



UBA

Universidad de Buenos Aires

Facultad de Ciencias Económicas

Maestría en Recursos Humanos

Tesis:

**"La percepción de los residentes médicos sobre su
deficiente legislación laboral regulatoria"**

La calidad de vida bajo el régimen de residencias médicas

Director:

DISCENZA, LUÍS

Firma_____

Tesista:

BESHO, XHONATAN

Firma_____

Cohorte 2016 – 2017



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas



Tesista: Xhonatan Besho
Director: Luís Discenza

*"La calidad de vida bajo el régimen de
residencias médicas"*



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente a mi señora Cintia, la cual pasó por dos embarazos durante el transcurso de esta maestría, por haberme incentivado a realizar la misma, apoyándose incondicionalmente desde el comienzo de la cursada hasta su conclusión con la tesis, sin dejar en ningún momento de motivarme y darme ánimo.

A mis dos hijos, principalmente a Valentina la cual nació en el transcurso de la cursada, que por falta de tiempo perdí varios lindos momentos de su vida.

Posteriormente quiero agradecer mi segundo hijo Thiago, el cual llegó a nuestras vidas durante la elaboración de esta tesis, que también, aunque en menor medida padeció de cierto modo mi ausencia.

A mis padres, que siempre estuvieron predispuestos a ayudarnos con el cuidado de los chicos en los horarios de cursada y días de estudio.

A mi tutor Luis Discenza, por su dedicación y guía, lo cual fue de gran ayuda haciendo posible que este trabajo pudiese llegar correctamente a su conclusión.

Al Director Médico, quien pidió que no se revele su nombre, el cual me facilitó los accesos a través de sus contactos a los médicos residentes de esta investigación y me brindó la información necesaria para la elaboración final.

A todos los médicos que colaboraron con su tiempo y buena energía prestándose para las entrevistas de dicha investigación.

Y a todas aquellas personas que, directa o indirectamente también contribuyeron a su manera para que este proyecto se haga realidad.



ÍNDICE

1.	CAPITULO I: Introducción y elección del problema.....	- 6 -
2.	CAPITULO II: Problema de investigación	- 7 -
2.1.	Objetivo general	- 7 -
2.2.	Preguntas de investigación.....	- 7 -
2.3.	Objetivos específicos.....	- 8 -
2.4.	Justificación y viabilidad	- 8 -
2.5.	Antecedentes y marco normativo.....	- 9 -
2.5.1.	Estado del Arte	- 9 -
2.5.2.	Evolución histórica y Marco Legal	- 13 -
3.	CAPITULO III: Marco Teórico	- 23 -
4.	CAPITULO IV: Estructura metodológica.....	- 27 -
4.1.	Tipo de estrategia elegida y diseño de investigación.....	- 27 -
4.2.	Unidad de análisis y fuentes de datos.....	- 28 -
4.3.	Variables de análisis	- 29 -
4.4.	Aporte de la investigación.....	- 30 -
4.5.	Guía de entrevista	- 30 -
4.6.	Acuerdo de confidencialidad.....	- 32 -
5.	CAPITULO V: Aspectos de la residencia médica estudiada	- 33 -
5.1.	Sistema de salud nacional	- 33 -
5.2.	Los médicos residentes	- 37 -
5.3.	Elección del sanatorio	- 42 -
5.4.	Duración de la capacitación	- 43 -
6.	CAPITULO VI: Condiciones de trabajo.	- 47 -
6.1.	Derechos y obligaciones en comparación con los médicos especialistas.	- 47 -
6.2.	Carga horaria.	- 58 -
6.3.	Remuneración.	- 63 -
7.	CAPITULO VII: Aporte de la residencia	- 77 -
7.1.	Valor agregado	- 77 -
7.2.	Capacitación recibida por el sanatorio.....	- 84 -
7.3.	Tareas y responsabilidad en comparación con los médicos especialistas	- 86 -
8.	CAPITULO VIII: Calidad de vida del residente.....	- 91 -



8.1.	Horas de descanso.....	- 91 -
8.2.	Tiempo dedicado a los exámenes teóricos.	- 94 -
8.3.	Tiempo dedicado a actividades de ocio.	- 95 -
9.	CAPITULO IX: Conclusiones	- 99 -
10.	CAPITULO X: Limitaciones y alcances de la investigación	- 103 -
11.	BIBLIOGRAFIA	- 104 -
12.	ANEXO	- 106 -
12.1.	Programa de residencia en Clínica médica del Sanatorio Itoiz	- 106 -
12.2.	Entrevistas especialistas.....	- 118 -
12.3.	Entrevistas residentes	- 125 -



1. CAPITULO I: Introducción y elección del problema

Hace dos años y medio, a mediados del año 2016, tuve la suerte de ser padre por primera vez en mi vida. De aquella linda experiencia que nació mi hija Valentina, al ingresar al sanatorio, me llamó la atención la cantidad de médicos jóvenes que había, en la guardia, en la sala de internación conjunta (madre e hijo) y por último en el quirófano, que de más está decir que fue nacimiento por cesárea.

Esto me hizo observar con detenimiento a estos jóvenes profesionales, al parecer con escasa experiencia, siempre en parejas de 2 o más personas, realizando todas las labores y debatiendo entre ellos cuestiones técnicas. Además, estos frecuentaban seguido la habitación durante la internación, observando tanto el estado de mi señora como el de mi hija, llenando las historias clínicas e indicando medicación. Se los podía observar realizando guardias nocturnas, estando siempre a disposición de los pacientes para evacuar cualquier duda que pueda surgir durante la estancia en la clínica.

Si bien a simple vista no era sencillo distinguir las jerarquías entre los doctores, ya que todos se encontraban uniformados de igual manera y realizaban tareas idénticas, al ir preguntando a los mismos me fui enterando de que no todos eran médicos especialistas, sino que gran parte de ellos se encontraban realizando la *Residencia Médica*, estudio de posgrado de varios años para poder obtener el título de alguna especialidad.

A medida que me puse a indagar curiosamente sobre la misma, a través de diálogos mantenidos ya sea con estos médicos en cuestión y amigos propios que se encuentran realizando la residencia, comencé a percibir distintas opiniones y apreciaciones en cuanto a esta, y me sorprendieron comentarios sobre la gran cantidad de horas puestas a disposición del sanatorio por un salario fijo y la gran responsabilidad que llevaban en sus espaldas por la escasa capacitación que tenían, que según me comentaban, en reiteradas ocasiones quedaban a cargo exclusivamente de pacientes en estado crítico a falta de personal médico especializado.

Todo ello me llevó a investigar la residencia médica, su encuadre legal y la calidad de vida llevada durante la misma.



2. CAPITULO II: Problema de investigación

¿Cómo encuadra y bajo qué condiciones, el residente médico de los sanatorios privados de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires, en la legislación nacional durante la Residencia?

2.1. Objetivo general

- Identificar el encuadramiento del médico residente en la legislación argentina y caracterizar la calidad de vida llevada durante la residencia.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el fin actual de la residencia y que legislación la regula?
- ¿Qué derechos y obligaciones poseen actualmente los residentes médicos en comparación con los médicos especialistas?
- ¿Qué beneficios otorga la residencia médica tanto a los residentes como a los sanatorios privados?
- ¿Qué grado de conformidad hay respecto a la calidad de vida llevada durante la residencia?



2.3. Objetivos específicos

- Identificar el fin y el marco legal regulatorio de la residencia médica.
- Identificar la relación entre el médico residente y la institución médica, describiendo sus emergentes.
- Examinar las condiciones de trabajo del médico residente en comparación con las de su par médico especialista.
- Identificar el aporte de la residencia tanto a los médicos residentes como a los sanatorios privados de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires.
- Caracterizar la calidad de vida del residente durante la vigencia de la misma.

2.4. Justificación y viabilidad

La justificación de la investigación parte de la base que en el contexto actual se han realizado escasas revisiones e investigaciones referentes al encuadre legal de la residencia médica, como también pocos trabajos con enfoque cualitativo sobre la calidad de vida durante los años que tiene vigencia este posgrado. El propósito de este trabajo de campo es ampliar aun más el conocimiento sobre esta temática.

Para este trabajo de campo se utilizaron principalmente fuentes primarias de datos teniendo como unidad de análisis al residente médico de los sanatorios: Trinidad de Mitre y Profesor Itoiz, ambos de capital privado pertenecientes tanto a la Ciudad como a la Provincia de Buenos Aires.

La investigación sobre la temática se vuelve posible ya que se contó con los recursos necesarios debido a que por las circunstancias de la vida profesional, soy conocido del actual Director Médico de uno de estos sanatorios, el cual me facilitó los accesos a la unidad de análisis, tanto dentro del sanatorio donde trabaja actualmente, como así también a través de conocidos me abrió las puertas del segundo sanatorio en cuestión.



2.5. Antecedentes y marco normativo

2.5.1. Estado del Arte

Respecto al **sistema de salud nacional**, matriz para entender las instituciones de salud y por ende las residencias médicas, Tobar Federico (2012) afirma que la mayoría de los sistemas de salud del continente americano, incluida Argentina, a excepción de los sistemas nacionales como los de Cuba y el Caribe de habla inglesa, presentan tres subsectores: *el subsector público*, que cubre fundamentalmente a sectores de menores ingresos y que brinda prestaciones orientadas a la prevención, la curación y el saneamiento; *el subsector de la seguridad social*, que cubre a los trabajadores del sector formal y en algunos casos a sus dependientes; y *el subsector privado*, que generalmente atiende a los sectores de mayores recursos.

El sistema de salud argentino no obedece a una sola orientación política ni a una sola estrategia intersectorial integral, ni se origina como fruto de una planificación. Es el resultado de un conjunto de decisiones y acciones realizadas por diversos actores públicos, sindicales, sociales y privados que han ido sucediendo en distintas etapas históricas de las últimas décadas.

En lo que respecta a las residencias médicas, **La Organización Panamericana de la Salud** (2011), indica que los sistemas de salud de los países descansan en buena parte en los especialistas y en los médicos residentes, y los ministerios de salud invierten una suma de dinero importante anualmente para cubrir las plazas de los residentes, ya que este es el ámbito desde donde surgen las nuevas generaciones de especialistas.

En su informe en "**Residencias médicas en América Latina**" (2011) concluye, entre otras cuestiones, que *es necesario cambiar los paradigmas educativos que permitan a los residentes estudiar y trabajar en condiciones propicias para el aprendizaje, lo que significa particularmente adecuar los hospitales y sanatorios como espacios de formación y adecuar la gestión de las unidades docentes de los centros de salud para garantizar el buen desempeño de los programas educativos.*



Es mucho lo que se ha escrito acerca de la educación de los médicos, especialmente del nivel de formación de grado. Las investigaciones correspondientes a la formación de los posgrados, en particular de aquellas que se desarrollan con la modalidad de "residencias", no aparecen con la misma magnitud y frecuencia de las del grado.

Al respecto Borell Bentz, Maria Rosa, investiga en "**La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa**" (2005) , la formación en las residencias médicas, estudiada a través del proceso de formación que tienen los docentes, la forma como conciben la enseñanza y el aprendizaje en espacios de servicios de atención y cómo encaran, a través de la organización curricular, la búsqueda de un enfoque interdisciplinario en las actividades educativas.

Alega que las Residencias Médicas en Argentina constituyen un tema de preocupación y debate importante, tanto por la demanda de cupos para residentes que realizan los egresados de las carreras de Medicina, como de los propios hospitales que requieren personal adicional para cubrir la atención.

Hace especial hincapié en el marco de actuación hospitalaria y la situación compleja por la que atraviesan los hospitales argentinos hoy día (falta de insumos, recursos hospitalarios, tecnología, etc.), situación que condiciona el desarrollo curricular y el aprendizaje construido en las residencias médicas.

Sobre las **condiciones de labor del médico residente**, el *Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC)*, presenta una investigación sobre "**Estado actual de las residencias de cardiología: resultados de la 5ª Encuesta Nacional de Residentes**" (2015), realizada en el marco de las 35ª Jornadas Inter Residencias de Cardiología desarrolladas en la ciudad de Mendoza, tanto a residentes de instituciones de salud privadas como públicas de todo el país. En la misma se determina que "el 32,1% de los residentes de primer año realizaba más de 8 guardias al mes, 33,2% del total trabajaba más de 80 horas por semana, y 33,6% manifestó dormir menos de 35 horas/semana. Solo el 48,5% manifestó que siempre se encontraba supervisado para tomar decisiones sobre pacientes internados, resaltando el CONAREC en este punto la falta de supervisión asistencial de los médicos formadores, tanto en consultorios como en sala de internación y en la guardia, dejando la responsabilidad de la



seguridad del paciente a médicos en formación, con las posibles implicancias médico legales de esa conducta.

Asimismo, un número no menor de residentes percibe remuneraciones mensuales muy por debajo del que correspondería para dedicarse únicamente a su formación, lo cual les obliga a trabajar por fuera de la residencia; mientras que un 14,9% no recibe alimentación durante su jornada laboral, 41,5% no tenía cobertura de salud y 33,3% no tenía aseguradora de riesgo de trabajo”.

Concluye que de esta manera, se ha perdido la concepción inicial de dedicación exclusiva, a fin de alcanzar una capacitación de excelencia en un lapso relativamente breve. Desde el CONAREC, *se considera imperiosa la necesidad de propugnar una formación completa y homogénea en todo el país, que garantice condiciones dignas de trabajo que permitan desarrollar especialistas de alta calidad en cardiología.*

Respecto a la **calidad de vida** podemos encontrar escrito por Deschamps y otros (2011) en “*Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras*”, la descripción del nivel de estrés sufrido por el personal de salud.

Los autores identifican una sociedad actual que funciona 24 horas al día, obligando a las organizaciones y en consecuencia a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. El horario por turno y las guardias de parte del personal de la salud, fuera de las horas normales del día, es un tema que cobra importancia, ya que son muchas las implicaciones que esto trae como consecuencia en la salud física y mental de quienes lo realizan.

Prieto Miranda (2009) en una investigación realizada en la ciudad de Jalisco, México, dice al respecto, que durante el desarrollo de las residencias médicas se han encontrado niveles de estrés superiores a los de la población en general, los factores comúnmente asociados a esto son sobrecarga de trabajo, privación de sueño, quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia los residentes, conocimientos médicos insuficientes, ambientes académicos poco estimulantes, un alto grado de competitividad por parte de los propios compañeros e incertidumbre respecto al futuro profesional así como aspectos socioculturales y financieros.



Por último sobre el encuadre legal del residente médico en la legislación nacional, prácticamente es inexistente la bibliografía que haya abordado el tema.

Desde esta óptica, solamente me he limitado a dos Tesis de Maestría de la Universidad Tres de Febrero encontradas, que se detallan a continuación abordando a la problemática desde puntos de vista similares:

“Situación jurídica de los residentes médicos” (Heredia, 2005)

Autor: Heredia Paola Andrea, Maestría de Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales Internacionales; Universidad Nacional Tres de Febrero. 30 sept. 2005.

Si bien dicha autora no realizó un trabajo de recolección de datos de primera fuente, se basó en realizar un estudio comparativo entre la legislación y la jurisprudencia existente en la actualidad en la República Argentina.

En su tesis la autora plantea que las residencias pretenden ser un sistema de aprendizaje, por lo tanto, los residentes son estudiantes, que toman decisiones de alta complejidad y gran responsabilidad como si fueran especialistas, sin contar en la mayoría de los casos con la supervisión correspondiente.

Este estudio demuestra que los residentes son el eslabón más débil de la cadena de prestaciones médicas y terminan dedicándose a cubrir problemas asistenciales originados en falencias del sistema de salud, en vez de dedicar su tiempo a estudiar y formarse.

Concluye afirmando que las circunstancias indican notas de subordinación jurídica, económica y técnica que conceptualiza la doctrina a los fines de la configuración de una “*Relación laboral encubierta*”.

La **segunda tesis** al igual que la anterior, también es un estudio comparativo sin recolección directa de datos, se describe a modo de síntesis a continuación:

“Condiciones laborales de los médicos residentes en la provincia de Mendoza”

Autor: Adriana Noemí Delicio; Maestría de Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales Internacionales; Universidad Nacional de Tres de Febrero. 14 mayo de 2009. ()



En este estudio se plantean las graves irregularidades que se cometen con los residentes médicos en la ciudad de Mendoza, bajo excusas de diversa índole incurriendo así en evidente fraude laboral, ocasionándoles daños psicofísicos y pérdidas generales, que inciden no solo en la salud de ellos, sino en la comunidad en general, provocando pérdidas de vidas y daños económicos a la sociedad toda.

La autora concluye alegando un claro "*Fraude laboral*", afirmando que "*Estos residentes de la salud no tendrán tiempo, ganas ni capacidad para estudiar y aprobar el post grado que dicen que están cursando, pero serán médicos residentes o residentes de la salud. Y a esto encima hay que agradecerlo*".

2.5.2. Evolución histórica y Marco Legal

El Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, a través de la Dirección Nacional del Capital Humano y Seguridad Ocupacional, elaboró en el año 2012 un informe con respecto a la evolución histórica y normativa de las residencias médicas, que se detalla a continuación:

"Las primeras residencias surgen de la misma convicción que da origen a los practicantados, su antecedente inmediato: el aprendizaje de la clínica debía realizarse en medios hospitalarios, en contacto directo con pacientes y con supervisión continua de médicos de mayor experiencia. Hasta ese momento, la formación en una especialidad se realizaba asistiendo durante varios años a un servicio; se establecía un intercambio de trabajo no remunerado por capacitación. Predominaban mecanismos no formales de legitimación y reconocimiento dentro de un círculo restringido de profesionales. En este marco, el surgimiento de la residencia instala un sistema con un mayor grado de formalidad y estructuración en la formación, destinado a jerarquizar a este grupo reducido y a incorporarlo a la profesión.

Las primeras residencias surgieron asociadas a grupos y servicios de vanguardia, con fuerte orientación en la investigación clínica, y desde ellos se difundieron hacia el resto de las instituciones.

Los relatos sobre las primeras experiencias de incorporación de residentes a los servicios destacan los beneficios de la ampliación de la cobertura asistencial a 24 hs., la posibilidad de realizar un mayor seguimiento y control de tratamientos a cargo de profesionales capacitados



y la contribución que realizaban los residentes en el registro y documentación de distintos casos. También se menciona que la inclusión de residentes en servicios y hospitales no siempre fue sencilla, generándose rivalidades y tensiones entre el cuerpo de residentes y los médicos de planta.

En el año 1958, la Asociación Médica Argentina organiza Jornadas sobre residencias hospitalarias en las que participan destacados profesionales. El sistema había crecido extendiéndose a múltiples servicios y centros, y se habían complejizado e incorporado diversas especialidades. En ese entonces, el tema adquirió relevancia y se instaló como problemática. Es así que se propone la creación de una entidad que se ocupe de las residencias de forma permanente y surge la conformación del Subcomité de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina. La realización de una residencia no era necesaria para obtener el certificado de especialista en la órbita nacional. Para el acceso a esa certificación, de acuerdo con la Ley N° 12.912/44, se requería acreditar cinco años de experiencia en la especialidad. La norma resultaba adecuada a la modalidad de organización de la profesión médica, en la que predominaban mecanismos informales de reconocimiento mutuo y aceptación dentro de un círculo restringido de especialistas.

La década del 60' se caracteriza por una expansión progresiva de las residencias, siempre en el campo exclusivo de la medicina. El cambio de escala exigió el desarrollo de normativa y de instancias de regulación que ordenaran aspectos claves del sistema, tales como las modalidades de contratación del residente, la definición de aspectos básicos de la formación, la distribución de vacantes y las condiciones mínimas que debían cumplir los servicios para abrir una residencia.

En agosto del 1960, la Secretaria de Estado de Salud Pública aprueba la Resolución 1778 que define la residencia como "Un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad". En la misma norma fueron contemplados los lineamientos que daban marco a las relaciones entre el residente y el hospital, los objetivos de la residencia, los requisitos hospitalarios mínimos para el funcionamiento de una residencia, los programas, las funciones del residente y los aspectos pedagógicos de la formación. Meses después de la mencionada resolución, el Ministerio circunscribe la creación de residencias a las especialidades básicas y establece que para el



ingreso a las residencias de subespecialidades se requiere el cursado previo de una residencia básica. Aquí comienzan a pensarse las residencias como un Sistema de Formación de Posgrado que puede admitir distintas articulaciones.

A través de las Resoluciones Ministeriales N° 223 y 224 de 1961 el Ministerio interviene en la distribución de vacantes por especialidad y establece los requisitos mínimos que deben cumplir los servicios para instalar una residencia. La tensión entre las dimensiones educativas y asistenciales de la formación resulta ya manifiesta en esta etapa de expansión y formalización del sistema y es una de las problemáticas que sigue teniendo vigencia e impacto hoy en la formación de los residentes.

La articulación de aspectos asistenciales y docentes con propósitos de formación constituye el eje sobre el que se construye la oferta de formación en residencias.

Según señala Rosa María Borrell (2005, pág. 104), la tensión formación /asistencia no es sólo atribuible al carácter propio de la residencia, sino que obedece también al impacto de las residencias en las relaciones y la organización del trabajo de los hospitales.

Los reglamentos de las residencias son muy claros en subrayar que el cargo de médico residente no equivale a un empleo, sino que constituye una oportunidad de formar parte de un curso de posgraduados de carácter práctico. De todas formas, la presencia de los residentes durante todo el día en los hospitales modificó el escenario de atención hospitalaria, otorgándoles un lugar e importancia sin precedentes hasta el momento.

En el año 1967, por Resolución Secretarial N° 622/67, se crea el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), que es reconocido como el primer intento del Ministerio de Salud de la Nación de ordenar y planificar el crecimiento del sistema de residencias. Se le otorgan funciones de normatización, evaluación y certificación de las residencias.

El CONAREME fue disuelto en 1974 y el sistema quedó sin una institución de referencia en lo relativo a la aprobación de programas, elaboración de exámenes y asignación de vacantes.

El mismo año se sanciona la **Ley 17.132 “Normas para el Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración”**, en donde en su artículo 21 establece claramente que para *emplear el título de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes:*



- a) *Ser profesor universitario en la materia*
- b) *Poseer el título de "especialista" o de capacitación especializada otorgado por Universidad Nacional o Universidad Privada y habilitado por el Estado Nacional;*
- c) *Poseer el título de "especialista" otorgada por el Colegio o Sociedad Médica reconocida de la especialidad y siempre que tales entidades hagan cumplir las siguientes exigencias: acreditar antigüedad en el ejercicio de la especialidad, valoración de los títulos, antecedentes y trabajos y examen teórico práctico. En cada caso la Secretaría de Estado de Salud Pública fijará las condiciones mínimas que exigirá para el reconocimiento de tales títulos;*
- d) *Poseer certificado de "especialista" otorgado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, previa certificación de antigüedad de cinco (5) años en el ejercicio de la especialidad en servicios hospitalarios, aprobados y previamente reconocidos por la Secretaría de Estado de Salud Pública.*

Como se puede observar en este período, la residencia médica aun no aparece como una de las vías de acceso al certificado de especialista.

Como culminación de este proceso de institucionalización, en 1979 se sanciona la Ley N° 22.127 que establece el Sistema Nacional de Residencias de Salud como sistema de formación de posgrado, cuyo objeto es complementar la formación integral del profesional ejercitándolo en el desempeño responsable, eficiente y ético de las disciplinas correspondientes mediante la adjudicación y ejecución personal supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad.

Respecto a su alcance el artículo 3 determina: “que las disposiciones de la presente ley rigen en todos los establecimientos asistenciales y sanitarios dependientes de la autoridad sanitaria nacional. Las Provincias, la Municipalidad de la Capital de Buenos Aires, las Universidades, las Fuerzas Armadas y la Policía Federal y **las instituciones privadas que deseen tener**



programas de residencias aprobados según esta ley, podrán incorporarse al Sistema que se establece mediante convenios”.

Dicha Ley, de alcance nacional, regularía principalmente el ámbito público pero así también a aquellas instituciones del ámbito privado que optaran incorporarse al sistema en base a los convenios que determina el mencionado artículo 3.

La norma también contempla que el certificado de residencia, extendido por el Consejo Nacional de Residencias de Salud, será suficiente para que el residente pueda inscribirse como especialista. La autoridad sanitaria competente y los Colegios Profesionales de las provincias incorporadas al Sistema Nacional de Residencias tenían que inscribir dicha certificación en los respectivos registros.

La década del 80' se caracterizó por la diversificación de la oferta de formación de residencias en algunas jurisdicciones: el crecimiento del sistema incluyó distintas disciplinas y especialidades entre las que se distingue una primera línea de crecimiento entre las especialidades médicas y una segunda línea que comprendió a disciplinas conexas con fuerte inserción en los hospitales.

En 1985, el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires crea el Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud e incorpora residencias en Bioquímica y Microbiología, Odontología, Psicología Clínica, Psicología Clínica Infanto Juvenil, Servicio Social, etc.

En esos años, la provincia de Buenos Aires crea el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias, que propone otro modelo de formación para Medicina General, Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría y Enfermería. También en esa década se registran varios intentos de instalar mecanismos para la evaluación, acreditación, coordinación y regulación del sistema de residencias: se aprueba un método de evaluación y control del sistema y de los residentes y también se crean las residencias articuladas que dan lugar a una importante oferta de vacantes en especialidades clínicas y quirúrgicas.

La creación del Comité de Residencias de Salud en el año 88' (Resolución Secretarial N° 174/88) incorpora a las Sociedades Científicas como evaluadores reconocidos para acreditar la calidad de las residencias.

La modificación de la legislación en los años 90' **reconoce a la residencia completa como una de las formas de acceso al certificado de especialista** a través de la modificación de la antes mencionada **Ley 17.132** “Normas para el Ejercicio Profesional de la Medicina,



Odontología y actividades de colaboración” a través de la Ley 23.873, sancionada en el año 1990. “Hubo que esperar más de diez años para que la instancia formativa de la residencia sea habilitante para anunciarse como médico especialista” (Borell Bentz, 2005).

Mediante la Ley 23.873/90 se reemplaza los artículos 21 y 31 de la Ley del Ejercicio Profesional N° 17.132, estableciendo que para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social para emplear el título o certificar la condición de especialista se deberá acreditar entre otras condiciones, la de poseer un certificado de aprobación de residencia profesional completo (de una duración no inferior a tres años), extendido por una institución (pública o privada) reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación.

Se registra un importante incremento no planificado en el número de residencias, de especialidades y subespecialidades asociada a una lógica impuesta por el mercado, ligado al sector privado y a centros asistenciales de corta trayectoria.

En ese período, las funciones de regulación y control se encontraban claramente debilitadas, prevaleciendo una lógica que privilegiaba la incorporación de jóvenes profesionales al ámbito asistencial *sin una preocupación por garantizar las condiciones mínimas de formación*.

Los años 2000 instalan una nueva configuración en la que el Estado recupera su función de rectoría. El Ministerio de Salud de la Nación impulsa la estrategia de APS (atención primaria de salud) como estrategia privilegiada de acción en salud y decide re direccionar los cupos de residencias Nacionales promoviendo las especialidades básicas que sustentan la APS en el primer nivel de atención (Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Toco-ginecología), las de área crítica por la baja oferta de formación y la escasez de profesionales (Terapia Intensiva de Adultos y Pediátrica, Anestesiología, Neonatología), y las interdisciplinarias de Salud Mental.

El énfasis en la necesidad de formar profesionales orientados hacia la atención primaria de la salud ya se expresa en la Resolución N° 558/00, en la que se establece que las residencias médicas de varias especialidades financiadas por el Ministerio de Salud deberán dar una mayor formación en centros del primer nivel de atención, (incluyendo acciones de educación y promoción de la salud y prevención primaria y secundaria), a la cual se debería dedicar no menos del 30% de la actividad.

En el año 2006 se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (Resolución Ministerial N° 450/06). Al momento de su presentación en el Consejo



Federal de Salud (COFESA), que nuclea a los ministros de salud de todas las jurisdicciones, las autoridades provinciales reclaman una mayor participación en el diseño y gestión del sistema, lo que deriva en la constitución de un foro técnico de referentes provinciales de recursos humanos que elabora una nueva propuesta que amplía la anterior (Resolución Ministerial N° 1342/07).

“A través de la acreditación, este sistema busca asegurar una formación de calidad en todo el país, mediante la armonización de los criterios mínimos para la formación de cada especialidad”. (Ministerio de Salud P. d., 2012)

En el año 2015 el Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación establece el Reglamento Nacional de Residencias dictando la nueva **Resolución n°1993/2015**, la cual clasifica a la residencia como un sistema de formación integral de posgrado para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud.

Determina a la residencia médica como un modelo formativo remunerado, acotado en el tiempo, con objetivos educativos anuales que deberán ser cumplidos conforme lo establecido y de acuerdo a la modalidad prevista para cada ciclo de capacitación.

Este nuevo Reglamento enfatiza en el ajuste de las condiciones de formación al programa, que debe ser diseñado y desarrollado para generar grados autonomía y responsabilidad crecientes. Al mismo tiempo, establece que las tareas asistenciales y la supervisión de los residentes deben estar en consonancia con las capacidades adquiridas en los distintos momentos del proceso formativo, no debiendo soslayarse en ningún caso la responsabilidad de la supervisión docente de la práctica.

En esta Resolución se han detallado los siguientes derechos y obligaciones tanto para los residentes como para las sedes de formación:

- Contrato de Formación en Servicio: El profesional que hubiere cumplimentado todos los requisitos para ingresar al Sistema acorde a lo determinado por este reglamento se incorporará al mismo en calidad de Residente mediante la suscripción de un contrato, cuya duración estará determinada por el Programa de Formación al que accediere y sujeto al cumplimiento de los requisitos académicos.

Se trata de un contrato de formación en tanto la continuidad del mismo está dada por el cumplimiento de los requisitos académicos: la evaluación favorable que se funda en



el cumplimiento de los requisitos de asistencia (no menos del 75%) y en el logro de los aprendizajes definidos en el programa, es necesaria para que el contrato continúe vigente.

- Programa de la Residencia: consiste en el diseño de las actividades que permiten organizar de manera articulada y coherente los aspectos formativos. En éste, cada institución de salud deberán incluir: perfil del egresado, propósitos, objetivos y contenidos por nivel, rotaciones, escenarios de aprendizaje, guardias y actividades para la adquisición de competencias de la especialidad, así como el sistema de evaluación previsto. Los programas deberán estar aprobados por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación y estarán en consonancia con los documentos marcos vigentes para cada especialidad, debiendo específicamente señalar la modalidad de la residencia y su duración total.

Es obligación por parte de la institución formadora entregar el mismo en forma previa a su inicio, como además brindarle al residente la información necesaria a fin de conocer los derechos y obligaciones que rigen su formación.

Por otro lado, por parte del médico residente será obligatorio que el mismo conozca y cumpla el programa de formación al que accediere, asuma con responsabilidad las tareas asistenciales que se le asignen de acuerdo al programa de formación, realizando las mismas con toda su capacidad, dedicación, contracción al trabajo y diligencia, cumpliendo las indicaciones impartidas desde el servicio, formuladas por sus instructores, tutores, profesionales de planta de la unidad y/o de escenarios de aprendizaje. Consultar obligatoriamente a sus instructores, tutores y/o al jefe de servicio frente a un problema cuando la complejidad del caso lo exija, así como comunicar inmediatamente todo hecho que adquiriera o pueda adquirir implicancias legales, en consonancia con las normativas vigentes en materia de protección al paciente.

El residente participa de todas las actividades habituales del servicio tanto asistenciales, como de intercambio o formación teórica tales como Actividades Comunitarias, Atención en Centro de Salud, Consultorios Externos, Salas de



internación, Guardia, Interconsultas, Pases de Sala, Pases de Guardia, Reuniones de equipo, Ateneos, Clases programadas, etc. La participación del residente en los sectores de Guardia merece una consideración especial: la Guardia es sin duda el ámbito más pertinente para el aprendizaje del manejo de la urgencia. Esto significa que es necesario proveer supervisión permanente durante la guardia, garantizar que los tiempos destinados a esta actividad no excedan en ningún caso más de dos guardias semanales, y que se respete un tiempo no menor a 6 hs de recuperación o descanso post-guardia.

- Remuneración: El médico residente recibirá, como parte de la formación, una remuneración mensual, sujeta a las normas de liquidación y actualización vigentes, de conformidad con el contrato que a ese respecto se suscriba con la entidad formadora. Esta remuneración o beca fue concebida como un estímulo a la formación y una forma de compensar la dedicación a tiempo completo que el sistema requiere. Así se establece en la Ley N° 22.127 de organización del sistema de residencias del año 1979 y se complementa en la Resolución 1993/2015.
- Alojamiento: El establecimiento deberá garantizar una habitación para el residente de guardia en el ámbito del mismo, como también deberá proveer a este de las comidas que correspondan durante su horario laboral y garantizar el tiempo disponible dentro del mismo establecimiento para que pueda realizarlas.
- Instalaciones apropiadas para el estudio: El establecimiento deberá garantizar instalaciones apropiadas para el descanso y estudio diurno, sala de estar y sanitarios propios. Debe garantizar además el acceso a medios informáticos y/o audiovisuales de calidad, a una biblioteca y a los demás medios que garanticen el acceso a la bibliografía actualizada.
- Incorporación al régimen de Seguridad Social: Serán incorporados al régimen previsional establecido por la Ley N° 24.241¹, sus complementarias y modificatorias.

¹ Ley nacional del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, que brinda cobertura a las contingencias de vejez, invalidez y muerte.



Tendrán además derecho a percibir los beneficios correspondientes a las Asignaciones Familiares (Asignación Familiar por Matrimonio, Asignación familiar por Prenatal, Asignación por Maternidad, Asignación por Nacimiento o Adopción, Asignación Familiar por Hijo, Ayuda Escolar Anual, etc.) de conformidad a la normativa vigente en la materia.

- Derecho a Obra Social y Seguro de Riesgo de Trabajo: Los residentes quedan incorporados a la Obra Social de los Trabajadores del Estado Nacional de acuerdo al régimen vigente, como también se les proveerá de un Seguro de Riesgo de Trabajo.
- Régimen de Licencias: Al residente le será aplicable el mismo régimen de licencias del establecimiento o la jurisdicción donde realiza su residencia. Le son aplicables licencias como: Anual ordinaria (vacaciones), enfermedad, maternidad, paternidad, matrimonio, por concurrencia a Jornadas, congresos, cursos, y similares relacionados con la especialidad y el programa de formación, donación de sangre, etc.

Finalizando, por el lado de las sedes formadoras, a las cuales les sean asignados cargos de residentes, asumen las siguientes responsabilidades según la Resolución 1993/2015:

- Contar con los Programas de Formación al momento de solicitar la asignación de cargos para la residencia.
- Garantizar al residente la supervisión de docentes y/o instructores y/o tutores y/o médicos de planta durante todo el proceso formativo.
- Garantizar la formación docente continua de los profesionales que formarán a los residentes, contando con el equipo docente idóneo que resulte adecuado y suficiente para el desarrollo de todos los contenidos del programa de formación.
- Contar con un área de docencia que garantice la gestión de convenios, acuerdos para el cumplimiento de todo el programa de formación, contenidos transversales e interdisciplinarios que la residencia requiera.
- Asegurar al residente la provisión de todos los recursos materiales y organizacionales necesarios para que las actividades se puedan realizar con efectividad.



3. CAPITULO III: Marco Teórico

La Organización Panamericana de la Salud (2011) teoriza al Sistema de Residencias Médicas como un “*sistema educativo*”, que tiene por objetivo completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines.

Según Cristian Davini (2003) el residente aprende trabajando, aprende observando a sus colegas, aprende en el contexto de servicios de salud que se enfrentan cotidianamente a multiplicidad de logros y dificultades. En la residencia la realidad cotidiana de las instituciones de salud y pacientes constituye el motor y la guía de las propuestas de enseñanza y aprendizaje. Esta visión se asienta en el reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, en otros términos, que en el trabajo se aprende. Ello supone tomar a las situaciones diarias como “palanca” del aprendizaje.

Borell Bentz (2005) sostiene que *los centros de salud se encuentran inmersos en un contexto altamente competitivo*, por lo que requiere que las prestaciones de servicios se realicen de forma altamente eficiente. Por ello, la complejidad en sus costos operativos es un tema primordial y constantemente se deben plantear mejoras tanto a nivel organizacional como a nivel de actividades desarrolladas dentro de la clínica.

La autora determina que *“el marco de residencias médicas en general termina siendo blanco de la creciente presión de la gerencia hospitalaria en cuanto a la sobrecarga de trabajo para el personal de salud, dirigido tanto a sus instructores como también los residentes médicos como destinatarios finales, impactando directamente en la calidad de su instrucción”*.

Según la Asociación de Clínicas Sanatorios y Hospitales privados de la República Argentina (ADECRA)², las instituciones médicas de la actividad privada, al pertenecer a una actividad que depende exclusivamente de sus recursos humanos y por lo tanto los requiere capacitados, destinan entre el 70% y 75% de sus presupuestos en dichos recursos.

² Cámara empresarial que nuclea a gran parte de los sanatorios y clínicas privadas de todo el país.



Es acá donde entra en juego lo estipulado por la Resolución n°1993 / 2015, estableciendo que el residente debe ser considerado como sujeto de derecho, permitiéndole transitar en forma adecuada el proceso de formación, donde al mismo legalmente le corresponde entre otros derechos, una remuneración por su dedicación full-time a este régimen.

Al respecto Taquini (1960) alega que *“la remuneración económica que recibe el médico residente no constituye un salario o retribución por servicios prestados sino un medio de proveer a sus necesidades durante el período de adiestramiento”*

Puntualmente, según la Ley 22127 y la anterior Resolución, los médicos reciben una retribución económica por su dedicación exclusiva a tiempo completo llamada beca, cuyos valores están determinados por el Ministerio de Salud de la Nación.

Continuando con la Organización Panamericana de la Salud (2011), los Sistemas de Residencias Médicas no son iguales en todos los países ya que existen factores que pueden afectarlos tales como: los valores culturales, el marco legal de cada país, la comunidad académica, las asociaciones médicas, la remuneración, la carga horaria y el estatus que se le da al residente en las diferentes sociedades.

Según el Decreto 843/2000, el sector de los servicios sanitarios y hospitalarios argentino tiene la particularidad de ser un servicio público esencial. Es decir, que en este caso los hospitales y sanatorios requieren continuidad e ininterrupción durante 24 horas del día en los 365 días del año, lo que ha generado la necesidad de implementar un sistema de trabajo por turnos, que según la Organización Internacional del Trabajo (1990) es un método de organización de trabajo, en el cual los trabajadores se reemplazan uno al otro en los lugares de trabajo de forma tal, que el establecimiento pueda operar más horas que las horas de trabajo de un trabajador individual.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), principal organismo internacional que vela por la defensa y promoción de los derechos laborales, protección social y el diálogo entre agentes sociales, no podría ser más significativo en su primer Convenio aprobado, tuviese por objeto precisamente la limitación de la jornada laboral. Este Convenio 1 de la OIT fija un máximo de ocho horas de trabajo por día y cuarenta y ocho horas semanales en las empresas industriales.



Resulta necesario destacar la preocupación internacional por la regulación y limitación del tiempo dedicada a la labor, la Declaración Universal de los Derechos Humanos³, dedica por completo su artículo n° 24 a la limitación del tiempo de trabajo y el reconocimiento de descansos mínimos, expresándose concretamente en los siguientes términos: *“Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas”*

Según Grisolia Julio (2014, pág. 262), la fijación de jornadas máximas responde a razones de orden biológico, socioeconómico y de producción, y su finalidad última es proteger la salud psicofísica. Esta medicamente comprobado que las jornadas extensas de labor producen fatiga por encima de lo humanamente aceptable, resultado perjudicial para la salud del dependiente y para su rendimiento; esto repercute negativamente en el proceso productivo y torna más factible la producción de accidentes de trabajo.

La anterior Resolución n° 1993/2015, que clasifica a la residencia como un *“sistema de formación integral de postgrado remunerado, acotado en el tiempo y dedicación exclusiva”*, determina para el residente médico una carga horaria de 9 hs diarias y 8 guardias mensuales de 12 hs cada una, con un descanso posterior a cada guardia de 6 hs de cumplimiento efectivo.

López y Morales (2007) nos indican que algunos estudios realizados en médicos residentes mencionan que la sobrecarga de horas de trabajo produce elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional, sosteniéndose que la condición para desarrollar el síndrome de desgaste o agotamiento profesional está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales

Deschamps y otros (2011) afirman que las personas con jornadas extenuantes normalmente padecen privación del sueño, ocasionando deterioro en el rendimiento laboral, deterioro del aprendizaje y concentración, provocando trastornos del carácter e incrementando las probabilidades de error. En Argentina los médicos en proceso de especialización durante el

³ La Declaración Universal de Derechos Humanos tiene jerarquía constitucional en la Argentina a partir de 1994 con su inclusión en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional.



día de guardia o turno nocturno duermen entre una y cinco horas, conllevando a la aparición de altos niveles de cansancio emocional y despersonalización y baja realización personal.

El Informe para el debate de la Reunión tripartita de expertos sobre la ordenación del tiempo de trabajo (OIT, 2011), indica que los horarios de trabajo atípicos (no estándar) agudizan la incompatibilidad trabajo-familia: el porcentaje de personas que trabajan durante las últimas horas de la tarde y la noche que informan acerca de una incompatibilidad trabajo-familia es prácticamente el doble del porcentaje de las que trabajan durante el día; del mismo modo, el número de personas que trabajan en fines de semana (sea el sábado o el domingo) y señalan que se ven afectadas por dicha incompatibilidad es tres veces mayor que el de aquellas que no trabajan en fines de semana.

Así bien, es posible que los residentes médicos en Argentina encajen en este panorama puesto que la mayoría poseen alteraciones en la vida diaria a causa de sus guardias y la alta exposición a una carga horaria extensa, lo que convierte las salas y quirófanos de los sanatorios privados, en los lugares donde estos individuos pasan la mayor parte de su día produciendo alteraciones en la calidad de vida.

Concluyendo la residencia se considera como un *sistema de formación de posgrado*, cabe destacar que a los médicos residentes al estar expuestos a una actividad teórica-práctica, se les reconocen determinadas condiciones y derechos (jornada establecida por Ley, remuneración mensual asignada, régimen de licencias pagas, seguro de vida y seguro ante riesgos de trabajo, entre otros derechos) necesarios de esta actividad asistencial para poder organizar correctamente a la misma. El ente regulador, el Ministerio de Salud de la Nación, deberá velar por el cumplimiento tanto de los programas de formación a través de exámenes, como también de las condiciones de labor que están expuestos los residentes en sus ámbitos de capacitación, las cuales impactan directamente en su calidad de vida.



4. CAPITULO IV: Estructura metodológica

4.1. Tipo de estrategia elegida y diseño de investigación

De acuerdo a lo mencionado por Hernández Sampieri en su libro Metodología de la Investigación (2006), para este trabajo se elige un enfoque **cualitativo** con un **diseño descriptivo**, ya que se pretende describir y caracterizar el encuadre legal de residencia médica, como así también la calidad de vida llevada durante la misma.

Se opta por un diseño de investigación flexible, que se vaya ajustando durante el transcurso de la misma (retroalimentación continua) y que apunte a obtener riqueza en el análisis y la recolección de los datos.

Al no tener acceso para poder generalizar los resultados a partir de una muestra de toda la población de residentes médicos de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires, sino que solamente se accede una parte de la misma (la cual se pretende conocer en profundidad el fenómeno), hace poco viable el planteo de una hipótesis en esta investigación.

Siguiendo con los lineamientos del autor, se reconoce el hecho de que este tipo de enfoque admite la subjetividad. Esto significa que el investigador está directamente involucrado (posición no neutral) aunque mantenga una perspectiva analítica durante el transcurso de la misma, indagando y observando la realidad a partir de las interpretaciones de los distintos participantes (razonamiento inductivo).

Como consecuencia de todo lo expuesto, podemos señalar que no hay manipulación deliberada de las variables a estudiar (diseño no experimental); ya que se trata de una investigación transversal o transeccional, donde los datos son recogidos en un único momento dado (tiempo presente).

Se trabajará por ende, con una muestra **no probabilística**. Esto significa que la elección de los casos a incluir está determinada por el propio investigador con la intención de obtener riqueza y profundidad en los datos. Es decir que con la muestra elegida se apuntará más a la calidad de la información que a la cantidad de casos a incluir.



4.2. Unidad de análisis y fuentes de datos

Tal como se mencionó anteriormente, se utilizaron mayoritariamente fuentes primarias de datos teniendo como unidad de análisis al residente médico de los sanatorios privados de la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires.

Esto significa que se apuntó a obtener información de primera mano, es decir a partir de entrevistas presenciales a personal de dos distintos sanatorios, uno de la Ciudad y el otro de la provincia de Buenos Aires (Sanatorio Trinidad de Mitre y Sanatorio Profesor Itoiz).

Los diferentes métodos utilizados para analizar la problemática en cuestión fueron:

- Entrevista a 16 residentes médicos
- Entrevista a 2 médicos especialistas
- Entrevista a un jefe de servicio médico
- Análisis de textos
 - Leyes y Resoluciones
 - Programa de residencias médica
 - Bibliografía acerca del tema
 - Publicaciones en revistas

Las entrevistas realizadas se basan en guías de preguntas previamente establecidas (las cuales recorren las distintas variables analizadas). A pesar de ello es dable destacar el hecho que el entrevistador tuvo completa libertad para agregar otras preguntas no contempladas o para modificar las mismas de acuerdo al devenir de la entrevista, como así también, eliminar aquellas otras que considere ya respondidas o carentes de trascendencia para comprender la realidad analizada. Por otra parte, es dable destacar el hecho de que las entrevistas fueron realizadas de forma anónima para asegurar la confidencialidad de los datos y obtener información más rica y confiable.



4.3. Variables de análisis

Ante el objetivo general de investigación: Identificar el encuadramiento del médico residente en la legislación argentina y caracterizar la calidad de vida llevado durante la residencia.

Las principales variables de análisis de la presente investigación fueron:

- Condiciones de trabajo del residente médico.
- Aporte de la residencia médica.
- Calidad de vida del residente durante el estudio de posgrado.

Con el fin de operacionalizar las variables descriptas en el trabajo de campo, se tomaron en cuenta los siguientes indicadores:

Condiciones de trabajo del residente médico.

- Derechos y obligaciones en comparación con los médicos especialistas.
- Carga horaria.
- Tipo de remuneración.

Aporte de la residencia médica.

- Valor agregado.
- Tareas realizadas.
- Capacitación obtenida.

Calidad de vida del residente durante el estudio de posgrado.

- Horas de descanso.
- Tiempo dedicado a los exámenes teóricos.
- Tiempo dedicado a actividades de ocio.



4.4. Aporte de la investigación

El aporte principal de esta investigación es ampliar aún más el conocimiento sobre la problemática en cuestión. A diferencia de otros estudios ya existentes, el siguiente trabajo de campo intentara abordar la problemática principalmente desde los testimonios de los principales actores, los residentes médicos en su ámbito de “capacitación” y corroborando posteriormente con testimonios de profesionales ya especialistas que trabajan junto a ellos.

4.5. Guía de entrevista

Para poder extraer la información requerida, se utilizaron dos guías de entrevistas semi-estructuradas, una para los residentes, y otra para los médicos especialistas, teniendo en cuenta el hecho de que el entrevistador tuvo completa libertad para reformular las mismas de acuerdo al devenir de la entrevista:

Residentes médicos:

Residencia médica en general

- ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?
- ¿Qué tipo de residencia ha elegido y por qué?
- ¿Qué opina de esta capacitación?

Aporte de la residencia médica

- ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?
- ¿Cuál cree que es el aporte de la residencia médica?
- ¿Qué opina de la capacitación obtenida?
- ¿Qué rol cumple su tutor?
- ¿Qué tareas realiza distintas en comparación a sus colegas médicos especialistas?



Condiciones de trabajo del residente médico.

- ¿Son equitativos los derechos y los beneficios? ¿Por qué?
- ¿Qué opina sobre la remuneración percibida?
- ¿Qué jornada laboral cumple? ¿Qué opina respecto a la misma?

Calidad de vida del residente durante el estudio de posgrado

- ¿Posee una segunda fuente de ingresos?
- ¿Qué opina del descanso fuera de la residencia?
- ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?
- ¿Cuánto tiempo a la semana le dedica a actividades que le interesan?

Profesionales médicos:

- ¿Qué profesión ejerce actualmente?
- ¿Realizó previamente la residencia médica?
- ¿Considera necesario que los sanatorios / clínicas deban tener residencia?
- ¿Cuál cree que es el valor que aporta la misma a los residentes y los sanatorios?
- En base a su experiencia, ¿siente que los sanatorios capacitan adecuadamente a sus médicos residentes?
- ¿En la práctica diaria, que tareas realiza un médico residente? ¿distan mucho en comparación a las tareas de los médicos de planta o especialista?
- ¿Qué opina sobre la jornada laboral en la residencia?
- ¿Qué opina sobre la remuneración otorgada al residente?
- ¿Cuál es su opinión respecto de la calidad de vida del residente durante la residencia?
- ¿Le haría alguna mejora al sistema de residencias?
- Si tuviera que optar por una nueva especialidad, ¿realizaría nuevamente una residencia?



4.6. Acuerdo de confidencialidad

Se acordó verbalmente con los entrevistados que sus datos personales serían resguardados por el investigador. Por ello, los testimonios no están identificados con el nombre completo del entrevistado, ni vinculación directa con el sanatorio en el que se desempeña.

Se hará mención a los dos sanatorios privados relevados indirectamente. La mención se hará de manera genérica, es decir, sin identificar al colaborador con la institución contratante.



5. CAPITULO V: Aspectos de la residencia médica estudiada

5.1. Sistema de salud nacional

Para entender un poco mejor a la residencia médica, debemos tomar en cuenta el modelo de salud nacional, diseñado e implementado para brindar atención a la población y en el cual se insertan y dependen las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Como breve reseña histórica, cabe destacar que todas las sociedades, cualquiera sea su evolución cultural, cuentan con algún tipo de medicina. En nuestro territorio, la que preexistió a la llegada del conquistador europeo, todavía se mantiene viva en regiones con tradición indígena como la puna norteña, o en poblaciones rurales. El español trajo a América su medicina occidental, representada tanto por los cirujanos que acompañaban las expediciones militares cuanto por quienes ejercieron luego sus artes curativas por los asentamientos coloniales. Desde 1611 la ciudad-puerto tenía un pequeño hospital, limitado primero a la atención de los militares del presidio.

Según Tobar Federico (2012), durante una extensa primera fase del desarrollo del sector salud la medicina progresaba de forma totalmente independiente a las funciones del Estado. Esto se debe fundamentalmente a que en el Estado liberal la salud no era considerada un problema público sino privado. Para el Estado liberal la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por "aislar a los enfermos" que por prevenir las enfermedades. Cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental.

La medicina mutual, un rasgo peculiar de la Argentina, surge con la incorporación masiva de inmigrantes, que fundan sociedades de socorros mutuos basadas en el agrupamiento por colectividades étnicas. Ya por 1827 los comerciantes ingleses habían establecido una precursora Sociedad Filantrópica y a fines del siglo XIX surgieron mutualidades tales como Hospital Italiano, Español, Británico o Francés. Estas organizaciones se basaban en los siguientes principios: adhesión voluntaria, organización democrática, neutralidad ideológica, contribución pecuniaria en consonancia con los beneficios a recibir y capitalización de los



excedentes. Este fue el germen del modelo de la Seguridad Social: organización solidaria, y aportes económicos en prevención de riesgos vitales (desempleo, vejez, enfermedad).

En estos comienzos la provisión de servicios de salud se desarrolló alrededor de un grupo de prestadores que comprendían establecimientos de asistencia pública, hospitales públicos especializados, mutuales y establecimientos privados, sin intervención del estado en la organización del sector y de la definición de una política de salud nacional.

A mediados de la década del 40 el sector público comenzó a ocupar un rol central, tanto como prestador como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector. Con la creación del Ministerio de Salud se dio gran impulso a la salud pública, la ampliación de capacidad instalada, desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas, etc., así como se fortaleció la intervención del Estado en la organización del sector. Desde el Estado se fomentó la creación de entidades de la seguridad social que aseguraran la cobertura de salud a los asalariados que se afiliaban de forma voluntaria.

Esta década es escenario de un doble nacimiento: el del Estado "Garante- Responsable" del derecho a la salud, y el de las Organizaciones Sindicales, que darán origen al sistema de Obras Sociales. Es decir, la expansión de los Derechos Sociales en general, la multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud.

Según Borell Bentz (2005) a partir de los años 50 el Estado toma intervención en el tema y con diferentes medidas de gobierno convalida legalmente la previa existencia de las Obras Sociales y crea directamente otras nuevas, como entidades prestadoras dependientes de los sindicatos obreros, consolidando su participación en el sistema a partir de los aportes de seguro obligatorios.

En los años 70, el sistema cambia significativamente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. La ley 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. La aplicación de esta legislación significó una importante reforma del sistema. El sistema de obras sociales se extendió asimismo en forma obligatoria a los jubilados y pensionados.

La Ley 19.032 creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, para brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad. Esta institución tuvo un importante desarrollo a nivel provincial



A fines de los `80 surge la desregulación del sistema de obras sociales, con la sanción de las leyes 23.660 y la 23.661 a fines de 1988 por las cuales se derogó la ley de Obras Sociales de 1970 y se creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud.

La Administración Nacional de Seguros de Salud (A.N.S.S.A.L) sería la responsable de compensar a las obras sociales a través de un Fondo Solidario de Redistribución, un mecanismo tendiente a disminuir las desigualdades del sistema en su conjunto a un mecanismo que asegure un mínimo de prestaciones para cada grupo familiar.

En los `90 comenzaron a definirse los rasgos fundamentales de la reforma del sistema, comienza el inicio de salida del esquema solidario que había prevalecido hasta entonces. Se instaló la libre elección de la obra social, en principio restringida a los beneficiarios de las obras sociales, la cual se ejercería con los aportes y contribuciones del titular. Simultáneamente se reafirmó la obligación de las obras sociales de asegurar un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema, y por otra se da comienzo a la apertura hacia la medicina prepaga.

Se crea la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), en reemplazo de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) de la ley 23.661, órgano responsable de la regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud, y cuyo objetivo es asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud.

Durante el decenio (2000-2010) y hasta la actualidad, las Obras Sociales continúan con el desarrollo de las políticas de desregulación con fuertes vínculos con las empresas de medicina prepaga y la contratación con la medicina comercial.

Continuando con argumentos de Borell Bentz, la reforma del sector salud en la Argentina, como en la mayoría de los países, está vincula con la inequidad de los sistemas, el aumento de los costos, las dificultades para pagar los gastos crecientes, y la insatisfacción de los usuarios. El crecimiento del sector privado y la creciente introducción de tecnología, condujo a un estado de saturación en la oferta del sistema prestador de servicios, resultando casi imposible mantener financieramente la estructura prestadora en expansión. La crisis originó la necesidad de crear nuevas fuentes de financiamiento, traducidas en: pago creciente por parte del afiliado



de las prestaciones de menor complejidad y costo, desarrollándose la modalidad de pre-pagos institucionales por parte de los propios prestadores sanatoriales.

Resumiendo, el actual sistema sanitario está compuesto por tres sectores: *el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado.*

El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago.

El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales, que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una obra social que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados / Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP - PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias.

Por último el sector privado incluye: por un lado a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a obras sociales específicas o a sistemas privados de medicina prepaga. Por otro lado, incluye a los establecimientos asistenciales, contratados también por las obras sociales, y las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga, cuya finalidad es la prestación de servicios médicos a través de servicios propios o de terceros, mediante el pago de una cuota periódica.

Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como obras sociales ni como medicina prepagada (Superintendencia de Servicios de Salud, 2010).



5.2. Los médicos residentes

Davini (2003) menciona que el recurso humano es un factor clave en la transformación de los sistemas de salud, en un doble rol de transformado y transformador. En tal sentido, la residencia es un potencial motor de la transformación en salud. La transformación es un proceso circular; requiere de recurso humano innovador, pero el recurso humano requiere de ámbitos propicios para innovar.

Ahora bien, en lo que respecta al recurso humano, si nos adentramos un poco en la trayectoria formativa del médico especialista, el mismo debe realizar prácticas durante toda la carrera de grado desde primer año en algunas universidades, actividades en laboratorios, hospitales, centro de atención primaria, cursos de investigación y rotaciones con distintas prácticas hospitalarias.

La carrera base de Medicina, es una carrera de grado que dura 7 (siete) años en la Facultad de Medicina, de la Universidad de Buenos Aires y se encuentra dividida en cuatro ciclos: el Ciclo Básico Común, el Ciclo Biomédico, el Ciclo Clínico y el Ciclo de el Internado Anual Rotatorio⁴.

Por otro lado, su duración en una universidad privada como por ejemplo, la Fundación Barceló, es de 6 (seis) años⁵, con similar programa pero omite el Ciclo Básico Común (CBC), primer año de las carreras de la Universidad de Buenos Aires.

Finalizada la carrera de grado ya sea en universidad pública o privada habilitada por la autoridad nacional competente, una vez obtenido el título, este médico recién egresado obtiene la habilitación (por intermedio de la matrícula nacional) para el ejercicio profesional asistencial *sin limitaciones* (excepto el de anunciarse como especialista) independientemente que el recién egresado realice posteriormente o no un entrenamiento de posgrado. Dicha matrícula nacional (otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación) habilita para ejercer en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.) en tanto que en cada provincia la matriculación y habilitación está a cargo de la autoridad competente jurisdiccional (Ministerio de Salud Provincial o Colegio Médico local).

⁴ <https://www.fmed.uba.ar/carreras/medicina/informacion-general>

⁵ <https://www.barcelo.edu.ar/carreras-medicina>



Cabe destacar que este médico ya matriculado, puede ingresar a trabajar como dependiente en cualquier institución de salud ejerciendo su profesión. Si bien está facultado para ejercer la medicina, el ejercicio de una especialidad sin el expertis necesario pondría en riesgo la pérdida de su matrícula en caso de una mala praxis, y la institución que lo contrató también se expondría a consecuencias no deseadas.

Continuando entonces, una vez finalizada esta carrera de grado, en caso de querer obtener el título o certificado de especialista, los profesionales médicos deberán optar por alguna de las condiciones que establece de la **Ley 17132** (y su modificatoria Ley N° 23.873), reguladoras del ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. El artículo n° 21 de la mencionada Ley 17132 determina que los profesionales médicos para especializarse deberán optar por:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de 5 (cinco) años de egresado y 3 (tres) de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia.
- b) Poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado.
- c) Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias.
- e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo, no menor de 3 (tres) años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

La citada Ley también nos indica que la autorización oficial a ejercer tendrá una validez de 5 (cinco) años y podrá ser revalidada cada 5 (cinco) años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad y una entrevista personal o examen de competencia, de acuerdo a la reglamentación.



La autoridad de aplicación elabora una nómina de especialidades reconocidas, actualizada periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

El Ministerio de Salud y Acción Social, a través del organismo competente, llevará un registro de especialistas, actualizado permanentemente.

En este caso la obtención de la especialidad a través de la residencia médica sería viable por medio del inciso e).

El llamado a inscripción y examen para este régimen se realiza solamente una vez por año, habitualmente en el mes de abril⁶.

Los médicos de reciente graduación con título obtenido en la República Argentina o con título obtenido en el extranjero y revalidado en nuestro país, si desean concursar para un cupo en hospitales del ámbito público, deberán realizar un examen de ingreso a través del Ministerio de Salud de la Nación, que efectúa anualmente por medio del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, el cual determinará por ranking en base a los resultados obtenidos la adjudicación del hospital de preferencia.

Este llamado "**Examen Único Médico**" es la unificación de la preinscripción, el cronograma y el examen escrito (a través de una prueba de selección múltiple de 100 preguntas) que se requiere para el ingreso a las residencias médicas de los variados hospitales de las distintas provincias de la República Argentina.

El ingreso siempre dependerá tanto de la provincia como de la institución de salud elegida, ya que tienen diferentes requisitos, elementos y ponderación asignada a cada uno de ellos, el ranking final y la modalidad de adjudicación.

Cabe destacar que el Examen Único reúne varios concursos, por ejemplo el "Concurso Unificado" que incluye CABA, Provincia de Buenos Aires e instituciones nacionales, como así también algunas de las instituciones privadas como por ejemplo el Hospital Italiano y Hospital Alemán, entre otras, que si bien cada uno de estos concursos tiene en común el examen y las inscripciones, pueden variar los requisitos para el ingreso.

En 2016 también apareció una novedad en cuanto exámenes, "**el Examen Unificado UBA**", el cual no hay que confundirlo con el anterior examen único nacional, ya que este nuevo

⁶ <http://www.msal.gob.ar/residencias/index.php/las-residencias/concursos-de-ingreso-a-residencias/informacion-general/459-examen-unico-convocatoria-2019>



examen unificado de la Universidad de Buenos Aires es un examen en el que participan algunos de los sanatorios, hospitales e instituciones de salud, tanto públicas como privadas, afiliadas a la UBA con residencias universitarias y/o carreras de especialista.

Por último en lo que respecta exclusivamente a los **sanatorios privados** cuyo concurso a residencia no está adherido a los exámenes anteriores, la mayoría suelen tener su propia modalidad de examen, el cual también es de opción múltiple.

Como requisito de admisión también pueden existir límites en la edad del futuro residente, promedio obtenido en la carrera de grado, y ciertos requisitos en el tiempo que pasó desde la graduación al momento del examen (normalmente no más de 5 años de graduado para la inscripción en las residencias básicas y no más de 10 años para las pos básicas). Es habitual que se complemente el proceso de evaluación con una entrevista individual para valorar entre otras cosas: aspectos básicos de la personalidad, nivel de conocimiento adquirido, competencias profesionales, entorno familiar, etc.

Todos estos requerimientos establecerían un ranking propio de selección de los sanatorios privados a la hora de incorporar a sus residentes médicos.

Aclarados los pasos del médico graduado para acceder a una especialidad y más precisamente a través de la opción de la residencia (Ley 17132 art. 21 inc. e), ahora basándonos en nuestra investigación, en primer lugar, si queremos clasificar la muestra de residentes por sexo, se observaría de la siguiente manera:

Categoría	Dato	Frecuencia	%
Sexo	<i>Masculino</i>	5	31%
	<i>Femenino</i>	11	69%
	<i>Total</i>	16	100%

Tabla n°1: fuente: elaboración propia.



Tal como podemos observar en la tabla n^o1, el 69% de la muestra obtenida está compuesta por médicos residentes femeninos y el 31% restante por médicos masculinos.

Continuando con la clasificación, en segundo lugar, buscamos identificar los diferentes rangos etarios de nuestros entrevistados para poder observar a grandes rasgos a qué tipo de generación pertenecen, por lo cual separamos a la muestra por edad y observamos lo siguiente:

Categoría	Años	Frecuencia	%
Edad	28	2	13%
	29	3	19%
	30	2	13%
	32	2	13%
	33	1	6%
	34	3	19%
	35	2	13%
	37	1	6%
<i>Promedio de edad</i>	32,25	16	100%

Tabla n^o2: fuente: elaboración propia.

Si bien el número de las edades de los residentes es variado, el promedio resulta de unos 32 años, tal como se puede ver en la *Tabla n^o2*.

En tercer y último lugar, si clasificamos a la muestra por la especialidad médica elegida, los resultados nos arrojan lo siguiente:

Categoría	Dato	Frecuencia	%
Especialidad	<i>Clínica Médica</i>	8	50%
	<i>Infectología</i>	4	25%
	<i>Pediatría</i>	4	25%
	<i>Total</i>	16	100%

Tabla n^o 3. Fuente: elaboración propia.



La clasificación en base a las distintas especialidades elegidas por los entrevistados (*Tabla n° 3*), establece en primer lugar como la especialización más optada, Clínica Médica, con una proporción del 50% (8 residentes), seguido luego en partes iguales por Infectología 25% (4 residentes) y Pediatría 25 % (4 residentes restantes).

5.3. Elección del sanatorio

A la hora de elegir dónde pasar los próximos años de la vida realizando una especialización a través de la residencia, numerosas variables entran en juego en la mente del médico recién graduado al momento de elegir una institución de salud, como por ejemplo: qué especialidad pretende seguir, el programa que ofrece cada residencia, la carga horaria, la formación que se ofrece más allá del entrenamiento asistencial, el prestigio de la institución, la salida laboral posterior, la remuneración, la cercanía al domicilio, etc.

Cada sanatorio, una vez que haya cumplido y presentado una serie de requisitos exigidos por el programa de acreditación de residencias del Ministerio de Salud de la Nación, tiene autorizados un cierto cupo de cargos a concursar. De más esta aclarar que esta formación de posgrado tiene su título acreditado por esta autoridad competente.

Volviendo nuevamente a la investigación, al indagar a los médicos residentes sobre el motivo que los llevo a la elección del actual sanatorio y tratando de estandarizar sus respuestas, la muestra arrojó los siguientes datos:

Categoría	Dato	Frecuencia	%
Elección del sanatorio	<i>Recomendación</i>	11	69%
	<i>Cercanía</i>	3	18%
	<i>Otros motivos</i>	2	13%
	<i>Total</i>	16	100%

Tabla n° 4. Fuente: elaboración propia



Como podemos observar en la tabla n°4, el 69% (11 residentes) de los entrevistados han optado por la recomendación de otros colegas a la hora de elegir el lugar donde realizar la residencia, hemos aquí algunos de sus comentarios:

- *“Opte por este sanatorio por recomendación directa de personas conocidas ya egresadas”*. Carlos – Entrevista n°1
- *“Referencia de compañeros. Es un sanatorio privado, posee los recursos necesarios para poder realizar un buen diagnóstico”* Laine – E 5.
- *“Porque maneja una población amplia de pacientes. Brinda la posibilidad de especialidad básica con médicos referentes en el área”*. Victoria – E 9

El 31% restante (5 residentes) optó por cercanía u otros motivos diversos a la hora de formarse en su especialidad. A continuación, se describen algunos de sus comentarios:

- *“Hice exámenes en varios lugares y opté por este sanatorio por cercanía”*. Gustavo – E 4
- *“Por la cercanía a mi domicilio. Hay varios exámenes para elegir sanatorios según puntaje y me quede con este sanatorio”*. Rosa – E 7
- *“Lo elegí simplemente por cercanía de mi hogar. Quería entrar a la municipalidad, pero no se me dio”*. Paula – E 14
- *“Elegí el sanatorio sin conocerlo, fue al azar en listado que me brinda la UBA.”* Rodrigo – E 2

5.4. Duración de la capacitación

Tal como mencionamos anteriormente, la residencia médica es, según la Ley 22.127, un Sistema de Posgrado mediante el cual el médico con título habilitante y que ha aprobado los exámenes correspondientes puede capacitarse en la especialidad que ha elegido, bajo un régimen de actividad a tiempo completo y con dedicación exclusiva. Es decir, es un Sistema



de Posgrado Remunerado con dedicación exclusiva y realización de tareas a tiempo completo, en donde lo que se busca es capacitar al profesional, darle las herramientas para desempeñarse correctamente en el futuro.

Cualquiera sea su especialidad, se desarrollará según un programa de formación predeterminado en cada sanatorio.

El Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud prevé el desarrollo de dos tipos de residencias, *la básica y la post básica*:

Residencia Básica: Se denomina residencia básica a aquella residencia a la que se accede con el título universitario, sin que se requiera formación previa en otra especialidad. Dentro de esta categoría se incluyen dos tipologías:

- a) **Residencia Básica propiamente dicha**: Es aquella residencia que realiza toda su formación con base en un servicio de la especialidad, con una duración mínima de tres años. Incluye rotaciones obligatorias por otros servicios, que se desarrollan de manera coordinada y bajo supervisión del servicio sede de la formación.
- b) **Residencia Básica Modalidad Articulada**: Se denomina así a aquella residencia que inicia su formación en una especialidad básica y que completa la formación en otra especialidad. Tiene una duración mínima de cuatro (4) años. Incluye rotaciones obligatorias por otros servicios, que se desarrollan de manera coordinada y bajo supervisión del servicio sede de la formación.

Residencia Post Básica: Es aquella residencia que focaliza y profundiza la formación en un área acotada de una especialidad básica (subespecialidad). Requiere para su ingreso de la aprobación de una residencia básica acreditada, acorde con las condiciones que se estipulen en el programa correspondiente.

Volviendo a nuestros residentes, al momento de la entrevista, el 62,5% (10 residentes) expresó opiniones a favor, considerando que la duración de la residencia es la adecuada para la correcta formación del médico especialista. Algunos de sus comentarios fueron:



- *"Su duración es lo correcto. Da confianza un médico que hizo una residencia de esta duración."* Laine – E 5
- *"Los 4 años son necesarios para la formación que elegí si queremos ser buenos profesionales."* Victoria – E 9
- *"Es lo que corresponde. Hay responsabilidades distintas en cada año."*Rosa – E 7
- *"Considero que es la correcta para dejarnos una experiencia adecuada."*Liz – E 11

Por otro lado, nos encontramos que un 37.5% de los entrevistados (6 residentes), no se encuentra conforme con la duración de la misma y el comentario que más se repite dentro de este grupo fue la discordancia para con el cuarto y último año:

- *"Pienso que con 3 años sería suficiente. ¡El 4to año esta demás! No considero que brinde más conocimiento de lo adquirido a lo largo de los 3 primeros."* José Luis- E 3
- *"¡Demasiado larga! Si bien aporta experiencia, uno estudia varias veces el mismo caso y se especializa, es agotadora. ¡Hasta 3 años sería lo correcto!"* José - E 6
- *"Me parece muy larga al ser de 4 años. Es bastante tiempo."*Gustavo - E 4

La disconformidad es justamente la extensa duración, lo cual impacta directamente en la decisión de continuar profundizando la formación en un área específica de la medicina, optando por una Residencia post básica y extendiendo así sus años de formación. Uno de nuestros entrevistados alega al respecto:

- *"Considero que hasta 3 años está bien, teniendo en cuenta la especialización (residencia post básica) antes mencionada que uno pretenda continuar. ¡Los 4 años actuales ya es demasiado para el que desea continuar capacitándose!"* Carlos– E 1

A modo de síntesis, en este capítulo clasificamos a la muestra por sexo, promedio de edad y por último la especialidad elegida a la hora de realizar la residencia. Todo esto fue para tener un pantallazo general sobre la forma en que se compone la misma.



Por otro lado, indagamos a los entrevistados sobre los motivos de la elección del sanatorio, el cual decidieron realizar la capacitación. En esta última pregunta, en los discursos de la mayoría se pudo entrever que la elección fue por recomendación de otros colegas y en segundo lugar por cercanía al domicilio.

Por último, se indagó a los entrevistados si estaban conformes con la duración actual que posee esta capacitación llamada residencia, en lo cual se pudo destacar que la mayoría se encuentra en plena conformidad con la misma.



6. CAPITULO VI: Condiciones de trabajo.

6.1. Derechos y obligaciones en comparación con los médicos especialistas.

Echando un vistazo a la situación jurídica de los residentes médicos en los distintos países Latinoamericanos, en la mayor parte de los mismos se menciona la existencia de mecanismos legales de protección y coberturas de Seguridad Social como trabajadores amparados por las políticas, normas y acciones orientadas por las instituciones del Estado.

Según un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (2011), tal como podemos observar en la *tabla n°5* a continuación, en los países de Latinoamérica la mayoría de los residentes son contratados bajo los derechos legales correspondientes (remuneración, licencias varias, seguros de trabajo, etc.) con un contrato temporal por el tiempo de su residencia y una cobertura de seguridad social incorporándolos a las Obras Sociales de los trabajadores del Estado Nacional, que disponen de seguros de riesgo de trabajo y seguro de vida. Además, tienen seguro de salud, o sea licencias pagas por enfermedad y aporte a la Seguridad Social (jubilaciones) y por su puesto una remuneración mensual.

No obstante, existen excepciones en el caso de Bolivia y Paraguay los residentes tienen estatus de "becario" careciendo de mecanismos jurídicos de protección, cobertura social y salario, y en Colombia directamente son considerados "estudiantes", que deben contratar su propia cobertura de seguridad social en términos de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, careciendo de salarios, aguinaldos, licencias por enfermedad y jubilación pero, deben cumplir con todas las exigencias que el entorno médico les solicita.



Mecanismos jurídicos de protección	Cobertura de seguridad social y beneficios	Modalidad de contratación	Países
Como funcionarios públicos con los derechos legales correspondientes (salario, licencias, subsidios por enfermedad)	Se les incorpora a la obra social de los trabajadores del estado nacional, que dispone de seguro de riesgo de trabajo, y seguro de vida. Además tienen seguro de salud, subsidio por enfermedad y aporte a la seguridad social (jubilaciones).	Contrato temporal como funcionario médico o becario en formación.	Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Honduras, Perú, República Dominicana, Uruguay.
Como estudiantes se garantiza la disponibilidad gratuita de alimentación, hotelería, ropa de trabajo y elementos de protección.	Como estudiantes deben contratar cobertura de seguridad social en términos de aseguramiento en salud y riesgos profesionales. No tienen cobertura de jubilación por su condición de estudiantes.	Estudiante	Colombia
No existe un mecanismo específico de protección.	Solo un periodo anual de vacaciones	Becario	Bolivia, Paraguay.

Tabla n°5. Mecanismos jurídicos de protección, cobertura de seguridad social y modalidad de contratación de residentes en América latina. Tomado sin modificaciones de: *Residencias Médicas en América Latina .Serie: La renovación de la atención primaria en Salud en las Américas* (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Como bien se ha explicado a lo largo de esta investigación, la residencia médica en Argentina es considerada según la **Ley n° 22.127** y la **Resolución n°1993 / 2015**, como un “*sistema de formación integral de postgrado*” para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud. Se considera a esta como un modelo formativo **remunerado**, acotado en el tiempo, con objetivos educativos anuales que deberán ser cumplidos conforme lo establecido y de acuerdo a la modalidad prevista para cada ciclo de capacitación.

Precisamente según la Resolución n° 1993/2015, debe ser considerado como sujeto de derecho, permitiéndole transitar en forma adecuada el proceso de formación, protegiéndolo de cierta manera su salud ocupacional y brindándole ciertas condiciones y derechos básicos, como por ejemplo: remuneración, carga horaria estipulada por ley, régimen de licencias, seguro de riesgos en el trabajo, condiciones de seguridad e higiene adecuadas en los puestos de desempeño, etc.



Siguiendo con el marco formativo que establece la Ley de Residencias Médicas, dentro del circuito profesional, el médico practicante para evolucionar en la especialidad a través de la adquisición de conocimiento y experiencia, debe cumplir una serie de pasos establecidos en los programas de residencias de cada institución de salud, aprobados previamente por el Ministerio de Salud.

Los programas de formación son diseñados y desarrollados para generar grados de autonomía y responsabilidad creciente, al tiempo que establecen las tareas asistenciales y la supervisión de los residentes, en consonancia con las capacidades adquiridas en los distintos momentos del proceso formativo.

Los mismos iniciarán el 1° de junio de cada año y deberán prever el cumplimiento de objetivos académicos anuales al 31 de mayo del siguiente año, los que implicarán la promoción del residente al año inmediato superior o la finalización del programa en el caso que corresponda. La no promoción implicará la rescisión automática del contrato de formación.

A modo de ejemplo para poder entender más en profundidad la trayectoria formativa del médico especialista, uno de los sanatorios al cual pertenece parte de los residentes de esta investigación, nos brindó el programa de formación de Clínica Médica⁷, cuyas pautas para el crecimiento del médico en la especialidad son las siguientes:

El residente de primer año deberá:

- Conocer las maniobras semiológicas pertinentes para realizar una historia clínica completa y correcta.
- Deberá conocer la fisiopatología, terapéutica y permanente actualización sobre las patologías más frecuentes.
- Llevar a cabo los procedimientos invasivos necesarios para el tratamiento del paciente así como conocer las indicaciones de los mismos.
- Lograr la adecuada presentación de los pacientes a su cargo en los distintos servicios y durante los pases de sala.

⁷ Programa de residencia de Clínica Médica adjunto en el Anexo.



- Participar en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas bajo la supervisión del residente superior y Jefe de Residentes.
- Adquirir la capacidad para realizar y presentar clases y ateneos ante sus compañeros y colegas.
- Presentar artículos sobre actualizaciones, al menos una vez por semana.

El residente de segundo año deberá:

- Supervisar la actividad del residente de primer año, así como también cumplir con su actividad asistencial correspondiente para lograr mayor práctica clínica.
- Profundizar sus conocimientos sobre las patologías menos frecuentes.
- Supervisar la confección así como también presentar clases de sistemáticas para sus colegas.
- Conocer las patologías de manejo y tratamiento ambulatorio y como realizar el mismo.
- Presentar Ateneos interdisciplinarios clínico-patológicos.
- Rotar satisfactoriamente por los servicios de Unidad de terapia Intensiva y Unidad Coronaria.
- Presentar artículos sobre actualizaciones, al menos una vez por semana.

El residente de tercer año deberá:

- Adquirir la capacidad para instruir a los residentes de primer y segundo año.
- Supervisar la actividad asistencial de los residentes de primer y segundo año.
- Asumir mayor responsabilidad para con la asistencia del paciente.
- Ser capaz de reconocer y manejar todas las emergencias y urgencias del paciente internado y ambulatorio.
- Realizar casos clínicos, trabajos o la modalidad correspondiente para ser presentados en los Congresos correspondientes.
- Supervisar la confección de clases y Ateneos así como también continuar realizando los mismos.
- Comprender y saber interpretar los trabajos de investigación.



- Rotar satisfactoriamente por consultorios externos de Clínica Médica por período de 3 (tres) meses.
- Rotar satisfactoriamente por el servicio de Urgencias por período de 3 (tres) meses.

El residente de cuarto año deberá:

- Realizar casos clínicos, trabajos o la modalidad correspondiente para ser presentados en los Congresos correspondientes.
- Supervisar la confección de clases y Ateneos así como también continuar realizando los mismos.
- Comprender y saber interpretar los trabajos de investigación.
- Realizar de forma satisfactoria, al menos, una rotación a elección.
- Presentar artículos sobre actualizaciones, al menos una vez por semana.
- Ser capaz de discutir los pacientes con sus colegas, con argumentos concretos y válidos.
- Demostrar total capacidad para el manejo integral del paciente internado.
- Demostrar total capacidad para el manejo integral del paciente ambulatorio.
- Aprobar el examen integrador de fin de curso.
- Presentar un plan de acción para la candidatura a Jefatura.

Se puede observar que la responsabilidad de los mismos es creciente año a año a fin de poder adquirir el conocimiento y la experiencia necesaria para la especialidad. Dicho programa ofrece la posibilidad de profundizar en un área de conocimientos al tiempo que se realiza una práctica intensiva en escenarios de trabajo.

Respecto a las condiciones laborales, el programa de este sanatorio determina lo siguiente:

- *La residencia tiene una duración de 4 años*
- *La dedicación es de tiempo completo*
- *Exige cumplimiento de actividades asistenciales y académicas impuestas por el Servicio de Clínica Médica y el Comité de Docencia e Investigación.*
- *Se tienen cuatro semanas de vacaciones en verano y una en invierno.*



- *El horario que deberán cumplir los residentes de Clínica Médica es de Lunes a Viernes de 8.00 a 17.00 hs en el Sanatorio a excepción de un día a la semana, el cual deberán asistir al Curso Superior de Médico Especialista en Medicina Interna dictado en el HIGA Pedro Fiorito de 13.30 a 17 hs, y los Sábados de 8.00 a 12.00 hs.*
- *Los residentes de primer año deberán realizar ocho (8) guardias mensuales; tres (3) de fin de semana y cinco (5) de semana.*
- *Los residentes de segundo año deberán realizar no menos de seis (6) guardias mensuales; dos (2) de fin de semana y cuatro (4) de semana, hasta un máximo de ocho (8) guardias mensuales.*
- *Los residentes de tercer año deberán realizar no menos de tres (3) guardias mensuales, máximo ocho (8) guardias mensuales, durante los días de semana. Tendrán a su cargo la asistencia por consultorios externos de Clínica Médica.*
- *Los residentes de cuarto año deberán realizar no menos de tres (3) guardias mensuales, máximo ocho (8) guardias mensuales, durante los días de semana.*

Por lo que podemos apreciar es que esta capacitación es de dedicación exclusiva y a tiempo completo. En el sanatorio en cuestión, se puede observar que a medida que se avanza en los años de residencia, el expertise y las responsabilidades van aumentando. El régimen de guardias y momentos a realizar las mismas (semana y/o fines de semana) de cierta manera también va mejorando, otorgándole mayor tiempo libre a los residentes de los últimos años, mejorando así de cierta forma lo estipulado en la legislación sobre la carga horaria⁸.

Al respecto uno de nuestros entrevistados, en este caso **médico ya especialista** que se formó a través de la misma y se encuentra actualmente trabajando a diario con residentes, alega:

- *“Los residentes se encuentran dentro de un sistema de formal formación médico docente. Por lo que debe estar siempre con tutoría en diferentes escalas desde su ingreso hasta su graduación. Si bien es ya un profesional universitario con matrícula habilitante para realizar el ejercicio profesional, está aprendiendo una especialidad dentro de la medicina por lo cual su actividad es completamente diferente*

⁸ Este punto será analizado con mayor profundidad en el ítem 6.2 donde se trata la Carga Horaria.



conceptualmente a la de un médico que ya es especialista y está a cargo del desarrollo del plan asistencial del paciente que tiene a cargo” Juan Pablo M.E.

Ahora, diferente es la situación jurídica de este galeno en formación una vez que finaliza la residencia y obtiene la especialidad. Una vez insertado en el mercado de trabajo (ya sea en el sector público o privado), estará encuadrado jurídicamente a la par de los médicos especialistas que pueden haber obtenido la acreditación de la especialidad ya sea a través de la residencia o a través del resto de opciones de acreditación que establece la anteriormente mencionada Ley 17.132, reguladora del ejercicio de la medicina en Argentina.

Particularmente en el ámbito privado, serán considerados empleados bajo relación de dependencia, encuadrados bajo la Ley 20.744 de Contratos de Trabajo (L.C.T.) que regula las relaciones individuales del trabajo en el sector privado, estableciendo un piso básico de derechos. Esta Ley es complementada por los estatutos profesionales que se aplican en algunas actividades, las leyes de seguridad social y de accidentes de Trabajo y por los Convenios Colectivos de Trabajo. Estos últimos adicionan derechos y beneficios a los trabajadores negociados por sus representantes sindicales.

En este ámbito Argentina se caracteriza por ser uno de los países de Latinoamérica con una legislación proteccionista de los Derechos Fundamentales Colectivos del Trabajo. La afiliación sindical emana del artículo 14 bis de la Constitución Nacional Argentina, es reglamentado por la Ley 23.551 de Asociaciones Sindicales y ratificado también en dos convenios internacionales de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) adoptados por la Argentina.

Amanda Caubet (2013, pág. 545) nos explica al respecto que: *“en el artículo 14 bis de la Constitución Nacional encontramos consagrados o garantizados los principios fundamentales y los ejes básicos de la nuestra materia. Así, en el primer párrafo, en el que se establecen los derechos individuales de los trabajadores se indica que “El trabajo en sus diversas formas gozara de la protección de las leyes, las que aseguraran al trabajador:” y en la última de las cláusulas allí enumeradas se menciona “... organización sindical libre y democrática, reconocida por la simple inscripción en un registro especial”*. Es decir, en esta previsión constitucional se estipulan los principios fundamentales que deben regir el ejercicio de los derechos sindicales: libertad y democracia sindical.



Uno de los convenios de la O.I.T. previamente mencionados y ratificados por Argentina, el Convenio n° 87 de la O.I.T. del año 1948 establece una serie de principios destinados a garantizar a los trabajadores el libre derecho de sindicalización frente a las autoridades públicas. En donde, en una de sus cuatro garantías que contiene, esta explicitado el “*derecho de los trabajadores de constituir, sin autorización previa, las organizaciones que estimen convenientes, y derecho de afiliarse a las existentes*”. Es decir que por el mero hecho de ser trabajador, se tiene la libertad de constituir colectivamente asociaciones sindicales mediante simple inscripción ante la autoridad competente, como así también el derecho de afiliarse, no afiliarse y desafiliarse a las asociaciones sindicales ya existentes.

Así las cosas en lo referente a la libertad sindical aplicable a todo trabajador en relación de dependencia y particularmente a los médicos especialistas, a los residentes médicos regulados por la Ley 22.127 y la Resolución n°1993/2015 no le son aplicables los derechos colectivos que posee todo trabajador de afiliarse al sindicato que nuclea su actividad, debido a que la residencia no es considerada como trabajo remunerado, sino que la misma configura un modelo formativo remunerado con dedicación exclusiva y a tiempo completo.

De más está decir que este colectivo de médicos en plena formación queda excluido de la negociación colectiva mencionada en el convenio 98 de la O.I.T, natural procedimiento para dirimir los conflictos de intereses, determinar salarios y mejorar las condiciones de trabajo, que según Pérez van Morlegan (2016, pág. 369) su trascendencia resulta evidente si recordamos que la declaración de la O.I.T. relativa a los “Principios y derechos fundamentales en el trabajo” de 1998 proclamó a la negociación colectiva como derecho fundamental.

Privados de este fundamental derecho, por ser incompatible jurídicamente con el marco formativo establecido por la Ley 22.127, tampoco pueden negociar colectivamente mejoras en las condiciones de trabajo ante sus centros de formación.

Una consecuencia de esto en algunos sanatorios, puede ser lo que nos explica uno de nuestros especialistas entrevistados:

- “*Suele haber anarquía por parte de las jefaturas, castigando solo por el hecho de no llevarles el desayuno (guardias castigo, prolongación de la jornada, etc.). Se puede ir*



a reclamar ante el Departamento de Docencia, pero sería castigarse más ya que las represalias son mayores". Cristian Médico especialista

Cabe destacar en este último comentario que el mismo no es aplicable a todos los sanatorios con residencia acreditada sino a algunas instituciones, pero sí en cambio, puede llegar a evidenciar el indebido uso que se le da a la misma en dichas instituciones, no respetando lo estipulado en la Ley, y no pudiendo los residentes reclamar colectivamente por sus derechos como si lo pueden hacer los trabajadores médicos especialistas ante similares situaciones.

Una vez aclarado el encuadramiento del médico residente y especialista, se consultó la opinión de los primeros como es en la práctica diaria la labor junto a los segundos (cuya modalidad de contratación es distinta).

Curiosamente, un 68.7 % (11 residentes), respondieron que si se los compara desde la labor diaria, no debería existir distinción entre ellos, ya que en la práctica las tareas diarias no distan demasiado entre ambos, es más los residentes se llevan casi toda la carga operativa, desvirtuando de cierta forma el fin formativo.

Algunas respuestas destacadas fueron:

- *"Deberíamos tener los mismos beneficios y derechos, ¡ya que ambos trabajamos a la par en la misma institución haciendo los mismos esfuerzos!". José – E 2*
- *"Ambos trabajamos a la par haciendo esfuerzos en conjunto. ¡Ambos somos médicos!" Betiana – E 12*
- *"Los beneficios en todo el mundo son desiguales por jerarquía, menos hace más le pagan. Uno (residente) debería ganar lo mismo que el otro (médico en relación de dependencia), o en todo caso que la brecha sea menor. El médico especialista no hace la misma carga horaria, ni esta las 24 hs a disposición del sanatorio". Gustavo – E 4*
- *"Deberíamos tener los mismos derechos, porque cumplimos similar jornada laboral y somos profesionales médicos. ¡El hecho de ser residente, no nos quita nuestro título de médico!" Victoria – E 9*
- *"¡La mayor carga horaria y mayor cantidad de tareas la tenemos nosotros los residentes! ¡Nosotros ponemos el alma en el sanatorio día y noche!" Justina – E 10*



- *“Por más que ellos (médicos especialistas) aportan el expertise, la mayor carga laboral la tenemos nosotros, los residentes”*. Liz - E 11

Por otro lado, el 31.3 % (5 residentes) restante consideró que los derechos y los beneficios se deben ir ganando a medida que van avanzando en la residencia, alegando ser conscientes que el conocimiento obtenido a través de la especialidad de sus colegas, crea una lógica brecha entre ambos, no considerándose iguales.

Algunas de las respuestas fueron:

- *“En la residencia desde un principio nos inculcan las escalas jerárquicas. A medida que se avanza en la misma, se obtienen derechos y beneficios como permisos durante la jornada de trabajo, menos rotaciones y menos cantidad de guardias a realizar durante el mes. ¡Hay cierto derecho de piso que se debe pagar para acceder a esos derechos!”*. Carlos - E 1
- *“Desde un punto de vista considero que deberíamos tener mejores condiciones laborales como menos carga horaria y mejor salario. Pero también pienso que el médico con especialidad debe ganar más por la jerarquía, ya que hizo esta residencia y por la experiencia que tiene”*. José Luis – E 3
- *“El planta (especialista) tiene más experiencia y realiza tareas más complejas. Nosotros a medida que avanzamos, vamos obteniendo más beneficios y más derechos”*. Laine – E 5
- *“Hay diferencias ganadas! El médico posee mayor experiencia y ya paso por la residencia”*. James – E 6
- *“Me parece bien como está funcionando actualmente la residencia. El planta ya paso por la residencia y el residente tiene mucho por aprender”*. Rosa – E 7

Partiendo del concepto de cultura organizacional, que Deal y Kennedy (1985, pág. 4) definen como *“el patrón integrado del comportamiento humano que incluye el pensamiento, los actos, el habla y los artefactos, y depende de la capacidad del hombre para aprender y para transmitir conocimiento a las generaciones siguientes”*, en estas últimas respuestas se nota la existencia de una cultura con ciertos rasgos verticalistas en las conducciones médicas dentro



de los dos sanatorios. El médico especialista por el mero hecho de haber finalizado la residencia, según los discursos de los entrevistados, está situado jerárquicamente por encima del resto de los médicos que se encuentran realizando la residencia propiamente dicha.

Ejemplo de esto es un artículo publicado el 16/06/2017 por residentes en la Revista NaN⁹ que subraya:

- *“aceptamos jornadas laborales interminables, maltratos de los superiores, abusos de poder. Acosos, abusos sexuales. Sueldos miserables. El médico recién recibido no problematiza esas situaciones, sino que puede llegar a pensar que atravesarlas le dará prestigio: “Yo me banqué tal cosa”. La naturalización de la opresión hace difícil organizarnos en sindicatos, gremios o comisiones internas. Hace que andemos a ciegas”.*

La naturalización de esta forma de aprendizaje y trabajo, es sumamente nociva y puede hacer difícil el pensamiento para organizarse y así hacer respetar el cumplimiento de lo que establece la legislación regulatoria en sus lugares de desempeño.

Además, al encontrarse vedados de los derechos colectivos propios de los trabajadores en relación de dependencia debido a su propia legislación regulatoria, a los sindicatos de médicos le resulta difícil poder acceder a este colectivo de galenos llamados residentes médicos.

Cabe aclarar que el tema de que sean los residentes sujetos poseedores de derecho colectivo, es una opinión personal que considero como mejora al régimen de las residencias, que tal como se mencionó es incompatible con el régimen de los trabajadores en relación de dependencia.

⁹ <http://www.lanan.com.ar/examenderesidencia-salud/>



6.2. Carga horaria.

La duración del trabajo humano plantea un conjunto de problemas vinculados con la salud de los trabajadores, con la organización de la sociedad y con la confrontación y eficiencia de la estructura económica. Sin perjuicio de la ponderación de estos variados aspectos, ha sido preocupación central del pensamiento social proteger al hombre de los perjuicios que derivan de las extensas jornadas de labor, las que durante largo tiempo acompañaron la prestación de tareas y significaron un factor de agitación legítima de la clase trabajadora, sometida a excesos que menospreciaban la condición humana y privilegiaban el afán inacabable del lucro y la ganancia, a expensas de quienes entregaban su energía laboral (Gatti Angel Eduardo, 2000, pág. 339).

Según el artículo 197 de la Ley de Contratos de Trabajo, se entiende por jornada de trabajo todo el tiempo durante el cual el trabajador esté a disposición del empleador en tanto no pueda disponer de su actividad en beneficio propio. Entre el cese de una jornada y el comienzo de la otra deberá mediar una pausa no inferior a doce (12) horas.

La ley de Jornada de Trabajo N.º 11.544, establece que la duración del trabajo no podrá exceder de ocho horas diarias o cuarenta y ocho horas semanales para toda persona ocupada por cuenta ajena en explotaciones públicas o privadas, aunque no persigan fines de lucro.

Por otro lado un informe elaborado por la Comisión de Expertos, para la Conferencia Internacional del Trabajo de la O.I.T. (1967) recuerda que *“el movimiento a favor de la reducción de la jornada de trabajo se desarrolló a comienzos del siglo XIX en los países de Europa, donde los comienzos de la industrialización habían acarreado los peores abusos y donde, como lo habían señalado diversas encuestas, no eran raras las jornadas de 14 y 16 horas de trabajo, sobre todo en la industria textil”*.

Esta larga evolución en materia de limitación de la duración del trabajo alcanzara una expresión culminante en el Convenio N°1 de la O.I.T. (1919) que consagra, para el ámbito de la industria y aunque con ciertas excepciones, el principio general según el cual debe adoptarse la jornada máxima de ocho horas diarias y cuarenta y ocho horas semanales.

En lo que respecta a los residentes médicos, la más reciente Resolución n°1993/2015 del Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, establece en su artículo n°9 que los



mismos cumplirán una carga horaria diaria de hasta nueve (9) horas de lunes a viernes, en el horario que determine el establecimiento en el que realice su programa de formación. Por otro lado el artículo nº10, trata sobre la guardia y el descanso post-guardia determinando que “en aquellos casos en que los objetivos de aprendizaje así lo requieran y bajo la supervisión que corresponda al nivel de autonomía alcanzado, complementarán su carga horaria realizando las guardias que figuren en su programa de formación, las que no podrán exceder el máximo de dos guardias semanales de hasta doce (12) horas cada una, con un intervalo entre las mismas no menor a cuarenta y ocho (48) horas. Luego de cada guardia se deberá garantizar al residente un descanso mínimo seis (6) horas de cumplimiento efectivo fuera de la sede. El descanso post-guardia será computado en el cálculo de la carga horaria diaria”.

En resumen, lo que la resolución pretende indicar es que los mismos, deberán realizar una carga horaria diaria de 9 horas (45 hs semanales), más dos guardias semanales de 12 hs (24 hs guardia), con un descanso de 6 hs computado como carga horaria (2 días de 6 hs c/u, total 12 hs descanso), lo que nos da un total de 45 hs semanales + 24 hs guardia –12hs descanso= 57 horas semanales de cumplimiento efectivo, requeridas por la capacitación.

En la práctica, como pudimos observar previamente en el programa de formación de uno de los sanatorios privados, la cantidad de guardias va disminuyendo a medida que se avanza con los años de la residencia. Ejemplo de esto fue la realización de no menos de 8 guardias en el primer año (3 en fin de semana y 5 durante la semana) y en el cuarto y último año de la residencia, la disminución a no menos de 3 guardias en la semana.

Los médicos especialistas que ya pasaron por este régimen de residencia y actualmente se encuentran englobados bajo la Ley de Contratos de Trabajo como trabajadores dependientes opinan al respecto:

- *“La jornada laboral del residente tiene que estar acorde a lo que son las bases fisiológicas del aprendizaje del adulto joven, es decir la capacidad de fijar conceptos está relacionada con las horas de descanso. Es decir que la jornada laboral no debe superar las 8 hs diarias, y no debería tener más de dos guardias mensuales, entre semana y fin de*



semana ya que debe estudiar e integrar lo aprendido en la práctica diaria". Juan Pablo M.E.

- *"Suelen ser arduas y extensas (las jornadas), en la actualidad existen muchas instituciones que están dándole vital importancia a revisar la extensión de las jornadas y auditar que no existan los abusos sobre los recursos en formación". Cristian M.E*

En estos comentarios podemos ver la necesidad que destacan los especialistas médicos en revisar esta gran carga horaria que impone el marco jurídico propio de los residentes. Según sus testimonios basados en experiencias personales, se evidencia también que parte de las instituciones de salud detectaron esta falencia en el sistema formativo y auditan a sus servicios asistenciales con residencia para evitar mal usos en la misma.

Por otro lado, como se demostró en el programa formativo de uno de los sanatorios, algunas instituciones les otorgan ciertos beneficios a estos médicos en etapa formativa para tener menor carga horaria a medida que avanzan en la residencia.

Veamos ahora la opinión de nuestros entrevistados sobre la duración de la jornada horaria que realizan:

- *Realizo más o menos entre 13 y 14 horas por día y dos guardias por semana. En total de 38-39 horas corridas, y claro, ¡sin dormir! Estefanía E – 13*
- *"Trabajo de lunes a sábados de 8 a 17 hs, más dos guardias por semana de 24 hs, de las cuales estas últimas son 2 domingos inclusive por mes." Paula E – 14*
- *"Uno está las 24 hs a disposición del sanatorio. Una vez terminada la guardia, debo volver a tomar el turno a las 7 am. ¡Uno termina trabajando hasta 36 hs seguidas!" Carlos E – 1*
- *"Lunes a viernes de 8 a 17 hs según la demanda de pacientes, sino se alarga un poco más la jornada. También las guardias de 12 hs mensuales." José Luis E – 3*
- *"Trabajo desde las 8 de la mañana a las 17hs, dependiendo de los ingresos de pacientes. ¡Hay veces que me retiro a las 21 hs! Los días de guardias, me retiro a las 17hs del otro día, ¡casi 36 hs seguidas!" Gustavo – E 4*



- “¡Realizo 8 guardias al mes, en donde ingreso a las 8 am y salgo a las 17 hs del otro día! No tenemos descanso post guardia.” Rosa – E 7
- “¡Que los sanatorios apliquen el descanso de pos-guardia, somos seres humanos!” Justina – E 10

Observando las respuestas, ¡el 100% de los entrevistados! comentó estar en plena disconformidad con la carga horaria que realiza.

Citando ahora un fallo judicial al respecto, “*Guibourg. Porta. 4661/02. "Corbo, Avalo David c/Distribuidora de Confecciones Johnson's Ltda. y otros s/Diferencias de Salarios". 16/07/04 86020 Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo. Sala III*”, en el contexto de lo normado por la Ley de Jornada Laboral nº11.544 y el decreto 16.115/33, las horas que exceden el máximo legal de jornada laboral se consideran suplementarias o como suele llamárselas "extras". Extras no son sólo las que van más allá del máximo semanal (48 horas), sino también, salvo que alguna norma prevea excepción, las que exceden el máximo de flexibilidad diaria (9 horas). En otros términos, cabría computar como horas extras las horas trabajadas en exceso de la jornada de nueve horas, aún cuando el total de horas trabajadas en la semana no superase el límite de 48 horas".

Lo que se pretende demostrar citando dicho fallo, es que en comparación con un médico especialista (trabajador en relación de dependencia), tomando como base los comentarios de los entrevistados, los mismos en este régimen formativo estarían realizando muchas más horas de jornada de trabajo efectiva y sin retribución extra alguna, a diferencia de las 48 hs que establece la Ley 11.544 como jornada normal y habitual para cualquier trabajador.

El secretario general de AMAP, Héctor Garín, plantea en una nota al diario Infobae¹⁰, que “*abundan los casos en los que a los médicos residentes se les exige una jornada de 14 horas diarias y guardias de 24 horas, de modo tal que pueden llegar a trabajar cerca de 120 horas semanales, cuando la legislación vigente establece un límite de 48 horas. Sus patronos hacen la cuenta horaria al revés de lo que marca la Ley. Quizá sea por ello que el médico que opta por hacer su residencia en el ámbito privado muchas veces sea sometido a un interrogatorio sobre su situación familiar en vez de tomarse en cuenta la calificación que ha obtenido a lo*

¹⁰ <https://www.infobae.com/opinion/2016/12/09/la-salud-de-los-medicos/>



largo de sus años de formación profesional. Califican mejor aquellos profesionales que son solteros o cuentan con recursos propios o de sus familias para sostenerse mientras cursan una residencia en la que se les ofrece un bajo salario", subraya.

Si bien este gremio hasta el momento ha llevado adelante varias gestiones para lograr que la residencia se considere como un trabajo en relación de dependencia con todos los beneficios que implica, aún sigue en plena vigencia la Ley de Residencias Médicas que no considera a la misma como tiempo efectivo de trabajo en relación de dependencia.

Es sumamente importante conocer la regulación en términos de jornada de trabajo desde que la historia de la misma es prácticamente la historia del derecho del trabajo, siendo que esta fue la primera limitación por la cual se luchó en la época de la revolución industrial, donde las jornadas eran de hasta 16 horas. La jornada de trabajo se fue reduciendo paulatinamente hasta llegar a las 8 horas hoy día, de modo que toda persona pueda contar con 8 horas para el sueño, 8 horas para el trabajo y 8 horas para el ocio, situación que muy lejos está de haberse cumplido.

En comentarios de residentes de ambos sanatorios como:

- *"¡Realizo 8 guardias al mes, en donde ingreso a las 8 am y salgo a las 17 hs del otro día! No tenemos descanso post guardia." Rosa – E 7*
- *"¡Que los sanatorios apliquen el descanso de pos guardia, somos seres humanos!" Justina – E 10*

Se evidencia claramente una irregularidad cometida por los sanatorios, en donde los mismos no aplican lo estipulado en el antes mencionado artículo n° 10 de la Resolución n°1993/2015, que establece que luego de cada guardia se deberá garantizar al residente un descanso mínimo seis horas de cumplimiento efectivo fuera de la sede, descanso pos guardia que será computado como carga horaria diaria.



6.3. Remuneración.

Partiendo desde un abordaje ético y moral, Carlos Alberto Gil Ravelo (2010, pág. 13) fundamenta que asignar el salario a una persona ha sido y será siempre una tarea compleja y problemática. Son tantas las variables que entran en juego y algunas de ellas tan difíciles de precisar, que siempre existe la duda sobre lo acertado.

El problema fundamental de fondo es el criterio de justicia que subyace a toda consideración sobre el tema. Y poder llegar a definir y acordar qué es lo justo en esta materia es un aspecto harto opinable. Sobre todo, porque ese criterio varía a lo largo del tiempo y del espacio. Lo que hasta ayer, y para una sociedad determinada, se consideraba justo, hoy puede ser considerado injusto por otra y aun considerando un mismo colectivo nacional.

Sin embargo y desde una perspectiva ética y moral, el salario del trabajador ha merecido desde muy antiguo una consideración especial. Dentro de la tradición judeo-cristiana podemos encontrar afirmaciones como las siguientes:

- “No oprimirás a tu prójimo ni lo despojarás. No retendrás el salario del jornalero hasta el día siguiente” (Levítico, 19,13)
- “No explotarás al jornalero humilde y pobre, ya sea uno de tus hermanos o un forastero que resida en tus ciudades” (Deuteronomio, 24, 14)

Continuando con el autor, más cercanamente, la Iglesia Católica declaraba en el Concilio Vaticano II¹¹:

- “... la retribución del trabajo debe ser tal que permita al hombre y a su familia una vida digna en el plano material, social, cultural y espiritual, teniendo presentes el puesto de trabajo y la productividad de cada uno, así como las condiciones de la empresa y el bien común.”

¹¹Un concilio ecuménico es una asamblea celebrada por la Iglesia católica y las Iglesias ortodoxas con carácter general a la que son convocados todos los obispos para reconocer la verdad en materia de doctrina o de práctica y proclamarla.



Volviendo a la actualidad, en el caso de la residencia, según su legislación regulatoria, los médicos perciben una retribución económica por su dedicación exclusiva a tiempo completo llamada beca.

Los sanatorios privados suelen tener sus propias políticas salariales, siendo el mercado condicionante para la atracción de los talentos. Es decir, se parte desde un análisis de mercado para la captación de los médicos que mejor resultado tuvieron en los rankings de los exámenes concursados (generalmente suelen rendir más de uno), teniendo en cuenta que este ranking les da la oportunidad de elegir al centro de formación de su preferencia para realizar la residencia.

En la *tabla n° 5* a continuación podemos observar los resultados de una encuesta salarial de mercado realizada y recomendada por la Asociación de Clínicas Sanatorios y Hospitales privados de la República Argentina (ADECRA, cámara empresarial que nuclea a gran parte de los sanatorios y clínicas privadas de todo el país), a sus entidades miembro que han decidido participar y abonar la misma.

Dentro de esta (cortesía de ADECRA con montos vigentes a mayo de 2018), se detallan los valores que pagan a sus residentes las instituciones médicas participantes, desde el valor mínimo hasta el máximo, teniendo en cuenta el promedio, la mediana y también el 1er y el 3er cuartil¹².

El monto mensual de la remuneración varía según el año de residencia, incrementándose a medida que se avanza en la misma. También figura la categoría de jefatura de residentes, siendo este un profesional que ha cumplido el programa completo de la residencia en el establecimiento y es elegido entre los graduados. El mismo permanecerá un año en sus funciones como colaborador docente, desempeñado sus funciones con dedicación exclusiva y tiene las mismas obligaciones y derechos que los profesionales residentes.

¹²Los cuartiles son valores que dividen una muestra de datos en cuatro partes iguales para evaluar rápidamente la dispersión y la tendencia central de un conjunto de datos. Ejemplo: el 25% de los datos es menor que o igual a este valor



ÁREA: RESIDENTES		
Residente 1° año		
MEDIDAS ESTADÍSTICAS	REMUNERACIÓN FIJA (Básico+Plus+Adic. Fut. Aum.)	REMUNERACIÓN TOTAL (Fija+Variable)
	MERCADO	MERCADO
MÍN	\$ 17.323	\$ 17.334
1° CUARTIL	\$ 17.995	\$ 18.115
MEDIANA	\$ 21.195	\$ 21.195
3° CUARTIL	\$ 24.750	\$ 24.750
MÁX	\$ 28.453	\$ 28.453
PROMEDIO	\$ 21.303	\$ 21.377

ÁREA: RESIDENTES		
Residente 2° año		
MEDIDAS ESTADÍSTICAS	REMUNERACIÓN FIJA (Básico+Plus+Adic. Fut. Aum.)	REMUNERACIÓN TOTAL (Fija+Variable)
	MERCADO	MERCADO
MÍN	\$ 19.060	\$ 19.762
1° CUARTIL	\$ 20.864	\$ 20.864
MEDIANA	\$ 22.517	\$ 22.517
3° CUARTIL	\$ 23.868	\$ 23.868
MÁX	\$ 28.453	\$ 28.453
PROMEDIO	\$ 22.838	\$ 22.963

ÁREA: RESIDENTES		
Residente 3° año		
MEDIDAS ESTADÍSTICAS	REMUNERACIÓN FIJA (Básico+Plus+Adic. Fut. Aum.)	REMUNERACIÓN TOTAL (Fija+Variable)
	MERCADO	MERCADO
MÍN	\$ 20.405	\$ 20.405
1° CUARTIL	\$ 21.411	\$ 22.361
MEDIANA	\$ 24.030	\$ 24.030
3° CUARTIL	\$ 25.679	\$ 25.679
MÁX	\$ 31.522	\$ 31.522
PROMEDIO	\$ 24.563	\$ 24.700



ÁREA: RESIDENTES		
Residente 4º año		
MEDIDAS ESTADÍSTICAS	REMUNERACIÓN FIJA (Básico+Plus+Adic. Fut. Aum.)	REMUNERACIÓN TOTAL (Fija+Variable)
	MERCADO	MERCADO
MÍN	\$ 21.521	\$ 21.521
1º CUARTIL	\$ 22.485	\$ 22.485
MEDIANA	\$ 24.705	\$ 24.705
3º CUARTIL	\$ 28.273	\$ 28.273
MÁX	\$ 39.976	\$ 39.976
PROMEDIO	\$ 26.757	\$ 26.757

ÁREA: RESIDENTES		
Jefe de Residentes		
MEDIDAS ESTADÍSTICAS	REMUNERACIÓN FIJA (Básico+Plus+Adic. Fut. Aum.)	REMUNERACIÓN TOTAL (Fija+Variable)
	MERCADO	MERCADO
MÍN	\$ 24.374	\$ 24.763
1º CUARTIL	\$ 27.208	\$ 27.635
MEDIANA	\$ 29.316	\$ 29.316
3º CUARTIL	\$ 33.569	\$ 33.569
MÁX	\$ 50.340	\$ 50.340
PROMEDIO	\$ 31.405	\$ 31.637

Tabla N° 5. Escala salarial de Residentes vigente al 31/05/2018. Fuente: Encuesta salarial privada de ADECRA-

Partiendo del siguiente comentario:

- “La remuneración no es acorde a las tareas. ¡Apenas alcanza para sostenerse! Si bien el sueldo varió con los años, son bajos incluso en el último año de la residencia.”Carlos E – 1

Si realizamos un análisis sencillo sobre el valor hora de los residentes, tomando como ejemplo un médico de 4to año¹³, finalizando la residencia básica, cuya retribución mensual es

¹³Se toma como ejemplo de mejor sueldo el residente de 4to año por estar este en ultimo año, y ser aquel que ha obtenido cierto expertis en el paso por la residencia y está a punto de obtener la especialidad.



de \$24705 según la mediana de todos los sanatorios miembros que participan en la encuesta privada de ADECRA de la *tabla n°5*, llegamos a esta conclusión:

Retribución mensual: \$24705 (teniendo en cuenta que corresponde a las 4 semanas trabajadas del mes).

$\$24705 / 4 \text{ semanas} = \$6176,25 \text{ valor semanal}$

Respecto a las horas trabajadas, dejaremos de lado lo mencionado anteriormente sobre alguno de los sanatorios que pueden brindar beneficios en la reducción de la guardias en los últimos años, ya que no se tiene la certeza de que así sea en todas las instituciones médicas privadas, partiremos entonces desde la jornada establecida por la Resolución n°1993/2015 del Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, de en su artículo n°9 que los mismos cumplirán una carga horaria diaria de hasta nueve (9) horas de lunes a viernes, más dos guardias semanales de hasta doce (12) horas del artículo n°10, no da un total de 69 hs semanales (45 hs de lunes a viernes + 24 hs semanales de las 2 guardias de 12 hs c/u) y a esto le restamos las 6 hs de descanso pos guardia en horario efectivo (6 hs x cada guardia, total 12 hs), cosa que en la práctica no se estaría cumpliendo según los testimonios de los entrevistados, entonces:

$\$6176,25 \text{ valor semanal} / 57 \text{ hs semanales} = \$108,35 \text{ la hora.}$

El mejor valor hora de un residente de cuarto año rondaría en **\$108,35 la hora.**

Para tener una idea general sobre donde estaría rondando dicho valor en comparación con sus colegas médicos especialistas, a continuación se realiza un breve cotejo salarial entre un médico residente y otro especialista.

Se opta por tomar como punto de referencia al **médico de planta**, un especialista con su debida acreditación que estaría percibiendo el “adicional por especialidad” otorgado por el convenio colectivo de médicos de la actividad privada.

El motivo por el cual se utiliza esta categoría para comparar es porque su figura es la que más se asemeja a un médico residente. Los “plantas” como los llamas los entrevistados (residentes



y los especialistas) en las entrevistas realizadas, en su gran mayoría pasaron por la residencia y suelen ser los que más presencia tienen en los sanatorios privados y sus pacientes, cumpliendo un horario de trabajo continuo de entre 6 y 9 horas diarias y generalmente de lunes a viernes, siempre dependiendo de la institución y el contrato laboral que posean.

Estos, son los médicos especialistas que además, pasan el mayor tiempo con los residentes, a diferencia de los *médicos de guardia* cuyo horario puede ser prolongado pero concentrado en 2 o 3 días a la semana (dependiendo el contrato laboral que tengan pactado con el sanatorio) y generalmente de unas 12 hs corridas.

Estos últimos, pueden cumplir horarios en días de semana, fines de semana o alternados; en horario diurno, nocturno o también alternado, y cobrar pulsos salariales diferentes según convenio (trabajo nocturno, por horas realizados en fin de semana, etc.). Ejemplo de esto puede ser un médico de guardia con un régimen semanal de 24 hs, realizando una guardia de 12 hs nocturnas los días lunes de 20 a 08 hs y otra diurna de 12 hs los días sábados de 08 a 20 hs. No poseen la misma continuidad con los pacientes de la sala, como así tampoco tienen el mismo contacto con los residentes médicos, a diferencia de los médicos de planta que si están en contacto diario.

En los comentarios de los residentes entrevistados, se puede observar que la figura de los "plantas" es la que más se menciona, ya sea como sus instructores, o para hacer comparaciones, lo cual nos lleva a utilizar su figura para cotejar.

Entonces, diferente situación ocurre con la remuneración del médico de planta (especialista), bajo relación de dependencia en el ámbito privado, encuadrado en el Convenio Colectivo de Trabajo N° 619/ 2011 negociado por la Asociación de Médicos de la Actividad Privada (AMAP) con la Asociación de Clínicas Sanatorios y Hospitales privados de la República Argentina (ADECRA):



CCT 619/11

AMAP - ADECRA

VALOR POR HORA

Valor de hora básica	\$181,17
Adicionales:	
Por tareas en área de cuidados intensivos o área cerrada	\$36,23
Por jornada continua	\$36,23
Por atención en consultorios externos	\$18,12
Por trab. sábados y domingos	\$36,23
Por jefatura de guardia	\$36,23
Por jefe de guardia de día	\$54,35
Por especialidad	\$18,12
Adicional planta	\$18,12
Por trabajo nocturno	\$45,29

Tabla N° 6. Escala salarial médicos CCT 619/11 vigente al 31/05/2018. Fuente www.asociacionamap.org.ar

Para estar alineados con los valores de la encuesta de remuneraciones de Adecra que se pudo obtener para esta investigación, se decide tomar como comparativo también los valores del CCT 616/11 vigentes a mayo de 2018.

Ahora bien, si tomamos en cuenta el valor hora de un médico clínico de planta¹⁴, sin antigüedad, con una carga horaria máxima de 45 hs semanales y de horario diurno, según los beneficios del convenio colectivo de Amap¹⁵ le correspondería:

Valor hora básica: \$181,17 brutos

¹⁴ Se utiliza como referencia el médico clínico de planta en horario diurno, el valor más bajo dentro de las especialidades del convenio colectivo y además por ser la especialidad que optó formarse la mayoría de nuestros residentes, Clínica Médica con el 50% de los entrevistados.

¹⁵ Se toma como referencia el valor hora piso o básico del convenio colectivo Amap / Adecra, sin tener en cuenta los distintos pluses salariales que pagan los sanatorios como política de atracción retención y desarrollo de su personal médico.



Adicional por planta: \$18,12 brutos (es aquel que presta servicios de manera continua en el establecimiento de su empleador, evalúa y controla a los pacientes internados, prescribe los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y controla el cumplimiento de los mismos).

Adicional por especialidad: \$18,12 brutos (tal como se menciona previamente, es un plus por una especialidad médica reconocida por la autoridad de aplicación y que se relacione con la actividad que el médico desempeña para su empleador).

Entonces tenemos, \$ 181,17 (valor hora básica) + \$18,12 (por hora planta) + \$18,12 (por especialidad), nos da un total de **\$217,36 brutos la hora**, la cual si lo multiplicamos por las 45 hs semanales (9 hs de lunes a viernes) no da un total de: \$9781,2 pesos brutos semanales. Por lo tanto, la remuneración mensual (4 semanas de trabajo de 45 horas c/u) de dicho médico ascendería en un total de \$39124,8 pesos brutos argentinos.

En conclusión, la diferencia de un residente médico de 4to año, el más próximo a obtener la especialidad (\$108,35 brutos la hora), y un médico clínico especialista (\$217,36 brutos la hora) es prácticamente dos veces mayor a favor de este último¹⁶, teniendo en cuenta que en esta comparación uno realiza como mínimo 57 hs semanales (residente) y el otro 45 hs como máximo (médico especialista de planta). En caso de que el médico de planta trabajase 57 horas semanales al igual que el residente, habría que computarle los adicionales que establece la Ley de Contrato de Trabajo como horas extras, el monto sería aun mayor porque el valor hora en exceso se incrementaría al 50% o 100% dependiendo del momento en que este las tenga que realizar.

Dejando de lado el análisis comparativo y adentrándonos en las entrevistas realizadas, al consultar a los entrevistados sobre la conformidad sobre la retribución percibida, un 75% (12 residentes) respondieron estar en plena disconformidad con la misma:

- *“Nuestra remuneración debería ser acorde a la enorme cantidad de horas trabajadas y considerando que somos médicos, es decir, profesionales que completaron una carrera de grado”* Victoria E - 9
- *“¡La plata que nos pagan, no nos dura ni una semana! Es muy poco.”* José E - 6

¹⁶ Valores en pesos argentinos vigentes al 31/05/2018.



- *“Uno se dedica full time a la residencia y su remuneración es muy baja”* Rodrigo E -2

Consultando al respecto a **un jefe médico de servicios asistenciales** con residentes también a cargo, este avala los comentarios anteriores, informando que: *“la remuneración en la residencia es escasa. Prácticamente no se puede llevar una calidad de vida adecuada con la misma. A mis residentes les alcanza solo para subsistir”*. Alejandro - Jefe de Infectología.

Por otro lado, los dos médicos especialistas consultados para esta investigación también concuerdan con los anteriores testimonios, alegando que la remuneración no es adecuada.

- *“Personalmente no la considero adecuada (remuneración), hoy día el sueldo de residente suele ser bastante más bajo que el de un empleado administrativo tipo.”* Cristian - Médico especialista.
- *“Los sistemas de residencia ven a la misma no como una inversión sino como un contrato laboral en el cual hay una diferencia enorme entre la demanda y la oferta del cual sacan diferencia conceptual”*. Juan Pablo- Médico especialista.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el título otorgado en las Facultades de Medicina permite obtener la habilitación (por intermedio de la matrícula nacional) para el ejercicio profesional asistencial (no especialidad), es dable destacar que este médico con título habilitante puede ejercer en cualquier institución médica tanto pública como privada.

En lo que refiere puntualmente al ámbito privado, esta vez estaría encuadrado bajo la Ley de Contratos de Trabajo como empleado bajo relación de dependencia, en donde explorando brevemente a esta última, el art. 23 de la mencionada Ley establece:

“El hecho de la prestación de servicios hace presumir la existencia de un contrato de trabajo, salvo que, por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demostrase lo contrario. Esa presunción operará igualmente aun cuando se utilicen figuras no laborales, para caracterizar al contrato, y en tanto que por las circunstancias no sea dado calificar de empresario a quien presta el servicio”



Según la doctrina laboral, el contrato de trabajo se caracteriza por la subordinación que se manifiesta en un triple sentido:

- **Técnico:** somete su labor a los pareceres y objetivos señalados por el empleador; resulta más amplia respecto de los trabajadores con menor calificación, y más tenue en relación con los más capacitados profesionalmente.
- **Económico:** no recibe el producto de su trabajo y no comparte el riesgo de la empresa; por un lado, el trabajador pone su fuerza de trabajo a disposición del empleador a cambio de una remuneración y por el otro los mayores beneficios o los quebrantos derivados de la explotación solo benefician o perjudican al patrono, resultando ajenos al obrero.
- **Jurídico:** es la principal característica para configurar la dependencia; consiste en la posibilidad jurídica del empleador de dirigir en el empleo la conducta del trabajador hacia los objetivos de la empresa. El trabajador está sometido a la autoridad del empleador: facultades de dirección, control y poder disciplinario”.

Dicho esto, podemos afirmar que el médico residente, si bien en el sanatorio donde se encuentra realizando la misma esta bajo el régimen formativo de la Ley 22127, este no se encuentra condicionado para ejercer su profesión (medicina) en otros sanatorios y/o clínicas.

Teniendo en cuenta este dato, otra de las preguntas que se les realizó a los residentes entrevistados fue si poseían otra fuente de ingresos o pensaban tenerlo durante la vigencia de la capacitación y un 37.5% (6 residentes) contestó que poseen la misma en paralelo:

- *“El sanatorio me paga la cobertura de guardias adicionales cuando se ausenta algún médico de planta. Fuera del sanatorio, no me da el tiempo para tener otro trabajo.”*
Justina E - 10
- *“Hago alguna que otra cobertura de guardias en otros sanatorios en cuanto me da un respiro este.”* Gustavo E -4.
- *“Los que tenemos familia, estamos obligados a hacer changas. ¡No hay otra manera de subsistir!”* José E - 6



El 62.5% (10 residentes) si bien actualmente no posee una segunda fuente de ingresos, tres de los mismos tiene pensado en obtenerla en el corto plazo y en cambio los otros siete restantes alega no tener el tiempo para una segunda actividad.

Estas son las respuestas recolectadas sobre la obtención de una segunda fuente de ingresos durante la vigencia de la residencia:

- *"¡El sueldo me alcanza para lo justo y necesario! ¡Actualmente no tengo otro trabajo, pero estoy evaluando la posibilidad para más adelante!"* Liz E - 11
- *"Muchos otros residentes trabajan a la par y tengo en mente realizar otro trabajo en cuanto tenga un poco más de tiempo."* José Luis E - 3
- *"Voy a necesitar una fuente extra de ingresos para poder mantener una calidad de vida adecuada. Con el sueldo que tengo y la inflación existente, es imposible llegar a fin de mes."* Victoria E – 3

Por otro lado, las respuestas obtenidas sobre la falta de tiempo sobre una segunda actividad fueron:

- *"Al hacer la residencia, no tengo tiempo para trabajar en otra parte. No tengo tiempo para nada."* Laine E –5
- *"Con la carga horaria que requiere una residencia en sus primeros años, es imposible tener otro trabajo."* Marianela E - 8
- *"Al tener familia, mi esposo trabaja y hay otro aporte a la casa, para otro trabajo no tengo tiempo, teniendo en cuenta mi familia."* Rosa E – 7

Lo que se evidencia en la mayoría de los comentarios es la disconformidad con su remuneración y la falta de tiempo que posee el residente médico mientras esté realizando este estudio de posgrado.

Analizando hasta el momento, esta falta de tiempo, la remuneración inadecuada, la extensa carga horaria, entre otras cuestiones, impactan de forma directa en la calidad de vida de este galeno en plena formación.



A modo de síntesis de este capítulo, observando las condiciones de trabajo del residente médico en comparación con la de su par médico ya especialista (planta), podemos observar que la diferencia entre ambos es notoria en algunas cuestiones.

Los residentes no son considerados trabajadores sino becarios que realizan un posgrado remunerado con dedicación exclusiva, y por lo tanto al ser su legislación incompatible con la de un especialista, no acceden a los beneficios de los convenios colectivos de trabajo de cualquiera de las actividades médicas.

Este régimen no les brinda la posibilidad de organizarse afiliándose a los sindicatos que representan la actividad del médico, como así tampoco pueden negociar colectivamente para hacer que se cumplan sus condiciones de labor a diferencia de los especialistas médicos

En lo que respecta al *régimen de residencia regulado por la Ley 22127*, según los entrevistados existen dos aspectos pasibles de mejora, que son puntualmente el **bajo monto de la remuneración** y el **exceso de carga horaria** de 57 hs semanales. En estos dos ítems se hizo notoria la disconformidad para con el régimen en sí.

La remuneración es un punto sensible a rever por los Departamentos de Recursos Humanos de los sanatorios privados, teniendo en cuenta la cantidad de años a cursar una residencia (mínimo 4 años) y el impacto en la calidad de vida que conlleva un salario inadecuado. El área de RRHH debe analizar con seriedad el tema y tratar de implementar alguna política de mejora salarial por iniciativa privada.

Lógicamente este punto puede llegar a ser motivo de controversia si la mejora se establece desde el marco regulatorio, ya que los sanatorios privados abren sus puertas para formar a los residentes (dejando de lado los malos usos que le pueden llegar a dar los mismos y enfocándonos solo en los beneficios) y si la legislación les impone valores similares a los de los especialistas, tendría un efecto contraproducente. Los beneficios de la residencia serían insuficientes en comparación para los centros médicos, ya que el impacto en los costos de estos sería significativo y podría llegar a reducir la cantidad de residentes a concursar por cada entidad privada.



Por otro lado, en lo que refiere concretamente a la **implementación que le dan los sanatorios privados al régimen de residencias**, comentarios sobre la carga horaria indican que los residentes si bien deben realizar como base un total de 57 hs semanales, en la práctica diaria deben permanecer horas adicionales en sus puestos dependiendo de la cantidad de pacientes que haya que atender en el día. Por esto último, su régimen es incompatible con el abono de recargo alguno en concepto de horas extras, concepto que si esta normado y perciben sus colegas ya especialistas.

Como pudimos ver, tampoco se les respeta el descanso post guardia de 6 horas efectivas que establece su legislación, ya de por sí muy por debajo del descanso de 12 horas entre jornada y jornada determinado por la reglamentación para el médico especialista.

Está claro que este descanso pos guardia debería implementarse de forma urgente, o la entidad reguladora debería establecer algún canal y/o mecanismo de denuncia anónima para delatar el abuso en este ítem sin exponer al residente denunciante, evitando de esta forma represalias por parte del centro formador.

Haciendo un paréntesis en este capítulo, teniendo en cuenta los tres tipos de dependencia (Técnica, Económica y Jurídica) mencionados anteriormente, nos genera cierta inquietud que los mismo se pueden llegar a dar en forma conjunta en la residencia médica, cumpliéndose así con los requisitos que exige el art 23 de la Ley de Contrato de Trabajo para que exista una relación laboral.

Si bien la Ley de Residencias Médicas es incompatible con la figura legal de un trabajador dependiente, en los discursos analizados podemos observar que:

- Los sanatorios, queda claro que fijan de antemano al médico residente la forma en que deberá realizar los diagnósticos y tratamientos necesarios para la atención de los pacientes (tarea), organizando toda la estructura y sistema de atención a fin de que pueda cumplir sus objetivos, pudiendo darse el primer presupuesto de **dependencia técnica**.
- En segundo lugar, al médico se le abona una beca mensual por su condición de residente lo que le permite realizar las tareas encomendadas, otorgándosele una



retribución como contraprestación, pudiendo darse el segundo supuesto de **dependencia económica**.

- En tercer lugar, los sanatorios no sólo tienen que indicarle al médico residente que hacer sino disponer de su fuerza de trabajo organizando sus horarios, y en caso de incumplimiento aplicar las sanciones correspondientes, pudiendo llegar a considerarse el tercer supuesto de **dependencia jurídica**.

Y si a esta situación se suma como antecedente judicial el fallo de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo (CNAT) del año 1997:

CNAT Sala VIII (*Expte n° 46621/91 sent. 25150 23/6/97 "Pettinari, Marcelo c/ Soc. Italiana de Beneficencia- Hospital Italiano- y otros / despido"*) determina: Si el actor se desempeñó durante dos años dentro del Sistema Nacional de Residencias Médicas (ley 22127) para la institución demandada, dicho lapso debe computarse a los fines de la antigüedad como integrando el total de tiempo de servicio prestado para la empleadora. Esto es así pues el actor cumplió en dicho período su actividad con estricta sujeción de las directivas impartidas por la institución, implicando la misma actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes, por lo cual recibía a cambio una remuneración mensual, **denotando esta situación subordinación jurídica, económica y técnica, notas que conceptualiza la doctrina como configurativas de una relación de dependencia**.

Esto nos genera el siguiente interrogante: *¿puede la residencia médica considerarse una relación laboral?*

Lógicamente el objeto de esta tesis está orientado solamente a identificar el encuadre legal del médico residente y caracterizar su calidad de vida durante la prolongación del posgrado.

No se poseen los medios ni las herramientas necesarias para argumentar fácticamente dicho interrogante, por lo que se deja planteada la veracidad o no del mismo para una nueva investigación.



7. CAPITULO VII: Aporte de la residencia

7.1. Valor agregado

Para entender más en profundidad como funciona una institución de salud, hay que tener en cuenta que hoy día el hospital o sanatorio moderno en Argentina es considerado como una empresa que debe enfrentar procesos de producción complejos y relacionados entre sí como son: la producción clínica (egresos, intervenciones quirúrgicas, consultas); la producción técnica médica (unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico: farmacia, laboratorio, radiología) y la producción industrial (alimentación, lavadero, esterilización). Debe combinar los factores de producción y producir el servicio de asistencia sanitaria, utilizando factores como:

- Recursos humanos (médicos, enfermeros, técnicos, administrativos, etc.).
- Equipo capital (inmuebles, quirófanos, instrumentos quirúrgicos, cantidad de camas, equipos radiológicos, etc.).
- Materias primas (productos farmacéuticos, reactivos, alimento, etc.).

Los indicadores más comunes que utiliza un sanatorio privado para medir su rentabilidad son, por un lado, **la venta de días de internación** en las áreas como Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Pediatría, Sala de internación de adultos, etc., y por el otro **las consultas clínicas ambulatorias** que obtiene a través de la Guardia Externa, el sector de Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio, Consultorios Externos, Cirugías programadas, etc.

En el primer caso, la rentabilidad de los pacientes internados se mide a través de la ocupación en la cantidad de camas que posee el sanatorio a lo largo de un periodo determinado, es decir, si posee 100 camas, las cuales las ocupó con 1 paciente cada una por los 30 días del mes, logró facturar a sus financiadores 3000 días de internación (100 camas ocupadas x 30 días), habiendo logrado el 100% de la ocupación. Cada día de internación posee un valor distinto dependiendo el servicio o área que se encuentre internado el paciente, ya sea área crítica o común. Es decir, en un paciente hospitalizado en Terapia Intensiva, el costo de internación es mucho mayor que uno internado en Sala de internación general o área común. Esto se debe a



una mayor utilización de distintos recursos de producción, como por ejemplo el tipo de medicación y cantidad de insumos que se utilizan, la cantidad de horas hombre asistenciales destinado al paciente (ej.: en terapia intensiva se destina una enfermera cada 2 pacientes, a diferencia de área común que es 1 enfermera cada 5 pacientes). A todo este conjunto de recursos empleados, el sanatorio lo cobra a través de distintos módulos de facturación previamente negociados con las obras sociales, o en su defecto a los propios particulares, en caso de querer utilizar un servicio y no tener la cobertura médica requerida por el mismo.

En el segundo indicador, **las consultas ambulatorias**, se calculan con todas aquellas consultas programadas y espontáneas en los distintos sectores anteriormente mencionados.

En ambos casos, a esta ganancia bruta, hay que descontarle luego todos los costos de operación, ya sea factor humano, costo de infraestructura, insumos, gastos administrativos y luego impuestos, para poder determinar una ganancia neta.

Según señala Rosa María Borrell (2005), los sanatorios se encuentran inmersos en un contexto altamente competitivo, por lo que requiere que las prestaciones de servicios se realicen de forma altamente eficiente. Por ello, constantemente se deben plantear mejoras tanto a nivel organizacional como a nivel de actividades desarrolladas dentro de la clínica.

Partiendo del factor que es de nuestro interés, el costo del capital humano y continuando con los fundamentos de la autora, los reglamentos de las residencias son muy claros en subrayar que el cargo de médico residente no equivale a un empleo, sino que constituye una oportunidad de formar parte de un curso de posgraduados de carácter práctico. De todas formas, la presencia de los residentes durante todo el día en los sanatorios y hospitales modificó el escenario de atención hospitalaria, otorgándoles un lugar e importancia sin precedentes hasta el momento.

Dejando de lado el funcionamiento de un sanatorio y ahora adentrándonos en la identificación del valor agregado que aporta la residencia médica a este tipo de entidades, al ser consultados los residentes sobre este punto, un 56,3% (9 residentes) coincidieron que el aporte es *“actualización constante a las prácticas y procedimientos, que el propio residente brinda al estar en contacto con la bibliografía más reciente sobre las nuevas tendencias en la medicina. Este conocimiento es compartido y puesto en práctica con sus colegas médicos de planta, logrando brindar una mejor atención a los pacientes atendidos”*.



Tratándose de opiniones de la mayoría de los entrevistados y no una conclusión general sobre el real valor agregado que aporta el médico residente a los sanatorios privados, podría llegar a ser discutible que este último aporte actualización y novedad constante a las prácticas y los procedimientos existentes en la institución, teniendo en cuenta que este galeno se instruye de la misma. Justamente para acreditar la especialidad el médico graduado opta por instruirse en dicho centro de formación que le brindará el expertise necesario.

Para tener un mejor enfoque de dicha consideración, se consultó al respecto a otro estamento de la residencia, los médicos especialistas que conviven a diario con estos practicantes y en su mayoría son sus tutores, los cuales afirmaron al respecto:

- *"El residente eleva el nivel académico en la institución, ya que obliga a los especialistas a estar a la altura de las circunstancias y brindar respuestas a sus inquietudes."* Juan Pablo M.E
- *"No cabe duda que desde la experiencia la incorporación de profesionales jóvenes en etapa formativa es nutritiva para el sistema y sirve como motor de conocimiento y alimentación de la discusión academicista. Muchas veces el planta al no saber contestar una pregunta concreta del residente se ve obligado a recurrir a la bibliografía y actualizarse."* Cristian M.E

Por lo que podemos apreciar es que tanto los médicos especialistas como los residentes, coinciden en sus respuestas en un punto determinado, que la residencia aporta a los sanatorios privados un incremento en el nivel académico que repercute en el asistencial, en donde el conocimiento es generado y compartido entre todos los colegas, pero no tan así una actualización contante a las prácticas y los procedimientos ya existentes en los sanatorios.

Siguiendo con los testimonios de los médicos especialistas, sobre el valor agregado que aporta la residencia a la institución, se contestó lo siguiente:

- *"Considero que es francamente positivo generar una residencia en toda institución para poder colaborar con el desarrollo de nuevos profesionales. Cada institución*



aportara desde sus valores esenciales la tutoría para que los nuevos profesionales se desarrollen al máximo dentro de un marco contenido de formación. La residencia eleva el nivel académico y asistencial de la institución. Ser un hospital o sanatorio escuela motiva al staff interno y da prestigio externamente". Cristian M.E.

- *"Hace que Recursos Humanos establezca en la búsqueda de quienes van a ocupar cargos de líderes de equipo un perfil de docencia e investigación que permita el posterior desarrollo de estas actividades.*

Generar la funcionalidad hospitalaria con servicios propios y no prestadores externos es lo que hace a mí entender la diferencia institucional. De esta forma permite generar recurso genuino y capacidad de sostener el crecimiento institucional en cuanto a la cantidad y calidad de patologías absorbidas junto con la implementación de nuevas tecnologías o modos de trabajo" Juan Pablo M.E.

Se evidencia con estos comentarios que por ser los sanatorios privados centros de formación de esta capacitación, el valor agregado que obtienen de la misma es el prestigio de la institución, la generación de un semillero de futuros especialistas, docentes y líderes, formados acorde a las necesidades y valores culturales de la institución, y por último el incremento del nivel académico y por ende asistencial generado dentro de la misma.

Dicho esto sobre el aporte de la residencia y su valor agregado, también existe un 43,7% de los entrevistados (7 residentes) que si bien son minoría, su opinión de disconformidad no lo podemos dejar de lado. En comentarios como:

- *"El sistema de salud explota a los residentes, son muchas horas de trabajo que muchas veces estás sin dormir y la exigencia sigue siendo igual que todos los días. Por lo menos en mi sanatorio los residentes hacen el 90% del trabajo, no podría mantenerse sin ellos" Julieta E – 15*
- *"La residencia fue creada con la idea de formar especialistas en ámbito de Salud con una práctica diaria y eficiente, con formación práctica y académica y remuneración a los mismos, ya que son médicos profesionales recién recibidos en formación. ¡Todo esto no se cumple, solo es la idea, pero en la realidad no se cumple! Somos los baches*



del sistema de Salud, con condiciones de trabajo paupérrimo y desgastante, tomando responsabilidades y prácticas que no nos corresponden". Paula E – 14

Podemos observar una cierta disconformidad hacia la forma de uso que algunos de los sanatorios le dan a la residencia. Al médico residente no le queda otra alternativa que acatar las directivas impartidas por las Direcciones Médicas.

Siguiendo con otros comentarios como:

- *"La residencia es una mano de obra que, aunque no es la más calificada, es abundante y le permite a la institución el ahorro del costo médico, dejando con frecuencias solamente a residentes en las guardias". Carlos E - 1*
- *"Uno va progresando con el pasar de los casos de pacientes que va atendiendo. Durante la noche quedamos solamente los residentes. "José Luis E - 3*

Se puede afirmar que, al dejarlos solos en los distintos servicios asistenciales y sin la presencia de un tutor y/o médico de planta o guardia, no solo disminuye la calidad de atención hacia los pacientes atendidos, sino que además se estaría abusando del rol y funciones de los mismos.

Estos dos últimos comentarios pueden llegar a evidenciar el uso y abuso por parte de algunos sanatorios privados, los cuales ahorran el costo de horas hombre cubriendo las vacantes (licencias varias, ausencias, bajas, etc.) de los médicos especialistas con residentes en plena formación encuadrados en un régimen que es incompatible con el laboral.

Para la Asociación de Médicos de la Actividad Privada (AMAP), gremio con ámbito de representación en la Ciudad de Buenos Aires, resulta inadmisibles "que los residentes queden solos en un servicio de cirugía, de clínica, de terapia intensiva, o cualquiera sea, como suele ocurrir en sanatorios privados". En una nota que publican en la página web de *Enfoque Sindical*, alegan que "se los suele usar para cubrir eventual falta de médicos, en la guardia, en el consultorio externo o en algún otro servicio".¹⁷

¹⁷ <http://www.enfoquesindical.org/fuerzan-medicos-residentes-trabajar-120-horas-semanales>



Dentro de este grupo de disconformidad de los entrevistados antes mencionado, estos son algunos más de los comentarios destacados:

- *“Somos mano de obra barata. Prácticamente nosotros hacemos todas las tareas que no quieren hacer los plantas (médicos especialistas)”*. Rosa E - 7
- *“El trabajo duro y las falencias del sistema de salud recaen sobre el residente, sería excelente que podamos cumplir con las expectativas y formación a la que se quiere llegar.”* Paula E - 14
- *“Desde lo asistencial, el residente se lleva toda la carga laboral”*. José Luis E - 3

Esta minoría entrevistada, 43.7% de los residentes (un dato no menor), de cierta forma deja en evidencia que en la práctica diaria se va desvirtuando el fin formativo del régimen, realizando los residentes labores tanto asistenciales como administrativas no correspondientes, los cuales los especialistas las delegan completamente en ellos, sin importar que se encuentren en estado de formación.

Al respecto, nuestro médico en **jefe del servicio de infectología** entrevistado, alega que *“en nuestro sector, la mitad del plantel requerido me lo han cubierto con residentes y con eso debo sacar adelante el servicio. El planta se paga caro por eso se opta por los residentes que son baratos y no se pueden quejar”*.

Cristian, uno de los **médicos especialistas**, también afirma que para la cobertura de guardias ante ausencias de plantas o médicos de guardia, los sanatorios para ahorrar costos, recurren a la cobertura de estos con médicos residentes, cuya guardia puede ser rentada o no dependiendo la institución, pero generalmente el pago suele ser informal o en “negro”.

Por otro lado, la Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA), cuya postura es a favor de que se considere a esta capacitación como relación laboral, publica en junio de 2017 en su sitio web¹⁸ proponiendo que *“el empleador no siga estableciendo una manera cínica de propender a la capacitación argumentando su necesidad y dejando a los profesionales especializados fuera del modelo. Proponemos que los médicos de reciente*

¹⁸ <http://sindicatomedico.org.ar/la-postura-de-amra-en-relacion-a-los-residentes/>



graduación que califiquen para el ingreso a una residencia pasen a ser personal escalafonado por parte del empleador, con una reglamentación para la capacitación por un período determinado y que luego, automáticamente, pasen a trabajar dentro del modelo, hecho que beneficiaría a las partes”.

Este proceder de algunos sanatorios privados que, para abaratar los costos de contratación de personal en relación de dependencia, podría ocultar una evidente situación laboral la cual la desconocen, tratando de encubrirse bajo la Ley de Residencias Médicas. Esto deja en evidencia al fraude establecido en el art.14 de la Ley de Contrato de Trabajo: *“será nulo todo contrato por el cual las partes hayan procedido con simulación o fraude a la ley laboral, sea aparentando normas contractuales no laborales, interposición de personas o de cualquier otro medio. En tal caso, la relación quedará regida por esta ley”.*

Es decir, según fundamenta Gatti Angel Eduardo (2000, pág. 28), en sentido general, estaríamos ante un engaño o abuso de confianza, destinado a evadir la ley y correlativamente las responsabilidades imputadas a ciertas relaciones jurídicas. No es propiamente un actuar contra la ley, sino aprovechar de esta, pero con sentido desviado de su verdadera finalidad.

Podemos afirmar que en la relación médico residente y la institución médica, fueron emergiendo en el discurso de los entrevistados este tipo de situaciones de abuso que esta investigación solamente se limita a describir. Este tipo de hechos (prolongación de jornadas, no implementación del descanso pos guardia, cobertura de ausencia de especialistas con residentes, cobertura de todo el turno noche de un servicio solo por residentes, etc.), deberían denunciarse por la vía correspondiente, debiendo la Justicia Laboral resolver caso por caso si se ha cometido fraude o no.

Este trabajo de campo solo se limita a identificar el marco legal de residente médico en la legislación laboral argentina, como así también su calidad de vida durante la misma.



7.2. Capacitación recibida por el sanatorio

La Resolución n°1993/2015, en su artículo 7, considera a la residencia como *un modelo formativo que implica la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de acuerdo con la autonomía y responsabilidad que va adquiriendo el residente, de acuerdo con los objetivos fijados en el programa de aprendizaje*. Es decir, la supervisión será directa sobre todos los actos en el primer año y evolucionará a supervisión indirecta en años superiores de acuerdo con el grado de competencias adquirido. Considera además que la supervisión, en todos los niveles de formación, se encontrará a cargo de los docentes, tutores, profesionales de planta y/o instructores.

Al consultar a los entrevistados sobre la conformidad por la capacitación recibida en sus sanatorios, un 56.3% (9 residentes) respondieron estar en plena conformidad con la misma:

- *“Siempre estamos acompañados por los residentes mayores, R3 y R4 (residentes de 3er y 4to año), y los médicos de planta. Cuando se presentan casos complejos les consultamos a ellos”* Laine E - 5
- *“La capacitación es correcta. Hasta el momento me ha servido mucho lo aprendido, tenemos buenos residentes superiores y plantas (médicos) que ayudan mucho a nuestro aprendizaje”*. Liz E - 11
- *“Me brinda herramientas necesarias para manejar situaciones prevalentes y en el caso de no tener la seguridad sobre el manejo de la situación, siempre cuento con alguien a quien consultar.”* Victoria E – 9

Cristian, médico especialista consultado, expresa también su conformidad respecto al nivel de capacitación que otorga una residencia, alegando además que en su experiencia personal, también se formó en un hospital privado y la capacitación obtenida fue adecuada y con las instalaciones necesarias.

El jefe de Infectología (Alejandro) en cambio, alega: *Los sanatorios privados capacitan adecuadamente, con programas de formación, instalaciones adecuadas y médicos de planta experimentados.*



Pero por otra parte también nos dice sobre la misma que *"las condiciones de trabajo a veces no suelen ser las adecuadas"*.

Volviendo a los residentes consultados, un 43.7% (7 residentes) respondieron estar en disconformidad con la misma:

- *"El trabajo es excesivo, la formación académica es escasa porque se solapa con la cantidad de trabajo práctico diario, y así no nos podemos formar adecuadamente."* Paula E - 14
- *"Si bien uno aprende bastante con esta modalidad práctica, van surgiendo problemas día a día que uno desconoce. Actualmente no me siento del todo capacitado ante los requerimientos diarios."* José E - 2
- *"Dudamos en los casos que nunca tratamos, más que nada en los primeros años. Siempre se necesita otra persona capacitada para orientarte y no siempre está."* Gustavo E - 4

Como podemos observar, las repuestas en su mayoría fueron positivas con respecto a la capacitación recibida, pero aun así, una minoría de los mismos indica estar en disconformidad con esta capacitación de posgrado llamada residencia.

En sus comentarios se puede identificar, que si bien en la residencia el aprendizaje es bueno, también existe el trabajo en exceso que debe realizar el médico residente, la ausencia de tutores en determinados momentos y la formación académica no siempre es la más adecuada.

Juan Pablo (médico especialista consultado) nos refiere sobre este punto que si bien, *las residencias médicas en la República Argentina tienen organismos de acreditación, pero no así de auditoría, función que debería ejercer en forma continua el Ministerio de Salud de la Nación articulado con el ministerio de Salud de las Provincias.*

El mismo sugiere sobre esta problemática que sería necesario efectivizar una auditoría desde las entidades reguladoras para que esto se cumpla y genere resultados homogéneos entre los diferentes sistemas de residencias.

Resalta que de alguna forma los distintos exámenes teóricos en las residencias son indicador en parte del cumplimiento de los programas y de los conocimientos que deben incorporar los residentes, pero destaca que no hay un control sobre el cumplimiento condiciones de trabajo.



Entonces, sobre el nivel de capacitación recibido, salvo algunas de las cuestiones a mejorar previamente mencionadas de una minoría, hay una gran conformidad con el aprendizaje y experiencia ofrecidos por la residencia médica, una de las vías de acceso a la especialidad.

Respecto a la disconformidad surgida en base a la carga de trabajo excesiva y falta de acompañamiento por parte de los tutores, sería bueno tal como lo menciona Juan Pablo, médico especialista, que el Ministerio de Salud de la Nación utilice con más frecuencia sus mecanismos de auditoría para verificar lo que realmente sucede en la práctica diaria entre los residentes médicos y sus centros de formación.

7.3. Tareas y responsabilidad en comparación con los médicos especialistas

Por lo que venimos describiendo, los residentes desarrollan sus labores con gran responsabilidad en el resultado de sus tareas, la dedicación es full-time, desempeñándose en todas las áreas de los sanatorios, deben poseer responsabilidades crecientes a medida que avanzan en el posgrado, perciben una retribución, y cumplen también con la realización de las guardias.

Para entender un poco mejor y desde el campo práctico las tareas y responsabilidades de los médicos residentes, se indaga a varios estamentos de la residencia al respecto (jefe de servicio, especialista, residente) tomando como referencia y punto de comparación las tareas y responsabilidades de los médicos especialistas.

Alejandro, jefe de servicio de Infectología, al ser consultado nos argumenta: *“Las tareas que deberían realizar son el pase de guardia, recorrida, asistir a clases teóricas dentro del sanatorio, siendo diferentes la carga horaria y las tareas a un médico de planta. En la realidad, el residente se lleva gran parte de la carga operativa que debe realizarlo el médico de planta, todo esto con complicidad del sanatorio”*.

Por otro lado Juan Pablo, especialista entrevistado alega: *“los residentes no deberían tener pacientes a cargo, lo que hacen es acompañar al médico a cargo en la asistencia al mismo, logrando con el paso de los años de residencia las competencias necesarias para poder*



lograr desarrollar al final el plan asistencial de un paciente. Es decir todas las actividades que realiza un residente; examen físico, indicaciones médicas, asistencia de intervenciones quirúrgicas deben estar tutorizadas por un médico asistente”.

Siguiendo ahora con nuestros entrevistados residentes sobre si las tareas y responsabilidades que tienen dentro de los sanatorios se equiparan a las de los colegas médicos especialistas, un 68,7% (11 entrevistados) de los residentes alega no existir diferencia alguna:

- *“Realizamos tareas similares. Realizamos en mayor medida labores que el médico no hace sino que las supervisa solamente. Durante la guardia nocturna, que generalmente solemos estar solos, debemos tomar todas las decisiones con respecto a los diagnósticos de los pacientes y su medicación.”* Carlos E - 1
- *“Hago papeles que no hacen los plantas, camilleo, interno pacientes ellos indican internarlos, pero yo les hago las historias clínicas, la sala es mía ellos no conocen a sus pacientes. Lavo sus platos. Ellos ganan más, se van a dormir a su casa después de las guardias, yo trabajo 12 horas más que ellos. Y obvio que yo a la noche no duermo ellos sí.”* Estefanía E – 13
- *“Todos realizamos las mismas tareas, y entre los residentes si tenemos la misma responsabilidad, no así los jefes de servicio o médicos de planta que muchas veces no realizan sus funciones y tenemos nosotros que responder por eso.”* Paula E - 14
- *“Cumplimos las mismas tareas, estando subordinados a los mismos. Somos sus escoltas e instrumentos.”* José E - 2
- *“¡La responsabilidad es la misma con el médico de planta! El trabajo realmente lo hace el residente. Recibe los ingresos, pide los estudios, diagnostica, llama al especialista, etc.”* José Luis E - 3
- *“Nosotros somos quien hace el trabajo y el papeleo (confección de historias clínicas). Pero el médico es el que decide y el residente debe hacer las cosas.”* Gustavo E - 4
- *“Tiene las mismas responsabilidades que cualquier otro par médico. No existe una diferencia marcada. Solo se podría resaltar la cantidad de guardias que debe cumplir uno y otro.”* Marianela E - 8



- “Los médicos de planta en general sólo hacen un pase donde se deciden las conductas del día, no hacen procedimientos, ni otras tareas.” Julieta E - 15

Como se puede evidenciar nuevamente, en los distintos comentarios de los entrevistados, existe un gran descontento sobre la forma en que los sanatorios privados utilizan a la residencia en la práctica.

Lo referido por los otros dos estamentos de la residencia (jefe y especialista médico), al contraponerlo con los discursos de los residentes entrevistados, se puede ver que existe una distorsión sobre el uso de la residencia y el fin formativo. Excluyendo el expertise y el título que diferencia a los especialistas de los residentes, en la práctica diaria las tareas de ambos parecen ser prácticamente las mismas, e incluso la mayor carga de estas la llevan los residentes, siendo los sanatorios cómplices de esta situación.

Al respecto la Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA), **en una opinión interesada**, publica en su sitio web alegando que *una capacitación formal institucionalizada desde el Estado debería contemplar al profesional médico con una incorporación escalafonada con el tiempo determinado a su capacitación, para que sea justa la forma de ingreso. Hoy, los residentes terminan su especialización con una beca y son expulsados del sistema de salud. Lo que significa, una vez que finaliza la residencia deberán retirarse del sanatorio que los formó sin reconocimiento laboral alguno, salvo un diploma que indica que son idóneos en una especialidad.*

Cabe destacar en esta última opinión, que si bien el gremio de AMRA lucha por querer incorporar a los residentes en su ámbito de representación y que a su vez tengan mejores condiciones de contratación, la “expulsión de los mismos del sistema de salud” resulta no del todo fundamentada, ya que es la lógica por la finalización del contrato de la residencia, cuyo plazo es estipulado de antemano en base a la residencia elegida (básica o pos básica).

Tal como se mencionó en capítulos anteriores, la institución de salud le debe hacer entrega al galeno al momento de su ingreso, tanto el contrato de residencia como así también el programa de la misma, en donde claramente se detalla la residencia como un modelo formativo remunerado, acotado en el tiempo, con objetivos educativos anuales que deberán



ser cumplidos conforme lo establecido por la Ley de Residencias n° 22127 como así también la Resolución 1993/2015.

Sobre este punto, también hay que tener en cuenta el valor agregado que la residencia otorga a las instituciones médicas demostrado previamente, en donde uno de los beneficios de la misma es lograr formar un semillero de futuros profesionales que nutren a la institución.

Si bien el reclamo del gremio de AMRA puja hacia sus propios intereses, el mismo es citado en esta investigación para observar otro punto de vista sobre la residencia, donde los distintos gremios de médicos consideran necesario representar a este colectivo de galenos sin representación alguna y con escaso margen de defensa de sus derechos en los centros de formación.

A modo de síntesis del actual capítulo, podemos determinar que actualmente los sanatorios privados se encuentran inmersos en un contexto altamente competitivo, por lo que se requiere que las prestaciones de servicios se realicen de forma altamente eficiente. Los costos operativos tienen mucha importancia en la agenda de los mismos, por lo que a veces la cuestionable práctica de reemplazar al médico en relación de dependencia con otro residente significa el ahorro de gran parte de sus costos en recursos humanos. Este modus operandi evidenciaría un claro usufructo y abuso en la utilización de la residencia médica, ya que parte de su valor agregado estaría reflejado en el ahorro de horas hombre que deberían pagar las instituciones de salud privadas, ya sean hospitales, sanatorios o clínicas.

Teniendo en cuenta que el residente médico carece del derecho colectivo a negociar mejoras y reclamar por sus derechos debido a su marco jurídico, para evitar estas situaciones de mal uso de este régimen formativo, el ente regulador, en este caso el Ministerio de Salud, debería tener mayor presencia y control en los lugares a los que les acredita el programa de residencia médica y evaluar no solo el cumplimiento del programa a través de exámenes, sino también las condiciones de labor que establece la normativa regulatoria de la residencia médica.

Ahora si realmente queremos examinar el aporte de la residencia tanto a los residentes como a los sanatorios privados de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires, por un lado estaría brindando una forma sólida de instrucción a graduados recientes en carreras de medicina que desean acceder a una especialización por esta vía.



Por el otro, en lo que respecta a las instituciones de salud, dejando de lado el ahorro de costos por el mal uso del residente médico, se podría afirmar que incrementa el nivel académico y asistencial, da prestigio al sanatorio y genera un semillero de futuros especialistas, docentes y líderes dentro de la institución, ahorrando así el costo de salir a reclutar dichos perfiles especialistas en el mercado laboral, cuando estos profesionales requeridos podrían formarse dentro de la institución y acorde a sus necesidades y valores.

En lo que respecta a la capacitación recibida por el sanatorio, un gran porcentaje está de acuerdo tanto con el nivel teórico brindado como con la experiencia obtenida de sus centros de formación.

En base a esto podemos afirmar que el régimen de residencias determinado por la Ley 22127, si bien tiene algunos aspectos pasibles a mejora, en sí es una excelente vía formativa.

Pero por otro lado en varios de los discursos se evidencia una disconformidad, haciendo comentarios negativos sobre: la carga de trabajo excesiva, la ausencia de tutores en momentos importantes y la no existencia en la práctica de una diferencia real sobre las tareas y responsabilidades entre residente y especialista.

Cabe destacar que esta diferencia en cuestión si existe en el expertise de cada perfil (especialista – practicante) y en los derechos que otorga cada legislación regulatoria, la cual consideran a unos “empleados bajo relación de dependencia” y a otros como simples becarios.

Dicho esto, se puede observar que si bien el régimen formador es una buena instancia formativa, en la práctica, la implementación que le dan los sanatorios privados desvirtúa su verdadero fin.

En concordancia con uno de nuestros especialistas consultados, considero que el organismo de contralor debería tener más presencia en los centros de formación, y los casos de mal uso y/o abuso de la residencia médica, el Ministerio de Salud debería de cierta forma instruir al residente (ya sea estipulado en el reglamento de residencia o por propaganda oficial) de su posibilidad de denunciar ya sea en la propia entidad, o si el caso lo amerita en la Justicia Laboral.



8. CAPITULO VIII: Calidad de vida del residente

8.1. Horas de descanso.

Según un estudio sobre la calidad de vida de los residentes elaborado por Prieto Miranda (2009, pág. 170) en la ciudad de Jalisco, México, durante el desarrollo de las residencias médicas se han encontrado niveles de estrés superiores a los de la población en general, los factores comúnmente asociados a esto son sobrecarga de trabajo, privación de sueño, quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia los residentes, conocimientos médicos insuficientes, ambientes académicos poco estimulantes, un alto grado de competitividad por parte de los propios compañeros e incertidumbre respecto al futuro profesional así como aspectos socioculturales y financieros. Si sólo tomáramos en cuenta la falta de sueño esta se encuentra asociada a una predisposición de cometer más errores, lesiones, abuso de alcohol o drogas y en el peor de los escenarios han ocurrido suicidios por parte de los residentes. Todo esto lo encontramos de manera más marcada dentro del primer año de los cursos que se refleja en lo que se conoce como 'la historia natural del primer año de residencia' y que se caracteriza por excitación inicial (un mes), inseguridad (dos meses), depresión (un mes), aburrimiento (dos meses) y por último euforia, confianza y capacidad profesional. Todos estos factores también pueden llevar a los médicos residentes a presentar un estado de agotamiento o *burnout*, el cual se le considera como una entidad moderna, derivada de la exposición crónica de manera gradual y continuada al estrés, siendo los profesionales de la salud la población más vulnerable a desarrollarlo.

Cristian, médico especialista entrevistado, respecto al descanso alega que “*el sistema de residencia tal cual está planteado hoy día afecta mucho la calidad de vida de los residentes, se trabajan muchas horas, los descansos son escasos y los tiempos de ocio prácticamente nulos*”.



El 69 % de los entrevistados (11 residentes) alegan no tener las horas de descanso suficientes para tener un descanso adecuado, y algunos de sus comentarios son:

- *“Duermo 4-5 horas por día. Cuando no tengo guardia por que llego del sanatorio tengo tarea para hacer, las historias clínicas.”* Estefanía E – 13.
- *“¡Son pocas las horas de descanso, teniendo en cuenta las guardias mensuales, sin dejar de lado el estudio y teniendo en cuenta que también uno debe hacer actividades necesarias de la vida cotidiano como quehaceres domésticos, compras, trámites, etc.!”* José E - 2
- *“Los días de guardia prácticamente no se descansa nada. Además, uno que tiene familia, queda en deuda también con ellos que quieren pasar el tiempo con vos.”* Rosa E - 7

Abraham H. Maslow (1943) postuló que cada individuo tiene unas necesidades jerárquicas - fisiológicas, afectivas, de autorrealización, que deben quedar satisfechas e integrar al ser. Cada nivel jerárquico domina en cada momento de consecución, y las necesidades inferiores en la jerarquía (comida, descanso, refugio o afecto), en caso de no quedar cubiertas, impiden que el individuo exprese o desee necesidades de tipo superior. Cualquier motivo que afecta a un sistema, afecta a toda la persona. Siguiendo con Maslow, el sueño es una necesidad básica del ser humano. Es un proceso universal común a todas las personas.

Como podemos observar en la actual investigación, el descanso no es el suficiente entre jornada y jornada de trabajo, por más que la Resolución 1993/2015 del Ministerio de Salud establezca un descanso post guardia de mínimo 6 horas de cumplimiento efectivo fuera de la sede, en la práctica nada de esto se respeta por los sanatorios privados. Comentarios como:

- *“Los días de guardia no tenemos descanso. No existe la post guardia. No se descansa bien y esto lleva cometer errores.”* Laine E - 5
- *“La carga horaria es agotadora, pero uno se acostumbra a la larga”.* Victoria E - 9

El residente médico no tiene mejor opción que adaptarse a esta realidad que le toca y anhelar la hora de terminar su residencia para así poder obtener su título de especialista.



Por otra parte, según resalta Deschamps y otros (2011, pág. 230) sobre la *"influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras"*, las personas con jornadas extenuantes normalmente padecen privación del sueño ocasionando deterioro en el rendimiento laboral, deterioro del aprendizaje y concentración, provocando trastornos del carácter e incrementando las probabilidades de error. Según los autores, en Argentina los médicos en proceso de especialización durante el día de guardia o turno nocturno duermen entre una y cinco horas, conllevando a la aparición de altos niveles de cansancio emocional y despersonalización y baja realización personal. Esto en la actual investigación, lo podemos ver reflejado en comentarios como:

- *"Después de las guardias uno es un zombi y no le puede dedicar tiempo a la familia ya que lo único en que piensa es en dormir. Al principio es muy difícil, pero luego uno se acostumbra a dormir 4 hs."*Gustavo E - 4

Según determina Alejandro Melamed (2005, pág. 73), la presencia de stress queda explícitamente contemplada, dando cuenta con esto que no sólo se lo reconoce como parte del escenario, sino que se lo incluye como elemento constitutivo de éste, naturalizando y legitimando su presencia por lo cual queda invisibilizado su origen organizacional, y como consecuencia fuera de cualquier posibilidad crítica. Queda incluido como uno de los tantos factores que la persona deberá resolver individualmente sin perjudicar su performance. De tal modo que la responsabilidad por resultados es individual aún en situaciones que están por completo fuera de su esfera de acción e influencia como lo son los escenarios generadores de stress.

Al ser generalizada y socialmente aceptada esta alta carga de exigencia y stress en las residencias, los médicos, se someten a este tipo de contratación sin presentar reclamos u objeciones en su mayoría para lograr algún cambio significativo en la misma.

Los sanatorios para ahorrar el costo de las horas hombre de los médicos de planta, tal como se mencionó en capítulos previos, optan por cubrir los faltantes en las guardias y turnos noches solo con residentes, que a veces ni siquiera con paga adicional por dicha cobertura. Comentarios como:



- *¡Nosotros ponemos el alma en el sanatorio día y noche!* Justina – E 10

Puede llegar a evidenciar que los residentes terminan pagando gran parte del costo de las falencias del sistema de salud en cuerpo y alma, tanto en las extensivas jornadas de labor como así también en su baja retribución que su legislación regulatoria determina.

8.2. Tiempo dedicado a los exámenes teóricos.

Según la antes mencionada Resolución 1993/2015 del Ministerio de Salud, en su artículo número 32, está pautado que para promover al año superior, el residente indefectiblemente deberá cumplir con el 75% de presentismo en las actividades asistenciales y académicas; como así también, con el mínimo de las prácticas a realizar de acuerdo con los estándares de la especialidad, las evaluaciones permanentes y una evaluación anual integradora desarrollada en concordancia con la propuesta formativa.

Como si no fuera suficiente con la enorme carga horaria que realizan en los sanatorios, los residentes, también deberán dedicar el poco tiempo libre que poseen al estudio de los exámenes que deberán rendir para aprobar los años de residencia.

Alejandro, jefe de infectología nos dice que *“el estudio se lleva la mayor parte del trabajo, actualizarse con poco tiempo para el ocio, la calidad de vida que se llevan no es la más óptima”*.

Al ser indagados sobre este ítem, un 75 % de nuestros entrevistados (12 residentes) contestaron que la dedicación a los mismos debe ser contante ya sea dentro y fuera del ámbito de trabajo.

- *“Estudio dentro del sanatorio y también trato de estudiar cuando llego de trabajar los días que el cuerpo me da. Es inhumano después de 36 hs de guardia corrida poder concentrarse en el estudio”* José Luis E - 3



- *"Para la preparación de los exámenes, uno estudia el fin de semana cuando tiene tiempo. También se puede estudiar durante la residencia, ya que no todo el tiempo es trabajo."* Carlos E - 1
- *"Uno estudia donde puede, los días que no tiene guardia durante el viaje y en la casa y los de guardia en el sanatorio."* Gustavo E -4
- *"La preparación es constante, todos los días de la jornada laboral uno le dedica un tiempo a los apuntes."* Victoria E - 9
- *Rindo 3 exámenes al año, la preparación sólo es lo que charlamos en la práctica; ¡de lectura poco y nada!"* Paula E - 14

Al ser un posgrado implica que el médico residente no sólo realice guardias a modo de práctica, sino que también debe asistir a clases, ateneos y seminarios, leer los libros y realizar trabajos prácticos que se les encarga. Gran parte de estos, a pesar del poco tiempo que poseen libre durante la semana, en parte se lo deben dedicar al estudio. Estos también se las ingenian para poder estudiar dentro de los sanatorios en horarios que se capacitan.

No resulta descabellado que estos galenos en plena formación se quejen de sufrir exigencias excesivas de la residencia médica, de tener que estar a disposición total de sus sanatorios y de pagar costos en sus vidas personales mucho más altos de los esperados.

8.3. Tiempo dedicado a actividades de ocio.

Los seres humanos, en tanto entidades complejas e integradas, tenemos un cúmulo de necesidades que responden a nuestros diversos niveles de existencia: física, fisiológica, mental, espiritual y social.

El ocio como tiempo libre o descanso de las ocupaciones habituales, es sano y necesario, permite pensar, descansar, desarrollar la creatividad y aptitudes artísticas. Este goce del tiempo libre es propio de los humanos ya que máquinas y robots no lo necesitan, solo requieren mantenimiento.

El Work Life Balance, es una expresión relativamente joven que se refiere al logro de una adecuada estrategia de conciliación entre la vida laboral y la vida familiar o personal.



En el plano internacional se utiliza la denominación "Work Life Balance" para identificar el conjunto de preocupaciones, estrategias y políticas de gestión desarrolladas por empresas e instituciones en general para lograr y mantener la productividad a largo plazo, trabajando con sus empleados para controlar las cargas laborales de forma tal que no dañen el bienestar personal y familiar.

Alejandro Melamed (2012, pág. 328) hace referencia a este vocablo aduciendo que la vida es una sola; por lo que debemos hablar de un balance integral que contemple al trabajo como parte de nuestra vida, no como algo ajena a ella. En este sentido, las empresas tienen un gran margen de maniobra respecto a la implementación de políticas o estrategias que contemplen este precepto.

Analizándolo desde el lado legal-laboral, un ejemplo de esto en la legislación argentina es el art. 201 de la LC.T., que establece un recargo del 50% y 100%, respectivamente sobre el salario habitual del trabajador (no se aplicaría a menos que exista legislación complementaria en actividades que así lo requieran), en donde avala la existencia de una protección adicional a la hora de realizar horas extras en fines de semana y en horario nocturno frente a otras horas suplementarias que no están relacionadas estrictamente con el descanso.

Dicha protección se refiere al goce del ocio en ciertas ocasiones solamente determinadas (sábados, domingos y feriados). En efecto, para una persona no es igual tener un descanso en día miércoles o jueves que disfrutar de él fines de semana, porque ésta última es una oportunidad sensiblemente mejor de compartir el ocio con familiares y amigos, asistir a espectáculos y esparcimientos públicos y, en general hacer un uso más fructífero del tiempo libre.

Al indagar a nuestros entrevistados sobre esta temática, un 50% (8 residentes) nos contestó que esporádicamente se las ingenian para hacerse un tiempo para realizar las actividades que le gustan:

- *"Solamente los fines de semana cuando tengo tiempo y no trabajo el sábado."* Carlos E - 1
- *"Trato de hacer actividades que me gustan regularmente, dependiendo el día si tengo que realizar guardia o no."* Betiana E - 12
- *"Hago deportes los fines de semana en horarios que no tengan que ver con el sanatorio."* José E - 2



Por otro lado, un dato llamativo es lo que nos contestó un 38% (6 residentes) de nuestros entrevistados, en donde prácticamente no existe un Work Life Balance en sus vidas durante el desarrollo de la residencia:

- *“¡No llego (a tener tiempo para actividades de ocio), porque nunca tengo horarios para poder hacer otra actividad!”*Paula E - 14
- *“Tengo muy poco tiempo y trato de ver series y descansar. Uno se acostumbra a este ritmo de vida con poco tiempo libre.”* José Luis E - 3
- *“No hay tiempo para nada. Solo nos toca un domingo al mes que pueda hacer cosas en casa. Es dedicación full time al sanatorio.”*Laine E - 5
- *“Cuando no hay guardias. La familia también es demandante y no queda nada para hacer lo que me gusta.”*James E - 6
- *“No, apenas tengo tiempo para llegar y cocinar algo para mi familia. Es el sacrificio que uno hace para llegar a su meta.”*Rosa E - 7
- *“Con la exigencia de esta residencia, solo me da un respiro para dormir.”*Justina E - 10

Estas últimas respuestas son más que esperadas ya que la mayoría de los residentes de esta investigación presentan jornadas prolongadas de trabajo que no permiten el espacio suficiente para realizar actividades de esparcimiento y ocio.

En nuestro caso, me atrevo a decir, que los sanatorios en primer lugar deberán cumplir con los descansos obligatorios establecidos en la legislación vigente, ya de por sí con una carga horaria extensa, y posteriormente implementar políticas que contemplen el balance entre el trabajo y la vida personal del residente.

Como otra medida paliativa para combatir estos altos niveles de estrés, se podría evaluar la puesta en marcha de programas de bienestar por parte del departamento de Recursos Humanos. Programas que incluyan como por ejemplo: talleres para el manejo eficaz del estrés, clases de yoga durante la jornada, gimnasios, jornadas de masajes en el trabajo, etc. El departamento de Recursos Humanos debe intentar empatizar y comprender esta problemática del residente médico a fin de encontrar una solución, aunque sea paliativa a esta situación en particular.



Las consecuencias de la falta de conciliación entre la vida y el trabajo no es algo que pueda interpretarse solamente desde posturas éticas o que competan a la esfera privada de cada residente: sus efectos son concretos e identificables para los propios sanatorios y para la sociedad en su conjunto, que es la destinataria final del servicio médico brindado. Esta última es la demandante en primera instancia de calidad de atención, expertise médico y empatía. Ejemplo de esto es el sujeto que presenta una situación de enfermedad y es atendido dentro de un sanatorio pretendiendo un diagnóstico certero y eficaz sin importar si es atendido por un profesional médico o un residente.

El balance entre trabajo y vida personal debería considerarse por los sanatorios como un nuevo paradigma de gestión que promueve abandonar la actual cultura alienante hacia el médico residente y promover el desarrollo de una residencia más flexible. Los sanatorios deberán entender que los residentes deben conjugar armoniosamente su vida personal y profesional para lograr una mayor motivación y un mejor desempeño. Las instituciones podrán obtener como beneficios una mayor atracción del talento y por último un aumento en su imagen positiva en el mercado.

Concluyendo, si pretendemos identificar la calidad de vida del residente durante la vigencia de la misma, tomando en cuenta, el tiempo que se le dedica a la capacitación propiamente dicha, las horas que poseen de descanso, el tiempo dedicado a los exámenes y por último el tiempo que poseen para ocio y recreación, según las entrevistas realizadas, si bien hay un alta satisfacción sobre la capacitación profesional recibida, hay también una baja conformidad sobre la calidad de vida que llevan durante la residencia médica. Todo esto se ve reflejado en los comentarios sobre las largas y agobiantes jornadas de trabajo, la falta de descanso necesario, el poco tiempo libre que poseen para la dedicación a los exámenes teóricos y por último la escasez de tiempo físico para la realización de actividades que consideran recreativas. Existe de esta manera una gran brecha en derechos y beneficios entre el médico residente y su par médico especialista, teniendo en cuenta que ambos están expuestos a las exigencias del mismo sistema de salud, el primero goza de la total protección de las leyes laborales a diferencia del segundo, cuyas leyes regulatorias reconocen a la residencia como capacitación y no como un trabajo.



9. CAPITULO IX: Conclusiones

Para dar una respuesta al encuadramiento del residente médico de los sanatorios privados de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires, en la legislación nacional durante la residencia, debemos aclarar que el fin de la residencia médica según el marco de su legislación regulatoria, la Ley 22.127 y la Resolución 1993/2015 ambas de alcance nacional, es una **formación integral de postgrado**, para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud, considerando a la misma como un modelo formativo remunerado, acotado en el tiempo, con objetivos educativos anuales que deberán ser cumplidos conforme lo establecido y de acuerdo a la modalidad prevista para cada ciclo de capacitación. Es decir es un régimen formativo remunerado cuyo fin específico es el acceso a la especialidad a través de la experiencia obtenida en los centros de formación.

Este régimen posee su propia normativa y considera al residente como un becario con ciertas condiciones y derechos lógicamente requeridos para la correcta organización de una actividad médica asistencial.

Respecto a las **condiciones de trabajo**, el residente médico según la Resolución 1993/15, es sujeto de derecho y deberá transitar en forma adecuada este proceso de formación.

Sobre este punto, en comparación al resto de los países de Latinoamérica, la residencia argentina tiene una posición adecuada, ofreciendo bajo este régimen formativo ciertos derechos básicos como los son, la remuneración, carga horaria delimitada por Ley, obra social, seguro de riesgo de trabajo, acceso a la seguridad social, etc.

Desde los argumentos de los entrevistados hubo críticas a dos cuestiones en particular a este régimen que pueden ser pasibles de mejora:

La *carga horaria*, donde estos galenos en formación realizan como base un total de 57 hs semanales, todo esto sin contar las horas adicionales diarias que deben permanecer en sus puestos dependiendo de la cantidad de pacientes que haya que atender en el día, destinando tiempo de su vida personal por el cual no se les abona recargo alguno en concepto de horas extras. Este es uno de los puntos del sistema de residencias médicas que se debería analizar ya que esta jornada horaria extenuante y agotadora de 57 hs excedía a cualquier estándar sugerido por los organismos internacionales.



Sobre esta problemática hay que tener en cuenta que en la práctica diaria, según los testimonios de los entrevistados, el descanso posterior a las guardias de 6 horas efectivas que establece la legislación, parecería no estar cumpliéndose. Pero esto ya no depende del régimen de residencias ni de lo que establece su marco jurídico, sino pura y exclusivamente de la forma en cómo llevan a cabo esta capacitación de posgrado los sanatorios privados.

Está claro que este descanso pos guardia debería implementarse de forma urgente por parte de los sanatorios, y al no poseer los residentes derechos colectivos para poder organizarse y velar por el cumplimiento de sus reglamentos, el Ministerio de Salud debería establecer algún mecanismo de denuncia anónima para delatar estos malos usos de la residencia sin exponer al médico denunciante, evitando de esta forma represalias por parte del centro formador.

La *remuneración* es la otra de las cuestiones pasibles de mejora, donde la gran mayoría de los entrevistados hizo notar su disconformidad respecto a la misma.

Debido a su bajo valor, esto impacta de lleno en la economía y la calidad de vida del residente, obligando a parte de estos a complementar el régimen formativo con otros trabajos remunerados en el poco tiempo que poseen libre. Este sería el otro punto que debe analizarse a nivel régimen por parte del ente regulador.

Por otra parte los departamentos de RRHH de los centros formadores, deben tener en cuenta la cantidad de años a cursar de la residencia (mínimo 4 años), el impacto que tiene en la economía del residente, y lo inequitativo que resulta el sueldo en comparación a su propio personal médico (especialista). Estos centros de formación deberán considerar la disposición y el aporte que brindan los residentes en las tareas diarias de la institución y tratar de mejorar de cierta forma el valor de su remuneración.

Al examinar **el aporte de este régimen formativo**, por la parte de los residentes, estaría brindando una forma sólida de instrucción requerida por una especialidad determinada, estando expuestos a variadas situaciones asistenciales diarias, rotaciones entre los distintos servicios, formación continua y responsabilidad creciente a medida que avanzan en la residencia. La opinión sobre la capacitación recibida por el centro formador fue positiva por la gran mayoría de los entrevistados.



Por el lado de los centros médicos, al convertirse estos en institución escuela, se podría afirmar que de cierta forma la residencia incrementa el nivel académico y asistencial, da prestigio al sanatorio y genera un semillero de futuros especialistas, docentes y líderes dentro de la institución, ahorrando así el costo de salir a reclutar dichos perfiles especialistas en el mercado laboral.

Pero no debemos olvidarnos de otra cuestionable práctica que genera valor agregado a los sanatorios privados, el mal uso y/o abuso a la figura del residente. El hecho de reemplazar al médico en relación de dependencia con otro residente, tal como fue emergiendo en los discursos de los entrevistados, significa el ahorro de gran parte de costos en recursos humanos que los centros formadores deciden no pagarle a su propio personal.

Para evitar estas situaciones, el ente regulador debería tener más presencia en los sanatorios y controlar que se cumplan todos los puntos establecidos en los reglamentos de residencias, tanto el nivel de formación adquirido como así también las condiciones laborales a las que se encuentran expuestos los residentes en sus lugares de capacitación.

Por último, si bien hay una alta satisfacción sobre la capacitación profesional recibida, hay también una baja conformidad sobre la **calidad de vida** que se lleva durante la residencia médica. El valor inadecuado de la remuneración que impacta en su economía, la extensa jornada de labor a la que están expuestos, las pocas horas que poseen de descanso, sumado el tiempo dedicado a los exámenes teóricos, y el escaso tiempo que les queda para el ocio y/o de pasar el tiempo con sus seres queridos, condicionan al médico residente generándole grandes niveles de estrés, falta de sueño, de concentración y posible deterioro en su rendimiento asistencial, según los testimonios.

Existe de esta manera una gran brecha en derechos y beneficios entre el médico residente y su par médico especialista, en donde este último goza de la total protección de las leyes laborales a diferencia del residente, cuyas leyes regulatorias reconocen a la residencia como un régimen formativo, pese a estar expuestos ambos perfiles a las mismas exigencias y situaciones del sistema de salud en las instituciones privadas.

El departamento de RRHH de cada sanatorio respecto a este punto debería ejercer un rol fundamental. El mismo primeramente debe hacer cumplir lo establecido en la Ley, y posteriormente para apaliar esta la situación, podría aplicar políticas de reducción de la



jornada, mejora de remuneración, menor cantidad de guardias mensuales (tal como se vio en el plan de formación de uno de los sanatorios), entre otras cuestiones, entendiendo que los residentes deben conjugar armoniosamente su vida personal y profesional para lograr una mayor motivación y un mejor desempeño.

Visto y considerando, pienso que el sistema de residencias médicas actual, tal como lo regula su régimen jurídico, es un buen régimen de formación de médicos especialistas, pero también tiene mucho por mejorar. Me refiero a mejoras a las condiciones generales en que se desempeñan los residentes que aun distan de ser las ideales para alcanzar una capacitación de excelencia. Ejemplo de esto son las mencionadas problemáticas respecto a la jornada de labor, descansos inadecuados y la baja remuneración, planteadas por gran parte de los entrevistados, todo esto siendo mejorable si hay una voluntad política para el cambio en la legislación y paralelamente una voluntad privada por parte de los centros formadores.

Tema aparte, excedentes a esta investigación, son los casos de mal uso y/o abuso de la residencia por parte de sanatorios privados de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires, en donde los mismos deberán denunciarse por la vía judicial correspondiente, debiendo los jueces laborales determinar por cada caso particular una resolución pertinente.

Por último ante la pregunta surgida si *¿puede la residencia médica considerarse una relación laboral?*, por no poseer los medios necesarios y no ser objeto de estudio de esta tesis, se deja planteado el interrogante para un futuro trabajo, el cual podría cristalizarse en una tesis doctoral.



10. CAPITULO X: Limitaciones y alcances de la investigación

Como cualquier objeto de estudio, éste es modificado por la intervención de su investigador. Desde la interpretación de la información recolectada, como así también la mera presencia en las entrevistas, implica que lo "natural" ya no lo es tanto. Este lado subjetivo de la investigación es el que motoriza reconocer la existencia de limitaciones en su alcance, y su identificación permitirá al lector sortear posibles efectos sobre los resultados del trabajo.

Otras limitaciones existentes en la realización de este trabajo de campo, pero esta vez desde la obtención de la información, fue la **muestra no representativa**. La misma no resulta lo suficientemente representativa para extrapolar los resultados a toda la población de los residentes médicos de los sanatorios privados de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires. Esta investigación se ha limitado solamente a entrevistar a una parte de los residentes médicos, y a algunos de los restantes estamentos de la residencia de dos sanatorios privados.



11. BIBLIOGRAFIA

Ambar Deschamps Perdomo, Sahilyn B. Olivares Román, Kelman Luis De la Rosa Zabala, & Barco, Á. A. (2011). *Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras*. Madrid.

Borell Bentz, R. M. (2005). *La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud OPS.

Caubet, A. (2013). *Trabajo y Seguridad Social*. Buenos Aires: La Ley.

CONAREC, C. A. (2015). *Estado actual de las residencias de cardiología: resultados de la 5ª Encuesta Nacional de Residentes*. Mendoza.

Davini, C. (2003). *Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual*. Bs. As. Secretaría de Salud, UBA. Instituto Gino Germani: LAS.

Deal, T., & Kennedy, A. (1985). *Las empresas como sistemas culturales*. Argentina, Uruguay, Chile y Paraguay: Sudamericana.

Delicio, A. N. (2009). *Condiciones laborales de los médicos residentes en la provincia de Mendoza*. Mendoza: Tesis de Maestría de la Universidad Nacional Tres de Febrero.

Fernández Madrid Juan C. (2007). *Tratado Práctico del Derecho del Trabajo*. Bs As: La Ley, tercera edición.

Gatti Angel Eduardo. (2000). *Ley de Contrato de Trabajo. Comentada, anotada, con jurisprudencia*. Bs. As.: B de F.

Gil Ravelo, C. E. (2010). *La Retribucion Justa*. Ciudad Autonoma de Buenos Aires: AV Ediciones.

Grisolia Julio A. (2012). *Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*. Bs. As.: Abeledo Perrot, octava edición.

Grisolia Julio A. (2014). *Ley de Contrato de Trabajo Comentada*. Bs. As.: Estudio, quinta edición.

Heredia, P. A. (2005). *Situación jurídica de los residentes médicos*. Tesis de Maestría de la Universidad Nacional Tres de Febrero.

Hernandez Sampieri, R. (2006). *Metodología de la Investigacion (4ta Edición)*. Mexico: Mc Graw-Hill.

López-Morales A., G.-V. F.-G.-M. (2007). *Síndrome de burnot en residentes con jornadas laborales prolongadas*. *Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social*.

MASLOW, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. Psychological Review.

Melamed, A. (2005). *Dinámica organizacional actual : demandas excesivas y fenómenos de depredación en empresas*. Buenos Aires: Tesis Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires.



Melamed, A. (2012). *Empresas más humanas. Mejores personas, mejores empresas*. Buenos Aires: Planeta.

Ministerio de Salud, d. I. (1999). *Hospital público de autogestión: marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Ministerio de Salud, P. d. (2012). *Residencias del Equipo de Salud*. Buenos Aires: Dirección Nacional del Capital Humano y Seguridad Ocupacional.

Neufeld V. R, N. G. (1985). *Assessing Clinical Competence*. Ney York: Springer Publishing Co.

O.I.T. (1967). *Quincuagésima Primera Reunion*. Ginebra.

OIT. (1990). *Recomendación sobre el trabajo nocturno*. Ginebra.

OIT. (2011). *Reunión tripartita de expertos sobre la ordenación del tiempo de trabajo*. ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

Organización Panamericana de la Salud, O. (2011). *Residencias médicas en América Latina*. Washington: Biblioteca Sede OPS.

Perez van Morlegan, L. (2016). *Recursos Humanos: área clave en la gestión de la empresa*. Buenos Aires: La Ley.

Prieto-Miranda, W. L.-B.-B. (2009). *Medición de la calidad de vida en médicos residentes*. Jalisco, Mexico: Viguera Editores SL.

Revista AMA. (1960). *Revista de la Asociación Médica Argentina* .

Superintendencia de Servicios de Salud. (2010). *Los 40 años del Sistema de Obras Sociales*. Buenos Aires: Ediciones Emede S.A.

Taquini, A. (1960). Experiencia personal en residencias de clínica médica. *Revista de la Asociación Médica Argentina* , 74 (3).

Tobar, F. (2012). *Breve historia de la presentación del servicio de salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Ley.

World Health Organization. (2009). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents.



12. ANEXO

12.1. Programa de residencia en Clínica médica del Sanatorio Itoiz

Residencia de Clínica Médica Sanatorio Profesor Itoiz
Residencia acreditada en la Categoría A por el Ministerio de Salud de la Nación.
Expediente N° xxxx-xxxx-xx-x del registro del Ministerio de Salud de la Nación.



Director Médico: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Director de la Carrera de médico Especialista en Medicina Interna: xxxxxxxxxxxx

Autoridades

Director Médico: Dr. xxxxxxxxxxxx

Subdirector Médico: Dr. xxxxxxxxxxxx.

Jefe del Servicio de Emergencias: Dra. xxxxxxxxxxxx

Jefe del Servicio de Clínica Médica: Dra. xxxxxxxxxxxx

Instructor de Residentes: Dra. xxxxxxxxxxxx.



Mision – Vision - Valores

El Sanatorio Profesor Itoiz fue inaugurado, en Avellaneda, Pcia de Bs. As., en el año 1.937 como Clínica Belgrano, debiendo su actual nombre al Dr. Aníbal Itoiz, reconocido anatómo- patólogo y cirujano a partir del año 1955.

Fue concebida como un establecimiento médico de mediana complejidad, logrando a través del tiempo superar ampliamente los objetivos de su creación, constituyéndose en la actualidad en un centro de alta complejidad de referencia en la zona Sur en que se sitúa.

Cuenta con un Staff de Profesionales de sólida formación en las diferentes especialidades y avanzada tecnología de última generación para diagnóstico y tratamiento, apuntando a los máximos estándares de Calidad y Calidez como pilares en la atención de sus pacientes.

Cabe mencionar que el Sanatorio Prof. Itoiz es una Institución afiliada a la Universidad de Bs. As y dependiente del Colegio Médico del Distrito II de la Pcia. de Bs. As. en lo que compete a sus actividades asistenciales y docentes.

A partir de diciembre del 2013, el Sanatorio Itoiz a pasado a formar parte de Unión Personal Civil de la Nación (UPCN)

Nuestro Programa de Residencia apunta a un sistema de capacitación en servicio y aprendizaje a través del trabajo diario, tanto en áreas asistenciales como en docencia e investigación, bajo una supervisión permanente y una progresiva responsabilidad en la toma de decisiones.

Considerando que en la actualidad surge un nuevo concepto en los espacios de formación de los médicos residentes en cuanto a la organización y desarrollo de sus capacidades profesionales, **adherimos nuestro programa al instituido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.**

Objetivos Primarios de la Residencia

- Formar médicos en los diferentes componentes del desempeño (conocimiento, habilidades manuales y cognitivas).
- Enfatizar y trabajar una buena relación médico- paciente, médico-médico y médico-Institución.
- Favorecer el desarrollo del estilo personal dentro de las pautas del profesionalismo médico.



- Desarrollo de un conocimiento continuo en el área asistencial (Internación, ambulatorio, guardia e internación domiciliaria) y académica.
- Formación de criterio clínico en los distintos escenarios clínicos (paciente agudo, crónico, etc).
- Incorporar criterios de gestión y auditoría administrativa en la práctica médica.
- Adquirir una sólida formación en lectura crítica y confección de trabajos.
- Adquirir herramientas éticas, formales y sólidas para la resolución de dilemas médicos.
- Desarrollar una actitud crítica y reflexiva en los médicos que permita el abordaje calificado de las problemáticas del proceso salud-enfermedad, sin descontextualizar al individuo y / o la comunidad del momento histórico por el cual atraviesa.
- Seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles, favoreciendo la capacidad de los profesionales en formación para utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.

Objetivos Secundarios de la Residencia

- Realizar un análisis crítico de la organización sanitaria del país y de los posibles cambios o soluciones en su área de competencia.
- Analizar el proceso salud-enfermedad dentro del contexto socioeconómico-cultural del paciente.
- Realizar una historia clínica y un examen físico sistematizado que le permitan la evaluación integral del paciente.
- Realizar un adecuado razonamiento diagnóstico en base a fundamentos fisiopatológicos
- Diseñar un plan de estudios, seleccionar con criterio los exámenes complementarios e interpretar los resultados.
- Realizar el tratamiento integral de las distintas patologías.
- Analizar en forma continua la evolución de los pacientes.
- Evaluar a los pacientes en estado crítico.
- Resolver las situaciones habituales de emergencia.
- Actuar como interconsultor en la resolución de problemas relacionados con otras especialidades.
- Aplicar estrategias de prevención en su labor diaria.
- Seleccionar, analizar y evaluar la información bibliográfica.
- Desarrollar trabajos de investigación clínica.



- Programar actividades docentes y promover la educación continua.
- Aplicar valores éticos y humanitarios en el desarrollo de la actividad Profesional.

Objetivos específicos por año de residencia

Al finalizar su residencia el médico debe estar capacitado para el manejo integral del paciente crítico, tanto ambulatorio como internado, mediante la adquisición de los conocimientos necesarios sobre la fisiopatología y terapéutica de las patologías. Deberá lograr las facultades para poder interpretar, tratar y realizar un seguimiento adecuado del paciente.

El residente de primer año deberá:

- Conocer las maniobras semiológicas pertinentes para realizar una historia clínica completa y correcta.
- Deberá conocer la fisiopatología, terapéutica y permanente actualización sobre las patologías más frecuentes.
- Llevar a cabo los procedimientos invasivos necesarios para el tratamiento del paciente así como conocer las indicaciones de los mismos.
- Lograr la adecuada presentación de los pacientes a su cargo en los distintos servicios y durante los pases de sala.
- Participar en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas bajo la supervisión del residente superior y Jefe de Residentes.
- Adquirir la capacidad para realizar y presentar clases y ateneos ante sus compañeros y colegas.
- Presentar artículos sobre actualizaciones, al menos una vez por semana.

El residente de segundo año deberá:

- Supervisar la actividad del residente de primer año, así como también cumplir con su actividad asistencial correspondiente para lograr mayor práctica clínica.
- Profundizar sus conocimientos sobre las patologías menos frecuentes.
- Supervisar la confección así como también presentar clases de sistemáticas para sus colegas.



- Conocer las patologías de manejo y tratamiento ambulatorio y como realizar el mismo.
- Presentar Ateneos interdisciplinarios clínico-patológicos.
- Rotar satisfactoriamente por los servicios de Unidad de terapia Intensiva y Unidad Coronaria.
- Presentar artículos sobre actualizaciones, al menos una vez por semana.

El residente de tercer año deberá:

- Adquirir la capacidad para instruir a los residentes de primer y segundo año.
- Supervisar la actividad asistencial de los residentes de primer y segundo año.
- Asumir mayor responsabilidad para con la asistencia del paciente.
- Ser capaz de reconocer y manejar todas las emergencias y urgencias del paciente internado y ambulatorio.
- Realizar casos clínicos, trabajos o la modalidad correspondiente para ser presentados en los Congresos correspondientes.
- Supervisar la confección de clases y Ateneos así como también continuar realizando los mismos.
- Comprender y saber interpretar los trabajos de investigación.
- Rotar satisfactoriamente por consultorios externos de Clínica Médica del Sanatorio Profesor Itoiz por período de 3 (tres) meses.
- Rotar satisfactoriamente por el servicio de Urgencias por período de 3 (tres) meses.

El residente de cuarto año deberá:

- Realizar casos clínicos, trabajos o la modalidad correspondiente para ser presentados en los Congresos correspondientes.
- Supervisar la confección de clases y Ateneos así como también continuar realizando los mismos.
- Comprender y saber interpretar los trabajos de investigación.
- Realizar de forma satisfactoria, al menos, una rotación a elección.
- Presentar artículos sobre actualizaciones, al menos una vez por semana.
- Ser capaz de discutir los pacientes con sus colegas, con argumentos concretos y válidos.
- Demostrar total capacidad para el manejo integral del paciente internado.
- Demostrar total capacidad para el manejo integral del paciente ambulatorio.
- Aprobar el examen integrador de fin de curso.
- Presentar un plan de acción para la candidatura a Jefatura.



Requisitos para la admisión

- Título de Médico expedido por Universidad Nacional, pública o privada debidamente acreditada.
- Antecedentes curriculares de pre y postgrado.
- Rendir examen de conocimientos por escrito de múltiple opción.
- Adjudicar por concurso el cargo de Residente.
- Entrevista personal.
- Cumplir los requisitos documentales del Departamento de Recursos Humanos.
- Aprobar evaluación del examen físico pre ocupacional.

Condiciones laborales

- La Residencia tiene una duración de 4 años
- La dedicación es de tiempo completo
- Exige cumplimiento de actividades asistenciales y académicas impuestas por el Servicio de Clínica Médica y el Comité de Docencia e Investigación.
- Se tienen cuatro semanas de vacaciones en verano y una en invierno.
- Porcentaje de Distribución de actividades que realiza el Residente:
 - a. Asistencial (65%)
 - b. Teóricas (20%)
 - c. Investigación (13%)
 - d. Administrativa (1%)
 - e. Actividad quirúrgica (1%)

Estructura de la Residencia

En número de 22 Residentes, 7 de primer año (2 de UTI), 5 de segundo año, 5 de tercer año y 5 de cuarto año. Dos Jefe de Residentes y un Instructor de Residentes. Todos son médicos egresados de universidades nacionales y han adjudicado su cargo luego de un proceso de selección en el que se incluyen el examen de residencia, los antecedentes y la entrevista personal.

La Residencia está integrada a la estructura del servicio de Clínica Médica, con iguales principios organizativos.



Todos los programas docentes de la Residencia están integrados al funcionamiento del Servicio.

En esta estructura jerárquica los residentes reportan de manera inmediata al médico de planta. La supervisión asistencial inmediata, está a cargo de los médicos del Staff.

Los residentes cumplen con las tareas asistenciales y académicas comprendidas en el programa de la residencia en Clínica Médica.

La Jefatura de Residentes es desempeñada por un médico con residencia completa en Clínica Médica.

Los residentes de primero a cuarto año conforman una subestructura jerárquica, participativa y profesional acorde a la competencia y conocimientos adquiridos en el proceso formativo. Reportan a la Jefe de Residentes y a los integrantes del Staff de Clínica Médica.

Programa de formación

Actividad asistencial

- El horario que deberán cumplir los residentes de Clínica Médica es de Lunes a Viernes de 8.00 a 17.00 hs en el Sanatorio a excepción de un día a la semana, el cual deberán asistir al Curso Superior de Médico Especialista en Medicina Interna dictado en el HIGA Pedro Fiorito de 13.30 a 17 hs, y los Sábados de 8.00 a 12.00 hs.
- Se realizará el pase de sala con el Jefe de Residentes a las 7.30 hs; una vez concluido, se procederá a la asistencia de los pacientes asignados en sala de Clínica Médica.
- Se realizará la recorrida de sala a las 11.30 hs con la totalidad de los residentes.
- Los residentes tendrán a cargo no menos de tres (3) pacientes ni más de ocho (8).
- Los residentes de primer año deberán realizar ocho (8) guardias mensuales; tres (3) de fin de semana y cinco (5) de semana.
- Los residentes de segundo año deberán realizar no menos de seis (6) guardias mensuales; dos (2) de fin de semana y cuatro (4) de semana, hasta un máximo de ocho (8) guardias mensuales.
- Los residentes de tercer año deberán realizar no menos de tres (3) guardias mensuales, máximo ocho (8) guardias mensuales, durante los días de semana. Tendrán a su cargo la asistencia por consultorios externos de Clínica Médica.



- Los residentes de cuarto año deberán realizar no menos de tres (3) guardias mensuales, máximo ocho (8) guardias mensuales, durante los días de semana.
- Rotación obligatoria por la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria, de la institución, por un periodo de tres (3) meses durante el segundo año de residencia.
- Rotación obligatoria por servicio de Urgencias y consultorios externos, de la institución, por un periodo de tres (3) meses durante el tercer año de residencia.
- Dos rotaciones optativas durante tres (3) meses cada una, durante el cuarto año de residencia.

Actividad Docente La totalidad de los residentes concurrirán a las siguientes actividades:

- Lunes, Martes, Miércoles y Jueves de 15.30 a 17 hs: clases de sistemáticas a cargo del Jefe de Residentes y residentes de cuarto, tercer y segundo año.
- Viernes de 13.30 a 17 hs: clases del Curso Superior de Médico Especialista en Medicina Interna. U.B.A.. Sede HIGA Pedro Fiorito.
- Clases a designar a cargo de especialistas.
- Presentación de Ateneos, a realizar una vez a la semana en combinación con las residencia de Pediatría y Terapia Intensiva de Sanatorio Profesor Itoiz.
- Ateneos semanales de morbi-mortalidad.
- Ateneos de toma de decisiones mensuales.
- Clases con el Instructor de Residentes tres veces por semana, días a designar.

Evaluación de los Residentes Se realizará una evaluación permanente de los residentes a cargo del Jefe de Residentes en las siguientes áreas:

- Desempeño en sala de Clínica Médica.
- Responsabilidad asistencial para con el paciente.
- Comprensión de la problemática diagnóstica y terapéutica.
- Realización de los procedimientos invasivos necesarios y pertinentes para los diferentes casos.
- Relación profesional con los pacientes así como también con sus colegas y el resto del equipo perteneciente al Sanatorio Profesor Itoiz.
- Interés, desarrollo y desempeño durante las actividades académicas.
- Evaluación de los conocimientos adquiridos de forma escrita y trimestral.
- Examen integrador anual en presencia de un veedor del Colegio de Médicos.

Actividad académica

Emergencias, urgencias y bases para el manejo del paciente durante la guardia

- Paro cardiorrespiratorio.
- Ecg normal.
- Arritmias.
- SCA.
- Insuficiencia cardíaca (EAP).



- Aneurisma disecante de Aorta.
- Isquemia arterial aguda.
- Insuficiencia respiratoria.
- TEP.
- Hemorragia digestiva.
- Pancreatitis aguda.
- IRA / hiperkalemia.
- Shock.
- ACV / HSA.
- Sepsis / SDRA.
- Meningitis.
- Neutropenia febril.
- Sme. Convulsivo / Coma.
- Cetoacidosis DBT.
- PHP / Transtornos hidroelectrolíticos. Módulo de Medio Interno
- Estado ácido-base
- Hiper e hipokalemia.
- Hiper e hipocalcemia.
- Hiper e hiponatremia. Módulo de Infectología
- Neumonía aguda dela comunidad
- Neumonía intrahospitalaria.
- Endocarditis infecciosa.
- Síndrome febril prolongado / FOD.
- HIV.
- Diarrea aguda.
- Infecciones del tracto urinario. Módulo de Neumonología
- Epec.
- Asma.
- Derrame Pleural.
- Cáncer de pulmón.
- Hipertensión pulmonar. Módulo de Gastroenterología
- Abdomen agudo.
- Diarrea.
- Síndrome de mala absorción.
- Hepatitis aguda.
- Hepatitis crónica.
- Cirrosis hepática.
- Insuficiencia hepática.
- Hipertensión portal / Sme. Ascítico edematoso.



- Pancreatitis aguda.
- Cáncer de colon.
- Cáncer de páncreas. Módulo de Nefrología
- IRA.
- IRC.
- Nefrolitiasis.
- Glomerulopatías.
- Síndrome nefrótico.
- Neoplasias reno-vesicales.
- Cáncer de próstata. Módulo de cardiovascular:
- ECG.
- Arritmias.
- SCA.
- Insuficiencia cardíaca.
- HTA.
- HTA y embarazo.
- Valvulopatías.
- Miocarditis / pericarditis.
- Isquemia arterial aguda. Módulo de Reumatología:
- Lupus eritematoso sistémico.
- Artritis Reumatoidea.
- Artropatías seronegativas.
- Poli-Dermatomiositis.
- Esclerodermia.
- Vasculitis. Módulo de Neurología
- Enfermedades desmielinizantes.
- Cefaleas.
- Síndrome vertiginoso.
- Síndrome extrapiramidal. Módulo Hematología:
- Anemia.
- Leucemias.
- Linfomas.
- Síndrome mieloproliferativos.
- Síndromes purpúricos.
- Mieloma Múltiple.



- **Ateneos:**

Ateneos del Servicio. Días miércoles. Se presentan casos con revisión de literatura con participación activa supervisada de los residentes de todos los años (Organización a cargo de Jefe de residentes)

Ateneos anatomo-clínicos generales mensuales.

Ateneos de morbi-mortalidad: mensuales. Tienen como principal objetivo la discusión y actualización de patología. Generar y/o modificar procesos para la optimización en la calidad de la atención de los pacientes. Participan residentes y médicos de staff.

- **Congresos:**

Participación activa de los residentes en todas las actividades, presentación de casos y serie de casos, trabajos originales y disertaciones en:

- Congreso de Residentes de la Sociedad Argentina de Medicina (SAM)
- Congreso de Medicina de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)
- Congreso de Medicina de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA)
- Congreso Internacional del Hospital de Clínicas
- Congreso Mundial de Medicina Interna

Metodología de evaluación

- **Fundamentos**

La evaluación comienza con la identificación de los objetivos de aprendizaje y finaliza con la determinación en qué nivel esos objetivos fueron alcanzados.

Es una herramienta fundamental para la mejora continua de los procesos educacionales, asistenciales y permite la implementación de medidas correctoras.

- **Áreas a evaluar**

El núcleo del profesionalismo médico es la competencia profesional. La competencia clínica o profesional está integrada por conocimientos, habilidades y actitudes personales que hacen al desempeño médico. Por lo antedicho, las áreas de evaluación incluyen: actitudes, habilidades materiales y no materiales (cognitivas) y conocimientos



- **Instrumentos de evaluación**

La observación sistemática (concepto integrador) del residente por parte del Staff forma parte de la evaluación formativa de los residentes e independientemente de las otras evaluaciones se deberán juntar los miembros del Servicio cada 3 meses para tener una nota de concepto integrador (que surge de la observación del día a día y de los objetivos a lograr por año) de cada Residente y detectar alguna alteración que no se haya observado en los otros exámenes. La evaluación será volcada en las planillas correspondientes y aprobadas por el ente regulador Jurisdiccional.

Los conocimientos ya sean de las materias educativas y los exámenes anuales serán evaluados por una prueba de selección múltiple evaluando los objetivos. Será de 4 opciones. Se aprobará con el 60% de respuestas correctas.

La evaluación centrada en el desempeño exige un instrumento para valorar conductas, adecuación y oportunidad en cada contexto para las Residencias. La evaluación será periódica (4 por año) lo que permitirá un seguimiento longitudinal del proceso educacional.

Se llevará por cada residente un registro de procedimientos y habilidades (algunos ejemplos: colocación de accesos venosos centrales, toracocentesis, paracentesis, punción de partes blandas, punción lumbar, punción arterial, fondo de ojo, colocación de SNG/K108, colocación de sonda vesical, intubación orotraqueal, resucitación cerebro-cardio-pulmonar) con el objetivo de contabilizar la cantidad de procedimientos realizados y el nivel de seguridad de los mismos.

De no aprobar alguno de los puntos antedichos, el residente reprobará su año, dicha evaluación podrá ser fiscalizada y eventualmente reevaluada por un comité conformado para tal fin (conformado por el Jefe de Servicio, el Instructor de residentes, el Jefe de Residentes, un miembro del Staff y un miembro del Comité de Docencia e Investigación)



12.2. Entrevistas especialistas

Entrevista nº1

Alejandro

Jefe infectología

1. ¿Qué profesión ejerce actualmente? ¿Realizó previamente la residencia médica?

Jefe del servicio de Infectología, tanto adulto como pediátrico.

Si, obtuve mi especialidad por la residencia y poseo residentes en mi servicio.

2. ¿Considera necesario que los sanatorios / clínicas deberían tener residencia? ¿Cuál cree que es el valor que aporta la misma a los residentes y a los centros médicos?

Los sanatorios deben tener la misma porque es una excelente instancia de formación.

A los residentes les aporta un aprendizaje continuo junto a los médicos de planta con experiencia, recibiendo formación y valores de la institución elegida.

Para el sanatorio son médicos en formación para el futuro y, aunque no sea lo correcto el residente suele ser mano de obra barata según para que se los utilice.

3. En base a su experiencia, ¿siente que los sanatorios capacitan adecuadamente a sus médicos residentes?

Los sanatorios privados capacitan adecuadamente, con programas de formación, instalaciones adecuadas y médicos de planta experimentados. Al estar todo el día a disposición del sanatorio una termina aprendiendo.

4. ¿En la práctica diaria, que tareas realiza un médico residente? ¿distan mucho en comparación a las tareas de los médicos de planta o especialista?

Las tareas que deberían realizar son el pase de guardia, recorrida, asistir a clases teóricas dentro del sanatorio, siendo diferentes la carga horaria y las tareas a un médico de planta.

En la realidad, el residente se lleva gran parte de la carga operativa que debe realizarlo el médico de planta, todo esto con complicidad del sanatorio.



En nuestro servicio, la mitad del plantel requerido me lo han cubierto con residentes y con eso debo sacar adelante el sector. El planta se paga caro por eso se opta por los residentes que son baratos y no se pueden quejar.

Las condiciones de trabajo a veces no suelen ser las adecuadas desde la extensión horaria que no condice con la ley, ejemplo guardias sin post guardias y la remuneración escasa respecto al trabajo realizado. La residencia es un trabajo y por lo tanto debería regir con las mismas de los trabajadores.

5. *¿Qué opina sobre la remuneración otorgada al residente?*

La remuneración en la residencia es escasa. Prácticamente no se puede llevar una calidad de vida adecuada con la misma. A mis residentes les alcanza solo para subsistir.

6. *¿Cuál es su opinión respecto de la calidad de vida del residente durante la residencia?*

Estudiar se lleva la mayor parte del trabajo. Actualizarse con poco tiempo para el ocio y teniendo en cuenta la remuneración inadecuada, la calidad de vida que se llevan no es la más óptima.

7. *¿Le haría alguna mejora al sistema de residencias?*

Por empezar, bajar la carga horaria, ya que no le sirve a nadie que trabajen en esas condiciones.

Debería existir más supervisión por los entes reguladores sobre la forma en que se aplica en los hospitales y sanatorios, los abusos son evidentes ej. Guardias castigo de 48 hs seguidas por error de lo que interpreta el superior.

También se debería mejorar el salario.

8. *Si tuviera que optar por una nueva especialidad, ¿accedería a ella nuevamente a través de una residencia?*

Si, es una excelente instancia de formación, pero en este momento se encuentra precarizada



Entrevista n°2

Cristian

Clínica Médica

1. ¿Qué profesión ejerce actualmente? ¿Realizó previamente la residencia médica?

Especialista en clínica médica. Si.

2. ¿Considera necesario que los sanatorios / clínicas deberían tener residencia? ¿Cuál cree que es el valor que aporta la misma a los residentes?

Considero que es francamente positivo generar una residencia en toda institución para poder colaborar con el desarrollo de nuevos profesionales. Cada institución aportara desde sus valores esenciales la tutoría para que los nuevos profesionales se desarrollen al máximo dentro de un marco contenido de formación. La residencia eleva el nivel académico y asistencial de la institución. Ser un hospital o sanatorio escuela motiva al staff interno y da prestigio externamente.

3. ¿Y a los sanatorios que le aporta?

No cabe duda que desde la experiencia la incorporación de profesionales jóvenes en etapa formativa es nutritiva para el sistema y sirve como motor de conocimiento y alimentación de la discusión academicista. Muchas veces el planta al no saber contestar una pregunta concreta del residente se ve obligado a recurrir a la bibliografía y actualizarse.

Pero también puede que exista una intención de usufructo de parte de la institución. En la práctica, he presenciado utilización de guardia castigo y extensión de jornada horaria a residentes como herramienta en represalia a errores comunes como por ejemplo no evolucionar un paciente. También la cobertura de guardias por residentes ante ausencias de plantas o especialistas para ahorrar costos, aunque depende la institución estas suelen ser pagas o no y en negro.

La distribución de prácticas quirúrgicas según conveniencia, es otra herramienta de castigo por ser escasas en la etapa formativa. Suele haber anarquía por parte de las jefaturas, castigando solo por el hecho de no llevarles el desayuno.

4. ¿Y ante quien se puede elevar dicho reclamo?



Se puede ir a reclamar ante el departamento de docencia, pero sería castigarse más ya que las represalias son mayores.

En lo personal, me han mandado a hacer guardias obstétricas por ausencias, sin saber nada de obstetricia (partos) y he tenido que soportar la situación sin quejas, rezando que no haya partos de urgencia en ese momento.

5. En base a su experiencia, ¿siente que los sanatorios capacitan adecuadamente a sus médicos residentes?

En mi experiencia personal sí, yo me forme en un hospital privado y la capacitación la considero adecuada y con las instalaciones necesarias. No puedo opinar de instituciones públicas o universitarias.

6. ¿En la práctica diaria, que tareas realiza un médico residente? ¿distan mucho en comparación a las tareas de los médicos de planta o especialista?

Las tareas del residente deberían limitarse a aquellas que aportan a su formación. Sin embargo en la práctica habitual se suman las actividades administrativas y muchas veces de otras disciplinas no necesariamente vinculadas con el accionar médico. Todo esto sin contar lo mencionado previamente.

El médico de planta o especialista debería abocarse a asegurar la atención correcta de los pacientes y tutorizar a los médicos en formación para que desarrollen las habilidades para mejorar su práctica habitual.

7. ¿Qué opina sobre la jornada laboral en la residencia?

Suelen ser arduas y extensas, en la actualidad existen muchas instituciones que están dándole vital importancia a revisar la extensión de las jornadas y auditar que no existan los abusos sobre los recursos en formación.

8. ¿Qué opina sobre la remuneración otorgada al residente?

Las remuneraciones a los residentes históricamente fueron bajas, en la actualidad esto se evidencia mucho más por la situación económica que está sufriendo el país.

Personalmente no la considero adecuada, hoy día el sueldo de residente suele ser bastante más bajo que el de un empleado administrativo tipo.

9. ¿Cuál es su opinión respecto de la calidad de vida del residente durante la residencia?



El sistema de residencia tal cual está planteado hoy día afecta mucho la calidad de vida de los residentes, se trabajan muchas horas, los descansos son escasos y los tiempos de ocio prácticamente nulos.

10. ¿Le haría alguna mejora al sistema de residencias?

Considero que el problema es de fondo, y está vinculado con el sistema de salud en general. Plantear un cambio solamente centrándose en el sistema de residencias es complejo. En principio velaría por salvaguardar al residente garantizando sus tiempos de descanso y ocio, regulando las jornadas laborales y la cantidad de guardias exigidas, como también garantizando la alimentación adecuada de los mismos.

11. Si tuviera que optar por una nueva especialidad, ¿accedería a ella nuevamente a través de una residencia?

Sin duda, es el sistema más completo de formación independientemente de las falencias existentes.

Entrevista n°3 Juan Pablo Pediatria

1. ¿Qué profesión ejerce actualmente? ¿Realizó previamente la residencia médica?
Especialista en Pediatría. Si.

2. ¿Considera necesario que los sanatorios / clínicas deberían tener residencia? ¿Por qué?

Si deberían tener residencia básicas (grado) y posbásicas (posgrado) y deberían estar ya incluidas en la misión de las instituciones. Es decir un concepto anida con el otro porque ya hace que recursos humanos establezca en la búsqueda de quienes van a ocupar cargos de líderes de equipo un perfil de docencia e investigación que permita el posterior desarrollo de estas actividades.

El residente eleva el nivel académico en la institución, ya que obliga a los especialistas a estar a la altura de las circunstancias y brindar respuestas a sus inquietudes.



Generar la funcionalidad hospitalaria con servicios y no prestadores externos es lo que hace a mí entender la diferencia institucional.

De esta forma permite generar recurso genuino y capacidad de sostener el crecimiento institucional en cuanto a la cantidad y cualidad de patologías absorbidas junto con la implementación de nuevas tecnologías o modos de trabajo.

3. En base a su experiencia, ¿siente que los sanatorios capacitan adecuadamente a sus médicos residentes?

Las residencias médicas en la República Argentina tienen organismos de acreditación y no así de auditoría, función que debería ejercer en forma continua el ministerio de salud de la nación articulado con el ministerio de salud de las provincias. Entonces para ser acreditadas y funcionar bajo la legislación nacional de residencias médicas, estos sistemas deben si o si cumplir con los requisitos antes citados. Lo que es necesario es efectivizar la auditoria para que esto se cumpla y genere resultados homogéneos entre los diferentes sistemas. De alguna forma los exámenes de especialistas lo que hacen es evaluar finalmente esto último, pero no hay un control sobre el cumplimiento de las condiciones de trabajo del residente.

Las residencias de grado y posgrado deberían encontrarse dentro de un plan educativo formal universitario que asegure al plan de estudio a desarrollar como así también el examen de especialista al final del desarrollo profesional.

4. ¿En la práctica diaria, que tareas debe realizar un médico residente? ¿distan mucho en comparación a las tareas de los médicos de planta o especialista?

Los residentes se encuentran dentro de un sistema de formal formación médico docente. Por lo que debe estar siempre con tutoría en diferentes escalas desde su ingreso hasta su graduación. Si bien es ya un profesional universitario con matricula habilitante para realizar el ejercicio profesional, está aprendiendo una especialidad dentro de la medicina por lo cual su actividad es completamente diferente conceptualmente a la de un médico que ya es especialista y está a cargo del desarrollo del plan asistencial del paciente que tiene a cargo.

Los residentes no tienen pacientes a cargo, lo que hacen es acompañar al médico a cargo en la asistencia al mismo logrando con el paso de los años de residencia las competencias necesarias para poder lograr desarrollar al final el plan asistencial de un



paciente. Es decir todas las actividades que realiza un residente examen físico, indicaciones médicas, asistencia de intervenciones quirúrgicas deben estar tutorizadas por un médico asistente.

5. ¿Qué opina sobre la jornada laboral en la residencia?

La jornada laboral del residente tiene que estar acorde a lo que son las bases fisiológicas del aprendizaje del adulto joven, es decir la capacidad de fijar conceptos está relacionada con las horas de descanso. Es decir que la jornada laboral no debe superar las 8 hs diarias, y no debería tener más de dos guardias mensuales, entre semana y fin de semana ya que debe estudiar e integrar lo aprendido en la práctica diaria.

Los sistemas de residencia de pre y pos grado son de carácter formativo, es una inversión institucional que genera obviamente un gasto por el contrato formal del recurso humano, pero no es un contrato formal que genere ganancias económicas próximas sino que debe propiciar obtener de esta nuevos profesionales con pertenencia y generadores de calidad de prestación para sus afiliados.

6. ¿Qué opina sobre la remuneración otorgada al residente?

La remuneración otorgada es deficiente porque los sistemas de residencia ven a la misma no como una inversión sino como un contrato laboral en el cual hay una diferencia enorme entre la demanda y la oferta del cual sacan diferencia conceptual.

7. ¿Cuál es su opinión respecto de la calidad de vida del residente durante la residencia?

Pienso que son pocos los sistemas de formación en los cuales los descansos son adecuados, tiempos protegidos para el estudio y desarrollo de trabajos de investigación. Si bien cada médico debe organizar sus horarios para el ocio el horario laboral no debe extenderse de lo estipulado para que éste puede entonces diagramar sus otras actividades.

8. ¿Le haría alguna mejora al sistema de residencias?

Las residencias médicas deben estar siempre adjuntas a una universidad de forma tal que el médico residente de pre y pos grado siempre finalice su formación con el examen de médico especialista universitario.

9. Si tuviera que optar por una nueva especialidad, ¿accedería a ella nuevamente a través de una residencia?

Si siempre, dentro de un sistema universitario.



12.3. Entrevistas residentes

Entrevista n°1 CARLOS ANDRES

Clínica Médica

Edad: 28 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

He optado por la residencia básica en Clínica Médica, con una duración de 4 años.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Su fin es la especialización y profundización en un área de la medicina determinada. Existen las residencias básicas como Clínica Médica y también las post básicas de 2 años más que se realizan a posteriori como Cirugía General.

3. ¿Considera que su duración es la adecuada?

Cumple con su cometido de formación. Considero que hasta 3 años está bien, teniendo en cuenta la especialización antes mencionada que uno pretenda continuar. ¡Los 4 años actuales ya es demasiado para el que desea continuar capacitándose!

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?

Opte por este sanatorio por recomendación directa de personas conocidas ya egresadas.

5. ¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?

Son muchos los factores que aporta la misma; uno es la actualización constante de su personal médico a cargo de cada residente, ya que compartimos con ellos los conocimientos de las nuevas tendencias que estudiamos; y otro factor es que la residencia es una mano de obra, que aunque no es la más calificada, es abundante y le permite a la institución el ahorro del costo médico, dejando con frecuencias solamente a residentes en las guardias.

6. ¿Qué opina sobre la capacitación obtenida?

Al principio de la residencia, es todo un mundo nuevo lleno de incertidumbre y muy difícil de llevar adelante. Con el pasar de los años de residencia, uno se siente más afianzado y cada vez tiene menos dudas. En general es buena.

7. ¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?



Los tutores son nuestros referentes. Actualmente poseemos 3 médicos tutores que revisan diariamente a los pacientes. Estos se mantienen actualizados sobre las nuevas temáticas ya son los que nos aclaran las dudas y estudian a la par nuestra la nueva normativa. Esto te impulsa a seguir avanzando en el estudio y en las actualizaciones.

8. *¿Qué tareas realiza el residente en comparación a sus pares médicos especialistas? Realizamos tareas similares. Realizamos en mayor medida labores que el médico no hace sino que las supervisa solamente, como por ejemplo la evolución de historias clínicas, También realizamos procedimientos básicos como hemocultivos, extracciones, etc. Durante la guardia nocturna, que generalmente solemos estar solos, debemos tomar todas las decisiones con respecto a los diagnósticos de los pacientes y su medicación.*

9. *¿Son equitativas las responsabilidades y los derechos? Es una pregunta complicada. En la residencia desde un principio nos inculcan las escalas jerárquicas. A medida que se avanza en la misma, se obtienen derechos y beneficios como permisos durante la jornada de trabajo, menos rotaciones y menos cantidad de guardias a realizar durante el mes. ¡Hay cierto derecho de piso que se debe pagar para acceder a esos derechos!*

10. *¿Qué jornada laboral cumple actualmente? La jornada comienza a las 7 am y termina a las 17 hs de la tarde y también se le suman a continuación 8 guardias mensuales duplicando la jornada. Uno está las 24 hs a disposición del sanatorio. Una vez terminada la guardia, debo volver a tomar el turno a las 7 am. ¡Uno termina trabajando hasta 36 hs seguidas! ¡A medida que pasan los años se reducen las guardias, 8 en primer año, 6 en segundo, 4 en tercero y 2 en cuarto! Debería haber una pos-guardia, el día de la misma al día siguiente uno debería descansar. ¡La misma debería ser más ligera en la carga horaria, ya que genera cansancio por no tener tiempo suficiente de descanso!*

11. *¿Qué opina sobre la remuneración? ¿Posee otra fuente de ingresos? La remuneración no es acorde a las tareas. ¡Apenas alcanza para sostenerse! Si bien el sueldo varía con los años, son bajos incluso en el último año de la residencia. No en lo personal. Muchos colegas buscan otros trabajos como otras guardias, pese a las limitaciones del tiempo que poseen, quitándole así tiempo a la residencia.*



12. ¿Qué opina del descanso fuera de la residencia?

¡Luego de 36 hs de trabajo corrido, uno no tiene tiempo para nada! Solo puede pensar en dormir. ¡Ni hablar de la vida social!

13. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Con respecto a los exámenes existen 2 modalidades, los de la propia residencia que se rinden anualmente en el Colegio Médico, y los de la Universidad que se rinden en la misma trimestralmente y anualmente.

Para pasar de año, de segundo a tercero, uno debe presentar un caso en un congreso como requisito.

Para la preparación de los exámenes, uno estudia el fin de semana cuando tiene tiempo. También se puede estudiar durante la residencia, ya que no todo el tiempo es trabajo. Se puede leer los apuntes.

14. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

Solamente los fines de semana cuando tengo tiempo y no trabajo el sábado. En el último año uno tiene un poco menos de carga y tiene más tiempo para actividades de ocio.

Durante la semana no tengo tiempo para nada.

15. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?

Reducir la carga horaria para poder tener más tiempo de descanso y así mejorar la atención a los pacientes.

Entrevista n°2, JOSE RODRIGO

Clínica Médica

Edad: 29 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Elegí la residencia en Clínica Médica que tiene una duración de 4 años actualmente.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Existe para una formación académica, docencia asistencial y práctica para el médico.

Su fin es para mejorar la calidad de atención a la población en general.

3. ¿Qué opina sobre su duración?



Actualmente es de 4 años y considero que es adecuado.

4. *¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?*

Elegí el sanatorio sin conocerlo, fue al azar en listado que me brinda la UBA.

5. *¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?*

El valor que la residencia le aporta a los sanatorios es la dedicación exclusiva que le brindan los residentes. Su tiempo para la atención y tratamiento de los pacientes.

6. *¿Qué opina sobre la capacitación obtenida?*

Si bien uno aprende bastante con esta modalidad práctica, van surgiendo problemas día a día que uno desconoce. Actualmente no me siento del todo capacitado ante los requerimientos diarios. Hay casos que no se manejar aún.

7. *¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?*

Los Tutores son instructores que acompañan a uno durante la residencia. Generalmente son médicos de planta con experiencia que comparten conocimiento y experiencia. Cumplen un rol formativo.

8. *¿Qué tareas realiza el residente en comparación a sus pares especialistas?*

Cumplimos las mismas tareas, estando subordinados a los mismos. Somos sus escoltas e instrumentos. Si algo sale mal también los culpables son ellos.

9. *¿Son equitativas las responsabilidades y los derechos?*

Si bien en la realidad no es así, ¿deberíamos tener los mismos beneficios y derechos, ya que ambos trabajamos a la par en la misma institución haciendo los mismos esfuerzos!

10. *¿Qué jornada laboral cumple actualmente?*

La jornada que cumplo es de lunes a viernes 8 hs y sábado por la mañana, con 8 guardias mensuales de 12 hs.

11. *¿Qué opina de la remuneración? ¿Realiza algún trabajo en paralelo?*

¡No es acorde a las tareas brindadas! Uno se dedica full time a la residencia y su remuneración es muy baja en comparación al esfuerzo dado a cambio.

El sueldo me alcanza para lo justo y necesario. Actualmente no tengo otro trabajo, pero estoy evaluando la posibilidad para más adelante.

12. *¿Qué opina del descanso fuera de la residencia?*

Son pocas las horas de descanso, teniendo en cuenta las guardias mensuales, sin dejar de lado el estudio y teniendo en cuenta que también uno debe hacer actividades necesarias de la



vida cotidiano como quehaceres domésticos, compras, trámites, etc. Esto reduce aún más el tiempo de descanso.

13. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

No recuerdo con exactitud, pero rindo exámenes teóricos cada 3 meses, sin tener en cuenta a los pacientes que son una evaluación diaria dependiendo de la complejidad del caso. También rendimos verbalmente ante nuestros tutores que nos preguntan diariamente. La preparación es constante, dentro y fuera del horario de trabajo.

14. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

Muy poco. Hago deportes los fines de semana en horarios que no tengan que ver con el sanatorio.

15. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?

Que revean el tema de la remuneración. ¡Es muy poco en relación a las horas dedicadas a la residencia!

Entrevista n°3, JOSE LUIS

Clínica Médica

Edad: 30 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Clínica Médica, de 4 años de duración.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Formar al médico en una especialidad. Generar competencias y conocimientos para brindarle una atención buena al paciente.

3. ¿Considera que su duración es la adecuada?

Pienso que con 3 años sería suficiente. ¡El 4to año esta demás! No considero que brinde más conocimiento de lo adquirido a lo largo de los 3 primeros.

En el 1er año hay gran carga laboral administrativa, o sea la confección de historias clínicas, y también gran carga horaria ya que debemos realizar 8 guardias de 12 hs al mes.

En el 2do año bajan a 6 guardias mensuales, pero hacemos planta los fines de semana (recorrido de control de pacientes internados).



En los últimos años baja la intensidad, se realizan como máximo 3 guaridas y uno tiene la prioridad de elegir días y horarios. No se realiza más planta fines de semana y se supervisa a residente de los primeros años.

4. *¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?*

Lo elegí por recomendación de otro colega que ya pasó por esta residencia.

5. *¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?*

Desde lo académico le aporta al sanatorio una actualización constante en las nuevas tendencias, manejos y procedimiento médicos, ya que el residente está en constante actualización. Sirve mucho también para mantener actualizados a los médicos de planta que trabajan con nosotros.

Desde lo asistencial, el residente se lleva toda la carga laboral, hace el trabajo que el planta no quiere hacer.

6. *¿Qué opina de la capacitación obtenida?*

Uno va progresando con el pasar de los casos de pacientes que va atendiendo. Lo que no se sabe se pregunta a los jefes o se consulta a la bibliografía.

Durante el turno de la mañana y de la tarde está el médico de planta y el jefe de clínica médica para responder dudas.

Durante la noche quedamos solamente los residentes. Coordinamos para que en las guardias haya combinación entre residentes de los primeros años con los de los últimos.

7. *¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?*

Hay un jefe de residentes que organiza las clases teóricas y ver lo académico, que también reparte los pacientes que ingresan.

Resuelve todo tipo de dudas que surgen como así también los conflictos que puedan surgir entre residentes.

¡Este residente jefe cubre los huecos cuando faltan los médicos de planta!

8. *¿Qué tareas tiene el residente en comparación a sus pares especialistas?*

¡La responsabilidad es la misma con el médico de planta!

El trabajo realmente lo hace el residente. Recibe los ingresos, pide los estudios, diagnóstica, llama al especialista, etc. En caso de dudas se le pregunta al médico.

9. *¿Son equitativas las responsabilidades y los derechos?*



Desde un punto de vista considero que deberíamos tener mejores condiciones laborales como menos carga horaria y mejor salario.

Pero también pienso que el médico debe ganar más por la jerarquía, ya que hizo esta residencia y por la experiencia que tiene.

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente?

Lunes a viernes de 8 a 17 hs según la demanda de pacientes, sino se alarga un poco más la jornada. También las 8 guardias mensuales de 12 hs.

11. ¿Qué opina de la remuneración?

No, es muy poca. Si bien va aumentando con los años de la residencia, no es suficiente. Este sueldo me alcanza para vivir, no para lujos. Sería para lo justo y necesario. Muchos otros residentes trabajan a la par y tengo en mente realizar otro trabajo en cuanto tenga un poco más de tiempo.

12. ¿Qué opina del descanso fuera de la residencia?

El primer año cansa demasiado. Es muy pesado. Puede haber un solo domingo libre al mes ya que el sanatorio te requiere full time. A partir del 2do año se pueden llegar a tener entre 2 o 3 domingos libres al mes.

13. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Exámenes se rinden cada 2 meses aproximadamente por especialidad. Luego se rinden los generales de las especialidades y finalmente uno integral anual.

Estudio dentro del sanatorio y también trato de estudiar cuando llego de trabajar los días que el cuerpo me da. Es inhumano después de 36 hs de guardia corrida poder concentrarse.

14. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

Tengo muy poco tiempo y trato de ver series y descansar. Uno se acostumbra a este ritmo de vida con poco tiempo libre.

No existen los días de semana porque siempre se trabaja de igual manera.

15. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?

-Su duración debe ser de 3 años.

-El sanatorio debería tener una obligación para con los residentes, en donde los médicos especialistas brinden charlas periódicas para compartir sus experiencias y no solo exigir que le hagamos su trabajo.



- La carga horaria deberá respetarse lo estipulado en la Ley.
- Las guardias deben ser solo de 12 hs y con descanso post guardia.
- Las autoridades deben realizar mayor control sobre los sanatorios sobre la utilización de residentes para todo.

Entrevista n°4 GUSTAVO
Clínica Médica
Edad: 32 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Clínica médica de 4 años.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Su fin es formar médicos desde lo laboral y profesional. Brinda herramientas y genera experiencia.

3. ¿Considera que su duración es la adecuada?

Me parece muy larga al ser de 4 años. Es bastante tiempo. Lo positivo sería la experiencia que uno adquiere con los casos que trata.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?

Hice exámenes en varios lugares y opté por este sanatorio por cercanía.

5. ¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?

El residente aporta mucho. El diagnóstico de este es muy claro, ya que va a ser revisado por su jefe y colegas al día siguiente. El caso se debate desde distintos puntos de vista con experiencias variadas.

El residente está en conocimiento de las nuevas tendencias en medicina y brinda este conocimiento a los médicos del sanatorio.

6. ¿Considera adecuada la capacitación brindada?

Dudamos en los casos que nunca tratamos, más que nada en los primeros años. Siempre se necesita otra persona capacitada para orientarte.

7. ¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?

Son nuestros orientadores. Son quienes nos corrigen y alguien a quien acudir en caso de duda. En nuestro caso tenemos un jefe de residentes.

8. ¿Qué tareas tiene el residente en comparación a sus pares especialistas?



Nosotros somos quien hace el trabajo y el papeleo (confección de historias clínicas). Pero el especialista es el que decide y el residente debe hacer las cosas.

Ante el error tenemos la misma responsabilidad.

9. *¿Qué opina de los beneficios y derechos en comparación?*

Los beneficios en todo el mundo son desiguales por jerarquía, menos hace más le pagan.

Uno debería ganar lo mismo que el otro, o en todo caso que la brecha sea menor. El planta no hace la misma carga horaria, ni esta las 24 hs a disposición del sanatorio.

10. *¿Qué jornada laboral cumple actualmente?*

Desde las 8 de la mañana a las 17, dependiendo de los ingresos de pacientes. ¡Hay veces que me retiro a las 21 hs!

Los días de guardias, me retiro a las 17hs del otro día, ¡casi 36 hs seguidas!

11. *¿Qué opina de la remuneración? ¿Posee alguna segunda fuente de ingreso?*

No me parece malo que me paguen por aprender, pero igualmente es poco.

Todo el sueldo se gasta en alquiler e impuestos. Para los que tenemos familia es muy difícil.

Hago alguna que otra cobertura de guardias en otros sanatorios en cuanto me da un respiro este. Tengo en mente en trabajar en otra guardia a la par.

12. *¿Qué opina del descanso fuera de la residencia?*

Con la familia se complica. Después de las guardias uno es un zombi y no le puede dedicar tiempo a la familia ya que lo único en que piensa es en dormir.

Al principio es muy difícil, pero luego uno se acostumbra a dormir 4 hs.

13. *¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?*

Todos los días somos evaluados en los pases de guardia ya que debemos defender los diagnósticos.

Uno estudia donde puede, los días que no tiene guardia durante el viaje y en la casa y los de guardia en el sanatorio.

14. *¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?*

Uno se vuelve vampiro, no tiene tiempo para el ocio.

Se aprovecha el tiempo para descansar viendo series ya que estas sin fuerzas.

Únicamente leo medicina de los libros de estudio, ya que no tengo tiempo para leer lo que me interesa.



15. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?

Debería regularse el descanso post guardia y mejorar la remuneración para afrontar los gastos. Esto genera gran deserción en el primer año.

Entrevista n° 5 LAINE

Clínica Médica

Edad: 28 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Clínica Médica de 4 años.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Formar integralmente al médico según su especialidad. Que sean capaces de afrontar situaciones complejas de pacientes.

3. ¿Considera que su duración es la adecuada?

Su duración es lo correcto. Da confianza un médico que hizo una residencia de esta duración.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?

Referencia de compañeros. Es un sanatorio privado, posee los recursos necesarios para poder realizar un buen diagnóstico.

5. ¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?

Las ganas de trabajar, personal comprometido con la institución, prestigio y confianza a la institución desde la vista del paciente.

6. ¿Está conforme con la capacitación brindada?

Generalmente si porque siempre estamos acompañados por los residentes mayores, R3 y R4, y los médicos de planta. Cuando se presentan casos complejos les consultamos a ellos.

7. ¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?

No siempre hay tutor, es una pirámide. Los residentes mayores se complementan con los menores. El tutor organiza el trabajo, ayuda, y da los correctivos merecidos cuando la situación desborda.

8. ¿Qué tareas realiza el residente en comparación a sus pares especialistas?

El médico especialista a diferencia nuestra hace tareas más complejas, riesgos del paciente. Este tiene mayor experiencia como médico tratante. Hace otras tareas como actuar sobre situación complejas.



9. ¿Qué opina de los beneficios y derechos en comparación?

El médico tiene más experiencia y realiza tareas más complejas. Nosotros a medida que avanzamos, vamos obteniendo más beneficios y más derechos.

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente?

Lunes a viernes de 08 a 17hs y 8 guardias por mes. El horario de lunes a viernes es relativo ya que uno sale del sanatorio a horario dependiendo el trabajo que haya en el momento.

11. ¿Qué opina de la remuneración? ¿Posee algún trabajo en paralelo?

La remuneración es acorde. En mi país Colombia, no nos pagan por hacer la residencia, ¡nosotros debemos pagar!

Si bien es poco con respecto al aumento de los precios en Argentina, no estoy disconforme tal como mencionaba antes.

Al hacer la residencia, no tengo tiempo para trabajar en otra parte. No tengo tiempo para nada.

12. ¿Qué opina del descanso fuera de la residencia?

Los días de guardia no tenemos descanso. No existe la post guardia (descanso). No se descansa bien y esto lleva cometer errores.

13. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Al no ser becaria de la UBA, rindo 1 solo examen final al año ante el Ministerio.

Igualmente, uno es evaluado todo el tiempo en la práctica diaria por los médicos de planta, jefe de residentes y los residentes mayores.

14. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

No hay tiempo para nada. Solo nos toca un domingo al mes que pueda hacer cosas en casa. Es dedicación full time al sanatorio.

15. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?

Económicamente, que suban el sueldo acorde a la inflación. Laboralmente, que haya una reducción en la jornada de trabajo.



Entrevista nº6 JAMES

Clínica Médica

Edad: 34 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Clínica Médica de 4 años.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Formación básica de especialistas como concepto integral. Formación en patología, tratamiento y prevención más que nada.

3. ¿Considera que su duración es la adecuada?

¡Demasiado larga! Si bien aporta experiencia, uno estudia varias veces el mismo caso y se especializa, es agotadora. ¡Hasta 3 años sería lo correcto!

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?

Recomendación entre amigos por su buena formación. Es el mejor en la zona.

5. ¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?

Aporta esfuerzo y trabajo. Mantiene actualizado al personal en las nuevas técnicas y mejores certezas en el diagnóstico. El sanatorio brinda mejores cuidados.

6. ¿Qué opina de la capacitación obtenida?

¡En lo habitual, es buena! pero siempre hay excepciones para estudiar y pedir ayuda.

7. ¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?

Este organiza el servicio, las exposiciones, los ateneos. Es el responsable de la formación integral.

8. ¿Qué tareas realiza el residente en comparación a sus pares médicos?

El médico especialista responde, el residente que se forma ejecuta. El especialista tiene más conocimiento.

9. ¿Qué opina respecto a los beneficios y derechos en comparación?

Hay diferencias ganadas. El planta posee mayor experiencia y ya paso por la residencia.

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente?

La que establece la reglamentación de la residencia. ¡Acá no respetan el post turno, que según tengo entendido salió nueva en la legislación!

11. ¿Qué opina de su remuneración? ¿Tiene algún trabajo en paralelo?

¡La plata que nos pagan, no nos dura ni una semana! Es muy poco.



Los que tenemos familia, ¡estamos obligados a hacer changas! ¡No hay otra manera de subsistir! Si pudiera tendría otro trabajo, pero no me da el tiempo.

12. ¿Qué opina del descanso que otorga la residencia?

¡En la semana se puede descansar algo, pero los días que tenemos guardia es imposible!

La residencia demanda mucho esfuerzo.

13. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

En la UBA rendimos cuatrimestralmente y un examen final en el colegio médico.

El tiempo se rebusca en las horas de descanso y durante la guardia. También existe el recuperatorio en caso de que no apruebes.

14. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

Muy poco tiempo, cuando no hay guardias. La familia también es demandante y no queda nada para hacer lo que me gusta.

15. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?

-Debería haber mayor control sobre el sanatorio, por ser instituto adjunto a la UBA, ya que no siempre se respetan las clases de charlas formativas. La UBA debe brindar un tutor externo que coordine esas tareas.

-Bajar la carga horaria con el avance en la residencia y dar cumplimiento al descanso post turno.

-Aumentar los salarios según la inflación, ¡pero no como a un médico de planta!

Entrevista n°7 ROSA

Clínica Médica

Edad: 37 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Clínica, de 4 años.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Más que formación, en si no da mucho aporte. Esto se hace ya que no hay prácticas en la facultad.



3. ¿Considera que su duración es la adecuada?

Es lo que corresponde. Hay responsabilidades distintas en cada año.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?

Recomendación y cercanía. Hay varios exámenes para elegir sanatorios según puntaje.

5. ¿Cuál cree que es el aporte de la residencia médica?

¡Mano de obra barata! Prácticamente nosotros hacemos todas las tareas que no quieren hacer los médicos especialistas.

6. ¿Se encuentra conforme con la capacitación obtenida?

Como todos, al principio no. Igualmente en este sanatorio uno siempre está acompañado por los residentes mayores o los médicos de planta ante situaciones difíciles de manejar.

En otros sanatorios como el Colegiales, los residentes están completamente solos.

7. ¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?

Es el encargado de manejar todo. Designa las salas de capacitación y brinda asistencia. Si este no se encuentra, supervisan los residentes mayores.

8. ¿Qué tareas realiza el residente en comparación a sus pares médicos especialistas?

El planta tiene mayor responsabilidad ya que tiene su matrícula en juego, pero las tareas las hacemos nosotros (los residentes). En caso de errores se hace cargo el médico de planta o en su defecto el residente mayor que se encontrase en ese momento. Por suerte en este sanatorio no tenemos guardias castigo, que son aquellas adicionales que el jefe te otorga en caso de incumplimientos, llegadas tarde, etc. En la noche y fines de semana, estamos siempre solos los residentes en la guardia. ¡Ante casos complejos llamamos al médico de guardia pasiva y este se encarga de llamar a los especialistas!

9. ¿Son equitativos los beneficios y derechos?

No, pero me parece bien como está funcionando actualmente la residencia.

El planta ya paso por la residencia y el residente tiene mucho por aprender.

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente?

Lo que establece el reglamento, de 8 a 17 hs, relativamente porque me voy cuando termina el trabajo. Hay días que me quedo hasta las 21 hs.

También realizo 8 guardias al mes, en donde ingreso a las 8 am y salgo a las 17 hs del otro día. ¡No tenemos descanso post guardia!

11. ¿Qué opina de la remuneración? ¿Posee alguna otra fuente de ingresos?



¡Cobran más las secretarías que nosotros! Es lo que establece el ministerio de salud.

Al tener familia, sí, ya que mi esposo trabaja y hay otro aporte a la casa. ¡Con el sueldo de residente sería imposible mantener un hogar!

Para otro trabajo no tengo tiempo, ¡teniendo en cuenta mi familia!

12. *¿Según la jornada laboral estipulada, alcanzan las horas para un descanso adecuado?*

Las horas no alcanzan. ¡Hay veces que me voy a las 22 hs! Los días de guardia prácticamente no se descansa nada. Además, uno que tiene familia, queda en deuda también con ellos que quieren pasar el tiempo con vos.

13. *¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?*

En mi caso rindo 1 solo a fin de año en el Colegio Médico. Al estar en 1er año de la residencia, aun no rendí los cuatrimestrales de la UBA.

14. *¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?*

No, apenas tengo tiempo para llegar y cocinar algo para mi familia. ¡Es el sacrificio que uno hace para llegar a su meta!

15. *¿Le haría alguna mejora a la residencia?*

-Debería brindar obra social para todo el grupo familiar. La que tengo me la brinda el sanatorio solo para mí.

-Debería tener menos carga horaria o en todo caso un descanso post guardia.

Entrevista n°8, Marianela

Pediatría

Edad: 29 años

1. *¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?*

Elegí la residencia articulada de pediatría con neonatología que dura 5 años.

2. *¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?*



Considero que fue creada con el fin de formar al médico en la práctica de una especialidad específica para poder abarcar de una manera más plena todas las patologías que puedan presentarse en una persona.

3. *¿Qué opina sobre su duración?*

La duración es correcta, considerando que no es el fin de la formación ya que luego de finalizarla se debe seguir actualizando para así poder brindar una mejor opción de diagnóstico y tratamiento.

4. *¿Por qué eligió el actual sanatorio/hospital para realizar la residencia?*

Elegí la formación ya que la considero la mejor opción entre las que existían para poder formarse.

5. *¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?*

No considero que brinde un valor agregado. El residente de una institución privada solo cuenta con la ventaja de poder tener acceso con mayor facilidad a estudios complementarios que un médico de institución pública quizás no.

6. *¿Se encuentra conforme con la capacitación obtenida?*

Si, por supuesto. La formación de tantos años así como la práctica del último año me permiten realizar las tareas que se me asignan.

7. *¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?*

El tutor es un residente de mayor año que orienta y acompaña en las acciones a realizar y las decisiones por tomar.

8. *¿Qué tareas realiza el residente en comparación a sus pares médicos especialistas?*

Tiene las mismas responsabilidades que cualquier otro par médico. No existe una diferencia marcada. Solo se podría resaltar la cantidad de guardias que debe cumplir uno y otro.

9. *¿Considera que debería tener ambos los mismos beneficios y derechos?*

Se tienen los mismos beneficios y derechos, la diferencia está en el tiempo que se emplea en cada acción ya que el residente se encuentra en una etapa de formación más intensa.

10. *¿Qué jornada cumple actualmente?*

La jornada laboral es de 8 horas, sin embargo, esta se extiende a 12 o más dependiendo de la actividad de ese día.

11. *¿Qué opina de la remuneración? ¿Posee alguna otra fuente de ingresos?*

No, la remuneración es baja. El grado de conformidad no es elevado.



Si, el sueldo alcanza. Con la carga horaria que requiere una residencia en sus primeros años, es imposible tener otro trabajo.

12. ¿Según la jornada laboral estipulada, alcanzan las horas para un descanso adecuado?

Si se cumpliera la ley de residentes como corresponde si, lamentablemente esto no ocurre por lo que las horas de descanso no son las adecuadas.

13. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Se debe rendir un examen por año para poder acceder a un nuevo año de residencia. La preparación de mismo es durante todo el año con una mayor intensidad el último mes.

14. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

No por el momento, de todos modos residentes más avanzados ya cuentan con ese tiempo.

15. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?

Si, mejoraría la regulación del cumplimiento de la ley para que todos podamos ejercer mejor esta hermosa profesión.

Entrevista nº9, Victoria

Infectología

Edad: 33 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Opte por Infectología, una residencia de 4 años en total.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Fue creada para capacitación y especialización medica de alta calidad, dentro de un contexto supervisado y de responsabilidad creciente.

3. ¿Qué opina sobre su duración?

Considero que es la adecuada. Los 4 años son necesarios para la formación que elegí si queremos ser buenos profesionales.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?



Porque maneja una población amplia de pacientes. Brinda la posibilidad de especialidad básica con médicos referentes en el área.

5. *¿Cuál cree que es el valor que aporta la residencia médica?*

El valor agregado son los profesionales altamente capacitados, con revisión contante de la bibliografía, actividad docente que estimula actualización de médicos de planta y de staff en general. Garantiza la atención supervisada a los pacientes.

6. *¿Está conforme con la capacitación brindada por el sanatorio?*

Sí, me brinda herramientas necesarias para manejar situaciones prevalentes y en el caso de no tener la seguridad sobre el manejo de la situación, siempre cuento con alguien a quien consultar.

7. *¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?*

Desconozco, no cuento con el mismo.

8. *¿Cómo residente, realiza tareas distintas en comparación a sus pares especialistas?*

¿Tiene igual responsabilidad ante las mismas?

No, como ya dije, se trata de un sistema de responsabilidad creciente. A medida que van pasando los años, las responsabilidades y los beneficios van modificándose.

9. *¿Son equitativos los beneficios y derechos?*

No, porque cumplimos similar jornada laboral y somos profesionales médicos.

¡El hecho de ser residente, no nos quita nuestro título de médico!

10. *¿Qué opina de la carga horaria?*

Cumpro de lunes a viernes de 08 a 17hs, todos los sábados del año de 08 a 12hs y además una semana de guardia pasiva al mes. Es muy extensa.

11. *¿Qué opina de la remuneración? ¿Posee alguna otra fuente de ingresos?*

Si bien continuamos en formación, que debería ser constante y hasta el día del retiro de la profesión, nuestra remuneración debería ser acorde a la enorme cantidad de horas trabajadas y considerando que somos médicos, es decir, profesionales que completaron una carrera de grado.

No, voy a necesitar una fuente extra de ingresos para poder mantener una calidad de vida adecuada. Con el sueldo que tengo y la inflación existente, es imposible llegar a fin de mes.



12. ¿Según la jornada laboral estipulada, alcanzan las horas para un descanso adecuado?

Si, en mi caso. La carga horaria es agotadora pero uno se acostumbra a la larga.

13. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Al menos 1 en mi caso. La preparación es constante, todos los días de la jornada laboral uno le dedica un tiempo a los apuntes.

14. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

Casi nada. Me dedico a estudiar y a descansar.

15. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?

Si, más tiempo de descanso y mejor paga. También agregaría mejor actividad académica dentro del sanatorio.

Entrevista n°10, Justina

Clínica Médica

Edad: 34 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Realizo la residencia en Clínica Médica, de 4 años.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Su fin es la formación y la capacitación en una especialidad médica, bajo la supervisión de médicos especialistas.

3. ¿Qué opina sobre su duración?

Me parece óptima, para ser una residencia básica.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio/hospital para realizar la residencia?

Porque puedo dedicarme específicamente a tareas médicas, ya que el sanatorio cuenta con camilleros, extraccionistas, técnicos de electrocardiograma, etc.

Se cuenta además con tecnología de imagen y disponibilidad de interconsulta.

5. ¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?



Considero que las residencias aportan una atención más minuciosa e integral al paciente. El residente está en contacto todo el tiempo con el paciente.

6. ¿Siente que la entidad lo ha capacitado adecuadamente ante las situaciones diarias que maneja? ¿Por qué?

Sí, las tareas son diversas y siempre hay alguien a quien consultar ante cualquier situación, ya sea jefe de residentes, residentes mayores o médicos de guardia.

7. ¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?

En este sanatorio no contamos con un tutor. ¡No sé lo que es!

8. ¿Cómo residente, realiza tareas distintas en comparación a sus pares especialistas?
¿Tiene igual responsabilidad ante las mismas?

Las tareas que realizo son propias de residente, confección de historias clínicas, recibir los ingresos de pacientes, hacer indicaciones médicas básicas, etc.

¡Desconozco si la responsabilidad es la misma ante un médico de planta!

9. ¿Son equitativos los beneficios y derechos?

¡Por supuesto que no! ¡La mayor carga horaria y mayor cantidad de tareas la tenemos nosotros los residentes! ¡Nosotros ponemos el alma en el sanatorio día y noche!

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente? ¿Qué opina de la misma?

Cumplo de lunes a viernes de 08 a 17hs, todos los sábados del año de 08 a 15hs y un domingo al mes guardia de 24 hs. Es algo prolongada.

11. ¿Qué opina de la remuneración?

¡Es una miseria! ¡Cobro aproximadamente \$85 la hora, menos que una mucama! ¿Qué calidad de vida puedo mantener con lo poco que cobro?

12. ¿Tiene otra fuente de ingresos? ¿Ha pensado tenerla durante la residencia?

Si, el sanatorio me paga la cobertura de guardias adicionales cuando se ausenta algún médico. Fuera del sanatorio, no me da el tiempo para tener otro trabajo.

13. ¿Según la jornada laboral estipulada, alcanzan las horas para un descanso adecuado?

Depende la cantidad de guardias que hayamos realizado. Nosotros no contamos con descanso pos guardia, al finalizar la misma debemos retomar tareas nuevamente para cubrir el servicio.



14. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Rindo 1 examen anual. La preparación es diaria, obviamente también en horario de trabajo o durante las guardias.

15. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

No, para nada. Con la exigencia de esta residencia, solo me da un respiro para dormir.

16. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?

-Sí, que mejoren el sueldo como primer medida.

-Que los sanatorios apliquen el descanso de pos guardia, ¡somos seres humanos!

Entrevista n°11, Liz

Infectología

Edad: 35 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Infectología, de 4 años.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Ser especialista en lo que uno decidió elegir. Fue creada con el fin de aprender, practicar y ser buenos profesionales.

3. ¿Qué opina sobre su duración?

Considero que es la correcta para dejarnos una experiencia adecuada.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio/hospital para realizar la residencia?

Si bien no lo conocía, mediante recomendaciones llegue al lugar.

5. ¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?

Mayor conocimiento y actualización constante tanto para residentes como a los médicos especialistas. El residente motiva a todos a "aggiornarse" y esto se refleja en la atención al paciente.

¡El residente aporta atención de calidad!

6. ¿Considera adecuada a la capacitación obtenida? ¿Por qué?



Si, la capacitación es correcta. Hasta el momento me ha servido mucho lo aprendido, tenemos buenos residentes superiores y plantas (médicos) que ayudan mucho a nuestro aprendizaje.

7. ¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?

En este sanatorio no contamos con un tutor.

8. ¿Cómo residente, realiza tareas distintas en comparación a sus pares especialistas?

¿Tiene igual responsabilidad ante las mismas?

Realizamos tareas diferentes, pero las responsabilidades son las mismas. Ellos colaboran y ayudan a nuestro aprendizaje.

9. ¿Considera que debería tener ambos los mismos beneficios y derechos?

¡Sí, siempre! Por más que ellos aportan el expertise, la mayor carga laboral la tenemos nosotros, los residentes.

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente?

Cumplo de lunes a viernes de 08 a 17hs, sábados de 08 a 12hs, más las guardias pasivas. Es una semana al mes que uno está a disposición del sanatorio una vez finalizada la jornada laboral.

11. ¿Qué opina de la remuneración?

¡Debería ser mucho más! Debe ser similar a la de los hospitales públicos.

¡Son muchas las horas de trabajo para la remuneración percibida! El sueldo alcanza solo para subsistir, con este ingreso solo no se puede mantener un hogar.

12. ¿Tiene otra fuente de ingresos? ¿Ha pensado tenerla durante la residencia?

¡Al momento no! Pero lo estoy pensando debido a mis gastos diarios y que no me alcanza el sueldo que percibo. Por otro lado tampoco el tiempo me alcanza, es una etapa difícil a la que uno debe transitar por elegir esta profesión.

13. ¿Según la jornada laboral estipulada, alcanzan las horas para un descanso adecuado?

No, son muchas horas de trabajo, ¡el descanso es lo justo y lo necesario!

14. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Rindo 1 examen anual. Me preparo en donde puedo, en casa, en la guardia, etc.

15. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?



¡Al momento no! La familia también demanda, al igual que los quehaceres del hogar.

16. *¿Le haría alguna mejora a la residencia?*

-Sí, que se respete la Ley de Residencias.

-Que los sanatorios apliquen el descanso pos guardia, ya que me resulta fundamental.

¡Merecemos descansar porque cansados no aprendemos nada!

Entrevista nº12, Betiana

Infectología

Edad: 32 años

1. *¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?*

Infectología, de 3 años articulada con 1 año de Clínica Médica

2. *¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?*

El fin para lo cual fue creada es para formar de manera apropiada y académica a médicos especialistas.

3. *¿Qué opina sobre su duración?*

Es la adecuada, en mi caso hice un año de clínica médica también.

4. *¿Por qué eligió el actual sanatorio/hospital para realizar la residencia?*

Fue mediante recomendación. Además tenía puestos disponibles para la especialidad que me interesaba.

5. *¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?*

Aportamos mejor calidad de atención al paciente. Sinceramente eso.

6. *¿Qué opina de la capacitación obtenida?*

La capacitación es buena. Porque la práctica diaria hace que el médico tome conocimientos y pueda desarrollarse mejor ante las situaciones que se presentan.

7. *¿Qué es el tutor y que rol cumple en este caso?*

Es aquella persona encargada de acompañar en el desarrollo de la residencia.

En mi caso no existe tutor alguno.



8. ¿Cómo residente, realiza tareas distintas en comparación a sus pares especialistas?
¿Tiene igual responsabilidad ante las mismas?

Realizamos tareas distintas a los médicos de planta.

Las responsabilidades son diferentes porque ellos ya pasaron por la residencia y tienen ciertos derechos adquiridos.

9. ¿Considera que debería tener ambos los mismos beneficios y derechos?

Si, ambos trabajamos a la par haciendo esfuerzos en conjunto. ¡Ambos somos médicos!

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente?

Hago un horario de lunes a viernes de 08 a 17hs, sábados de 08 a 12hs, más guardias pasivas.

11. ¿Qué opina de la remuneración?

¡Definitivamente no estoy conforme! Trabajamos una gran carga horaria, siendo profesionales y no es reconocido.

Es imposible mantener una calidad de vida digna con el sueldo percibido. Se necesita obligatoriamente otro ingreso para poder vivir.

12. ¿Tiene otra fuente de ingresos? ¿Ha pensado tenerla durante la residencia?

Si, realizo guardias adicionales dentro del sanatorio de 12 hs ya que el sueldo de residente es muy bajo.

13. ¿Según la jornada laboral estipulada, alcanzan las horas para un descanso adecuado?

Dependiendo el día, cuando no realizo guardias puedo descansar algo más que cuando hago las guardias.

14. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

2 o 3 exámenes anuales. Estudio bastante, no puedo estimar el tiempo exacto de estos.

15. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

Trato de hacer actividades que me gustan regularmente. Como te decía antes, dependiendo el día si tengo que realizar guardia o no.

16. ¿Le haría alguna mejora a la residencia?



-Sí, mejoraría la calidad del trabajo, haciéndolo más ameno, con una carga horaria adecuada con posibilidad de realizar otras actividades y el tiempo adecuado para la lectura y la formación.

-Adecuar el sueldo al trabajo realizado a diario ya que es muy poco reconocido.

Entrevista nº 13, Stefania

Pediatría

Edad: 29 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Opte por Pediatría de 4 años, porque me gusta trabajar con chicos.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Hacer un posgrado, formarse como especialista. El título de médico no te garantiza un puesto en el hospital o sanatorio si uno no posee una especialidad.

3. ¿Qué opina sobre su duración? ¿Es la ideal?

Sí, considero que está bien como está. No cambiaría nada por el momento.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?

Porque no pude entrar a municipalidad. Quise hacer mi residencia en un hospital público, en este caso municipal, pero según el ranking de corte no califique para el mismo. Decidí optar entonces por uno privado.

5. ¿Cuál cree que es el aporte de la residencia médica?

¡El residente hace todo! La carga administrativa, el pase de guardia, el seguimiento de los pacientes. Los sanatorios están más que agradecidos en tenernos. Somos una mano de obra barata que nutre a los hospitales, que a su vez afrontan los costos de contratar plantas (médicos), o sea, cubrimos los baches del sistema.

6. ¿Siente que la entidad lo ha capacitado adecuadamente ante las situaciones diarias que maneja? ¿Por qué?

Sí, por supuesto. De tantas horas dentro de la institución y con los diferentes casos de pacientes que nos ha tocado manejar, pienso que la capacitación es buena. El fin de la residencia es justamente esto, capacitación para luego ser especialista.

7. ¿Posee tutor? ¿Qué rol cumple o debería cumplir?



Sí, son los residentes superiores. Controlan nuestro trabajo día y noche. Uno a medida que va avanzando en la residencia va adquiriendo cierta jerarquía y responsabilidades.

8. *¿Como residente, realiza tareas distintas en comparación a sus pares médicos especialistas? ¿Tiene igual responsabilidad ante las mismas?*

Hago papeles que no hacen los plantas, camilleo, interno pacientes ellos indican internarlos pero yo les hago las historias, ¡la sala es mía ellos no conocen a sus pacientes!

Lavo sus platos. Ellos ganan más, se van a dormir a su casa después de las guardias, yo trabajo 12 horas más que ellos. ¡Y obvio que yo a la noche no duermo ellos sí!

9. *¿Son equitativos los beneficios y derechos? ¿Por qué?*

¡No! Porque somos médicos como ellos. No soy empleada de ellos. Tenemos las mismas tareas e incluso más que ellos.

10. *¿Qué jornada laboral cumple actualmente?*

Realizo más o menos entre 13 y 14 horas por día y dos guardias por semana. En total de 38-39 horas corridas, y claro, ¡sin dormir! Hay días que me siento sin fuerzas directamente, pero bueno hay que terminarla (la residencia) de una vez.

11. *¿Qué opina de la remuneración?*

Si bien me alcanza para vivir trabajo muchas horas. La empleada que limpia mi casa gana 150 la hora yo entre 70-80 pesos la hora. ¡Una vergüenza total!

La plata que me pagan no me alcanza para nada. Como te decía en la pregunta anterior, hasta una mucama gana más que yo trabajando solo 8 horas.

12. *¿Tiene otra fuente de ingresos? ¿Ha pensado tenerlo durante la residencia?*

Eso es imposible, no tengo tiempo ni para respirar. La demanda es plena y el sacrificio de uno es aun más. Todo sea por el título de especialista.

13. *¿Según la jornada laboral estipulada, le alcanzan las horas para un descanso adecuado?*

¡No, imposible! Duermo 4-5 horas por día. Cuando no tengo guardia, llego del hospital y tengo tarea para hacer, completar las historias clínicas.

14. *¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?*

Por cómo te decía antes, no tengo tiempo de estudiar ni tiempo para nada.



Rindo dos exámenes por año. Uno del curso superior y otro de la residencia, se hace lo que se puede.

15. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

No, no tengo. Pero bueno es hasta que finalice el posgrado, después se va a normalizar mi vida.

16. ¿Le haría alguna mejora al sistema actual de residencias?

Sí, que se respete la Pos guardia obligatoria desde las 12 del medio día.

Entrevista n°14, Paula

Pediatría

Edad: 34 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Elegí Pediatría de 4 años.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Fue creada con la idea de formar especialistas en ámbito de Salud con una práctica diaria y eficiente, con formación práctica y académica y remuneración de los mismos ya que son médicos profesionales recién recibidos en formación.

¡Todo esto no se cumple! Solo es la idea, pero en la realidad no se cumple, somos los baches del sistema de Salud, con condiciones de trabajo paupérrimo y desgastante, tomando responsabilidades y prácticas que no nos corresponden.

3. ¿Qué opina sobre su duración? Es la ideal?

Es correcta, pero mal implementada. Los sanatorios hacen uso y abuso de la misma.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?

Lo elegí simplemente por cercanía de mi hogar. Quería entrar a la municipalidad pero no se me dio.

5. ¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?



El trabajo duro y las falencias del sistema de salud recaen sobre el residente, sería excelente que podamos cumplir con las expectativas y formación a la que se quiere llegar. Al fin y al cabo terminamos realizando casi todas las tareas que el planta no quiere hacer.

6. ¿Se encuentra en conformidad con la capacitación obtenida?

¡No, para nada! El trabajo es excesivo, la formación académica es escasa porque se solapa con la cantidad de trabajo práctico diario, y así no nos podemos formar adecuadamente. De esta forma queda en segundo plano el objetivo principal de la residencia que es formar especialistas en el ámbito de la salud exponiéndolos a situación diarias de práctica.

7. ¿Posee tutor? ¿Qué rol cumple o debería cumplir?

Si, cumple su función dentro de las posibilidades que brinda este sistema de residencias.

8. ¿Como residente, realiza tareas distintas en comparación a sus pares médicos especialistas? ¿Tiene igual responsabilidad ante las mismas?

Todos realizamos las tareas, y entre los residentes si tenemos la misma responsabilidad, no así los jefes de servicio o médicos de planta que muchas veces no realizan sus funciones y tenemos nosotros que responder por eso. Pero en lo que respecta a la pregunta, ¡no hay diferencias entre las tareas de unos y de otros!

9. ¿Son equitativos los beneficios y derechos?

No, porque no solo hacemos trabajo forzado y excesivo, sino que también realizamos el trabajo de otros, porque nadie controla nada. Nadie sabe en las condiciones en que trabajamos y la demanda es enorme. Somos profesionales de la salud con carrera universitaria y nos seguimos formando para seguir padeciendo los problemas del sistema de salud.

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente?

De lunes a sábados de 8 a 17 hs, más dos guardias por semana de 24 hs, de las cuales estas últimas son 2 domingos inclusive por mes.

11. ¿Qué opina de la remuneración?

La carga horaria es mucha, no se puede pensar en un futuro próximo de ahorro u sostén económico, y es por eso que siempre se recurre a trabajos por fuera. Uno se mantiene, nada más sin posibilidad de ahorro y se llega justo a fin de mes.

12. ¿Tiene otra fuente de ingresos? ¿Ha pensado tenerlo durante la residencia?



No por ahora, porque estoy entrando al 2 año, pero en breve lo voy a buscar. La necesidad te obliga a tener una segunda fuente de ingresos, hasta que por lo menos termine mi residencia.

13. ¿Según la jornada laboral estipulada, le alcanzan las horas para un descanso adecuado?

No, el descanso es breve, las jornadas de trabajo son muy largas y el agotamiento es casi total. Tené en cuenta que dos domingos debo realizar la guardia de 12 hs y al otro día continuar con mi horario habitual como si nada.

14. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Realizo tres exámenes al año, la preparación sólo lo que charlamos en la práctica. Lo que es lectura de bibliografía, poco y nada.

15. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

No, no llego porque nunca tengo horarios para poder hacer otra actividad. Mi vida en este momento es trabajo y descanso, "bah", ¡si se puede llamar descanso!

16. ¿Le haría alguna mejora al sistema actual de residencias?

Todo, la realidad es que la idea es la mejor pero está mal implementada, como todo en este país, no cuidan a quienes cuidan a los ciudadanos y cada vez empeora más y el sistema de salud sigue en declive.

Entrevista n°15, Julieta

Pediatría

Edad: 30 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Pediatría, 4 años de duración.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Formación profesional para el médico que se gradúa en la carrera de medicina.

3. ¿Qué opina sobre su duración? ¿Es la ideal?

Si. No hay nada para objetar. Supongo que es lo correcto.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?



Porque tengo compañeros que se encuentran realizando la misma residencia acá.

5. ¿Cuál cree que es el valor agregado que aporta la residencia médica?

Por lo menos en mi sanatorio los residentes hacen el 90% del trabajo, no podría mantenerse sin ellos. Los médicos de planta delegan casi todas las tareas en nosotros por un lado, y por otro el sanatorio reduce presupuesto para no contratar más personal efectivo médico.

6. ¿Siente que la entidad lo ha capacitado adecuadamente ante las situaciones diarias que maneja? ¿Por qué?

Sí, lo noto cuando roto por otras especialidades o hago guardia en otros centros privados, me siento adecuadamente capacitada.

7. ¿Posee tutor? ¿Qué rol cumple o debería cumplir?

Tenemos un instructor, que tiene como función ayudarnos en todo lo que sea académico, ya sea los trabajos de investigación que tenemos que entregar, atentos, congresos, exámenes. También nos ayuda si tenemos algún problema en la residencia, contamos con él para lo que necesitemos.

8. ¿Como residente, realiza tareas distintas en comparación a sus pares médicos especialistas? ¿Tiene igual responsabilidad ante las mismas?

Los médicos de planta en general sólo hacen un pase donde se deciden las conductas del día, no hacen procedimientos, ni otras tareas. Toda la carga asistencial y administrativa la llevamos nosotros, ellos solo ponen la firma.

9. ¿Son equitativos los beneficios y derechos?

No, porque la idea de un equipo es que todos trabajemos juntos y tener igualdad de derechos, claramente no se cumple.

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente?

Depende de la rotación pero un promedio de 40 hs semanales y 6 guardias de 12 horas por mes, sin pos guardia.

11. ¿Qué opina de la remuneración?

Desde siempre el residente es el que más trabaja y menos cobra. Si no hay voluntad política de cambiarlo, siempre va a ser de esta forma.

El sueldo no es acorde a la carga horaria exigida, lo cual nos obliga a salir a realizar guardias en otras instituciones.

12. ¿Tiene otra fuente de ingresos? ¿Ha pensado tenerlo durante la residencia?



Sí, realizo guardias en otras clínicas privadas. ¡Es la única manera de poder tener un ingreso digno para poder llegar a fin de mes!

13. ¿Qué opina del descanso fuera de la residencia?

¡Nunca alcanza! La demanda de la residencia es muy alta, sumado las guardias mensuales es muy difícil tener un descanso adecuado. Todo esto sin tener en cuenta que yo realizo guardias en otra clínica en mis días de descanso.

14. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Aproximadamente 1 por mes, le dedicó 2 o 3 días previos de lectura intensa. La mayor parte durante el horario de trabajo.

15. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

Sí, estoy en tercer año y tengo más tiempo que cuando era RI (menos guardias mensuales). Me da un poco de respiro para poder hacer actividades que me gustan.

16. ¿Le haría alguna mejora al sistema actual de residencias?

Muchas, el sistema de salud explota a los residentes son muchas horas de trabajo, que muchas veces estás sin dormir y la exigencia sigue siendo igual que todos los días.

Entrevista n°16, Constanza

Pediatría

Edad: 35 años

1. ¿Qué tipo de residencia ha elegido y de cuantos años?

Elegí Pediatría, de un periodo de 4 años.

2. ¿Cuál considera que es el fin de la residencia médica y para que fue creada?

Capacitación y formación en una especialidad. Sin esta formación es muy difícil insertarse en el ámbito laboral.

3. ¿Qué opina sobre su duración? ¿Es la ideal?

Actualmente son 4 años, pero podrían ser 3 años. Al último año no le veo mucho sentido, es más de lo mismo.

4. ¿Por qué eligió el actual sanatorio para realizar la residencia?

No lo conocía, pero me hablaron bien del mismo.



5. ¿Cuál cree que es el valor que aporta la residencia médica?

Experiencia, entrenamiento, trabajo en equipo. Prácticamente somos la cara visible de la institución hacia los pacientes y sabemos todo lo que pasa en el sanatorio ya que estamos dentro casi todo el día.

6. ¿Está conforme con la capacitación brindada?

No del todo, son muchas las veces que estamos solos. Ante casos complejos no sabemos cómo actuar y nos lleva a cometer errores para que después lleguen nuestros instructores a maltratarnos.

7. ¿Posee tutor? ¿Qué rol cumple o debería cumplir?

Sí, manejar el grupo, estar al tanto de los trabajos de investigación.

8. ¿Como residente, realiza tareas distintas en comparación a sus pares médicos especialistas? ¿Tiene igual responsabilidad ante las mismas?

Más trabajo y responsabilidades. Los médicos de planta trabajan solo 4 hs con suerte y apenas hacen un pase de guardia. Nosotros prácticamente hacemos todo, le ponemos cuerpo y alma al sanatorio día y noche.

9. ¿Son equitativos los beneficios y derechos?

No, tenemos el mismo título y si bien estamos en capacitación, ¡no tendríamos que padecer jornadas de más de 30 hs sin dormir y sus maltratos!

10. ¿Qué jornada laboral cumple actualmente?

De 9 a 17 y 6 guardias al mes, y sin pos guardia.

11. ¿Qué opina de la remuneración?

Podrían pagarnos las horas extras que realizamos como en otras profesiones. Si nos comparamos con otras profesiones estamos mal pagos.

No se puede vivir con el sueldo que nos pagan. ¡No se puede comprar ni la canasta básica!

12. ¿Tiene otra fuente de ingresos? ¿Ha pensado tenerlo durante la residencia?

No por ahora, espero poder hacer guardias fuera del sanatorio una vez que este más avanzada en la residencia y tenga menor carga horaria.

13. ¿Según la jornada laboral estipulada, le alcanzan las horas para un descanso adecuado?

No. Me la paso día y noche en el sanatorio, es muy poco lo que puedo descansar y relajarme.



14. ¿Cuántos exámenes debe rendir al año, y cuanto tiempo le dedica a la preparación de los mismos?

Aproximadamente 6 exámenes, obviamente estudio el día antes y de ser posible durante la guardia.

15. ¿En la semana tiene tiempo para las actividades de ocio que le interesan?

No siempre, también hay que dedicarle tiempo a la familia y a la pareja y uno no tiene ese tiempo durante la residencia.

16. ¿Le haría alguna mejora al sistema actual de residencias?

Sí, que se cumpla la ley de residentes y en caso contrario que se sancione a quienes no la respeten.