

El problema de las Residencias: cuando un modelo no alcanza a adaptarse a la realidad implica que hay que cambiar el modelo o la realidad

Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(2): 5-6

Las residencias médicas constituyen el modelo de formación de especialistas por excelencia en la educación médica de posgrado desde hace más de 50 años. Su hegemonía se sostiene especialmente en el consenso mayoritario entre los médicos, y por el hecho de que las alternativas propuestas para reemplazarlas no han podido consolidarse como tales. Sin embargo, a pesar de su histórica presencia y relevancia en los ámbitos de formación de especialistas, hoy convoca a los distintos actores para pensar y resolver la aguda crisis en que se encuentra el sistema, tanto así que forma parte de la agenda de las universidades, de los ministerios y de otras estructuras que participan del espacio.

La historia de la residencia como modelo educativo se puede rastrear desde 1889 y fue creada por William Stewart Halsted en el hospital Johns Hopkins de Baltimore, Estados Unidos. El nuevo sistema de formación se basaba en cuatro premisas básicas: *dedicación exclusiva, formación en servicio, enseñanza programada y delegación progresiva de responsabilidades*. El nombre de "residencias" se debe a la estancia permanente del médico dentro de las instalaciones hospitalarias (). El modelo termina de consolidarse allá por 1910, luego del informe Flexner que avaló el modelo de formación de posgrado de Johns Hopkins, la especialización a través de residencias (,).

En nuestro país, la primera residencia comenzó a funcionar en el año 1944 por impulso del Dr. Tiburcio Padilla, en el Instituto de Semiología de la Universidad de Buenos Aires. Luego, el sistema se expandió lentamente hacia otros hospitales públicos (). La consolidación de este sistema en la Argentina ocurrió en la década del 50, en el marco de un proceso de modernización de la enseñanza de la medicina impulsado por una élite de profesionales—muchos de ellos ex-residentes en Estados Unidos—. Estos cursos duraban dos o tres años y acreditaban formación en la especialidad, certificada por la Facultad de Medicina de la UBA. El proceso de aparición y consolidación de las residencias médicas en Argentina se puede ver en tres períodos de acuerdo a Manrique: el período de

iniciación que se extiende hasta 1956; desde 1957 y hasta 1960 el de *afianzamiento sistemático*; y el tercero, *de expansión*, que comienza en 1961 (). Este último, marcado por el interés estatal en la propagación de la experiencia.

La historia de las residencias nos muestra que fueron (y son) una estructura muy sólida dentro de la formación médica, con escasos cuestionamientos a lo largo de su historia, y que a su vez se destacan por generar en cada uno de sus egresados un sentimiento muy fuerte de pertenencia y representatividad. Han sobrevivido sin cambios sustanciales a distintos procesos políticos, económicos y sociales, y nunca han dejado de representar la máxima expresión formativa de la profesión.

Este sentimiento de pertenencia y singularidad se puede comprender en el marco de pensar a la salud como un campo, con diferentes actores en tensión permanente por el capital que en él se disputa. En dicho campo, las residencias funcionan como un espacio instituyente de prácticas distintas y distintivas, objetivadas, que se incorporan y somatizan generando un *habitus* (Bourdieu, 1994) sobre el cual, el tránsito por la residencia se encarga de reproducir los bienes simbólicos de la profesión médica. Esta particularidad de la formación de posgrado es casi exclusiva de la medicina como profesión (profesión según Millerson, 1964), con lo cual, "la residencia", forma parte de su núcleo más duro.

Es difícil de comprender la ausencia de un cuestionamiento hacia las residencias teniendo evidencias sobre las prácticas de dominación que genera, la violencia simbólica a la que son sometidos los residentes (,), los escenarios o la política de formación alejada de las necesidades sociales y sanitarias, la casi nula posibilidad de formación con el equipo de salud, la residencia como una relación laboral encubierta, donde no pocas veces se comprueba que los residentes no son supervisados y tienen a su cargo tareas que deberían ser realizadas por profesionales con mayor formación (), entre otras situaciones. Pero más allá de sus dificultades y su importancia estructural sobre

la profesión, los últimos años han mostrado una serie de situaciones objetivas que han llamado la atención y han sido motivo de preocupación de los múltiples actores que ocupan el campo: la cantidad de egresados de las carreras de medicina del país casi duplica en número a la oferta de residencias nacionales y provinciales (1,8 egresado por cargo disponible de residencias¹), dato que merece varias lecturas ya que no se cuentan las ofertas municipales y privadas que seguramente llegarían a compensar la diferencia. Pero aun así de los cargos propuestos por el Ministerio de la Nación y los de algunas provincias (Buenos Aires y Neuquén, por ejemplo), se llega a adjudicar aproximadamente el 50 al 60 % de la oferta¹.

El problema se agudiza aún más, cuando dichas adjudicaciones tienen una lógica de distribución geográfica –y en especialidades– que complica aún más las necesidades de especialistas y de médicos en general en distintas zonas del país, con énfasis en algunas especialidades en particular. Nos preocupa la Medicina Familiar sobre manera, ya que es la nuestra la residencia que menores adjudicaciones ha tenido en términos relativos y que peor se ha distribuido de

acuerdo a las necesidades sociales que supuestamente debe responder (ver artículo publicado en este número).

Dicho esto, es importante destacar los múltiples esfuerzos de distintos sectores por generar más y mejores ofertas y disponibilidades (económicas, académicas, políticas, etc.) pero evidentemente, hasta ahora al menos, los resultados que se necesitan no aparecen. Es interesante poner en discusión la temática en los distintos ámbitos, pero, en principio, debe partirse de generar nuevas preguntas, nuevas visiones de la realidad profesional, del mercado, y de la nueva subjetividad que acarrearán los egresados. Debemos posicionarnos desde una visión más humana de la formación, para dar una respuesta más adecuada a la población, desde un contexto más real y representativo de la práctica, y pensar al profesional como un sujeto que debe trabajar con otros y en ese trabajo debe construirse como profesional. La problemática está en agenda, todos estamos incluidos en ella, y para abordarla debemos caer en la cuenta que es poco probable que surjan nuevas soluciones si al repensarlas o analizarlas utilizamos las mismas herramientas.

Méd. (Mg) Pedro Silberman
Editor Responsable AMFG

NOTAS FINALES

¹ Fuente: Elaboración de la DNCHySO en base a datos propios, de los Ministerios de Salud provinciales y del DIU del ME.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Welch, W.H. Some of the conditions which have influenced the development of American medicine, especially during the last century. Bull Johns Hopkins Hosp. Baltimore, The Johns Hopkins Press 1908, 19:33
- 2 Beck AH. The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. JAMA 2004;291(17): 2139-40.
- 3 Ludmerer K. Understanding the Flexner Report. Academic Medicine; February 2010;85(2):193-196.
- 4 Milei J, Mirabile LM, Alberto C. Taquini y la primera residencia médica de la Argentina. Rev CONAREC 2006;22(84):82-83.
- 5 Manrique J. Estado actual de las residencias hospitalarias en la Argentina. RevAsocMed Argent 1963;77(8):396-400.
- 6 Parera, J; Santolin, L; Zabala, P; Salomon, S; Carena, J. Problemática del Maltrato durante la Formación Médica. Servicio de Clínica Médica. Hospital Lagomaggiore. FCM – UNCuyo, Mendoza – Argentina. [Disponible en: <http://209.13.157.14/jornadas2010/app/webroot/index.php/articulos/view/80>].
- 7 Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi M, Lalsala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. Medicina (B Aires). 2005;65:366-8.
- 8 Carballido R, Ayala Paredes F, Amarilla A, Salazar C, Masoli O, Iglesias R. Estado actual de las Residencias de Cardiología. Encuesta Nacional de Residentes 1997. Rev Argent Cardiol 1998;66:269-76.