

## **Maltrato durante la residencia médica. Percepción de los residentes**

Violencia en el ámbito laboral, según la Comisión Europea de la Organización Internacional del Trabajo es toda situación en la cual alguien es maltratado, acosado o amenazado en circunstancias que guardan relación con su actividad laboral<sup>1</sup>. Esta definición incluye tanto al maltrato psicológico (que es aquel comportamiento que hace que otra persona se sienta herida u ofendida, desvalorizada o incompetente, incluyendo gritos, insultos, o falta de respeto)<sup>2</sup> como al maltrato físico (golpes y todo tipo de trato violento)<sup>3</sup>.

A partir de la década de los años '80 comenzó a desarrollarse una línea de investigación académica sobre las condiciones laborales en general y de los/as médicos en particular. La práctica médica no escapó al tratamiento de temas tales como el maltrato, la discriminación y el abuso sexual cometidos y/o experimentados por estudiantes y residentes<sup>4, 6</sup> donde la prevalencia, según la definición utilizada, estaría presente en el 60 al 95%<sup>7, 9</sup>.

La residencia como entrenamiento médico se constituyó tradicionalmente como el inicio de un proceso arduo y exigente para los profesionales del sector. Ante la falta de estudios, en nuestro medio, sobre este aspecto se realizó la presente investigación cualitativa con el propósito de explorar la percepción de los/as médicos residentes acerca de la presencia de maltrato durante esta etapa de su formación médica.

Para extraer el significado de informaciones y comentarios a asociados a nuestro objeto de estudio, la técnica de recolección de la información utilizada fue la discusión grupal conocida como grupo focal.

Al Programa de Medicina Interna General del Departamento de Medicina del Hospital de Clínicas José de San Martín asisten residentes de Clínica Médica y residentes de Medicina General y Familiar de hospitales de la ciudad de Buenos Aires y del interior del país (11 hospitales en total), para cumplir una rotación de tres meses en atención ambulatoria. Se invitó a participar a todos los residentes de una de las rotaciones del año 1999. Para preservar el anonimato sólo se registró el sexo y la especialidad de los participantes. Se realizaron reuniones cuya duración aproximada fue de una hora y media en presencia de dos de los autores, quienes actuaron como moderadores. La discusión fue grabada y luego transcrita por una de las autoras. Otro de los autores, en forma separada, revisó un 10% de la grabación para verificar la fidelidad de la transcripción. De las transcripciones, dos autores (M.A. y R.M.) seleccionaron el *corpus* sobre el

cual se analizarían las construcciones de sentido asociadas al maltrato, los que luego fueron sometidos al análisis grupal. La selección definitiva se obtuvo por el consenso del conjunto de los investigadores.

Se realizaron dos reuniones, a la primera asistieron 8 residentes (5 mujeres y 3 varones) a la segunda 5 (3 varones y 2 mujeres).

El tema que surge con mayor fuerza en el análisis de las entrevistas es el de la violencia como producto de la verticalidad, que coloca al jefe de residentes en una posición de máximo poder y al residente de primer año en un lugar sumamente vulnerable. Según expresan los residentes:

*"...Existe violencia institucional. Los que están metidos adentro no se dan cuenta, pero la padecen todos. En algunos hospitales, todo el trabajo recae sobre el R1 (residente de primer año), todas las guardias, todas las camas y el residente superior lo supervisa pero no controla al paciente y eso genera una visión deformada del equipo de salud y del marco solidario..."*

*"...No es una verticalidad con un fundamento patriarcal o académico, sino que está basada en el preconcepto, casi religioso, que el residente inferior, por definición, se va a equivocar, por estar más abajo. Ante la duda se fuerza la construcción de un error, para que se demuestre que se está equivocado, sistemáticamente. A veces se deforma la realidad con el sólo objeto de que uno cometa el error..."*

La escala jerárquica en la residencia médica tiene una definida relación con el año de ingreso a la misma y en ella también son reconocidos los médicos con mayor experiencia, como los médicos de planta y los jefes de sala. Los residentes de primer año ocupan el último escalón de esta escala y su actividad es supervisada por residentes con uno o dos años más de experiencia. Es en este nivel –jefes de residentes y residentes supervisores– donde se encuentra la mayor prevalencia de maltrato, legitimada por la actitud permisiva de los médicos con mayor experiencia que no condenan estas actitudes, y en oportunidades las ejercen convirtiéndose en modelos a imitar por los médicos en formación<sup>10</sup>.

Los residentes deben incorporar numerosos conocimientos en poco tiempo. Pareciera existir una tradición según la cual la mejor manera de lograr este objetivo es por la fuerza. En base a este mito se ha construido el proceso de enseñanza y como consecuencia de él surge el maltrato.

*"...La causa evidente es que siempre se trató a los residentes así y siempre se formaron bien, yo creo que por eso actúan así. No porque haya una mala intención. Claro, hay una tradición..."*

La adjudicación de tareas como castigo, decisión exclusiva del jefe de residentes, en forma arbitraria y sin reglas que delimiten la magnitud del castigo en relación a la gravedad de la falta, trae como consecuencias la privación de alimento y sueño afectando la capacidad del médico para cumplir adecuadamente las tareas asignadas.

*"...Hasta octubre no se puede bajar al comedor, primero porque no hay tiempo, segundo porque queda feo..."*

*"...Nosotros hemos estado, no sé si cuatro, pero tres días yo he estado sin dormir, de corrido..."*

Las críticas o gritos delante de otros colegas o de los pacientes son percibidos por los residentes como situaciones humillantes.

*"...a este sácamelo de mi sala, yo gente así no quiero, en mi época no éramos así, éramos buenos residentes, si no sirven para nada que no vengan, éste mañana en mi sala no está, ponelo en otra sala y eso delante de todos sus compañeros, pacientes..."*

Esta situación es particularmente perniciosa pues no sólo genera malestar en el residente sino que debilita la confianza del paciente en el médico responsable de su atención.

El residente de primer año debe realizar tareas que exceden las de un médico que cuida con esmero la salud de sus pacientes, entre ellas se encuentra llevar camillas o hacer trámites administrativos. El no cumplir con estas obligaciones es motivo de sanciones y el quejarse por tener que realizarlas es motivo de burla.

*"...Una vez me mandaron al laboratorio, a buscar algo (venía de allí, a 1 cuadra y media), y al quejarme me contestaron: El R1 tiene piernas, no cabeza, no te olvidas..."*

La presente investigación demuestra que los residentes, en el grupo estudiado, refieren haber sido sometidos a situaciones de maltrato durante su formación. Este maltrato estaría originado en la estructura vertical del proceso de aprendizaje del cual participan todos los niveles de la institución. La adjudicación de tareas como castigo y la obligatoriedad de realizar trabajos no médicos son frecuentemente referidos en esta categoría. El maltrato sistemático durante la residencia está presente en diferentes países y culturas. Su origen parece fundarse en el convencimiento que cierto nivel de maltrato forma parte del proceso de aprendizaje y debería considerarse la norma más que la excepción.

Es difícil estimar en qué medida estas experiencias afectan la formación médica. Probablemente un médico que ha completado la parte más importante de su entrenamiento en un ambiente de desigualdad, discriminación y violencia, tendrá dificultades para adquirir las características de humanidad que necesitará para el buen desenvolvimiento de su profesión.

El presente estudio muestra un aspecto de la formación médica hasta ahora no explorado en nuestro medio. En base a estos hallazgos creemos que es necesario realizar estudios cuantitativos que permitan evaluar la magnitud del problema para así poder desarrollar cambios tendientes a solucionarlo.

Raúl Mejía<sup>1</sup>, Andrea Diego<sup>1</sup>, María Alemán<sup>2</sup>, Mónica Petracci<sup>3</sup>, Susana Irigoyen<sup>1</sup>, Enrique Casa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires.

<sup>2</sup> Fundación Propuesta, Lanús y Cátedra de Psicología Evolutiva, Escuela de Obstetricia, Universidad de Buenos Aires.

<sup>3</sup> Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

1. Wynne R, Clarkin N, Cox T, Griffiths A. Guidance on the prevention of violence at work. Brussels: European Commission, 1997.
2. Pizzino A. Report on CUPE's (Canadian Union on Public Employees) National Health and Safety Survey of Aggression Against Staff. Ottawa, 1994.
3. Rosenberg DA, Silver HK. Medical student abuse: An unnecessary and preventable cause of stress. *JAMA* 1984; 251: 739-42.
4. Lois Margaret N. Sexual harassment in Medical Education: A review of literature with comments from the law. *Academic Medicine* 1996; 71: S-113-S118.
5. Lenhart S, Evans C. Sexual harassment and gender discrimination: A primer for women physicians. *JAMWA* 1991; 46: 77-82.
6. Myers M. Abuse of residents: It's time to take action. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1705-66.
7. Baldwin DW, Daugherty S, Eckenfels E. Student perception of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. *West J Med* 1991; 155: 140-5.
8. Komarony M, Bindman A, Haben R, Sande M. Sexual harassment in medical training. *N Engl J Med* 1993; 328: 322-6.
9. van Ineveld C, Cook D, Kane S, King D. Discrimination and abuse in internal medicine residence. *J Gen Intern Med* 1996, 11: 401-5.
10. Burucúa J, Buzzi A, Califano J, Pégola F, Burucúa J (h). Anecdario. *En: El Pabellón de Practicantes del Hospital de Clínicas*. Ed. Asociación ex Practicantes del Hospital de Clínicas, Buenos Aires 1991, pp 287-296.