ARTÍCULO ORIGINAL

Educación médica

EL RESIDENTE: ¿MÉDICO O ESTUDIANTE?

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA
ISSN 2618-4311
Buenos Aires
Larzábal F, Molinero MS, Huerta P y col.
El residente: ¿médico o estudiante?
Rev Arg Med 2018;6(4):218-25

Recibido: 10 de noviembre de 2017.
Aceptado: 30 de agosto de 2018.

[1] Médico residente del Servicio de Clínica Médica de la Clínica Santa Isabel, CABA.
[2] Jefa de Servicio de Clínica Médica de la Clínica Santa Isabel, CABA.
[3] Médica/o de planta del Servicio de Clínica Médica de la Clínica Santa Isabel, CABA.
[4] Jefe de residentes de clínica médica de la Clínica Santa Isabel, CABA.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA
Francisco José Larzábal. Correo electrónico: fjlarzabal@gmail.com

THE RESIDENT: PHYSICIAN OR STUDENT?

Francisco Larzábal,[1] María Susana Molinero,[2] Paola Huerta,[3] Andrés Vilela,[3] Ignacio Roca, [3] Ignacio Tourón[4]

Resumen

Las residencias médicas son un sistema de capacitación de posgrado inmediato, a tiempo completo, con dedicación exclusiva, caracterizado por la capacitación teórica y práctica, con supervisión permanente apuntada a las distintas especialidades médicas. La formación contempla diferentes contenidos entre los que se distinguen aspectos comunes a los distintos campos profesionales y otros propios de cada especialidad. Mediante el relato de los mismos profesionales de la salud se genera la inquietud sobre el conocimiento de la población general con respecto a los residentes, ya que es cotidiana la mala interpretación sobre los roles y los privilegios en el accionar de ellos. Nuestro propósito es establecer el grado de conocimiento de la población general sobre el rol del médico residente y su función dentro de la atención médica. **Objetivos.** Establecer el grado de conocimiento de la población general sobre el rol del médico residente y su función dentro de la atención médica. Determinar porcentaje de población que reconoce al médico residente como efecto positivo en la atención médica. Cuantificar el número de pacientes que se volvería a atender en instituciones que cuenten con sistema de residencias médicas. **Material y métodos. Diseño.** Estudio observacional, prospectivo, cualitativo. **Población de referencia.** Pacientes internados en la sala general de clínica médica de la Clínica Santa Isabel. **Selección de muestra.** Pacientes internados de ambos sexos, mayores de 15 años. Se realizó muestreo consecutivo al momento del egreso sanatorial. **Criterios de inclusión.** Pacientes internados en la sala general de más de 15 años de edad. En caso de no encontrarse en estado de lucidez, se optó por encuestar al familiar presente. Se entrega la encuesta anónima al momento del egreso sanatorial. Los datos se vuelcan en planillas en forma de encuestas anónimas prediseñadas. **Criterios de exclusión.** Se excluyeron pacientes que no completen adecuadamente las encuestas prediseñadas o se negaran a completarla, pacientes que no comprendieran las preguntas realizadas. **Resultados.** La edad media de los encuestados fue de 53 años (DE: 19,5), siendo la edad mínima de 17 años y máxima de 88 años, y la edad más frecuente de 65 años. El 58,6% (DE: 16,9) fueron mujeres. En relación al nivel de instrucción, todas las personas encuestadas eran alfabetizadas, y el 50% de la población había completado el secundario o tenía estudios universitarios incompletos. La máxima escolaridad fue alcanzada sólo por el 3% (posgrado), mientras que sólo el 8% no completó la primaria. (Tabla 1 y Figura 1). El 64,65% (IC del 95%: 54,4-74) de los participantes estuvo internado previamente y la mayoría, 77% entre 59,8 y 80,17%, en los últimos 5 años (Tabla 1 y Figura 2). El 58% (IC del 95%: 47,3-67,7) de los pacientes tenía médico de cabecera, de los cuales la gran mayoría (58%) estaba representado por un médico clínico; el 8%, por un cardiólogo, y el 5%, por un diabetólogo. El 26% de los pacientes consideraba como médico de cabecera a más de un profesional (Tabla 3 y Figura 3). La estancia media de internación fue de 2 días (DE: 0,94), con un mínimo de 1 día y un máximo de 4 días. El 69% de los encuestados consideraba que los médicos tratantes tenían diferentes funciones en su atención (IC del 95%: 59-78), mientras que había un 12% que desconocía las funciones de los médicos tratantes (Figura 4). El médico residente fue reconocido como médico en el 70% de los casos (IC del 95%: 60-78,8), mientras que un 15% refirió no conocer si el residente era médico. Un 40% (IC del 95%: 29,4-49,3) afirmó que el residente era un estudiante, pero cerca del 30% desconocía si lo era (Tablas 4, 5 y 6; Figuras 5, 6 y 7). Sólo el 8% (IC del 95%: 3,52-15,16) consideró al residente como especialista, pero más de la mitad de los participantes (52%; IC del 95%: 41,78-72,10)

no supo contestar si el residente era especialista. El 34% de los participantes (IC del 95%: 24,82-44,15) consideró que los residentes intervenían en las decisiones médicas. Sin embargo, porcentajes similares se distribuyeron en la respuesta en que no participaban o desconocían su participación (Tabla 7). El grado de satisfacción medio fue favorable: 8,9 (DE: 1,74). De todos los pacientes que estuvieron internados, el 91,92% (IC del 95%: 84,7-96,4) volvería a internarse en una institución con sistema de residencia; el 6,06% (IC del 95%: 2,26-12,73) no lo volvería a hacer, y el 2,02% (IC del 95%: 0,25-7,11) no sabe (Tabla y Figura 8). **Conclusiones.** Luego de haber analizado el resultado de las encuestas, pudimos establecer que, si bien partimos de una premisa de que la población general desconocía la figura del *residente*, la gran mayoría de los encuestados lo identificaron como médico. De todas maneras, es evidente una dificultad para poder establecer con claridad el rol de los residentes y su papel a la hora de intervenir en las conductas terapéuticas de la población en cuestión. El nivel de "reconocimiento" establecido sugiere de alguna manera una aceptación de este sistema de residentes y demostrado más aún por la amplia satisfacción a la hora de calificar el nivel de atención y las intenciones de los pacientes de volver a ser atendidos por el mismo sistema si fuera necesario. Por otra parte, este nivel de reconocimiento previamente establecido parece tener un vínculo con un amplio grado de alfabetización y los días de internación de la población encuestada y, a su vez, presentaron mayor conocimiento aquellos que manifestaron tener médicos de cabecera (en su mayoría especialistas en clínica).

Palabras clave. Residencias, posgrado, percepción de pacientes.

Abstract

Medical residences are an immediate, full-time, full-time postgraduate training system, characterized by theoretical and practical training, with permanent supervision aimed at reviewing the different medical specialties. The training contemplates different contents among which are aspects common to the different professional fields and others specific to each specialty. By popular knowledge from the health professionals themselves, there is concern about the grasp of the general population regarding the residents, since misunderstanding about the roles and privileges in their actions is usual every day. Our main goal is to establish the degree of knowledge of the general population about the role of the resident physician and their role in medical care. ***Objectives.*** *To establish the degree of knowledge of the general population about the role of the resident physician and their role in medical care. To determine the percentage of the population that recognizes the resident physician as a positive effect in medical care. To quantify the number of patients that would be re-attended by choice in institutions that have a medical residency system.* ***Material and methods. Design.*** *Observational, prospective, qualitative study. Reference population: Patients admitted to the general hospital room of Clínica Santa Isabel. Sample selection: Inpatients of both sexes, over 15 years of age. Consecutive sampling was carried out at the time of discharge from the sanatorium. Inclusion criteria: Patients admitted to a general ward over 15 years of age. In case of not being in a state of lucidity, it was decided to survey the present family member. The anonymous survey is delivered at the time of the sanitary discharge. The data is dumped into forms in the form of predesigned anonymous surveys. Exclusion criteria: Patients who did not complete the predesigned surveys or refused to complete them, and patients who did not understand the questions asked were excluded.* ***Results.*** *The average age of the respondents was 53 years (SD: 19.5), with a minimum age of 17 years and a maximum age of 88 years, and the most frequent age of 65 years. 58.6% (SD: 16.9) were women. Regarding the level of education, all the people surveyed were literate, and 50% of the population had completed secondary school or had incomplete university studies. The maximum schooling was reached only by 3% (postgraduate), while only 8% did not complete primary school. (Table 1 and Figure 1). 64.65% (95% CI: 54.4-74) of the participants were previously hospitalized and the majority, 77% (between 59.8 and 80.17%) in the last 5 years (Table 2 and Figure 2). 58% (95% CI: 47.3-67.7) of the patients had a GP, of which the vast majority (58%) was represented by a clinician, 8% by a cardiologist and 5% by a diabetologist. 26% of patients considered more than one professional as a GP (Table 3 and Figure 3). The average hospital stay was 2 days (SD: 0.94), with a minimum of 1 day and a maximum of 4 days. 69% of the respondents considered that treating physicians had different functions in their care (95% CI: 59-78), while 12% did not know the functions of the treating physicians (Figure 4). The resident doctor was recognized as a physycian in 70% of the cases (95% CI: 60-78.8), while 15% reported not knowing if the resident was a doctor. 40% (95% CI: 29.4-49.3) stated that the resident was a student, but about 30% did not know*

if that was the case (Tables 4, 5 and 6; Figures 5, 6 and 7). Only 8% (95% CI: 3.52-15.16) considered the resident as a specialist, but more than half the participants (52%; 95% CI: 41.78-72.10) could not answer if the resident was a specialist. 34% of the participants (95% CI: 24.82-44.15) considered that the residents intervened in medical decisions. However, similar percentages were distributed in the response in which they did not participate or were unaware of their participation (Table 7). The degree of average satisfaction was favorable: 8.9 (SD: 1.74). Of all the patients who were hospitalized, 91.92% (95% CI: 84.7-96.4) would be admitted to an institution with a residence system; 6.06% (95% CI: 2.26-12.73) would not do it again, and 2.02% (95% CI: 0.25-7.11) do not know (Table 8 and Figure 8).

Conclusions. *After analyzing the results of the surveys, we were able to establish that, although we started from a premise that the general population did not know the resident's figure, the vast majority of the respondents identified them as physicians. Anyway, there is an evident difficulty to clearly establish the role of the resident and their role when intervening in the therapeutic behaviors of the population studied. The level of "recognition" established suggests some acceptance towards this system of residents, demonstrated even further by the wide satisfaction at the time of qualifying the level of attention, and their intentions of being assisted by the same system if it were necessary. On the other hand, this level of recognition previously established seems to be connected with a broad degree of literacy and the days of hospitalization, and in turn, those who manifested having family doctors (most of them specialists in clinic) were more aware of residents.*

Key words. *Residences, postgraduate education, patients' perception.*

Introducción

El primer programa de formación de residencia en el mundo fue establecido por William Osler y William Stewart Halstead en el Johns Hopkins Hospital en 1889. Sus fundamentos, vigentes hasta la actualidad, eran que la educación médica se debe centrar en los pacientes y que el aprendizaje se alcanza con más éxito en un ambiente de colaboración grupal entre médicos en formación y los expertos del hospital.

En nuestro país, el origen se ubica en el año 1944, con la creación de la primera residencia por parte del Dr. Tiburcio Padilla, profesor titular y director del instituto de semiología del Hospital de Clínicas José de San Martín.

En 1958, el centro de educación médica e investigaciones clínicas (CEMIC), creado por Norberto Quirno, inició un programa para médicos residentes que funcionó en el Hospital Bernardino Rivadavia. El mismo año, la Asociación Médica Argentina (AMA) organizó las primeras jornadas sobre residencias hospitalarias. Se propuso la creación de una entidad que se ocuparía del tema en forma permanente: el Subcomité de Educación Médica de la AMA.

Distintos estudios retrospectivos señalan la existencia de grandes etapas en la evolución de la residencia como sistema de formación. Cada una de ellas se distingue por ciertas tendencias y rasgos comunes. De manera esquemática, se identifica una primera etapa asociada a las denominadas "protorresidencias", surgidas en estrecha conexión con centros universitarios y asistenciales de excelencia. En la segunda etapa, que se desarrolla hasta fines de la década de 1950, el sistema adquiere sus rasgos definitorios. Es en este momento cuando la residencia se extiende y se instala como el "mejor sistema de formación de posgrado" y como modelo para la formación de especialistas.

En las décadas de 1960 y 1970 se produjo una consolidación del sistema y la definición de marcos normativos que aumentan los niveles de formalización vigentes. Durante los años ochenta, la oferta de residencias se amplió: se incorporaron grupos de profesionales hasta ese momento ajenos al sistema. En los años noventa se observó poco crecimiento del sistema, asociado a los requerimientos de centros privados y con poca intervención del Estado.

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

Los relatos sobre las primeras experiencias de incorporación de residentes a los servicios destacan los beneficios de la ampliación de la cobertura asistencial a 24 horas, la

posibilidad de realizar un mayor seguimiento y control de tratamientos a cargo de profesionales capacitados y la contribución que realizaban los residentes en el registro y documentación de distintos casos.
Como culminación de este proceso de institucionalización, en 1979 se sancionó la Ley Nº 22.127 que establece por primera vez bajo un marco legal el reconocimiento de los programas de residencias y su aceptación como sistema nacional de capacitación.
Es en la década de 1980 cuando comenzó la verdadera diversificación de la oferta de formación de residencias, incluyendo distintas disciplinas y especialidades, entre las que se distingue una primera línea de crecimiento entre las especialidades médicas y una segunda línea que comprendió otras disciplinas del rubro de la salud.
La modificación de la legislación en los años noventa reconoció la residencia completa como una de las formas de acceso al certificado de especialista, lo que generó un importante incremento no planificado en el número de residencias, de especialidades y subespecialidades asociado a una lógica impuesta por el mercado, ligado al sector privado y a centros asistenciales de corta trayectoria.
Hacia el año 2000 se instaló una nueva configuración en la que el Estado recuperó su función de rectoría. El Ministerio de Salud de la Nación impulsó la estrategia de APS como estrategia privilegiada de acción en salud y decidió redireccionar los cupos de residencias nacionales, promoviendo las especialidades básicas que sustentan la APS en el primer nivel de atención (medicina general y/o familiar, pediatría y tocoginecología), las de área crítica por la baja oferta de formación y la escasez de profesionales (terapia intensiva de adultos y pediátrica, anestesiología, neonatología), y las interdisciplinarias de salud mental.
En resumen, este sistema de formación lleva más de cinco décadas en nuestro país con evidentes beneficios en la atención médica; sin embargo, no es clara la información que posee la población general acerca de la función de los médicos residentes. Es probable que los mismos asocien al residente con un estudiante en etapa formativa que realiza sus prácticas bajo supervisión de un médico tratante, lo cual deja al paciente como objeto de estudio de personal "no calificado".
Pocas veces los residentes son considerados como médicos que forman parte en la toma de decisiones sobre las conductas terapéuticas o diagnósticas de los pacientes, sino que son un sencillo ejecutor de la disposición del médico a cargo. Inclusive entre colegas formados, existe el prejuicio de que el residente sigue siendo un estudiante avanzado.
Nuestra hipótesis es que la población generalmente considera al residente como un integrante no médico, en etapa formativa, del equipo de salud.
Nuestro propósito es determinar qué rol ocupa el residente según la percepción de la población encuestada.

Objetivos

Establecer el grado de conocimiento de la población general sobre el rol del médico residente y su función dentro de la atención médica. Determinar porcentaje de población que reconoce al médico residente como efecto positivo en la atención médica. Cuantificar el número de pacientes que se volvería a atender en instituciones que cuenten con sistema de residencias médicas.

Material y métodos

Análisis estadístico

Las medidas de resumen se expresan según lo determina la distribución de cada variable.
Las variables categóricas se expresan en proporciones con sus intervalos de confianza del 95%.
Se describe la prevalencia de los casos con su intervalo de confianza del 95%. La prevalencia específica por sexo se describe por método directo.
Se utilizó EPIINFO® como programa estadístico. Se consideró significativa la probabilidad de error alfa al 5%.

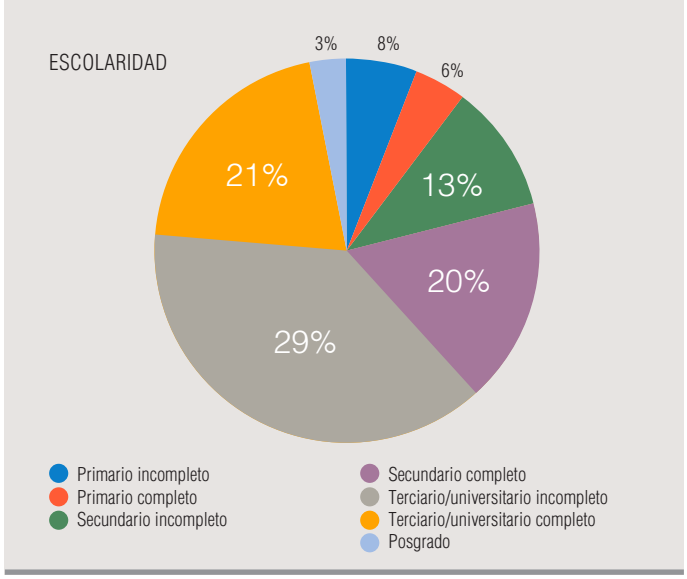

Figura 1.

TABLA 1. GRADO DE ESCOLARIDAD

Escolaridad	Media	Intervalo de confianza
Primario incompleto	8	3,52-15,16
Primario completo	6	2,23-12,6
Secundario incompleto	13	7,11-21,20
Secundario completo	20	12,7-29,2
Universitario incompleto	29	20,36-38,93
Universitario completo	21	13,5-30,3
Posgrado	3	0,62-8,52

Resultados

La edad media de los encuestados fue de 53 años (DE: 19,5), con una edad mínima de 17 años y una máxima de 88 años, y la edad más frecuente de 65 años.
El 58,6% (DE: 16,9) fueron mujeres.
En relación al nivel de instrucción, todas las personas encuestadas eran alfabetizadas, y el 50% de la población había completado el secundario o tenía estudios universitarios incompletos. La máxima escolaridad fue alcanzada sólo por el 3% (posgrado), mientras que sólo el 8% no completó la primaria (Tabla y Figura 1).
El 64,65% (IC; 54,4-74) de los participantes estuvo internado previamente y la mayoría, 77%, entre 59,8 y 80,17%, en los últimos 5 años (Tabla y Figura 2).
El 58% (IC: 47,3-67,7) de los pacientes tenía médico de cabecera; la gran mayoría (58%) representado por un médico clínico, el 8%, por un cardiólogo y el 5%, por un diabetólogo. El 26% de los pacientes consideraba como médico de cabecera a más de un profesional (Tabla y Figura 3).
La estancia media de internación fue de 2 días (DE: 0,94), con un mínimo de 1 día y un máximo de 4 días.
El 69% de los encuestados consideraba que los médicos tratantes tenían diferentes funciones en su atención (IC del 95%: 59-78), mientras que había un 12% que desconocía las funciones de los médicos tratantes (Figura 4).

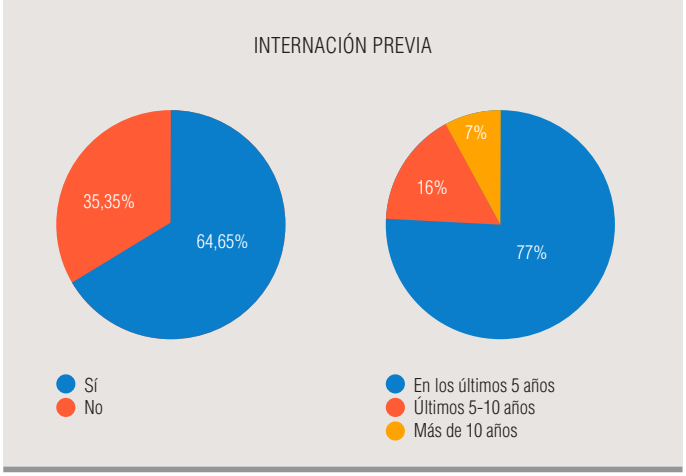

Figura 2.

TABLA 2. INTERNACIONES PREVIAS

Internación	Media	Intervalo de confianza
En los últimos 5 años	77	59,87-80,12
Entre 5 y 10 años	16	14,9-17,62
Más de 10 años	7	4,10-9,93

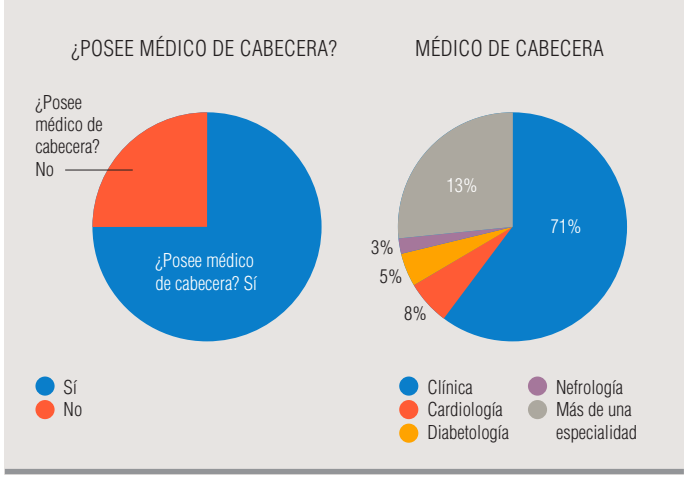

Figura 3.

TABLA 3. MÉDICO DE CABECERA: ESPECIALIDADES

Especialidad	Media	Intervalo de confianza
Clínica médica	57,13	47,3-67,7
Cardiología	8	3,52-15,16
Diabetología	5	1,64-11,28
Nefrología	3	0,62-8,12
Más de una especialidad	26,27	19,57-30,1

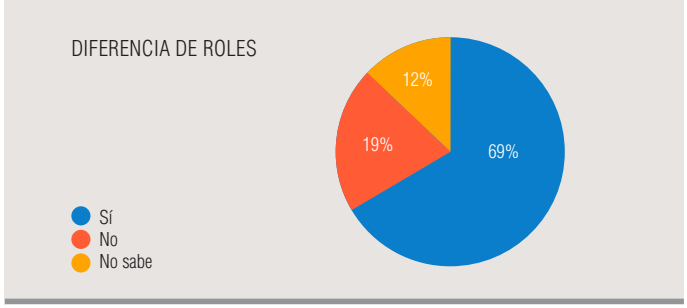

Figura 4.

TABLA 4. EL RESIDENTE ES RECONOCIDO COMO MÉDICO

Reconocimiento	Media	Intervalo de confianza
Sí	70	60-78,8
No	15	8,65-23,53
No sabe	15	8,65-23,53

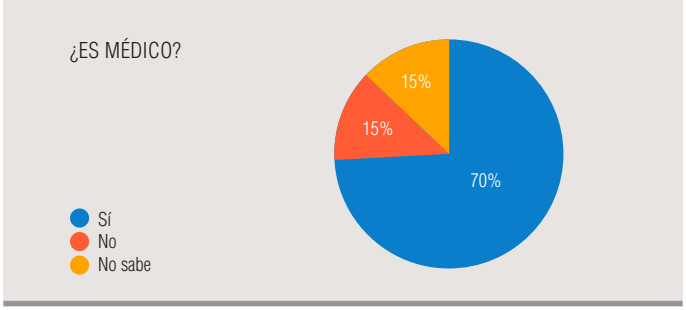

Figura 5.

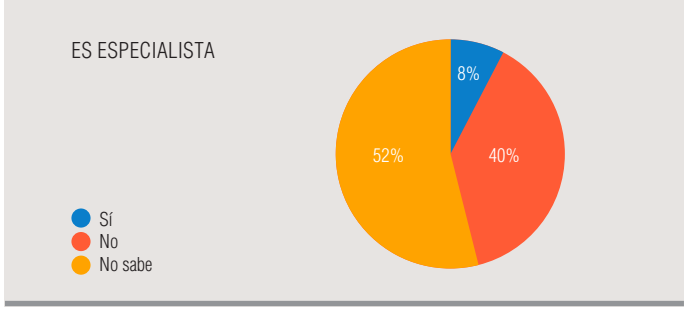

Figura 7.

TABLA 5. ES RECONOCIDO COMO ESTUDIANTE

Reconocimiento	Media	Intervalo de confianza
Sí	39	29,4-49,3
No	33	23,92-43,12
No sabe	28	19,48-37,9

TABLA 7. INTERVENCIÓN EN DECISIONES MÉDICAS

Reconocimiento	Media	Intervalo de confianza
Sí interviene	34	24,82-44,15
No interviene	33	23,92-43,12
No sabe/no contesta	33	23,92-43,12

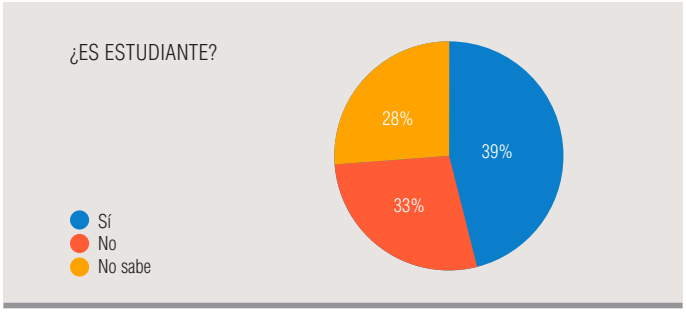

Figura 6.

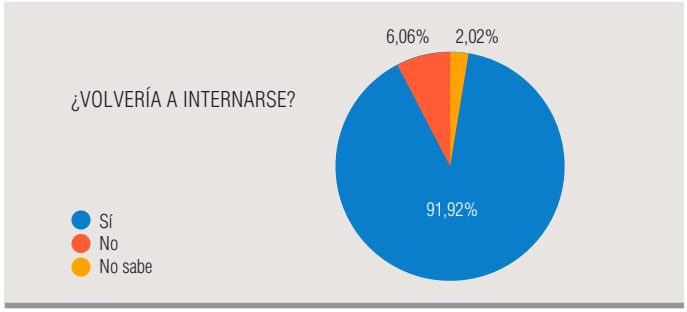

Figura 8.

TABLA 6. ES RECONOCIDO COMO ESPECIALISTA

Reconocimiento	Media	Intervalo de confianza
Sí	8	3,52-15,16
No	40	30,33-50,3
No sabe	52	41,78-62,10

TABLA 8. VOLVERÍA A INTERNARSE EN UNA INSTITUCIÓN CON SISTEMA DE RESIDENCIA

Volvería a internarse	Media	Intervalo de confianza
Sí	91,92	84,7-86,4
No	6,06	2,26-12,73
No sabe	2,02	0,25-7,11

El médico residente fue reconocido como médico en el 70% de los casos (IC del 95%: 60-78,8), mientras que un 15% refirió no saber si el residente era médico. Un 40% (IC: 29,4-49,3) afirmó que el residente era un estudiante, pero cerca del 30% desconocía si lo era (Tablas 4, 5 y 6; Figuras 5, 6 y 7).

Sólo el 8% (IC del 95%: 3,52-15,16) consideró al residente como especialista, pero más de la mitad de los participantes (52%; IC del 95%: 41,78-72,10) no supo contestar si el residente era especialista.

El 34% de los participantes (IC: 24,82-44,15) consideró que los residentes intervenían en las decisiones médicas. Sin embargo, porcentajes similares se distribuyeron en la respuesta en que no participaban o desconocían su participación (Tabla 7).

La media del grado de satisfacción fue favorable: 8,9 (DE: 1,74).

De todos los pacientes que estuvieron internados, el 91,92% (IC del 95%: 84,7-96,4) volvería a internarse en una institución con sistema de residencia; el 6,06% (IC del 95%: 2,26-12,73) no lo volvería a hacer, y el 2,02% (IC del 95%: 0,25-7,11) no sabe (Tabla y Figura 8).

TABLA 9. ENCUESTA

Cuestionario para residentes de las clínicas

Buenos días/tardes/noches. Estamos realizando un estudio sobre los residentes de las clínicas y nos interesa conocer su opinión. Completar el cuestionario le llevará menos de 5 minutos y es de carácter anónimo. Los datos que brinden serán totalmente confidenciales y sólo serán utilizados con fines estadísticos.

¡Muchas gracias por su colaboración!

(Por favor, no dejar preguntas sin responder)

P1. De acuerdo con lo que usted conoce o tiene referencias, cree que un residente:

	Sí	No	No sabe
1. ¿Es estudiante?	☐	☐	☐
2. ¿Es médico?	☐	☐	☐
3. ¿Es especialista?	☐	☐	☐
4. ¿Interviene en decisiones médicas? (Con decisiones médicas nos referimos a la elección de los estudios y tratamientos complementarios a realizar con los pacientes, decisión de egreso sanatorial, etc.)	☐	☐	☐

P2. ¿Usted cree que en el equipo médico tratante hay diferencia de roles?

Sí	No	Ns/Nc
☐	☐	☐

P3. Teniendo en cuenta una escala del 1 al 10; donde 10 es Definitivamente SÍ y 1 es Definitivamente No, ¿en qué medida volvería a internarse en una institución con sistema de residencia?

1. Definitivamente No volvería a internarme en una institución con sistema de residencia.	2	3	4	5	6	7	8	9	**10.** Definitivamente SÍ volvería a internarme en una institución con sistema de residencia.

P4. Pensando globalmente en la atención que recibió en la Clínica y considerando una escala del 1 al 10, donde 10 es Totalmente satisfecho y 1 Totalmente insatisfecho, ¿cuál es su grado de satisfacción con la atención médica de la Clínica Santa Isabel?

1. Totalmente insatisfecho	2	3	4	5	6	7	8	9	**10.** Totalmente satisfecho

P5. Por último, ¿quisiera dejar alguna sugerencia o comentarios respecto de la atención médica del residente que lo atendió?

P6. Para finalizar, le solicitamos los siguientes datos, sólo con fines estadísticos:

1. Edad

2. Estudios

- ☐ Primario incompleto
- ☐ Primario completo
- ☐ Secundario incompleto
- ☐ Secundario completo
- ☐ Terciario/Universitario incompleto
- ☐ Terciario/Universitario completo
- ☐ Posgrado

3. ¿Posee médico de cabecera?

- ☐ Sí
- ☐ No

4. SÓLO si posee médico de cabecera, ¿cuál es la especialidad de su médico de cabecera? (RESPUESTA MÚLTIPLE)

- ☐ Clínica médica
- ☐ Cardiología
- ☐ Nefrología
- ☐ Diabetología

5. ¿Cuántos días permaneció internado en la clínica?

- ☐ Entre 1 y 3 días
- ☐ De 4 a 7 días
- ☐ Entre 8 y 30 días
- ☐ Más de 30 días

6. ¿Estuvo internado alguna vez previamente?

- ☐ Sí
- ☐ No

7. SÓLO si estuvo internado previamente, ¿hace cuánto tiempo estuvo internado?

- ☐ En los últimos 5 años
- ☐ Entre 5 y 10 años
- ☐ Más de 10 años

¡Muchas gracias por participar!

Discusión

Habiendo transcurrido ya más de cinco décadas desde el comienzo de este "nuevo" sistema de educación superior, es llamativo que a pesar de presentar un gran impacto en lo que respecta a las áreas de salud tanto en el ámbito público como el privado, siga siendo una realidad que permanece sin esclarecerse para la población general.

En el ámbito privado no es claro si la calidad de residente tiene un estigma social beneficioso, por lo cual podría ser uno de los motivos para permanecer en la incertidumbre. No es extraño para los profesionales en formación percibir esta falta de conocimiento por parte de la población atendida, lo que genera falsas expectativas o idealizaciones equívocas de la figura del residente.

De este modo surgen interrogantes sobre la aceptación social de la figura del residente y si pudiesen existir mejores alternativas para la formación superior de los profesionales de la salud.

¿Sería posible que ante un reconocimiento más manifiesto hubiera mejoras en las condiciones y herramientas para la formación de los residentes?

Lograr objetivar el grado de conocimiento podría ser una herramienta para una aprobación aún más explícita y el camino a una mejora en la formación de nuestros futuros profesionales.

Conclusiones

Luego de haber analizado el resultado de las encuestas, pudimos establecer que si bien partimos de una premisa de que la población general desconocía la figura del *residente*, la gran mayoría de los encuestados los identificaron como médicos. De todas maneras, es evidente que existe una dificultad para poder establecer con claridad el rol de los residentes y su papel a la hora de intervenir en las conductas terapéuticas de la población en cuestión.

El nivel de "reconocimiento" establecido sugiere de alguna manera una aceptación de este sistema de residentes, demostrado aún más por la amplia satisfacción a la hora de calificar el nivel de atención y las intenciones de los pacientes de volver a ser atendidos por el mismo sistema si fuera necesario.

Por otra parte, este nivel de reconocimiento previamente establecido parece tener un vínculo con un amplio grado de alfabetización y los días de internación de la población encuestada y, a su vez, presentaron mayor conocimiento aquellos que manifestaron tener médicos de cabecera (en su mayoría especialistas en clínica). RAM

Referencias bibliográficas

1. Tauro N. La educación superior en salud. *Un abordaje desde los marcos normativos*.1ª. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. delhospital ediciones. 2015.
2. Residencias del equipo de salud, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. 2011.