica Quirúrgica, RS III)*

Como expresa el residente, dentro de la especialidad, este hecho se vislumbra como parte de las reglas internas que regulan la actividad. Se evalúa como justo en función de los beneficios que se proyectan a futuro en una de las especialidades mejor rentadas de la medicina.

En el imaginario de los residentes, hay otras especialidades que presentan condicionamientos para la inserción por sus características de funcionamiento. Algunas ofrecen mayores posibilidades de desarrollo en clínicas privadas en las que se cuenta con aparatología más compleja y nueva, en donde se realizan determinados procedimientos que no se hacen en el hospital público y que por lo tanto resultan más atractivos para el desempeño profesional.

*"a mí me gusta el público pero hay una realidad, que prevalece el privado en imágenes, entonces, bueno, no sé, habrá que ver y también, bueno yo no soy de acá de Bahía soy de un pueblo y a mí me gustaría volverme, no sé si a mi pueblo pero cerca o algún pueblo chico, Tres Algarrobos se llama, al norte de la provincia. Así que ahí no te queda otra que trabajar en el hospital del pueblo"
(Mujer, Diagnóstico por Imágenes, RS I)*

"las condiciones del sistema de salud para los intensivistas, para todos los médicos, pero para los intensivistas puntualmente, hacen que muy poca gente quiera trabajar en el sistema público. Porque nosotros lo que queremos es infraestructura. Yo si hago terapia intensiva, en este corto tiempo, teniendo la posibilidad de trabajar donde estoy trabajando, yo no considero viable atender un paciente y no tener los recursos que necesito para poder tratarlo. Porque si no, estoy aumentando la mortalidad. No es que estoy dando lo mejor que yo puedo hacer. Porque nosotros también hicimos una investigación. Y no es que estoy bancando la situación como puedo, y le estoy ofreciendo algo. Al contrario, yo le estoy aumentando la mortalidad a ese grupo de pacientes que en otro contexto quizás tendrían algo distinto. Pero con esto, aumentan la mortalidad, para esa persona y para un grupo poblacional, porque por ejemplo no podemos hacer un adecuado control de infecciones.

(...)

Entonces, lo que termina pasando es que muchos no queremos trabajar en esa realidad. Queremos cambiarlo, nos gusta el hospital, nos gusta el tipo de pacientes, nos gusta poder ayudar a la gente que está en inferioridad de condiciones. Porque la verdad lo ves, a mí no me gusta atender al tipo que va al De los arcos y piensa en hotelería, yo quiero atender al tipo que está ahí, el que no tiene posibilidad de acceder. Pero si yo no tengo como tratarlo, porque no me basta con saber manejar los conceptos de retorno venoso y la presión sistémica media, no me alcanza eso. Yo necesito tener con que laburar. Si no tengo con que, no tiene sentido."

(Varón, Terapia Intensiva, RS XI)

Entre los que se forman en especialidades quirúrgicas parece haber una idea generalizada de continuar con una formación pos-básica antes de la inserción definitiva en el mercado laboral. Luego, también se proyecta el trabajo en instituciones privadas como más atractivo.

"mi idea sería post-básica, y después, una vez que tenga la post-básica ejercer en el sistema privado. Pero la verdad es que me gusta el sistema público, y dejo abierta la posibilidad de si se puede conjugar las dos, por supuesto."

(Varón, Clínica Quirúrgica, RS V)

Por el contrario, los especialistas en Medicina General ven como su ámbito natural de desempeño profesional al sistema público. Si bien algunos de ellos expresaron su idea de complementar con empleos en el sistema privado, todos ponen de relieve que lo deseable en la especialidad es el trabajo público. No obstante, otra salida que ha surgido como alternativa en la especialidad es el ser médicos de pueblo, una imagen muy frecuente en la fantasía que existe alrededor de los generalistas.

"La realidad es que yo sé que en los pueblos como no hay médicos, de hecho, ya me han ofrecido, y voy a ir para ahí porque no hay médicos, no porque sea lo que a mí más me gusta. A mí me gustaría estar en una Unidad Sanitaria, tener mi área programática y poder hacer todo eso para lo que me estuve formando. O me doy el rebusque que hacen otros, trabajo en Unidad Sanitaria y en Privado, haciendo Clínica, haciendo Pediatría."

(Mujer, Medicina General, RS XI)

8.4. Otros factores relevantes en la proyección profesional: ganar calidad de vida y volver al lugar de origen

Atravesando todas estas ideas que hemos ido exponiendo acerca de la inserción profesional una vez finalizada la residencia, aparece un factor que cobra relevancia al momento de evaluar las opciones y hacer una elección: la calidad de vida.

El período de la residencia es visualizado como un tiempo de formación necesario pero sacrificado, en el que quedan suspendidos proyectos y deseos ligados a la familia, al disfrute, a la organización de actividades ligadas a otras esferas de la vida. Por este motivo, su culminación también se percibe con cierto sentimiento de liberación. En este sentido, cuando los residentes evalúan sus alternativas de inserción laboral como especialistas, esperan no perpetuar estas condiciones, sino ganar puntos en calidad de vida.

"yo hoy lo que te puedo decir es que no quiero trabajar todos los días de mi vida, todo el día. Yo voy a ser neo así que me gustaría hacer guardias de neo, pero no tener un cargo de ir a trabajar todos los días. Hoy te puedo decir eso." (Mujer, Neonatología, RS IV)

"a mí el público me gusta y me gusta mucho, de hecho me forme en un hospital público y todo, pero también te encontrás con un montón de cosas en cuanto a ahora vivir ahora con el sueldo y todo, mi idea es cuando termine la residencia es por ahí hacer algo más, alguna subespecialidad de la pediatría me gusta mucho (...) nefrología me gusta, pero no tengo ganas de a los 50, 60 años seguir viviendo de guardias porque creo que ya llega un momento que... como poder bajar, poder seguir haciendo lo que me gusta pero con más tranquilidad." (Mujer, Pediatría, RS I)

"fueron bajando mis expectativas personales, voy a priorizar otras cosas, voy a priorizar a mis hijos, no sé ir a buscarlos a la escuela y no todo lo que yo quería hacer como profesional. Está bien, por ahí no está mal, pero en mi cabeza yo quería, no sé, ganar el Premio Nobel. Así que vas allá arriba tratando de ser el mejor o de alcanzar lo mejor, de estudiar lo más que puedas y de repente llegás y decís "bueno, esto lo tacho de mi lista, no lo voy a poder hacer, porque no voy a tener el dinero, el espacio o el apoyo, porque quiero ir a un lugar que no hay otros otorrinos que me puedan ayudar" y así vas tachando de la lista." (Mujer, Otorrinolaringología, RS XI)

Otro elemento que atraviesa las decisiones sobre la inserción futura es el deseo de volver a sus lugares de origen. Del mismo modo que vimos que este era un factor relevante para elegir el lugar en donde hacer la residencia, vuelve a ponerse en juego para la radiación como especialistas médicos. Vemos a continuación algunos testimonios que así lo demuestran:

"Mi idea fue siempre volverme a Salta, también allá falta mucho médico. Yo me proyecto para irme allá, tengo gente conocida en mi especialidad, y quizás puedo llegar a obtener algún tipo de lugar o algo y empezar a trabajar, como para arrancar. Porque uno recién arranca y después te hacés conocido, pero mi idea es irme." (Varón, Nefrología, RS XI)

Residente 1: *[Tengo pensado] volver con mi familia a Olavarría. (...) Sí, yo viví allá, estudié allá, todo allá. Bueno, cuando surgió el tema de la especialidad, yo en realidad quería hacer tocogineco hasta el último año, y después no sé por qué surgió esto. Yo me pensaba quedar viviendo en Olavarría y hacer la residencia allá, y bueno, irme fue un poco fuerte.*

Otro residente: *¿Y te van a dejar entrar al círculo cerrado de anestesiistas de Olavarría?*

Residente 1: *En las vacaciones me fui y ya estuve analizando el tema. (...) En realidad anestesia se maneja más que nada por grupos, entonces la idea es entrar al grupo que tiene cubierto eso. (...) Yo pensé que una vez que entrás a la residencia ya te toman muy en serio. Yo soy residente de primero, me van a decir: "bueno, volvé en 3, 4 años y vemos" Pero bueno, parece que sí."
(Mujer, Anestesiología, RS VIII)*

En el caso de los extranjeros, la decisión de quedarse o retornar a sus países de origen cobra aun más peso. Recordemos que la mayor parte de los médicos extranjeros viene a nuestro país a realizar su formación de posgrado, porque hay más puestos disponibles y es más fácil acceder a ellos que en sus países, por el prestigio de los lugares de formación y porque resulta más rentable económicamente.

Algunos residentes evalúan quedarse en el país siempre que las condiciones laborales que encuentren les resulten atractivas, como el caso que sigue:

*"En un lado público podés solamente trabajar de ginecólogo o de obstetra, entonces capaz que termine siendo obstetra en un hospital público y siendo ginecólogo en la parte privada. O sea que estoy obligado a lo que me espera. (...) la idea mía al leer las condiciones de todos los países, por el Mercosur puedo ir a Brasil, como sé que todos los sistemas de residencia están hechos para satisfacer los sistemas de salud de cada uno. En este caso la provincia en Junín ha abierto la residencia para resolver sus necesidades de salud. Yo estaba dispuesto a quedarme. Cuando vine dije bárbaro, voy a hacer la residencia rápido, pero no fue así. Me dejaron 2 años en la UBA haciendo toda la actualización. El día de mañana si me ofrecen un trabajo en Junín por ahí lo podré tomar. Lo público y lo privado y a mí lo que más me gusta es gineco y para hacer gineco necesitamos como más complejidad, infraestructura."
(Varón, Tocoginecología, RS III)*

En otros casos, el hecho de quedarse en Argentina tiene que ver con no volver a desarraigar a los hijos pequeños que han sido criados aquí:

*"O sea, es un futuro incierto para mí, no sé si me quedo porque también tengo familia, los chicos van creciendo, van adquiriendo la cultura y yo también pienso en ellos, estuvimos cinco años aquí y nos vamos para allá, entonces para mí es incierto en cuanto a eso. En cuanto a lo laboral, uno ve la parte económica, es decir, si vemos la parte humana, pero también la económica, si la situación mejora. Esperemos, o sea en el Hospital hay propuesta laboral, en otros lugares veo propuestas laborales, vamos a ver. (...) vamos a ver qué pasa con esto, porque tampoco vamos a ser desagradecidos con la Institución que nos está formando, si ellos nos dan una buena propuesta, pero también seguir la parte formativa (...)"
(Varón Clínica Quirúrgica, RS VII)*

Otros saben que podrán estar un tiempo más aquí, quizás seguir formándose, pero en el horizonte está el regresar a sus países.

"pienso que me quedo algunos años, pero luego me voy porque tengo mi familia, mi casa en Bolivia. Vine acá a formarme y nada más, pero después termino la residencia y pienso quedarme capaz dos años, capaz hacer un fellow o algo más"
(Mujer, Terapia Intensiva, RS VI)

8.5. El "efecto toallón" como metáfora de la residencia

En el mundo contemporáneo, enfrentarse a su inserción laboral es para los jóvenes siempre un desafío. Como demuestra ampliamente la literatura sobre el tema, el ingreso al mercado de trabajo y la transición a la vida adulta ha dejado de ser un momento puntual en las biografías, como sucedía antaño, para pasar a ser un proceso complejo, pleno de entradas y salidas y atravesado por el signo de la incertidumbre (Du Bois-Reymond y López Blasco, 2003).

Si bien el grupo social del que nos ocupamos en este estudio cuenta con ventajas en relación a sus coetáneos, como el ser profesionales universitarios, hay un signo de época que tiene que ver con el desencanto que produce el sentir que a pesar de los esfuerzos realizados, la seguridad y estabilidad laboral no está asegurada. Los médicos que recién inician su camino profesional deben poner en juego todas las herramientas con que cuentan para obtener mejores posiciones en el mercado.

El testimonio que sigue permite visualizar este sentimiento de desencanto al finalizar la residencia y utiliza una metáfora que denomina "efecto toallón" para ilustrarlo:

"Como inserción laboral, creo que la idea es una mentira. Mi idea de inserción en Santa Fe es imposible porque no puedo generar una inserción allá. Todos los residentes por el sueldo bajo que tenemos terminamos haciendo guardias para complementar el sueldo y después en cuanto a la residencia creo que está muy desfasado. Cuando uno se recibe, cuando uno entra a la residencia y cuando tiene una salida laboral. La residencia es lo que en muchos lugares se llama el "efecto toallón" que te envuelve cuando te recibís, te estruja porque te saca lo mejor y lo peor, acá hay algunos que hasta dijeron que no tienen más ganas de ser médicos, y después te deja en bolas cuando terminás. Cuando terminás, te deja sin nada."
(Varón, Clínica Quirúrgica, RS III)

Lo interesante de esta metáfora es que remite a la residencia como una forma que adquiere la moratoria social¹⁰ que implica para algunos jóvenes seguir en período de formación, al modo de retraso de la asunción de las responsabilidades laborales y familiares que vienen con la vida adulta.

La residencia "te envuelve" en la medida que te ofrece un marco de contención en el que la plena asunción de las responsabilidades como profesionales adultos quedan retrasadas. Pero luego

de expresarte, porque hemos visto que supone una fuerte carga horaria, de trabajo y de estrés, te expulsa dejándote solo frente a los designios de un mercado laboral que se presenta como incierto.

8.6. Síntesis del capítulo

Si bien la residencia constituye una beca de dedicación exclusiva, es muy frecuente que los residentes no cumplan con esta cláusula del reglamento. La justificación principal radica en la baja remuneración de la beca, y, en segundo lugar, en la necesidad de conocer otros contextos de práctica para tener una formación más integral.

Dos salidas frecuentes que avala el mismo sistema son: el ofrecimiento de guardias de reemplazo, como estrategias para cubrir la falta de médicos en los hospitales y la oferta por parte de los médicos del servicio para llevarlos como asistentes o reemplazantes a clínicas y sanatorios privados. En los residentes se advierte un sentimiento de angustia frente a las opciones laborales futuras. Algunos optan por postularse a una jefatura de residencia.

El sistema público aparece como el ámbito más deseable para insertarse laboralmente, a pesar de las malas condiciones en que trabajan los médicos y los bajos salarios. Las razones más frecuentes son: devolver al sistema los años de formación, las posibilidades de actualización que ofrece el hospital público, la estabilidad laboral.

No obstante, todos reconocen la necesidad de complementar los cargos públicos con trabajos en el ámbito privado debido a las

malas condiciones que mencionábamos. Existe otro grupo que manifiesta estar desgastado y agotado del trabajo en el ámbito público, que ve como única salida la migración al sistema privado.

Hay especialidades que responden a lógicas propias: anestesia, en la que muchos residentes deben devolver años de servicio en el lugar una vez que finalizan; aquellas que requieren infraestructura y aparatología determinada; medicina general, cuyos residentes no se visualizan ejerciendo en el ámbito privado, a no ser que sea como actividad secundaria para con el fin de complementar el salario; y las especialidades quirúrgicas, en las que aparece la realización de una especialidad postbásica antes de la inserción laboral definitiva.

Otros factores relevantes que pesan al momento de evaluar el futuro laboral son: la calidad de vida postergada, que aparece como un horizonte a reconquistar una vez terminada la residencia, y la vuelta al lugar de origen en el caso de los que migraron. Ello cobra relevancia en el caso de los residentes extranjeros.

El "efecto toallón", como metáfora del desencanto que produce la finalización de la residencia.

¹⁰ "La moratoria social alude a que, con la modernidad, grupos crecientes, pertenecientes por lo común a sectores sociales medios y altos, postergan la edad de matrimonio y de procreación y durante un período, cada vez más prolongado y tienen la oportunidad de estudiar y de avanzar en su capacitación en instituciones de enseñanza que, simultáneamente, se expanden en la sociedad." (Margulis y Urresti, 1996)

9

Capítulo Nueve

LAS ÁREAS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN: SU ROL EN EL SISTEMA DE RESIDENCIAS

La descripción del modo en que se desarrollan las residencias en la provincia de Buenos Aires, no estaría completa sin la mirada de las áreas encargadas de la gestión cotidiana de las mismas en los efectores de salud.

Con este fin hemos entrevistado a los responsables de las Áreas de Docencia e Investigación de cuatro regiones seleccionadas. Tal como se explicita en el capítulo metodológico, se realizaron dos entrevistas en profundidad a jefes de las regiones I y VI, y dos gru-

pos focales que reunieron a representantes de las regiones V y XI. Los temas que se abordaron en todos los casos fueron: las trayectorias laborales personales de los entrevistados, especialmente su inserción en el hospital; la organización del área de Del, su estructura y actividades; la opinión acerca del perfil de los residentes; los conflictos que surgen en el marco de las residencias y las herramientas para su resolución; y su valoración acerca de la residencia como dispositivo de formación en una especialidad, en el contexto del sistema de salud provincial.

9.1. ¿Quiénes son los responsables de docencia e investigación entrevistados?

Todos los responsables de Del entrevistados tienen una historia ligada al sistema de salud provincial. Muchos de ellos hicieron la residencia en la PBA e incluso en el hospital en el que siguieron su carrera profesional y en el que ahora ejercen en el área de Docencia. Esto configura una situación de fuerte pertenencia a la institución hospitalaria y un amplio conocimiento acerca de las dinámicas de las residencias y la vida cotidiana institucional.

*"...soy Médico Pediatra, estoy a cargo del Servicio de Docencia e Investigación desde el año 95, primero por designación hospitalaria y luego gané dos sucesivos concursos abiertos de Jefatura de Servicio y estoy en el Hospital desde el año 78."
(Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS XI)*

*"...soy Odontólogo, soy del Hospital Alejandro Korn, fui residente, Jefe de Residentes, Instructor durante estos quince años."
(Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS XI)*

En uno de los casos, había incluso una historia familiar ligada a la institución, de modo que el sentido de pertenencia y el compromiso con el hospital era un sentimiento transmitido generacionalmente.

*"Los 3 años de lo que es la facultad de Medicina, que hacés el pre-hospitalario, los hice acá en el hospital. (...) A mí me interesaba hacerla acá en el hospital [la concurrencia], porque yo vengo de una familia de médicos, mi padre era el Jefe de Servicio de Clínica Médica de este hospital. Mi Padre falleció hace 2 años, pero de jubilado siguió viniendo al hospital a dar clases para los posgrados. Tuve la intención de terminar y formarme acá porque me sentí identificado con la institución, es parte de la familia. Y bueno, empecé en el servicio de Clínica Médica, hice la concurrencia de 5 años. (...) Después concurre para la guardia, entonces ingresé al servicio de Emergentología y Clínica Médica, y estuve desde el año, que gané el concurso, 91, después de 5 años de concurrencia, hasta el año 2005, que hacías una selección para, se jubila el Jefe de Docencia y se hace una selección para Jefatura de Docencia e Investigación y ahí la gané, selección interna, y después bueno, concurre el cargo, gané el concurso y estoy desde el año 2005 en el área de docencia e investigación."
(Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS VI)*

9.2. La estructura y actividades de las áreas de Del en los hospitales

De acuerdo al testimonio de los entrevistados, las áreas de docencia e investigación cuentan con una estructura muy precaria para su funcionamiento.

Coexiste en el universo de los hospitales de la provincia, una diversidad de situaciones en relación con el rango que tienen en el organigrama. Incluso en hospitales de gran tamaño y alta complejidad, en los que se forma a muchos jóvenes médicos, hay áreas que funcionan con personal ad honorem, sin nombramiento en las tareas de docencia.

*"Y en nuestro caso, a pesar de que es un hospital enorme teníamos un Comité de Docencia e Investigación, y yo colaboraba. A finales del 2011 se dio un cambio de estructura y apareció después de muchos años la Jefatura de Docencia e Investigación. Yo estoy ahí solito, tengo un par de colaboradores, pero la estructura es Jefe de Servicio, nada más."
(Responsable Del, Jefe de Sala, varón RS XI)*

"Siempre en estas reuniones en donde se nos han planteado estas cuestiones, (en años atrás se han hecho reuniones de todos los Jefes de Residencias de todos los Hospitales, creo que vinimos 75 Hospitales de la Provincia de Buenos Aires), sobre la jerarquización de las Áreas de docencia y en aquel momento decíamos el Hospital de Niños tenía Dirección Asociada de Docencia e Investigación y el Hospital más grande de la Provincia de Buenos Aires por el número de camas, el Alejandro Korn, tenía un Comité de Voluntades, es decir, un grupo de gente que tiene ganas de trabajar en el Área de docencia pero que no está desafectado de su tarea asistencial entonces unas horas las dedica a la docencia. Bueno algunas cosas se han logrado, algunas cosas nos quitaron (...)"
(Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS XI)

"Nosotros tratamos siempre de que funcionen, nos reunimos mensualmente hace muchísimos años, los de la Región y a nivel provincial, una vez por mes o cada dos meses. Lo que implicaba que la gente viniese de otro lado y sin reconocimiento, sin viatico, sin nada, para tratar de aunar algunos criterios. Las problemáticas son similares, uno saca ideas cuando se reúne, que hacer, socializás los pro y los contra."
(Responsable de Del, Jefa de Sala, mujer, RS XI)

Esto constituye un grave problema para sostener las actividades que implica la formación permanente de los recursos humanos de la institución y la gestión de los programas de residencia, ya que el compromiso se sostiene solo mediante la voluntad de los profesionales participantes sin ningún reconocimiento, simbólico ni económico. En los casos en que el área está formalizada, los entre-

vistados coinciden en que la cantidad de gente que se desempeña con nombramiento es poca y que impide realizar un trabajo completo en los temas de capacitación e investigación que demanda la actividad. En la administración de los escasos recursos, siempre terminan priorizando la gestión y supervisión de las residencias y la resolución de conflictos en relación con ellas, en detrimento de las actividades de capacitación permanente para todo el personal sanitario de la institución.

"Somos 2 personas, una persona que hace el área administrativa y yo. (...) Son más o menos 140 [residentes]. Son muchos, y nos desborda al punto que se nos hace muy difícil poder hacer actividades más allá de los residentes. Los proyectos que tenemos de hacer actividades docentes para el resto del personal se hace difícil porque no podemos, apenas podemos cumplir la parte de residentes." (Responsable Del, Jefe de Sala, varón, RS I)

"Pero esto de ser tan poquitos, en general vamos a apagar los incendios... (...) entonces cada vez que aparece o un residente o un inconveniente, actuamos con la Comisión Asesora. Entre lo administrativo y el surgimiento de problemas, no nos queda demasiado tiempo." (Responsable Del, Jefe de Sala, varón, RS I)

Todos estos cuestionamientos podríamos englobarlos en lo que los entrevistados denominan la "falta de jerarquización de las áreas de Del", fenómeno que califican como histórico. El principal problema asociado a ello que emerge en las entrevistas es que el rango de jefatura que tiene la autoridad máxima del área (sea

Jefatura de Servicio, de Sala o de Unidad), influye en la legitimidad de sus intervenciones en relación con los jefes de servicio cuando, por ejemplo, se presenta un conflicto en relación con alguna residencia.

*"Eso de no tener en la estructura la máxima función... por ejemplo si yo soy Jefe de Sala el Jefe de Servicio está por encima, vos cuando vas a hablar o tenés una reunión quizás es para Jefes de Servicio, si vos sos Jefe de Sala ya estas excluido. La jerarquización es importante, porque no es lo mismo ir a hablar con un par que ir a hablar desde abajo, por más que pueda ser uno central como puede ser Área programática pero no es lo mismo, el Jefe de Servicio dice "yo soy Jefe de Servicio""
(Responsable de Del, Jefa de Sala, mujer, RS XI)*

"La Medicina viene mucho de lo militar y de lo religioso, la guardia, la expectación armada y la jerarquía también se mantiene (...) yo en mi caso particular soy Jefe de Servicio, estoy a la par de todos los Jefes de Servicio y discuto a pares, no puedo bajar una línea a ese Jefe de Servicio, que dice "yo soy jefe de Servicio", y el residente está en mi Servicio. "Sí pero la jerarquía dice que... sí, pero los dos son Jefes de Servicio", entonces es muy difícil mantenerlo y mucho peor si uno es Jefe de Sala y muchísimo menos si es un Comité de Voluntades" (Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS XI)

En uno de los grupos, manifestaron que el tema de la jerarquización era un tópico recurrente en las reuniones regionales de las áreas de Del. En ellas se acuerdan criterios para trabajar en líneas

similares en los distintos hospitales y se conversa acerca de las problemáticas comunes, intentando ensayar soluciones en la medida de las posibilidades.

*"Nosotros hace muchos años una de las tantas propuestas que hicimos era que las Áreas de docencia tuvieran la jerarquización, la propuesta que habíamos elevado era que los Hospitales Interzonales y que el número de residentes lo abalara, que el área de docencia sea una Dirección Asociada, que en los Hospitales Zonales la Residencia sea Jefatura de Servicio, ósea equivalente a la máxima función, entonces cosa de más o menos equiparar las situaciones jerárquicas porque esto tiene que ver también en los conflictos de la Residencia, desde qué lugar uno puede mediar como Jefe de Sala, Titular o miembro de un Comité, la bajada de línea es muy diferente"
(Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS XI)*

9.3. El rol de las áreas de Del en la mediación de conflictos con los residentes

Frente a estas limitaciones que manifestaron las áreas de Del, en las entrevistas se conversó acerca de los mecanismos que despliegan para la intervención en la resolución de conflictos asociados a las residencias.

El principal problema al que aludieron fue, como hemos mencionado, el tema de la jerarquía que los responsables tienen en los hospitales, lo cual limita las posibilidades de acción frente a los jefes de los servicios.

Una pregunta que se hacen los jefes de los servicios, los responsables de las áreas de docencia y los mismos residentes ante la aparición de los problemas es: "¿el residente es del hospital o del servicio?"

*"Las cuestiones jurisdiccionales que dicen en términos de: en cuanto al residente, "adentro de un Servicio el responsable es el Jefe del Servicio", nosotros somos responsables desde lo docente, pero cuando hay conflicto: "quieren que haga 14 guardias por mes", bueno no corresponde, entonces empezás a ver si el Residente es del Servicio o es del Hospital"
(Responsable Del: Jefe de Servicio, varón, RS XI)*

En relación con ello, se discutió la funcionalidad de la Comisión Asesora de Residencias como órgano de diálogo entre los distintos actores que participan de las residencias. Pudimos comprobar que existe una gran variedad de situaciones, ya que en algu-

nos hospitales consta de peso en el desarrollo de las residencias, mientras que en otros encuentran dificultades hasta para su conformación. En aquellas instituciones en las que funciona con compromiso de los profesionales, constituye un órgano interesante para la gestión dotado de amplia legitimidad tanto para los responsables de las distintas formaciones como para los mismos residentes. En el Capítulo 7 se presenta un caso puntual en que la intervención de la Comisión fue el canal para la resolución de un conflicto histórico en relación con los traslados en ambulancia que los residentes debían realizar.

"(...) tenemos la comisión de asesores de residentes que está funcionando, profesionales que están participando, y de ahí estamos interviniendo en alguna residencia con dificultades, tratando de poder modificar eso. La comisión se junta una vez al mes y discutimos en función a problemas, inconvenientes, o cuando un residente trae alguna inquietud, algún problema, o cualquier situación conflictiva dentro de la residencia, intervenimos de una forma un poquito más colectiva digamos, no solamente con mi persona, para tratar de intervenir junto con la dirección en esas residencias. (...) Está ella [responsable regional de residencias], estoy yo, que somos de la parte de docencia, digamos. Después hay dos jefes o asistentes del servicio, hay instructores, jefes de residentes, y residentes de las distintas áreas. (...) hay un plantel estable, pero la verdad es que, si alguien quiere venir un día, no es que solo dejamos participar a los del plantel, si alguien se quiere sumar, siempre se puede." (Responsable Del, Jefe de Sala, varón, RS I)

No obstante, los relatos de los responsables también dan cuenta de la resistencia que presenta todavía para los jefes de los servicios la mediación de la Comisión o del personal de Docencia, ya que lo viven como una intromisión en el ámbito de los servicios.

"Porque cada vez que vamos y "nos parece que ustedes tienen un problema" la respuesta es "¿ustedes qué saben? nosotros estamos bárbaro"". (Responsable Del, Jefe de Sala, varón, RS I)

"Responsable 1: Yo generalmente trato de que haya alguien de la Dirección porque muchas cosas no se pueden resolver, porque justamente es un asesoramiento, teniendo alguien con mayor poder de decisión..."

Responsable 2: A mí eso me facilita bastante, porque antes iba yo a dar la cara, y con las Comisiones es como que delegamos un poquito.

Responsable 1: y tiene más peso porque es de más personas"
(Responsable 1: Jefa de Sala, mujer; Responsable 2: Jefe de Servicio, varón; RS XI).

En otros casos, la Comisión no constituye una instancia de peso en los hospitales, ya sea por las dificultades para su conformación, por la falta de tiempo o interés por parte de quienes deberían participar. En estos casos, los problemas que surgen en el cotidiano, se resuelven con mecanismos más informales y conversaciones cara a cara entre los involucrados.

"Responsable 1: Yo muy pocas veces logré en estos últimos años conformar la Comisión y no la logré formar porque los residentes no nombran sus representantes, no por los Jefes de Servicio ni los Instructores. Yo lo supuse y lo he hablado con algunos que sobresalen, que tienen más actividad política, que son los impulsores o las cabezas de las Residencias y ellos aducen que no hay demasiada conflictividad intra-residencias como para que la Comisión se reúna para asesorar un tema puntual, tanto es así que nosotros no hemos tenido tantos temas puntuales para charlar. (...)

Responsable 2: Pero no lo hacen porque no tienen demasiados beneficios en realidad para ellos, me han dicho, "para que vamos a hacerla si total..."

*(Responsable 1: Jefe de Servicio, varón;
Responsable 2: Jefa de Sala, mujer; RS XI).*

9.4. Dos generaciones: los residentes que fuimos vs. los residentes actuales

Muchos de los conflictos entre los residentes y las áreas jerárquicas de los hospitales parecen tener origen en lo que se podría pensar como un desajuste entre las expectativas y la realidad de cómo se desempeña cada actor en la cotidianidad de la formación. Esto ocurre de ambos lados: los jefes de servicio y de docencia tienen una idea de cómo deben comportarse los residentes que muchas veces colisiona con lo que efectivamente estos hacen o reclaman, mientras que los residentes esperan que se los trate de un determinado modo, cosa que no siempre sucede. En sus discursos de los formadores se construye un "ellos" y un "nosotros" bien definido, en donde si bien se contempla que los jóvenes de hoy son distintos, son hijos de otra época histórica y levantan reivindicaciones acordes con ello, al mismo tiempo existe una mirada cuestionadora que deja entrever cierta falta de compromiso con la formación.

"Creo que la residencia y el hospital es como una biopsia de la sociedad, donde están las mismas mezquindades, la misma gente que entrega sus cosas y cada uno actúa dentro de la labor hospitalaria de la misma forma que actúa en la sociedad, o si se quiere, como se actúa en la familia. Creo que la residencia es una muestra de lo que es la sociedad. No creo que mi residencia en aquellos años de la dictadura hubiera sido mejor, teníamos guardias 24 por 48, cobrábamos un miserable sueldo. Tampoco creo que hoy sea el ideal, creo que hay muchísimas cosas que se pueden mejorar. Yo pensaba hace 32 años atrás en aprender, formarme y formarme, el sueldo no me alcanzaba, no pensaba progresar en ningún

aspecto de la vida, ni comprarme ni una moto ni una bicicleta ni nada. Pensaba en formarme. Hoy el residente piensa en formarse, pero a través de una encuesta que yo hago con los residentes, encuentro que no solamente piensa en formarse en lo que su apetencia interior quiere. Yo quería ser pediatra, entonces hice pediatría, y no pensaba que mi progreso profesional fuera de la residencia iba a ser mucho menos redituable que ser cirujano plástico, traumatólogo o cualquier otra especialidad. Hoy se piensa en eso (...) no se consiguen médicos que quieran hacer consultorio, que atiendan una consulta. Yo desde el momento que decido dejar mi consultorio privado después de 32 años por el bloqueo de título, busco médicos formados que puedan seguir el perfil mío y a nadie le interesa hacer consultorio, a nadie le interesa atender a un paciente por cien pesos, porque van a una guardia, en Gran Buenos Aires, en mi zona en particular las guardias están pagando cinco o siete mil pesos, hacen una o dos guardias por semana terminan de fichar y se olvidan de los llamados telefónicos, del paciente que va a golpear la puerta. Entonces creo que lo económico también tiene que ver con las residencias. Justamente en el Programa Quiero ser Residente, o en este trabajo de investigación de Quiero ser Residente, no es una motivación de formación es una cuestión también económica, progreso, de pensar otra cosa distinta. Yo creo que la sociedad hoy tiene otra forma distinta, creo que eso también hay que tenerlo muy en cuenta, analizar lo que los jóvenes piensan, que quieren irse del Hospital a su casa para disfrutar, leer, correr o hacer un deporte."
(Responsable de Del, Jefe de Servicio, varón, RS XI)

La aparición de estas ideas divergentes y contradictorias sobre el rol de los residentes, sus derechos y obligaciones, llevó a que se discutiera ampliamente la visión que las áreas de docencia tienen del perfil de los residentes actuales de la PBA.

En primer lugar, los testimonios de los entrevistados dan cuenta de un cambio en los intereses de los médicos recién graduados al iniciar una residencia. Observan que hacen un uso más instrumental de la residencia, en sentido de que buscan especialidades que ofrezcan mayor rédito económico y más oportunidades del manejo del tiempo libre, más que seguir una vocación o las ganas de aprender.

*"(...) es una cosa que siempre nos llamó la atención, la motivación del residente. Obviamente que no es el mismo residente que fuimos nosotros hace años, es otra forma, cuando vos decís por qué se va o por qué no quiere hacer esa actividad o por qué no se queda diez minutos más, que quizás uno lo hacía. No digo que esté bien, quizás uno hacía muchas cosas que en realidad no correspondía hacer de más, pero quizás uno lo hacía porque se aprende, no digo que sea lo ideal. Pero ahora es totalmente distinto. A uno le llama la atención que los residentes renuncien o que tomen el cargo y después no demuestren el interés que uno piensa que pudiese tener cuando va a aprender o a hacer alguna actividad que uno le propone, claramente porque quizás uno le está proponiendo cosas que no están en la motivación para él."
(Jefa de Sala, mujer, RS XI)*

"Responsable 1: Yo terminaba la Residencia a las 17 y si caía un paciente a las 16:50 no se lo dejaba a la guardia porque mi directiva era quedarme, internar ese paciente y si terminaba de hacer la internación a las 18 o 19, me quedaba dando vueltas en el Hospital para cenar gratis y ahorrarme la cena en casa porque no me alcanzaba la plata. Yo soy oriundo de Mar del Plata, entonces mi idea era formarme, yo quería chupar el conocimiento, porque no tenía otras expectativas, porque esa era la metodología de la residencia, hoy se quiere adquirir conocimiento en una forma más tranquila y hoy se piensa que a lo mejor junto plata..."

Responsable 2: Se lo ve más como un trabajo y no como beca de formación, más allá del valor de la cantidad de horas de trabajo

Responsable 3: igual te dicen por ahí, "yo tengo una vida también", por eso no juzgo, es diferente a lo que éramos nosotros"

(Responsable 1: Jefe de servicio, varón; Responsable 2: Jefe de servicio, varón; Responsable 3: Jefa de Sala, mujer; RS XI)

"En el servicio de tocogineco de mi hospital, en los últimos años asistimos a muchas renunciaciones de los Residentes y todas en un solo servicio, entonces analizamos el por qué. Y bueno, en unos encontramos que no era la especialidad que querían hacer. Algunos decían: "no es la especialidad que yo quiero hacer", "me di cuenta que no quiero que me llamen a las 3 de la mañana, que no quiero hacer esto". Otros sometidos al estrés del control de trabajo de parto, de la necesidad de una cesárea, de toda la terapia de obstetricia, decían "yo no quiero que mi vida en el futuro sea esto", "yo no quiero vivir de esta forma". Y algunos decían por el mismo arreglo "no, yo no aguanto esto". O sea, son las tres miradas, pero todas tienen una perspectiva de futuro, "¿qué hago después de la residencia?" (Responsable de Del, Jefe de Servicio, varón, RS XI)

En estos testimonios se puede ver la tensión entre la experiencia propia y la visión que tienen sobre el uso que los residentes hacen del dispositivo de formación. De un lado queda la "vocación", vinculada a una idea altruista del ejercicio profesional que justifica los excesos sufridos en sus tiempos y hasta cierta "autoexplotación", mientras que, del otro, este concepto aparece relegado detrás de motivaciones más instrumentales que sostienen el paso por la residencia, y que en sus miradas no generan el mismo compromiso con la institución ni con la propia formación.

El cambio generacional también se refleja en el modo en que los responsables de docencia perciben el momento vital en el que los jóvenes médicos realizan su residencia: la juventud actualmente no se vive de la misma manera. De acuerdo a la percepción de los responsables de docencia, entre los residentes existe cierta infantilización respecto de su posición ante sus responsabilidades, cuestión que les impide verse como adultos.

"Yo hice mi residencia pediatría, Casa Cuna, terminé en el 2000, 2001 y era mucha gente de clase media, clase media baja que tuvo acceso a la facultad (...) muchos de los médicos que venían que ya venían trabajando, trabajaban y estudiaban, tenían otro tipo de formación. Y en los últimos años la mayoría nunca había estudiado otra cosa, nunca había trabajado, o sea, salió del secundario, del secundario a la facultad y nunca hizo un trabajo, su primer trabajo era la residencia. Entonces el cumplir horario, el hacer a veces horarios extendidos, a veces también que se abusaban del sistema, todo eso hacía que la gente se expulsara. Me tocó en los últimos dos años que vengan dos padres a quejarse a la Dirección porque no querían hacer guardias de 24 hs residentes de primero. Porque vino a hacer la residencia de tocogineco y le hacían hacer guardias de 24 hs." (Integrante Comité de Del, varón, RS V)

"Los chicos cambian, ¿no? Yo tengo un hijo adolescente y la adolescencia de él no es mi adolescencia (...) como yo les decía a ellos, ustedes son médicos, no son chicos" (Integrante de Comité de Del, mujer, RS V)

No obstante, los entrevistados comprenden el cambio de época en que actualmente se forman los jóvenes médicos y celebran la mayor conciencia sobre sus derechos, los cuestionamientos que realizan cuando hay abusos por parte de los superiores, ya que muchas veces son ellos mismos el canal que sirve a su resolución. Aquí es que aparece la contradicción a la que aludíamos anteriormente.

"(...) por suerte, la generación es distinta. (...) creo que ellos ven otra cosa que en su momento yo no veía. Ellos quieren aprender, pensando si son o no explotados, pensar cuánto dinero ganan por ese trabajo, cuál es su futuro en el desarrollo de la profesión y que después de la residencia hay una vida personal, una vida propia. A mí no se me hubiera ocurrido tener hijos durante la residencia, mi ex esposa que también es médica y que era residente en aquel momento, no se nos ocurría tener hijos en el periodo de la residencia, porque es una etapa de la vida que hay que mamar, ver pacientes, nutrirse de conocimiento, para después volcarlo afuera. Hoy creo que tratan de hacer un nexo, un equilibrio con esta cuestión de la vida después del hospital, que no todo es el hospital ni la formación. Y me parece bien, no estoy en desacuerdo, en absoluto, creo que los parámetros, el paradigma de la vida hoy es totalmente distinto, creo que hubo muchos antes y muchos después que han cambiado la sociedad, la sociedad hoy no es la misma. Sin hacer juicio de valor, no sé si es peor o mejor, pero es distinta. Creo

que la residencia es eso, una residencia distinta. La gente va a formarse, pero también piensa en su futuro económico, porque lamentablemente hoy se piensa en el futuro económico, y en las especialidades, porque la gente no quiere vivir en una sala de terapia intensiva, primero porque los sueldos son muy básicos y, por otro lado, porque no se puede vivir toda la vida haciendo guardia en un servicio como terapia intensiva, porque la vida se acorta muchísimo. (...) creo que la respuesta verdadera sobre qué piensa el joven residente actual la tienen ellos y creo por suerte no tienen las mismas ideas que teníamos nosotros en esa época. Tienen ideas de no morir infartado a los 50 años o terminar mal, alienados por lo laboral, tienen otra mirada, por eso se buscan especialidades desde el punto de vista del rédito (...)."
(Responsable de Del, Jefe de Servicio, varón, RS XI)

La modificación en el grado o el modo en que los residentes se comprometen con el trabajo hospitalario y su formación en ese ámbito, también está ligada al compromiso que tienen los restantes actores del sistema. No escapa a los análisis que realizan, el hecho de que los médicos de planta tampoco se involucran de la misma manera que otrora con el trabajo ni con la función docente.

"Responsable 1: (...) hacía una reunión P. [nombre femenino] con todos los residentes ingresantes. Entonces se presentaba ella, presentaba el Área de Docencia, cómo funcionaba la residencia, los instructores, los jefes de servicio. Y P. es la hija del Doctor C., que era un paradigma de los que hoy no hay. Iba el domingo a la mañana, cruzaba el Parque Saavedra que está frente al hospital, miraba los pacientes, arreglaba una incubadora, se llevaba cosas a

la casa, hacía la anatomía patológica, escribía. Y ella recuerda que muchas veces con el padre no tenía un día, ni domingo ni sábado. Ella contó todo eso, termina de contar eso, les decimos los trámites que tienen que hacer y les preguntamos si tenían alguna pregunta. Entonces hicieron dos preguntas: cuántos días de vacaciones y cómo se implementaba el pos guardia. Esas fueron las dos preguntas, en el año 2012. Yo cumplí 50 ahora pero igual yo soy de la época en que uno se formaba y yo quizás ni me acuerdo, pero no necesitaba la cuestión económica en ese momento, pero no me acuerdo haber pensado en cuánto iba cobrar. (...) Entonces hay una cuestión más, que yo a veces lo discuto con los Jefes de Servicio o de Sala que critican a los residentes de los últimos años, "nosotros hacíamos 5 guardias" y no podemos más analizarlo así

Responsable 2: El residente te dice: "mirá, vos me exigís a mí, pero mirá, si no lo hacen no lo voy a hacer", que eso sí es distinto a nosotros(...) también había más compromiso de parte de los médicos.

Responsable 3: yo me forme en un servicio que los 90% de los profesionales de planta no hacían medicina privada. Mi jefe de servicio era el primero en llegar y a la mañana entraba a la habitación y empezaba a cebarnos mate a los que salíamos de guardia, eso como lindo. (...) Pero creo que las residencias tienen que aggiornarse a una estructura nueva, a un mundo nuevo a una forma de ser nueva. Pero la residencia es una parte, mientras no se aggiorne todo el resto del hospital, el residente va a seguir siendo usado y explotado, siendo mano de obra barata, porque por la cantidad de horas que cumple en relación al planta tendría que estar ganando el doble y creo que esas cosas son las que hay que reformular desde algún punto de vista de la residencia y tener otra mirada de esta, porque si nos quedamos con que "no quieren entrar por esto o por lo otro", estamos sonados."

(Responsable 1: Jefe de Sala, varón; Responsable 2: Jefa de Sala, mujer; Responsable 3: Jefe de servicio, varón; RS XI)

Del mismo modo, ven otro elemento que hemos señalado como fuente de tensión en las residencias en los grupos focales con los jóvenes médicos, que es el referido al contexto social de violencia y pérdida de la legitimidad que la figura del médico tenía socialmente. Esto también determina el vínculo de los residentes con su trabajo y el interés que puede despertar en ellos formarse en un servicio.

"También las situaciones de violencia, estando en los servicios y afuera, es importante. (...) Entonces lo económico, la violencia y uno que nunca tuvo un juicio. Pero los juicios con los pacientes que cada vez son peores, más la violencia, son un montón de cosas que se van juntando."

(Responsable Del, Jefa de Sala, mujer, RS XI)

9.5. ¿Cuándo la residencia resulta un buen dispositivo de formación?

En este contexto en que los residentes han cambiado y su vínculo con las instituciones ha cambiado, les preguntamos a los entrevistados qué es lo que hace que la residencia sea hoy un buen dispositivo para que los médicos jóvenes se formen en una especialidad.

Responsable 1: *Que el Servicio esté compuesto por todos los ingredientes que necesita, desde los recursos físicos y humanos, esta estructura que hablábamos hoy, especialista, instructor fundamentalmente, jefe de residentes y todos los residentes.*

Responsable 2: *El ámbito donde se desarrolla la residencia, el lugar para sentarse, lugar para hacer las charlas, lugar para evolucionar, dónde dormir, qué comer...*

Responsable 3: *Que el servicio tenga empatía con el residente, que se ponga en el lugar del residente.*

Responsable 2: *Estar en un ámbito cómodo, agradable, no que tengan que pintarlo y hacer millones de cosas, eso es fundamental.*

Después la estructura y el funcionamiento, donde no se sientan utilizados o con la necesidad de cubrir la guardia, creo que eso también es fundamental, pero eso justamente no depende de este edificio donde estamos hoy, sino que depende de un edificio que está a unas cuadras de acá, la Dirección de Hospitales es la que tiene que decir "vamos a poner más médicos de planta o de guardia" (...) Entonces es un problema de la salud en general, el exceso de trabajo, los salarios más que malos, el reconocimiento nulo, el premio para muchos otros muy exagerado. Donde mirás hay una inequidad muy marcada, y la inequidad genera malestar laboral, inequidad en lo laboral, formativo, en lo económico y en todo, entonces creo que eso también genera un mal ambiente y una mala predisposición. "Yo no me voy a esforzar si el otro no lo hace" y mira para arriba y más arriba y nadie se esfuerza, "¿Por qué yo tengo que hacer mi cuota de esfuerzo y entrega si nadie da su cuota de entrega?", ni siquiera lo digo por el reconocimiento económico.

Responsable 1: *Yo he notado que en algunas Residencias que por más que el ámbito físico esté bien y haya instructor, hay otras*

cuestiones que tienen que ver con lo cotidiano, relaciones entre la gente, que no mejoran, por el concepto de que el residente es musculoso en 1° año, recién empieza a tener cerebro a partir de 2° o 3°. (...)

Responsable 3: *Claro, la ley del gallinero*

(Responsable 1: Jefe de servicio, varón; Responsable 2: Jefe de Servicio, varón; Responsable 3: Jefa de Sala, mujer; RS XI)

Este intercambio entre los jefes de docencia muestra que configurar una buena experiencia de residencia no se asocia a un solo factor. No obstante, existen cuestiones que parecen ser centrales o excluyentes, por ejemplo, el modo en que la residencia se acopla al funcionamiento del servicio. Todos coincidieron en que las buenas experiencias formativas se dan en los servicios en donde los residentes son bien recibidos, cuando encuentran médicos de planta dispuestos a acompañarlos en su aprendizaje, y cuando se respeta su rol de profesionales en formación, más allá de que la organización sea más verticalista o más democrática.

"Yo creo que una cosa que ayuda mucho es una buena estructura. Cuando hay una buena estructura, y esta genera contención, por un lado, sensación de pertenencia, cuando hay un gran nivel de horizontalidad dentro de esa estructura, cuando además hay participación, acompañamiento. Lo que vemos en algunos servicios, los cuales esa estructura está bastante bien balanceada, en la cual hay un grupo concreto: el personal, el instructor acompaña y contiene y por otro lado participa y los integra dentro de la actividad presencial, académica. Cuando el grupo lo conforman solo los residentes, yo veo que hay muchas falencias, y los veo con

sensación de que no cumple las expectativas. Muchas veces, tal vez la calidad no sea la mejor en estos instructores. No son los mejores contenedores, no son los mejores acompañantes. Cuando el grupo del servicio es parte y están integrados todos, yo creo que mejor funciona. (...) los médicos internos, a los jefes del servicio, el jefe de sala, los médicos de guardia. Cuando todo funciona como una sola estructura. Muchos servicios los médicos de planta son una cosa, y los médicos del servicio son otra cosa. Entonces en eso hay resquemores, quiebres, disputas, "esto no me corresponde" "Yo ya lo hice cuando era residente y ustedes no lo hacen"
(Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS I)

Otro elemento central para determinar la calidad de la residencia es el rol del instructor. Si bien existen otros profesionales del servicio que cumplen dicha función cuando no hay un instructor formalizado, se evaluó como urgente y necesario el nombramiento de instructores de residentes en cada lugar en donde exista una residencia y la jerarquización de la función, en materia simbólica y económica.

"Hay varias residencias que no tienen instructor porque no tienen cupo, no está la figura, no estuvo nunca la posibilidad de concursar. Algunos lo han perdido porque ha renunciado y nunca se pidió de nuevo. Pero en general es porque son residencias nuevas o porque por el número de residentes no le daban el cargo de instructor. (...) En algunos los suple bastante bien alguien, se lo carga al hombro. Pero si no te reconocen la actividad es difícil sostenerla. No te lo reconocen desde lo académico, desde lo formal, desde lo económico. (...) En algunos chiquitos los hace el jefe de servicio, pero hubo otros lugares fue muy difícil de sostener. A veces no hay jefe de residente ni instructor." (Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS I)

"Ese es otro problema que estamos empezando a asistir hace ya algún tiempo y creo que cada vez más, que es la figura del Instructor de residentes. Para mí es una persona central en el funcionamiento de la residencia, es el que articula entre el Jefe del Servicio y los residentes y muchas veces éstos se forman a imagen y semejanza del instructor, por lo tanto, creo que es una figura central, por su conocimiento, por su educación. Y creo que cada vez va a ser más difícil conseguir instructores de residentes, por una cuestión económica, porque lo que se les paga es mísero."

(Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS XI)

"(...) cuando el Servicio es así que hay 2 o 3 Residentes, no tengo Instructor, la figura de Jefe es importante. Tengo un reclamo de los Jefes de Servicio por un reconocimiento por lo menos de las horas trabajadas, es como decía M. cuando son poquitos depende de la vocación docente de quién lo acompañe en el consultorio, en la sala o en la interconsulta, pero hay muchas residencias que funcionan sin instructor (...) entonces el Jefe de Servicio tiene la residencia la acompaña, pero reclama que se lo reconozca, "necesito que alguno de los médicos este en el horario vespertino".

(Responsable Del, Jefe de Sala, varón, RS XI)

Como también se ha visto en los relatos de los residentes con mucho énfasis, la situación estructural del sistema de salud de la PBA es insoslayable para pensar la experiencia de ser residente. En este caso, también todos los entrevistados coincidieron en que la

situación crítica en que se encuentra el sistema de salud condiciona la formación. En este sentido, se mencionó la falta de profesionales de planta como principal causa de la sobrecarga de tareas asistenciales que sufren los residentes (la necesidad de cubrir guardias y que el servicio se sostenga) y la falta de acompañamiento por parte de la planta de los hospitales.

"Una de las cosas que nosotros siempre nos planteamos desde las Áreas de docencia es que nuestros residentes no vayan a trabajar a Siberia. Siberia en el sentido formativo, o sea, que no vayan a rotar a un servicio donde no hay una estructura docente, que no vayan a una unidad sanitaria si no hay alguien que vaya a actuar como tutor o instructor. Y me parece que mandar a formar a un residente donde no tenemos demasiado asegurada la formación, que esté en igualdad de condiciones de formarse donde sí existe una actividad docente, es un poquito peligroso. La disposición 2557, dice en uno de sus artículos que los médicos de planta son los docentes naturales de la residencia, pero no creo eso, primero porque no todo el mundo tiene capacidad ni deseos de ser docente, entonces me parece que eso de que es un docente natural no es tan así (...) Y por otro lado, en algunas localidades poner un residente a cargo de un tutor en un hospital que no tiene una actividad de funcionamiento continua, que el hospital funciona entre las 8 y las 13, ese médico va a terminar haciendo consultorio en el ámbito privado, ¿se va a formar de la misma forma que el resto?."

(Responsable de Del, Jefe de servicio, varón, RS XI)

*"Yo creo que en general, se sienten solos. No están seguros de si están solos o si se sienten solos. La queja más habitual es de la falta de compañía, por parte del personal del servicio. (...) Y lo que también vemos es que frente a eso los servicios no encontramos autocrítica. Cuando los residentes se sienten solos, es una cosa que ha surgido en varias residencias (...) en general, la respuesta de los servicios es que no es tan así, y de alguna puedo creer que no sea tan así, pero la mayoría lo son. Están más solos de lo que deberían."
(Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS I)*

"Universidades como la del sur o la del centro tienen otro formato en el cual trabajan en grupo y tienen una relación más horizontal con el docente, al punto de llamarlo por el nombre al docente, que muchas veces es el jefe del servicio del hospital. Entonces durante varios años traen una estructura de pares y de grupo que les es más dificultoso adaptarse a las residencias con respecto a egresados a otros años, o iguales a los de la UBA que están más familiarizados con esta cosa de estar solos frente a una situación, no digo que sea peor porque yo creo que deben estar acompañados, lo que sí veo en general, las renuncias de residente en el cual, el motivo tiene que ver con esta cosa de sentirse solos o de no sentirse acompañados es más habitual en este tipo de egresados, que de egresados de tipo la UBA." (Responsable Del, Jefe de Servicio, varón, RS I)

Es interesante este último testimonio porque plantea la paradoja que se ha dado en los últimos años con el surgimiento de universidades en la provincia. Dichas universidades presentan estructuras menos tradicionales, que acompañan de un modo más cerca-

no a los estudiantes a lo largo de la formación médica de grado. No obstante, los egresados luego chocan con una institucionalidad diferente, la hospitalaria, que cambia a un ritmo mucho más lento, y sigue imponiendo la lógica del "curtirse" o "aprender a los tumbos". Para los médicos jóvenes que salen de universidades tradicionales puede ser un terreno más conocido en el que no se sienten tan expuestos, sin embargo, para egresados de casas de estudio más pequeñas en donde hay mayor acompañamiento y más trabajo en equipo, la institución hospitalaria puede ser más abrumadora y llevar a que se planteen sus posibilidades de continuar la formación, como bien refleja el testimonio precedente.

Por su parte, en relación a los condicionamientos del sistema de salud provincial, también se indicó la falta de insumos como un factor de desgaste en el trabajo cotidiano, así como la falta de condiciones edilicias para mejorar el hábitat de los residentes en sus lugares de trabajo. Todo ello fue señalado como motivo de la disminución del interés por parte de los médicos recién graduados para formarse en la PBA.

*"Volviendo a la pregunta creo que es un combo, no es solamente el lugar, creo que el lugar te predispone a tener ganas y empuje, si tenés que operar a un paciente y no hay hilo, no hay sutura, el Anestesiista que hincha y gana cinco veces más que nosotros por la misma cantidad de horas, y siempre encontrás obstrucciones para el desarrollo, y eso atenta contra la profesión. Si a la hora de comer o de dormir, te dan una comida de miércoles, las cosas se hacen cuesta arriba y si después a fin de mes el dinero es malo, y la cultura del dinero está a la orden del día, creo que es muy difícil."
(Responsable de Del, Jefe de servicio, varón, RS XI)*

*"Es una pelea continua donde terminamos metidos nosotros. Logras estar en un ámbito más o menos lindo y viene el Director y dice "ahora este lugar lo vamos a usar para el comité de Infecciones", que funciona una vez, si es que funciona, y los chicos ya están ahí, pintaron el lugar, porque eso sucede todo el tiempo el residente va y pinta, entonces tenemos que interceder y estar mirando que no se lo roben."
(Responsable de Del, Jefe de sala, varón, RS XI)*

Estos elementos que aparecen como determinantes de una buena o mala experiencia de formación en servicio coinciden con aquellos señalados por los residentes en los grupos focales. Es interesante que, tanto de un lado como del otro, persiste también la idea de que a pesar de cuales sean las condiciones, los residentes se ter-

minan formando igual en la especialidad que han elegido. Un poco mejor, un poco peor, más o menos curtidos, en la trinchera o en un ámbito cuidado, la especialidad se aprende y la formación en la PBA los prepara para enfrentar la práctica profesional en cualquier otro ámbito.

*"(...) yo creo que esto de lo edilicio, los recursos físicos y humanos, el residente se termina formando igual porque quiere formarse y se forma. Si el ámbito es democrático se forma más distendido y con ganas, si es más despótico, se forman igual. Y si el recurso físico es espantoso, también se forman. Es lo que nos pasaba en nuestra época, y nosotros no nos preocupábamos por eso, nos preocupábamos, pero éramos más sumisos."
(Responsable de Del, Jefe de servicio, varón, RS XI)*

9.6. Algunas estrategias para mejorar las residencias

Los responsables de docencia están en contacto permanente con los residentes, y son quizás quienes tienen una idea más abarcativa acerca del funcionamiento de las residencias al interior de su estructura hospitalaria. En este marco, desarrollan ideas para mejorar la formación en servicio que brindan los hospitales. Estas ideas incluyen desde cuestiones afines al contexto de formación, a temas puntuales sobre la organización de los docentes en los servicios y la retención de los residentes una vez egresados de los programas formativos.

Aparece la idea de que una buena estructura de docencia en los hospitales es central para ofrecer un marco de contención a los residentes y conformar una organización positiva para la formación.

"Igual para poder jerarquizar la residencia, los primeros que se tienen que jerarquizar, somos nosotros. Esto de abrir con tal de tapar huecos, abrir residencia en todos lados, hace que se vaya desjerarquizando. Uno dice: "uy, cada vez ingresan menos", si vos ves en los último cinco, seis años, en realidad ingresan siempre la misma cantidad, pasa que cada vez hay más cupo, entonces, como fuimos abriendo cupo para tapar huecos por todos lados, porque la cantidad son más o menos siempre los mismos, fijate son 700, 750, pero cada vez se fueron abriendo más cargos y todos esos carguitos de dos, tres residentes por todos lados, eso creo que lo desjerarquiza, porque no hay una estructura, no le dan sostén a la residencia y después nos andamos peleando por los residentes, que lo traigo, me lo llevo..." (Integrante Comité de Del, varón, RS V)

De la mano de esta organización de las áreas de docencia podemos poner la necesidad que se plantea en relación con la acreditación de la calidad de las distintas formaciones, ya que ambos elementos trascienden lo que hace al funcionamiento puntual de cada residencia, apuntando a un cambio en la estructura de las residencias en la PBA.

"Hay que plantear un tema que es la acreditación de las residencias, yo creo que hay muchas residencias que no pueden seguir funcionando porque falta la capacidad docente, porque hay desinterés, porque se los toma como mano de obra barata... Yo estoy en la comisión de acreditación de la Sociedad de Ortopedia, me piden que vaya a acreditar, hay servicios que ya los conoces de antemano (...) ¿Sabés cuál es el problema de eso? Que generalmente, son todos miembros de la misma sociedad." (Integrante Comité de Del, varón, RS V)

Así como sucedió en los grupos con residentes, entre los responsables de docencia también existe una preocupación por el futuro laboral de los profesionales que la provincia forma. La inversión que el sistema realiza en la formación de especialistas debería, de acuerdo con estos relatos, poder aprovecharse dentro del mismo sistema, una vez que los médicos egresan. Emerge la idea de la retención de los profesionales que también funciona como un incentivo para que los médicos elijan la PBA para hacer su residencia.

"Responsable 1: (...) cuando está en el último año alguno de los residentes, le preguntás ¿qué vas a hacer ahora a partir de mayo, vas a ser Jefe? Y alguno te dice, "quizás me voy al interior". Y nosotros no tenemos herramientas para retenerlos,

algunos chicos ya han hecho contactos en su lugar en su lugar de origen y así han sido casi todos, se van así. Nosotros no tenemos oportunidad de ofertarles nada.

Responsable 2: Por eso era lo que te decíamos hoy, antes era más fácil que la persona... por ejemplo la rotación termina tres meses antes para que devuelvan lo que han adquirido en la rotación, pero las que eran de radicación, estaba bueno que fueran los últimos tres meses al lugar donde iban a radicarse así tenían la inserción."

(Responsable 1: Jefe de sala, varón; Responsable 2: Jefa de sala, mujer, RS XI)

"Entonces mi pensamiento era volver a una figura que existió hace muchos años que eran las Becas de Radicación, donde el residente más allá de los tres meses que hablábamos, podía radicarse en su ciudad en convenio con la Municipalidad, apoyado por el Gobierno de la Provincia y radicarse en su lugar de origen, pero ya formado. Vos mandas un tipo que ya mamó, que va a entregar conocimiento y salud. Pero de otra forma mandamos a formarse a alguien ahí, que no tenemos garantía, la primera experiencia o mirada de cómo se ha formado la vamos a tener dentro de 5 años, entonces ¿porque con este caudal de gente que está saliendo no aprovechar y mandarlo ya capacitado a determinados lugares?, y después ver, yo creo que hay lugares en el interior en donde se pueden formar residentes, pero hemos visto experiencias de algunas residencias que se habrían en determinados Hospitales que realmente no tenían estructura."

(Responsable Del, Jefe de servicio, varón, RS XI)

En este último testimonio se deja entrever la propuesta de que se regule la oferta de formación en lugares pequeños de la provincia en donde no hay una estructura docente preparada para la tarea (lo cual se ha visto en los relatos de los residentes), y que en su lugar se ofrezcan becas de radicación en convenio con los municipios, en donde el médico se especialice en los grandes hospitales y luego retorne a su pueblo o se radique allí donde se requieran especialistas.

Junto con ello, aparece la urgencia por emparejar las características de la formación con las necesidades de los pequeños lugares de práctica profesional en los que existen otros tipos de lógica de ejercicio.

"En mi hospital pasaba un poco al revés cuando la demanda interna de lo asistencial se apoya mucho en el residente. Nosotros necesitamos que el residente nuestro particularmente, al contrario, salga del hospital, no que esté adentro. Me ha llevado a discusiones, "mira tienen que ir al Hospital de Gonnet", ¿qué hace en el Hospital de Gonnet un residente de 1°? y hace 30 partos. Acá no hacemos partos, tampoco somos el centro, tenemos que salir, eso nos demanda tiempo, desgaste, siempre hay un dicho que dice, "P. siempre decía que hay que enseñarles a los residentes acá en el Hospital a manejar la Ferrari porque después el Fitito se puede manejar". Lo que digo yo es que está lleno de Fititos, cuando se van a Chivilcoy son todos Fititos, está el pueblo, son los pediatras del pueblo. Nosotros necesitamos que el residente salga del Hospital." (Responsable de Del, Jefe de Sala, varón, RS XI)

9.7. Síntesis del capítulo

Todos los responsables de Del entrevistados tienen una historia ligada al sistema de salud provincial. Muchos de ellos hicieron la residencia en la PBA e incluso en el hospital en el que siguieron su carrera profesional y en el que ahora ejercen en el área de Docencia. Esto configura una situación de fuerte pertenencia a la institución hospitalaria y un amplio conocimiento acerca de las dinámicas de las residencias y la vida cotidiana institucional.

De acuerdo a los testimonios, las áreas de docencia e investigación cuentan con una estructura muy pobre para su correcto funcionamiento. Si bien existe diversidad en el rango que tienen en el organigrama de los hospitales, la mayoría coincide en que la cantidad de gente que se desempeña con nombramiento en las áreas es

poca y que eso incide en las posibilidades de intervenir en los temas de capacitación e investigación que demanda la actividad. Todas estas cuestiones pueden englobarse en lo que denominan la "falta de jerarquización", que se presenta como histórica para el área.

Los entrevistados manifestaron dificultades para realizar actividades de capacitación permanente para todo el personal sanitario de los hospitales. La mayor parte de la actividad se destina a la gestión y supervisión de las residencias y la resolución de conflictos en relación con ellas.

A la hora de intervenir en los conflictos entre residentes y servicios, el rango de jefatura que tiene la autoridad máxima del

área, influye en la legitimidad de sus acciones en relación con los jefes de servicio.

La Comisión Asesora de Residencias es un órgano que funciona en algunos hospitales y ha dotado de legitimidad las intervenciones en el ámbito de docencia, pero que ha costado conformar y mantener en otros. En estos casos, siguen predominando las relaciones cara a cara al momento de la negociación de las condiciones en que se desarrolla la formación en cada espacio.

Los testimonios de los entrevistados reflejan una tensión entre el recuerdo del modo en que eran ellos cuando fueron residentes y su mirada acerca de los residentes actuales. Si bien contemplan y ven como positivo el cambio generacional, construyen un "nosotros" y un "ellos" bien diferenciado en donde se coloca de un lado la vocación (asociado una idea altruista del ejercicio profesional) y del otro un interés instrumental en relación con la formación. Ven como aspecto positivo que los jóvenes médicos tengan más conciencia de sus derechos y realicen más cuestionamientos cuando hay abusos por parte de los superiores. Pero también se muestran escépticos acerca del compromiso de los residentes y sus ganas de aprender.

La posibilidad de que una residencia sea una buena experiencia de formación no se asocia a un solo factor, sin embargo, los entrevistados identificaron como central el modo en que la residencia se acopla al funcionamiento del servicio. Las buenas experiencias se dan en los servicios en donde los residentes son bien recibidos, cuando encuentran médicos de planta dispuestos a acompañarlos en su aprendizaje, y cuando se respeta su rol de profesionales en formación, más allá de que la organización sea más verticalista o más democrática.

El instructor de residentes emerge como figura central para el buen funcionamiento de una residencia. Si bien en algunas de ellas existen otros profesionales del servicio que cumplen dicha función, se evaluó como urgente y necesario el nombramiento de instructores de residentes en cada lugar en donde exista una residencia y la jerarquización de la función, en materia simbólica y económica.

La situación estructural del sistema de salud de la PBA también apareció como un fuerte condicionante de las experiencias en la residencia. En este sentido, se mencionó la falta de profesionales de planta como principal causa de la sobrecarga de tareas asistenciales que sufren los residentes (la necesidad de cubrir guardias y que el servicio se sostenga) y la falta de acompañamiento. También se indicó la falta de insumos como un factor de desgaste y condicionamiento del trabajo cotidiano y la falta de condiciones edilicias para mejorar el hábitat de los residentes en sus lugares de trabajo. Todo ello fue señalado como motivo de la disminución del interés por parte de los médicos recién graduados para formarse en la PBA.

Finalmente, surgieron algunas posibles estrategias en las cuales trabajar para mejorar el sistema de residencia provinciales: la jerarquización de las tareas de docencia en los hospitales, la acreditación y certificación de calidad de las residencias, la retención de los médicos que egresan en el sistema de salud a través de ofertas de cargos y también mediante el desarrollo de becas de radicación, y la necesidad de adecuar la formación en la especialidad a las necesidades que tienen los lugares pequeños de desempeño profesional futuro.

10

Capítulo Diez

ELEMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA: EMERGENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Como se recordará el propósito de esta investigación fue el establecer un diagnóstico de la cultura de las residencias en el ámbito de la provincia de Buenos Aires -a partir de la percepción de los médicos en formación-, de modo de obtener elementos para elaborar un programa de mejora del sistema de residencias.

Siguiendo la hipótesis de trabajo de la cual partió este estudio, puede establecerse que las experiencias de aprendizaje que se configuran en las residencias en la PBA parecen entrar en conflicto con las motivaciones y expectativas de formación y ejercicio profesional de los graduados que se incorporan en las mismas. Esto se pone en evidencia en diferentes aspectos que generan tensión entre los residentes. Identificamos tres fuentes principales de tensión, que pueden agruparse en diferentes esferas: en primer lugar, aquella vinculada a la relación individual de cada médico/a con la experiencia formativa, que está marcada por el cansancio físico y el estrés. Los altos niveles de estrés que viven los jóvenes médicos sobre todo al inicio de la residencia se potencian por la segunda tensión que emerge en este trabajo, que es la constituida por el ambiente organizacional en el que se desarrollan las residencias, en donde cobran relevancia los castigos y malos tratos como discipli-

nadores en las instituciones hospitalarias; y también por la tercera tensión identificada, que es la que deviene de las condiciones estructurales del sistema de salud de la PBA y de la modificación en el vínculo con la población que se atiende en los servicios.

Cada una de estas tensiones ya ha sido abordada en investigaciones previas. Nos obstante, la evidencia que se presenta en este trabajo, muestra que el **desajuste entre las expectativas de formación de los médicos recién graduados y la experiencia real en las residencias (atravesada por ese abanico de tensiones) circula entre los residentes como uno de los factores que vuelve a dicha experiencia menos atractiva de cara a la profesionalización médica**. De este modo, las tensiones aquí referidas, que emergen de las voces de los residentes médicos, pueden ser consideradas como **aspectos críticos del dispositivo de residencias en tanto constituyen aspectos que parecen incidir en su sentido pedagógico y de socialización profesional**.

En el final de cada capítulo se recuperan los aspectos relevantes abordados de acuerdo a las distintas dimensiones indagadas. En base a estos puntos sintéticos, en este apartado, quisiéramos

mos resaltar algunas recomendaciones que se desprenden de las entrevistas con los residentes, y se refuerzan en la mirada que tienen las Áreas de Docencia e Investigación de los hospitales de la provincia. Estas recomendaciones pueden servir como elementos para la elaboración de líneas de acción futuras que tiendan a generar buenas prácticas. Con el objetivo de organizarlas temáticamente, retomaremos las variables principales de la indagación descriptas en el apartado metodológico.

Motivaciones para la elección de la residencia y especialidad

La residencia está considerada, de acuerdo a la percepción de los residentes, como el mejor camino para formarse en una especialidad médica. Esta creencia constituye el motor para postularse a varios exámenes, y una vez que se ingresa, es la razón por la cual se sostienen en un dispositivo que implica una gran exigencia.

No obstante, una gran cantidad de egresados de las facultades de medicina descartan esta modalidad de formación, debido a factores tales como la sobrecarga horaria y de actividades, la falta de acompañamiento, los escasos salarios en relación a la remuneración obtenida por hacer guardias o trabajo en ambulancias, entre otros. Se pone en evidencia, entonces, la necesidad de trabajar en estos aspectos. Por otra parte, se desprende de los testimonios la falta de articulación con las carreras de grado para promocionar y promover la formación en residencias.

En el abanico de elementos que los jóvenes evalúan al momento de hacer sus elecciones sobre la formación de posgrado, pesan el lugar en donde nacieron, estudiaron o dónde viven y el factor familiar. En este sentido, en la proyección de cupos de residencia

resulta estratégica la implementación de facilidades para la radicación de los jóvenes médicos en los sitios en los que desean formarse, en articulación con los municipios, como por ejemplo, el ofrecimiento de vivienda y/o redes que faciliten el cuidado de hijos pequeños.

Formación de grado y posgrado

Los testimonios muestran que gran parte de los médicos recién egresados evalúan su formación de grado como deficiente. No se percibe seguridad en la preparación que ofrece la Universidad para enfrentar la práctica profesional, lo cual resulta un tema preocupante considerando que su título es habilitante para el ejercicio y que muchos de ellos ingresan al mercado de trabajo sin mediar ninguna otra formación profesional. Una vez insertos en las residencias esta percepción es una fuente de angustia e inseguridad, que va en detrimento de la práctica profesional.

En este sentido, la articulación con las universidades no solo debería estar orientada a la promoción de las residencias, sino a establecer líneas de formación continua de modo de generar una inmersión en los servicios que se vivencie de manera menos drástica.

La formación de especialistas médicos en carreras de posgrado universitario, si bien es una opción que muchos de los entrevistados toman como complemento a la residencia, al mismo tiempo devela una situación de "competencia" con las mismas. Muchos médicos deciden formarse mediante esta modalidad con el fin de no atravesar las exigencias de la formación en servicio, obteniendo el mismo título de especialista, cuestión que genera un conflicto por la equiparación de los títulos con los residentes.

Organización de las residencias en la Provincia de Buenos Aires

En relación a la organización de las residencias, la formación, al estar planteada como práctica profesional supervisada, se sustenta en una estructura jerárquica, que también es propia de las instituciones hospitalarias, como se describe en esta investigación y en trabajos previos. Este hecho no es en sí mismo problemático, ya que se considera un marco de contención para la transmisión de la experiencia profesional. No obstante, los residentes marcan enfáticamente que la lógica verticalista de las instituciones hospitalarias habilita un escenario en donde son posibles y pueden naturalizarse los abusos, especialmente para los residentes de los primeros años.

Esta estructura se vuelve aun más conflictiva cuando la línea de residentes no está completa, porque se sobrecargan las tareas y responsabilidades, hecho frecuente en los últimos años por las dificultades en la cobertura de vacantes. En este sentido, los residentes plantean la necesidad de hacer modificaciones en la instancia de concurso y adjudicación de los cupos de residencia de la PBA.

Asimismo, la investigación muestra que la falta de acompañamiento es un factor de estrés muy frecuente. Por lo tanto, el apoyo de los médicos ya formados y con años de experiencia, así como el nombramiento de instructores, resultan centrales para la organización de las residencias como dispositivos de formación en una especialidad.

En relación con las guardias, surge como un reclamo la necesidad de regular la cantidad de guardias que se realizan, de modo que el residente no sea llamado a cubrir la falta de profesionales en los hospitales. Este hecho deriva en un malestar entre los

residentes, como consecuencia de la falta de sueño, el cansancio físico, la sobrerresponsabilización ante situaciones de emergencia - que deben afrontar en soledad- y la presión por no cometer equivocaciones. Sumado a ello, el descanso posguardia aparece como una excepción en los servicios, y constituye, lógicamente, uno de los temas más urgentes a solucionar para los residentes.

Respecto de la actividad académica, se mostró que la generalidad determina que "en la residencia se aprende entre residentes", que si bien es como está organizado del modelo educativo, denota nuevamente una falta de acompañamiento y supervisión. La escasa regulación de la actividad académica tiene como consecuencia que los residentes sientan una pérdida del sentido pedagógico de la formación. Emerge, entonces, la necesidad de consolidar y garantizar el desarrollo de los espacios académicos. En el mismo sentido, surge la necesidad de jerarquizar y reconocer la figura del instructor. Por otra parte, se requiere replantear la organización del Bloque de Formación Común, en relación a su pertinencia y exigencia.

De acuerdo con los testimonios de los responsables de las áreas de Del, aparece la idea de que una buena estructura de docencia en los hospitales es central para ofrecer un marco de contención a los residentes, para regular las prácticas y homogeneizar criterios de formación profesional, de modo de conformar una organización positiva en la residencia.

Conflictos en las residencias y mecanismos de respuesta

El primer foco de conflicto que encontramos en la residencia deviene de la misma organización tradicional del dispositivo, y se refleja en el cansancio y el estrés que los residentes sufren cotidiana-

namente, de manera más acentuada en los primeros años. Estas nuevas generaciones de residentes, comienzan a cuestionar este escenario ya que, en su percepción, atenta contra su salud, contra las posibilidades de aprendizaje y, consecuentemente, contra la atención sanitaria brindada a la población. Por otro lado, como hemos dicho, la lógica organizacional de las residencias deriva muchas veces en abusos por parte de los superiores. El maltrato y los castigos son utilizados con frecuencia a modo de mecanismos de disciplinamiento profesional. Esto, que constituye otro foco importante de tensión, también es desnaturalizado por los residentes quienes, cada vez con mayor frecuencia, se animan a denunciar estas situaciones. En tercer lugar, hallamos como fuente de conflicto la falta de equipamiento e insumos, el deterioro edilicio y la escasez de camas, las malas condiciones de habitabilidad para los residentes en los hospitales, y un tema central que hace a la experiencia en la residencia, que es la escasez de profesionales.

Frente a este escenario, se plantea la necesidad de regulación por parte del sistema de las situaciones de abuso y maltrato, fundamentalmente jerarquizando las áreas de Del como principales receptores de denuncias y como órganos de conciliación entre los actores que intervienen en la formación de los residentes. Por otra parte, sería pertinente promover campañas con el fin de sensibilizar a los médicos en los hospitales, y sobre todo a los jefes de servicio, en relación con estas situaciones de abuso de poder.

En relación con la situación estructural del sistema de salud, si bien es un tema que involucra elementos que escapan a la gestión de las residencias, surge la urgencia por solucionar al menos las condiciones en que los residentes de la PBA habitan en los hospitales: acondicionar las habitaciones de residentes, asegurar que se les brinden las comidas en el hospital, establecer las mínimas condiciones de seguridad para la práctica médica. Como un tema central aparece la

necesidad de mejorar el monto de la beca de residencia.

Como se ha descrito en el Capítulo 7, los residentes encuentran modos de organización político-gremial. No obstante, sería adecuado promover los espacios para la regulación y resolución de conflictos, como por ejemplo el que constituye la Comisión Asesora de Residencias dentro de los hospitales.

Temas de género

Los residentes muestran consenso en relación con la idea de que la formación en servicio muchas veces se vuelve incompatible en relación con un proyecto de familia. En este sentido, la regulación de la gran cantidad de horas de trabajo, de las guardias excesivas sin posibilidad de regresar al hogar una vez terminadas, y de la sobrecarga de responsabilidades en general, iría en sentido de poder compatibilizar ambas esferas de la vida, fundamentalmente en el caso de las residentes mujeres, que son quienes padecen en mayor medida estas situaciones. Por otra parte, sería beneficioso para facilitar su organización cotidiana, contar con soportes institucionales para el cuidado de los hijos pequeños: respeto por los horarios de lactancia, instalación de guarderías, facilidades para ausentarse en caso de enfermedad de los hijos.

Asimismo, de acuerdo a lo surgido en los grupos focales, en muchos servicios a las residentes mujeres se les explicita que la decisión de embarazarse no es aconsejable para ese período de formación. En este sentido, son necesarios mecanismos para incorporar la posibilidad de embarazos en la organización de las residencias, respetando los derechos y condición especial de las mujeres embarazadas.

El maltrato verbal a las mujeres residentes emergió como un tema recurrente en organizaciones que, a pesar de estar mayoritariamente compuestas por mujeres, siguen siendo gestionadas por varones en sus estructuras jerárquicas o siguen estando atravesadas por prácticas machistas. De este modo, la concientización y la puesta en evidencia de estas situaciones también se vislumbra como un tema a abarcar.

Trabajo y futuro

En relación con el trabajo, vimos que, si bien la residencia constituye una beca de dedicación exclusiva, es muy frecuente que los residentes no cumplan con esta cláusula del reglamento. La justificación principal de este incumplimiento es que el monto de la beca no les resulta suficiente para sostenerse económicamente. De mejorar la remuneración, podría comenzar a regularse esta situación.

Sin embargo, surgió también que el mismo sistema es el que ofrece a los residentes la posibilidad de hacer reemplazos de guardia debido a la urgencia por cubrir los cargos en los hospitales. En este sentido, debería trabajarse el tema del formato y las condiciones bajo las cuales los residentes pueden cumplir ese rol.

Respecto de la inserción en el mercado de trabajo de los residentes egresados, hemos visto que el ofrecimiento de becas, con el compromiso de un nombramiento en el hospital, resulta atractivo. Sin embargo, en algunos casos ello ha ido en detrimento de la cobertura de los puestos de jefatura de residentes. Por este motivo, sería necesario establecer canales de diálogo más fluidos con la Dirección de Hospitales y las Regiones Sanitarias, de modo que los egresados puedan cumplir una jefatura, para luego optar por este

ofrecimiento de beca seguido de un cargo.

Al mismo tiempo, pueden promoverse otras vías de inclusión laboral en el sistema, ya que la inversión que la PBA realiza en la formación de especialistas debería, de acuerdo con los relatos sobre todo de los responsables de Del, poder aprovecharse dentro del mismo sistema, una vez que los especialistas egresan. Hemos comprobado que muchos médicos desean volver a radicarse como especialistas en sus lugares de origen. Sería interesante reforzar el trabajo con los municipios, sobre todo en el interior provincial, para la reinserción de los egresados una vez finalizada la residencia. También podrían ser repensadas algunas condiciones para que los residentes del último año vayan haciendo una reinserción progresiva en estos lugares.

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo, G, Duré I, Cadile M., Dursi, C., Ciaravino O., Nasini S y Farias M

Alternativas de formación elegidas por los concursantes del sistema nacional de residencias médicas que habiendo aprobado el examen único no accedieron al cargo. Estudio multicéntrico en las jurisdicciones De Santa Fe, Neuquén, Salta y San Juan. Año 2014.

Estudio colaborativo multicéntrico desarrollado en el marco de las Becas Carrillo Oñativia, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires. Disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/informe-final%20emc%202014_10_06_2015.pdf

Acevedo, G., Farías, M., Sánchez, J., Astegiano, G., Buffa, G., Alvarez Loyaute, G., Demaría, M. y Fernández, A. (2013)

"Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitals públicos provincials de la Ciudad de Córdoba",

Argentina, en Revista de Salud Pública, Vol. 17, N° 4, pp. 8-20

Acker, J. (1990)"Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations", enGender and Society, Vol 4, N° 2, pp. 139-158

Bauman, Z. (2003) Modernidad líquida, Buenos Aires: FCE

Beck, U. (1998) La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad, Barcelona: Paidós

Bonet, O. (2004) Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Borrell Bentz MR. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2005.

Borrell RM El sistema de residencias en salud y las políticas de recursos humanos en Argentina, en Cristina Davini [et al.]

Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. UBA. Instituto Gino Germani, 2003. Pp 71-96.

Bourdieu, P. (2007) El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo XXI.

Bricker, D. y Markert, R. (2010). Night Float Teaching and Learning: Perceptions of Residents and Faculty, en Journal of Graduate Medical Education, Vol. 2, N° 2, pp. 236-241.

Crocco, Mariagrazia (2010), *"L'insertion par l'activité économique: entre dispositifs, normes et valeurs"*, RELIEF, N° 23, pp-17-23.

Davini, Cristina, Educación Permanente en Salud, Serie Paltex para Ejecutores de Programas en Salud N° 38, Organización Panamericana de la Salud, 1995.

Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias del Equipo de Salud Documento Marco / 201. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2011.

Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2014.

Dubar, C. (1991). *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Collin.

Dubar, C. (2001). *El trabajo y las identidades profesionales y personales*. Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo. 7 (13), pp. 5-16

Du Bois-Reymond, M. y López Blasco, A. (2003). Transiciones tipo yo-yo y trayectorias fallidas: hacia las políticas integradas de transición para los jóvenes europeos. En: A. López Blasco W. McNeish y A. Walther (Eds.) *Young people and contradictions of inclusion: towards integrated transition policies in Europe*. Bristol: Policy Press

Duré, I; Daverio, D. y Dursi C. Planificación y Gestión del Sistema de Residencias en Argentina, Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2013. Disponible en http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/datos/DURE-DAVERIO-DURSI-ObservatRHUS_Planif_Gestion_SistResid-2013.pdf

Foucault, M. (1991) *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.

Fraser, N. (2008) *"El feminismo el capitalismo y la astucia de la historia"*, New Left Review, N° 56, pp-104-87.

Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world *Lancet* 2010; 376: 1923-58.

García de Fanelli, A. (2015) "La graduación en las universidades nacionales de la Argentina: indicadores y políticas públicas a comienzos del siglo XXI", en *Propuesta educativa*, Vol. 17-31, N° 43, pp. 17-31.

Geertz, C. (1973) The interpretation of cultures: selected essays. New York: Basic Books.

Hamui Sutton, A., Vives Varela, T, Gutierrez Barreto, S., Castro Ramírez, S., Lavallo Montalvo, C. y Sánchez Mendiola, M. (2014) "Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas", en Investigación en Educación Médica, Vol. 3, N° 10, pp. 74-84.

Jacinto, Claudia (2010), *"Introducción. Elementos para un marco analítico de los dispositivos de inserción laboral de jóvenes y su incidencia en las trayectorias"*, en Jacinto, C. (Comp.) La construcción social de las trayectorias laborales de jóvenes. Políticas, instituciones, dispositivos y subjetividades, Buenos Aires: Teseo-IDES

Mackinnon, I. (2001). Guardias nocturnas en bloques (night float). Beneficios para el paciente, el residente y el sistema, en Revista de Hospital Privado de Comunidad, Vol. 4, N° 1 y 2.

Margulis, M.; Urresti, M. (1996). La juventud es más que una palabra. Ensayos sobre cultura y juventud (Cap 1). Buenos Aires: Editorial Biblos.

Maxwell, J. (1996) Qualitative research Design. An interactive Approach, Thousand Oaks, California, Sage.

Ministerio de Salud de la Nación, Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud, 2011, disponible en http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf

Ortiz León, S., Jaimes Medrano, A., Mujica Amaya, L., Olmedo Canchola, V. y Carrasco Rojas, J. (2014) *"Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes"*, en Cirugía y cirujanos, Vol. 82, N° 3, pp. 290-301

Osborne, R. (2005) *"Desigualdad y relaciones de género en las organizaciones: diferencias numéricas, acción positiva y paridad"*, en Política y Sociedad. Vol. 42, N° 2, pp. 163-180

Prieto Miranda, S., López Benitez, W. y Jiménez Bernardino, C. (2009) Medición de la calidad de vida en médicos residentes, en Fundación Educación Médica, Vol 12, N° 3, pp. 169-177

Reichenbach JA, Mechiany D, Fures N. *Autoevaluación de las residencias de profesionales de la Provincia de Buenos Aires: Sistematización preliminar para un diagnóstico*. La Plata, Argentina: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2001.

Reichenbach JA, Merlo LI, Gomez W, Gianfrini MF, Plesniak L, Ferrari, et al. *Selección de Residentes. Construcción futura de la salud*. La Plata, Argentina: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2012.

Rovere M. (2003) Las residencias del equipo de salud: problemas y propuestas en Cristina Davini [et al.] *Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual*, Buenos Aires: OPS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. UBA. Instituto Gino Germani. pp. 71-96.

Rovere, M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington, D.C: OPS, 1993.

Stolovas, N., Tomasina, F., Pucci, F., Frantchez, V. y Pintos, M. (2011) *Trabajadores medicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia*, Revista médica del Uruguay, N° 27, pp. 21-29

Turner, V. (1969) *The ritual process. Structure and anti-structure*, Chicago: Aidine Publishing

Vasilachis de Gialdino, I. (2006) "*La investigación cualitativa*" en Vasilachis de Gialdino, I. (Comp.) *Estrategias de investigación cualitativa*, Barcelona, Gedisa.

Wainerman, C. (2005). *La vida cotidiana en las nuevas familias ¿Una revolución estancada?* Buenos Aires: Lumière

Wiskow C. Albreht T, de Pietro C. POLICY BRIEF 15: How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. Ginebra: World Health Organization; 2010. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/124416/e94293.pdf

Documentos Normativos

Ley Nacional N° 10.471

Ley Nacional N° 23.873

Decreto N° 2557, Provincia de Buenos Aires

Disposición N° 96 del año 2006, Ministerio de Salud de la Provincia

ANEXO

GRUPOS FOCALES - Guía de pautas - QUIERO SER RESIDENTE

DINAMICA PARA GRUPOS FOCALES

Momento 1:

A medida que van entrando, se les entrega la encuesta para completar antes del inicio del GF.

Momento 2:

Una vez que están todos, se entrega a cada uno una hoja con las tres anécdotas, con la siguiente consigna:

Por favor, lee los siguientes testimonios de residentes y seleccioná aquel con el cual te sentís más identificado. De ese fragmento, elegí una palabra o idea que sea significativa de acuerdo a tu experiencia.

"Sin duda el primer año de residencia (en mi caso clínica médica) fue el más duro de todos los años porque fue un gran salto de la facultad al hospital. Me acuerdo que éramos solo dos residentes en ese año y hacíamos guardias día por medio, con lo cual estábamos prácticamente todo y todos los días en el hospital, por supuesto dormidas, con un cansancio y una pesadez en el cuerpo que no se podía explicar. Recuerdo que una vez me levante a la madrugada para ver un paciente y fui a verlo tan dormida que cuando le puse el estetoscopio para escucharlo, esos pocos segundos que me llevaba el examen físico de auscultarlo, cerré los ojos y pensé "como quisiera dormir un ratito más". El segundo año lo disfrute porque ya teníamos menos guardias, y teníamos a los residentes de primero quienes nos devolvieron muchas horas de sueño y de lectura. El último año, es de mucha responsabilidad porque el mayor da el ejemplo a los más chicos y toma decisiones responsabilizándose de sus acciones" (Mujer, Neuquén)

"Las guardias fueron cansadoras, agotadoras, pero también aprendes a trabajar en equipo, con tus compañeros/as ayudándose unos a otros, peleando por los ingresos, etc. Además debo reconocer lo salado que fui durante los 3 años, no bajaba de los 8 ingresos por guardia (mis residentes inferiores siempre lo agradecieron). Pero para mí en el final, y a pesar de haber querido renunciar el primer año más de 100 veces, fue una etapa de mi carrera y mi vida INOLVIDABLE, y lo que me permitió posteriormente poder mejorar creo algunas cosas con el correr del tiempo: más que nada la parte humana, del trato, sobre todo de terminar con el " como a mí me hicieron, esto ahora te lo hago a vos" ". (Varón, Chaco)

"Como experiencia positiva tengo que decir que la supervisión de algunos residentes superiores y médicos planta era maravillosa. De golpe en un pase de magia ordenaban todo el desorden de información que tenía en la cabeza y te ayudaban a resolver y ayudar (es redundante) a los pacientes. En mi residencia, si uno quería aprender tenía de todo para hacerlo, solo dependía de la voluntad que uno le pusiera. Querías hacer fondo de ojo, biopsias, lo que fuere, siempre había alguien dispuesto a enseñarte. Algo feo es el desarraigo. Me acuerdo que comer solo mirando por la ventana del monoambiente era un bajón. Pero con el tiempo mis compañeros se transformaron en mis amigos del alma. Había compañeros que sufrían mucho estando solos de guardia, pero a mí no me afectaba, me gustaba el desafío. A la distancia me parece que hubiera estado mejor un poco de acompañamiento. Como mucha gente, yo también me dormí una madrugada auscultando un paciente. La residencia era grande y las relaciones personales bastante conflictivas". (Varón, Río Negro)

Breve puesta en común de la actividad.

Momento 3:

Conversación grupal.

GUÍA PARA LA ENTREVISTA GRUPAL

Motivaciones para la elección de la residencia y la especialidad

- ¿Por qué quisieron hacer una residencia al finalizar la carrera? ¿qué imaginaban que les iba a aportar en su formación como médicos? ¿evaluaron otros tipos de formación (por ejemplo, carrera universitaria)?
- ¿Por qué eligieron la especialidad en la que se están formando? ¿Cómo fue esa elección? ¿Siempre les gustó esa especialidad?
- ¿Por qué eligieron la provincia de Buenos Aires para hacer una residencia?
- ¿Cómo fue el proceso de rendir los exámenes de residencias? ¿Cuántos exámenes rindieron? ¿En dónde? ¿Para la misma especialidad?

La cotidianeidad de la formación en los servicios

- Al momento del ingreso ¿qué esperaban aprender dentro de la residencia? ¿Consideran que están aprendiendo aquello que se imaginaban?
- (Explorar aprendizajes relacionados con la especialidad, el contexto institucional, lo que es un sistema de salud, lo que es una sistemática de trabajo)
- ¿Cómo se aprende en la residencia? (Solos, jefes como modelo, instructores)

- ¿Qué expectativas tenían al ingreso en relación con el servicio en que se iban a incorporar? ¿Por qué lo eligieron originariamente? ¿El lugar cumple con esas expectativas? ¿Volverían a elegirlo?
- ¿Cómo son los vínculos cotidianos con las personas que intervienen en su formación? (instructores, jefes, otros profesionales del equipo) ¿Quiénes los acompañan en el aprendizaje?
- ¿Cómo describirían el ambiente de aprendizaje en su lugar de residencia? ¿Dirían que es un buen lugar para aprender una especialidad? ¿Qué otras cosas sienten que les permite aprender?
- ¿Qué vínculos tienen con las áreas de docencia e investigación del hospital, Región y Ministerio de Salud Provincial? ¿Los conocen? ¿Tienen contacto?

Los reclamos y modos de organización de los residentes

- ¿Cómo resuelven las situaciones de conflicto que se presentan en el día a día?
- ¿Tienen algún tipo de órgano de representación como residentes? ¿Cómo y para qué funciona? Además, ¿se juntan habitualmente con sus compañeros a discutir su situación en las residencias?
- ¿Tienen canales de diálogo con alguna autoridad para la canalización de sus reclamos?

Proyecciones a futuro

- ¿Cuál es la idea que tienen respecto de su futuro laboral una vez que finalicen la residencia? ¿Qué les gustaría hacer?
- ¿Les gustaría insertarse dentro del sistema de salud provincial? ¿Se imaginan una continuidad en el mismo servicio?

Para terminar

- ¿Qué es lo mejor y lo peor de ser residente?
- ¿Qué cambiarían de su situación como residentes? (dentro de los servicios y otras cosas)

Perfil de los residentes

- ¿Con quién viven? ¿Viven de sus ingresos como residentes? ¿Realizan otras actividades ligadas a la medicina?

ENCUESTA A RESIDENTES

"Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos en la Provincia de Buenos Aires"

1.Edad

2.Especialidad

3.Hospital/CAPS

4.Universidad de carrera de grado

5.¿Con quién vivís?

6.¿En dónde vivís? (Localidad, Partido, Provincia)

7.¿En dónde naciste? (Localidad, Partido, Provincia)

8. Estado civil SOLTERO/A CASADO/A UNIDO/A DE HECHO DIVORCIADO/A VIUDO/A

9. ¿Tenés hijos? SI NO ¿Cuántos?

10. Tu estipendio como residente, ¿es el único ingreso del hogar? SI NO ¿Qué otro ingreso recibe el hogar?

11. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por tus padres?

Nivel	Padre		Madre	
	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto
Primario				
Secundario				
Terciario				
Universitario				
Posgrado				

12. ¿Tenés familiares médicos? SI NO ¿Quién/es?

Entrevista a Jefes de Docencia e Investigación - Guía de pautas - QUIERO SER RESIDENTE

Trayectoria personal

- ¿Cuándo se recibió de médico/a?
- ¿En qué Universidad estudió?
- ¿Cuándo comenzó a trabajar en este hospital?
- ¿Tiene otros cargos además del de Jefe de Docencia?

La organización del área de Docencia e Investigación en el hospital

- ¿Conoce la historia del área de Del en el hospital?
- ¿Podría contarnos cómo está organizada actualmente el área?
- ¿Cuántos profesionales trabajan allí? ¿de qué profesiones?
- ¿Qué tipo de actividades realizan con los residentes?
- ¿Cuáles son sus tareas en relación con la gestión de las residencias?
- ¿Qué tipo de vínculos mantienen con la jefatura de la Región?
- ¿y con el área de capacitación del Ministerio de Salud provincial?
- ¿Tienen vínculos cotidianos con otras áreas de Del?
- ¿qué actividades realizan?

- ¿Cómo describiría el ambiente de trabajo y aprendizaje para los residentes en su hospital?
- ¿Diría que es un buen lugar para aprender una especialidad?
- ¿Cómo evaluaría el rol del área de Del dentro del dispositivo de formación de residencias?
- ¿Por qué *(o por qué no)* diría que su rol es significativo para el aprendizaje de los residentes?

Sobre los residentes

- ¿Qué perfil tienen los residentes del hospital?
- ¿Con quiénes viven?
- ¿Viven de sus ingresos como residentes?
- ¿Realizan otras actividades ligadas a la medicina?
- ¿Ese perfil fue cambiando en los últimos años?
- ¿Encuentra dificultades en el equipo de residentes?
- ¿Con qué aspectos están vinculadas esas dificultades?
(capacidad de aprendizaje, problemas estructurales del sistema de salud que afecta la cotidianeidad de las residencias, desmotivación, formación previa)

- ¿Reconoce diferencias de género en el modo en que desarrolla la formación de los/as residentes en su hospital?
- ¿En qué aspectos aparecen esas diferencias?
- ¿Cómo se abordan y qué estrategias se dan al respecto?
Ver en particular si existe en el equipo una división sexual del trabajo implícita
- ¿Cómo describiría una "buena práctica/experiencia" de residencia?
- En su opinión ¿qué acciones pueden tomar las áreas de Del para aportar a estas buenas prácticas?

Los reclamos y la organización de los residentes

- ¿Cómo resuelven las situaciones de conflicto que se presentan en el día a día en el hospital? Particularmente los residentes, ¿tienen algún tipo de órgano de representación en el hospital?
- ¿Cómo y para qué funciona?
- ¿Tienen canales de diálogo con alguna autoridad para la canalización de sus reclamos?

Valoración sobre las residencias como dispositivo de formación

- De acuerdo a su experiencia, ¿cuáles diría que son las ventajas y desventajas de las residencias como dispositivo de formación?
- ¿Qué aspectos del dispositivo son para usted clave para que la residencia sea una buena experiencia de formación?

ISBN 978-987-46595-0-7



Buenos Aires
Provincia