



FLACSO
ARGENTINA

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

SEDE ACADÉMICA ARGENTINA

**MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN
EN EDUCACIÓN**

*Condiciones de formación en las residencias médicas. El maltrato como
práctica educativa legitimada*

Fabiana Reboiras

Director: Marcelo García Diéguez

Abril 2020



Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> o envíe una carta a Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Resumen

Este estudio se propone dar respuesta a la problemática identificada a nivel internacional acerca de los entornos educativos hostiles en la residencia médica y de las prácticas de maltrato hacia los residentes. Ofrece nueva información sobre las condiciones de formación y el trato dado a los residentes y analiza el problema desde una perspectiva compleja y multifactorial. Cuál es su origen, qué condiciones hacen posible, legitiman y perpetúan las prácticas abusivas e intimidatorias al interior del sistema de residencias. Se realiza un estudio empírico sobre las condiciones de formación y trato dado a los residentes en dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, a través de un cuestionario semi estructurado de 33 ítems, de elaboración propia, anónimo y confidencial que fue administrado de manera presencial a los residentes de las residencias médicas básicas. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS. Se obtuvo una tasa de respuesta del 52% (98/188) y el 63% fueron mujeres.

Este estudio de campo, arroja que el 99% de los residentes sufrió algún tipo de maltrato. Maltrato educativo(96%), psicoemocional(78%), discriminación(30%) o abuso(4%), lo que confirma la existencia de prácticas intimidatorias y abusivas durante la formación en la residencia. Los profesionales de planta fueron señalados en primer lugar como responsables (116 menciones). Se espera que sea un estímulo para producir políticas institucionales de prevención, así como mecanismos de reporte y protección hacia los residentes objeto de maltrato durante su formación.

Palabras claves: Residencia médica. Pedagogía médica. Maltrato educativo. Maltrato psicoemocional. Acoso. Discriminación.

Abstract

The aim of this study is to provide an answer to the issue identified worldwide regarding hostile educational environment and mistreatment of medical residents during their training. It offers new information about general training conditions and the treat received towards medical residents and analyzes the problem from a complex and multifactorial perspective. What the origin of the problem is and what conditions facilitate, legitimize and perpetuate abusive and intimidating practices within the residency system. An empirical study about training conditions and treat received towards residents was carried out in two hospitals of Buenos Aires city, through a 33-item semi-structured questionnaire of residents, developed by the researcher for this study and conducted in a face to face, anonymous and confidential way. Data were analyzed through the Statistical Package for the Social Sciences SPSS. Fieldwork shows that 99% of the residents suffered some kind of mistreatment: Educational mistreatment (96%), psycho-emotional mistreatment (78%), discrimination (30%) and abuse(4%), confirming the existence of intimidating and abusive practices during the training. Staff professionals were identified as primarily responsible (116 mentions). This study is expected to act as an stimulus for establishing institutional prevention policies, as well as reporting and protecting mechanisms for residents who suffered abused during their training.

Key words. Medical residency. Medical education. Educational Mistreatment. Psycho-emotional mistreatment. Abuse. Discrimination.

Agradecimientos

Al Dr. Pablo Argibay (†) mi primer director que me alentó a iniciar este trabajo y dirigió mi tesis durante su enfermedad y hasta su fallecimiento.

A los Directores de Docencia y Jefes de servicio que permitieron realizar este estudio en sus hospitales y a los residentes que voluntariamente se ofrecieron a participar en él.

Al Dr. Alfredo Eymann quien me alentó a concluir este estudio y fue mi asesor metodológico y autor de todas las pruebas de validación del instrumento y de resultados.

A la Lic. Clara Facioni, sin su gran colaboración en la elaboración de la base de datos, carga y análisis de la información este trabajo no podría haber llegado a término.

A la Dra. Natalia Rosli quien hizo un enorme aporte a la edición final de este estudio.

A mis amigas y amigos del Hospital, que cuando dudaba si no era un tema "delicado", me dieron alentar a seguir adelante y a los que no también.

A mi familia, ya que este estudio les sacó muchos fines de semana y tiempo libre compartidos.

A mi padre, el Dr. Juan José Reboiras (†), quien estaba convencido que, con mi decisión de no seguir la tradición familiar de estudiar Medicina, la historia se había perdido "una gran médica". Acá está mi regalo para él, que vivió la práctica médica con pasión y sufrimiento.

Carta de la autora

El interés en el tema surge de mi historia familiar, integrada predominantemente por médicos. Mi abuelo Pepe, hijo de un inmigrante analfabeto, fue el primer médico de la familia y les ordenó estudiar Medicina a sus tres hijos, los tres varones. Todos cumplieron su mandato sin chistar: mi padre pediatra y mis dos tíos psiquiatras. Sin ninguna resistencia renunciaron a sus sueños de ser futbolistas y filósofos.

Desde muy pequeña compartí sobremesas de asado de domingo con mi padre, mis tíos y sus colegas en las que siempre llegaba el momento de las anécdotas de la residencia. Y así empezaban a contar las “bromas” que les organizaban a los novatos, planificadas con tanto o más esmero que cualquier otra actividad del servicio. Entre risas nerviosas compartían relatos de enorme violencia y crueldad que habían vivido durante su formación sin cuestionamiento alguno. Por el contrario, mostraban cierto orgullo, como los sobrevivientes de una gran aventura. Siguiendo el mandato familiar, en algún momento sentí “el llamado” hacia la carrera de Medicina pero finalmente estudié Ciencias de la Educación. El intento de alejarme del campo de la salud no fue del todo exitoso ya que desde mi graduación, e influenciada por mi padre, me dediqué a la Educación Médica. Trabajo como Educadora inserta en la vida hospitalaria. Soy una más del equipo de salud y mi rol, expresado en pocas palabras, es el de mejorar la enseñanza y el aprendizaje de las Ciencias de la Salud. Mi día a día transcurre en el hospital. Estoy habituada a cruzarme con pacientes oncológicos que pasean con su vía de quimioterapia. Cuando paso por la puerta de los quirófanos, camino más lento si un cirujano está dando un parte a los familiares y sin llegar a oír entiendo la tragedia a través de sus caras. Las reuniones y clases tienen que interrumpirse unos segundos por la entrada de las ambulancias a la guardia, son parte de los ruidos del entrono. Mis compañeros de almuerzo, entre bocado y bocado, me cuentan en detalle como acaban de extirpar una lengua o hacer un ano contranatura.

Ser educadora en el campo de la Medicina es ocuparse del “mundo educativo todo”; de la formación en el grado y en el posgrado, principalmente en las residencias. Dentro de ese mundo, gran parte lo ocupa la formación docente. Una de las primeras actividades que les propongo en esos cursos es reflexionar sobre su experiencia como estudiantes de medicina y/o de residentes. Que miren para atrás y elijan de su pasado a aquellos profesores que fueron significativos, que dejaron una marca en ellos/as. Así analizamos juntos, en qué medida en su presente como profesores están reproduciendo esos modelos

o están proponiendo relaciones diferentes con sus estudiantes o residentes. Es aquí, en los recuerdos de las experiencias educativas de mis alumnos/as, donde me volví a encontrar con historias de la misma crueldad que las que escuchaba en la infancia. Tanto en el ámbito privado como público, así como en la Argentina y casi toda Latinoamérica, fui y soy testigo de testimonios directos de prácticas de maltrato experimentadas durante la formación. Descubrí que el refrán “La letra con sangre entra” tiene en la enseñanza de la Medicina a algunos de sus mejores representantes.

Las historias del paso por la Facultad de Medicina de mis alumnos y los relatos directos de los residentes, especialmente de mujeres y extranjeros, me hicieron decidir a investigar sobre el silenciado tema del maltrato en la formación de médicos residentes. Decidí realizar mi propio estudio de campo en dos hospitales de la ciudad de Buenos Aires, además del estudio teórico-bibliográfico del tema.

Sin dudas, formo parte del problema y fui socializada bajo esta cultura del maltrato y el sacrificio en mi entorno familiar. Experiencia que me otorga el privilegio de, desde pequeña, comprender los códigos de la profesión médica y transitar una oscilante ambigüedad que va de la identificación y la empatía a la visión crítica de esta “pedagogía de la crueldad”. El desafío es reconocer esa ambigüedad que muchos agentes de salud experimentamos y no quedarnos en el plano de lo discursivo, sino avanzar hacia acciones realmente transformadoras de estos ambientes hostiles de aprendizaje tan instalados de los que sin dudas todos los actores del sistema de salud somos responsables y víctimas a la vez.

Sobre el uso del lenguaje en este estudio

Durante la escritura de esta tesis la incomodidad acerca del uso del lenguaje fue creciendo a paso acelerado. La constante tensión de sentir que escribir en el “universal masculino” ya no me representa ni representa, y sigue dejando afuera, a la diversidad de género y a las voces de otros colectivos ausentes también en la producción académica.

Espero que las próximas generaciones de investigadores tengan mayor claridad sobre este tema. A mí me encuentra en la culminación de mi trabajo llena de dudas. Comparto estas reflexiones de la Dra. en Letras Elena Bossi sobre el lugar del lenguaje en términos más amplios pero que puede contribuir a pensar la producción de conocimiento y a la academia en general.

“La tendencia conservadora del lenguaje obra en contra de la libertad artística. Dante escribió la Divina Comedia en la lengua en que se hablaba en las calles en vez de hacerlo en el modo “literario” de la época (...) De eso se trata el viaje de las lenguas: de cambios aceptados y rechazados, de una lucha casi invisible a veces, más obvia en otros casos. ¿Qué se combate en todos los casos? La ley heredada, la costumbre, la normativa, el orden del padre. Ya no es Dios, ya no es la ley religiosa; pero la lengua que recibimos es tan opresora como la inquisición y tan liberadora como el arte. Bien lo saben los adolescentes que inventan lenguas para no ser entendidos o para expresar lo que las lenguas que heredan les impiden decir. Bien lo sabe la poesía de todo el mundo que vive de romper las reglas para poder decir lo indecible, para ayudarnos en nuestra discapacidad de poder expresar aquello que sentimos. Y ahora hace falta hablar de libertad y de inclusión, se pretende que el arte de las mujeres aparezca en los museos, que la música que componen e interpretan se escuche, que otros géneros ocupen los espacios de decisión. Es necesario hablar de lo indecible de siglos de quemados, sometimientos, dolores, prisiones, desamores, ausencias y explotación; para eso hay que romper muchas reglas: sociales y lingüísticas y es lógico esperar la reacción inquisitorial de mucha gente que tendrá miedo, tendrá odio. Los cambios de un orden social y la libertad de los sometidos generan miedo y odio porque altera el status quo y quienes son dominantes no quieren perder sus privilegios. Querrán burlarse, ignorar, matar, quemar, castigar como lo hicieron con las brujas que nos regalaron la medicina moderna. La vanguardia es la primera línea en un frente de batalla y es la que recibe más ataques. Se

hace lo posible para que quienes vengan detrás la tengan más fácil. Será un legado para las generaciones venideras: disminuir los daños.”¹

En consonancia con estas palabras, considero que la Academia también se merece nuevos debates acerca del uso del lenguaje “apropiado” en la ciencia. Aunque este estudio está narrado en el universal masculino que supone incluir a todas las personas, esta tesis pretende reconocer la diversidad y la ausencia de voces imprescindibles en el debate de esta problemática y ser sensible a las diferencias de poder y a la desigualdad de oportunidades existentes en la formación médica.

¹ Entrevista a Elena Bossi. No molesta el lenguaje inclusivo, lo que molesta es el feminismo. *El Tribuno*, 26 de enero de 20202. Recuperado de <https://bit.ly/2JRSAMO>

Índice Principal

Resumen	3
Abstract.....	4
Agradecimientos	5
Carta de la autora	6
Sobre el uso del lenguaje en este estudio	6
1. Presentación del estudio	15
1.1. Introducción.....	15
1.2. Planteo del problema	22
1.2.1. Maltrato y educación, orígenes de la pedagogía de la crueldad	22
1.2.2. El concepto de maltrato en contexto de formación y trabajo	23
1.3. Antecedentes generales.....	26
2. Plan de tesis: Objetivos y metodología.....	30
2.1. Preguntas que orientan este estudio y objetivos de la investigación	30
2.2. Diseño y etapas de la investigación	31
2.2.1. Estudio bibliográfico	32
2.2.2. Estudio empírico: Condiciones de formación y trato recibido en dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.....	33
2.3 Contexto y participantes del estudio empírico	35
2.4. Procedimiento de análisis de los datos	36
3. El maltrato en la formación médica.....	38
3.1. Maltrato en Escuelas de medicina	38
3.2. Maltrato en las residencias	40
4. El ejercicio de la medicina, territorio militarizado. <i>Una posible genealogía del problema</i>	44
4.1. Introducción.....	44
4.2. La construcción del modelo heroico: del campo de batalla al hospital	47
4.3. La medicina a la espera de su soldado Carrasco: el disciplinamiento en acción	51
5. Condiciones de formación y trato recibido en dos hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Presentación y análisis de los resultados obtenidos	56
5.1 Introducción y participantes del estudio	56

5.2. Maltrato educativo, psicoemocional, acoso sexual y/o discriminación durante la residencia	59
5.2.1-Maltrato Educativo	60
5.2.2. Maltrato Psicoemocional	65
5.2.3. Acoso Sexual	68
5.2.4. Discriminación.....	71
5.3- Responsables	77
5.4. Nivel de reporte de las experiencias de maltrato vividas	80
5.5. Consecuencias percibidas a partir de las situaciones vividas	81
5.6. Pensamientos de abandono de la profesión	82
5.7. Participación en acciones de maltrato	84
5.8. Principales hallazgos y nuevos interrogantes	85
6. La Pedagogía del <i>maltrato beneficioso</i> , una práctica educativa legitimada.....	88
6.1. La residencia como <i>institución total</i>	88
6.2. El maltrato que hace bien. Las prácticas educativas intimidantes como inherentes al aprendizaje de la Medicina.....	91
6.3. La Pedagogía de la crueldad como parte del curriculum oculto.....	97
7. Conclusiones y Discusión.....	100
8. Referencias Bibliográficas.....	109
9. Sitios web consultados.....	119
10. Anexo: Datos completos de cruces de variables del trabajo de campo	120

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Criterios de búsqueda bibliográfica	32
Cuadro 2. Detalle de las dimensiones del Instrumento elaborado.....	34
Cuadro 3. Residentes encuestados según tipo de gestión del hospital. Cantidad y distribución porcentual	57
Cuadro 4. Residentes encuestados según características demográficas. Cantidad y distribución porcentual	58
Cuadro 5. Residentes encuestados según sufrimiento de algún tipo de maltrato en su formación. Cantidad y distribución porcentual	60
Cuadro 6. Residentes encuestados según sufrimiento de maltrato educativo en su formación. Cantidad y distribución porcentual	60

Cuadro 7. Residentes encuestados según sufrimiento maltrato educativo. Distribución porcentual	61
Cuadro 8. Residentes encuestados según percepción de falta de reconocimiento a su dedicación y/o esfuerzo según especialidad. Distribución porcentual.	63
Cuadro 9. Residentes encuestados según percepción de actividades consideradas inapropiadas para la formación según tipo de gestión de la sede formadora. Distribución porcentual	63
Cuadro 10. Residentes encuestados según percepción de actividades consideradas inapropiadas para la formación según año de residencia. Distribución porcentual.....	63
Cuadro 11. Residentes encuestados según percepción de haber sido expuesto/a a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de las responsabilidades según sexo. Distribución porcentual	64
Cuadro 12. Residentes encuestados según percepción de tener que resolver situaciones por encima del año de residencia según tipo de gestión privada-gestión pública .Distribución porcentual.	65
Cuadro 13. Residentes encuestados según si recibió sólo comentarios negativos en las evaluaciones según especialidad. Distribución porcentual.....	65
Cuadro 14. Residentes encuestados según sufrimiento de maltrato psicoemocional en su formación. Cantidad y distribución porcentual	66
Cuadro 15. Distribución porcentual de los residentes según percepción de maltrato psicoemocional	66
Cuadro 16. Recepción de gritos frente a colegas y/o pacientes según especialidad. Distribución porcentual	67
Cuadro 17. Recepción de calificaciones verbales degradantes frente a colegas y/o pacientes según especialidad. Distribución porcentual	68
Cuadro 18. Residentes encuestados según sufrimiento de acoso sexual. Cantidad y distribución porcentual	69
Cuadro 19. Residentes encuestados según sufrimiento de acoso sexual en su formación según sexo. Distribución porcentual.....	69
Cuadro 20. Residentes encuestados según sufrimiento de acoso sexual en su formación. Distribución porcentual	71
Cuadro 21. Residentes encuestados según sufrimiento de discriminación en su formación. Cantidad y distribución porcentual	71

Cuadro 22. Residentes encuestados según sufrimiento de discriminación según sexo. Distribución porcentual.	72
Cuadro 23. Residentes según percepción de discriminación, por tipo de discriminación. Distribución porcentual	72
Cuadro 24. Residentes encuestados según si ha recibido comentarios ofensivos en relación a su condición de hombre o mujer según sexo. Distribución porcentual	73
Cuadro 25. Residentes encuestados según si ha recibido comentarios ofensivos en relación a su orientación sexual. Distribución porcentual	74
Cuadro 26. Percepción de discriminación según nacionalidad o procedencia. Distribución porcentual	76
Cuadro 27. Cantidad de personas señaladas como responsables del maltrato psicofísico según personas que padecieron maltrato educativo, maltrato psico-físico, acoso sexual y/o discriminación. Opción de respuestas múltiples por parte de los residentes.	77
Cuadro 28. Residentes que sufrieron algún tipo de maltrato según a quien informó la situación vivida. Cantidad y distribución porcentual	80
Cuadro 29. Consecuencias percibidas a partir de las situaciones vividas. Cantidad y distribución porcentual	81
Cuadro 30. Tipo de consecuencias. Cantidad y distribución porcentual	81
Cuadro 31. Pensamientos de dejar la residencia. Cantidad y distribución porcentual ...	82
Cuadro 32. Pensamientos de dejar la Medicina. Cantidad y distribución porcentual	83
Cuadro 33. Participación como colaborador en alguna de las de las situaciones enumeradas anteriormente. Cantidad y distribución porcentual	84
Cuadro 34. Participación como testigo, aunque no la haya vivido en su propia persona, de alguna de las situaciones enumeradas anteriormente. Cantidad y distribución porcentual	84
Cuadro 35. Vivencia de situaciones similares a las descritas cuando era estudiante de Medicina. Cantidad y distribución porcentual	85
Cuadro 36. Percepción de falta de reconocimiento según sexo, nacionalidad y especialidad	120
Cuadro 37. Percepción de que le fueron asignadas actividades inapropiadas para su formación según sexo, nacionalidad y especialidad	121
Cuadro 38. Percepción de haber sido expuesto/a a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de las responsabilidades de su año de residencia que según sexo, nacionalidad y especialidad	122

Cuadro 39. Recepción de gritos frente a colegas y/o pacientes según sexo, nacionalidad y especialidad	123
Cuadro 40. Recepción de acciones de acecho según sexo, nacionalidad y especialidad	124
Cuadro 41. Recepción de calificaciones verbales degradantes frente a colegas y/o pacientes según sexo, nacionalidad y especialidad	125
Cuadro 42. Discriminación por género según nacionalidad	126
Cuadro 43. Discriminación por orientación sexual según nacionalidad	126
Cuadro 44. Discriminación por género según género	126
Cuadro 45. Discriminación por orientación sexual según género	126
Cuadro 46. Discriminación religiosa según género	127
Cuadro 47. Discriminación por nacionalidad o procedencia según género	127

1. Presentación del estudio

“Yo no tengo recuerdos de la residencia, tengo secuelas”

Expresión formulada en un encuentro familiar de médicos, autor anónimo

Resumen

En este capítulo se presentan las características del sistema de residencias, el marco normativo que las regula y los aspectos que lo configuran como un ambiente de aprendizaje estresante y hostil. Se realiza una retrospectiva histórica de la tradición y el lugar del maltrato en la educación en general y en el ámbito laboral. Se describe el concepto de maltrato que se utilizará en el marco conceptual de esta tesis y se presentan los primeros antecedentes de estudios sobre prácticas abusivas en la formación médica en el ámbito nacional e internacional. El propósito de este apartado es realizar una historización y contextualización del sistema de residencias poniendo énfasis en las características que pueden dar cuenta de la presencia de prácticas de maltrato hacia los residentes. Por otra parte, se propone reseñar los principales estudios que iniciaron los reportes de maltrato en la formación en Medicina.

1.1. Introducción

Las residencias médicas² son programas formativos de posgrado en los que se adquieren las competencias profesionales necesarias para ejercer una especialidad médica. En la República Argentina, la residencia como dispositivo de formación hospitalaria se crea en el año 1960 (Resolución MASySP N° 1778/60) y en el año 1979 se promulga la primera *Ley del Sistema Nacional de Residencias* (Ley N° 22.127)³. Hasta la década del 60, las posibilidades de “aprender haciendo” para un médico recién graduado eran muy

² El primer antecedente del sistema de residencias actual surge a mediados del siglo XIX en Viena (Austria) liderado por el Dr. Teodoro Billroth. Poco tiempo después en los Baltimore (Estados Unidos) el Dr. William Halsted inició la "residencia" cuando fue nombrado jefe de Cirugía en el Hospital Johns Hopkins, denominándolas así porque los médicos "residían" en el hospital. El Dr. William Osler del mismo hospital, fue uno de los pioneros en incorporar a los estudiantes de Medicina en la vida hospitalaria ya en tercer año de la carrera. Según la historia relatada en la John Hopkins Medical School, el Dr. Osler quería que colocaran en su memoria: “él fue quien trajo a los estudiantes al lado de la cama del paciente”. Recuperado de <https://www.hopkinsmedicine.org/about/history/history5.html>, acceso 1 de enero 2020.

³ Ley del Sistema Nacional de Residencias. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/115574/norma.htm>, acceso 1 de enero 2020

informales y estaban supeditadas a tener “algún contacto” o algún pariente dentro del sistema hospitalario.

El aspecto distintivo es que se trata de una alternativa de formación en servicio que sucede dentro de un hospital u otra unidad asistencial. El sistema de formación es un híbrido entre el aula de clase y un lugar de trabajo. Es un lugar que no ha sido diseñado para satisfacer las demandas de un proceso educativo ya que el residente se involucra como parte de un equipo de trabajo para el ejercicio profesional y asume responsabilidades propias de la práctica de la Medicina.(Borrell Bentz, 2005).

En la residencia los escenarios educativos principales son la guardia, la sala de internación, los consultorios externos y el quirófano, entre otros. En estos escenarios los residentes aprenden incluyéndose en la actividad asistencial con pacientes reales. Es decir, no son escenarios educativos artificiales y programados sino que es un aprendizaje de tipo incidental, se aprovecha el caso que consulta para que el residente, bajo un sistema de supervisión permanente, vaya ganando autonomía y asumiendo responsabilidades en la atención de forma graduada. Es por ello que la residencia presenta una alta carga emocional ya que se pasa de manera abrupta de las aulas de la facultad a estar inserto en el sistema de salud y en la atención de pacientes. Es esta experiencia la que le va a permitir al recién graduado la modelización profesional, a través de la observación e imitación de la manera de actuar de los médicos en actividad. Este “cabalgar” entre el sistema asistencial y el sistema formador, presenta muchas tensiones a la hora de definir la dependencia de los residentes. Para algunas cuestiones pertenecen al servicio y para otras pertenecen al área de Docencia del hospital. Por otra parte, es común escuchar la frase “La residencia es mano de obra barata”, ya que en muchas instituciones abrir plazas de residencia puede ser una solución económica para cubrir las necesidades asistenciales de los servicios a bajo costo y se abren dichos programas como plazas de trabajo asistencial encubiertos, sin ofrecer oportunidades de aprendizaje supervisado con adquisición de autonomía creciente para formarse como especialista. También se escucha en la jerga médica hablar de la “jornada laboral” de los residentes cuando en realidad están cumpliendo con un programa de formación.

Por ley, las residencias son programas rentados que duran entre tres y cinco años y tienen una dedicación horaria exclusiva de 40 horas semanales, más las guardias de 24 horas semanales durante todo el programa. Esta característica de alta inmersión, produce una convivencia muy estrecha y relaciones interpersonales intensas entre residentes, ya que los hace compartir muchas horas diurnas y nocturnas y cierto aislamiento del mundo

exterior, suma condiciones que la convierten en una experiencia de una exigencia física y psicoemocional muy alta.

En este complejo contexto, el aprendizaje se produce bajo supervisión de médicos expertos y un error cometido por un residente puede tener graves consecuencias para el paciente, el médico tratante y la institución (Cortés Barré, 2010). La supervisión educativa la llevan adelante profesionales del servicio asignados a ello, con mayor, menor o nulo interés en enseñar la profesión a jóvenes recién graduados. En algunos servicios algún médico ejerce el rol de coordinador de la residencia quien organiza junto con el jefe de residentes, máxima autoridad de la residencia, la actividad de los residentes. La estructura de supervisión al interior de la residencia sigue un *modelo lancasteriano*⁴ en el que los residentes superiores forman, supervisan y tiene autoridad sobre los residentes inferiores.

Como se mencionó anteriormente, en el desarrollo de las residencias conviven varios actores que influyen en las decisiones que se toman dentro del sistema formador y hacen compleja su dirección. A diferencia de la formación de grado en el que la carrera depende de la universidad, en las residencias médicas tienen diferente grado de injerencia las autoridades sanitarias locales y nacionales, las universidades, las sociedades científicas y los colegios médicos. Esto hace que los residentes tengan una dependencia doble, y a veces triples. Dependen del servicio asistencial donde hacen su formación, pero también dependen, y sus actividades son reguladas, por el área de docencia del hospital. Además, en algunas residencias llegan a tener una tercera dependencia, ya que la residencia que están realizando forma parte de una carrera de especialista universitario y aparece la universidad como tercera institución reguladora. En esta estructura el residente queda atrapado y “tironeado” entre autoridades que muchas veces se consideran totalmente autónomas para decidir sobre la formación del residente y desconocen la autoridad compartida con las otras.

Con respecto a las titulaciones, el escenario también es complejo y compartido. Para la obtención del título de especialista existen ciertas superposiciones entre las

⁴ Esquemáticamente, este método se basa en el uso de alumnos avanzados denominados "monitores", que enseñan a sus compañeros los conocimientos adquiridos con anterioridad. Solamente los monitores precisan comunicarse con un maestro único, de quien reciben tanto los conocimientos básicos a ser transmitidos a los otros niños como los preceptos para la organización de la actividad escolar. De este modo, se conforma una estructura piramidal que posee al maestro en la cúspide y a los alumnos en la base, siendo los monitores, ubicados en la franja intermedia, los que llevan a cabo cotidianamente el proceso de enseñanza-aprendizaje. Fuente: Nadorowski, M. (1994). La expansión lancasteriana en Iberoamérica. El caso de Buenos Aires. *Anuario del Instituto de Estudios Histórico Sociales*, 9, 255-277. Recuperado de <http://anuarioiehs.unicen.edu.ar/Files/1994/La%20expansi%C3%B3n%20lancasteriana%20en%20Iberoam%C3%A9rica.pdf>

entidades certificadoras. La Ley de Educación Superior⁵ establece que sólo las universidades pueden otorgar títulos de posgrado que son los títulos de especialista, de magíster y doctor. Al mismo tiempo, la Ley de Ejercicio Profesional de la Medicina⁶ autoriza a “anunciarse como especialista” a quien haya completado una residencia o haya cumplido cinco años de asistencia en un servicio de la especialidad. En este momento el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Educación de la Nación están articulando acciones para no duplicar los procesos de acreditación en especialidades, mediante instancias comunes de acreditación que simplifiquen el proceso y hagan que coincida la categoría de “médico especialista” con la de un título universitario (Duré, M. I., Fernández Lerena, M., y Gilligan, C., 2019).

Otro aspecto importante para comprender el sistema de residencias es conocer las entidades que evalúan y realizan el seguimiento de la calidad educativa de los programas y las principales problemáticas que detectan. El Ministerio de Salud de la Nación (MNSAL) de Argentina regula el sistema de residencias a través del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES)⁷. El SNARES establece una serie de parámetros y criterios de evaluación orientados a asegurar la calidad de las ofertas de formación en residencias. Establece las pautas mínimas para su funcionamiento en todo el país e implementa los procesos de evaluación y acreditación junto con las asociaciones y sociedades científicas, quienes funcionan como entes acreditadores junto con el MNSAL.

En este proceso, uno de los puntos más críticos que lleva adelante el MNSAL es lograr que se termine con las situaciones abusivas para los residentes en cuanto al sistema de guardias durante su formación. Sobre ello regula:

*“Los residentes, 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***

⁵ Ley N°24.521. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27204-254825>, acceso 12 de enero 2020

⁶ Ley N° 23.873. Recuperado de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6164&word> , acceso 12 de enero 2020

⁷ Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/acreditaciones>, acceso 1 de enero 2020

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". (Resolución Ministerial 1993/15⁸, Art. 10°.- Guardia y descanso post-guardia; el destacado me pertenece)

El máximo de dos guardias semanales, el límite de 12 horas de cada una de ellas y el descanso post guardia de 6 horas que establecen la resolución se cumple en contados centros asistenciales. En los informes de acreditación que realiza el MSAL, a través de las resoluciones de la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización, una de las recomendaciones más frecuentes es adaptar el sistema de guardias a lo detallado en la Resolución N°1991/15.

Esta política de resguardo de la carga horaria y el descanso post guardia sigue aun generando controversias. Se presentan en los foros académicos y congresos de Educación médica trabajos/consultas realizados por responsables de programas que expresan que los residentes no quieren retirarse al cumplir las horas que la reglamentación dispone porque pierden oportunidades de aprendizaje. Cabe preguntarse si esta regulación para su implementación plena no requiere de una reestructuración del funcionamiento de la mayoría de los servicios hospitalarios, ya que la disminución de las actividades asistenciales cubiertas por los residentes requiere del nombramiento de una mayor cantidad de médicos de planta o asociados a los servicios para cubrir la demanda asistencial.

Otro aspecto distintivo de la Medicina es su carácter de *profesión de riesgo social*, que le agrega complejidad a sus escenarios de aprendizaje. La Medicina forma parte de las carreras consideradas de *riesgo social* en la Ley de Educación Superior (Art. 43°)⁹,

⁸Resolución N°1993/15.

Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/VjY1QVpRczVqajArdTVReEh2ZkU0dz09>

⁹ LES 24521/95. Artículo 43°. Cuando se trate de títulos correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes, se requerirá que se respeten, además de la carga horaria a la que hace referencia el artículo anterior, los siguientes requisitos: a) Los planes de estudio deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades CU ; b) Las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria CONEAU o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas. El Ministerio de Cultura y Educación determinará con criterio restrictivo, en acuerdo con el Consejo de Universidades CU, la nómina de tales títulos, así como las actividades

por lo que las escuelas de Medicina deben cumplir criterios más exigentes que los que tienen otras áreas disciplinares, como las ciencias humanas o sociales. El Ministerio de Educación de la Nación Argentina realiza la evaluación de su funcionamiento a través de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) y las carreras deben revalidarse cada 3 o 6 años según la categorización obtenida.

Con respecto a las carreras de especialización en Medicina la reciente Resolución N°2643/19¹⁰ del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología regula varios aspectos que hacen a la mejora de la formación y pone énfasis en proteger la dedicación horaria y el tiempo de estudio así como la formación pedagógica de los supervisores educativos. En su anexo: *Caracterización general de estándares para carreras de Especialización en Ciencias Médicas* acerca de la duración, carga horaria y tiempo protegido para la actividad teórica establece:

*“2.2.1. Especializaciones médicas asistenciales básicas clínicas o quirúrgicas:
Duración mínima: 3 años; Carga horaria mínima total: 1760 horas por año;
Carga horaria práctica: 80% Carga horaria teórica: 20%; Dedicación
semanal: 40 horas.”*

Dicho anexo también establece la necesidad de que el cuerpo académico acredite formación o experiencia en docencia universitaria, y que se le ofrezca la oportunidad de formarse y se establezcan claramente los diferentes roles docentes:

“5.1. El cuerpo académico debe acreditar formación docente o experiencia en docencia universitaria.

5.2. La carrera deberá ofrecer instancias de capacitación docente a los profesionales que se desempeñan en los escenarios de práctica que cumplen funciones docentes para la carrera.

5.3. Los roles docentes del cuerpo académico deben estar claramente definidos.”

profesionales reservadas exclusivamente para ellos. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm>
¹⁰RESOL-2019-2643-APN-MECCYT. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2643-2019-328001/texto>, acceso febrero 2020

A pesar de que los marcos regulatorios intentan asegurar la calidad de la formación, los dictámenes y recomendaciones de los procesos de acreditación tanto del Ministerio de Salud como el Ministerio de Educación, señalan importantes déficits en la implementación de los programas. Programas docentes que no cumplen el desarrollo de sus objetivos y la enseñanza de los contenidos previstos, escaso tiempo protegido para el estudio, un sistema de guardias que no permite un adecuado descanso, un número insuficiente de actividades formativas no asistenciales (cursos, clases, talleres), contadas actividades de investigación y reflexión sobre la práctica clínica y bajos niveles de supervisión y evaluación del desempeño profesional.

El sistema de residencias entonces como se analizó hasta el momento puede configurarse como un entorno formativo estresante y hostil por, en primer lugar, ser un dispositivo de formación inserto en la actividad asistencial con la exigencia que produce estar aprendiendo en servicio; en segundo lugar, por las extenuantes jornadas diarias y guardias y la sobrecarga asistencial que deja escaso tiempo protegido para el estudio y para las actividades formativas no asistenciales como cursos, clases, congresos y las actividades de investigación; en tercer lugar, por falta de formación docente de los supervisores y las deficiencias en los sistemas supervisión y evaluación de los residentes, expuestos en los informes de acreditación.

Si se suma a estas características del sistema formador, el desgaste psicoemocional que, por sí mismo, implica relacionarse con la enfermedad y con la muerte en la práctica de la Medicina (Dyrbye, Thomas, y Shanafelt, 2005), se explica la problemática del *Burnout*, Síndrome de Desgaste profesional o Síndrome de estar quemado (SQT) entre los residentes. Problemática sobre la que los estudios de investigación alertan como efecto de las excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer y que producen la vivencia de fracaso personal. El *Burnout* se define como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas (Maslach, 1982; Maslach y Jackson, 1986). Christina Maslach, psicóloga e investigadora es la creadora del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), dispositivo utilizado para medir el *Burnout* en los servicios de salud (enfermeras, médicos, psicólogos, asistentes sociales). Una revisión sistemática sobre esta problemática (IsHak *et al.*, 2009) encontró que entre el 27-75% de los residentes, dependiendo de la especialidad en la que se estaban formando, padecían *Burnout*.

Podemos así concluir que dada esta complejidad y multifactorialidad, la formación médica transcurre en un entorno con altas probabilidades de resultar estresante

y hostil y son causa de un alto nivel de estrés y *Burnout* no sólo en nuestro país sino a nivel internacional, con un potencial efecto de deterioro de la calidad de vida de los residentes.

Cabe mencionar que a pesar de las dificultades y tensiones mencionadas, la residencia fue asentándose a nivel internacional y, en la actualidad, es la primera opción de formación de posgrado para los graduados recientes en el ámbito de la Medicina.

En este estudio enfocamos en el trato que reciben los residentes durante la formación. Se analiza en qué medida pueden relacionarse y están vinculadas las características de funcionamiento con el clima de aprendizaje y el trato recibido durante la formación.

Se espera que esta investigación produzca nueva información sobre la presencia de prácticas educativas intimidantes y abusivas en la educación médica y que colabore a visibilizar las condiciones que las hacen posibles, las perpetúan y las legitiman al interior del sistema de formación de residentes. Se espera también que abra nuevos debates y sirva de base a futuras investigaciones que permitan dimensionar el impacto que el entorno de aprendizaje puede tener en la salud y en la calidad de vida de los médicos en formación y en la calidad de atención de los pacientes en los sistemas de salud.

1.2. Planteo del problema

1.2.1. Maltrato y educación, orígenes de la pedagogía de la crueldad

El refrán popular del siglo XV “La letra con sangre entra” se resiste a ser pasado. Siglo a siglo sobrevive y sus resabios se utilizan para enmascarar el maltrato hacia los estudiantes en distintos ámbitos educativos.

El maltrato en la enseñanza se remonta al castigo físico en la infancia, práctica milenaria justificada por representaciones y valoraciones sociales sobre lo que es o debería ser un niño/a educado. Martín Restrepo Mejía, en *Pedagogía doméstica* (1914), apeló al Espíritu Santo para justificar los castigos físicos en la educación:

Los castigos físicos son indispensables en la primera niñez, cuando aún no tiene el niño el freno interior de la conciencia, para evitar que se forme hábitos que dificulten o impidan la buena dirección de la voluntad cuando esta potencia se desarrolle. Por eso nos dice el Espíritu Santo: “Un hijo abandonado a sí mismo se hace insolente... Dóblale la cerviz en la

mocedad, y dale con la vara en la costilla, mientras es niño, no sea que se endurezca y te niegue la obediencia, lo que causará dolor en tu alma”. (...) el que ama a su hijo le hace sentir a menudo el azote o castigo, para hallar en él al fin consuelo. ¿Tienes hijos? Adóctrínalos y dómalos desde su niñez”. (p. 142).

Recién en el año 1959 se proclama la *Declaración de los Derechos del Niño* por parte de la Asamblea de las Naciones Unidas. Treinta años después –1989– esta declaración se convertiría en la *Convención Internacional de los Derechos*¹¹ de UNICEF, a través de las cuales se sanciona toda asociación entre educación y castigo. Lloyd De Mause (1982) en *Historia de la infancia* dice:

“La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco. Cuando más se retrocede en el pasado, más bajo es el nivel de la puericultura y más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales.” (p.15)

Este trato hacia la infancia se extendió a las siguientes etapas vitales de las personas en situación de aprender. Se instaló una suerte de desprecio generalizado hacia los alumnos que autoriza a los educadores a golpear en nombre de la formación. Aunque actualmente es sancionado el castigo físico, están presentes otras formas de golpear y perduran así rasgos de maltrato y abuso de poder manifestados de formas diferentes.

En el subapartado se describirá la forma que estas prácticas de maltrato se han enraizado en la formación médica, como prácticas legitimadas por los formadores quienes aceptan, justifican y perpetúan el maltrato como habitual y necesario para una buena enseñanza de la Medicina (Myers, 1996).

1.2.2. El concepto de maltrato en contexto de formación y trabajo

¹¹ Su propósito fue promover y proteger el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas y tiene carácter obligante para todos los Estados que se adhieran a ella. Es el tratado de derechos humanos más amplia y rápidamente ratificado de toda la historia, con 192 países Estados partes de la Convención. Solamente dos países, los Estados Unidos y Somalia, no han ratificado acuerdo. Recuperado de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>, acceso 3 de enero 2020.

En los últimos años ha adquirido una mayor visibilidad y protagonismo la temática sobre la violencia y el maltrato en contextos educativos y laborales, tanto en los medios masivos de comunicación como en la producción de informes e investigaciones sobre el tema.

En el ámbito escolar se empezó a abordar la problemática del denominado *bullying* (palabra que proviene del idioma inglés y deriva de la palabra *bull*, que significa toro, y puede ser traducida como el acto de “torear”). Las primeras investigaciones educativas acerca del *bullying* se enfocaron en el maltrato entre pares y describen los siguientes tres atributos en las acciones de *bullying*: la intencionalidad, la persistencia en el tiempo y el abuso de poder (Olweus, 1993).

Para que el *bullying* se mantenga, dicen Del Rey y Ortega (2007), existen dos “leyes”: la ley del silencio y la ley del dominio-sumisión. Por un lado, las personas implicadas directa o indirectamente, tienden a mantener en silencio lo que está sucediendo, lo que dificulta que deje de ocurrir. Por otro lado, las personas implicadas directamente mantienen un vínculo por el cual uno aprende a dominar y otro, a ser sumiso a esta dominación.

Por otra parte, en el ámbito laboral se denomina *mobbing* (término que proviene del verbo *to mob* y que significa “atacar con violencia”) al maltrato ejercido en el lugar de trabajo. El *mobbing* implica comunicaciones hostiles y antiéticas hacia un individuo, que lo empujan a situaciones de impotencia e indefensión. La alta frecuencia y la duración en el tiempo del maltrato producen en el individuo un considerable sufrimiento social, psicológico y psicosomático. Según Leymann y Gustafsson (1996) las acciones de *mobbing* tienen la intención de ejercer terror psicológico: “La víctima está sujeta a un proceso sistemático de estigmatización e intrusión y usurpación de sus derechos” (p.252).

Se observa que en ambos conceptos, *bullying* y *mobbing*, está presente el ejercicio de un abuso de poder y la intención de generar sufrimiento, sumisión y asegurar el silencio a través del miedo o el terror. Ambos términos son de utilidad para analizar el fenómeno del maltrato en la residencia, ya que es un programa de formación pero también comparte atributos del mundo laboral al estar inserto en una institución de servicios asistenciales.

En el contexto de la Educación médica no existe una definición consensuada y unívoca sobre el fenómeno del *bullying* y ello presenta limitaciones en cuanto a la comparabilidad de los resultados de las investigaciones hasta el momento. A pesar de ello, los estudios realizados en escuelas de medicina y en residencias hospitalarias arrojan resultados que, aunque diferentes, evidencian la presencia de este fenómeno y estimulan

a continuar mejorando tanto la conceptualización como los métodos e instrumentos de investigación empleados acerca del maltrato en la Educación médica. Por otro lado, el idioma español no tiene una traducción exacta del término. A los fines de este estudio, se utilizará como traducción equivalente la palabra *maltrato*. Para construir una definición propia del término *maltrato* a los fines de este estudio, se analizó en primer lugar la definición de *bullying* de la British Medical Association, BMA que presenta en su guía *Bullying and harassment: how to address it and create a supportive and inclusive culture* (Mowat, 2018):

“el abuso o intimidación por parte de un individuo o grupo sobre una víctima o varias produciendo en ella/s sentimientos de dolor, vulnerabilidad, ira y/o impotencia. La intimidación incluye, pero no se limita a agresiones (incluidas las amenazas, insultos, obscenidades y gritos); humillación persistente; dejar en ridículo o criticar frente a pacientes y/o colegas en público o en privado; generación de rumores maliciosos; cambios injustificados de áreas de responsabilidad relegamiento de la/s personas a tareas denigrantes y/o inapropiadas; exclusión deliberada del individuo de las discusiones o decisiones; comunicaciones agresivas por cualquier medio, incluyendo la comunicación electrónica”. (p.23)

Esta definición de maltrato se considera una de las más completas, sin embargo no incluye el problema de las potenciales secuelas que dichas acciones pudieran dejar en las personas. Por lo tanto, se tomará en cuenta la siguiente definición de Rodríguez-Carballeira, Escartín, Visauta, Porrúa y Martín-Peña (2010) que resulta complementaria:

“Se define al bullying como las acciones asociadas al abuso, asedio moral, hostigamiento, intimidación, degradación y/o maltrato dentro de los programas de formación médica que tienen como efecto socavar la confianza y autoestima del/los receptor/es, dejando distinto tipo y gravedad de secuelas.” (p.299)

Haciendo una integración de ambas definiciones presentadas previamente, se construye la siguiente definición de *maltrato*:

“Se define como maltrato a la conducta ofensiva, intimidante, degradante, discriminatoria o maliciosa que se ejerce de manera persistente contra un individuo y que tiene por lo general el efecto de socavar la confianza y autoestima, dejando distinto tipo y gravedad de secuelas.”

Se utilizará *maltrato* como principal término para referenciar el problema en estudio, pero también se podrán utilizar en ocasiones términos asociados como acoso, abuso, hostigamiento y/o intimidación. Cabe señalar que el maltrato se puede manifestar con formas más sutiles que la violencia física y los agravios desmesurados, en la modalidad de destrato. Si bien el sustantivo “destrato” y el verbo “destratar” no están en el Diccionario de la *Real Academia Española*¹², ambos términos respetan las reglas de formación de palabras en español y son de uso extendido con el significado de “trato indiferente o desconsiderado” equivalente a maltrato.

El eje central de este estudio será analizar de qué manera el maltrato se manifiesta, afianza y reproduce como una práctica educativa habitual, naturalizada y legitimada como inherente al aprendizaje de la Medicina.

1.3. Antecedentes generales

En el año 1982 el Dr. Henry Silver, pediatra e investigador de la Universidad de Colorado, publica un editorial en la reconocida revista de la Asociación Médica Americana, JAMA¹³, donde lamenta la triste transformación que tenía lugar en los estudiantes de Medicina, quienes ingresaban vehementes y entusiastas y que luego veía convertirse en hombres y mujeres cínicos, frustrados, asustados y deprimidos tras su paso por la Facultad. El Dr. Silver (1982) publica por primera vez la especulación de que, tal vez, podía atribuirse al abuso recibido durante la formación. Este artículo puede considerarse precursor ya que, hasta el momento, la formación médica era descrita sólo como una experiencia estresante y de mucha exigencia académica. El fenómeno del abuso estaba invisibilizado y naturalizado en la práctica educativa y este trabajo reconoció el problema, lo puso en la agenda de la investigación educativa y abrió el campo a una creciente cantidad de estudios posteriores.

Esta publicación se considera un hito, un antes y un después, y se puede hacer cierta analogía del proceso que desató al interior de la Educación médica con el proceso

¹²Diccionario de la Real Academia Española: <https://www.rae.es/>, acceso 30 de diciembre 2019

¹³ Revista JAMA, <https://jamanetwork.com/journals/jama>, acceso 30 de diciembre 2019

de reconocimiento de la problemática del abuso infantil dentro de la Pediatría. El abuso infantil era altamente prevalente pero era no reconocido por la comunidad científica hasta que en los años 60, los Dres. Ruth S. de Kempe y Henry Kempe lo identificaron y lograron la atención general. Empezaron con los primeros estudios sobre abuso infantil y se pusieron en contacto con varios directores de centros pediátricos de Estados Unidos preguntándoles si habían detectado pacientes abusados. La mayoría le respondió que no, que tal vez era una problemática social de Denver, la ciudad de la que eran los Dres. Kempe. Lo que ocurría era que el mundo médico había ignorado hasta el momento la problemática ya que el concepto de abuso de menores sencillamente no existía y, por lo tanto, no se detectaba ni evidenciaba. En el año 1979 ambos autores publican el libro *Niños maltratados* reportando la gravedad del problema y demostrando la prevalencia del fenómeno a nivel internacional (Kempe y Kempe, 1979).

Del mismo modo, el Dr. Silver consultó a varios decanos de Medicina que negaban la presencia del problema de abuso hacia estudiantes. Algunos también le sugirieron que tal vez se trataba de una problemática local (Rosenberg y Silver, 1984).

Otra analogía similar puede hacerse con el fenómeno de la *violencia de género* y la preocupante cantidad de *femicidios* a nivel nacional e internacional. En la Argentina durante el año 2018 murió casi una mujer por día, según datos oficiales de la *Oficina de la mujer de la Corte Suprema de Justicia*¹⁴. Estos crímenes hasta hace muy poco tiempo atrás, antes de la conceptualización y normativa protectora de los derechos de las mujeres (*Ley de protección integral a las mujeres* N°26.485/2009)¹⁵, se clasificaban como homicidios simples u homicidios en estado de emoción violenta, también llamados *crímenes pasionales* (Rodríguez Cárcela, 2008).

Unos años más tarde, Silver y Duhl Glicken (1990) publican un estudio de campo vinculado al maltrato en Educación médica a través de una encuesta a los estudiantes de una escuela de Medicina en los Estados Unidos. Los resultados son reconocidos como uno de los hitos más importantes para que las situaciones abusivas en la formación médica sean reconocidas como un problema. El 46% reportó haber sido blanco de acciones de abuso durante su carrera y el 69% dijo que los efectos de esos episodios de abuso fueron

¹⁴ Oficina de la mujer de la Corte Suprema de Justicia. Nota: la fuente observa que sus datos son un subregistro de la cantidad de casos a nivel nacional. Recuperado de <https://www.csjn.gov.ar/omrecopilacion/docs/informefemicidios2018.pdf>, acceso 20 de enero 2020

¹⁵Ley de protección integral a las mujeres N° 26485/09. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>, acceso 20 de enero 2020.

muy perturbadores. Estos autores establecieron allí una primera definición del abuso en el contexto de la formación médica como “*el trato dañino u ofensivo, el ataque verbal, el hablar a una persona de manera insultante, injusta o dura, el injuriar a alguien*” (p.527).

Hasta ese momento el maltrato no estaba contemplado como factor de discomfort en los estudios realizados en las escuelas de Medicina. El discomfort era atribuido al proceso educativo mismo y no se contemplaba que pueda ser atribuible a la acción de una o varias personas sobre los estudiantes.

Otro estudio de relevancia es el que realiza Michael Myers (1996), Director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad British Columbia en Canadá e investigador acerca del problema del abuso en residentes, y más predominantemente, sobre el abuso sexual a médicas residentes. En su trabajo reflexiona acerca de las dificultades que tuvo que sortear para realizar sus investigaciones ya que la comunidad médica, tanto de profesores como de residentes, consideraban al tema como “tonto”, divisivo, motivado políticamente y que apartaba de lo importante a la investigación en Educación médica. También señala que sus colegas atribuían estas nuevas publicaciones sobre el trato abusivo a que los actuales residentes eran “jóvenes malcriados” que no les agrada la disciplina y el trabajo duro. Desde su doble rol de profesor y psiquiatra, este autor se asombra de la falta de conciencia por parte de los profesores de dimensionar la gran diferencia de poder en la relación supervisor-residente y señala que toda forma de abuso, maltrato y discriminación en ese contexto es una situación de abuso de poder. Finalmente concluye que toda forma de maltrato o discriminación es un problema de derechos humanos y como médicos, una de sus funciones es cuidar y asegurar esos derechos.

El trabajo de Myers (1996) es muy importante porque es uno de los primeros en identificar la legitimación que estas prácticas abusivas tienen por parte de los profesores y supervisores al interior del sistema de salud y también se vislumbra en el estudio, a través de las adjetivaciones hacia los residentes de “malcriados” y “caprichosos” lo que ampliaremos en el Capítulo 4, acerca de la formación del modelo *heroico*.

En el transcurso de los 90´ creció año a año la producción de estudios a nivel internacional que alertan sobre el problema de la violencia y el trato recibido durante la formación médica, no como hechos aislados sino como parte de una cultura enraizada desde hace muchos años y que afecta a todos los actores en la formación médica (Brooks y Bosks, 2013).

En Latinoamérica y Argentina en particular, se encontraron escasos trabajos que puedan dar cuenta de la magnitud de este problema en la formación de residentes. Las investigaciones seleccionadas para este estudio provienen de autores de la Medicina en general o de diversas ciencias afines del campo de la salud tales como la Sociología médica, la Antropología médica, la Salud mental o la Educación médica.

2. Plan de tesis: Objetivos y metodología

Resumen

En este capítulo se presentan las preguntas que orientan el estudio, el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación. A continuación se describe el diseño y las etapas del estudio general. Luego se detalla la metodología y los criterios de búsqueda utilizados para los apartados bibliográficos, seguido por las especificidades metodológicas del estudio empírico realizado en dos residencias de la Ciudad de Buenos Aires. Se detallan las dimensiones y definiciones de cada una de las preguntas que componen el cuestionario, de elaboración propia. Finalmente se describe el contexto de aplicación, las características de los participantes y el procedimiento de análisis de los datos del estudio empírico.

2.1. Preguntas que orientan este estudio y objetivos de la investigación

Las preguntas que orientan este estudio son las siguientes:

- En la formación médica ¿es el maltrato una práctica educativa frecuente y sistemática?
- En caso afirmativo:
 - ¿Cuál es el posible origen de estas prácticas de maltrato hacia los residentes?
 - ¿Cómo y por qué estas prácticas educativas subsisten y se reproducen al interior del sistema de residencias?
 - ¿Existe un cierto grado de legitimación de las prácticas de maltrato, por parte de residentes y formadores?
 - ¿Esta legitimación hace que las acciones de maltrato estén distribuidas entre todos los actores del sistema, por lo que se mantienen silenciadas y con escaso grado de reporte institucional?
 - ¿Se justifican éstas prácticas como inherentes a la formación de médicos, como necesarias para una buena formación?
 - ¿Puede estar relacionado con el modelo educativo médico basado en estructuras de relaciones muy jerárquicas y de marcada asimetría, similares a las estructuras de formación militares?

-¿Pueden estas estructuras jerárquicas rígidas fomentar una pedagogía poco reflexiva y de obediencia absoluta a la autoridad que sean funcionales a esa reproducción?

- ¿Qué tipo de daños producen las acciones de maltrato sobre los/as residentes en formación?

Este estudio se propone como objetivo general identificar la presencia de maltrato durante la formación en la residencia médica y estimar su potencial influencia en los procesos de aprendizaje y en el estado físico y psicoemocional de los médicos residentes así como explorar sus posibles condiciones de reproducción y subsistencia. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Describir las formas de maltrato presentes: maltrato educativo, maltrato psico físico-emocional, acciones de acoso sexual y acciones de discriminación
- Identificar la existencia de reportes de este tipo de experiencias
- Relevar las consecuencias que los residentes perciben que estas acciones han causado en su salud
- Reconocer la preexistencia de prácticas de maltrato durante la carrera de Medicina
- Identificar si hay sujetos/grupos más vulnerables
- Distinguir a los principales responsables de estas acciones
- Reconstruir el posible origen de estas prácticas educativas
- Explicar su subsistencia y reproducción al interior del sistema

2.2. Diseño y etapas de la investigación

Esta investigación organiza sus resultados en cuatro capítulos:

Capítulo 3: “El maltrato en la formación médica” que presenta el relevamiento y el análisis bibliográfico realizado sobre la problemática del maltrato, el abuso y la violencia en la formación médica, tanto en la carrera de Medicina como en la residencia.

Capítulo 4: “El ejercicio de la Medicina, territorio militarizado” que presenta los resultados de un estudio bibliográfico acerca de la cultura del maltrato en Educación médica.

Capítulo 5: “Condiciones de formación y trato recibido en dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Presentación y análisis de los datos obtenidos”.

Capítulo 6: “La pedagogía del maltrato beneficioso, una práctica educativa legitimada”. Análisis bibliográfico de la pedagogía del maltrato en la educación médica como currículum oculto.

Para la elaboración de estos resultados se recurrió a dos estrategias metodológicas: un estudio bibliográfico y un estudio empírico que interactuaron y se reorientaron mutuamente.

2.2.1. Estudio bibliográfico

Se realizó un primer estudio bibliográfico del cual se identificaron aportes relevantes a los resultados de esta investigación. Se inició con un primer análisis de más de cincuenta publicaciones de los últimos cuarenta años en las bases de datos Pubmed¹⁶, Lilacs¹⁷, Scopus¹⁸ y Eric¹⁹ con los siguientes criterios de búsqueda:

Cuadro 1. Criterios de búsqueda bibliográfica

PUBMED	"Internship and Residency"[Mesh] AND ("bullying"[Mesh] OR "Social behavior"[Mesh] OR "Coercion [Mesh] OR "Aggression"[Mesh]) AND Spanish [lang]
SCOPUS	"internship and residency" AND TITLE-ABS-KEY (bullying OR harassment OR intimidation OR behavior OR aggression) AND AFFILCOUNTRY (argentina OR argentine)
LILACS	tw: residencia medica AND (bullying OR acoso OR intimidation OR agresion OR maltrato) AND (instance:"regional")
ERIC	tw: residencia medica AND (bullying OR acoso OR intimidation OR agresion OR maltrato) AND (instance:"regional")

Luego se identificaron nuevos estudios a partir de la exploración de las referencias bibliográficas de esas publicaciones y de la suscripción digital a las principales revistas de Educación Médica: *Academic Medicine*, *Medical Teacher*, *Medical Education*, *Social Sciences & Education*, entre otras).

¹⁶ Motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de referencias bibliográficas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹⁷ LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en. Ciencias de la Salud) es una base de datos disponible en línea de acceso libre: <https://lilacs.bvsalud.org/>

¹⁸ SCOPUS es la mayor base de datos de citas y resúmenes de bibliografía revisada por pares: revistas científicas, libros y actas de conferencias: <https://service.elsevier.com/app/home/supporthub/scopus/>

¹⁹ ERIC es la mayor base de datos especializada en educación disponible en línea. Está financiada por el Institute of Education Sciences (IES) del departamento de Educación de Estados Unidos. Contiene artículos de diferentes países: <https://eric.ed.gov/>

2.2.2 Estudio empírico: Condiciones de formación y trato recibido en dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires

Este estudio parte de un enfoque metodológico de corte cuali-cuantitativo, con un diseño descriptivo y analítico de corte transversal. Para realizar el estudio de campo se elaboró un cuestionario semi-estructurado. Para definir las preguntas del cuestionario se seleccionó de la búsqueda realizada (ver Cuadro 1) los estudios que habían realizado algún tipo de estudio (encuestas, grupos focales) a residentes. A partir del análisis de dichos instrumentos se elaboraron los dominios del instrumento final aplicado en este estudio. El cuestionario incluye preguntas de información demográfica sobre la edad, sexo, año de residencia, especialidad, hospital de origen, nacionalidad y si tuvo que migrar para realizar la formación.

Se construyeron cuatro dimensiones para definir maltrato que son un aporte original de la autora de la tesis a la conceptualización de este fenómeno. Las dimensiones fueron elaboradas en base a adaptaciones de los instrumentos desarrollados por Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu y Shimbo (2009); Mejía, Diego, Aleman, Maliandi y Lasala (2005) y por Fnais *et al.* (2014) y aportes propios.

En el Cuadro 2 se detallan los aspectos indagados en el cuestionario.

Cuadro 2. Detalle de las dimensiones del Instrumento elaborado

	Definición	Cantidad de preguntas
A1-Dimensión Maltrato educativo	Es el maltrato que sucede en el marco de una actividad educativa y está relacionada con ella. También denominado maltrato académico en otros estudios Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu y Shimbo (2009)	6
A.2- Dimensión Maltrato psico - emocional y físico	Es el maltrato que hace que una persona se sienta herida, ofendida, desvalorizada o incompetente e incluye gritos, insultos o faltas de respeto (Pizzino, 1994) y también aquellas acciones físicas que incluyen golpes u otro tipo de trato violento (Rosenberg y Silver, 1984).	6
A.3- Dimensión Acoso sexual	Es el maltrato en forma de propuestas sexuales no deseadas en situaciones de asimetría de poder como demanda de favores sexuales y otras conductas verbales o físicas con contenido sexual no deseado.(Riger, 1991)	4
A.4- Dimensión Discriminación	Es el maltrato en forma de conductas negativas hacia miembros o grupos de diferente género, orientación sexual, cultura, nacionalidad o credo (Alwazzan,2018)	4
B-Responsables de las acciones de maltrato	Personas a las que se considera ejecutoras de las acciones mencionadas en A.1; A.2; A.3 y A.4. Las opciones disponibles son: Jefe de servicio; Médicos y otros profesionales; Instructor, coordinador o responsable de la residencia; Jefe de residentes; Residentes superiores y pares; Otros médicos en formación; Pacientes, Otros.	4
C-Grado de reporte de las situaciones vividas:	Describe si reportó o no la situación y a quiénes. Las opciones eran: No lo informé; lo informé al Jefe de servicio; a los Médicos de planta; al Instructor, coordinador o responsable de la residencia; al Jefe de residentes; Residentes superiores; a Otros.	2
D-Consecuencias percibidas	Describe si la situación vivida tuvo algún efecto o impacto en su salud, su formación o algún otro aspecto de su vida. En caso afirmativo, las opciones eran de tipo físicas, psíquicas, educativas o sociales y Si recibió o no tratamiento psicológico.	2
E- Pensamientos de abandono de la profesión	Describe si a partir de las situaciones vividas pensó en abandonar la Medicina y/o la residencia.	2
F-Participación en acciones de maltrato	Describe si ha participado como testigo y/o colaborador de las acciones de maltrato descritas durante su residencia.	1
G- Descripción del episodio más significativo (campo abierto)	Campo abierto para relatar la situación de maltrato que ha vivido personalmente, ha presenciado o ha participado durante su residencia más relevante.	1
H- Vivencias similares cuando era estudiante.	Describe si ha vivido situaciones similares durante la carrera de Medicina y si ha sido destinatario, colaborador, observador y/o líder de esas acciones.	1

En algunas de las preguntas de A1; A2; A3 y A4, a los fines de disminuir la libre interpretación por parte de los residentes, se agregaron algunos ejemplos basados en las situaciones habituales detectadas en estudios anteriores.

La escala utilizada para categorizar las respuestas en las dimensiones A1; A2; A3; A4; E; F y H fue de frecuencia y las opciones fueron tres: frecuentemente, algunas veces, nunca. A los fines del procesamiento de información se consolidaron las dos primeras categorías en “SÍ sufrió” y la categoría Nunca en “NO sufrió”.

Un grupo de expertos en Educación médica y en Metodología de la investigación asesoraron para la confección del instrumento. Además, se realizó una prueba piloto en el mes de noviembre de 2015 con la administración de 10 encuestas entre ex residentes (graduados recientes) y jefes de residentes de otras residencias para evaluar la comprensión de las preguntas antes de su implementación. El protocolo de la investigación fue aprobado por el comité de ética de investigación de las instituciones donde se implementó el cuestionario.

2.3 Contexto y participantes del estudio empírico

El universo estuvo compuesto por 184 médicos residentes de las residencias básicas²⁰ de Cirugía general, Tocoginecología, Clínica médica y Clínica pediátrica de dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). 140 residentes pertenecían a un Hospital Privado de alta complejidad y 44 residentes pertenecían a un Hospital Público de mediana complejidad, dependiente del Ministerio de Salud de CABA.

El cuestionario elaborado se administró en forma presencial y se obtuvo una muestra por conveniencia (encuestas coincidentales) obtenida de los residentes que se hallaban en sus sedes de residencias durante el mes de diciembre de 2015. Se contactó a los responsables de cada programa de residencia para concertar un encuentro en sus respectivas sedes con todos los residentes a los fines de administrar el cuestionario. A los residentes que no se encontraban en el hospital el día de la toma se les envió el enlace electrónico al cuestionario en formato digital. Se obtuvieron así 98 respuestas sobre una población de 184 residentes (tasa de respuesta 53%).

Esta investigación se desarrolló cumpliendo los principios éticos acorde a las normas regulatorias de la investigación en salud humana a nivel nacional e internacional,

²⁰ Se las llama Residencias básicas porque conforman el tronco común por donde muchas especialidades realizan su primer año o requieren al menos dos años cumplidos en éstas residencias para acceder luego a la especialidad.

en concordancia con la Resolución del Ministerio de la Nación, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y todas sus enmiendas, y respetando las Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6. Todos los datos del estudio fueron tratados con máxima confidencialidad de manera anónima, con acceso restringido sólo para el personal autorizado a los fines del estudio de acuerdo con la normativa legal vigente: Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326/00 (Ley de Habeas data) y la Ley 26.529/09.

La participación de los residentes en este estudio fue de carácter voluntario y se tomó como consentimiento informado la introducción al cuestionario donde se asegura el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

2.4. Procedimiento de análisis de los datos

Se acudió a la denominada estadística descriptiva, dado que no se pretendió una muestra representativa. Debido a la factibilidad del estudio se realizó análisis de frecuencia relativa para poder describir la experiencia reportada por los participantes respecto de maltrato. Se le aplicó al instrumento el coeficiente de consistencia interna de Cronbach²¹ y se obtuvo un valor de 0.67. Los resultados del estudio se procesaron con el paquete estadístico SPSS. A partir del tamaño de la muestra obtenida, se tomaron en cuenta las consideraciones de Manterola y Pineda (2008) por lo que no se aplicaron pruebas de significación estadística.

“Es relevante tener en cuenta que el concepto de "significación estadística" depende de dos elementos esenciales: la magnitud de la diferencia que queremos probar y el tamaño de la muestra. Con respecto a la magnitud de la diferencia, es importante comprender que a mayor diferencia entre las variables en estudio, más fácil será poder demostrar que la diferencia es significativa; al revés, si la diferencia es pequeña las posibilidades de detectar diferencias se minimizan.

Respecto del tamaño de la muestra, es fácil comprender que mientras mayor sea éste, más fácil será detectar diferencias entre las variables en estudio;

²¹ Este coeficiente expresa el grado en que los ítems miden la misma variable: homogeneidad y su utilidad se orienta a calcular la confiabilidad del instrumento. De tal manera que su utilidad original se orienta a calcular la confiabilidad de un instrumento cuyos ítems o reactivos conformen un único dominio, esto es, una variable o rasgo único (Brown, 1980).

entonces, cuando las diferencias son pequeñas se requiere de muestras de gran tamaño; al revés, cuando las diferencias son grandes se necesita de muestras pequeñas para conducir el estudio. Así, el tamaño de la muestra afecta la significación estadística a través del error estándar que se hace más pequeño cuantos más casos tenga el estudio.” (p. 86)

3. El maltrato en la formación médica

Resumen

Este apartado presenta una reseña de los estudios seleccionados en el ámbito universitario, carreras de Medicina, y en el ámbito hospitalario, residencias médicas. Al interior de estos dos grandes contextos de socialización se reseñan tanto estudios internacionales como regionales y nacionales, organizados de forma cronológica con una recopilación de trabajos que va desde el año 1982 hasta el año 2020. El propósito de este capítulo es aportar conocimientos sistematizados sobre prácticas de violencia y maltrato en la formación de médicos residentes y analizar su posible génesis, las condiciones que hacen posible este tipo de prácticas, las perpetúan y legitiman al interior del sistema de residencia. A partir del análisis de este relevamiento bibliográfico se elaboraron las dimensiones de maltrato descritas en el Cuadro 2 y el cuestionario del estudio empírico del Capítulo 5.

3.1. Maltrato en Escuelas de medicina

Se halló una variedad de estudios que reportan maltrato a estudiantes durante la carrera de Medicina en diferentes países, se presentan aquí los más relevantes. En primer lugar, identificamos la encuesta nacional 1992-1996 *Medical School Graduation Questionnaire*, que la Asociación de Escuelas de Medicina (AAMC) de Estados Unidos tomó a los graduados del país. En este estudio de nivel nacional el 40% de los estudiantes reportó haber sufrido situaciones de maltrato durante la carrera. A partir de los resultados de este estudio la AAMC solicitó a las universidades que avancen en la explicitación de políticas y procedimientos para disminuir esta incidencia así como estimuló a aumentar los debates al interior de las instituciones y en eventos científicos de Educación Médica para detectar los patrones de prevalencia y proponer estrategias para su solución (Kassebaum y Cutler, 1998).

En segundo lugar se destaca el estudio realizado por Uhari *et al.* (1994) en Finlandia, país considerado el “paraíso de la educación” por ocupar los primeros puestos en las pruebas PISA²². Se encuestó a los estudiantes de dos escuelas de Medicina y el 74,2% dijo haber experimentado algún tipo de maltrato durante su formación. En ese estudio los investigadores señalan que el maltrato sobre los estudiantes de medicina

²² Pruebas PISA. Recuperado de https://www.oecd.org/pisa/publications/PISA2018_CN_FIN.pdf

parece ser un fenómeno global y destacan la necesidad de realizar un debate internacional sobre la actitud cínica del personal médico hacia los estudiantes y hacia la misma Medicina.

El tercer estudio es una encuesta longitudinal más reciente realizada en 16 escuelas de Medicina de Estados Unidos que arroja resultados similares aún más alarmantes que los anteriores. El 84% de los estudiantes reportó acoso y hostigamiento durante su formación (Frank, Carrera, Stratton, Bickel y Nora, 2006).

En cuarto lugar, se presenta un estudio realizado en el Reino Unido, donde a través de una encuesta electrónica a los médicos en formación de 21 hospitales de Londres, se les preguntó si en la rotación actual habían sido sujetos de conductas persistentes de maltrato de otras personas que erosionaron su seguridad profesional o su autoestima. El 18% respondió afirmativamente, cifra bastante menor a las de los estudios anteriores. Pero luego consultó acerca del grado de reporte de lo vivido y el 67% dijo no haber realizado ningún tipo de reporte de lo sucedido (Paice, Aitken, Houghton y Firth-Cozens, 2004). Este estudio es importante dado que a partir de los resultados obtenidos, se puso en marcha la encuesta nacional para médicos en formación del “Postgraduate Medical Education and Training Board” (PMETB) del Reino Unido. El PMETB realizó un análisis de regresión logística y mostró que las personas que reportaron maltrato eran más propensas a tener pensamientos recurrentes de dejar la medicina y eran también más propensas a declarar uno o más episodios serios, o potencialmente serios, de error médico (Paice y Smith, 2009).

En quinto lugar se seleccionó un trabajo realizado en una escuela de Medicina en Pakistán. El 66% de los estudiantes reportó haber experimentado un episodio de “bullying” en los últimos 6 meses y la forma de abuso más frecuente fue el abuso verbal (63%). Como efectos asociados, los estudiantes mencionaron que estos episodios afectaron su confianza y su salud mental, generaron dudas sobre la elección de su carrera, la legalidad de la institución en donde estudian y produjo efectos negativos en su ambiente de aprendizaje (Mukhtar *et al.*, 2010), efectos similares a los hallados por Paice y Smith (2009).

Por último, se agrupan los estudios implementados en Latinoamérica: en Chile se realizó una encuesta en la que el 91,7% de los estudiantes de quinto año de una escuela de Medicina, respondió haber sufrido al menos un episodio de abuso durante su formación. El 85,4% señaló que el abuso verbal era el más frecuente, resultado similar al obtenido por Mukhtar *et al.* (2010). Seguido por el abuso psíquico (79,9%), el sexual

(26,4%) y el físico (23,6%), como lesiones, empujones, arrojé de objetos (Maida, Vásquez, Herskovic, Calderón, Jacard, Pereira, y Widdel, 2003 y Maida, Herskovic, Pereira, Salinas, 2006)

Estas encuestas masivas revelan una cultura de maltrato en las escuelas de medicina en todo el mundo. Maltrato que está presente en la enseñanza de diferentes disciplinas, pero con una mayor prevalencia hacia los estudiantes de Medicina, en comparación con estudiantes de otras facultades, según señalan Rautio, Sunnari, Nuutinen y Laitala (2005).

Con base en estas investigaciones antecedentes podemos inferir que la problemática estudiada en el período de la residencia (Capítulo 3) tiene sus raíces en la formación de grado.

3.2. Maltrato en las residencias

En cuanto a los estudios realizados en programas de residencias se halló también una gran variedad de investigaciones que reportan maltrato hacia los residentes en diferentes países. Presentaremos aquí los más relevantes.

Uno de los primeros estudios en residencias se realizó en la Universidad de McMaster en Canadá, reconocida por su prestigiosa escuela de Medicina. Encuestaron a 186/225 (82,7%) residentes de sus siete programas de residencias. El 93,4% reportó abuso psicológico durante su formación y el 92,9% dijo haber experimentado maltrato sexual a través de bromas sexistas, comentarios no deseados sobre su cuerpo o vestimenta, flirteo y lenguaje corporal ofensivo (Cook *et al.*, 1996).

Un estudio multi-institucional del que participaron 37 hospitales en Japón, realizó una encuesta a sus residentes. El 84,8% manifestó haber recibido algún tipo de maltrato. Coincidente con los estudios presentados sobre el maltrato en la carrera de Medicina, el tipo de abuso más frecuente fue el verbal (72,1%). Lo sigue el maltrato asociado a abuso de alcohol (51,8%), considerado por los autores como un problema específico de la cultura japonesa.

En Latinoamérica se destacan los siguientes estudios. La Facultad de Medicina de Concepción de Chile indagó la percepción de acoso, intimidación y/o *bullying* entre sus residentes. El 71% de los encuestados reportó haber experimentado una conducta de intimidación-acoso el último año. Los tipos más prevalentes de acoso resultaron ser el menosprecio por el trabajo realizado, las críticas injustificadas durante las supervisiones

de sus actividades y la subvaloración del desempeño (Bastías, Fasce, Ortiz, Pérez y Schauffele, 2011).

En un estudio sobre asedio moral en un hospital universitario en Recife en Brasil, se halló una prevalencia algo menor, del 41,9% pero, sin embargo, el 65,9% de los asediados señalaron tener secuelas debidas al asedio y el sexo femenino se mostró significativamente ($p=0,013$) más susceptible a esas secuelas de asedio (Marques, Martins Filho, Paula y Santos, 2012).

Un estudio más reciente realizado en México por Ortiz-León *et al.* (2014) arroja también resultados preocupantes. El 98,5% de los residentes de tres reconocidos hospitales de Ciudad de México manifestaron haber sufrido maltrato, y señalaron como las conductas más frecuentes el demérito del trabajo, las amenazas verbales, los gritos y/o la ridiculización.

En la Argentina el Dr. Raúl Mejía, actual investigador del CEDES, fue pionero en hacer su tesis de doctorado en la facultad de Medicina de la UBA sobre el tema “Maltrato en la residencia médica” (2002). Lo que le costó varias explicaciones ante las autoridades del doctorado para que sea aprobado como proyecto ya que argumentaban que ése “no era un tema de tesis”. Unos años tarde, el mismo investigador realizó un estudio en tres hospitales (uno universitario, uno público y uno de la seguridad social) de Buenos aires a través de una encuesta anónima a los residentes. El 90% de los encuestados refirieron haber recibido algún tipo de maltrato y las situaciones de maltrato referidas con mayor frecuencia fueron: recibir críticas por no realizar tareas administrativas (75%), faltas de respeto y calificaciones despectivas al trabajo realizado (58%), el recibir gritos (64%) y críticas humillantes en público (57%) (Mejía, Diego, Aleman, Maliandi y Lasala, 2005).

Un reciente estudio de corte cualitativo realizado por el Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires indagó acerca de las motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos (Dursi, Millenaar, Antonietti y García Diéguez, 2017). En los grupos focales, los residentes destacaron como rasgo estructurante de la organización de la formación al verticalismo y a las situaciones de maltrato que se acompañan por manifestaciones de temor a equivocarse por parte de los residentes. Estos temores, se fundan en las represalias que los superiores toman cuando ocurre un error. Desde el reto en público, la exposición, a gestos más violentos como romper las historias clínicas de los pacientes.

Luego de analizar los estudios mencionados, podemos observar que en la Educación médica no existe una definición consensuada y unívoca de maltrato, y ello

presenta limitaciones en cuanto a los resultados de las investigaciones realizadas. Por otro lado, estamos ante estudios que, en su mayoría, abordan el estudio del tema desde la percepción de los residentes y/o formadores.

Por último cabe mencionar que estamos ante la presencia de variación instrumental entre los estudios mencionados. La diversidad de estrategias metodológicas e instrumentos de recolección de información de los estudios hacen diversos y poco comparables los resultados obtenidos, presentando estos un amplio margen de variabilidad.

Sin embargo se observa que el maltrato, el abuso, acoso e intimidación son prácticas enraizadas en la formación y que las acciones intimidantes más frecuentes son similares y todas asociadas al abuso de poder. La humillación y ridiculización, generalmente con gritos, ante terceros; el castigo desproporcionado ante el error; la asignación de actividades inapropiadas; la falta de reconocimiento al esfuerzo y la dedicación. En el caso de las mujeres, también señalan el trato diferencial que se manifiesta con comentarios sobre su aspecto físico, las bromas sexistas y las insinuaciones sexuales indeseadas, parecen ser las prácticas más frecuentes.

A partir de la exploración de antecedentes se identifica una abundante cantidad de trabajos de investigación aplicados a la formación de grado, en escuelas de medicina tales como los de Ahmer *et al.*, 2008; Baldwin, Daugherty y Eckenfels, 1991; Broad *et al.*, 2018, Coverdale, Balon y Roberts, 2009; Frank, Carrera, Stratton, Bickel y Nora, 2006; Kassebaum y Cutler, 1998; Daugherty, Baldwin, y Rowley, 1998; Maida *et al.*, 2003; Mangus, Hawkins y Miller, 1998; Molina, Sanabria, Domínguez, Vega y Osorio, 2013; Mukhtar *et al.*, 2010; Myers, 1996; Richman, Flaherty, Rospenda y Christensen, 1992; Rosenberg y Silver, 1984; Silver y Duhl Glicker, 1990; Spiegel, Smolen y Hopfensperger, 1986; Uhari *et al.*, 1994 y Wood, 2006. Por otra parte también se hallaron numerosos estudios en centros asistenciales en donde se desarrollan Programas de Residencias tales como los de Bastías, Fasce, Ortiz, Pérez y Schaufele, 2011; Cheema, Ahmad, Giri, Kaliaperumal y Naqvi, 2005; Cook *et al.*, 1996; Li *et al.*, 2010; Marques, Martins Filho, Paula y Santos, 2012; Mejía, Diego, Aleman, Maliandi y Lasala, 2005; Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu y Shimbo, 2009; Paice, Aitken, Houghton y Firth-Cozens, 2004; Paice y Smith, 2009; Quine, 2002; Scott, Blanshard y Child, 2008; Waldman *et al.*, 2009 y Derive, Casas Martínez, Obrador Vera, Villa y Contreras, 2018.

Por otra parte, parece ser un fenómeno internacional, ya que se han hallado estudios que informan la presencia de hostigamiento durante la formación médica en

Argentina (Dursi, Millenaar, Antonietti y García Diéguez, 2017; Mejía, Diego, Aleman, Maliandi y Lasala, 2005); en Chile (Bastías, Fasce, Ortiz, Pérez y Schaufele, 2011; Maida *et al.*, 2003); en Brasil (Marques, Martins Filho, Paula y Santos, 2012); en Colombia (Paredes, Sanabria Ferrand, González Quevedo y Moreno Rehalpe, 2010); en México (Ortiz-León *et al.*, 2014; Román Collazo, Ortiz Rodríguez, y Hernández Rodríguez, 2008); en Canadá (Cook *et al.*, 1996; Myers, 1996) en los Estados Unidos Frank, Carrera, Stratton, Bickel y Nora, 2006; Hu *et al.*, 2019; Kassebaum y Cutler, 1998; Rosenberg y Silver, 1984; Silver y Duhl Glicken, 1990; Spiegel, Smolen y Hopfensperger, 1986); en el Reino Unido (Broad *et al.*, 2018; Paice, Aitken, Houghton y Firth-Cozens, 2004; Paice y Smith, 2009) en Finlandia (Uhari *et al.*, 1994); en Japón (Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu y Shimbo, 2009), en Pakistán (Ahmer *et al.*, 2008; Mukhtar *et al.*, 2010) y en España (Rodríguez-Carballeira, Escartín, Visauta, Porrúa y Martín-Peña, 2010); en Nigeria (Ogunsemi, Alebiosu y Shorunmu, 2010).

A modo de síntesis, la revisión sistemática que realizaron Fnais *et al.* (2014) sobre la literatura publicada hasta ese momento demuestra que la tasa de prevalencia de maltrato hacia los estudiantes de Medicina era, hasta ese momento, en promedio de un 59% y de un 63 % hacia los residentes.

A pesar de las limitaciones señaladas, los estudios realizados arrojan resultados que evidencian que estamos ante un problema de alcance internacional tanto en la formación de grado como en la de posgrado y estimulan a continuar mejorando tanto la conceptualización como los métodos e instrumentos de investigación empleados acerca del maltrato en la Educación médica.

4. El ejercicio de la medicina, territorio militarizado. *Una posible genealogía del problema*

Resumen

En este capítulo se describe la cercanía que la Medicina y la Milicia han tenido en su desarrollo a través de la historia, y las apropiaciones por parte de la Medicina que esa trayectoria común produjo, como el uso de lenguaje y metáforas bélicas, las estructuras edilicias y la estructura organizacional jerárquico-piramidal verticalista, entre otras. Esta militarización también se refleja en el dispositivo formativo. La medicina adopta en la formación las prácticas educativas intimidantes y sádicas presentes en la instrucción militar. Los crueles rituales de bautismo y las pruebas de resistencia física y disciplinamiento modelan a los futuros médicos en un clima hostil, de amenaza y obediencia. El “Modelo Heroico” se activa fuertemente en la primera etapa de formación a través de la humillación y el maltrato a modo de prueba para seleccionar a los “resistentes”. Modelo educativo disfuncional para formar médicos con pensamiento flexible y crítico y con valores de colaboración, confianza y respeto que les permitan adaptarse a los diversos y cambiantes escenarios de atención de la salud. La formación debería prepararlos para desarrollar la empatía ante el sufrimiento ajeno, para delimitar el grado de involucramiento personal, para manejar la incertidumbre propia y la de sus pacientes, desarrollar la capacidad de cuidado y de autocuidado. Este entorno intimidante no sólo afecta a los residentes, sino que está presente y también genera dificultades en las relaciones interpersonales y en la comunicación de los equipos de salud en general.

4.1. Introducción

La jerga médica está plagada de analogías que provienen de los escenarios bélicos: “pelear por la vida”, “combatir la fiebre”, “dar batalla contra las adicciones”, “atacar la infección”, “luchar contra el cáncer”, “interrogar al paciente”, “estar de guardia” y podríamos seguir... Son formas de expresión que impactan en la manera de interpretar el mundo, de actuar y de relacionarse. La escritora Susan Sontag, quien experimentó un cáncer de mama, dice en *La enfermedad y sus metáforas* (1978) que padeció la enfermedad “como una invasión despiadada”, en gran medida, por el lenguaje utilizado por los médicos.

Lenguaje, prácticas y también estructuras edilicias. Los pabellones de internación de los hospitales tienen la misma disposición de camas que la cuadra militar, los dormitorios de la tropa, en los cuarteles militares. La garita de la guardia médica también se asemeja a la garita de vigía del cuartel militar. (Brooks y Bosks, 2013).

Una de las costumbres del mundo militar que se adoptó en la formación médica es la aplicación de la “Guardia castigo” en la residencia, tal cual reportan Mejía, Diego, Aleman, Maliandi y Lasala (2005). Esta sanción es un mecanismo habitual de disciplinamiento que los residentes incorporan apenas ingresan y marca las relaciones de poder en la estructura jerárquica y ubica rápidamente en el lugar que tiene, al médico de rango inferior.

En el estudio de Dursi, Millenaar; Antonietti y García Diéguez (2017) una residente de Infectología expresa:

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

Este relato ejemplifica los castigos infundados a los que se somete a los residentes, a los fines de disciplinarlos y demostrar el poder del que pueden hacer uso sus superiores. Quién no llegó a una guardia y se impresionó por los ojos inyectados y la mirada perdida del residente que los recibió. No es difícil imaginarse con qué actitud cumple un residente la guardia extra que, a veces, le significa estar 48 horas sin dormir.

Adrián, residente de primer año comenta en una nota para *Opinión Sur*²³

²³Anónimo (2008). “Así es la residencia médica en la Argentina”. *Opinión Sur Joven*, 28. Recuperado de <http://opinionsur.org.ar/joven/asi-es-la-residencia-medica-en-la-argentina/>

“Si estoy en una operación el día posterior a la guardia, le pido a alguna enfermera que me mire a ver si no me quedo dormido. Y ellas me patean por debajo de la camilla, si se me cierran los ojos”.

Soportar la falta de sueño y el cansancio físico en el primer año es parte del folclore de la residencia. Sin embargo, no hay fundamento pedagógico alguno que respalde y de sentido a que un residente tenga que cumplir guardias de 24 horas dentro de su programa formativo. Los estudios sobre el tema, consideran que la falta de sueño está asociada a una mayor predisposición de cometer errores y lesiones, abusar del alcohol o las drogas y, en el peor de los escenarios, cometer suicidios por parte de los residentes (Prieto-Miranda, López-Benítez y Jiménez-Bernardino, 2009).

Con respecto a las consecuencias del cansancio en la práctica médica, Sánchez-Amo y Sánchez-Rubiales (2018) realizaron una revisión bibliográfica sistemática y encontraron una relación directa entre la falta de sueño y el incremento del error médico en el diagnóstico, en la práctica quirúrgica y en el análisis de imágenes que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Sin embargo, y a pesar de la contundente evidencia, los supervisores de los residentes insisten en que la resistencia física y la falta de sueño templan el espíritu y forman buenos médicos: *“Los preparamos para afrontar horas y horas de trabajo sin parar”*, justifica un profesor ante este tema, en el estudio de Musselman, MacRae, Reznick y Lingard (2005).

Esta naturalización de que los médicos padezcan privación de sueño no solo está presente en los médicos formadores, también es aceptada a nivel social. Las personas están atentas a los controles que se le hacen a los conductores de ómnibus para que no manejen más de 12 horas seguidas, por el riesgo que esto conlleva de tener una coalición vehicular y producir víctimas. Son prácticas de padres responsables ir a controlar este tema cuando sus hijos salen de viaje de egresados. Sin embargo, se supone que un médico/a puede estar 24 horas sin dormir y tomar buenas decisiones sobre la vida de una persona. La privación del sueño tiene efectos similares a la ingesta de alcohol, por lo que la mayoría de las entidades dedicadas a promover una mejor calidad de atención y disminuir el error médico recomiendan que los médicos con deuda de sueño no estén en actividad en los hospitales, ya que ello duplica la posibilidad de error médico. A pesar de que las normativas nacionales actuales también lo desalientan, las guardias extenuantes siguen vigentes durante la residencia. Parecería que las pruebas de resistencia física son

un valor central: no importa tanto desarrollar precozmente la capacidad de aliviar el sufrimiento del otro como la capacidad de permanecer despierto como un soldado “en el frente”.

4.2. La construcción del modelo heroico: del campo de batalla al hospital

“La guerra es la mejor escuela para un cirujano”
(Hipócrates).

Esta frase de Hipócrates refleja la hermandad entre Medicina y Milicia. Lenguaje común, pruebas de resistencia física y estructuras edilicias no son las únicas coincidencias entre ambos mundos. La práctica de la Medicina ha estado siempre presente en la guerra y ha tenido un rol protagónico. Era el médico de la tropa el que tenía el poder de decidir quiénes estaban en condiciones de ir a pelear al frente y quienes se quedaban en el campamento. Durante la batalla asistían a los heridos y luego de la batalla decidían quiénes recibirían atención prioritaria. Por ejemplo, el llamado *Triage*, protocolo de intervención para la selección y clasificación de víctimas múltiples que se utiliza en la Medicina de emergencias y catástrofes, surge de la experiencia de atención médica durante la guerra. Mediante este protocolo se evalúan las posibilidades de supervivencia de las personas, de acuerdo a las necesidades de atención que requieren y los recursos limitados disponibles. Grandes avances como este protocolo se produjeron en la ciencia médica en los períodos bélicos.

Otros avances se lograron a costa de perversos experimentos con humanos, como los que se realizaron durante el nazismo. Estas acciones éticamente inadecuadas, fueron amparadas muchas veces con el argumento de que la guerra es un escenario aberrante donde las normas y códigos de la vida civil desaparecen y hay que estar preparado para matar o morir. Argumento en parte cierto, pero que bajo su amparo se intentaron justificar delitos de lesa humanidad.

El problema aparece cuando los comportamientos del campo de batalla se ponen en práctica en los períodos de paz. La Argentina tiene en su historia tristes recuerdos de este tipo durante la década del 70'. Bajo el fenómeno denominado luego *Terrorismo de Estado*, el propio Estado alegó un estado de guerra y ejecutó acciones militares contra la población civil en un período no bélico (Feierstein, 2011).

Este fenómeno de “deslizamiento” de comportamientos de un escenario a otro también ocurre en la enseñanza de la medicina. Esto es lo que Brooks y Bosks (2013) argumentan para intentar explicar el fenómeno del maltrato y las conductas abusivas en la Medicina. Comportamientos, estilos de liderazgo y relaciones interpersonales funcionales para el Shock Room²⁴ de emergencias y para el quirófano (campo de batalla) son disfuncionales para todos los demás escenarios educativos por los que transita un residente (períodos de paz).

A modo de ejemplo, una tragedia como la del incendio del boliche República Cromañón,²⁵ es similar a un escenario de guerra. Requiere médicos entrenados como soldados, que puedan trabajar privados de sus necesidades básicas de alimentación y sueño, que sean capaces de obedecer órdenes de una sola voz de mando y que puedan tomar decisiones inmediatas, jerarquizando las prioridades de atención a múltiples víctimas. En ese escenario, la estructura médica jerárquica, la resistencia física y la obediencia incondicional son necesarias y funcionales.

En las especialidades quirúrgicas ocurre algo similar, la actividad de quirófano conlleva la situación de riesgo inminente similar a la de la guerra y requiere de las capacidades señaladas para la resolución de las emergencias médicas. Al respecto, Brooks y Bosks (2013) señalan que el problema es que el concepto de riesgo inminente de las situaciones de quirófano se ha trasladado y aplicado a todos los escenarios educativos de la enseñanza de la cirugía como la atención en el consultorio, el pase de sala o pase de guardia, la discusión de casos en un Ateneo, etc. En estos espacios de formación es imprescindible darle confianza a los residentes para que hagan preguntas, se equivoquen, reflexionen y disientan sin temor.

Esta “distorsión” entre escenarios también provocó disfuncionalidades en el tipo de estructuras de gobierno y mando que tienen aún las estructuras hospitalarias. Instituciones pensadas para dar servicios de salud a poblaciones civiles en períodos de paz tienen estructuras institucionales que seguramente serían más funcionales para los hospitales de campaña en períodos bélicos. Organigramas rígidos y basados en fuertes jerarquías infranqueables.

²⁴ Espacio físico cercano al ingreso al hospital, de rápido acceso y destinado a la atención inicial de pacientes que arriban con Cuadros de emergencias en los que corre riesgo la vida, de asistencia rápida y efectiva.

²⁵ Incendio producido el 30 de diciembre de 2004 en el barrio de Once de la Ciudad de Buenos Aires durante un recital de la banda de rock Callejeros. Provocó una de las mayores tragedias no naturales en Argentina y dejó un saldo de 194 muertos y al menos 1432 heridos y discapacidades varias con secuelas graves.

Es importante destacar que en su análisis Brooks y Bosks (2013) alertan que las situaciones de alta presión y necesidad de rápida toma de decisiones de ninguna manera deberían justificar las acciones de abuso de poder en la enseñanza. Al respecto, señalan: “*La práctica de la cirugía requiere tomar decisiones bajo presión e incertidumbre. Hay un momento en que la discusión termina y la acción comienza. Si esto puede ser hecho sin maltrato es el tema.*” (p. 12).

Sin duda que las estructuras con esas características no lo justifican pero sí son tierra fértil para las manifestaciones de poder abusivas. Es habitual que en la estructura de gobierno de los hospitales, los médicos en formación tengan un papel de subordinación fuertemente marcado donde la obediencia y el respeto incuestionable a la autoridad determinan los tipos de vínculos interpersonales y el tipo de interacciones en la relación residente-médicos de planta y supervisores en general. A su vez, en la estructura de organización interna de la residencia médica misma también existen jerarquías muy marcadas entre el Jefe de residentes y los residentes y a su vez entre los residentes superiores y los residentes inferiores. Esta estructura “de mando” no ayuda a desarrollar un buen clima de aprendizaje, con prácticas educativas más horizontales que disminuyan la asimetría de poder entre formadores y residentes.

Los sociólogos Becker, Geer, Hughes y Strauss (1961) en su estudio *Boys in White*, sobre la cultura estudiantil observan ya en las escuelas de Medicina está marcada la estructura jerárquica piramidal y la gran asimetría en la relación entre estudiantes y profesores. El problema parece ser que esta estructura de jerarquías necesita de prácticas educativas que promuevan la obediencia incondicional, la humillación y produzcan miedo para así poder seguir funcionando.

Otro aspecto a tomar en cuenta a la hora de explicar la subsistencia de las prácticas abusivas en la formación es el lugar social de privilegio que otorga ejercer la profesión médica. La expectativa social de los jóvenes en formación de pertenecer a esa élite podría funcionar como justificativo para soportar el sufrimiento y la humillación durante la formación. El alto prestigio social de la profesión, que tan bien grafica Florencio Sánchez en el relato *M'hijo el doctor*²⁶, sigue vigente y lo hace integrar un grupo de élite con cierto estatus preferencial por sobre otras profesiones y oficios. El prestigio parece estar basado en cierto “modelo heroico” del ser médico. Modelo que se construye dialécticamente entre la exigencia social que le impone al médico ciertos atributos heroicos y la

²⁶ Sánchez, F. ([1903] 2004). *M'hijo el doctor*. Buenos Aires: Colihue.

modelización en esos valores que la propia formación le inculca, alimentándose uno al otro. Es evidente que la posibilidad de salvar vidas y de decidir sobre la vida y la muerte le otorga al médico un gran poder de influencia social y formar parte de este grupo de alto prestigio tiene muchos beneficios y tratos diferenciales en la sociedad. Sin embargo, también tiene sus dificultades: este poder de curar la enfermedad, salvar vidas, definir lo sano y lo enfermo, lo normal y lo patológico ejerce sobre los médicos una gran presión. Este lugar de privilegio y de influencia, conforma un imaginario social que le asigna al médico la portación de ciertos valores heroicos, casi sobrehumanos. Existe un conjunto de valores socialmente esperables en un “buen” médico como la firmeza, el poder de decisión, la ausencia de dudas, el coraje y la capacidad de tomar riesgos. Esta expectativa social depositada en cuales deben ser los atributos de un médico se convierte en una exigencia a la hora de formarse y podría ejercer un rol central en la reproducción de cierto modelo formativo orientado a lograr esos valores heroicos asociados al desarrollo de capacidades de resistencia física y psíquica extrema. Valores no necesariamente compatibles o relacionados con el desarrollo de la empatía y el acompañamiento del sufrimiento y la enfermedad, aspectos centrales del profesionalismo médico.

Stella Stevens (2013) señala que es ese modelo heroico aspiracional lo que pone en dificultades a los médicos a la hora de pedir ayuda al sentirse sobrepasados ante las dificultades de la práctica asistencial, ya que intentan ocultar o negar los primeros síntomas de alarma ante el *burnout* que se les presentan muchas veces, poniendo seriamente en riesgo su salud y la de sus pacientes.

A su vez, esta demanda social heroica fundamentaría la existencia de prácticas intimidatorias durante la formación, que funcionaría como una forma de “inmunizar” a los futuros médicos contra la alta demanda que requerirá su práctica profesional. Sobrevivir en ese entorno de formación abusivo contribuiría a forjar profesionales resistentes, con cierta armadura física y emocional. Volviendo a utilizar la analogía del Circo romano, sería funcional formar gladiadores, peleadores preparados para luchar contra las fieras.

En síntesis, en estas estructuras formativas es muy difícil identificar las causas del fenómeno del maltrato pero sí sus interacciones y retroalimentaciones. Resulta muy difícil en estos entornos de aprendizaje reconocer el límite y la diferencia entre el respeto y el miedo, y es así como los residentes terminan aceptando experiencias educativas humillantes.

4.3. La medicina a la espera de su soldado Carrasco: el disciplinamiento en acción

Milicia y Medicina también comparten los pactos de silencio sobre las prácticas abusivas durante la formación así como la costumbre de realizar rituales de iniciación y bautismo de alto nivel de crueldad y humillación.

Corra, Limpie y Barra: estas tres palabras componen “colimba”, nombre con que se llamaba popularmente a la instrucción militar obligatoria para los varones de 18 años en la Argentina. ¿Quién no escuchó historias de abusos y humillaciones vividas en esa etapa? Tuvo que morir el soldado Omar Carrasco²⁷ para poner límite a la impunidad con que se manejaban las fuerzas militares en esta instrucción. Omar, de 19 años, murió en sus primeros días de servicio a causa de un “baile”, eufemismo de la jerga militar para aludir al castigo físico. El caso quebró el silencio y se multiplicaron los testimonios de ex conscriptos contando historias de abusos similares, lo que confirmó aquello que todos sabíamos: que no se trató de un hecho aislado sino que los castigos físicos eran rutinas sistemáticas aplicadas a los conscriptos, y así fue como en el año 1994, el gobierno puso fin al servicio militar obligatorio en la Argentina.

Como se explica en el Capítulo 1 la resistencia psicofísica tiene un lugar fundamental durante la formación, resabio también de la genealogía militar. Al día de hoy las guardias extenuantes a los residentes, con importante privación de sueño y descanso, siguen siendo vistas como “necesarias” para la formación de un buen médico (Cassell, 1987). También inspirada en esa tradición del servicio militar, un residente de Clínica Quirúrgica relata qué son las tres S en el servicio de Cirugía:

“El residente de primero en cirugía tiene que cumplir con las tres S: Se calla, Separa en la cirugía y Seca la herida, nada más que eso. No podés quejarte (...) Las tres "S" del servicio de cirugía: Se calla, Seca y Separa. Tu función es eso y llevar adelante toda la sala”. (Dursi; Millenaar; Antonietti y García Diéguez, 2017; p.51)

Esta situación refleja una intencionalidad por sobre todas las cosas disciplinadora. Conocer enseguida qué lugar ocupa el residente de primer año en la estructura de poder

²⁷ Rodríguez, C. (2009). “El fin de la colimba, pero no de las sospechas”. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/178422-el-fin-de-la-colimba-pero-no-de-las-sospechas>

y el lugar inadecuado que tiene hacer preguntas. Callarse y obedecer son valores que hay que adquirir de forma temprana.

Esta práctica inicial de obediencia incondicional a la estructuras de poder está acompañada por la de mantener silencio ante las prácticas abusivas vividas, ya sea a modo personal o como testigo. Los rituales de iniciación que Becker, Geer, Hughes y Strauss (1961) ya detectan en las escuelas de Medicina nacen y mueren al interior del sistema.

La mayoría de los planes de estudio de la carrera de Medicina, tienen su primer filtro en la materia Anatomía y sus prácticas de disección de cadáveres. Un clásico entre los estudiantes de Medicina al cursar Anatomía es la broma necrófila y sexista de poner un pene en el bolsillo del guardapolvo de una compañera. Erich Fromm (1956) dice que las personas podemos tener una tendencia más o menos biófila o necrófila, es decir, ser más bien amantes de la vida o de la muerte. Vale preguntarse qué estudiantes expulsa y qué estudiantes siguen adelante luego de la experiencia de manipulación cadavérica. Esta decisión curricular operaría así como uno de los primeros mecanismos de selección.

Para lograr ser médico/a no sólo habría que aprobar las materias de la carrera, dedicar cientos de horas al estudio y realizar las prácticas clínicas sino que también el mayor desafío sería superar este tipo de trato, soportar situaciones humillantes y/o abusivas por parte de las personas que están a cargo de su formación, y/o son sus pares. En el curso de la residencia, María, participante de un curso de formación docente, al repasar su biografía de formación relata un ritual habitual en las residencias quirúrgicas, “la primera cirugía”, con las particularidades de los rituales diferenciales que suelen hacerseles a las residentes mujeres:

“Era el “bautismo” de mi primera cirugía: Entra un paciente con un abdomen agudo y va a ser mi primera apendicectomía. Estoy operando, saco el apéndice y mi residente superior me baja el pantalón del ambo y me dice: Sos la cirujana, seguí operando. Seguí operando en bombacha, solo con la parte de arriba del ambo. Nadie vino en mi ayuda. Ni el anestesista, ni el cirujano mayor ni las instrumentadoras. Era algo normal y habitual. Yo tampoco dije nada.” (Portfolio de María, Curso de Formación Docente)

Este relato muestra, además de la naturalización del hecho y la complicidad de todo el equipo de salud, el silenciamiento de este tipo de prácticas. Los pactos de silencio que hacen que estas prácticas violentas no se reporten y se sigan reproduciendo. En este

caso, cabe observar la violencia de género ejercida sobre la residente ya que a la humillación se le suma el carácter sexuado de dejar en ropa interior a una mujer ante todo un público masculino. A partir de este trabajo, surge el interés de futuros estudios que analicen los rituales de iniciación diferenciales para hombre y mujeres.

En la residencia, la forma de legitimar poder es también similar a la de la formación militar. Es habitual que el jefe de residentes, máxima autoridad, demuestre bravía y mano dura en sus primeras acciones para ganarse el respeto de sus subordinados. En las especialidades quirúrgicas, por ejemplo, además de imponer las guardias castigo para demostrar poder, otra sanción habitual es la prohibición de operar. Es decir, limitar sus posibilidades de aprender, función esencial del programa de residencia.

El Dr. Daniel Flichtentrei en este relato *El sargento Kirk y yo*²⁸ describe el trato recibido en su época de residente por su Jefe de residentes, haciendo referencia al famoso personaje del Sargento Kirk, sádico entrenador militar en la película *Nacido para matar*²⁹. El siguiente extracto del relato describe las condiciones de formación y las relaciones personales entre el residente y su superior:

“Yo recién ingresaba a la residencia e intentaba adaptarme como podía a tu pedagogía de la humillación. Todo era nuevo y yo no sabía que era posible pasar por la universidad sin que ella pasara por vos. Creía que los mundos profesionales estaban a salvo de la arrogante mediocridad con la que más tarde tantas veces me iba a encontrar. Hacía uno de esos calores insufribles de las noches de verano porteño. El sueño acumulado, el agotamiento de más de 24 horas de trabajo ininterrumpido y la ansiedad de mis primeras guardias le daban al clima un carácter más agobiante de lo que el termómetro sugería. Quería bañarme, quería comer, quería dormir. Pero vos me lo impedías. Vos, que habías hecho todas esas cosas mientras tus nuevos esclavos trabajábamos hasta el desfallecimiento. Vos, que habías visto demasiadas películas en las que esos imbéciles sargentos americanos —a los que admirabas tanto— hacían marchar a la tropa con sus mochilas cargadas con piedras, al rayo del sol, en el patio del regimiento con el único fin de

²⁸Flichtentrei, D. (2019). “El Sargento Kirk y yo”. *Intramed*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=95228>

²⁹ Born to Kill (Nacido para matar) del director Stanley Kubrick (1987) <https://www.filmaffinity.com/es/film462892.html>

verlos desmayarse y soñar así con un patético poder que nunca alcanzarían y con una autoridad que jamás merecieron. Entonces, nos decías: “Si las señoritas querían un hotel cinco estrellas, no tendrían que haber ingresado a una residencia médica”. En secreto te decíamos “Kirk”. Y vos lo sabías, pero lo peor era que te encantaba que lo hiciéramos. ¿Te acordás, Pablo?”

Este relato nos muestra que se expone a los residentes a estas experiencias apenas ingresan, como pruebas filtro para saber si serán “buenos médicos”. Se ejerce un alto grado de sadismo, de cierta forma, legitimado. Por otro lado, se evidencia la vulnerabilidad para desobedecerlo o denunciarlo ya que sería “quedar fuera”, perder prestigio, ser etiquetado de “flojo” o no poder hacerse un lugar en la profesión, una especie de club privado de élite.

Como vimos hasta ahora, la resistencia física, la resistencia emocional y la obediencia incondicional son todas formas de disciplinamiento legitimados que hacen posible mantener las prácticas abusivas silenciadas y así posibilitan su supervivencia. Con respecto al silenciamiento de estas prácticas abusivas, al momento de definir el tema de esta tesis recibí varios consejos de compañeros de trabajo de mejor no investigar sobre un tema “tan delicado”.

En síntesis, son varios los autores que relacionan y encuentran similitudes entre la formación médica y la formación militar. La estructura organizacional jerárquico-piramidal verticalista; las estructuras edilicias, el lenguaje y las prácticas educativas intimidantes y sádicas legitimadas y silenciadas. (Cassell, 1987; Brooks y Bosks, 2013; Stevens, 2013).

Son estas prácticas educativas las que modelan a los futuros profesionales de la salud en un clima hostil, de amenaza y obediencia. Todos elementos opuestos a los necesarios para formar futuros médicos con un pensamiento crítico y flexible y con valores de colaboración y respeto, que les permitan adaptarse a los diversos y cambiantes escenarios de atención de la salud. Para esto es necesario lograr un clima de aprendizaje en el que los residentes puedan desarrollar no solo autoconfianza en sus capacidades, dado que se probó que es necesario para sostener compromiso en el proceso de aprender (Bandura, 1987) sino también vínculos de confianza entre los residentes y sus formadores. Que existan los tiempos y espacios para las preguntas, para recibir feedback constructivo sobre el proceso personal de formación y por sobre todas las cosas, que se le permita a

los residentes cometer errores sin ser humillados o ridiculizados (Bate, Hommes, Duvivier y Taylor, 2014).

La resistencia al sueño y al maltrato no le serán de utilidad al futuro médico que deberá enfrentar en su vida profesional jornadas laborales en las que más del 80% del tiempo lo dedicará a encuentros con sus pacientes, en los que deberán poner en juego sus capacidades de comunicación interpersonal con personas que padecen alguna enfermedad o están atravesando una situación problemática. Es por ello que la formación debería prepararlo principalmente para desarrollar la empatía ante el sufrimiento ajeno, para delimitar el grado de involucramiento personal, para manejar la incertidumbre propia y la de sus pacientes. En otras palabras, desarrollar la capacidad de cuidado y de autocuidado.

Lamentablemente, este modelo intimidante no sólo afecta a los residentes en formación, sino que está presente y también interfiere en el tipo de relaciones interpersonales y en la comunicación así como en las dificultades presentes para la conformación de equipos de salud en general (Beech y Leather, 2006; Martin, 2008; Richman, Flaherty y Rospenda, 1996; Stevens, 2013).

5. Condiciones de formación y trato recibido en dos hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Presentación y análisis de los resultados obtenidos

Resumen

En este capítulo se presenta la información demográfica de los participantes del estudio. A continuación, se encuentran los resultados obtenidos sobre: maltrato educativo; maltrato psicoemocional; acoso sexual y discriminación; las personas identificadas como responsables en cada una de las cuatro dimensiones; el grado de reporte y las consecuencias percibidas atribuibles a las situaciones vividas; el grado de participación/colaboración en situaciones de maltrato durante la residencia; pensamientos de dejar la residencia y/o la medicina por causa de éstas situaciones vividas. De los resultados obtenidos en esta muestra, se presentan algunas de las variaciones del fenómeno del maltrato encontradas según el tipo de institución, especialidad en la que se forma, año de residencia, sexo y/o procedencia. Las respuestas a la pregunta final abierta sobre el episodio más significativo que haya vivido, participado o visto se agruparon con el criterio de a cuál pregunta del cuestionario estaban asociadas y se presentan de manera complementaria, y a continuación de la información obtenida en cada una de dichas preguntas.

5.1 Introducción y participantes del estudio

A partir del análisis bibliográfico, se consideró un aporte estudiar qué vivencias podían expresar los residentes de la Ciudad de Buenos Aires, con la finalidad de identificar alguna relación entre aquello que se relevó en el estudio bibliográfico con los testimonios directos de los profesionales en formación. El análisis de las investigaciones similares, presentados en el Capítulo 3, orientaron cómo llevar adelante esta etapa de indagación empírica. Se identificaron gran cantidad de estudios que reportan maltrato en las escuelas de Medicina y residencias. Sobre esta base, se elaboró un cuestionario semi estructurado que integró y adaptó los cuestionarios utilizados en los estudios relevados, más la suma de preguntas inéditas elaboradas. El cuestionario elaborado se administró en un hospital de gestión pública y en otro de gestión privada de CABA a los residentes de las denominadas residencias básicas: Cirugía general, Tocoginecología, Clínica médica y Clínica pediátrica.

El universo está compuesto por un total de 188 residentes. 140 del ámbito privado y 44 del ámbito público. Se obtuvo un total de 98 respuestas, lo que significa una muestra del 52% del universo. Se observa una mayor cantidad de respuestas de los residentes del sector público (70%) en relación a los residentes del sector privado (47%), como se describe en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Residentes encuestados según tipo de gestión del hospital. Cantidad y distribución porcentual

	Residentes Total	Residentes Encuestados	%
Hospital Privado	140	67	47
Hospital Público	44	31	70
Total	188	98	52

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro 4 se presenta el resto de las características demográficas de la muestra obtenida: edad, sexo, especialidad, entre otras.

Cuadro 4. Residentes encuestados según características demográficas. Cantidad y distribución porcentual

Características seleccionadas		N	%
Provincia donde realiza la residencia		98	100
	Buenos Aires	5	5
	Capital Federal	92	94
	Chubut	1	1
Especialidad		98	100
	Clínica Médica	30	31
	Cirugía General	27	28
	Tocoginecología	18	18
	Pediatría	23	23
Año de Residencia		98	100
	Primero	50	51
	Segundo	15	15
	Tercero	14	14
	Cuarto- Quinto	15	15
	Ns/Nc	4	4
Sexo		98	100
	Mujer	62	63
	Varón	29	30
	Ns/Nc	7	7
Nacionalidad		98	100
	Argentina	82	84
	Extranjeros (Bolivia, Chile, América del Sur, América del Norte)	16	16
Tuvo que mudarse para realizar su residencia		98	100
	No	57	58
	Si	41	42

Fuente: Elaboración propia

Se observa una predominancia de residentes mujeres (63%). No se pudo obtener la información de la cantidad de hombres y mujeres de la población total, pero se estima que la muestra es representativa dada la tendencia creciente a la feminización de la matrícula de estudiantes de Medicina (Curti, 2002) y, por lo tanto, es de suponer que esos graduados que acceden a la residencia son también en su mayoría mujeres. El 16% de residentes extranjeros corresponde a residentes del hospital público ya que al momento de la toma, el hospital de gestión privada no permitía el ingreso de extranjeros al sistema de residencias (esto se ha modificado en los últimos años). El 86% tiene entre 24 y 30 años. Hay un 14% que tiene entre 31 y 37 años. El 58% de los residentes tuvo que mudarse para realizar la residencia. Este dato representa la gran cantidad de profesionales que en la Argentina deben migrar para formarse como especialistas por no haber plazas disponibles en sus provincias de origen o por aspirar a una formación que le otorgue un mejor posicionamiento laboral futuro.

Se observa una cantidad elevada de residentes de primer año (51%). Esto se debe a que la encuesta se administró de manera presencial y al ser el único año en que los residentes no realizan rotaciones había más residentes de primer año en los hospitales donde se realizó este trabajo de campo.

La distribución de los respondientes según especialidad es balanceada, con algo más de respuestas de residentes de Clínica médica (31%) y Cirugía general (28%). Representando así al universo ya que ambas tienen más vacantes para residentes en sus programas que las residencias de Tocoginecología y Pediatría.

Algunos de los resultados obtenidos en cada una de las preguntas que componen este estudio se analizaron en función del tipo de especialidad, tipo de hospital, sexo y año de residencia de los respondientes. Se presentarán aquí solo los cruces de datos que resultaron de interés para este estudio y se anexan todos los Cuadros de los cruces realizados en el Anexo.

5.2. Maltrato educativo, psicoemocional, acoso sexual y/o discriminación durante la residencia

El 99% de los residentes encuestados dicen haber experimentado alguna de las situaciones de maltrato que integran las dimensiones exploradas en este estudio, como se ve en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Residentes encuestados según sufrimiento de algún tipo de maltrato en su formación. Cantidad y distribución porcentual

Maltrato Total	N	%
Si	97	99
No	1	1
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

Hallazgos similares se encuentran en las investigaciones de Ortiz-León *et al.* (2014) en México (98.5%) y el de Mejía, Diego, Aleman, Maliandi y Lasala (2005) en Argentina (90%). Reportaron un porcentaje algo menor Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu y Shimbo (2009) de su estudio hecho en Japón (84,8%) y Bastías, Fasce, Ortiz, Pérez y Schaufele (2011) de su estudio hecho en Chile (71,3%).

Fnaís et al. (2014), en una revisión que incluyó el meta análisis de 51 estudios sobre el tema en las residencias, concluye que el 63,4% de los residentes han sufrido alguna forma de maltrato o discriminación durante su formación profesional. Debido a que casi la totalidad de los residentes encuestados (97/98) sufrieron alguna de las acciones de maltrato descritas para este estudio, el cruce del consolidado con las variables demográficas no brinda información relevante.

Abordaremos a continuación los datos obtenidos en cada una de las cuatro dimensiones de *maltrato* elaboradas para este estudio: *maltrato educativo*, *maltrato psicoemocional*, *acoso sexual* y/o *discriminación*.

5.2.1-Maltrato Educativo

La dimensión *maltrato educativo* obtuvo la mayor cantidad de reportes. El 96% de los residentes dicen haber experimentado alguna de las situaciones que integran esta dimensión, como figura en el Cuadro 6.

Cuadro 6. Residentes encuestados según sufrimiento de maltrato educativo en su formación. Cantidad y distribución porcentual

Maltrato educativo	N	%
Si	94	96
No	4	4
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

En esta dimensión se indaga sobre seis tipos de acciones que se presentan en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Residentes encuestados según sufrimiento maltrato educativo. Distribución porcentual

Maltrato educativo	Total residentes %	Sufrió Maltrato educativo		
		Si	No	Ns/Nc
7.1-Percepción de falta de reconocimiento a su dedicación y/o esfuerzo durante la residencia	100	74	26	-
7.2-Asignación de actividades que considera inapropiadas para su formación (Por ejemplo: realizar tareas de enfermería u otras)	100	69	29	2
7.3-Exposición a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de las responsabilidades de su año de residencia	100	64	36	-
7.4-Recepción de sólo comentarios negativos en las evaluaciones sobre su desempeño en la residencia	100	48	52	-
7.5-Exclusión de actividades formativas de su residencia de manera injustificada (por ejemplo: no acceder a quirófano u otras)	100	27	73	-
7.6-Asignación de actividades extras como “castigo” (por ejemplo: Guardias u otras)	100	21	75	3

Fuente: Elaboración propia

Las tres acciones más frecuentes señaladas fueron: 7.1- la falta de reconocimiento a su dedicación y/o esfuerzo durante la residencia (74%), 7.2- la asignación de actividades consideradas inapropiadas para su formación (69%) y 7.3- la exposición a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de las responsabilidades de su año de residencia (64%). Casi la mitad de los residentes (48%) dice haber recibido sólo comentarios negativos en las evaluaciones sobre su desempeño en la residencia (7.4). Finalmente, 7.5- la exclusión injustificada de actividades formativas (27%) seguida por 7.6- la asignación de actividades extras a modo de “castigo” (21%) fueron señaladas como menos frecuentes. Este último dato confirma que la “guardia castigo” se sigue utilizando para penalizar a los residentes, a pesar de la evidencia que existe sobre el daño que provoca en su salud y su capacidad de aprendizaje, además de la consecuente mala calidad de atención a los pacientes. (Sánchez-Amo y Sánchez-Rubiales, 2018) (ver Capítulo 3.)

Es de esperar que los seis tipos de conductas sobre los que se indaga en esta dimensión tengan presencia cero en el sistema formador, a los fines de lograr un adecuado clima de aprendizaje que haga posible formar profesionales preparados para dar cuenta de la complejidad que tiene la atención y cuidado de la salud, con capacidades empáticas, analíticas y reflexivas (ver Capítulo 6).

Algunos de los testimonios que dejaron los residentes en la pregunta final abierta sobre las experiencias de maltrato vividas, ayudan a comprender la convivencia en un clima de aprendizaje hostil. Al respecto de recibir sólo feedback negativo sobre su desempeño (7.4) un residente comparte la forma en que su supervisor le hace una devolución educativa: *“Le piensan más rápido las manos que la cabeza. Esto ya debería saberlo”*. Otros residentes relatan experiencias de “guardia castigo” o similares (7.6):

“Cuando era R1 estuve seis días sin volver a mi casa por una guardia castigo”.

“Tenemos horarios de hasta 12 horas de trabajo diario, agregado a las guardias, y en ocasiones tenemos que permanecer en el hospital escribiendo ingresos por llegar tarde al pase, o ver a compañeros que no podían retirarse con descanso postguardia por razones similares”.

“Entrar un lunes y volver a mi casa recién el jueves”.

En otro testimonio se observa la persistencia de los supervisores en sostener las guardias de 24 horas sin descanso postguardia. Es decir, que a las 8 am, cuando termina su guardia, el residente ingresa a su jornada habitual sin haber dormido la noche anterior. Para este tema se puede consultar el Capítulo 1 que describe las dificultades de cumplimiento efectivo de la legislación vigente, la Resolución ministerial 1993/15. Al respecto, un residente expresa lo sucedido luego de su puesta en vigencia: *“Recibí burlas constantes cuando se nos dio el día postguardia”*. Otro residente opina: *“El principal maltrato es el no cumplimiento de los horarios establecidos por la Ley de residentes. Las guardias prolongadas y la no efectivización del descanso posguardia reglamentario”*.

Algunos de los resultados obtenidos en cada una de las seis preguntas que componen la dimensión de *maltrato educativo* (Cuadro 7) se analizaron en función del tipo de especialidad, tipo de hospital, sexo y año de residencia de los respondientes. Se destacan a continuación los cruces de datos que resultaron de interés para este estudio. Pueden consultarse todos los cruces realizados en el Anexo.

Sobre la falta de reconocimiento a la dedicación y/o el esfuerzo (7.1) se observa una mayor cantidad de respuestas por parte de los residentes de Cirugía general (85%) como se presenta el Cuadro 8.

Cuadro 8. Residentes encuestados según percepción de falta de reconocimiento a su dedicación y/o esfuerzo según especialidad. Distribución porcentual.

Especialidad	Total (%)	Sí (%)	No (%)
Clínica Médica	100%	70%	30%
Cirugía General	100%	85%	15%
Tocoginecología	100%	72%	28%
Pediatría	100%	70%	30%
Total residentes	100%	75%	25%

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la experiencia de realizar actividades consideradas inapropiadas para la formación, como tareas de enfermería, camillero u otras (7.2), se observa mayor cantidad de menciones entre los residentes del ámbito público (81%) como presenta el Cuadro 9.

Cuadro 9. Residentes encuestados según percepción de actividades consideradas inapropiadas para la formación según tipo de gestión de la sede formadora. Distribución porcentual

Tipo de gestión del hospital	Total (%)	Sí (%)	No (%)
Público	100%	81 %	19%
Privado	100%	66%	34%
Ns/nc	100%	43%	57%
Total residentes	100%	64%	36%

Fuente: Elaboración propia

El aumento de estas funciones no médicas puede deberse a la falta crónica de insumos y de personal administrativo, enfermería, camilleros y técnicos junto con la alta demanda de pacientes con que tiene que trabajar el sistema de salud público nacional. También los residentes de primer año también señalan estar más expuestos (84%) a realizar actividades consideradas inapropiadas para su formación, como muestra el Cuadro 10.

Cuadro 10. Residentes encuestados según percepción de actividades consideradas inapropiadas para la formación según año de residencia. Distribución porcentual

Año de residencia	Total (%)	Sí	No
Primero	100%	84%	16%
Segundo	100%	53%	47%
Tercero	100%	64%	36%

Cuarto	100%	50%	50%
Total residentes	100%	63%	37%

Fuente: Elaboración propia

Este dato parece confirmar lo analizado en el Capítulo 3 sobre el lugar central que tienen la resistencia física y la capacidad de obediencia en el primer año de residencia. Además de los característicos rituales de iniciación y los crueles bautismos, las actividades inapropiadas para la formación también formarían parte de aquellas orientadas a conseguir el disciplinamiento y que ponen a prueba al candidato en su primer año de formación.

Con respecto a la exposición a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de sus responsabilidades (7.3), se observa una frecuencia mayor de respuestas por parte de los varones (83%), como muestra el Cuadro 11.

Cuadro 11. Residentes encuestados según percepción de haber sido expuesto/a a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de las responsabilidades según sexo. Distribución porcentual

Sexo	Total (%)	Sí	No
Mujer	100%	58%	42%
Varón	100%	83%	17%
Ns/nc	100%	43%	57%
Total residentes	100%	61%	39%

Fuente: Elaboración propia

Analizar este dato desde una *perspectiva de género* nos permite ver que las diferencias entre varones y mujeres se deben mayormente a los comportamientos y atributos adquiridos y transmitidos culturalmente y no sólo a las características biológicas (Trufó y Cernadas Fonsalías, 2020). En ese marco, podemos considerar que se asignan las tareas más “difíciles” o desafiantes a los residentes del sexo masculino, por el hecho de pertenecer al “sexo fuerte”, entendida la fortaleza desde las perspectivas patriarcales dominantes. Podría entonces funcionar como un mecanismo de formación en los roles socialmente construidos, los que la sociedad considera como apropiados para hombres y así ser una estrategia más de modelización educativa en el rol de masculinidad esperada (Sharma, 2019).

En cuanto a resolver situaciones por encima del año de su residencia (7.3), se observa una mayor frecuencia de respuestas en la residencia de dependencia pública (77%), como muestra el Cuadro 12.

Cuadro 12. Residentes encuestados según percepción de tener que resolver situaciones por encima del año de residencia según tipo de gestión privada-gestión pública .Distribución porcentual.

Tipo de gestión del hospital	Total (%)	Sí	No
Público	100%	77 %	33%
Privado	100%	58%	42%
Total residentes	100%	66%	44%

Fuente: Elaboración propia

La mayor cantidad de respuestas de los residentes del sector público podría deberse a las mismas carencias del sistema de salud pública anteriormente mencionadas, ante los resultados de la asignación de actividades inapropiadas para su año de residencia (ver Cuadro 9). En este caso, podría deberse a la carencia crónica de médicos de planta que cubran durante todo el día la actividad asistencial. Son numerosos los hospitales públicos en los que el turno tarde y noche está a cargo de los residentes.

Con respecto a las devoluciones sobre el desempeño orientadas solo a los comentarios negativos (7.4), también la mayoría de las respuestas se encuentra en las residencias quirúrgicas. El 59% de los residentes de cirugía general y el 56 % de los de Tocoginecología experimentaron esta situación en su programa formativo como se presenta en el Cuadro 13.

Cuadro 13. Residentes encuestados según si recibió sólo comentarios negativos en las evaluaciones según especialidad. Distribución porcentual

Especialidad	Total (%)	Sí	No
Clínica Médica	100%	40%	60%
Cirugía General	100%	59%	41%
Tocoginecología	100%	56%	44%
Pediatría	100%	39%	61%
Total residentes	100%	75%	25%

Fuente: Elaboración propia

Estos datos coinciden con otros estudios que señalan una mayor prevalencia de maltrato y la vivencia de un clima de mayor hostilidad en las residencias quirúrgicas como los de Cassell (1987); Bosk (2006); Brooks y Bosks (2013) y Fitzgerald *et al.* (2019).

5.2.2. Maltrato Psicoemocional

La dimensión *maltrato psicoemocional* se ubica en segundo lugar en cuanto a cantidad de respuestas. El 78% de los residentes dice haber experimentado alguna de las

situaciones que integran esta dimensión, por lo que podemos inferir que es una práctica frecuente en las diferentes formas que puede manifestarse, según muestra el Cuadro 14.

Cuadro 14. Residentes encuestados según sufrimiento de maltrato psicoemocional en su formación. Cantidad y distribución porcentual

Maltrato Psicoemocional	Frecuencia	%
Si	76	78
No	22	22
Total encuestados	98	100

Fuente: Elaboración propia

Coincidente con los estudios relevados, el tipo de abuso más frecuente fue el verbal, 15.1- la práctica de recibir gritos frente a colegas y/o pacientes (49%). Este valor es algo menor al encontrado en el estudio de Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu y Shimbo (2009), 72,1% y en el estudio de Mejía, Diego, Aleman, Maliandi y Lasala (2005), 64 %. La sigue el 15.2- sentirse objeto de acecho (35%), como por ejemplo: sentirse especialmente observado/a o vigilado/a en el desempeño. Esta práctica en la Argentina se suele denominar, en la jerga popular, “que te tomen de punto”. En tercer lugar se ubica 15.3- recibir calificaciones verbales degradantes frente a colegas y/o pacientes (27%). Es decir, utilizar términos ofensivos hacia la persona del residente tales como inútil, vago, inepto u otras. Un 8% reporta haber recibido agresiones físicas como golpes, empujones, apretones o arrojé de objetos (15.7-). En el Cuadro 15 se presentan los resultados completos de *maltrato psicoemocional*.

Cuadro 15. Distribución porcentual de los residentes según percepción de maltrato psicoemocional

Tipo de maltrato psicoemocional	Total residentes	Sufrió Maltrato psicoemocional		
		Si	No	Ns/Nc
15.1-Ha recibido gritos frente a colegas y/o pacientes	100	49	51	-

15.2-Ha sido objeto de acciones de acoso (por ejemplo: sentirse especialmente observado/a o vigilado/a en su desempeño)	100	35	65	-
15.3-Ha recibido calificaciones verbales degradantes frente a colegas y/o pacientes (por ejemplo: inútil, vago, inepto u otras)	100	27	73	-
15.4-Fue objeto de burlas o bromas persistentes en el servicio, que le resultaron ofensivas	100	21	78	1
15.5-Le han escondido, robado y/o roto efectos personales	100	20	80	-
15.6-Ha recibido amenazas(advertencias sobre posibles consecuencias si no realiza determinada acción)	100	16	84	-
15.7-Ha recibido golpes, empujones, apretones, arrojado de objetos u otra forma de agresión física	100	8	92	-

Fuente: Elaboración propia

Algunos testimonios de los residentes encuestados, principalmente del área quirúrgica, brindan más información sobre sus vivencias de *maltrato psicoemocional*.

“Hay un trato descortés en la actividad en quirófano, te hacen sentir poco capaz para la cirugía. Hay ninguneo y destrato”.

“Son frecuentes las agresiones verbales durante la cirugía”.

“Me gritaron e insultaron en una cirugía porque no camareaba como al médico de staff le gustaba”.

“Recibí gritos injustificados delante de todos por algo insignificante”.

Se realizaron los cruces por especialidad, tipo de hospital, sexo y año de residencia. Se destacan a continuación los cruces por especialidad ya que arrojaron datos que resultaron de interés para este estudio. Los residentes de Cirugía señalan recibir gritos frente a colegas y/o pacientes (70%), así como recibir calificaciones verbales degradantes frente a colegas y/o pacientes (44 %) con mayor frecuencia, en relación a las demás especialidades.

Cuadro 16. Recepción de gritos frente a colegas y/o pacientes según especialidad. Distribución porcentual

Especialidad	Total (%)	Sí	No
Clínica Médica	100%	37%	63%
Cirugía General	100%	70%	30%
Tocoginecología	100%	50%	50%

Pediatría	100%	39%	61%
Total residentes	100%	49%	51%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 17. Recepción de calificaciones verbales degradantes frente a colegas y/o pacientes según especialidad. Distribución porcentual

Especialidad	Total (%)	Sí	No
Clínica Médica	100%	23%	77%
Cirugía General	100%	44%	56%
Tocoginecología	100%	22%	78%
Pediatría	100%	13%	87%
Total residentes	100%	27%	74%

Fuente: Elaboración propia

Dursi, Millenarr, Antonietti y García Diéguez (2017) consideran que el maltrato manifestado de forma verbal, principalmente a modo de una corrección en público, con un mal tono y con desmérito del trabajo realizado, es un mecanismo de disciplinamiento y de sanción que se impone en las residencias como parte constitutiva del proceso de socialización profesional. Los residentes que participaron de los grupos focales de ese estudio relatan que viven con frecuencia estas situaciones de maltrato por parte de sus superiores y que se dan generalmente como consecuencia de errores cometidos en relación a la práctica asistencial. Esta situación es vivenciada por los residentes de forma angustiante y aumenta sus niveles de estrés y desconfianza en relación a sus propios conocimientos. En relación con ello, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina³⁰, Association of American Medical Colleges, halló en su consulta del año 1990 a todos los estudiantes de las escuelas de Medicina que forman parte de su asociación, que el 40% sufrió abuso verbal por parte de sus educadores durante su carrera. Michael Schuchert (1998), preocupado por estos resultados, analizó la relación entre el abuso verbal recibido y la falta de confianza en sus habilidades clínicas, hallando una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Aunque la asociación no necesariamente significa causalidad, es un estudio a tener en cuenta para futuros estudios.

En síntesis, los resultados obtenidos para la dimensión *abuso psicoemocional* coinciden con estudios similares en otros países del mundo, siendo la práctica más frecuente el abuso verbal en forma de recibir gritos frente a colegas y pacientes.

5.2.3. Acoso Sexual

³⁰ Asociación Americana de Escuelas de Medicina: <https://www.aamc.org/>

El 4% de los residentes manifestaron haber sido víctimas de *acoso sexual*, según muestra el Cuadro 18.

Cuadro 18. Residentes encuestados según sufrimiento de acoso sexual. Cantidad y distribución porcentual

Acoso sexual	Frecuencia	%
Si	4	4
No	94	96
Total encuestados	98	100

Fuente: Elaboración propia

Al realizar el cruce con la variable sexo, observamos que todas las respuestas corresponden al sexo femenino, según muestra el Cuadro 19.

Cuadro 19. Residentes encuestados según sufrimiento de acoso sexual en su formación según sexo. Distribución porcentual

Acoso sexual	%	SI	NO
Mujeres	100	100 %	0 %
Varones	100	0%	100 %
Total residentes	100	100 %	100%

Fuente: Elaboración propia

Si analizamos las respuestas afirmativas en relación a la cantidad total de mujeres que respondieron la encuesta (4/62), el porcentaje de mujeres que sufrieron *acoso sexual* asciende al 6%. Cook *et al.* (1996), de la Universidad de McMaster en Canadá, obtuvieron resultados similares a este estudio. Un 5,4 % de las residentes de siete programas de dicha universidad dijeron haber sufrido asaltos físicos por parte de los médicos supervisores en el año 1996. El hallazgo más novedoso que hace este equipo de investigación en 1996, es lo que denominan *trato diferencial*. El 70% de las residentes mujeres y más del 60% de los residentes varones reconocieron su existencia y profundizaron sobre lo que esto significaba. Describieron la presencia de comentarios o bromas sexuales solo dirigidas a las mujeres, micro inequidades y sutiles acciones para dejar afuera a las mujeres. Lo que más preocupó a los autores fueron las resistencias que encontraron entre los médicos y médicas canadienses al momento de realizar el estudio, cuestionando la temática abordada. Calificaron la investigación como “estúpida” y que generaba divisiones entre

hombres y mujeres, y entre residentes y supervisores. También argumentaban que estaba políticamente intencionado y que apartaba de “lo importante”.

Vale la pena señalar que el presente estudio se realizó en el año 2015 con un contexto social muy diferente al actual. En estos últimos cinco años los movimientos de mujeres a nivel internacional obtuvieron grandes logros en la visibilización de la desigualdad de género, la lucha por la igualdad de derechos y por la violencia contra las mujeres. En la Argentina, en el año 2015 el movimiento *Ni una menos*³¹, que se hizo viral a partir de la convocatoria masiva de mujeres que salió a las calles para exigirle al Estado políticas y presupuesto que eviten los femicidios, pero también fue un hito que marcó la agenda nacional y puso en debate el machismo en general y sus trágicas consecuencias.

En 2017, el movimiento global *Me Too (YoTambién)* se viralizó en las redes sociales a través de su hashtag #MeToo para denunciar la agresión y el acoso sexual. Surgió desde el mundo del espectáculo pero después se trasladó a los demás ámbitos, animando a las mujeres a publicar en redes sociales sus experiencias, para demostrar la propagación y naturalización de este tipo de abusos. Estos fenómenos desataron un importante cambio social, cultural y legal en estos últimos cinco años que generaron una mayor conciencia en hombres y mujeres acerca de la naturalización de las conductas abusivas hacia la mujer y produjeron nuevas legislaciones y medidas para garantizar la denuncia, prevenir el acoso sexual y la violencia y garantizar la rendición de cuentas de los responsables de dichos abusos.

Por lo tanto, al momento de realizar este estudio el enfoque tanto de la tesista como de los residentes encuestados era sustancialmente diferente. Es probable que de realizarse las mismas preguntas hoy, el grado de reporte sería significativamente mayor. A tal efecto, se buscaron estudios más recientes como el que realizaron Hu *et al.* (2018) sobre 7409 residentes de 262 residencias de los Estados Unidos. Sus resultados muestran que el 10,3% de residentes dice haber experimentado acoso sexual y que, en su mayoría, también fueron mujeres (96%). Los responsables señalados más frecuentemente por las mujeres fueron los pacientes y/o familiares de pacientes (31,2%) y los médicos de planta

³¹ El movimiento argentino de mujeres venía realizando marchas para pedir justicia por diferentes femicidios, pero fue el asesinato de Chiara Páez, embarazada de 14 años, que terminó por indignar a referentes sociales, políticas, artistas y empresarias. Levantaron la voz con la frase “Nos están matando” y se convocó con el hash #niunamenos para el 3 de junio de 2015. Día en que se logró una inédita movilización masiva en las calles de todo el país que se repite año a año. Ver más en: https://elpais.com/sociedad/2019/06/03/actualidad/1559590094_787207.html

(30,9%). En el caso de los varones (4%), señalaron al personal de enfermería o personal administrativo (22,7%). Otros estudio también actual realizado en cinco hospitales académicos por Fitzgerald *et al.* (2019) arrojó un reporte de 28,9% de acoso sexual en las residencias.

En cuanto a las acciones específicas de *acoso sexual* que sufrieron las residentes, un 3% dijo 20.1- Recibir propuestas y/o insinuaciones sexuales no deseadas y un 2% dijo 20.2- Ser objeto de acciones físicas de tipo sexual no deseadas (contacto no consentido como pellizcos, palmadas, roces de tipo sexual u otras), como muestra el Cuadro 20.

Cuadro 20. Residentes encuestados según sufrimiento de acoso sexual en su formación. Distribución porcentual

Tipo de Acoso sexual	Total Residentes %	Sufrió acoso sexual	
		Si	No
20.1-Ha recibido proposiciones y/o insinuaciones sexuales no deseadas	100	3	97
20.2- Ha sido objeto de acciones de tipo sexual no deseadas (Por ejemplo, contacto no consentido como pellizcos, palmadas, roces de tipo sexual u otras)	100	2	98

Fuente: Elaboración propia

Los residentes encuestados amplían al respecto: “*Vi acoso a compañeras*”, “*Otros médicos hacen comentarios sexuales o insinuaciones a las mujeres*”. Estos testimonios dan cuenta que, por un lado, se perciben las situaciones de acoso y, por otro, que es más fácil declararlas cuando le suceden a otra persona, en este caso las mujeres. Las cuatro residentes señalan como principales responsables a médicos y otros profesionales de planta y/o residentes superiores.

En síntesis, podemos ver como los estudios más recientes arrojan resultados mayores a los hallados en este estudio, sin dejar de ser un dato preocupante que el 6 % de las residentes vivieron situaciones de *acoso sexual* al momento de la toma.

5.2.4. Discriminación

El 30% de los residentes dice haber sufrido algún tipo de *discriminación* según muestra el Cuadro 21.

Cuadro 21. Residentes encuestados según sufrimiento de discriminación en su formación. Cantidad y distribución porcentual

Discriminación	Frecuencia	%
Si	29	30
No	69	70
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

En el cruce con la variable sexo se puede observar que el 86% de las mujeres refieren haber sufrido discriminación por sobre el 14% de los hombres, según muestra el Cuadro 22.

Cuadro 22. Residentes encuestados según sufrimiento de discriminación según sexo. Distribución porcentual.

Sexo	Total (%)	Sí	No
Mujeres	100%	86 %	14%
Varones	100%	14%	86%
Total residentes	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Los tipos de *discriminación* acerca de los cuales se indagó a los residentes fueron: 23.1-la discriminación por su condición de hombre o mujer; 23.2-por su orientación sexual; 23.3- por su religión, creencias y/o prácticas espirituales y 23.4- por su nacionalidad o procedencia. El tipo de discriminación más frecuente fue el 23.1- recibir comentarios ofensivos en relación a la condición de hombre o mujer (19 %), seguido por la 23.4- el recibir comentarios ofensivos en relación con la nacionalidad o procedencia (11%). según muestra el Cuadro 23.

Cuadro 23. Residentes según percepción de discriminación, por tipo de discriminación. Distribución porcentual

Tipo de discriminación	Total residentes	Sufrió discriminación	
		Si	No
23.1-Ha recibido comentarios ofensivos en relación a su condición de hombre o mujer	100	19	81
23.2-Ha recibido comentarios ofensivos en relación a su orientación sexual	100	4	96
23.3-Ha recibido comentarios ofensivos en relación con su religión, creencias y/o prácticas espirituales	100	7	93

23.4-Ha recibido comentarios ofensivos en relación con su nacionalidad o procedencia	100	11	89
---	------------	----	----

Fuente: Elaboración propia

Se realizaron los cruces por sexo que se destacan a continuación. Se observa que las respuestas afirmativas acerca de recibir comentarios ofensivos en relación a la condición de hombre o mujer (24.1-) corresponden en su totalidad a residentes mujeres, como muestra el Cuadro 24.

Cuadro 24. Residentes encuestados según si ha recibido comentarios ofensivos en relación a su condición de hombre o mujer según sexo. Distribución porcentual

Sexo	Total	Sí	No
Mujer	100%	100%	0%
Varón	100%	0%	100%
Total residentes	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Un residente amplía al respecto: “*Un paciente que cada vez que mis compañeras estaban de guardia las insultaba y las menospreciaba por su género*”. Es de interés comparar estos resultados con el meta análisis que realizaron Fnais *et al.* (2104) sobre 51 estudios sobre *discriminación y acoso sexual* en las residencias. Allí concluyen que el 66,6% de los residentes dijeron haber sufrido discriminación de género. Valores estos muy superiores a los obtenidos en este trabajo (19%), lo que puede deberse a la manera de formular la pregunta, así como a la forma de administración, pero se considera importante tomar en cuenta el contexto social de la Argentina en cuanto a la perspectiva de género al momento de la toma.

Con respecto a la discriminación por Género, sucede un fenómeno semejante al que se describió a partir del análisis de los resultados de la dimensión *acoso sexual*. Los avances logrados a nivel social y académico sobre la temática de Género en la Argentina en estos últimos años (2015-2020), seguramente modificarían los resultados de repetir el estudio hoy. Cinco años atrás, las conductas y comentarios descalificantes en los medios masivos de comunicación, el acoso en la vía pública con la costumbre de los *piropos*³², las bromas sexistas y el *acoso* en los ámbitos familiares, educativos y/o laborales hacia

³² Según la Real Academia Española, “Dicho breve con que se pondera alguna cualidad de alguien, especialmente la belleza de una mujer”. Recuperado de <https://dle.rae.es/?w=piropo>

las mujeres estaban naturalizados y no eran reconocidos como discriminatorios o violentos por la gran mayoría sociedad.

A la pregunta sobre haber recibido comentarios ofensivos en relación a su orientación sexual, el 5% del total de los residentes respondió afirmativamente. Se realizó el cruce según la variable sexo y se observa un mayor porcentaje de respuestas de los residentes varones (7%) en relación a las residentes mujeres (3%), según muestra el Cuadro 25.

Cuadro 25. Residentes encuestados según si ha recibido comentarios ofensivos en relación a su orientación sexual. Distribución porcentual

Sexo	Total	Sí	No
Mujer	100%	3%	97%
Varón	100%	7%	93%
Total residentes	100%	5%	95%

Fuente: Elaboración propia

Este resultado puede analizarse a la luz del modelo de formación heroico militar descrito en el Capítulo 3. Modelo que realiza una especial vigilancia acerca de la *hombria* de sus médicos residentes, ya que sus pilares de la resistencia y la fortaleza, son valores sociales asociados a lo masculino. Es por ello que la orientación sexual por fuera de la opción heterosexual y cisgénero es mucho más castigada y discriminada en las personas de sexo biológico masculino.

Es de esperar entonces que estos datos sean un subregistro ya que el grado de ocultamiento de la orientación sexual no heterosexual cinco años atrás era mucho mayor. Las luchas del Colectivo de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersex y Queer (LGBTIQ) para reivindicar sus derechos fueron acompañadas por políticas protectoras por parte del Estado con la sanción de la Ley de Identidad de Género. En el ámbito de las ciencias de la salud, la despatologización del colectivo LGBTIQ es incipiente. Aunque en el año 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS), eliminó la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) existe en varios efectores de salud los “consultorios amigables”³³ para atender a la comunidad LGBTIQ, lo que hace pensar que los demás prestadores de salud no son “amigables” con el colectivo. Lo cierto es que, a pesar de las leyes y capacitaciones en marcha, el personal de salud mantiene

³³ Consultorios amigables para la diversidad sexual. Una propuesta para mejorar el acceso a la salud integral. Ministerio de Salud, Argentina. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/vih-sida-its-y-hepatitis-virales/consultorios-amigables>

prejuicios que podemos explicar en parte por sus modelos de formación, como señalamos anteriormente (Capítulo 3). Se puede agregar que es aún más reciente la despatologización de la población Trans, ya que apenas en el año 2012, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) la elimina de la lista de enfermedades mentales

Por otra parte, gracias a lo aprendido de los estudios de Género en estos últimos años, hoy se considera deficiente la manera de formular la pregunta sobre la *orientación sexual*, ya que no especifica a qué se refiere con el término. Sería importante aclarar allí qué entendemos por *orientación sexual* “*a la atracción sexual, erótica, emocional o amorosa que sienten las personas hacia otras tomando como referencia su género o también su identidad de género*” (D’Elio, Sotelo, Santamaría y Recchi, 2016; p.17). A su vez, esta pregunta debería complementarse con otra acerca de la *identidad de género autopercebida*. Entendiendo por ello que “*la identidad de género puede corresponderse o no con el sexo biológico de las personas. Si la identidad de género de una persona se corresponde con su sexo biológico, es decir una mujer que se identifica con el género femenino o un varón con el género masculino, se dice que esa persona es cisgénero o cis genérica*” (D’Elio, Sotelo, Santamaría y Recchi, 2016; p.14). Con estas dos preguntas, y explicitando en cada una su definición, se podría explorar de manera más integral la problemática de la *discriminación* por Género.

Se buscaron estudios similares más recientes, como el de Hu *et al.* (2018) publicado en el *New England Journal of Medicine*, NEJM (estudio anteriormente citado en la dimensión de *acoso sexual*) y se observan porcentajes de respuesta afirmativa superiores. Sus resultados muestran que el 31,9% de los residentes, hombres y mujeres, dice haber experimentado discriminación debido a su identidad de género autopercebida y el 65,1% de las residentes mujeres encuestadas dicen haber sufrido discriminación por género. También la investigación de Fitzgerald *et al.* (2019) (referenciada en la dimensión de *acoso sexual*) arrojó un resultado de 15,7% de residentes que dicen haber sido discriminados por su género.

Por lo que vemos, y como se observa también luego del análisis de la dimensión *acoso sexual*, los estudios actuales arrojan un mayor porcentaje de residentes que reportan acciones de discriminación por Género en relación al estudio empírico de esta tesis.

En relación a la *discriminación* según nacionalidad o procedencia, se observa una mayor cantidad de respuestas de residentes extranjeros (44 %), según muestra el Cuadro 26.

Cuadro 26. Percepción de discriminación según nacionalidad o procedencia. Distribución porcentual

Nacionalidad	Total (%)	Sí	No
Argentinos	100%	27%	63%
Extranjeros	100%	44%	56%
Total residentes	100%	35,5%	64,5%

Fuente: Elaboración propia

Dado que el hospital privado no permitía el ingreso a extranjeros, al momento del estudio, se infiere que todos los extranjeros que percibieron *discriminación* por su nacionalidad (44%) pertenecen al hospital del ámbito público. El 27% de los residentes argentinos que han percibido *discriminación* por su procedencia pertenecen al grupo de residentes provenientes de otras localidades del país y que tuvo que mudarse a la Ciudad de Buenos Aires para realizar la residencia (42%) (ver Cuadro 4).

A partir de estos resultados, merece la pena en el futuro investigar en profundidad las manifestaciones de xenofobia hacia los médicos extranjeros en formación como así también las acciones de *discriminación* por parte de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, hacia los residentes provenientes de otras localidades del país. No ingenuamente llamados *gente del interior*, término que hace reflexionar interior en relación a qué *exterior o punto central*.

En síntesis, podemos observar la presencia de acciones de discriminación al interior de la residencia. El 30% obtenido es alarmante y es una invitación a analizar en mayor profundidad también la discriminación por lo que se denomina *sesgo inconsciente*. Godsil, Tropp, Goff y Powell (2014) lo definen como “*el resultado de la asociación automática e inconsciente de atributos a diferentes grupos. El sesgo puede manifestarse como resultado de preferencias comparativamente positivas o negativas para un grupo sobre otro.*” (p.21). Dicho de otra manera, los sesgos son los prejuicios a favor o en contra de una persona o grupo en comparación con otra. Existen los sesgos conscientes, explícitos, que se demuestran y sobre los cuales se basan nuestros valores y comportamientos y los sesgos inconscientes, implícitos, basados en estereotipos sociales sobre ciertos grupos que las personas formamos por fuera del plano de la propia conciencia. En este marco, se pueden analizar lo que se llaman micro agresiones a las que

son expuestos ciertos grupos de residentes por su identidad u orientación sexual, cultura, creencias, proveniencia o nacionalidad.

5.3- Responsables

Se presentan los resultados obtenidos de las personas señaladas como responsables del maltrato según personas que padecieron maltrato educativo, maltrato psico-físico, acoso sexual y/o discriminación, según muestra el Cuadro 27.

Cuadro 27. Cantidad de personas señaladas como responsables del maltrato psicofísico según personas que padecieron maltrato educativo, maltrato psico-físico, acoso sexual y/o discriminación. Opción de respuestas múltiples por parte de los residentes.

Primer responsable del maltrato	Educativo	Psico-físico	Acoso sexual	Discri-minación	Total
27.1-Médicos de planta y otros profesionales	68	33	3	12	116
27.2-Pacientes	28	32	0	7	67
27.3-Jefe de residentes	27	14	0	2	43
27.4-Jefe de servicio	22	9	0	5	36
27.5-Residentes superiores y pares	11	15	2	8	36
27.6-Personal administrativo	10	1	0	1	12
27.7-Instructor, coordinador de la residencia	2	2	0	5	9
Total menciones	168	106	5	40	319

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el Cuadro 27, las personas identificadas como responsables de las acciones de maltrato educativo se encuentran distribuidas entre todos los actores del sistema de salud. 27.1- Los médicos de planta y otros profesionales de planta se encuentran en el primer lugar con un total de 116 menciones, ocupando el primer lugar también en cada una de las cuatro dimensiones exploradas. En el sistema de salud todos los profesionales de planta tienen en mayor o menor medida funciones docentes con los residentes. Aunque no sean los encargados directos de su aprendizaje, o no les den clases, los reciben en sus consultorios, comparten las guardias y realizan los recorridos de sala con ellos. Por eso es un dato preocupante que sean señalados como primeros

perpetradores. Así testimonian los residentes el trato recibido por algunos profesionales de planta:

“Hay médicos de otras especialidades que prepotean a los residentes”.
“Recibimos gritos y comentarios despectivos por parte de los enfermeros”.
“Un médico interno durante una cirugía insultó a un residente inferior al punto de hacerlo llorar”.

Bastante más lejos, ocupan el segundo lugar 27.2- los pacientes con 67 menciones. Este dato merece analizarse más en profundidad debido al alto grado de reporte. Las agresiones verbales y físicas a los residentes están presentes en la residencia de dependencia pública y en la de dependencia privada. En ambos casos, los residentes son con frecuencia los responsables de dar partes, informes o evacuar dudas y ansiedades del paciente y su familia. Se presentan a continuación algunos testimonios dados por los residentes encuestados acerca del trato recibido por parte de los pacientes:

“Recibí golpes e insultos por parte de pacientes y familiares en distintas ocasiones”.
“Somos el blanco de las agresiones por parte de familiares”.
“Los familiares nos menosprecian”.
“Hay pacientes que nos insultan y amenazan con maltrato físico. A nosotros y al médico de planta. Tuvimos que llamar a personal de seguridad más de una vez”.
“Los pacientes están enojados por haber esperado en la guardia todo el día y yo soy el depositario de todos sus enojos”.
“Un familiar me gritó y acusó de "estar todo el día atrás de la computadora" cuando le fui a explicar el resultado positivo de una troponina y la necesidad de repetirla. Tuve que aguantar muchos comentarios ofensivos, más tarde me pidió perdón y me dijo que estaba preocupada porque no había cama para su familiar”.

En tercer lugar 27.3- se ubica la figura del jefe de Residentes (JR) con 43 menciones. Este dato es preocupante ya que se trata de la principal figura docente del sistema de residencias. Aunque varían sus funciones según el hospital y el servicio, el jefe de residentes organiza la actividad académica, las guardias, las rotaciones y las

evaluaciones de los residentes y es el gran protagonista de la modelización de los residentes que ingresan al sistema. Con respecto al JR y residentes superiores, los residentes expresan:

“Durante el primer año de residencia maltrataba psicológicamente a los residentes. La jefa de residentes nos arrojaba objetos si nos quedábamos dormidos en los pasos, aun estando postguardia. Hacía llorar a los RI sino cumplían bien su tarea. Los enfrentaba todo el tiempo y generaba discordia, competencia y enemistad en el grupo”.

“Presenció insultos y amenazas a compañeros por parte de residentes superiores”.

En cuarto lugar se encuentran, con la misma cantidad de menciones (36), 27.4- los residentes superiores y pares y el Jefe del servicio. Podemos suponer que si las prácticas de maltrato son ejercidas por la máxima autoridad del servicio, estas prácticas están validadas y tendrán complicidad de parte de la jefatura en el caso de ser ejercidas por toda la estructura del servicio, ya sea educativa y/o asistencial.

Muy lejos, y con escasa cantidad de menciones, se señala al 27.5- Personal administrativo (12), seguido en último lugar por el 27.6- Coordinador de residencia (9).

En síntesis, los resultados obtenidos coinciden con el estudio realizado por Marques *et al.* (2012) en Brasil en el que los residentes reportan que la mayoría de las acciones de maltrato (40%) provienen de los profesionales del servicio. También el estudio de Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu y Shimbo (2009) en Japón encuentra en primer lugar como perpetradores de abuso a los médicos del hospital (34,9%), seguidos por los pacientes (21,7%). Ahmer *et al.* (2008) en Pakistán obtiene resultados similares, ya que el 46% de los residentes señaló a los médicos de planta como principales perpetradores. Bastías, Fasce, Ortiz, Pérez y Schaufele (2011) en Chile reportan también que los responsables fueron en primer lugar los médicos no docentes, seguidos por los docentes. El trabajo de Mejía, Diego, Aleman, Maliandi y Lasala (2005) también en Argentina, arroja resultados diferentes, ya que los residentes reconocieron como perpetradores en primer lugar a los residentes superiores (25%), luego a los jefes de residentes (19%) y finalmente a los médicos de planta (14%).

En síntesis, se observa que las acciones de maltrato provienen principalmente, en este estudio y en la mayoría de los estudios relevados, por parte de los médicos de planta

de los hospitales, aunque se observa igualmente que están presentes todos los actores del sistema de salud: la conducción de los servicios, los médicos de planta, todos los responsables docentes del sistema formador y los pacientes.

5.4. Nivel de reporte de las experiencias de maltrato vividas

El 54% de los residentes que sufrieron maltrato no reportaron la experiencia, según muestra el Cuadro 28.

Cuadro 28. Residentes que sufrieron algún tipo de maltrato según a quien informó la situación vivida. Cantidad y distribución porcentual

A quien informó la situación vivida	N	%
No lo informé	26	54
Jefe de residentes	8	17
Instructor, coordinador o responsable de la residencia	4	8
Residentes superiores	3	6
Otro	3	6
Jefe de servicio	2	4
Médicos de planta	2	4
Total	48	49
Ns/Nc	50	51
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

El porcentaje de no reporte es alto (54%) y a la pregunta abierta que tenían la opción de responder, en caso de responder que no, se obtuvieron los siguientes testimonios: “no sé dónde o a quién reportar”, “pensé que reportarlo empeoraría mi situación”.

En relación a los que sí reportaron, si sumamos el 8% que lo hizo al Coordinador de residencia, más el 17% al JR y el 6% a sus residentes superiores, se puede observar que el 31% reportó a referentes que pertenecen a su programa de residencia. Por otro lado, si sumamos el 4% que señala al Jefe de servicio y el 4% a médicos de planta, se observa que el 8% reportó al interior del servicio asistencial donde se desarrolla el programa. Por lo que la casi totalidad de los reportes quedan en el interior del mismo servicio que ejerce

las acciones de maltrato. Esto evidencia la ausencia, la falta de credibilidad y/o de confianza hacia oficinas de referencia institucional, por fuera de los servicios asistenciales responsables de la formación, que puedan asistir a los residentes ante hechos de este tipo con políticas activas y circuitos establecidos de reporte protegido y penalización para este tipo de situaciones. Organismos internos como el área de Docencia e Investigación y el área de Recursos Humanos de los hospitales y organismos de control externos al hospital, como el Instituto Nacional contra la discriminación, Xenofobia y Racismo (INADI)³⁴ o el reciente Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad ³⁵.

5.5. Consecuencias percibidas a partir de las situaciones vividas

El 23 % de los residentes encuestados dice haber sufrido efectos en su salud, su formación o en otros aspectos de su vida a partir de las situaciones vividas, según muestra el Cuadro 29.

Cuadro 29. Consecuencias percibidas a partir de las situaciones vividas. Cantidad y distribución porcentual

¿Considera que la situación vivida ha tenido algún efecto o impacto en su salud, su formación o algún otro aspecto de su vida?	N	%
No	31	32
Si	23	23
Total	54	55
Ns/Nc	44	45
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa un alto porcentaje (45%) de residentes que no respondieron el ítem. Esto puede deberse al efecto cansancio ya que el cuestionario era extenso y sobre temáticas complejas.

Con respecto al tipo de consecuencias que le atribuyen a las situaciones de maltrato vividas, las más frecuentes son las de tipo psíquicas, según muestra el Cuadro 30.

Cuadro 30. Tipo de consecuencias. Cantidad y distribución porcentual

Qué tipo de consecuencias	N	%
---------------------------	---	---

³⁴ <https://www.argentina.gob.ar/inadi>

³⁵ <https://www.argentina.gob.ar/generos>

Psíquicos (por ejemplo: ataques de pánico, adicción a drogas, alcoholismo, angustia, insomnio u otros)	15	15
Físicos (por ejemplo: cefalea, falta de apetito, obesidad, hipertensión u otro)	4	4
Sociales (por ejemplo: dificultades en vida de relación pareja, familia, pacientes u otros)	3	3
Educativos (por ejemplo: pérdida de concentración, pérdida de confianza, errores frecuentes u otros)	2	2
Total	24	25
Ns/Nc	74	75
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

Aquí también el porcentaje de residentes que no responde el ítem es alto (75%). Las consecuencias más frecuentes mencionadas en este estudio son las de tipo psíquicas (15%), como por ejemplo ataques de pánico, adicción a drogas, alcoholismo, angustia, insomnio u otros. Ogunsemi, Alebiosu y Shorunmu (2010) obtuvo resultados similares, ya que el 31 % de residentes nigerianos reportaron haber tenido consecuencias y señalaron en primer lugar las de tipo emocional, que comprometieron su salud mental como depresión (29%) y ataques de pánico (21,6%). En el estudio de Marques et al.(2012) hecho en Brasil, el porcentaje de residentes que señalaron tener secuelas debidas al asedio es mayor (65,9%) y la mayoría referenció padecer principalmente secuelas de tipo psíquicas, tales como tristeza, decepción, incapacidad o falta de competencia para su aprendizaje (58,5%). En el trabajo de Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu y Shimbo (2009) hecho en Japón, también es mucho mayor el porcentaje de no reporte (88%) y las reacciones más frecuentes a la experiencia de maltrato fueron enojo/cólera (41,4%), disminución del entusiasmo por la residencia (33,5%), depresión (27,1%), sentimientos de dificultad en las tareas (17,2%), problemas de salud como insomnio, pérdida de apetito (15,3%) y miedo (10,8%).

5.6. Pensamientos de abandono de la profesión

El 16 % de los residentes pensó en dejar la residencia debido al trato recibido según muestra el Cuadro 31.

Cuadro 31. Pensamientos de dejar la residencia. Cantidad y distribución porcentual

¿Ha pensado en dejar su actual residencia debido al trato recibido?	N	%
No	44	45
S	16	16

Total	60	61
Ns/Nc	38	39
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

Aquí también el porcentaje de residentes que no responde el ítem es alto (39%) y el resultado (16%) es superior al reportado en el estudio de Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu y Shimbo (2009) (7,4%).

Con respecto a tener pensamientos dejar la carrera de Medicina a partir de la experiencia de maltrato vivida, un 11% respondió afirmativamente, según muestra el Cuadro 32.

Cuadro 32. Pensamientos de dejar la Medicina. Cantidad y distribución porcentual

¿Ha pensado en dejar la Medicina debido al trato recibido?	N	%
No	48	49
Si	11	11
Total	59	60
Ns/Nc	39	40
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

El resultado es similar al del estudio de Maida *et al.* (2003) en Chile, donde el 17% de los residentes pensó en dejar la carrera debido al abuso experimentado. Si se analiza la exigencia, el sacrificio y la inversión en años que implica estudiar una carrera como la de Medicina, el porcentaje de personas que pensó en dejar la profesión puede verse como un indicador preocupante del grado de sufrimiento por el que pasan algunos de los residentes en el paso por su formación. En el estudio en Nigeria de Ogunsemi, Alebiosu y Shorunmu (2010) el 61,4% de los residentes expresó que si tuviera que empezar de nuevo, elegiría otra carrera. Parece darse una situación de decepción acerca de lo que realmente es la profesión al ingresar a la vida hospitalaria. En relación con ello, Griffith y Wilson (2003) realizaron una investigación acerca de la pérdida del idealismo en la profesión. Los autores se preguntan cómo los jóvenes idealistas estudiantes de Medicina se convierten en cínicos y duros profesionales en ejercicio. Sus resultados muestran que los residentes durante el primer año pierden su idealismo hacia ciertos pacientes y hacia la profesión, manifestando los cambios más importantes durante los primeros cinco meses de formación. Muchos factores atribuibles al sistema de salud pueden contribuir a esta transformación pero, sin duda, el sistema de formación y el trato

recibido en la modelización profesional tienen gran parte de responsabilidad en la actitud cínica y la pérdida del idealismo de los jóvenes médicos.

5.7. Participación en acciones de maltrato

Con respecto a la participación en las acciones de maltrato descritas en este estudio, y a pesar de que casi el 100% (99%) de los residentes dijo haber sido víctima, sólo el 8% afirma haber participado como colaborador, según muestra el Cuadro 33.

Cuadro 33. Participación como colaborador en alguna de las de las situaciones enumeradas anteriormente. Cantidad y distribución porcentual

¿Ha participado como colaborador en alguna de las de las situaciones enumeradas anteriormente?	N	%
No	84	86
Si	8	8
Total	92	94
Ns/Nc	6	6
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

Este dato merece analizarse ya que, como se observa en el Cuadro 27, acerca de los responsables, todos los actores del sistema son en parte actores de las acciones de maltrato. Estos resultados llevan a reflexionar acerca del concepto de participación, ya que se puede preguntar si la omisión, el silencio y la no oposición o denuncia no son también una forma de participación que hace posible la supervivencia de este tipo de prácticas abusivas en el sistema formador.

Con respecto a la participación como testigo los valores obtenidos son mucho más altos. El 67 % de los residentes dice haber sido testigo de las situaciones de maltrato descritas en este estudio, según muestra el Cuadro 34.

Cuadro 34. Participación como testigo, aunque no la haya vivido en su propia persona, de alguna de las situaciones enumeradas anteriormente. Cantidad y distribución porcentual

¿Ha sido testigo, aunque no la haya vivido en su propia persona, de alguna de las situaciones enumeradas anteriormente?	N	%
No	28	29
Si	66	67

Total	94	96
Ns/Nc	4	4
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

Nuevamente surge la pregunta de cómo es posible que con la alta prevalencia del problema (99% padeció maltrato), el 67% lo presencié pero sólo el 8% colaboré. Finalmente se le preguntó a los residentes si habían vivido situaciones similares durante la carrera de Medicina. Un 34 % respondieron afirmativamente, ya sea en calidad de destinatario (11%), observador (22%) o colaborador (1%), según muestra el Cuadro 35.

Cuadro 35. Vivencia de situaciones similares a las descritas cuando era estudiante de Medicina. Cantidad y distribución porcentual

Mencione si ha vivido situaciones similares a las descritas cuando era estudiante de Medicina.	N	%
Como destinatario	11	11
Como observador	22	22
Como colaborador	1	1
Total	34	35
Ns/Nc	64	65
Total residentes	98	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa aquí nuevamente un alto porcentaje de residentes que no responden el ítem (65%). Por otra parte, se realiza la misma observación que en el punto anterior (Cuadro 33). A la luz de los estudios relevados que muestran las prácticas abusivas (ver Capítulo 1) ya están presentes en las escuelas de Medicina, los resultados sorprenden ya que una sola persona (1%) se autopercibe como colaboradora y un 22% dice haber sido testigo de dichas acciones.

5.8. Principales hallazgos y nuevos interrogantes

Los resultados obtenidos en este estudio encuentran varias similitudes con las investigaciones más relevantes analizadas. El *maltrato educativo* es el más prevalente (96%) y su manifestación más frecuente es la experiencia de falta de reconocimiento a la

dedicación y al esfuerzo realizado durante la residencia (74%). Se observa en esta dimensión una mayor incidencia en las residencias quirúrgicas (85%).

En segundo lugar se encuentra el *maltrato psicoemocional* (78%) y la manifestación más frecuente es la experiencia de recibir gritos frente a colegas y/o pacientes (49%). Se observa también una mayor incidencia en las residencias quirúrgicas (70%).

En tercer lugar se encuentran las acciones de *discriminación* (30%), donde la experiencia vivida con más frecuencia es la de recibir comentarios ofensivos por la condición de hombre o mujer (19%). En esta dimensión las personas afectadas son en su mayoría mujeres (86%).

En cuarto lugar, se ubica el *acoso* (4%) y la experiencia vivida con más frecuencia es la de recibir proposiciones y/o insinuaciones sexuales no deseadas (3%). En esta dimensión el 100% de las personas afectadas son mujeres.

En cuanto a los responsables de las acciones de maltrato, los médicos de planta y otros profesionales fueron mencionados en primer lugar (116 menciones). Con respecto al grado de reporte, el 54% de los residentes no reportaron la experiencia vivida y los que reportaron lo hicieron al interior del propio servicio. El 23% afirmó haber sufrido consecuencias y las más frecuentes fueron las de tipo psíquicas (15%). El 16% pensó dejar la residencia por causa del trato recibido y el 11% pensó en dejar la profesión médica.

En cuanto a la participación en las acciones de maltrato expresadas en este estudio, el 8% dijo haber participado en ellas mientras que un 67% dijo haber sido testigo de estas acciones. Por último, el 34% de los residentes dice haber vivido este tipo de situaciones de maltrato también durante su formación en la carrera de Medicina.

Estimar la prevalencia de maltrato en todas sus formas, *educativo, psicoemocional, abuso sexual y discriminación*, es dificultoso ya que generalmente arroja subregistros por la misma complejidad que presenta el problema. Como fue tratado en el Capítulo 3, el disciplinamiento recibido durante la formación modeliza a los residentes y logra naturalizar, y por lo tanto hacer invisible el trato recibido. A su vez, como se describe en el Capítulo 6, se trata de una práctica educativa legitimada por estudiantes y profesores, la del *maltrato beneficioso. Práctica* que forma parte del currículum oculto en la enseñanza de la medicina desde la formación de grado y que subsiste durante la residencia.

Por otro lado, la vulnerabilidad de los residentes en esta estructura jerárquica tan marcada permite que las prácticas abusivas no se reporten y se logre el pacto de silencio necesario para que el maltrato se reproduzca y perdure en la estructura de la residencia.

En síntesis, se evidencian condiciones de formación hostiles y poco cuidadas donde la cultura de ejercer acciones intimidantes y humillantes hacia los residentes a los fines de lograr el “fogueo” y para “curtirlos” en la profesión sigue vigente.

6. La Pedagogía del *maltrato beneficioso*, una práctica educativa legitimada

Resumen

En este capítulo se describen las características de la residencia que permiten identificarla como una “institución total”, en términos de Ervin Goffman. Se analiza la concepción educativa del maltrato beneficioso, término paradójico legitimado por supervisores y residentes que naturaliza el maltrato como inherente al aprendizaje de la medicina. Así es como las prácticas intimidantes, aprendidas en los inicios de la formación, se hacen invisibles y por lo tanto difíciles de modificar y forman parte del currículum oculto de la residencia. Esto podría explicar la persistencia de los entornos educativos hostiles y amenazantes, necesarios para sostener la rígida estructura jerárquica de poder existente. Esta estructura requiere de prácticas de enseñanza funcionales para asegurar su supervivencia. Prácticas predominantemente transmisivas y de adiestramiento que intentan poner en evidencia la marcada asimetría entre quienes aprenden y quienes enseñan. Los vínculos pedagógicos de confianza y cercanía son poco frecuentes y muy escasas las prácticas de enseñanza problematizadoras y reflexivas.

6.1. La residencia como *institución total*

La particularidad de la enseñanza de la Medicina hace que gran parte de sus actividades de aprendizaje transcurran en ámbitos asistenciales, tanto las prácticas clínicas de grado como la formación de posgrado en la residencia se realizan dentro de unidades asistenciales de salud. Como se describe en el Capítulo 1, la residencia se define por ser una modalidad de formación en servicio basada principalmente en situaciones de aprendizaje incidental. Por lo que los escenarios de aprendizaje, en su gran mayoría, son también lugares de trabajo. La formación del residente sucede en un híbrido entre algunas actividades de tipo áulico como los ateneos, las clases en el servicio, el curso superior universitario para los que en simultáneo están haciendo la carrera de especialistas; y las típicas actividades de un servicio asistencial de salud, como la atención en consultorio ambulatorio, los recorridos de sala de internación, el pase de guardia, la interconsulta, entre otras. Es decir, gran parte del aprendizaje sucede en contextos no pensados exclusivamente para satisfacer las demandas educativas. Los residentes deben responder en primer lugar a las necesidades y urgencias del sistema de salud y asumir

responsabilidades de la práctica médica para la cual ellos están habilitados por su matrícula de médicos. Es por ello que los objetivos de formación en muchas oportunidades, y con mucha variabilidad según el centro formador, se ven como algo secundarios por sobre las necesidades asistenciales a resolver, como lo señala Duré (2015):

“Una de las tensiones habituales de la residencia es que se identifica al profesional en formación como perteneciente a un servicio y no a un programa educativo. De esta manera, si la gestión del proceso de capacitación no se realiza adecuadamente y se involucra a los profesionales del servicio, las obligaciones de trabajo relegan las oportunidades de aprendizaje. Del mismo modo, si la tarea asistencial no es acompañada por un docente tutor, que vaya graduando el nivel de autonomía en las intervenciones del residente, el aprendizaje se produce de manera asistemática o inadecuada, con el consiguiente riesgo para los pacientes presentes y futuros” (p.3)

Aprender de las oportunidades que ofrece la actividad asistencial es la mejor manera de formarse en la profesión, aunque en ocasiones deje en segundo plano los objetivos educativos programados. Esta característica incidental del aprendizaje durante la residencia no puede considerarse un atenuante a la hora de analizar las condiciones de trato de los residentes. Sin embargo, esta posibilidad de alterar las trayectorias educativas con la excusa de la demanda asistencial muchas veces se convierte en una actitud de abuso de poder de los responsables docentes.

Otro concepto que puede contribuir a comprender el fenómeno del maltrato en el sistema de residencias es el de Erving Goffman (2001), desde el enfoque del estudio de las instituciones sociales occidentales. Si se considera a la residencia como una institución, se observan algunas características comunes con las instituciones que Goffman denomina, *instituciones totales*. Una de esas características es la de ser instituciones que generan ambientes muy absorbentes, que estimulan cierto grado de aislamiento social. Goffman expresa que todas las instituciones en mayor o menor medida tienen tendencias absorbentes, es decir, absorben parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporcionan en cierto modo un mundo propio. El ordenamiento social básico de la sociedad moderna establece que las personas tienden a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes co-participantes y bajo autoridades diferentes.

La característica distintiva y central de las *instituciones totales* es la ruptura de las barreras que separan esos tres ámbitos de dormir, jugar y trabajar. Es decir, presentan una mayor tendencia absorbente. Aíslan a sus miembros, permiten muy poco o nulo contacto con el exterior y casi todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Las actividades diarias suelen estar estrictamente programadas y el aislamiento despoja a las personas de los roles y posiciones sociales que tuvieron en el pasado, antes de ingresar a la *institución total*. Muchas veces, esto se refuerza mediante tratos impersonales, como renombrar a las personas u otorgarles un número, o con imponer reglas como el uso de un uniforme que homogeniza la imagen de todos los integrantes.

La residencia tiene varias de éstas características. Se comparte el mismo hábitat por horarios prolongados, se comparten todas las comidas y además, los espacios físicos comunes como los pabellones de guardia, donde los residentes pernoctan en habitaciones, duchas y vestuarios compartidos. También se observan coincidencias en cuanto a las formas de relación interpersonal. Es habitual no conocer los nombres de los residentes y sí llamarlos como el “R1 de Clínica” o el “R2 de Cirugía”. Otro aspecto que hace pensar a la residencia como *institución total* es el hecho que es parte del folklore médico, que el residente “se despiden”, a veces con fiestas como las despedidas de soltero/a, de su familia y amigos al ingresar al sistema de residencias.

Con respecto a las características de *institución total* de la residencia, la investigadora y médica cirujana Villanueva Lozano (2019) en su estudio sobre discriminación, maltrato y acoso sexual en los hospitales escuelas de México, expresa:

“Se impone el aislamiento y un ordenamiento muy rígido que pone a los internos bajo un sistema de vigilancia estricto cuyo objetivo es garantizar su obediencia. El disciplinamiento se consigue mediante la mortificación sistemática de los internos, que los lleva a perder el sentido de seguridad personal. Este proceso de mortificación empieza con la imposición de normas de deferencia que refrendan su rol subalterno - por ejemplo, llamar “señor” a los superiores- y de normas que violan su autonomía al obligarlos a pedir permiso para realizar actividades básicas como ir al baño o comer. Asimismo, impera una serie de normas difusas y cambiantes cuyo propósito es refrendar el poder de la autoridad sobre los internos mediante la aplicación sistemática de castigos. Éstos normalmente incluyen agresiones

elementales al yo de los internos, por ejemplo, insultarlos con apodos obscenos o groserías, maldecirlos o humillarlos poniendo en evidencia sus errores, burlarse de ellos o hablar sobre ellos como si no estuvieran presentes”. (p.6)

Se observa en este relato que la formación suele ser inmersiva, donde las fronteras entre el trabajo y la vida social se desdibujan y la vulnerabilidad de los residentes crece debido a la desprotección que ofrece la estructura jerárquica de poder y el sistema de castigos que se describen en los capítulos 3, 4 y 5.

6.2. El maltrato que hace bien. Las prácticas educativas intimidantes como inherentes al aprendizaje de la Medicina

Como se muestra en los capítulos 3, 4 y 5 el ambiente hostil de aprendizaje está normalizado en la formación médica y se lo interpreta algo inherente al proceso de aprendizaje de la medicina.

La tradición educativa que asocia el sufrimiento al aprendizaje (Capítulo 1) está presente en educación en general y muy especialmente en la formación de residentes. La creencia que hay un maltrato que hace bien está muy arraigada en supervisores y residentes, y es así como surge el concepto paradójal del *maltrato beneficioso*. Concepto que conlleva a una manera de enseñar que considera valioso el sufrimiento como metodología educativa. Musselman, MacRae, Reznick y Lingard (2005), de la Universidad de Toronto, realizaron grupos focales y entrevistas a profesores y residentes acerca de los modelos educativos. Les preguntaron acerca de la existencia de intimidación y maltrato en la formación y cuál consideraban que era el impacto de esas conductas para su aprendizaje y socialización. Los entrevistados reconocieron la existencia de ambos fenómenos y al mismo tiempo racionalizaron su existencia. Los participantes mismos describieron el paradójal término de *maltrato beneficioso* y señalaron que las acciones de maltrato estaban justificadas cuando el perpetrador tenía un propósito aceptable para ejercerlo o cuando un acto intimidatorio tuviera un efecto positivo para la persona en formación. En su estudio un residente expresa acerca de su experiencia:

“Depende de la intención. Si alguien me hace pasar un mal rato por lo que hice en el quirófano pero su intención es que yo mejore, es bueno para mí. No lo calificaría como maltrato a pesar de que me haya hecho sentir mal”
(p.930)

Se observa también que la creencia no sólo es aceptable, sino que las acciones intimidantes serían consideradas hasta necesarias. Así lo expresa un docente en el estudio de Kassebaum y Cutler (1998): *“Hay personas que necesitan estar asustadas para hacer las cosas y uno tiene que funcionar como una especie de látigo para ellas”* (p. 930). Esta percepción de cierto sentido educativo positivo hace que el trato intimidante sea visto, hasta cierto punto, como necesario y podría explicar su permanencia y reproducción en los programas de residencia.

El maltrato parece estar legitimado al interior del sistema formador y lo que es preocupante, considerado como parte inherente al aprendizaje de la Medicina. Tanto formadores como jóvenes en formación sostienen desde sus creencias que “así se aprende Medicina”. Esto explicaría también el bajo grado de reporte de los episodios de abuso ya que, ante esas situaciones, los residentes se autoexcluyen del sistema pensando que el problema son ellos, que no están preparados para ser buenos médicos, que son “blandos” para lo que la profesión les requerirá en el futuro. Las situaciones abusivas en este contexto no son vistas como acciones distorsivas del sistema formador, son interpretadas por los residentes como deficiencias personales o consideran que ellos de alguna manera son culpables y han hecho algo para que ese episodio suceda; sentimiento común y compartido por la mayoría de las víctimas de abuso por otra parte.

Aún se escuchan las frases como “los estamos fogueando” o “Tienen que “curtirse” de parte de los formadores cuando deben justificar situaciones traumáticas que los residentes deben atravesar durante su formación.

En este sentido, el relato del Dr. Daniel Flichtentrei (2019), en el *Sargento Kirk y yo*, muestra el dispositivo pedagógico utilizado por este Jefe de Residentes para enseñar a resucitar un paciente y comunicar malas noticias a un residente de primer año. El relato da cuenta del grado de desprotección y vulnerabilidad al que se expone al residente.

“Dos policías depositaron al hombre sobre una camilla. Recuerdo el ruido del impacto de su cabeza cuando cayó sobre las barandas metálicas (...). Pensé en cada uno de los movimientos que hacía como si me encontrara en el interior de uno de esos manuales de reanimación cardiopulmonar que tantas veces había estudiado (...). Vos me mirabas desde los pies de la cama. Yo transpiraba hasta empapar la ropa, me faltaba el aire. Ni siquiera permitiste que la enfermera cargara las drogas en las jeringas (...). Miraba

el reloj de pared para tener contabilizado el tiempo de reanimación. Quince minutos, veinte, veinticinco, treinta...

— ¡Basta! —me dijiste—. Está muerto.

Pero no te hice caso.

— ¡Basta idiota! ¿No te das cuenta que está muerto?

Pero no te hice caso, Pablo.

Manuela me tomó del brazo y me alejó como si me llevara a dar un paseo. Me secó la frente con una gasa y me ofreció un vaso de agua. Entonces, caí desplomado sobre una silla. Sentía mi propio corazón salirse por la boca. Me ahogaba. Te miré a los ojos.

“Bastante bien para ser la primera vez —me dijiste—, aunque podría haber sido mejor si te esforzabas en reanimar a un vivo y no a un cadáver”. No pude contestarte.

Cinco minutos más tarde, cuando todavía no me recuperaba del esfuerzo y del fracaso, me ordenaste que hiciera entrar a la familia y le comunicara el fallecimiento, y que vos me esperarías en la sala para seguir trabajando lo antes posible. Te expliqué que no podía, que nunca antes lo había hecho, que no sabía cómo hacerlo. Te pedí que por esta vez me acompañaras para que yo pudiese ver cómo lo hacías vos y aprender para otra ocasión. Me contestaste que para que un niño aprendiera a nadar había que tirarlo al agua. Estaba tan nervioso que te llené de argumentos acerca de mi desconocimiento de principiante sobre el arte de dar malas noticias. No te gustó, pero hiciste pasar a la mujer con su hijo y le pediste que se sentara en la salita contigua. También me pediste a mí que me sentara frente a ella mientras vos te quedabas de pie. Nadie dijo nada. Vos diste unos pasos cortos hacia atrás. Saliste y cerraste la puerta con llave.

Todavía puedo escuchar el ruido de la cerradura dando dos vueltas y luego el silencio irremediable. La mujer me miró atónita. Sacó un pecho de entre sus ropas y se lo puso en la boca al bebé que de inmediato dejó de llorar. No pude hablarle. No supe qué decirle, Pablo. Temblábamos, los dos. Era extrañamente bella. Esa clase de mujer que, no importa lo que haga o dónde se encuentre, no puede disimular su belleza. El ruido de la boca del bebé succionando el pezón y tragando grandes bocanadas de leche parecía un estruendo ensordecedor.

Pasaron algunos minutos interminables, vacíos de palabras, aunque cargados de una tensión que hablaba por sí misma. La mujer acercó su silla a la mía, acomodó al bebé entre ambos y con su brazo libre me abrazó. Dejó caer la cabeza en mi hombro y lloró mansamente, con un llanto contenido que intentaba preservar a su hijo de lo dramático de la escena.

En ese instante supe que se lo había dicho. Sin ninguna de las palabras que empecinadamente se negaron a que mi boca las pronunciara. Se lo había dicho, Pablo, de una extraña manera que vos nunca jamás podrías comprender.

Nos quedamos así un rato. Yo sentía la humedad de sus lágrimas a través de mi chaqueta y el leve temblor de su cabeza sobre mi hombro. Después se incorporó. Guardó su pecho que seguía chorreando leche. Acunó instintivamente al bebé y me dijo: “Gracias por acompañarme”.

Este duro relato presenta, por un lado, las secuelas que dejan en los profesionales de la salud estas experiencias humillantes y, por el otro, muestra la intencionalidad docente de exponer a situaciones traumáticas, en este caso para “aprender” a dar malas noticias. Es de interés analizar que no se trata de un caso aislado de un cruel instructor sino que hay un sustento pedagógico que fundamenta y posibilita este tipo de experiencias educativas, que la exposición al estrés y la humillación forjaría buenos médicos.

Otro ejemplo que puede darse para dimensionar este fenómeno es la experiencia que representa para un residente dar un ateneo clínico³⁶. Esta actividad, supuestamente educativa, puede vivirse por los residentes como salir a la arena del Coliseo romano. Las preguntas que les hacen están lejos de ser *socráticas*³⁷ y se invierte más energía en dejar en ridículo o expuesto al residente que presenta el caso que en sumar valor o hacer aportes al caso. Muchas veces se interviene con la evidente y primordial intención de humillar al expositor. Se pone en acción una suerte de “interacción combativa”³⁸, es decir, se produce un bate a duelo a partir de la pregunta, hasta que alguno de los involucrados gane la batalla.

36 Espacio de presentación de pacientes para debatir acerca de un diagnóstico y/o tratamiento a seguir.

37 Preguntas que inducen a la reflexión para promover el aprendizaje, preguntas exploratorias y abiertas que promueven la creatividad y el descubrimiento.

38 Este concepto es creación de la autora de la tesis

Al respecto de su experiencia en los ateneos, un residente de traumatología comparte este testimonio en su portfolio del curso de formación docente: “*Prefiero mil veces dar una conferencia en un Congreso internacional que presentar un caso en el Ateneo de mi propio servicio. Uno sabe que el auditorio está entrenado para atacar desde lo profesional, e incluso desde lo personal*”. Este testimonio da cuenta de los modelos de interacción docente en los que solo se buscan y señalan los errores. Son docentes no formados para encontrar y hacer crecer las fortalezas de los profesionales en formación. Por otra parte, estas prácticas suelen ser actuadas desde la arrogancia para demostrar también la gran asimetría de conocimiento y experiencia que existe entre los que aprenden y los que enseñan, promoviendo de esta forma el miedo y actitudes serviles de parte de los residentes como el consejo que terminan dándose entre ellos sobre sus supervisores: “decile todo que sí porque si no te toma de punto”, que tanto daño hace al aprendizaje significativo.

Para analizar la persistencia de este modelo puede ser un aporte el que hace la antropóloga Rita Segato (2018) con el término *pedagogía de la crueldad* al analizar la violencia contra las mujeres desde un punto de vista político. Segato expresa que no se puede pensar esa violencia por fuera de las estructuras económicas capitalistas, que necesitan de la falta de empatía entre las personas para sostener su poder. Cabe entonces preguntarse si ésta concepción, los valores que promueve y sostiene con sus prácticas pedagógicas hostiles y arrogantes que no permiten las preguntas ni las reflexiones y en donde el error es especialmente valorado para ridiculizar a los residentes; es funcional y necesaria para dar sustento y validar la rígida estructura de organización jerárquico piramidal existente. Y puede, por otra parte, explicar porqué a pesar de los numerosos estudios que afirman que el maltrato y el estrés traumático afectan el aprendizaje y la confianza de los médicos en formación, este modelo educativo sobrevive (Aref-Adib, 2006; Bain, 2007; Beech y Leather, 2006; Cook *et al.*, 1996; Fried, Vermillion, Parker y Uijtdehaage, 2012; Heru, Gagne y Strong, 2009; Kelly, Bradlyn, Dubbert y Silversin, 1982; Krakowski, 1982; Levey; 2001; Myers, 1996; Schuchert, 1998; Silver y Duhl Glicker, 1990; Spiegel, Smolen y Hopfensperger, 1986).

De los estudios mencionados se destaca la investigación de Ken Bain (2007), quien propone modelos de enseñanza radicalmente opuestos a los descriptos, y en vigencia en la formación de residentes. Para lograr transformar las prácticas docentes en profundidad es necesario cambiar la creencia de que aprender en un ambiente intimidatorio y de alto estrés, tendría un efecto educativo positivo para convertirse en un

buen profesional. Bain expone el resultado de quince años de investigación en diversos campus universitarios de Estados Unidos, con más de cien profesores, con el fin de identificar las características de la buena enseñanza. Define para la enseñanza extraordinaria, entre otras cosas, a los profesores que logran crear lo que denomina “entorno para el aprendizaje crítico natural” y lo expresa de la siguiente forma:

“Los buenos profesores además de conocer a fondo su materia, intentan crear lo que acabamos denominando un «entorno para el aprendizaje crítico natural». En ese entorno, las personas aprenden enfrentándose a problemas importantes, atractivos o intrigantes, a tareas auténticas que les plantearán un desafío a la hora de tratar con ideas nuevas, recapacitar sus supuestos y examinar sus modelos mentales de la realidad. Son condiciones exigentes pero útiles, en las que los estudiantes experimentan una sensación de control sobre su propia educación; trabajan en colaboración con otros; creen que su trabajo será considerado imparcial y honestamente; y prueban, yerran y se realimentan gracias a estudiantes con más experiencia, antes e independientemente de que medie cualquier juicio que intente calificar su intento”. (p. 57)

Bain (2007) señala además que este entorno crítico de aprendizaje, debe además transformarse en un entorno seguro para hacer posible un aprendizaje efectivo, duradero, sustancial.

Por otra parte, Knowles, Holton y Swanson (1998) también demuestran que los estudiantes aprenden mejor en los ambientes educativos en donde prima la confianza, la falta de temor y la baja conflictividad interpersonal.

El estudio sobre clima de aprendizaje que realizaron Cragno, A., Sagarzazu, I., del Valle, M., Jougard, E., y Serralunga, M. (2017) en las residencias dependientes de la Provincia de Buenos muestra que los residentes valoran mucho el aprendizaje entre pares y no tanto el rol de los especialistas en su formación. Es tal vez esa situación de simetría y confianza la que permite un mayor aprendizaje.

Es posible que muchos supervisores de los residentes sean realmente sádicos, como el del relato *El Sargento Kirk y yo* (Flichtentrei, 2019), pero la gran mayoría están mal informados y formados en la profesión docente. Han sido formados para la profesión en esos modelos y repiten, con los que los siguen en la carrera, las mismas experiencias

de las que ellos fueron víctimas. Reproducen la cadena de maltrato sin tomar conciencia de la enorme asimetría de poder que hay entre ellos, supervisores, y los médicos en formación, y lo sencillo que resulta hacer abuso de poder en tipo de esta estructuras (Myers, 1996).

Muchos supervisores siguen añorando los tiempos “cuando eran residentes”, relatando experiencias vividas en primera persona que hoy podrían ser causa de una denuncia penal. Llama sin embargo la atención, que estos relatos se enmarcan en reflexiones de lo “flojas” que vienen hoy las nuevas generaciones de residentes. Sobre este tema, Myers (1996) indagó las creencias de los supervisores y describe la argumentación de uno de ellos acerca de los residentes:

“Los residentes son niños caprichosos, a diferencia de los de antes. No les gusta la disciplina y trabajar duro. Ante cualquier episodio te dicen: No me hables así o no me hagas bromas groseras porque te voy a reportar a la oficina de acoso sexual”. (p.1706)

En este contexto se espera que la formación docente en Pedagogía médica pueda colaborar a poner en crisis este modelo del maltrato beneficioso, promover nuevos modelos donde primen relaciones de respeto y confianza entre residentes y supervisores clínicos, para crear entornos de aprendizaje seguros en un contexto tan complejo como es el hospitalario, y romper de esta forma la cadena de reproducción.

6.3. La Pedagogía de la crueldad como parte del currículum oculto

Otra perspectiva que puede colaborar a pensar acerca de la Pedagogía de la crueldad y su supervivencia es la de analizarla como parte del *currículum oculto* de la formación de residentes. Entendiendo, a los fines de este estudio, al *currículum oculto* como el conjunto de saberes, valores y prácticas que se transmiten durante la formación y que no están escritos en ningún lado, no forman parte del currículum formal. Son cosas que los estudiantes aprenden aunque los profesores no tengan intención de enseñarlo. Torres (2005) define al *currículum oculto* como:

“Todos aquellos conocimientos, destrezas, actitudes y valores que se adquieren mediante la participación^[1] en procesos de enseñanza-aprendizaje y en todas las interacciones que se suceden día a día y que nunca

llegan a explicitarse como metas educativas a lograr de manera intencional en el currículum oficial”. (p.198)

Es decir, el *currículum oculto* funciona de una manera implícita a través de los contenidos, las tareas, las rutinas y las interacciones. No son fruto de una planificación “conspirativa” del colectivo docente. Torres señala entonces que a través del *currículum oculto* se da la reproducción de las principales dimensiones y peculiaridades de la sociedad o de un colectivo particular. El *currículum oculto* juega un papel clave en la configuración de valores y significados de los que el cuerpo docente y el alumnado no llegan a ser plenamente conscientes.

Así es como las formas de relación y trato analizadas en los capítulos 4, 5 y 6 son aprendizajes adquiridos junto con las habilidades y conocimientos médicos, pero no están explicitados dentro del currículum formal. Se consolidan en el proceso de modelización profesional y son reproducidas por imitación.

Para que esta pedagogía de la crueldad sobreviva se necesita o que se la naturalice, es decir se vean como “normales” estas prácticas de maltrato o que sean invisibles, es decir, ni siquiera se tenga conciencia de que están ocurriendo. Tanto uno u otro caso hace posible la reproducción y persistencia de este tipo de prácticas en la educación médica.

Torres (2005) señala que conforma en los estudiantes desde el inicio de la formación un “sentido común” que luego hace que se consientan situaciones de opresión, injusticia y discriminación. Al respecto Bourdieu y Passeron (1996) agregan que este currículum oculto solo es posible que persista con la aceptación, colaboración y legitimación de los actores implicados en él.

En el caso de las residencias, se asegura la reproducción cuando el residente de primer año llega a jefe de residentes y ejerce sobre sus residentes inferiores las mismas prácticas de maltrato que sufrió años anteriores, reproduciendo y manteniendo la cultura abusiva. Al respecto, Mejía, Diego, Aleman, Maliandi y Lasala (2005) en su trabajo “*Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes*” intentan dar respuesta al porqué los residentes que en primer año han sufrido maltrato, cuando cambian de año se convierten en maltratadores, fomentando el círculo de reproducción de la cultura del maltrato en los sistemas de residencias, como si hubieran olvidado lo sufrido pocos meses antes. Para estos investigadores esta conducta podría deberse “*al convencimiento, enquistado en el modelo médico de aprendizaje, de que el uso de la violencia es una estrategia útil para incorporar conocimientos en situaciones de extrema*

complejidad como son aquellas relacionadas con cuestiones en las que están en juego la vida y la muerte” (p.299).

Es pertinente entonces analizar qué tipo de prácticas pedagógicas son funcionales a este modelo educativo. ¿Qué tipo de metodologías y actividades de aprendizaje son un factor facilitador para la supervivencia de esta escuela del *maltrato*?

A pesar del surgimiento de nuevos enfoques pedagógicos en la Educación médica las metodologías siguen siendo predominantemente de tipo transmisivo y con marcadas asimetrías entre docentes y residentes (Lempp y Seale, 2004). Las prácticas educativas reflexivas son aún escasas y extraordinarias en la formación médica, como se describe en el Capítulo 4. Allí se dan ejemplos, como el de los ateneos clínicos, donde se lleva adelante la interacción combativa y se pone el foco de los docentes está puesto en detectar errores y en hacer preguntas insidiosas.

En este modelo heroico que se le impone a la práctica médica, la duda no es bien vista por los supervisores docentes, en todos los sentidos. No es bien recibida cuando se dirige hacia ellos y es objeto de burla o ridiculización cuando proviene de los residentes. En síntesis, se puede pensar que la supervivencia de esta estructura jerárquica de poder y de trato durante la formación requiere de entornos educativos hostiles y amenazantes, basados predominantemente en prácticas pedagógicas transmisivas y del adiestramiento y con escasas prácticas problematizadoras y reflexivas.

7. Conclusiones y Discusión

Este estudio se propuso contribuir a dar respuesta a la problemática identificada a nivel internacional acerca de los entornos educativos hostiles en la residencia médica y de las prácticas de maltrato hacia los residentes. Para ello se preguntó si el maltrato es una práctica educativa frecuente y sistemática; qué características tiene; quiénes son los principales responsables; en qué medida se mantienen silenciadas; qué tipo de daños producen sobre los residentes; qué relación pueden tener con la rígida y jerárquica estructura de relaciones; cuáles son sus similitudes con las estructuras de formación militar; en qué medida esas rígidas estructuras jerárquicas fomentan y necesitan para su supervivencia de una pedagogía transmisiva, poco reflexiva y de obediencia absoluta a la autoridad; de qué manera se naturalizan y legitiman estas prácticas abusivas como prácticas educativas inherentes y necesarias a la formación de médicos y así se reproducen y sobreviven dentro del sistema de residencias.

A través de todo este trabajo se analizó el problema desde una perspectiva compleja y multifactorial intentando dar respuesta a estas preguntas para así obtener nueva información que pueda ser valiosa para transformar este modelo de formación en ambientes intimidantes.

Se presenta un análisis histórico, de los marcos normativos y de las principales características de su funcionamiento que lo configuran como un entorno de formación estresante y hostil y se realizó una revisión de la literatura específica disponible sobre el maltrato en las escuelas de Medicina y en las residencias.

Luego de este análisis la limitación encontrada es que se está ante la presencia de una gran variación entre los estudios mencionados. La definición de los términos *maltrato*, *abuso* e *intimidación* es muy variable de un estudio a otro así como las estrategias metodológicas e instrumentos de recolección de información. Aspecto que hace muy diversos y poco comparables a los resultados obtenidos. A partir de dicho análisis bibliográfico se elaboró una definición propia para el término *maltrato* a los fines de este estudio. Se definió *maltrato* a “*la conducta ofensiva, intimidante, degradante, discriminatoria o maliciosa que se ejerce de manera persistente contra un individuo y que tiene por lo general el efecto de socavar la confianza y autoestima, dejando distinto tipo y gravedad de secuelas*”. A través de todo el estudio se utiliza *maltrato* como principal término para referenciar el problema, pero también se utilizan términos asociados como *acoso*, *abuso*, *hostigamiento* y/o *intimidación*. Esta conceptualización se

considera un aporte al estudio de la problemática para que futuras investigaciones la puedan adoptar y así hacer compatible el análisis de los resultados con este estudio.

Por otro lado, la mayoría de los estudios relevados acerca del maltrato en la formación médica se basan en encuestas de percepción de los residentes, elemento muy valioso pero insuficiente. Son escasos los estudios combinados con otras metodologías y con la inclusión de otras fuentes y actores para analizar un fenómeno de larga data y complejidad.

Este análisis bibliográfico se complementó con un estudio empírico sobre las condiciones de formación y trato dado a los residentes en dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Este trabajo de campo se realizó a través de la toma de un cuestionario anónimo y confidencial a los residentes de dichos hospitales, que fue elaborado para tal fin. Para realizar la consulta se definieron cuatro dimensiones de estudio del *maltrato*: *maltrato educativo, maltrato psicoemocional, abuso y discriminación* y se detallaron sus alcances. Este instrumento, con la definición de cada una de sus dimensiones, se considera otra contribución a la investigación de la problemática, ya que permitirá aplicar el mismo cuestionario en otras poblaciones de residentes y de esta forma realizar valiosos análisis comparativos.

Los principales resultados que arroja este estudio de campo, son que el 99% de los residentes sufrieron algún tipo de maltrato educativo, psicoemocional, discriminación o abuso. Se observa que en las residencias quirúrgicas es más frecuente la falta de reconocimiento a la dedicación y el esfuerzo realizado (85%) y el recibir gritos frente a colegas y pacientes (70%). Las acciones de acoso fueron vivenciadas en su totalidad por mujeres (100%) y las acciones de discriminación también, en su gran mayoría (86%). Los médicos de planta y otros profesionales (116 menciones) fueron señalados como principales responsables de las acciones de maltrato. El grado de reporte es bajo, el 54% de los residentes no reportaron la experiencia vivida y los que reportaron lo hicieron al interior del propio servicio. El 23% afirmó haber sufrido consecuencias y las más frecuentes fueron las de tipo psíquicas (15%). El 16% pensó dejar la residencia por causa del trato recibido y el 11% pensó en dejar la profesión médica. En cuanto a la participación en las acciones de maltrato, sólo el 8% dijo haber participado en ellas mientras pero un 67% dijo haber sido testigo de estas acciones. El 34% de los residentes dice haber vivido situaciones de maltrato también durante su formación en la carrera de Medicina (Capítulo 5).

Los resultados del estudio de campo se analizan a la luz de dos capítulos diferenciados. *El ejercicio de la Medicina, territorio militarizado* (Capítulo 4) que propone una posible genealogía del problema en base a la trayectoria común que han tenido la Medicina y la Milicia y *La Pedagogía del maltrato beneficioso* (Capítulo 6) que se propone explicar a través de este término paradójico la persistencia y reproducción del fenómeno del maltrato en la Educación médica que, desde una perspectiva pedagógica, funcionaría a modo de *curriculum oculto*.

Tanto el estudio bibliográfico como el estudio de campo, además de confirmar la existencia de prácticas intimidatorias y abusivas durante la formación en la residencia, intentan describir sus principales características y sus condiciones de posibilidad. Resulta fundamental reforzar este primer paso, que es el reconocimiento de la existencia del problema del maltrato durante la formación. Problemática aún puesta en duda entre algunos profesionales de la salud, a pesar de la sólida evidencia que lo confirma. Se encuentra en esto cierta similitud, como se describe en el Capítulo 1, con el negacionismo acerca de la problemática de la *violencia de género*, a pesar de los datos duros que arrojan que en la Argentina se produce un femicidio por día. Es una realidad que al tratarse el problema del maltrato recibido en la formación de residentes en foros académicos, se lo presente como un problema del pasado ya solucionado y ya no tan relevante para ocuparse. Es cierto que afortunadamente la realidad va cambiando en algunos centros asistenciales, que existen más marcos regulatorios externos y también al interior de los hospitales, pero queda aún mucho camino por recorrer.

También merece destacarse que, a través de este trabajo, se evidencia el lugar clave que tiene la rígida estructura jerárquica de la residencia para que sean posibles las prácticas abusivas. El gran desbalance de poder que ella impone entre residentes y supervisores es tierra fértil para el crecimiento y supervivencia de estas prácticas. Al respecto el Dr. David Sklar (2014), investigador y profesor emérito de la Universidad de Stanford, reconoce a la estructura de las instituciones de salud como principal obstáculo y atribuye a esa misma estructura la imposibilidad de lograr transformaciones efectivas para hacer que el maltrato hacia estudiantes y residentes deje de reproducirse. A pesar de ello, alienta a los investigadores a seguir estudiando el problema:

“Aunque el cambio en el área del maltrato estudiantil está siendo demasiado lento, podemos agradecer a los investigadores en educación que continúan

arrojando luz sobre este oscuro rincón de la educación y nos dan pistas sobre nuevas soluciones que puedan funcionar.” (p.694)

Afortunadamente, las nuevas generaciones están dejando de naturalizar esta cultura de la formación médica y estudios como el del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dursi; Millenaar, Antonietti y García Diéguez, 2017) sobre las motivaciones de los graduados recientes de la carrera de Medicina, detectan esas transformaciones en la perspectiva de las nuevas generaciones, que pueden ser motor de tensión y cambio en los programas de residencias:

“Si anteriormente el imaginario de la formación médica indicaba que todo profesional debía “soportar” las condiciones adversas de la residencia al modo de ritos iniciáticos de la profesión (tales como largas horas de ejercicio sin descanso, guardias intensivas, escasa o nula supervisión de las tareas, tareas no adecuadas al perfil formativo, etc.), hoy esta premisa comienza a ser cuestionada. Aun más, estas razones comienzan a ser citadas como motivos para la elección de otras alternativas de obtención de la especialidad.” (p. 22)

Las futuras generaciones seguramente serán protagonistas de las transformaciones del sistema, pero a las autoridades máximas de las instituciones de salud y de los programas de residencia les cabe la responsabilidad de implementar las políticas necesarias para generar un cambio de paradigma con tolerancia cero hacia las prácticas intimidantes, abusivas y discriminantes. Es necesaria la creación de los marcos regulatorios, las políticas de prevención y formación así como los mecanismos de reporte, protección de víctimas (encuestas anónimas, oficinas especializadas para el abordaje, etc.) y sanción de responsables para crear culturas educativas y organizacionales saludables.

Se puede describir una cultura organizacional saludable, según Weick y Roberts (1993), a aquella organización de salud que pone énfasis en la importancia del equipo desde las etapas tempranas de la formación. Que confía más en las habilidades que se tienen como grupo que en las habilidades individuales, que fomenta modelos de interacción respetuosos y cuidados entre sus miembros. Que ve también como un peligro los modelos de trabajo basados en la presencia de un “capitán de la nave”, como

responsable de los procesos de atención de la salud. Esta teoría heroica ya está afortunadamente puesta en debate por los organismos acreditadores en los sistemas de salud, que evidenciaron que la clave de la seguridad del paciente y los trabajadores de la salud está en las acciones coordinadas, que valoran todos los roles de los miembros del equipo de salud. Sin embargo, aún en las prácticas educativas estos mecanismos de reproducción de viejos paradigmas personalistas, de *Prima Donna*³⁹, siguen vivos.

En este camino hacia la transformación, las entidades acreditadoras de la formación tienen un papel fundamental. El Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Educación, cuando se trata de residencias asociadas a carreras de especialidades universitarias. Pero también las Asociaciones y Sociedades científicas, que en varias especialidades tienen un gran poder de influencia y un rol muy importante en los procesos de acreditación. El lugar de todas estas instituciones es central ya que son las productoras de los marcos regulatorios externos de la formación y, por lo tanto, tienen la capacidad de incluir entre sus criterios e indicadores de acreditación ítems que indaguen y puedan detectar la presencia de prácticas violentas, abusivas y discriminatorias durante la formación. A su vez pueden también funcionar como organismos que reciban reportes protegidos, asesoren, contengan y protejan a los residentes en estado de vulnerabilidad ante el abuso.

En cuanto a los formadores de residentes (médicos de planta, supervisores, jefes de residentes) parece necesario que tomen conciencia, que adquieran una postura crítica sobre los modelos aprendidos en su formación, que reconozcan la impronta que estos modelos dejaron en sus propias biografías y como determinan su rol de formadores. Además de la formación pedagógica que puedan adquirir para transformar sus prácticas docentes, será una labor diaria reflexionar y estar atentos a los automatismos y a las formas en que interactúan con los residentes, atendiendo a minimizar las asimetrías y lograr generar cercanía con ellos. Hacerse conscientes de la diferencia de poder que ellos detentan podrá colaborar a lograr un entorno de aprendizaje cuidado y respetuoso para todos.

Al respecto de los modelos aprendidos el Dr. Mikkael Sekeres (2018), director del Programa de Leucemia de la Cleveland Clinic, reflexiona en su artículo publicado en el *New York Times*:

³⁹ Cantante femenina que interpreta el papel principal de una ópera.

*“Es una ironía cruel que los médicos se sientan atraídos por la medicina para cuidar a los demás, pero la mayoría ha sido intimidado por sus colegas y superiores. Los médicos deberíamos poder recurrir el uno al otro para recibir apoyo, para poder admitir que estamos sufriendo y para demandar un sistema que nos permita, en caso de enfermedad, poder alejarnos temporariamente sin sufrir castigo por “ser débil”. Por nuestros pacientes y por nosotros”.*⁴⁰

Por último, le cabe a los equipos pedagógicos (a los que la tesista pertenece) reconocer las prácticas de maltrato que puedan haberse incorporado en el rol profesional debido a la socialización en el ambiente hospitalario. La naturalización y aceptación de estos modelos puede no estar presente en el plano discursivo pero sí en el plano de la acción docente.

En segundo lugar, los educadores tienen responsabilidad en instalar en la Educación médica la necesidad de profesionalizar a los docentes. Lejos se está de ello en la Medicina, según reportan los informes de acreditación de especialidades y residencias tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio de Educación de la Nación. En las Ciencias médicas el máximo prestigio se alcanza al tener participación en la tríada de actividades de asistencia, de docencia y de investigación. Para las actividades de asistencia se precisa tener un título habilitante y hacer una residencia. Un cirujano para entrar a un quirófano y tener un bisturí en su mano tiene que pasar por once años de formación pero es habitual que cualquier médico pueda pararse frente a un grupo de alumnos y dar clase o tener residentes a su cargo sin una mínima formación docente. De hecho el criterio de más peso para ser profesor o director de una carrera es el prestigio clínico o quirúrgico y no la formación pedagógica.

Las actividades de docencia se ejercen mayormente desde la empiria y se acepta en el medio académico que pueda ejercerse sin formación, por lo que el grado de profesionalización es bajo y los docentes apelan a repetir en el rol de formadores los modelos aprendidos cuando ellos fueron residentes, reforzando así los mecanismos de reproducción de la cultura del maltrato y las prácticas abusivas. Esa falta de formación docente también hace que muchos profesores vean, aún en la actualidad, al maltrato como una herramienta didáctica, aceptable y efectiva para el aprendizaje (Cortés Marré, 2010),

⁴⁰ Sekeres, M (2018). “When the bully is the doctor”. *The New York Times*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2018/06/14/well/live/doctor-bully-bullying.html>

aunque existe suficiente evidencia de que el maltrato afecta negativamente a los médicos en formación y que se aprende mejor en un clima libre de temores y de baja conflictividad. Sigue persistiendo en algunos médicos la idea de que se aprende mejor bajo estrés (Musselman, MacRae, Reznick y Lingard, 2005).

En tercer lugar, el desafío para los equipos pedagógicos es proponer en esa formación pedagógica contenidos y actividades desafiantes que pongan en crisis estos modelos y promuevan una real y profunda transformación de las prácticas educativas y no un “retoque de maquillaje”. Es cierto que todo estudiante precisa que su docente le proponga desafíos y un cierto discomfort, ya que es ahí donde se produce el aprendizaje. Y es justamente allí, en esa capacidad de crear situaciones de tensión educacional sin humillación y maltrato en donde se distingue a los buenos educadores, a los que encuentran la línea justa que separa el proponer un entorno educativo desafiante de generar un clima de aprendizaje hostil. Entorno educativo que interfiere en el proceso de aprendizaje, que suprime la creatividad y la curiosidad intelectual a causa del miedo a ser ridiculizado o humillado. Es por ello que es imprescindible una formación docente basada en modelos pedagógicos colaborativos, de respeto y confianza para contribuir así a modo de prevención y como elemento clave para romper el círculo de perpetuación de estas prácticas abusivas.

Otra reflexión que merece la pena incluirse a la luz de estos resultados y en función de transformar esta realidad, es acerca de lo mucho que hay estudiado acerca del estrés y el *burnout* de los residentes y la poca investigación acerca de su bienestar, desde marcos teóricos que provengan de las Ciencias sociales, en especial de la Educación. Las lecturas disponibles provienen principalmente del ámbito de la psicología y están más basadas en el bienestar desde una perspectiva individual. También hay abundante material producido por lo que podríamos denominar “lecturas de autoayuda”, industria multimillonaria dedicada a explotar el mercado del sufrimiento y que propone varias soluciones para el afrontamiento del estrés. Las propuestas que se ofrecen desde estos abordajes son soluciones personales, es decir, a través de prácticas individuales. Es frecuente ver en la actualidad que, como respuesta a los resultados alarmantes que se obtienen al intentar medir *burnout* o estrés en residentes, se les propongan clases de yoga o cursos de meditación. El riesgo de contar solo con estos abordajes individuales como políticas de intervención en las residencias es que se interprete al bienestar sólo como una cuestión de esfuerzo individual y responsabilidad personal sin analizar los condicionantes sociales e institucionales que lo producen, y que no se accionen transformaciones más

estructurales. El desafío hoy es preguntarse en qué medida este abordaje individual del bienestar colabora a mejorar las condiciones de formación y a disminuir el sufrimiento o es un dispositivo funcional que produce una sobreadaptación al estrés y al maltrato y oculta los factores estructurales y estructurantes de ese malestar. La intolerancia ante las situaciones intimidantes puede ser el motor de cambio y transformación de la estructura organizacional y su cultura de maltrato.

Con vistas al futuro, se espera que sea también un aliciente y un punto de partida para futuros investigadores que se interesen por analizar el fenómeno desde los nuevos marcos teóricos feministas. El sistema de residencias ha sido pensado por hombres, para ser transitado por hombres y los valores que se modelan en la educación médica son los que el sistema patriarcal asigna a la hombría: la fortaleza física, la no duda, la “dureza” emocional. A modo de ejemplo, el fenómeno que impide el progreso profesional de las mujeres y la llegada a puestos de toma de decisiones, denominado “techo de cristal” en el mercado trabajo, es también visualizado en las instituciones hospitalarias, en donde las mujeres están sub-representadas en los puestos de mayor jerarquía, y en algunas especialidades médicas, que siguen siendo típicamente masculinas como la Cirugía, la Traumatología, la Urología, entre otras.

Se observa también que las personas que han liderado de manera hegemónica la educación médica, además de pertenecer al sexo masculino también han sido, en su gran mayoría, hombres blancos, heterosexuales y cisgénero. Es decir, se han marginado, además de a las mujeres, a otros colectivos como la comunidad LGTBIQ, las personas con discapacidad y las personas pertenecientes a otras culturas, etnias, entre otras.

Con respecto a esta marginación y para lograr terminar con las prácticas abusivas y discriminatorias, la Dra Malika Sharma, del Departamento de Medicina de la Universidad de Toronto en su publicación *Aplicando la teoría feminista en la Educación Médica* (2019) expresa: “*Hasta que las comunidades marginadas formen parte también en los lugares de gobierno y toma de decisiones, las prácticas abusivas y discriminatorias van a seguir presentes*” (p. 570).

Resulta imprescindible hoy analizar cómo la transformación puede también facilitarse a través del acceso de las mujeres y otros colectivos que están por fuera de la toma de decisiones en los sistemas de residencias médicas.

Nota de cierre la autora

Inicié este trabajo compartiendo mi historia familiar y cómo a partir de mi biografía surgió el interés en el tema y pensé en concluirlo de la misma forma.

A mi padre, dedicado médico pediatra, especialista en Salud Pública, doctor en Medicina y profesor titular de la Universidad de Buenos Aires, un cáncer de laringe lo sorprendió a los 47 años en lo mejor de su carrera (no voy a hacer interpretaciones psicoanalíticas sobre la localización de su tumor y el silenciamiento del que hablamos en este estudio). El *Gladiador* no pidió licencia médica. Se iba a las 6 de la mañana a las sesiones de radioterapia y de allí, dolorido y sin voz, a las 7 estaba como un soldado en el Hospital Cosme Argerich listo para dar batalla.

8. Referencias Bibliográficas

- Ahmer, S., Yousafzai, A.W., Bhutto, N., Alam, S., Sarangzai, A.K., y Iqbal, A. (2008). Bullying of Medical Students in Pakistan: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *PLoS ONE*, 3(12), e3889. doi: 10.1371/journal.pone.0003889
- Alwazzan, L. (2018). Conceptualizing discrimination in medical education: The hierarchy, the power. *Medical Education*, 52(4), 356-358. doi: 10.1111/medu.13528.
- Aref-Adib, G. (2006). Belittlement and harassment of medical students: is a source of medical education. *BMJ*; 333(7572), 809. doi: 10.1136/bmj.333.7572.809-a
- Bain, K. (2007) *Lo que hacen los mejores profesores de universidad*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Baldwin, D. C., Jr., Daugherty, S. R., y Eckenfels, E. J. (1991). Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school-A survey of ten United States schools. *Western Journal of Medicine*, 155(2), 140-145.
- Bandura, W. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca
- Bastías N., Fasce, E., Ortiz, L., Pérez, C., y Schaufele, P. (2011). Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 8(1), 45-51.
- Bate, E., Hommes, J., Duvivier, R., y Taylor, D. C. (2014). Problem-based learning (PBL): Getting the most out of your students. Their roles and responsibilities. AMEE Guide No. 84, *Medical Teacher*, 36(1), 1-12. doi: 10.3109/0142159X.2014.848269
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., y Strauss, A. (1961) *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Beech, B. y Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 27-43. doi: 10.1016/j.avb.2005.05.004
- Borrell Bentz, M. R. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS.

- Bosk, C. L. (2006). *Is the 'Surgical Personality' a threat to patient safety? Spotlight case*. U.S Department of Health and Human Services. Recuperado de <https://psnet.ahrq.gov/web-mm/surgical-personality-threat-patient-safety>
- Bourdieu, P. y Passeron, J. C. (1996). *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Fontamara.
- Broad, J., Matheson, M., Verrall, F., Taylor, A., Zahra, D., Alldridge, L., y Feder, G. (2018). Discrimination, harassment and non-reporting in UK medical education. *The Association for the Study of Medical Education*, 52(4), 414-426. doi: 10.1111/medu.13529.
- Brooks J. y Bosks, Ch. (2013). Bullying is a systems problem. *Social Science & Medicine*, 77, 11-12. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.11.003
- Brown, F. G. (1980). *Principios de la Medición en Psicología y Educación*. México: El Manual Moderno.
- Cassell, J. (1987). On control, certitude, and the "paranoia" of surgeons. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 11(2), 229-249. doi: 10.1007/BF00122565
- Cheema, S., Ahmad, K., Giri, S. K., Kaliaperumal, V. K., y Naqvi, S. A. (2005). Bullying of junior doctors prevails in Irish health system: a bitter reality. *Irish Medical Journal*, 98(9), 274-5.
- Cook, D. J., Liutkus, J. F., Risdon, C. L., Griffith, L. E., Guyatt, G. H., y Walter, S. D. (1996). Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. McMaster University Residency Training Programs. *CMAJ: Canadian Medical Association journal=journal de l'Association medicale canadienne*, 154(11), 1657-1665.
- Cortés Barre, M. (2010). "La letra con sangre entra": el maltrato en la formación médica. *Universitas Médica*, 51(1), 43-48.
- Coverdale, J. H., Balon, R., y Roberts, L. W. (2009). Mistreatment of trainees: verbal abuse and other bullying behaviors. *Academic Psychiatry*, 33(4), 269-73. doi: 10.1176/appi.ap.33.4.269.
- Cragno, A., Sagarzazu, I., del Valle, M., Jouglard, E., y Serralunga, M. (2017). *Análisis de clima educacional en las Residencias de Profesionales de la salud: informe de investigación*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de Capacitación y Desarrollo de Trabajadores de la Salud.

- Curti, C. (2002). *Los géneros en la educación superior en la República Argentina*. UNESCO-IESALC. Recuperado de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000149477>
- D'Elio, F., Sotelo, J., Santamaría, C., y Recchi, J. (2016). *Guía básica sobre diversidad sexual*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Dirección de Sida y ETS. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000322cnt-2016-07_guia-diversidad-sexual-2016.pdf
- Daugherty, S. R., Baldwin, D. C., Jr, y Rowley, B. D. (1998). Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship: a national survey of working conditions. *JAMA*, 279(15), 1194–1199. doi: 10.1001/jama.279.15.1194
- De Mause, L. (1982). *Historia de la infancia*. Barcelona: Alianza Universidad.
- Del Rey, R. y Ortega, R. (2007). Violencia escolar: claves para comprenderla y afrontarla. *Escuela abierta: Revista de Investigación Educativa*, 10, 77-90.
- Derive, S., Casas Martínez, M. L., Obrador Vera, G. T., Villa, A. R., y Contreras, D. (2018). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación en educación médica*, 7(26), 35-44. doi: 10.1016/j.riem.2017.04.004
- Duré, I. (2015). Residencias médicas en Argentina. *Revista Argentina de Medicina*, 3(5), 2-4.
- Duré, M. I., Fernández Lerena, M., y Gilligan, C. (2019) *Especialidades médicas. Estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación*. Ministerio de Salud y Desarrollo social. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/especialidades_medicas_2019.pdf
- Dursi, C., Millenaar, V., Antonietti, L., y García Diéguez, M. (2017). *Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos: informe de investigación*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/qsr-informecualitativo.pdf>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., y Shanafelt, T. D. (2005). Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(12), 1613-1622. doi: [10.4065/80.12.1613](https://doi.org/10.4065/80.12.1613)

- Feierstein, D. (2011). Sobre los conceptos y sus consecuencias sobre la identidad: guerra, genocidio y/o terrorismo de Estado. *Política y Sociedad*, 48(3), 571-586. doi: 10.5209/rev_POSO.2011.v48.n3.36417
- Fitzgerald, C., Smith, R., Luo-owen, X., Turay, D., Ferrada, P., Han, J., Williams, B. H., Hussain, M., Ekeh, A.P., Herzing, K., Zakrison, T.L., y Gelbard, R. (2019). Screening for harassment, abuse, and discrimination among surgery residents: an east multicenter trial. *The American Surgeon*, 85(5), 456-461.
- Flichtentrei, D. (2019). El sargento Kirk y yo. *Intramed*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95228>
- Fnais, N., Soobiah, C., Chen, M. H., Lillie, E., Perrier, L., Tashkhandi, M., Straus, S.E., Mamdani, M., Al-Omran, M., y Tricco, A. (2014). Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*, 89(5), 817-827. doi: 10.1097/ACM.0000000000000200
- Frank, E., Carrera, J. S., Stratton, T., Bickel, J., y Nora, L. M. (2006). Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *The BMJ*, 333(7570), 682-687. doi: 10.1136/bmj.38924.722037.7C
- Fried, J. M., Vermillion, M., Parker, N. H., y Uijtdehaage, S. (2012). Eradicating Medical Student Mistreatment: A Longitudinal Study of One Institution's Efforts. *Academic Medicine*, 87(9), 1191-1198 doi: 10.1097/ACM.0b013e3182625408
- Fromm, E. (1956). *El arte de amar*. Barcelona: Paidós.
- Godsil, R., Tropp, L., Goff, F., y Powell, J. (2014). *The Science of equality, volume 1: Addressing implicit bias, racial anxiety, and stereotype threat in education and health care*. Perception Institute. Recuperado de <https://perception.org/publications/science-of-equality-vol-1/>
- Goffman, E. (2001). Internado. *Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Griffith, C. H. y Wilson, J. F. (2003). The loss of idealism throughout internship. *Evaluations and the health professions*, 26(4), 415-426. doi: 10.1177/0163278703258107
- Heru, A., Gagne, G., y Strong, D. (2009). Medical student mistreatment results in symptoms of posttraumatic stress. *Academic Psychiatry*, 33(4), 302-306. doi: 10.1176/appi.ap.33.4.302.

- Hu, Y.Y., Ellis, R. J., Hewitt, D. B., Yang, A. D., Cheung, E. O., Moskowitz, J.T., Potts, J. R., Nuyske, J. Hoyt, D. B., Nasca, T. J., y Bilimoria, K. Y. (2019). Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *The New England Journal of Medicine*, 381(18), 1741-1752. doi: 10.1056/NEJMs1903759
- IsHak, W., Lederer, S., Mandili, C., Nikravesh, R., Seligman, L., Vasa, M., Ogunyemi, D., y Bernstein, C. (2009). Burnout During Residency Training: A Literature Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 236-242. doi: 10.4300/JGME-D-09-00054.1.
- Kassebaum, D. y Cutler, E. (1998). On the culture of student abuse in medical school. *Academic Medicine*, 73(11), 1149-1158. doi: 10.1097/00001888-199811000-00011
- Kelly, J. A., Bradlyn, A. S., Dubbert, M. P., y Silversin, J. (1982). Stress management training in medical school. *Journal of Medical Education*, 57(2), 91-99.
- Kempe, R. S. y Kempe, C. H. (1979). *Niños maltratados*. España. Morata.
- Knowles, M., Holton III, E., y Swanson, R. (1998). *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. San Diego, CA: Elsevier.
- Krakowski, A. (1982). Stress and the practice of medicine: the myth and the reality. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(1), 91-98. doi: 10.1016/0022-3999(82)90068-x
- Lempp, H., y Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7469), 770-773. doi: 10.1136/bmj.329.7469.770
- Levey, R. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine*, 76(2), 142-50. doi: 10.1097/00001888-200102000-00010
- Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 251-275. doi: 10.1080/13594329608414858
- Li, S.F., Grant, K., Bhoj, T., Lent, G., Garrick, J. F., Greenwald, P. Haber, M., Singh, M., Prodany, K., Sanchez, L., Dickman, E., Spencer, J., Perera, T., y Cowan, E. (2010). Resident experience of abuse and harassment in emergency medicine: ten years later. *The Journal of Emergency Medicine*, 38(2), 248-252. doi:

- 10.1016/j.jemermed.2008.05.005
- Maida, A. M., Herskovic, V., Pereira, A., Salinas, L., y Esquivel, C. (2006). Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile*, 134(12), 1516-1523. doi: 10.4067/S0034-98872006001200004
- Maida, A. M., Vásquez, A., Herskovic, V., Calderón, J. L., Jacard, M., Pereira, A., y Widdel, L. (2003). A report on student abuse during medical training. *Medical Teacher*, 25(5), 497-501. doi: 10.1080/01421590310001606317
- Mangus, R. S., Hawkins, C. E., y Miller, M. J. (1998). Prevalence of harassment and discrimination among 1996 medical school graduates: a survey of eight US schools. *JAMA*, 280(9), 851-853. doi: 10.1001/jama.280.9.851
- Manterola D., C. y Pineda, N., V. (2008). El valor de "p" y la "significación estadística": Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. *Revista chilena de cirugía*, 60(1), 86-89. doi: 10.4067/S0718-40262008000100018
- Marques, R. C., Martins Filho, E. D., Paula, G., y Santos, R. (2012). Assédio moral nas residências médica e não médica de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(3), 401-406. doi: 10.1590/S0100-55022012000500015
- Martin, W. (2008). Is your hospital safe? Disruptive behavior and workplace Bullying. *Hospital Topics*, 86(3), 21-28. doi: 10.3200/HTPS.86.3.21-28
- Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, New Jersey, USA. Prentice-Hall.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press.
- Mejía, R. (2002). *Maltrato durante la Residencia médica* (Tesis doctoral). Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Mejía, R.; Diego, A., Aleman, M., Maliandi, R., y Lasala, F. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina*, 65, 295-301. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/bba3/bdee0a2a9cfa8c2a43c8c07e37ebcbd3f9fb.pdf>
- Molina, J., Sanabria, A., Domínguez, L. C., Vega, V., y Osorio, C. (2013). *Diseño, validación y aplicación de un instrumento; para evaluar maltrato en los estudiantes de medicina de la Universidad de La Sabana* (Tesis de grado). Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.
- Mowat, A. (2018). *Bullying and harassment: how to address it and create a supportive*

- and inclusive culture. BMA British Medical Association, BMA House, London. Recuperado de <https://www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/education-training-and-workforce/tackling-bullying-and-harassment-in-the-nhs/bullying-and-harassment-policy-recommendations> mo
- Mukhtar, F., Daud, S., Manzoor, I., Amjad, I., Saeed, K., Naeem, M., y Javed, M. (2010). Bullying of medical students. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 20(12), 814-818. doi: 12.2010/JCPSP.814818.
- Musselman, L. J., MacRae, H. M., Reznick, R. K., y Lingard, L. A. (2005). “You learn better under the gun”: intimidation and harassment in surgical education. *Medical Education*, 39(9), 926-34. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02247.x
- Myers, M. F. (1996). Abuse of residents: it's time to take action. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 154(11), 1705–1708.
- Nagata-Kobayashi, S., Maeno, T., Yoshizu, M., y Shimbo, T. (2009). Universal problems during residency: abuse and harassment. *Medical Education*, 43(7), 628-636. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03388.x
- Ogunsemi, O. O., Alebiosu, O. C., y Shorunmu, O. T. (2010). A survey of perceived stress, intimidation, harassment and well-being of resident doctors in a Nigerian teaching hospital. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 13(2), 183-186.
- Olweus, D. (1993). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. España: Morata
- Ortiz-León, S, Jaimes-Medrano, A. Tafoya-Ramos, S., Mujica-Amaya, M., Olmedo-Canchola, V., y Carrasco-Rojas J. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y cirujanos*, 82(3), 290-301.
- Paice, E. y Smith, D. (2009). Bullying of trainee doctors is a patient safety issue. *The Clinical Teacher*, 6(1): 13-17. doi: 10.1111/j.1743-498X.2008.00251.x
- Paice, E., Aitken, M., Houghton, A., y Firth-Cozens, J. (2004). Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7467), 658-659. doi: 10.1136/bmj.38133.502569.AE
- Paredes, O. L., Sanabria Ferrand, P. A., González Quevedo, L. A., y Moreno Rehalpe, S. P. (2010). “Bullying” en las facultades de medicina colombianas, mito o realidad. *Revista Med*, 18(2), 161-172. doi: 10.18359/rmed.1309
- Pizzino, A. (1994). *Report on CUPE's (Canadian Union on Public Employees)*. National Health and Safety Survey of Agression Against Staff. Ottawa.
- Prieto-Miranda, S. E., López-Benítez, W., y Jiménez-Bernardino, C. A. (2009). Medición

- de la calidad de vida en médicos residentes. *Educación Médica*, 12(3), 169-177.
- Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7342), 878-879. doi: 10.1136/bmj.324.7342.878
- Rautio, A., Sunnari, V., Nuutinen, M., y Laitala, M. (2005). Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Medical Education*, 5, 36. doi: 10.1186/1472-6920-5-36
- Restrepo Mejía, M. (1914). *Pedagogía doméstica: autoeducación, dirección del hogar, educación de los hijos*. Barcelona: Madriguera.
- Richman, J. A., Flaherty, J. A., Rospenda, K. M., y Christensen, M. L. (1992). Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. *JAMA*, 267(5), 692-694. doi: 10.1001/jama.1992.03480050096032
- Richman, J. A., Flaherty, J.A., y Rospenda, K. M. (1996). Perceived workplace harassment experiences and problem drinking among physicians: broadening the stress/alienation paradigm. *Addiction*, 91(3), 391-403. doi: 10.1046/j.1360-0443.1996.9133918.x
- Riger, S. (1991). Gender dilemmas in sexual harassment policies and procedures. *American Psychologist*, 46(5), 497-505. doi: 10.1037/0003-066X.46.5.497
- Rodríguez Cárcela, R. (2008). Del crimen pasional a la violencia de género: evolución y tratamiento periodístico. *Ámbitos: Revista internacional de comunicación*, 17, 171-188.
- Rodríguez-Carballeira, A., Escartín, J., Visauta, B., Porrúa, C., y Martín-Peña, J. (2010). Categorization and hierarchy of workplace bullying strategies: A Delphi survey. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 297-308. doi: 10.1017/S1138741600003875
- Román Collazo, C. A., Ortiz Rodríguez, F., y Hernández Rodríguez, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Revista Iberoamericana De Educación*, 46(7), 1-8. doi: 10.35362/rie4671911
- Rosenberg, D. A. y Silver, H. K. (1984). Medical student abuse, an unnecessary and preventable cause of stress. *JAMA*, 251(6), 739-742. doi: 10.1001/jama.251.6.739
- Sánchez-Amo, L. y Sánchez-Rubiales, M. (2018). Influencia del estrés y la duración de la jornada laboral en el error médico. *Actualidad Médica*, 103(805), 148-55.
- Schuchert, M. K. (1998). The relationship between verbal abuse of medical students and their confidence in their clinical abilities. *Academic Medicine*, 73(8), 907-909. doi: 10.1097/00001888-199808000-00018

- Scott, J., Blanshard, C., y Child, S. (2008). Workplace bullying of junior doctors: cross-sectional questionnaire survey. *The New Zealand Medical Journal*, 121(1282), 10-14.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogía de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo.
- Sekeres, M. A. (2018). When the Bully Is a Doctor. *The New York Times*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2018/06/14/well/live/doctor-bully-bullying.html>
- Sharma, M. (2019). Applying feminist theory to medical education. *Lancet*, 393(10171), 570-578. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32595-9.
- Silver, H. K. (1982). Medical students and medical school. *JAMA*, 247(3), 309-310. doi:10.1001/jama.1982.03320280029024
- Silver, H. K. y Duhl Glicken, A. (1990). Medical student abuse: incidence, severity and significance. *JAMA*, 263(4), 527-532. doi: 10.1001/jama.1990.03440040066030
- Sklar, D. P. (2014). Mistreatment of Students and Residents: Why Can't We Just Be Nice?. *Academic Medicine*, 89(5), 693-695. doi: 10.1097/ACM.0000000000000226
- Sontag, S. (1978). *La enfermedad y sus metáforas / El sida y sus metáforas*. España: Debolsillo.
- Spiegel, E., Smolen, R., y Hopfensperger, K. (1986). Medical students stress and clerkship performance. *Journal of Medical Education*, 61(11), 929-931. doi: 10.1097/00001888-198611000-00015
- Stevens, S. C. (2013). Surgeons' professional identity and patient safety: time for change. *Social Science & Medicine*, 77, 9-10. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.11.002
- Torres, J. (2005). *El curriculum oculto*. España: Morata.
- Trufó, L. y Cernadas Fonsalías, C. (2020). *Violencia de género. Conceptos, marco normativo y criterios de actuación en el ámbito de la salud*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Recuperado de https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/womens_empowerment/VDGenSSalud.html
- Uhari, M., Kokkonen, J., Nuutinen, M., Vainionpää, L., Rantala, H., Lautala, P., y Väyrynen, M. (1994). Medical Student Abuse: An International Phenomenon. *JAMA*, 271(13), 1049-1051. doi: 10.1001/jama.271.13.1049
- Villanueva Lozano, M. (2019). Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Revista*

Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México, 5, 1-35. doi: 10.24201/reg.v5i0.366

- Waldman, S. V., Diez, J. C., Arazi, H. C., Linetzky, B., Guinjoan, S., y Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic Psychiatry*, 33(4), 296-301. doi: 10.1176/appi.ap.33.4.296.
- Weick, K. y Roberts, K. (1993). Collective mind in organizations: heedful interrelating on flight decks. *Administrative Science Quarterly*, 38(3), 357-381. doi: 10.2307/2393372
- Wood, D. F. (2006). Bullying and harassment in medical schools. *BMJ (Clinical research ed.)*, 333(7570), 664–665. doi: 10.1136/bmj.38954.568148.BE

9. Sitios web consultados

- Asociación Americana de Escuelas de Medicina <https://www.aamc.org/>
- Asociación Médica Británica <https://www.bma.org.uk/>
- Asociación Médica de Canadá <https://www.cma.ca/>
- Consejo de Acreditación de Escuelas de Medicina <https://www.acgme.org/>
- Liason Committee on Medical Education (LCME). <https://lcme.org/>
- Ministerio de Educación de la Nación Argentina/universidades <https://www.argentina.gob.ar/educacion/universidades>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina/capital humano <https://www.argentina.gob.ar/salud/capitalhumano>



Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> o envíe una carta a Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

10. Anexo: Datos completos de cruces de variables del trabajo de campo

Cuadro 36. Percepción de falta de reconocimiento según sexo, nacionalidad y especialidad

¿Ha percibido falta de reconocimiento a su dedicación y/o esfuerzo durante la residencia?							
Sexo	Total (N)	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Mujer	62	47	15		100%	76%	24%
Varón	29	20	9		100%	69%	31%
Nsnc	7	6	1		100%	86%	14%
Total residentes	98	73	25		100%	75%	26%
Nacionalidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Argentina	82	60	22		100%	73%	27%
Bolivia	6	6	0		100%	100%	0%
Chile	2	2	0		100%	100%	0%
América del Norte	2	2	0		100%	100%	0%
América Central	6	3	3		100%	50%	50%
Total residentes	98	73	25		100%	75%	26%
Especialidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Clínica Médica	30	21	9		100%	70%	30%
Cirugía General	27	23	4		100%	85%	15%
Tocoginecología	18	13	5		100%	72%	28%
Pediatría	23	16	7		100%	70%	30%
Total residentes	98	73	25		100%	75%	26%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 37. Percepción de que le fueron asignadas actividades inapropiadas para su formación según sexo, nacionalidad y especialidad

¿Se le asignaron actividades que considera inapropiadas para su formación?									
Sexo	Total (N)	Sí	No	NsNc		Total (%)	Sí	No	NsNc
Mujer	62	44	17	1		100%	71%	27%	2%
Varón	29	20	8	1		100%	69%	28%	3%
Ns/nc	7	4	3	0		100%	57%	43%	0%
Total residentes	98	68	28	2		100%	69%	29%	2%
Nacionalidad	Total	Sí	No			Total (%)	Sí	No	
Argentina	82	55	25	2		100%	67%	31%	2%
Bolivia	6	4	2	0		100%	67%	33%	0%
Chile	2	2	0	0		100%	100%	0%	0%
América del Norte	2	2	0	0		100%	100%	0%	0%
América Central	6	5	1	0		100%	83%	17%	0%
Total residentes	98	68	28	2		100%	69%	29%	2%
Especialidad	Total	Sí	No			Total (%)	Sí	No	
Clínica Médica	30	20	9	1		100%	67%	30%	3%
Cirugía General	27	18	8	1		100%	67%	30%	4%
Tocoginecología	18	12	6	0		100%	67%	33%	0%
Pediatría	23	18	5	0		100%	78%	22%	0%
Total residentes	98	68	28	2		100%	69%	29%	2%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 38. Percepción de haber sido expuesto/a a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de las responsabilidades de su año de residencia que según sexo, nacionalidad y especialidad

¿Ha sido expuesto/a a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de las responsabilidades de su año de residencia?							
Sexo	Total (N)	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Mujer	62	36	26		100%	58%	42%
Varón	29	24	5		100%	83%	17%
Ns/nc	7	3	4		100%	43%	57%
Total residentes	98	63	35		100%	64%	36%
Nacionalidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Argentina	82	56	26		100%	68%	32%
Bolivia	6	4	2		100%	67%	33%
Chile	2	1	1		100%	50%	50%
América del Norte	2	0	2		100%	0%	100%
América Central	6	2	4		100%	33%	67%
Total residentes	98	63	35		100%	64%	36%
Especialidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Clínica Médica	30	20	10		100%	67%	33%
Cirugía General	27	20	7		100%	74%	26%
Tocoginecología	18	9	9		100%	50%	50%
Pediatría	23	14	9		100%	61%	39%
Total residentes	98	63	35		100%	64%	36%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 39. Recepción de gritos frente a colegas y/o pacientes según sexo, nacionalidad y especialidad

¿Ha recibido gritos frente a colegas y/o pacientes?							
Sexo	Total (N)	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Mujer	62	31	31		100%	50%	50%
Varón	29	12	17		100%	41%	59%
Nsnc	7	5	2		100%	71%	29%
Total residentes	98	48	50		100%	49%	51%
Nacionalidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Argentina	82	40	42		100%	49%	51%
Bolivia	6	5	1		100%	83%	17%
Chile	2	1	1		100%	50%	50%
América del Norte	2	1	1		100%	50%	50%
América Central	6	1	5		100%	17%	83%
Total residentes	98	48	50		100%	49%	51%
Especialidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Clínica Médica	30	11	19		100%	37%	63%
Cirugía General	27	19	8		100%	70%	30%
Tocoginecología	18	9	9		100%	50%	50%
Pediatría	23	9	14		100%	39%	61%
Total residentes	98	48	50		100%	49%	51%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 40. Recepción de acciones de accecho según sexo, nacionalidad y especialidad

¿Ha sido objeto de acciones de accecho?							
Sexo	Total (N)	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Mujer	62	22	40		100%	36%	65%
Varón	29	11	18		100%	38%	62%
Nsnc	7	1	6		100%	14%	86%
Total residentes	98	34	64		100%	35%	65%
Nacionalidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Argentina	82	25	57		100%	30%	70%
Bolivia	6	4	2		100%	67%	33%
Chile	2	1	1		100%	50%	50%
América del Norte	2	1	1		100%	50%	50%
América Central	6	3	3		100%	50%	50%
Total residentes	98	34	64		100%	35%	65%
Especialidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Clínica Médica	30	7	23		100%	23%	77%
Cirugía General	27	10	17		100%	37%	63%
Tocoginecología	18	8	10		100%	44%	56%
Pediatría	23	9	14		100%	39%	61%
Total residentes	98	34	64		100%	35%	65%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 41. Recepción de calificaciones verbales degradantes frente a colegas y/o pacientes según sexo, nacionalidad y especialidad

¿Ha recibido calificaciones verbales degradantes frente a colegas y/o pacientes?							
Sexo	Total (N)	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Mujer	62	17	45		100%	27%	73%
Varón	29	8	21		100%	28%	72%
Nsnc	7	1	6		100%	14%	86%
Total residentes	98	26	72		100%	27%	74%
Nacionalidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Argentina	82	21	61		100%	26%	74%
Bolivia	6	3	3		100%	50%	50%
Chile	2	0	2		100%	0%	100%
América del Norte	2	1	1		100%	50%	50%
América Central	6	1	5		100%	17%	83%
Total residentes	98	26	72		100%	27%	74%
Especialidad	Total	Sí	No		Total (%)	Sí	No
Clínica Médica	30	7	23		100%	23%	77%
Cirugía General	27	12	15		100%	44%	56%
Tocoginecología	18	4	14		100%	22%	78%
Pediatría	23	3	20		100%	13%	87%
Total residentes	98	26	72		100%	27%	74%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 42. Discriminación por género según nacionalidad

¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación a su condición de hombre o mujer?.							
Nacionalidad	Total	Sí	No		Total	Sí	No
Argentina	82	15	67		100%	18%	82%
Bolivia	6	3	3		100%	50%	50%
Chile	2	0	2		100%	0%	100%
América del Norte	2	1	1		100%	50%	50%
América Central	6	0	6		100%	0%	100%
Total residentes	98	19	79		100%	19%	81%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 43. Discriminación por orientación sexual según nacionalidad

¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación a su orientación sexual?							
Nacionalidad	Total	Sí	No		Total	Sí	No
Argentina	82	3	79		100%	4%	96%
Bolivia	6	1	5		100%	17%	83%
Chile	2	0	2		100%	0%	100%
América del Norte	2	0	2		100%	0%	100%
América Central	6	0	6		100%	0%	100%
Total residentes	98	4	94		100%	4%	96%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 44. Discriminación por género según género

¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación a su condición de hombre o mujer?.							
Sexo	Total	Sí	No		Total	Sí	No
Mujer	62	19	43		100%	31%	69%
Varón	29	0	29		100%	0%	100%
Ns/Nc	7	0	7		100%	0%	100%
Total residentes	98	19	79		100%	19%	81%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 45. Discriminación por orientación sexual según género

¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación a su orientación sexual?							
Sexo	Total	Sí	No		Total	Sí	No
Mujer	62	2	60		100%	3%	97%
Varón	29	2	27		100%	7%	93%
Ns/Nc	7	0	7		100%	0%	100%
Total residentes	98	4	94		100%	4%	96%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 46. Discriminación religiosa según género

¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación con su religión, creencias y/o prácticas espirituales?.							
Sexo	Total	Sí	No		Total	Sí	No
Mujer	62	6	56		100%	10%	90%
Varón	29	1	28		100%	3%	97%
Ns/Nc	7	0	7		100%	0%	100%
Total residentes	98	7	91		100%	7%	93%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 47. Discriminación por nacionalidad o procedencia según género

¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación con su nacionalidad o procedencia?							
Sexo	Total	Sí	No		Total	Sí	No
Mujer	62	7	55		100%	11%	89%
Varón	29	4	25		100%	14%	86%
Ns/Nc	7	0	7		100%	0%	100%
Total residentes	98	11	87		100%	11%	89%

Fuente: Elaboración propia



Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> o envíe una carta a Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

