

FORMACION EN LAS RESIDENCIAS DE CLINICA MEDICA EN LA ARGENTINA, 2008

CRISTINA M. ELIZONDO¹, DIEGO H. GIUNTA¹, FERNAN GONZALEZ BERNALDO DE QUIROS^{1, 3},
SILVANA B. FIGAR^{2, 3}, ADRIANA R. DAWIDOWSKI², GABRIEL WAISMAN^{1, 3}

¹Area de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires,

²Area de Epidemiología, Servicio de Clínica Médica y Plan de Salud, Hospital Italiano de Buenos Aires,

³Sociedad Argentina de Medicina

Resumen La adquisición de las competencias médicas de las Residencias de Clínica Médica (RCM) es un proceso complejo. En la Argentina no contamos con datos actualizados de su identificación, organización y funcionamiento. El objetivo del estudio fue censar las RCM de Argentina y caracterizar su estructura general y formativa. Entre junio 2007 y junio 2008 todas las instituciones con RCM del país fueron relevadas mediante estrategias de búsqueda, y contactadas para datos estructurales y de organización. Se recabaron datos académicos en una muestra de 24 residencias mediante cuestionarios, y en una submuestra de 15 con técnicas cualitativas de observación directa y entrevistas. Relevamos 162 RCM activas distribuidas en su mayoría (87%) en ciudades grandes y 2012 residentes. La mayoría pertenecen al sector público (66%). Un 13% no cuentan con coordinador o instructor y la mayoría no posee acceso a *Internet* institucional. Según el censo, la mediana de edad de los residentes es de 29 años (intervalo intercuartil 2.7), siendo 64.5% mujeres y 24% concurrentes. De los encuestados, 13% (IC 95% 9-18.7) refirió no recibir remuneración, en el resto la misma varió entre \$520 y \$ 2100 mensuales; 58% (13/22) realiza curso de especialista. Las medianas de horas trabajadas semanales y de guardias mensuales fueron 50 y 8 respectivamente, sin diferencias entre los centros públicos y privados. Estos hallazgos muestran la necesidad de reconsiderar la certificación del proceso formativo de las RCM.

Palabras clave: residencias, residencia médica, medicina interna, educación médica de postgrado

Abstract *Internal Medicine residencies in Argentina, 2008.* The acquisition of medical competence in the Internal Medicine Residencies (IMR) is a complex process. In Argentina there are not current data available on the number, organization and the way the residencies work. The objective of this study was to survey the IMR in Argentina and categorize their academic and general structure. From June 2007 to June 2008 we identified all the IMR using a combined searching strategy. We contacted them looking for structural and organizational data. Academic data were collected in a sample of 24 residencies using questionnaires. We also gathered data using qualitative measurements, in a subsample of 15 residencies, by means of direct observation and in-depth interviews. We identified 162 ongoing residencies and a total of 2012 residents. The majority of them (87%) were located in big cities, with a preponderance of public residencies (66%); 13% of these didn't have a residency instructor or coordinator. Most of these didn't have Institutional *Internet* available. The residents median age was 29 years old (Interquartil range 2.7), with a 64.5% of women; 24% were under the regimen called "concurrente". From the sample, 230 residents were interviewed; 13% of them (CI95% 9-18.7) did not receive any remuneration. The rest received a monthly payment (in Arg \$) ranging from US\$ 140 to 552. A 58% (13/22) was involved in Specialist courses. Medians for weekly working hours and for "on duty" were respectively 50 and 8 per month, with no difference between public or private institutions. These findings evidence the need to certify the formative and academic process of IMR.

Key words: internship and residency, medical residency, internal medicine, graduate medical education

Las residencias médicas son el principal sistema de formación y certificación de postgrado en Medicina Interna en la mayoría de los países^{1, 2}. En la Argentina se instauran como parte de un programa de modernización de la enseñanza de la medicina después de 1955¹.

En otros países existe un consejo de acreditación para la educación de postgrado de los médicos que periódicamente actualiza los requerimientos básicos que debe tener una residencia de medicina interna³. Así también, comprendiendo el rol fundamental de los residentes en la atención hospitalaria, se han desarrollado leyes y reglamentaciones para el trabajo diario⁴.

En nuestro país, las primeras evaluaciones a este sistema de formación fueron muy positivas al principio de la década del 60 pero pronto comenzaron a aparecer algu-

Recibido: 24-IV-2009

Aceptado: 21-X-2009

Dirección postal: Dra. Cristina María Elizondo, Hospital Italiano de Buenos Aires, Gascón 450, 1181 Buenos Aires, Argentina
Fax: (54-11) 4958-4454 e-mail: cristina.elizondo@hiba.org.ar

nas observaciones críticas sobre un desequilibrio entre la función asistencial y la educativa, como ser la baja presencia de los médicos en el hospital, el papel de los residentes y la necesidad de remuneraciones adecuadas⁵. En 1967 se crea el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME) con el objetivo de supervisar las residencias y planificar el crecimiento de este sistema de formación. Este fue el primero de varios intentos de unificar y regular las residencias desde el Ministerio de Salud de la Nación, pero fue disuelto en 1974. Posteriormente, en 1979 se sanciona la ley 22.127 que establece la creación del Consejo Nacional de Residencias de la Salud (CONARESA) y recién luego de casi 20 años, en 1997 se ponen en funcionamiento las Comisiones Nacionales de Certificación, re-certificación y de acreditación de establecimientos asistenciales¹.

Desde esos tiempos iniciales hasta la actualidad las residencias de clínica médica en Argentina se han multiplicado, tanto en el ámbito público como privado, no contándose con un registro actualizado de las mismas.

En el 2006, mediante la resolución 450/2006 se legisla la necesidad de contar tanto con un registro nacional único de residencias acreditadas como de entidades evaluadoras de residencias que permita monitorear si las residencias ofrecen el ambiente propicio para adquirir las competencias que un médico clínico requiere⁶. Aunque el proceso parece haberse iniciado necesitaría tomar dinamismo, ya que unas residencias crecen y se multiplican y otras se cierran o cesan su actividad temporalmente, haciendo difícil contar con un registro único y actualizado del estado de las residencias acreditadas de nuestro país.

El presente trabajo pretende contribuir al proceso continuo de identificación, distribución y conocimiento del estado formativo de las residencias de clínica médica mediante un censo con descripción de la distribución geográfica y de las características estructurales, organizativas y académicas de las mismas.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación cuali-cuantitativa, de corte transversal, entre junio 2007 y junio 2008.

Se efectuó un censo de todas las residencias de clínica médica de Argentina correspondientes a los sectores público y privado, no se incluyeron las residencias de medicina general y medicina familiar.

Para la confección del listado de residencias se utilizaron diferentes fuentes: a) conocimiento personal o de terceros (contactos regionales) de centros asistenciales con residencias; b) participantes en Congresos de Medicina de la Sociedad Argentina de Medicina; c) información solicitada al Ministerio de Salud de la Nación; d) información solicitada al Ministerio de Salud de las Provincias; e) búsqueda en *Internet* en las páginas de la Municipalidad de cada Provincia; f) búsqueda en *Internet* en las páginas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; g) Dirección de Estadística del Ministerio de Salud de la Nación⁷ y h) lista de centros acreditados por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

Se incluyeron tanto residentes como concurrentes. Los últimos difieren de los primeros en que no suelen recibir remuneración.

El total de las residencias del país fueron contactadas personal o telefónicamente para recabar datos estructurales y de organización a través de una encuesta estructurada.

Para la investigación de campo cuantitativa se seleccionaron 24 residencias. La estrategia de selección fue en múltiples etapas con estratificación en dos niveles (por región geográfica y por tamaño de las residencias) y con posterior selección aleatorizada por conglomerados de 24 residencias considerando un promedio de 9 residentes⁸.

Se consideraron los siguientes niveles de selección: Nivel 1: Residencia según estratos de región geográfica

1. Centro (Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe)
2. Cuyo (La Rioja, Mendoza, San Juan, San Luis)
3. Nordeste (Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones)
4. Noroeste (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, Tucumán)
5. Pampeana (La Pampa, Provincia de Buenos Aires)
6. Patagónica (Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego)
7. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Nivel 2: Residencias por tamaño. Se dividieron las residencias según el número de residentes por residencia (mediana de 9 residentes) en residencias grandes y pequeñas.

Debido a que existe mucha variabilidad en la cantidad de residencias entre las regiones y en la cantidad de residencias grandes y pequeñas, se utilizó en ambos niveles la selección con probabilidad proporcional al tamaño. Esta estrategia aseguró la obtención de una muestra representativa de cada estrato en ambos niveles. Se utilizó probabilidad proporcional al tamaño medido en cantidad de residencias por estrato para el primer nivel y probabilidad proporcional a la cantidad de residencias de cada tamaño (grandes o pequeñas) para el segundo nivel.

Posteriormente se seleccionaron las residencias de forma aleatoria considerándolas como conglomerados, es decir, se incluyeron como unidad de análisis a todos los individuos pertenecientes a la residencia seleccionada. Esto fue así por practicidad y porque las residencias contienen características comunes que funcionan como una unidad con respecto a la variación intra-residencia distinta de la variación entre residencias.

De las 24 residencias se seleccionaron 15 por muestreo intencional para la investigación cualitativa, teniendo en cuenta que fueran diversas en variables que hipotéticamente pueden afectar el contexto formativo (Institución pública/privada; Ciudad grande/mediana). De estas 4 opciones se seleccionaron entre 1 y 2 residencias por zona geográfica del país. Un equipo de sociólogas realizó una visita a cada residencia seleccionada, donde se entrevistó a un residente por año de residencia, al jefe de residentes y al menos un responsable de la residencia (instructor, coordinador y/o jefe del servicio). La recolección de datos cualitativos se realizó mediante observación directa y entrevistas en profundidad.

A las 24 residencias de la muestra se les envió, por correo postal pago o personalmente, un cuestionario ampliado auto-administrado para datos formativos y académicos. La confección de este cuestionario se hizo siguiendo técnicas cualitativas: determinación de definiciones y conceptos a evaluar por revisión bibliográfica y reunión de expertos con validación de forma y contenido de la versión final en dos hospitales de la ciudad de Buenos Aires que no eran parte de la muestra (Hospital Churrucá y Británico).

Los datos recabados como parte de la investigación cualitativa subsidiaria (datos aún no publicados), fueron triangulados con la investigación cuantitativa. En este informe sólo

se presentan resultados de la investigación cualitativa que permitan una mejor interpretación de los datos cuantitativos.

Para el análisis se consideraron las variables a nivel individual (residente/concurrente) y grupal (residencia) según correspondiera. Se expresan los coeficientes de correlación de Pearson para las correlaciones entre las variables de distribución y composición de residencias con las variables demográficas por provincia⁹ y con indicadores socioeconómicos de la República Argentina¹⁰.

Se presentan las variables categóricas como proporciones con su intervalo de confianza 95% y los datos continuos con la media y desvío estándar y mediana e intervalo intercuartil según distribución. Las variables categóricas se comparan con Chi cuadrado y las continuas según su distribución con test paramétricos o no paramétricos. Se consideró como nivel de significación a valores de p menores a 0.05. Se utilizó para el análisis el software estadístico Statistix 7 y Epi Info/ Epi Map.

El protocolo fue aprobado por el Comité de ética independiente del Hospital Italiano de Buenos Aires, año 2007.

Resultados

Ciento sesenta y dos residencias de clínica médica en actividad fueron relevadas, durante 2007-2008. Del total de residencias, 106 (66%) funcionan en centros del sector público y 56 (34%) en el sector privado. La suma total de residentes fue de 1212. La mediana de residentes por residencia fue de 9 (intervalo intercuartil 10).

La provincia de Buenos Aires muestra la distribución geográfica. La mediana de distribución de residencias por provincia fue de 3 residencias por provincia (intervalo intercuartil de 6.2). Tomando en cuenta la distribución por ciudad, 87% de las ciudades grandes (más de 350 000 habitantes) tenían residencia, el 11% de las ciudades medianas, y las ciudades pequeñas (menores a 50 000 habitantes) no tuvieron residencias de clínica médica. La cantidad de residentes de medicina interna por cada 100 000 habitantes por provincia se muestra en la Fig. 2.

La provincia de Buenos Aires y la Capital Federal presentaron un fenómeno de centralización de las residencias de medicina interna, ya que el Gran Buenos Aires tiene la mayor cantidad (50), junto con Capital Federal (40). Entre Ríos, San Juan, La Rioja, Santiago del Estero, y Formosa tienen sólo una residencia de clínica médica por provincia. No tienen residencia de medicina interna San Luis, La Pampa, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Se encontró correlación entre la distribución de residencias y la distribución de población por provincia con un coeficiente de Pearson de 0.55 (p 0.008). Se observó una relación lineal moderada entre el número de residentes y la densidad de habitantes por provincia (coeficiente de Pearson 0.36, p 0.005). No se encontró correlación entre el número de residentes y la distribución de médico/habitante por provincia (coeficiente de Pearson 0.45; p 0.40) o el ingreso per cápita provincial (coeficiente de Pearson de 0.16; p 0.60).

No se encontró correlación entre la distribución de residentes y las ciudades con mayores ingresos per cápita

cuando consideramos la distribución de centros públicos y privados.

Las 24 residencias incluidas en la muestra agrupan un número total de 382 residentes con una mediana de edad (rango intercuartil) de 29 (2.7) años siendo en un 64.5% mujeres. El 24% del total son concurrentes. El 34% (n: 129) de los residentes se encuentran en 1° año, 23% (n: 89) en 2° año, 26% (n: 99) son de 3° año, y 17% (n: 65) se encuentran en 4° o 5° año.

Sólo un 60% (230/382) de los residentes de los hospitales seleccionados respondieron las encuestas. Siendo para los de 1° año del 73% (93/129), para los de 2° año del 65% (58/89), 3° año del 52% (52/99), y la de 4° y 5° año 41% (27/65). El 13% de las encuestas respondidas pertenecen a concurrentes. La mediana del promedio general de la carrera referido fue de 8 con un rango intercuartil de 1.3.

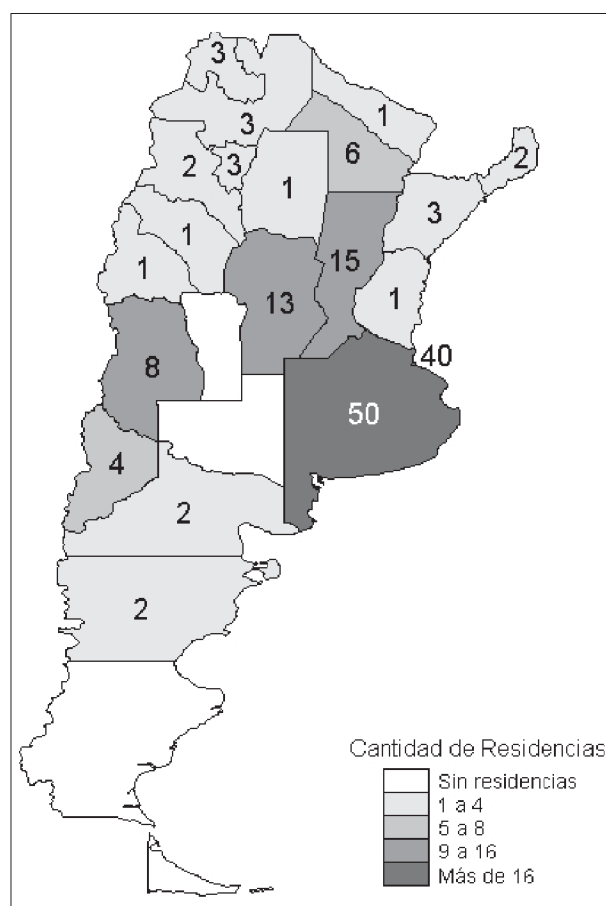


Fig.1.- Distribución geográfica de las residencias de clínica médica en la República Argentina. Los números dentro de cada provincia hacen referencia al número absoluto de residencias. En la escala, el blanco refiere a la ausencia de residencias en dichas provincias y el aumento de intensidad del grisado demuestra el incremento progresivo del número de residencias.

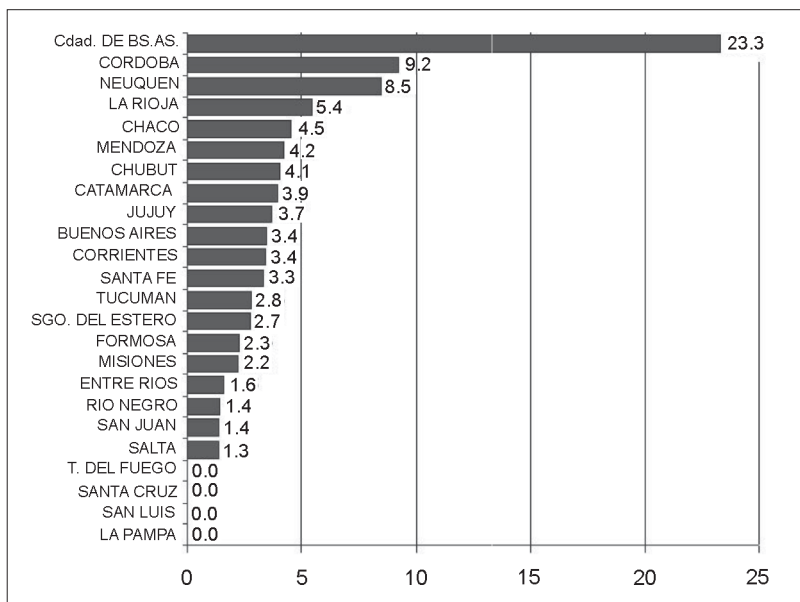


Fig. 2.- Se presenta la cantidad de residentes cada 100 000 habitantes por provincia. Los números al lado de las barras son el número de residentes cada 100 000 habitantes por cada provincia.

En la investigación cualitativa aceptaron participar 15 residencias: 6 del área metropolitana (gran Buenos Aires); 2 de provincia de Buenos Aires; 3 de las provincias del centro del país; 2 del noroeste; 1 de Cuyo y 1 de la región patagónica. De éstas, 10 fueron residencias del sector público y 8 se ubicaban en ciudades grandes. Se entrevistaron 97 médicos (57 residentes; 12 Jefes de Residentes; 14 Jefes de Servicio y 14 Instructores o coordinadores de residentes).

Las Universidades de egreso fueron la de Buenos Aires en un 34% (IC 95% 26%-39%), Nacional de Córdoba 19% (IC 95% 14%-24%), Nacional de Rosario 10% (IC 95% 5.9%-14%) y Nacional de la Plata 7.5% (IC 95% 3.7%-10%). Las características generales de las 24 residencias participantes y de sus hospitales se muestran en la Tabla 1 describiendo los datos según pertenezcan al sector público o privado.

El 77% (17/22) de las residencias tienen acreditación por alguna asociación, colegio médico u organización universitaria (nacional o provincial). En promedio, las residencias tienen 22 años de antigüedad. El 100% selecciona el ingreso con examen escrito y en el 48% éste es complementado con entrevistas.

Veinte (83%) de las residencias encuestadas tienen jefe de residentes, 19/24 (79%) tienen instructor y 13/21 (61%) tienen coordinador. Diez centros tienen ambos, instructor y coordinador.

La mayor parte de los centros encuestados tienen acceso a la información médica actualizada a través de

Internet. Un 82% de los centros tienen biblioteca, pero sólo la mitad tienen una suscripción actual a revistas de medicina interna. En la mayoría de los centros la conectividad a *Internet* o la biblioteca dependen directamente de los residentes y en algunos casos se mantiene con la ayuda de los jefes o de los médicos de planta del servicio. En la observación directa de campo se constató que 10 (71%) centros tenían biblioteca y 11 (78%) conexión a *Internet* institucional; la confrontación del resto de las variables trianguladas se muestran en la Tabla 2.

Todas las residencias tuvieron programa escrito; en el 80% dicho programa fue actualizado en los últimos cinco años. Ciento sesenta y cuatro residentes conocen el programa y un 71% (127/181) de ellos lo ha leído. El 74% opina que tiene alto cumplimiento.

Desde el punto de vista académico, sólo 58% (13/22) realiza curso de especialista en Medicina Interna como parte de la currícula de la residencia.

Los residentes tienen clases estructuradas con una mediana de 3.5 (intervalo intercuartil 3) clases por semana. Con respecto a las características de las clases dentro de la residencia, lo que varía de centro a centro es quién las dicta, siendo en su mayoría el jefe de residentes y residentes superiores los encargados.

En las entrevistas cualitativas se identificó una mayor diversidad en la sistematización y el tipo de clases: en 7 residencias el cronograma de clases no se cumple regularmente, ya sea por sobrecarga laboral o por falta de organización. Respecto del tipo de clases, en algunas se

TABLA 1.- Características generales de las residencias y de sus hospitales según dependencia administrativa

	Residencias		p
	Públicas 16 (66%)	Privadas 8 (34%)	
Curso Universitario de Medicina Interna curricular*	9 (53)	3 (43)	0.47
De 4 años de duración*	8 (50)	5 (71.4)	0.34
Número de residentes#	12 (16.3)	12 (19)	0.52
Características del Hospital			
Número de Camas del Hospital#	208 (249)	200 (359)	0.94
Camas a cargo de Clínica Médica#	55 (38)	30 (93)	0.36
Número de consultas programadas#	350 (447)	700 (25275)	0.061
Hospital Universitario o asociado a Universidad*	14 (82.4)	7 (29)	0.23
Médicos internistas#	7.50 (3.5)	6 (7.5)	0.63

*n (%), #mediana (rango intercuartil)

TABLA 2.- Comparación entre los cuestionarios estructurados y la investigación cualitativa

Variabes trianguladas	Investigación cuantitativa	Investigación cualitativa	Datos coincidentes	Observaciones
Presencia de biblioteca*	11 (82)	10 (71)	8 (57)	En 5 residencias la biblioteca referida por los residentes consiste en un armario con libros de la residencia, pero no disponen de actualizaciones bibliográficas sistemáticas.
Acceso a Internet*	12 (92)	11 (73)	10 (66)	En 3 residencias el acceso a Internet no es institucional y está solventado por los mismos residentes.
Programa de residencia actualizado*	12 (80)	12 (80)	10 (66)	En 5 residencias los entrevistados, si bien suponían la existencia del programa, nunca habían tenido acceso al mismo.
Consultorio asistido	11 (84)	7 (50)	6 (46)	En 3 casos los residentes consideran que no cuenta con asistencia o supervisión en la atención de pacientes.
Horas trabajadas por semana#	Mediana 50 (45-80)	45 (35-51)	8 (61)	Los residentes informaron en el cuestionario mayor cantidad de horas trabajadas que lo manifestado en las entrevistas.

*n (%) #mediana (min-max). Nota: los pares concordantes de datos cuantitativos se consideraron según se encontraran a una distancia menor o igual a un DS

dicta un solo tipo de clases de sistemática (manejo de emergencia y guías de manejo de casos) a cargo de los residentes o jefes de residentes. En otras, los residentes asisten a una diversidad de cursos, desde ateneos de casos bibliográficos, clases de estadística, de Medicina Basada en la Evidencia y cursos de especialidades.

Se realizan una mediana de 4.5 ateneos mensuales (mínimo 1 y máximo 12). Presentan ateneos los residentes de 1er. año (R1) en el 67% (16/23) de los centros, los residentes de 2do. año (R2) 83% (19/23), los residentes de 3er. año (R3) 83% (15/18) y los jefes de residentes 25% (4/16). Se realizan ateneos anatomopatológicos en

el 44% (8/18) de los centros, bibliográficos en 78% (14/18), de casos clínicos de internación en 94% (17/18), de defunciones en 28% (5/18), de altas en 17% (3/18) y de casos ambulatorios en 33% (6/18).

El 86% de las residencias tiene evaluación con nota y en el 87% (21/24) de los casos es requisito para la promoción de año.

El 100% de las residencias seleccionadas tienen rotaciones obligatorias por lo menos en una de las siguientes áreas o servicios: terapia intensiva, terapia intermedia, unidad coronaria, infectología, o neurología.

En las entrevistas en profundidad, todos los residentes destacaron la riqueza de aprendizaje que les ofrece la residencia, aunque en base a diferentes fortalezas: algunos destacaron el entrenamiento en técnicas invasivas y en el manejo de la emergencia, otros, en la oferta académica y el manejo de los pacientes internados en una sala de internación.

Un 13% (IC 95% 9-18.7) de los encuestados informaron no recibir remuneración por el trabajo realizado, aunque todos ellos, menos en un centro formador, tuvieron igual régimen de trabajo que los residentes en cuanto a carga horaria, tareas y responsabilidades. El centro formador con régimen diferencial otorga a los concurrentes un día libre.

El sueldo promedio de los residentes de 1° año es de 1470 pesos, con valores que van desde 520 a 2100 pesos mensuales. Los sueldos van incrementándose según el año de residencia. El sueldo promedio de los residentes de 2° año es 1560, el de los residentes de 3° es 1770, el de los residentes de 4° es 2200, y el de los jefes de residentes es 2220. En el sector público, los sueldos son en promedio mayores en aproximadamente 300 pesos.

La mediana de días de vacaciones en total es de 21 días con un rango que va desde 15 a 38 días. En la gran mayoría no hay diferencias entre la cantidad de días de vacaciones de todos los años incluido el año de jefatura de residencia. La excepción es el primer año que tiene en algunos lugares 7 días menos que el resto de la residencia.

Un 94% de las residencias encuestadas tiene obra social aportada por la institución en la cual trabajan, sólo 61% cuentan con cobertura legal en caso de una demanda, y en todos los casos menos uno (94%) cuentan con seguro de riesgos de trabajo (ART).

La mediana de horas trabajadas semanales fue de 50 horas sin diferencias entre los centros públicos y privados.

Durante el trabajo en la sala de internación, la mediana del número de camas a cargo de los residentes de 1° año fue de 5 camas (intervalo intercuartil 5), los residentes de 2° año 8 camas (intervalo intercuartil 9), los residentes de 3° año 11 camas (intervalo intercuartil 16), y los residentes de 4° año, 4 camas (intervalo intercuartil 12). En el sector público la mediana total de camas a cargo de los residentes fue de 6 (intervalo intercuartil 9) y en el sec-

tor privado 9 (intervalo intercuartil 7), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($p < 0.091$).

Los residentes de 1° año realizan 8 guardias mensuales (valores expresados en mediana, intervalo intercuartil 2), los residentes de 2° año 7 guardias por mes (intervalo intercuartil 2), los residentes de 3° año 6 guardias por mes (intervalo intercuartil 2), los residentes de 4° año 4 guardias por mes (intervalo intercuartil 2). La duración de dichas guardias tiene una mediana de 24 horas (con un rango que va de 8 a 36 horas).

En 5 residencias, durante la entrevista cualitativa, los entrevistados relataron que los residentes de 1° año debían realizar frecuentemente 10 o más guardias mensuales.

El 17% (34/195) de los residentes encuestados tienen un régimen diferente de horas de trabajo el día posterior a la guardia, trabajando ese día menos horas a lo habitual.

La mediana de guardias en el sector público fue de 8 por mes (Intervalo intercuartil 4) y en el sector privado fue de 6 (Intervalo intercuartil 1.25), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas ($p < 0.118$).

En el 83% (20/24) de las residencias encuestadas se realiza consultorio como parte de las actividades asistenciales de los residentes. Un 71% (69/97) de los residentes que realizan consultorio durante su trabajo tienen la posibilidad de asistencia por un médico especialista en clínica médica disponible para consultas.

Los residentes de 1° año no realizan consultorio salvo en 4 hospitales (entre 2 y 10 horas semanales). Los residentes de 2° año realizan una mediana de 2 horas de consultorio semanales (máximo de 10 y mínimo de 1), los residentes de 3° año una mediana de 2 horas semanales (máximo de 30 y mínimo de 2), y los residentes de 4° año 8 horas (máximo 40 y mínimo de 2).

Discusión

Con la colaboración de varios centros de todo el país, fue posible la identificación de las Residencias de Clínica Médica en actividad al momento del estudio, generándose un registro disponible en el sitio web www.sam.org.ar

Encontramos una alta correlación entre la distribución geográfica de las residencias y la densidad demográfica de nuestro país. Esta correlación de alguna forma podría estar indicando que todos los residentes del país pudieran tener igualdad en la oportunidad de aprendizaje al tener un número similar de pacientes a los que tendrán acceso.

Si bien casi todas las residencias tuvieron acceso al recurso tecnológico académico, tanto a biblioteca como a *Internet*, los residentes remarcaron la idea que este recurso era principalmente sostenido por el esfuerzo per-

sonal más que por el apoyo institucional, a pesar de ser un requisito según la resolución 450/2006 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación⁶.

Todas las residencias seleccionadas demostraron tener similar estructura programática (jefe de residentes o coordinador, programa) y académica (rotaciones, evaluaciones); mostrando diferencias en la realización de curso de especialista en medicina interna y en la duración de la residencia (3 años *versus* 4 años). Pero en las entrevistas cualitativas se identificaron diferencias entre residencias en lo sistemático del dictado de clase, el tipo y la diversidad de oferta académica.

En cuanto a las horas de trabajo y la cantidad de guardias mensuales encontramos que existe una adecuación a lo establecido por la resolución 450/2006⁶, donde se expone claramente que los residentes deberán cumplir un régimen de formación no menor a 48 horas semanales, con dedicación exclusiva y realizar no más de 8 guardias mensuales. Sin embargo, se observó que la distribución del trabajo para actividades educativas es menor a lo recomendado, 30% según la misma resolución.

En la comparación con otros países, podemos destacar que las horas de trabajo semanales de los residentes encuestados, fueron menores que las 80 horas semanales de trabajo establecidas en la reglamentación 405 NY de la ciudad de Nueva York y a las 85 a 65 horas dispuestas para el trabajo en otros hospitales de EE.UU.^{3, 11, 12}.

Con respecto a las guardias mensuales encontramos que los residentes de Argentina tenían una mediana de guardias mensuales menor a las realizadas en centros de EE.UU. antes de establecer el régimen de *night float*^{11, 12} donde un grupo de residentes asignados con rotaciones de treinta días de trabajo nocturno realizan todos los ingresos de la institución en su especialidad y tienen el horario diurno libre.

En cuanto al régimen de trabajo post guardia, sólo 1.7% informaron poder retirarse del hospital y finalizar sus actividades antes del mediodía o media tarde. En este sentido, otros centros del mundo tienen establecido el límite de 30 horas continuas de trabajo³.

Las entrevistas cualitativas permitieron identificar 5 residencias alejadas de este perfil y que exigen a los residentes una carga asistencial que los entrevistados consideran extenuante y limitante para su capacitación académica.

Las horas de consultorio realizadas en la mayoría de los hospitales son menores de lo recomendado del 33% de la currícula por la *Accreditation Council for Graduate Medical Education* de EE.UU.³.

Si bien no es objetivo del presente estudio discutir la investigación cualitativa, las divergencias con los datos cuantitativos y la identificación de residencias con mayor carga asistencial y menor carga académico-educativa, así como también el hecho que no todas las residencias incluyan cursos de especialistas en Medicina Interna,

sugieren una mayor necesidad de consenso académico y de normalización de las residencias de clínica médica en Argentina.

Las divergencias identificadas entre el cuestionario y las entrevistas en profundidad pueden deberse a que mientras que en el primero los encuestados informan la situación más frecuente, en las segundas describen experiencias, que aunque no sean frecuentes, impactan en ellos negativamente.

Los principales obstáculos encontrados durante el desarrollo del estudio fueron la dificultad para contactar a algunos profesionales y la falta de disponibilidad para responder al llamado y/o visita; siendo mucho más fácil la recuperación de encuestas en los centros que se pudieron contactar personalmente, y la extensión de la etapa de campo más allá de lo previsto.

Mediante la estrategia de selección estratificada de las residencias se aseguró la representatividad de las mismas en todo el país. Intentamos mantener la representatividad de cada nivel debido a las probables diferencias en cuanto a su ubicación geográfica y el tamaño de cada una de ellas, como determinantes de la formación de postgrado de los médicos clínicos.

Una debilidad de nuestro estudio es que debido a la oportunidad de encuestar a los residentes, existe una menor proporción de residentes de los años superiores en la muestra por rotaciones fuera del hospital. Las estimaciones son más representativas de los residentes de primer año.

No describimos la situación de otras residencias como medicina familiar o general, por lo que la generalización de nuestros hallazgos deberán ser considerados sólo para las residencias de clínica médica.

Dado que la formación de recurso humano es un proceso dinámico, estos resultados debieran ser actualizados periódicamente.

En conclusión, las residencias de clínica médica de nuestro país poseen en general las condiciones para generar las competencias médicas necesarias, principalmente gracias a una adecuada carga asistencial que ofrece múltiples oportunidades de aprendizaje, pero que no parece estar acompañada con un formato académico, ya que el tiempo dedicado a estas tareas es menor que lo esperado según la resolución ministerial. Difundir la situación actual de las residencias de clínica médica del país observada en este estudio, contribuirá a generar estrategias que mejoren los programas para la adquisición de competencias y unifiquen los procesos de formación y acreditación de los especialistas en Clínica Médica de nuestro país.

Agradecimientos: Agradecemos al Ministerio de Salud de la Nación, Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología, por el auspicio de esta investigación en el marco de la Beca de Investigación en Salud Ramón Carrillo –Arturo Oñativia 2007 “Estado Actual de las residencias de Clínica Médica en

Argentina— estudio cuali-cuantitativo del contexto formativo”, a la Sociedad Argentina de Medicina, al Dr. Luis Cámara, a todos los referentes regionales y colaboradores del proyecto: Natalia Pereiro, Juan Blanco, Gonzalo Barrientos, Jorge Farías, Mercedes Soriano, Alejandro Cragno, Gustavo Ellena, Alejandra Gaydou, Armando Kremer, Susana Salomón, Marcelo Yorío.

Conflictos de intereses: No existen conflictos financieros o personales que hayan influenciado inapropiadamente la realización del trabajo ni sus resultados.

Bibliografía

1. Borrell Bentz R. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. 1ª edición Buenos Aires: OPS/OMS; 2005.
2. Barousse AP. Certificación de profesionales médicos en la especialidad Clínica Médica. *Medicina (Buenos Aires)* 2002; 62: 609-11.
3. Accreditation Council for Graduate Medical Education ACGME Program Requirements for Residency Education in Internal Medicine. En: www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReg/140_im_07012007.pdf, July 2007; consultado junio 1, 2008.
4. Philibert I, Friedmann P, Williams WT. New requirements for resident duty hours. *JAMA* 2002; 288: 1112-4.
5. Taquini AC. Experiencia Argentina sobre Residencias Hospitalarias. *Rev Asoc Med Argent* 1960; 74: 108-10.
6. García GMG. Residencias del Equipo de Salud Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud Criterios básicos. Integrantes del sistema. Registros. MDSY Ambiente, ed. Buenos Aires: Dirección Nacional del Boletín Oficial; 2006. En: www.femeba.org.ar/fundacion. Consultado junio 2008.
7. DEIS. Guía de Establecimientos asistenciales subsector oficial y privado. Dirección de Estadística e Información en Salud 2005. En: www.deis.gov.ar; consultado dic. 2008.
8. Silva Ayçaguer C. Diseño randomizado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000, p 156-88.
9. DEIS. Indicadores demográficos. Dirección de estadística e Información en Salud. En: www.deis.gov.ar; 2003; consultado dic. 2008.
10. INDEC. Indicadores sociodemográficos. Instituto Nacional de Estadísticas y censos. En: www.indec.gov.ar; 2005.
11. Fletcher KE, Underwood W, 3rd, Davis SQ, Mangrulkar RS, McMahon LF, Jr., Saint S. Effects of work hour reduction on residents' lives: a systematic review. *JAMA* 2005; 294: 1088-100.
12. Meyers FJ, Weinberger SE, Fitzgibbons JP, Glassroth J, Duffy FD, Clayton CP. Redesigning residency training in internal medicine: the consensus report of the Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Task Force. *Acad Med* 2007; 82: 1211-9.

- - - -

Ahora bien, lo que se trasluce de la ciencia a través de los medios de comunicación es —siento decirlo— tan sólo su aspecto mágico, cuando se divulga, y cuando se divulga es porque promete una tecnología milagrosa.

A veces existe un pactum sceleris [acuerdo asociativo para el delito] entre el científico y medios de comunicación por el que el científico no puede resistir la tentación, o cree que es su deber, comunicar una investigación que está todavía en curso, a veces incluso por motivos de recaudación de fondos, la investigación se comunica enseguida como descubrimiento, con la consiguiente desilusión cuando se advierte que el resultado no se ha logrado aún.

Umberto Eco

Ciencia, tecnología y magia. Discurso pronunciado en Roma, en noviembre de 2002, en la Conferencia Internacional presidida por Umberto Veronesi (dedicada a la información científica). En: A paso de cangrejo. Buenos Aires: Debate, 2007. p. 127. Traducción castellana de María Pons Irazazábal de *A passo di ganbero*. Milano: Bompiani, 2006