

Relato Oficial

Año 2023 | Suplemento

93° Congreso Argentino de Cirugía

Situación laboral y económica del cirujano argentino del nuevo milenio

Adelina Coturel¹
Ezequiel M. Palmisano²

Colaboradores

Mariano Blanco
Roberto Klappenbach
Matías Quesada

- 1 Miembro Titular de la Asociación Argentina de Cirugía (AAC)
Ex-Coordinadora de la Comisión de Cirujanos Jóvenes (AAC)
Docente Adscripta de la Facultad de Medicina (UBA)
Especialista en Cirugía General (UBA)
Especialista en Cirugía Bariátrica y Metabólica (UBA)
Jefa de Sala de Cirugía General y Cirujana del Equipo de Cirugía Esófago-Gástrica y Bariátrica del Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario de Esteban Echeverría.
Cirujana de Planta e Instructora de Residentes de Cirugía General - HZGA Dr. Alberto Balestrini
- 2 Miembro Titular de la Asociación Argentina de Cirugía (AAC)
Coordinador del Departamento de Prensa, Difusión y Marketing (AAC).
Ex-Coordinador de la Comisión de Cirujanos Jóvenes (AAC)
Co-Director de la Carrera de Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica (IUNIR)
Profesor a cargo (por concurso) Procedimientos Quirúrgicos I Carrera de Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica (IUNIR)
Profesor a cargo (por concurso) Bioinformática I Carrera de Odontología (IUNIR)
Profesor a cargo Tecnología e Innovaciones Tecnológicas en el área quirúrgica Carrera de Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica (IUNIR)
Profesor adjunto Cibernética Médica y Bioestadística Carrera de Medicina (IUNIR)
Especialista en Cirugía General (UNR)

Índice

Situación laboral y económica del cirujano argentino del nuevo milenio

13	Prólogo de los autores
15	Introducción
16	Material y métodos
18	Resultados
18	Resultados de la encuesta cursada a los Capítulos de la AAC
20	Resultados de la encuesta de estructuras
22	Resultados de la encuesta a los Cirujanos/as Jóvenes, egresados entre 2015 y 2020
28	Discusión
28	El contexto económico
30	La situación laboral de nuestra práctica profesional
32	Los cirujanos jóvenes y la actividad societaria y/o gremial
33	Nomenclador de prácticas quirúrgicas
35	El mercado laboral
37	Especialidad y Subespecialidades:
37	Residencias de Cirugía General.
39	Residencias posbásicas y fellowships
42	Desarrollo personal
43	Condiciones y medioambiente de trabajo
44	Desigualdad de género en el ámbito quirúrgico
47	Explotación laboral
48	Acoso laboral
20	Acoso sexual
52	Síndrome de burnout
53	Comentarios finales
54	Referencias bibliográficas

Prólogo de los Autores

*Acércate sólo un instante
Escúchame si lo quieres hacer
Ataque 77 - Donde las águilas se atreven*

Este Relato comienza antes, incluso, de que presentemos su anteproyecto. Comienza cuando fuimos seleccionados como Coordinadores de la Comisión de Cirujanos Jóvenes a finales del año 2019, una comisión que se encontraba con poca actividad y de la cual nos asignaron la difícil tarea de encontrarle un propósito.

No tenía sentido que habláramos de aspectos técnicos de la práctica quirúrgica, ya que estos temas eran abordados por otros Comités y Comisiones de la Asociación. Rápidamente nos dimos cuenta de que los cirujanos jóvenes eran un grupo con problemas específicos de los primeros años de inserción laboral y que se sentían excluidos de la Asociación Argentina de Cirugía (AAC).

Durante los tres años que coordinamos dicha Comisión intentamos identificar quiénes eran esos cirujanos, cuáles eran sus problemáticas y sus necesidades. Además, tratamos de acompañarlos proponiendo charlas que aportaran sobre el ejercicio de la cirugía.

Cuando se propuso el tema “Situación laboral y económica del cirujano argentino del nuevo milenio”, entendimos que ellos eran los mismos cirujanos jóvenes que nosotros representamos y, por eso, no dudamos en postularnos. Esta era la oportunidad ideal para visibilizar la problemática de este grupo. Agradecemos a la Asociación Argentina de Cirugía por darnos la oportunidad de presentar un anteproyecto para este Relato, y a todos los cirujanos que lo votaron. Esperamos que esté a la altura de sus expectativas.

También, a todos aquellos que integraron la Comisión de Cirujanos Jóvenes durante los años 2020, 2021 y 2022, en especial a Nancy Gutiérrez, Natalia Gómez, Manuel García y Mariano Blanco.

A Enrique Ortiz, Luis Sarotto, José Luis Tortosa y Daniel Pirchi, por sus aportes desde la Asociación.

A los Presidentes de los Capítulos, que aportaron datos de sus regiones. A los cirujanos de Bariloche, Patricio Gómez Constenla y Mariano Sobrino, que se interesaron profundamente en el tema e hicieron aportes desde su experiencia en lo gremial. Y, especialmente, a todos los cirujanos que respondieron a las encuestas.

¡Muchas gracias!

Agradecimientos de Adelina Coturel

La inserción laboral y académica de las mujeres cirujanas es particularmente difícil y yo no podría haberlo hecho si no fuera porque varios hombres apoyaron mi camino. Principalmente Matías Quesada, mi mentor, para el cual no me alcanzan las palabras de agradecimiento. Vicente Mitidieri, que durante la Carrera de Grado me transmitió su pasión por la cirugía. Hernán Roff, que me formó en cirugía laparoscópica avanzada. Carlos Canullán, que me enseñó sobre el compromiso con el paciente. Juan Álvarez Rodríguez y Roberto Klappenbach, que me estimularon a participar en las Sociedades Científicas. Rodrigo García y Federico Yazzi, mis Jefes de Residentes, que me acompañan día a día en mi desarrollo profesional.

También a Ezequiel Palmisano, mi co-relator, con el que trabajamos muy arduo los últimos años. Las instituciones también hacen a las personas, por lo que quiero agradecer al Hospital Argerich, lugar donde me formé y del que siempre voy a llevar su marca. Al Hospital Balestrini, que fue mi sustento económico para poder realizar la subespecialidad y, particularmente, a los Residentes de Cirugía de ese hospital, con los cuales estamos haciendo escuela. Por último, al Hospital del Bicentenario, lugar donde estoy orgullosa de desempeñarme actualmente.

En lo personal, quiero dedicar este escrito a la memoria de mi padre, Héctor Coturel, que fue Doctor en Economía y que durante los pocos años que pude compartir con él me estimuló a pensar, aprender y me enseñó que no había límites para lograr mis sueños.

Le agradezco también a mi madre, Mónica, que es mi ejemplo para seguir en la medicina y, además, colaboró en la recolección de datos para este relato. A mis hermanos, a mis tíos y a mi sobrina Guillermina por acompañarme siempre en todos mis proyectos.

También a mis amigos, que saben que son mi familia por elección.

A todos ellos: ¡Gracias... Totales!

Agradecimientos de Ezequiel M. Palmisano

Es muy difícil poder expresar en unas pocas líneas mi agradecimiento a todos aquellos que han contribuido a mi formación profesional. Es innegable el estímulo que ha generado en mí por la cirugía el Dr. Juan de la Cruz Diez, quien –cuando yo era estudiante del segundo año de la Carrera de Medicina– me abrió las puertas como Becario del Instituto de Cirugía Experimental Prof. Dr. Juan José Boretti. Allí conocí a otro gran inspirador, el Dr. Eduardo Oscar Bobrovsky, quien siempre me estimuló en el desarrollo de ideas innovadoras y al Dr. Juan Miguel Acosta, quien me hizo entender la importancia de la investigación en nuestro desarrollo profesional.

A la Universidad Nacional de Rosario por darme la oportunidad de ser Médico.

Al Servicio de Cirugía General y a todo el personal del Hospital Escuela Eva Perón de la ciudad de Granadero Baigorria, donde fui residente y Jefe de Residentes; a todos ellos gracias por sus enseñanzas.

Al Hospital Español de Rosario, el que me abrió sus puertas tras finalizar la residencia y permitió mi desarrollo en Cirugía de Pared Abdominal.

Al Dr. Marcelo Ioverno, por su apoyo incondicional. Gracias por estar siempre.

Al Dr. Mariano Blanco, por estimular mi retorno a la docencia y al Dr. Mario Alberto Secchi, por darme la oportunidad de sumarme al plantel docente del Instituto Universitario Italiano de Rosario.

A mis pacientes por elegirme y por quienes lo doy todo.

A mis amigos por estar siempre.

A quienes confiaron en mí y a los que no también, de todos he aprendido muchísimo.

Les agradezco a mis padres Delia y Oscar, a mi hermana Alejandra; sin ellos nada hubiese sido posible.

A Laura, Gregorio y Salvador, por el apoyo incondicional aun en mis ausencias.

Finalmente, a la Dra. Adelina Coturel, sin cuya dedicación no hubiese sido posible este Relato.

Introducción

El título de este Relato Oficial: "La situación laboral y económica del cirujano argentino del nuevo milenio", abarca una problemática muy amplia, con diferentes escenarios que varían de acuerdo con la geografía, especialización, edad e incluso género.

El "nuevo milenio" fue el término utilizado en la década de 1990 para describir la llegada del siglo XXI y el tercer milenio, y puede emplearse para describir la época actual¹.

Un milenio es equivalente a un periodo de mil años², por lo que resulta evidente que es imposible caracterizar a todos los cirujanos que transitan en él.

El mayor volumen de cirujanos que ejercen la especialidad actualmente, incluyendo los que se encuentran en formación, pertenecen a la generación conocida como "Millennials". Ellos coinciden con la definición de cirujano joven de la Asociación Argentina de Cirugía, que incluye a todos aquellos egresados de las residencias de Cirugía General menores de 40 años, por lo que definiremos a los cirujanos del nuevo milenio como "los cirujanos jóvenes" (CJ).

Esta generación busca lograr un equilibrio entre el trabajo y la vida personal³. Además, la familia y la calidad de vida son sus prioridades, e influyen en la elección de su carrera y sus trabajos⁴. Sabemos que los CJ son, casi en partes iguales, hombres y mujeres. La mayoría de ellos realizan una subespecialización luego de su Residencia de Cirugía, por lo cual su período formativo se extiende entre 6 y 8 años después de haber obtenido su título de grado.

Desde lo laboral, el pluriempleo es frecuente, y, desde el punto de vista económico, la mayoría no está satisfecho con la remuneración recibida en relación con la carga laboral realizada⁵.

El pluriempleo puede obedecer a muchas causas, pero no hay duda de que las distintas crisis económicas que ha atravesado la Argentina y que han afectado a toda la medicina en su conjunto, desempeñan un papel central. Este problema comienza en etapas

tempranas de la vida del CJ, cuando él mismo decide realizar una subespecialización, muchas veces bajo la modalidad de "Fellowships" no rentados, lo que lo obliga a realizar una actividad laboral paralela a la formativa para poder obtener ingresos mínimos.

Una consecuencia casi inmediata del pluriempleo en la etapa formativa es el desafío que representa para los CJ poder formar una familia y participar en la crianza de los hijos, ya que es coincidente con la etapa durante la cual están realizando la subespecialización o encaminando los primeros años de inserción laboral posterior a la residencia.

Sumado a este problema, las Condiciones y Medioambiente de Trabajo (CyMAT) distan mucho de ser las mejores, lo que ha generado una verdadera crisis en nuestra práctica profesional, reflejada en los reclamos permanentes de los últimos años, como los realizados por empleo en blanco, descanso posterior a la guardia y violencia contra médicos, entre otros.

La solución "clásica" a los problemas laborales y económicos de las diferentes actividades y profesiones es la actividad gremial. Pero hemos visualizado desde nuestra actividad como Coordinadores de la Comisión de Cirujanos Jóvenes de la Asociación Argentina de Cirugía (AAC), que este grupo no se involucra de forma activa en ese tema, por lo que describir la actividad gremial no fue un objetivo central para el desarrollo de este Relato.

Sin embargo, eso nos motivó a plantear, entre otros interrogantes, por qué hay muchos egresados de las Residencias de cirugía que abandonan la especialidad y, por qué aquellos que continúan no participan en ese tipo de actividades.

El objetivo principal de este Relato es analizar los factores que determinan la situación laboral y económica de los CJ de la Argentina.

El objetivo secundario es generar evidencia sobre la situación económica actual de los cirujanos y sobre la oferta de carreras de subespecialización.

Material y métodos

Se realizó un estudio de métodos mixtos que consistió en una revisión bibliográfica panorámica y un estudio cualitativo mediante encuestas a CJ.

Búsqueda bibliográfica

La revisión bibliográfica incluyó una búsqueda en PubMed y LILACS, utilizando los términos (“satisfacción laboral” o “carga de trabajo” o “*burnout*” o “estrés” o “acoso laboral” o “discriminación de género” o “acoso sexual” y “cirujanos”) con foco en estudios de la Argentina.

Utilizamos como referencias centrales los Relatos Oficiales previos del Congreso Argentino de Cirugía⁶⁻⁸, afines al tema.

Además, utilizamos información accesible a través de Internet, como las sesiones grabadas y publicadas en el Canal oficial de YouTube de la AAC⁹, así como páginas web de Universidades y Hospitales.

Encuestas

Se confeccionaron 3 encuestas, en formularios de Google Forms[®]:

- 1) La primera fue enviada desde el correo electrónico (*e-mail*) oficial de la AAC a los Presidentes de los Capítulos de la AAC. Esta tuvo como objetivo conocer la participación de los CJ en las actividades de los Capítulos de la AAC, así como también los honorarios promedios de cada región.
- 2) La segunda encuesta fue publicada por redes sociales y compartida en diferentes grupos de WhatsApp con cirujanos de todas las edades, a fin de conocer las estructuras de sus lugares de trabajo, honorarios y formas de pago.
- 3) La tercera encuesta fue realizada a los egresados de las residencias de Cirugía General (CG) entre los años 2015 y 2020, mediante contacto personalizado vía correo electrónico y/o WhatsApp. Esta población y sus contactos fueron extraídos del "Censo de Cirujanos Jóvenes" realizado en 2020 por la Comisión de Cirujanos Jóvenes de la AAC. En ella se consultaba sobre diferentes aspectos:
 - 1) Demográficos: edad, año de egreso de la residencia, provincia donde realizó la residencia y provincia donde reside actualmente.
 - 2) Actividad societaria: si son MAAC y si son miembros de la sociedad regional.
 - 3) Condiciones laborales: tipos y cantidad de lugares

donde trabaja, formas en las que percibe el sueldo, cantidad de horas que trabaja por semana, sueldo mensual, trabajo en negro y trabajo no rentado, actividades no quirúrgicas. En el formulario de la encuesta se definió:

- Trabajo en negro: cuando no tiene un contrato propio y los honorarios se entregan en efectivo sin factura o se depositan en el sueldo de otro agente que es quien se los transfiere.
 - Trabajo no rentado: asistir a alguna institución a prestar servicios sin recibir remuneración económica.
- 4) De las subespecialidades: especialidad que realizó, condiciones laborales de esta.
 - 5) Realización personal: estado civil, maternidad/paternidad. Calidad de vida y si elegirían otra vez CG.
 - 6) Condiciones y medioambiente de trabajo: explotación laboral, maltrato laboral, desigualdad de género, acoso sexual. En el formulario de la encuesta se definió:
 - Explotación laboral: recibir un pago inferior al trabajo que realiza, trabajar un exceso de horas o con exceso de tareas.
 - Acoso laboral: la acción de un hostigador u hostigadores conducente a producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador afectado, hacia su trabajo.
 - Desigualdad de género laboral: menores tasas de empleo, mayor desempleo, segregación horizontal y vertical, informalidad laboral, brechas salariales y división desigual del trabajo no remunerado, adjudicado solo por el género de la persona.
 - Acoso sexual laboral: se refiere a la situación donde hay un hostigamiento al trabajador con una finalidad sexual clara, cuando es víctima de una situación y persecución sexual propiamente dicha, esto es, solicitud de relaciones sexuales bajo amenazas de despido. Utilizamos la escala de Likert¹⁰ de 5 respuestas para aquellas preguntas que medían el grado de acuerdo o desacuerdo, o la frecuencia, con la que los CJ enfrentaban una situación, fenómeno o se identificaban con el enunciado.
 - 7) Síndrome de *burnout*: fue evaluado a través del cuestionario Maslach Inventory¹¹, que cuenta con 22 enunciados en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional de salud en su trabajo. Las respuestas de cada ítem son de frecuencia, de estilo Likert, del 0 al 6, donde:
 - 0 = Nunca
 - 1 = Pocas veces al año o menos
 - 2 = Una vez al mes o menos

- 3 = Unas pocas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Unas pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

De esta forma se miden las 3 esferas del síndrome de *burnout*: agotamiento, despersonalización y realización personal. Cabe destacar que:

- Subescala de agotamiento o cansancio emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas, con una puntuación máxima de 54. En esta escala, las puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de agotamiento; el intervalo entre 19 y 26 corresponde a puntuaciones intermedias, y las menores de 19 indican niveles de agotamiento bajos o muy bajos.

- Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems, y tiene una puntuación máxima de 30. En esta escala, las puntuaciones superiores a 10 representan un nivel alto; de 6 a 9 medio e inferior a 6, bajo grado de despersonalización.

- Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems y tiene una puntuación máxima de 48. A diferencia de las anteriores, cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, por lo que es inversamente proporcional al grado de *burnout*. Una puntuación de 0 a 33 puntos indicaría una baja realización personal; de 34 a 39, intermedia, y superior a 40, sensación de logro. Aunque no hay puntuaciones de corte clínico como para medir la existencia o no de *burnout*, las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y las bajas en realización personal definen el síndrome.

Tamaño de la muestra

Durante el Censo de Cirujanos Jóvenes del año 2020 contactamos a los Jefes de Servicio, Jefes de Residentes, Coordinadores de residencias o egresados de 183 programas de residencias distribuidos en todo el país. Obtuvimos 175 respuestas (96% de tasa de respuesta), sumando con ellas 1687 egresados.

A partir de esa población, el tamaño de la muestra mínima para encuestar a fin de obtener un nivel (índice) de confianza del 95%, con un margen de error del 5%, equivale a 314 cirujanos.

Las preguntas de las encuestas fueron validadas, a fin de asegurar su fiabilidad.

Los datos se descargaron en planillas Microsoft Excel®.

Análisis estadístico

Se calculan estadísticas descriptivas para variables cuantitativas y frecuencias con porcentajes. La distribución normal de los datos se probó antes de realizar el análisis estadístico. Para el análisis de los factores de riesgo de *burnout* se realizó un modelo predictivo para cada esfera. Los datos se analizaron utilizando el paquete de software Spss para Windows (Spss v25®).

Abreviaturas

CJ: Cirujanas y cirujanos Jóvenes.

CG: Cirugía General.

AAC: Asociación Argentina de Cirugía.

MAAC: Miembro de la Asociación Argentina de Cirugía.

LCT: Ley de Contrato de Trabajo.

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

RMBA: Región Metropolitana de Buenos Aires.

Resultados

Resultados de la encuesta cursada a los Capítulos de la AAC

De los 30 capítulos de la Asociación Argentina de Cirugía, 11 (36,66%) respondieron a la encuesta de este Relato, ellos fueron:

- Asociación de Cirugía de Formosa,
- Sociedad de Cirugía del Chaco,
- Asociación de Cirujanos del Chubut,
- Asociación Civil Sanjuanina de Cirujanos,
- Asociación de Cirugía de Comodoro Rivadavia,
- Asociación Civil Cirujanos de Bariloche,
- Asociación de Cirugía de Córdoba,
- Asociación Civil de Cirujanos de La Rioja,
- Sociedad de Cirujanos de Tucumán,
- Asociación de Cirugía de Corrientes y
- Sociedad de Cirujanos de Mar del Plata

La cantidad promedio de cirujanos miembros por Capítulo fue de 71 (23-218), con un total de 777 sumando todos los Capítulos que respondieron.

Dado que la AAC tiene 4666 socios, estos representan el 17%.

La distribución con respecto a edad y género de los miembros se presenta en la figura 1.

Solo 2 de los Capítulos que respondieron funcionan como ente de pago para los cirujanos; ellos son la Sociedad de Cirujanos de Tucumán y la Asociación Sanjuanina de Cirujanos.

Consultamos, además, los valores de la Obra Social Provincial y de una prepaga nacional (OSDE), para tres tipos de cirugías que son las más frecuentemente realizadas: colecistectomía laparoscópica, hernioplastia y colectomía derecha.

Los valores de las cirugías, según Obra Social Provincial y OSDE se expresan en las figuras 2, 3 y 4.

Consultamos sobre los sueldos en cargos en el sistema público para aquellas personas con cargo de planta de 36 horas, para la guardia activa de 24 horas y para un residente de 4º año (Tabla 1).

Finalmente, les ofrecimos un espacio abierto para que los Capítulos pudieran expresar opiniones pertinentes al Relato:

- En Formosa: el Sistema de Residencia carece de planificación, los Servicios no están acreditados, hay precarización laboral y los honorarios son muy bajos, no hay interés en la academia o la formación. Es importante para los Capítulos que la AAC los jerarquice, dando mayores oportunidades a los que son miembros de ellos.
- En Chaco: hay falta de unidad entre los cirujanos, lo

■ TABLA 1

Valor de cargos en el Sistema Público según Capítulo a octubre de 2022

Capítulo	Planta 36 horas	Guardia de 24 horas*	Residente de 4.º
Formosa	40 000	18 000	-
Chaco	80 000	-	80 000
Chubut	280 000	-	Sin residencia
Comodoro Rivadavia	-	75 000	126 000
Bariloche	180 000	17 000	160 000
Córdoba	142 000	42 000	100 000
La Rioja	50 797**	18 000	100 000
Tucumán	100 000	25 000	100 000
Corrientes	97 200	8 600	100 000
San Juan	195 000	46 500	110 000
Mar del Plata	150 000	30 745	143 361

Todos los valores se presentan en pesos argentinos.

*Valores por cada guardia de 24 horas.

** Cargo de 20 horas semanales.

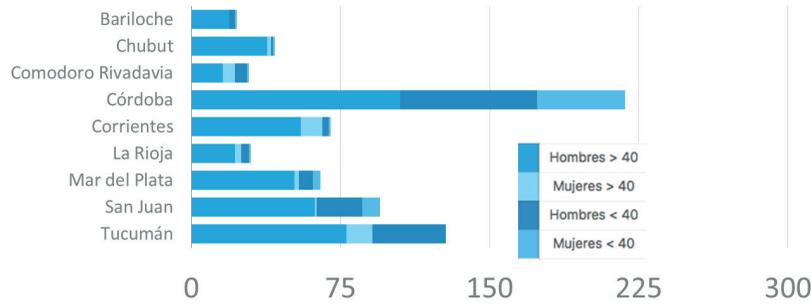
que influye en una dificultad para la negociación de honorarios en desmedro de los intereses económicos. Los gremios médicos no los representan.

- En Corrientes: solo los cirujanos de la Capital son socios del Capítulo y esto se debe al sistema de facturación. Los cargos hospitalarios son de 40 horas, con un básico muy bajo (\$14 000) que llega al total de \$97 200 sobre la base de diferentes bonificaciones.
- En Chubut: se ha logrado tener un muy alto porcentaje de los cirujanos dentro de la Asociación local, lo que facilita las negociaciones con las obras sociales y prepagas de la región. Ellos no promueven la aparición de cirujanos "golondrinas", que viajan desde otras provincias para operar ahí, ya que eso afectaría el control de los valores de las prácticas. Existe un campo laboral para los cirujanos de la región que se mantiene en equilibrio; esto logra un círculo beneficioso para el colectivo de cirujanos y genera un sentido de pertenencia a la Asociación local.
- En Córdoba: la situación es muy mala; la mayoría de las instituciones son las que cobran y pagan los honorarios con quitas del 25% en promedio, por derechos sanatoriales. Se modificó el estatuto para incorporar

■ FIGURA 1

MIEMBROS DE LOS CAPÍTULOS POR GÉNERO Y EDAD

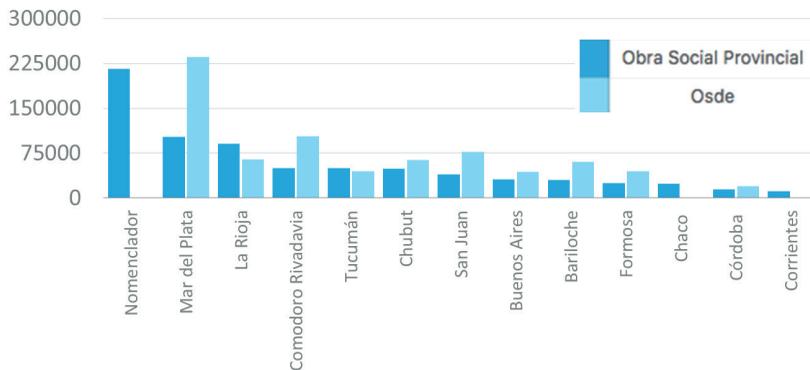
Distribución de miembros de los Capítulos por edad y género



■ FIGURA 2

VALOR DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR REGIÓN

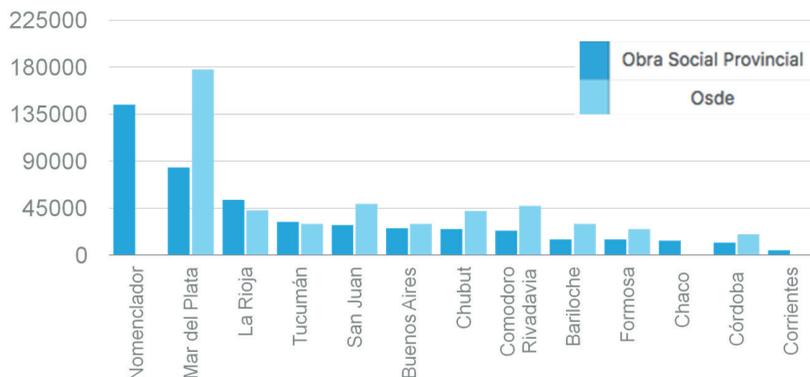
Valores para una colecistectomía laparoscópica, según Nomenclador y los Capítulos a octubre de 2022. Todos los valores se presentan en pesos argentinos



■ FIGURA 3

VALOR DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL POR REGIÓN

Valores para una hernioplastia inguinal, según Nomenclador y los capítulos a octubre de 2022. Todos los valores se presentan en pesos argentinos



a la mayor cantidad de cirujanos, dando muchas facilidades para el ingreso. Quedan vacantes libres para las residencias de Cirugía, probablemente por falta de interés en esta especialidad.

- En Bariloche: destacan como positivo que todos o casi todos son Miembros de la Asociación Argentina de Cirugía (MAAC) y están dentro del Colegio Médico. Facultan a través del Colegio, donde utilizan el Nomenclador de la AAC, en vez del nomenclador nacional. Los ayudantes cobran también a través del Colegio y de esa forma aseguran que cobren el 25%, que los ayudantes tengan que ser cirujanos con residencia completa y que no haya problemas entre cirujanos por falta de pagos.

Resultados de la encuesta de estructuras

Se analizaron 163 instituciones. La figura 5 muestra las respuestas por tipo de institución.

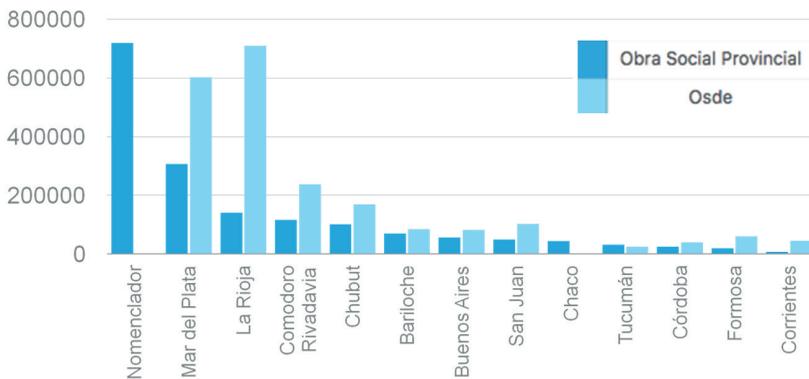
En la tabla 2 se pueden ver características de las Instituciones encuestadas por provincia.

Las instituciones públicas tienen con mayor frecuencia guardias de modalidad activa (70%), mientras que las instituciones privadas utilizan la modalidad pasiva (83%).

Con respecto al pago de honorarios “en negro”, 23 (14%) admitieron esa condición en su Institución. De ellos, el 70% (16) pertenecían a Instituciones públicas, mientras que un 22% a

FIGURA 4

VALOR DE LA COLECTOMÍA DERECHA POR REGIÓN

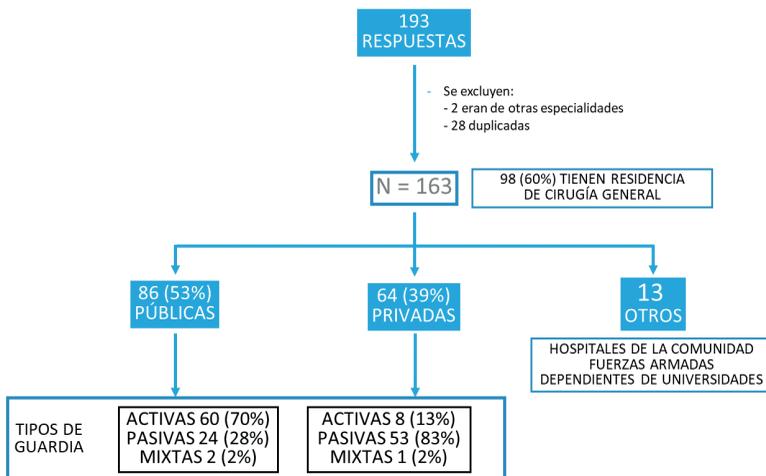


Valores para una hemicolecotomía derecha, según Nomenclador y los Capítulos a octubre de 2022. Todos los valores se presentan en pesos argentinos

FIGURA 5

ENCUESTA SOBRE ESTRUCTURAS DE LOS SERVICIOS

Flujograma de respuestas



■ TABLA 2

Instituciones encuestadas según provincia, tipo de institución y si poseen Residencia de Cirugía General

Lugar	Total (163)	Público	Privado	Otros	Con residencia
CABA	27 (17%)	11 (41%)	10 (37%)	6 (22%)	19 (70%)
Gran Buenos Aires y La Plata	29 (18%)	18 (62%)	9 (31%)	2 (7%)	21 (72%)
Pcia. Buenos Aires (interior)	27 (17%)	16 (59%)	10 (37%)	1 (4%)	10 (37%)
Córdoba	17 (10%)	6 (35%)	9 (53%)	2 (12%)	12 (71%)
Santa Fe	15 (9%)	5 (33%)	9 (60%)	1 (7%)	13 (87%)
Catamarca	1 (0,6%)	0	0	1 (100%)	1 (100%)
Chaco	2 (1%)	2 (100%)	0	0	0
Chubut	6 (4%)	5 (83%)	1 (17%)	0	2 (33%)
Corrientes	1 (0,6%)	1 (100%)	0	0	1 (100%)
Entre Ríos	3 (2%)	2 (67%)	1 (33%)	0	3 (100%)
Formosa	3 (2%)	1 (33%)	2 (67%)	0	2 (67%)
Jujuy	2 (1%)	2 (100%)	0	0	1 (50%)
Mendoza	3 (2%)	0	3 (100%)	0	1 (33%)
Misiones	1 (0,6%)	1 (100%)	0	0	1 (100%)
Neuquén	4 (2%)	3 (75%)	1 (25%)	0	0
Río Negro	5 (3%)	3 (60%)	2 (40%)	0	3 (60%)
Salta	2 (1%)	2 (100%)	0	0	1 (50%)
San Juan	1 (0,6%)	1 (100%)	0	0	1 (100%)
San Luis	4 (2%)	1 (25%)	3 (75%)	0	1 (25%)
Santa Cruz	2 (1%)	2 (100%)	0	0	0
Santiago del Estero	1 (0,6%)	1 (100%)	0	0	1 (100%)
Tierra del Fuego	1 (0,6%)	0	1 (100%)	0	0
Tucumán	4 (2%)	3 (75%)	1 (25%)	0	4 (100%)

privadas y solo 4% a hospitales de la Comunidad.

En cuanto a los cargos jerárquicos dentro de los Servicios de Cirugía General, en la mayoría (89%) de los lugares el Jefe de Servicio es un hombre mayor de 40 años. El % de Jefes de Servicio según género y edad se muestra en la figura 6. La presencia de mujeres en cargos jerárquicos es limitada: tan solo el 4% de las Jefas de Servicio son mujeres y todas ellas están en Instituciones Públicas.

En 110 (68%) lugares no hay jefe de sala. En aquellos lugares donde sí los hay, el 41 (76%) son hombres y 10 (18%) mujeres.

Cabe destacar que –según los datos de esta encuesta– en 41 (25%) Instituciones no hay ninguna mujer en el equipo de trabajo.

La situación es peor cuando consultamos sobre mujeres mayores de 40 años: en el 54% de las Instituciones no están presentes, mientras que el 41% (65) de los lugares no tienen mujeres menores de 40 años.

Con respecto al porcentaje de MAAC en el Servicio, 38 (23%) respondieron que el 100% eran MAAC. El 32% respondió que entre un 75 y un 100% del Servicio lo eran y un 20% (33), entre el 50 y el 75%. Dos (2) Servicios informaron no tener ningún MAAC.

Resultados de la encuesta a Cirujanos Jóvenes egresados entre 2015 y 2020

Se obtuvieron 460 respuestas del formulario, 3 se descartaron por estar en blanco, 6 por ser respuestas de egresados fuera de la franja entre 2015-2020 y 8 respuestas por estar duplicadas.

El número de respuestas finales incluidas fue de 441, con una tasa de respuesta del 26%.

De las 441 encuestas incluidas, 190 (43%) fueron mujeres. La edad promedio fue 35 (30-44) años. Los porcentajes de respuestas por año de egreso se muestran en la figura 7.

En la tabla 3 se muestran los porcentajes de egresados según la provincia donde realizaron la residencia y donde viven actualmente.

Del total, 369 (83,67%) respondieron que siguen ejerciendo en Cirugía General o sus subespecialidades. En la figura 8 se ilustra el flujograma de la muestra.

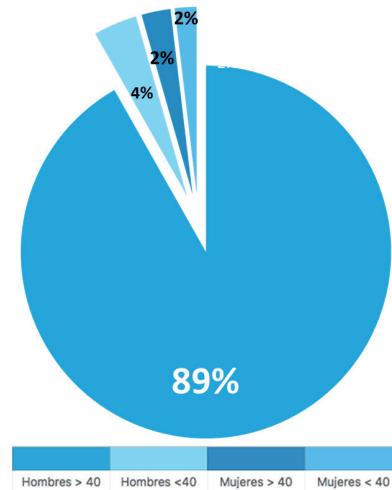
Esto puede tener un sesgo en la respuesta, ya que posiblemente los que no ejerzan más dentro de Cirugía General no tengan motivación para responder a la encuesta.

Resultados correspondientes a los que no siguen ejerciendo dentro de CG

De los 72 (16%) que respondieron que no ejercen dentro de CG, 36 (50%) son mujeres, 12 viven en el exterior. No hubo diferencias estadísticamente

■ FIGURA 6

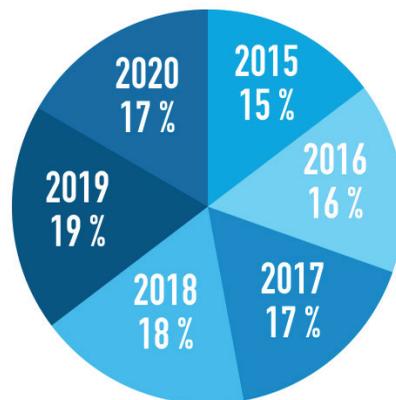
JEFES DE SERVICIO SEGÚN GÉNERO Y EDAD



Porcentajes de Jefes de Servicio según género y rango etario

■ FIGURA 7

% DE RESPUESTAS SEGÚN AÑO DE EGRESO



Porcentaje de respuestas según año de egreso de la residencia

significativas por género entre aquellos que siguen ejerciendo y los que no, dentro de CG.

El principal motivo por el que no ejercen en CG fue que utilizaron esta residencia como puente para realizar otra especialidad. Todos los motivos se encuentran en la tabla 4, destacando que podían elegir más de una opción.

La especialidad más elegida entre los que ya no ejercen en Cirugía General es la Cirugía Plástica 25 (35%). Le siguen: Urología 10 (14%), Cirugía Pediátrica 5 (7%), Cirugía Cardiovascular 5

■ TABLA 3

Porcentaje de egresados por la provincia donde realizó su residencia y donde vive actualmente

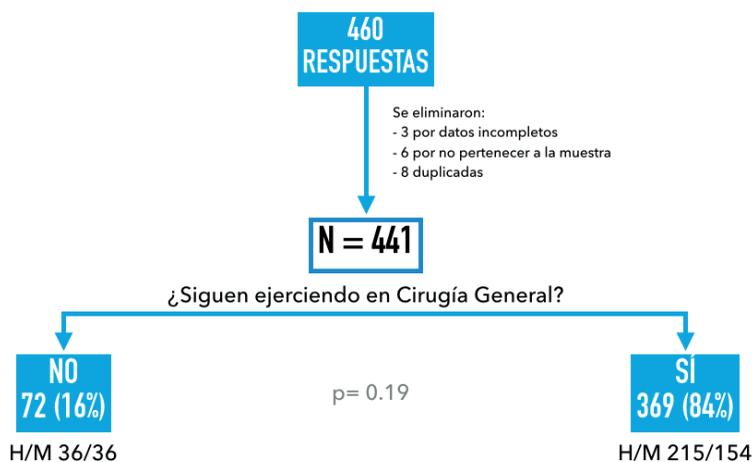
Lugar	Realizó la residencia (441)	Trabaja actualmente (441)
CABA	184 (42%)	123 (28%)
Pcia Bs. As.	107 (24%)	84 (19%)
CABA y Pcia. Bs. As.		58 (13%)
Córdoba	48 (11%)	39 (9%)
Santa Fe	36 (8%)	31 (7%)
Tucumán	11 (3%)	7 (2%)
Jujuy	10 (2%)	8 (2%)
San Juan	8 (2%)	10 (2%)
Mendoza	7 (2%)	7 (2%)
Entre Ríos	6 (1%)	8 (2%)
Neuquén	5 (1%)	10 (2%)
Catamarca	4 (1%)	5 (1%)
La Rioja	4 (1%)	2 (1%)
Misiones	3 (1%)	3 (1%)
Corrientes	2 (1%)	3 (1%)
Salta	1 (0%)	4 (1%)
Tierra del Fuego	0 (0%)	4 (1%)
Chubut	2 (1%)	2 (1%)
Río Negro	2 (1%)	1 (0%)
San Luis	0 (0%)	2 (1%)
Chaco	1 (0%)	1 (0%)
Formosa	0 (0%)	1 (0%)
La Pampa	0 (0%)	1 (0%)
Santa Cruz	0 (0%)	1 (0%)
Vive en el exterior	0 (0%)	23 (5%)

■ TABLA 4

Motivos por los que no ejercen en CG

Motivos por los que no ejercen en CG	n = 72
Utilizó la residencia de CG como puente para otra especialidad	51 (68,9%)
La forma de vida del cirujano no es acorde con la calidad de vida que desea	39 (52,7%)
La inserción laboral posresidencia fue dificultosa por pocas propuestas, malas remuneraciones o malas condiciones de trabajo	19 (25,7%)
La forma de vida del cirujano no es compatible con la maternidad/paternidad	8 (10,8%)
La inserción laboral posresidencia fue dificultosa por discriminación de género	3 (4,15%)

■ FIGURA 8



Flujograma de respuestas de la tercera encuesta

(7%), Cirugía Vascul ar Periférica 3 (4%), Medicina Estética 2 (3%), Flebología 1 y Mastología 1. El 25% ejerce fuera del ámbito quirúrgico: 9 (13%) lo hacen como médicos de Guardia General, 6 (8%) no ejercen en ninguna especialidad quirúrgica, 3 (4%) lo hacen en Auditoría o Medicina laboral y 1 en Anestesiología.

Resultados sobre los que siguen ejerciendo dentro de CG

Sobre los 369 CJ que siguen ejerciendo en Cirugía General, 154 (41,73%) son mujeres.

Con respecto a su participación en sociedades científicas, 211 (57%) son MAAC y 165 (44,71%) son miembros de la Sociedad/Capítulo de su región. Cabe destacar que CABA, AMBA y provincia de Buenos Aires no tienen Capítulo.

El 82% de nuestros encuestados trabaja en 2 o más lugares, mientras que el 51% lo hace en 3 o más lugares. No hay diferencias estadísticamente significativas con respecto al género para trabajar en 3 o (p = 0,55).

En el ámbito privado ejercen 315 (85%) , mientras que 270 (73%) lo hacen en el ámbito público. Hay diferencias estadísticamente significativas para esta variable según género: es más frecuente que los hombres trabajen en el ámbito privado y las mujeres en el público.

El 60% (223) ejerce tanto en hospitales públicos como en instituciones privadas. Solo 42 (11%) ejercen únicamente en el ámbito público, de los cuales la mayoría (60%) son mujeres. Además, 66 (18%) ejercen solo en el ámbito privado. En este caso, son mayoría los hombres, con un 68%.

Además, 21 (6%) ejercen en Hospitales de la Comunidad, 30 (8%) en Hospitales de las Fuerzas Armadas y 20 (5%) en Hospitales dependientes de la Universidad. De los que ejercen en el ámbito privado, la forma más frecuente (48%) es dentro de un grupo de cirujanos

liderado por uno de ellos. En la figura 9 se muestran los porcentajes de cirujanos según la forma de ejercicio en el ámbito privado.

Debido a que la mayoría tiene más de 1 trabajo, también pueden tener más de una forma diferente de pago:

- 296 (80%) cobran por prestación.
- 230 (62%) perciben un sueldo.
- 161 (44%) cobran tanto sueldo como por prestación.
- 35 (10%) por cápita.
- 66 (18%) cobran solo por la modalidad de sueldo y 125 (34%) lo hacen solo por prestación. Esta diferencia resulta estadísticamente significativa: es más frecuente que, cuando tienen un solo tipo de cobro, los hombres lo hagan por prestación y las mujeres por sueldo.

La mayoría de los CJ trabajan en 2 o más lugares (88%). En la figura 10 se indica el porcentaje de CJ sobre la cantidad de lugares donde trabajan.

Además, la mitad (52%) trabaja más de 60 horas semanales, algunos incluso llegan a trabajar más de 100 horas (5%). El porcentaje de CJ según la cantidad de horas trabajadas puede verse en la figura 11.

Respecto de la remuneración, 70% gana menos de \$400 000 pesos al mes, remarcando que un 46% gana menos de \$300 000. La distribución de porcentajes de CJ según la remuneración mensual se presenta en la figura 12.

Es muy importante destacar que el 48% de los encuestados percibió alguna vez remuneración “en negro”, además de que el 57% realiza trabajos “gratis” de forma ocasional o frecuentemente.

El 90% considera no estar bien remunerado. Solo el 4% cobra honorarios similares a los del

Nomenclador de la AAC, el 9% lo hace ocasionalmente. El 68% nunca cobra honorarios con valores relacionados con el Nomenclador y el 18% no conoce el Nomenclador de la Asociación.

Del 6% que consideran estar bien remunerados, el 48% (10) ganan más de \$500 000.

La mayoría (75%), realiza alguna actividad no quirúrgica; en orden de frecuencia son:

- Docencia: 139 (38%).
- Gestión: 38 (38%).
- Investigación: 68 (18%).
- Medicina general: 64 (17%).
- Medicina laboral: 10 (3%).

Algunos de estos resultados se muestran analizados por género en la tabla 5. Si bien no hay diferencias entre ambos sexos en pluriempleo o en horas trabajadas por semana, sí lo hay en cuanto a remuneración: es mayor en el sexo masculino.

Resultados sobre subespecialidades

Están realizando o ya realizaron una subespecialidad o *fellowship* 268 (73%) CJ, de los cuales 106 (39%) son mujeres.

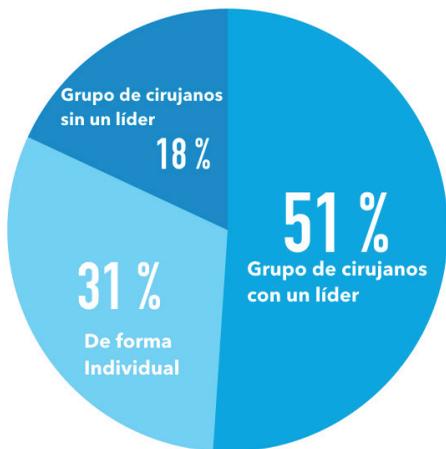
No hay diferencias estadísticamente significativas entre realizar o no un *fellowship* y el género. Pero sí entre tener pareja o hijos y el género de aquellos que realizaron *fellowship*. En la tabla 6 se muestran estos porcentajes.

Las subespecialidades elegidas se encuentran en la tabla 7.

El 40% no recibió remuneración durante su

■ FIGURA 9

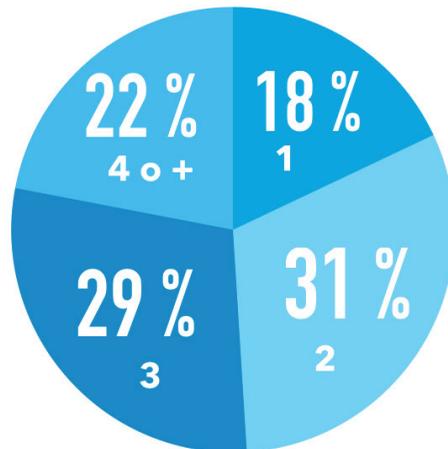
% DE CJ SEGÚN FORMA DE EJERCICIO



Porcentaje de CJ según forma de ejercicio en el ámbito privado

■ FIGURA 10

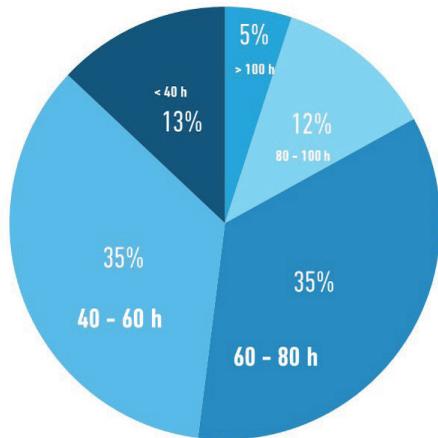
% DE CJ SEGÚN CANTIDAD DE LUGARES DONDE TRABAJAN



Porcentaje de CJ según la cantidad de lugares donde trabajan

■ FIGURA 11

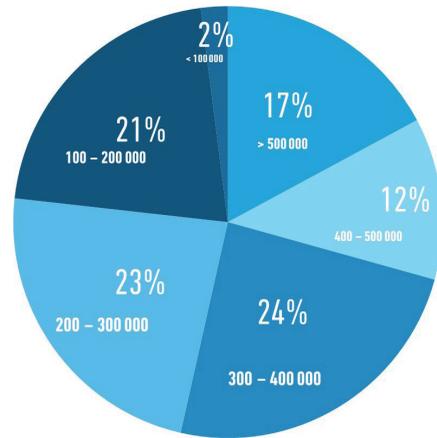
% DE CJ SEGÚN CANTIDAD HORAS QUE TRABAJAN POR SEMANA



Porcentajes de CJ según la cantidad de horas que trabajan por semana

■ FIGURA 12

% DE CJ SEGÚN REMUNERACIÓN MENSUAL



Porcentaje de CJ según la remuneración mensual

■ TABLA 5

Resultados laborales analizados por género

	Total (369)	Hombres (215)	Mujeres (154)	p
MAAC	211 (57%)	126 (58,6%)	85 (55%)	p > 0,05
Sociedad Regional	165 (45%)	108 (50%)	57 (37%)	p < 0,05
Cantidad de lugares de trabajo:				
- 3 o más	190 (51%)	114 (53%)	76 (50%)	p > 0,05
- 1 o 2	179 (49%)	100 (47%)	79 (50%)	
Tipo de Institución en que trabajan:				
- Privado	315 (85%)	192 (89%)	123 (80%)	p < 0,05
- Público	270 (73%)	148 (69%)	122 (79%)	
Cantidad de horas que trabajan por semana:				
> 60 horas	189 (52%)	111 (52%)	80 (52%)	p > 0,05
< 60 horas	178 (48%)	104 (48%)	74 (48%)	
¿Cuánto cobra por mes?				
> \$400 000	107 (29%)	84 (39%)	23 (15%)	p < 0,05
< \$400 000	258 (70%)	128 (60%)	130 (85%)	
Realiza alguna actividad No Quirúrgica:				
Sí	275 (75%)	165 (77%)	110 (71%)	p = 0,24

■ TABLA 6

Realización personal de aquellos que realizaron un *fellowship*, analizada por género

	Total	Hombres	Mujeres	p
¿Tiene hijos?				
Sí	170 (63%)	68 (42%)	30 (28%)	p < 0,05
¿Está casado o en pareja?				
Sí	186 (69%)	123 (76%)	63 (59%)	p < 0,05

■ TABLA 7

Subespecialidades elegidas

Subespecialidad	Total (268)
Coloproctología	35 (13%)
Hepato-Bilio-Páncreas	30 (11%)
Cabeza y Cuello	27 (10%)
Plástica	26 (10%)
Tórax	25 (9%)
Vascular Periférico	15 (6%)
Intervencionismo Percutáneo	14 (5%)
Bariátrica	13 (5%)
Esófago-Gastro	12 (5%)
Cardiovascular	9 (3%)
Cirugía Oncológica	8 (3%)
Pared Abdominal	7 (3%)
Endoscopia	7 (3%)
Cirugía Digestiva	6 (2%)
Flebología	5 (2%)
Cirugía Pediátrica	4 (2%)
Mastología	4 (2%)
Cirugía de Trauma y Emergencias	3 (1%)
Cirugía Laparoscópica	2 (1%)
Urología	1 (1%)
Otros	15 (6%)

fellowship. Y mientras que el 81% considera que este le brindó la formación necesaria para ejercer en la subespecialización, solo el 44% de los que lo terminaron lograron insertarse totalmente en ella.

Sobre los 115 (27%) que no realizaron *fellowship*, la principal razón fue que no podían sostenerse económicamente durante ese período. El resto de las razones se encuentran en la tabla 9. Cabe destacar que solo al 2% no le interesaba formarse en una subespecialidad.

Resultados sobre realización personal

El 69% de los CJ se encuentra casado o en pareja. Más de la mitad, 59%, no tienen hijos.

Los resultados sobre realización personal, analizados por género, se encuentran en la tabla 10.

Solo el 13% considera que el ejercicio de la CG es compatible con la calidad de vida que desea. Sin embargo, el 58% volvería a elegir esta especialidad.

Resultados sobre las Condiciones y medioambiente de trabajo (CyMAT)

Respecto de las condiciones y medioambiente de trabajo, el 68% sufrió alguna vez explotación laboral y el 48% acoso laboral. Además, un 35% sufrió desigualdad de género y un 9%, acoso sexual; ambos mucho más frecuentes en el género femenino (68% y 16%, respectivamente).

En la tabla 11 podemos observar las CyMAT

analizadas según género. Para las cuatro, la diferencia es estadísticamente significativa: son peores las condiciones laborales para el género femenino.

Resultados del Maslach Inventory para síndrome de burnout

Para evaluar el síndrome de *burnout*, 368 encuestados completaron el formulario. De ellos, 237 (64%) sumaron 27 o más puntos en la esfera del agotamiento, 64 (17%) de 19 a 26 puntos y solo 67 (18%) menos de 19 puntos, por lo cual no presentaban agotamiento.

En la esfera de la despersonalización, 184 (50%) sumaron 10 o más puntos, 76 (21%) entre 6 y 9 puntos y 108 (29%) menos de 6 puntos.

Con respecto a la realización personal, recordemos que en esta escala los menores puntajes reflejaban menor realización: 71 (19%) sumaron entre 0 y 33 puntos, 108 (29%) entre 34 y 39 y 189 (51%) 40 puntos o más.

Realizamos un modelo predictivo para ver qué factores influyen en cada esfera. Incluimos como factores de riesgo en cada una de las esferas: sexo, no ser MAAC, no ser miembro de la sociedad regional, trabajar en 3 o más lugares, trabajar 60 o más horas, ganar \$400 000 o más, si se consideraban mal remunerados, si habían sufrido explotación o acoso laboral, si habían realizado un *fellowship*, si estaban en pareja o si tenían hijos y si habían sufrido desigualdad de género o acoso sexual. En las tablas 12, 13 y 14 presentaremos solo las variables que fueron significativas para cada esfera.

■ TABLA 8

Aspectos laborales del *fellowship*

Aspectos laborales del <i>fellowship</i>	Total (268)
¿Recibió remuneración durante el <i>fellowship</i> ?	
- Sí, suficiente para vivir	48 (18%)
- Sí, pero no suficiente	112 (42%)
- No	106 (40%)
¿Considera que su <i>fellowship</i> le brindó la formación necesaria para ejercer como subespecialista?	
- Totalmente de acuerdo/de acuerdo	217 (81%)
- Indecisos	34 (13%)
- Totalmente en desacuerdo/en desacuerdo	12 (4%)
¿Pudieron insertarse en su especialidad? (n = 218)	
- Sí	97 (44%)
- Parcialmente	94 (43%)
- No	27 (12%)

■ TABLA 9

Razones por las cuales no realizaron un *fellowship*

Razones por las que no realizaron <i>fellowship</i> (n = 115)	Respuestas*
No podía sostenerse económicamente durante la realización de la subespecialidad	62 (54%)
No quería posponer otros aspectos de su vida por seguir en formación	43 (37%)
No quería posponer la maternidad/paternidad	24 (21%)
No consiguió vacantes en la subespecialidad	15 (13%)
No le interesa formarse en una subespecialidad	2 (2%)

* Pueden marcar más de una respuesta.

■ TABLA 10

Resultados sobre la realización personal, analizados por género

Pregunta	Total (369)	Hombres (215)	Mujeres (154)	p
Estado civil				
Casado	107 (29%)	73 (34%)	34 (22%)	p < 0,05
En pareja	149 (40%)	91 (42%)	58 (38%)	
Soltero	105 (28%)	48 (22%)	57 (37%)	
Divorciado	6 (1,62%)	2 (1%)	4 (3%)	
Viudo	1	0	1 (1%)	
Hijos				
No	218 (59%)	114 (53%)	104 (68%)	p < 0,05
1	82 (22%)	44 (21%)	38 (25%)	
2	57 (15%)	47 (22%)	10 (6%)	
3 o más	12 (3%)	10 (5%)	2 (1%)	
¿Considera que la decisión de tener hijos se vio influenciada por su ejercicio en la cirugía?				
De acuerdo/totalmente de acuerdo	226 (61%)	120 (56%)	106 (69%)	p < 0,05
Indeciso	44 (12%)	24 (11%)	20 (13%)	
Desacuerdo/totalmente en desacuerdo	97 (26%)	69 (32%)	28 (18%)	
¿Considera que el ejercicio de la cirugía es compatible con la calidad de vida que Ud. desea?				
Muy frecuentemente/ Frecuentemente	49 (13%)	30 (14%)	19 (12%)	p > 0,05
Ocasionalmente, raramente, nunca	320 (87%)	185 (86%)	135 (88%)	
¿Volvería a elegir cirugía?				
Totalmente de acuerdo/ de acuerdo	213 (58%)	125 (58%)	88 (57%)	p > 0,05
Indeciso	89 (24%)	49 (23%)	40 (26%)	
En desacuerdo/totalmente en desacuerdo	66 (18%)	40 (19%)	26 (17%)	
¿Estaría satisfecho si uno de sus hijos/as decide ser cirujano?				
Totalmente de acuerdo/ de acuerdo	116 (31%)	73 (34%)	43 (28%)	p > 0,05
Indeciso	102 (28%)	54 (25%)	48 (31%)	
Totalmente en desacuerdo/en desacuerdo	150 (41%)	88 (41%)	62 (40%)	

■ TABLA 11

VARIABLES DE LA CYMAT ANALIZADAS POR GÉNERO

Pregunta	Total (369)	Hombres (215)	Mujeres (154)	p
¿Sufre o sufrió explotación laboral?*				
Sí	252 (68%)	136 (63%)	116 (75%)	p < 0,05
Sufre o sufrió acoso laboral?*				
Sí	176 (48%)	89 (41%)	87 (56%)	p < 0,05
¿Sufre o sufrió desigualdad de género?*				
Sí	129 (35%)	24 (11%)	105 (68%)	p < 0,05
¿Sufre o sufrió acoso sexual en el trabajo?*				
Sí	33 (9%)	9 (4%)	24 (16%)	p < 0,05

* Se consideraron como positivas las respuestas: muy frecuentemente, frecuentemente y ocasionalmente.

■ TABLA 12

Modelo predictivo para agotamiento

Variable	Odds Ratio	IC 95%	p > z
Trabajar > 60 horas	3,14	1,68-5,85	0,000
No ser MAAC	2,26	1,21-4,25	0,011
Mala remuneración	4,48	1,62-12,37	0,004
Explotación laboral	2,93	1,62-5,30	0,000

■ TABLA 13

Modelo predictivo para despersonalización

Variable	Odds Ratio	IC 95%	p > z
Trabajar > 60 horas	2,32	1,44-3,72	0,001
Explotación laboral	1,81	1,11-2,94	0,017
Miembro de la sociedad local	0,61	0,38-0,98	0,039

■ TABLA 14

Modelo predictivo para realización personal

Variable	Odds Ratio	IC 95%	p > z
Acoso sexual	0,37	0,17-0,82	0,015

Discusión

El contexto económico

La economía argentina es inestable. En las últimas décadas hubo crisis profundas mezcladas con años de crecimiento explosivo¹². Si bien la tasa de crecimiento promedio fue de 2,5% anual, hubo momentos de crecimiento por encima del 10% y caídas abruptas superiores al 15%. Estas fluctuaciones tan pronunciadas hacen que nuestro país tenga alta volatilidad para los economistas, y esto genera inseguridad sobre la situación económica personal y, para los empresarios, dudas antes de iniciar una inversión.

La situación económica de los cirujanos no es inmune a la situación económica del país. Podríamos decir que no tiene grandes diferencias con las otras especialidades médicas, exceptuando la anestesiología.

Por eso, este es un factor muy difícil de modificar por nosotros, y debemos buscar estrategias para vernos menos desfavorecidos en los momentos de crisis.

Los factores determinantes del crecimiento económico de un país pueden ser exógenos, como la geografía, o endógenos, como las instituciones, entendiéndose como el orden normativo, tal como efectivamente se lo practica. Las instituciones deben tener dos características para favorecer el crecimiento económico: por un lado, deben ser propicias para que la inversión sea rentable en el tiempo y, por otro, deben ser previsibles.

La persistente inestabilidad institucional de nuestro país es una explicación potencial de la decadencia de su economía en el último cuarto del siglo XX, o incluso antes.

El comercio exterior desempeña, en nuestro país, un papel en el crecimiento económico, exportando al mundo principalmente productos primarios, como soja, granos, carnes y petróleo, y derivados de los productos primarios, tales como aceites de soja o maíz, combustibles y aceites minerales. En menor medida, también algunos productos industriales, como acero, aluminio y piezas de automotores. A su vez, importa principalmente productos industriales, como maquinaria, una infinidad de insumos (desde fertilizantes hasta fotocopiadoras), piezas y repuestos para bienes de capital y bienes de consumo durables.

Tenemos que entender que la Argentina es un país pequeño dentro del mundo, que produce apenas el 0,72% del PBI mundial, y exporta tan solo el 0,34% de las exportaciones mundiales totales. Por lo tanto, nuestras exportaciones no influyen en los precios de

los mercados internacionales, sino más bien debemos acatar los precios de estos mercados.

La insolvencia fiscal, el nivel de inflación y la inestabilidad del tipo de cambio son tres variables macroeconómicas que hacen que nuestro país sea poco atractivo para las inversiones.

El Banco Mundial es un poco más optimista en la descripción que hace de la Argentina¹³, refiriendo que esta es una de las economías más grandes de América Latina, con un Producto Bruto Interno (PBI) de aproximadamente 490 mil millones de dólares..

Luego de la pandemia por COVID-19 que afectó a la economía mundial, la actividad económica de nuestro país presentó una recuperación en 2021 con un aumento del PBI del 10,4%, luego de una caída de 9,9% en el año 2020. A mediados de 2022, la economía superaba en un 7,5% el nivel de actividad anterior a la pandemia. Se redujo el déficit fiscal con respecto a 2020, posiblemente como consecuencia de una reducción del gasto relacionado con el COVID-19 y de ingresos extraordinarios provenientes de impuestos. Sin embargo, el déficit fiscal seguía siendo alto y la emisión monetaria para financiar dicho déficit contribuyó a acelerar la tasa de inflación, que en agosto de 2022 ya se encontraba en 71% anual.

Luego de la reestructuración de la deuda privada en 2020, a comienzos de 2022 se alcanzó un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI) por un nuevo Programa de Facilidades Extendidas que permitía al país posponer sus vencimientos con el organismo y fortalecer sus reservas en el corto plazo.

Sin embargo, mientras terminábamos de escribir este Relato, la inflación en marzo de 2023 fue del 7,7%¹⁴, la más alta de los últimos 30 años. Mientras tanto en abril de 2023, el Ministerio de Economía continúa en negociaciones abiertas con el Fondo Monetario Internacional para reformatear el programa económico y hacer regulaciones para quitarle volatilidad al mercado de dólares financieros¹⁵.

Esta crisis económica nos sitúa en el sector salud en una posición similar a la descrita en el Relato del año 2003, "El cirujano ante la crisis financiera"⁷, donde hay un deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas de salud, con disminución de los aportes en el sistema de la seguridad social por los índices altos de desempleo. El trabajo médico en el sector privado disminuye, sobre todo el que es financiado por las Obras Sociales, además de que estas ponen trabas para la autorización de prácticas.

Como explicaba ese Relato, en tiempos de crisis económica, los médicos solemos incrementar

nuestra “producción individual” para mejorar nuestros ingresos, trabajando una excesiva cantidad de horas por semana y/o en varios lugares diferentes, situación que genera desgaste y estrés.

Además, otras conductas compensadoras típicas son:

1. Diferenciación por medio de la especialización o subespecialización para poder cobrar de forma diferencial prácticas específicas.
2. Acuerdos de cápitas para asistir a grupos de personas.
3. Viajes periódicos de los médicos a localidades más pequeñas en las que no hay especialista, o la instalación de consultorios externos periféricos en localidades vecinas por parte de los sanatorios.
4. Nuevos mercados laborales no relacionados directamente con la práctica quirúrgica.

Pero, esto nos lleva a una pregunta, que no es tan fácil de responder, y es:

¿Cuánto debería ganar un cirujano para considerar que está ganando bien?

Las clases sociales¹⁶ son grupos de personas con igualdad de oportunidades económicas para la generación de ingresos. La clase media se distingue por una acumulación de educación y habilidades productivas. Además, existen factores relacionados con el “estilo de vida”, la identidad y el prestigio, que se asocian a la pertenencia dentro de una clase social. La clase social se define de acuerdo con las posiciones ocupacionales dentro de la organización de producción, cuya estratificación se basa en los conceptos de explotación y relaciones de propiedad. En esta definición, la clase media es identificada como un grupo de profesionales independientes, no necesariamente propietarios del capital, que acumulan educación y ofertan su mano de obra en el mercado.

Las categorías de clase se definen según las variables de mercado, como el nivel de ingresos y la seguridad laboral, y la posición laboral en términos de control y autoridad¹⁶. Estas abarcan desde posiciones directivas hasta el trabajo manual no calificado en agricultura. El consenso acerca de una definición universal de clase, y en particular de clase media, en sociología aún no existe.

En la economía, el análisis de clase se orienta a cuantificar el tamaño de cada grupo social en cuanto a características objetivas. Por ejemplo, considera a individuos ubicados en una determinada posición en la distribución de ingresos de una sociedad, con un nivel de consumo dentro de un rango específico, o bien, en ciertas posiciones ocupaciones bajo una noción sociológica.

Pertenecer a la clase media define a aquellos hogares con un nivel de ingresos que les permite protegerse de los riesgos de caer en la pobreza. Alcanzar tal posición puede requerir diferentes combinaciones

de activos e ingresos dependiendo del contexto. En general, son hogares donde se registra un nivel educativo mayor, especialmente con educación superior, habitan en áreas urbanas y desempeñan actividades profesionales y administrativas.

Hay definiciones relativas que identifican a la clase media como aquellos hogares con un nivel de ingresos dentro de un rango específico alrededor de la mediana de distribución. Según los autores, se describen rangos diferentes.

Es importante entender que la clase social influye en el riesgo y las oportunidades de los individuos. Se describen tres clases de trabajadores y sus contratos, que determinan la seguridad, estabilidad y las perspectivas laborales:

- Trabajadores no calificados con contratos simples: estos son los más vulnerables con respecto al riesgo de desempleo.
- Trabajadores profesionales y directivos con contratos estables.
- Trabajadores intermedios con contratos “mixtos”.

En la Argentina, la encuesta permanente de hogares reveló en 2022 que el 47,6% de la población era económicamente activa, es decir, personas con una ocupación, o aun sin tenerla, que la buscan activamente y están disponibles para trabajar.

La tasa de empleo, que son los ocupados sobre el total de la población, era de un 44,2%, mientras que la tasa de desocupación, que es la relación entre los desocupados y la población económicamente activa, era del 7,1%.

De los ocupados, el 72,5% son asalariados. De ellos, el 62,6%, tienen descuento jubilatorio, o sea, son trabajadores registrados, y el 37,4%, no lo tienen. El 27,5% de los ocupados son no asalariados, en su mayoría cuentapropistas.

Las regiones que presentaron mayor tasa de desempleo son el Gran Buenos Aires y la Región Pampeana, mientras que la tasa de desempleo es inferior en los conglomerados de menor tasa de población.

Solo el 9,2% de la población ocupada es profesional, mientras que el 27,4% de los desocupados presentaban nivel superior y universitario completo o incompleto.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) define:

- Subocupados: ocupados que trabajan menos de 35 horas semanales y están dispuestos a trabajar más horas. Representan el 11,9% de los ocupados.
- Sobreocupados: aquellos que trabajan más de 45 horas semanales (son el 28,8% de los ocupados).

El 87% de los CJ trabajan 40 o más horas semanales, por lo que estamos frente a una población “sobreocupada”.

El INDEC utiliza la Canasta Básica Alimentaria (CBA) para marcar la línea de indigencia, y la Canasta Básica Total, la de pobreza¹⁸.

La canasta básica alimentaria se determina tomando en cuenta los requerimientos kilocalóricos y proteicos imprescindibles para que un varón adulto de entre 30 y 60 años, con actividad moderada, cubra durante un mes esas necesidades. Como los requerimientos nutricionales son diferentes según la edad, el sexo y la actividad, se toma como unidad el requerimiento energético del varón adulto (2750 kcal) y se establecen relaciones según dichas variables para armar una tabla de equivalencias. A esa unidad de referencia se la denomina "adulto equivalente".

La canasta básica total amplía la alimentaria considerando los bienes y servicios no alimentarios. La estimación se obtiene mediante la aplicación del coeficiente de Engel que se define como la relación entre los gastos alimentarios y los gastos totales observados en la población de referencia.

La CBA se valoriza cada mes con los precios relevados por el índice de precios al consumidor del Gran Buenos Aires.

En noviembre de 2022, la CBA para un adulto equivalente era de \$20 716, con una variación con respecto al mes anterior de +3,1% y una variación interanual con respecto a igual mes del año anterior de +101,8%.

La canasta básica total para un adulto equivalente era de \$47 232, con una variación con respecto al mes anterior de +4,4% y una variación interanual de +97,4%.

Para un hogar de 4 integrantes, que sería la "familia tipo", compuesto por un varón de 35 años, una mujer de 31 años, un hijo de 6 años y una hija de 8 años, la CBA era de \$64 012 y la CBT de \$145 948.

Con estos datos, en el segundo semestre de 2022, el 39,2% de la población se encontraba bajo la línea de la pobreza.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) informa los ingresos que requiere una familia tipo para ser de clase media¹⁹. En octubre de 2022, estos fueron de \$212 554,85 para ser considerada de esa clase. Esos ingresos necesarios para alcanzar tal nivel socioeconómico aumentaron 88,20% en comparación con el mismo mes del año 2021.

Entonces, una familia de cuatro integrantes, propietaria del inmueble en el que vive, necesitó disponer entre \$212 554,85 y \$680 175,51 durante el mes de octubre para entrar en el "sector medio".

En esa misma ciudad se consideró a las familias que no alcanzaron los \$76 427,07 mensuales como en situación de indigencia y a aquellas cuyo ingreso se encontraba entre \$76 427,08 y \$138 656,49 como en situación de pobreza.

La clase media, además, puede ser dividida en:

- Sector medio frágil: aquellos hogares cuyo ingreso total mensual es de al menos la canasta total y no alcanza 1,25 veces dicha canasta. Para ese mes eran ingresos de entre \$170 043,88 y 212 554,84 en CABA.

- Sector medio "clase media": aquellos hogares cuyo ingreso total mensual es de al menos 1,25 veces la canasta total y no alcanzan cuatro veces dicha canasta. Sus ingresos estaban entre \$212 554,85 y \$680 175,51 para dicho período.

- Sector acomodado: hogares cuyo ingreso mensual es de cuatro veces o más la canasta total. En octubre de 2022 eran los ingresos superiores a \$680 175,52 al mes. Es importante en este punto destacar que el 46% de nuestros encuestados ganaban menos de \$300 000 al mes. Este porcentaje es mayor en el sexo femenino (un 61%).

Además, hay un 23% de los CJ que cobran menos de \$200 000 por mes, y este dato tiene que ser recalado porque, en caso de tener una familia, se encontraban por debajo de la línea de la pobreza.

Esta situación genera insatisfacción y solo el 6% de los CJ consideran que están bien remunerados.

Es indiscutible que los CJ deberían pertenecer, al menos, a la clase "media", aunque consideramos que por los años de formación que implica la especialidad debería ser al "sector acomodado" y al grupo de trabajadores profesionales con contratos estables.

La realidad es que en muchos casos no hay contratos, o no se tiene estabilidad laboral. Además, se realizan trabajos sin remuneración o con remuneración "en negro". Estos datos los analizaremos en el siguiente apartado de situación laboral.

La situación laboral de nuestra práctica profesional

Para poder empezar a hablar de la situación laboral de los CJ, primero debemos definir qué es el trabajo. Si bien es algo que hacemos todos los días, y parece un sinsentido definirlo, trabajo es, para la ley, toda actividad lícita que se preste en favor de quien tiene la facultad de dirigirla, mediante una remuneración²⁰. Queremos aclarar esto porque todos sabemos que en el ámbito de la medicina existe el "trabajo no remunerado", que –como ya vimos– por definición no es trabajo. Esto está agravado porque muchas veces ese "trabajo no remunerado" se esconde detrás de opciones formativas o, como en muchos hospitales públicos, de la promesa de que más adelante les darán un cargo rentado.

La inserción laboral del cirujano puede darse en muchos escenarios. El sistema de salud en la Argentina está dividido en los Sectores Público, Privado y de Seguridad Social.

De esta forma, el cirujano puede trabajar en hospitales públicos (dependientes del Estado, ya sea Nacional, Provincial o Municipal), para una Obra Social (OS), dentro del subsistema de seguridad social, o para una Clínica o Sanatorio, dentro del subsistema privado. A su vez, aquellos que trabajan en el sistema privado pueden percibir los honorarios de las cirugías a través

de la misma clínica, que es la que tiene los contratos con las obras sociales y prepagas, o ser prestador directo de alguna OS o prepa y recibir directamente el pago por la prestación.

De más está decir que un trabajo no es excluyente del otro. Un mismo cirujano puede trabajar dentro de los tres subsistemas y, además, tener diferentes modalidades de cobro en un mismo lugar.

En el primer caso, la regulación del trabajo será dada por leyes nacionales o provinciales de empleo público y el médico gozará de un sueldo en relación de dependencia, vacaciones y aportes al sistema jubilatorio.

En el caso de trabajar para una institución privada, puede hacerlo a través de la Ley de Contrato de Trabajo (LCT) o a través de la Locación de Servicio (lo que conocemos como Monotributo)²¹.

Aquellos médicos que están contratados bajo la LCT son los que conocemos como “en relación de dependencia”. Esto hace referencia a 3 características:

- Dependencia jurídica: el trabajador debe cumplir las órdenes o instrucciones que le imparta el empleador.
- Dependencia económica: el trabajador presta los servicios en beneficio o provecho del empleador, quien asume los riesgos del negocio o la empresa.
- Dependencia técnica: el trabajador debe ajustarse a los procedimientos y modalidades de ejecución de sus tareas indicadas por el empleador.

Según esta Ley, existe un contrato de trabajo, cualquiera sea su forma o denominación, siempre que una persona física se obligue a realizar actos, ejecutar obras o prestar servicios en favor de la otra y bajo la dependencia de esta, durante un período determinado o indeterminado de tiempo, mediante el pago de una remuneración.

Hay una relación de trabajo cuando una persona realiza actos, ejecuta obras o presta servicios en favor de otra, bajo la dependencia de esta en forma voluntaria y mediante el pago de una remuneración, cualquiera sea el acto que le dé origen.

La presunción de la existencia del contrato de trabajo se refiere al hecho de que la prestación de servicios hace presumir la existencia de un contrato de trabajo, salvo que por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demostrara lo contrario.

Esa presunción operará igualmente cuando se utilicen figuras no laborales, para caracterizar el contrato, y en tanto que –por las circunstancias– no sea dado calificar de empresario a quien presta el servicio.

La LCT establece que la jornada laboral no puede exceder las ocho horas diarias o las 48 horas semanales²⁰. Algunos de los beneficios que otorga esta ley al empleado son:

- Percibir un salario cuyo pago debe realizarse mediante el depósito en cuenta bancaria a nombre del trabajador, y la entrega de un recibo de sueldo, donde se detallan, entre otras cosas, las deducciones realizadas.

- Percibir el aguinaldo o Sueldo Anual Complementario.
- Derecho a vacaciones remuneradas, para proteger la integridad psicofísica del trabajador.
- Licencia por maternidad y estabilidad laboral durante la gestación.
- Otras licencias de las que puede gozar el empleado son: por paternidad, matrimonio, fallecimiento de familiar de primer grado, para rendir examen, o por una enfermedad inculpable que impida la prestación del servicio.
- También existe compensación por contingencias en casos de lesión o enfermedad ocasionada por la ejecución del empleo, y la obligación del empleador de contratar un Seguro del Riesgos del Trabajo (ART) para sus empleados.
- El trabajador y el empleador están obligados a realizar aportes y contribuciones para jubilación y Obra Social. El empleador es el responsable de retener e ingresar el aporte obligatorio que debe realizar el trabajador.

La Locación de Servicios está regida por el Código Civil y Comercial, es lo que se conoce como trabajo autónomo. En ella, el locador se obliga, sin estar subordinado al comitente, a prestar sus servicios por cierto tiempo o para un trabajo determinado a cambio de una retribución²².

El comitente queda obligado al pago de una retribución al locador por los servicios que este le preste. En la práctica, esta retribución recibe el nombre de honorario, debiendo el locador emitir facturas por los montos que correspondan a sus servicios.

La prestación de servicios que efectúa el locador es independiente, ya que –si bien el comitente puede indicarle cuál es el resultado que espera obtener– no puede dirigir la prestación de servicios que efectúa el locador.

En la locación de servicios, al no ser una relación laboral, no existen los beneficios de vacaciones, gratificaciones, compensación por tiempo de servicios, utilidades, obra social, aporte jubilatorio, entre otros.

Además, se libera al empleador expresamente de toda responsabilidad tributaria, transfiriéndola al prestador de servicios, y convirtiendo su cumplimiento en un requisito fundamental para poder cobrar sus honorarios.

El Trabajo No Registrado, conocido en la jerga como “trabajo en negro” es aquel en el cual el empleador no registra su relación laboral con un trabajador o la registra deficientemente. Por esto, el empleado no percibe los beneficios que tienen los trabajadores formales contratados bajo la LCT.

A su vez, cuando hablamos de modelos de pago a profesionales, podemos distinguir los siguientes²³:

- El salario: es la remuneración fija al empleado por el conjunto de actividades que desempeña en un período de tiempo dado.
- El pago por prestación: se realiza una remuneración

sobre la base de cada servicio individual que el médico le brinda al paciente.

- Modelo por cápita: se realiza el pago de una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del médico por un período determinado. La tarifa se percibe con independencia de que los pacientes utilicen o no los servicios del médico, así como la frecuencia de sus visitas.
- Modelos mixtos: se utilizan dos o más bases de pago, con el objetivo de anular los efectos negativos de cada modelo y potenciar los beneficios.

Como antecedentes de la situación laboral de los cirujanos generales (CG), tenemos las encuestas realizadas en el Relato de 1994 y en el de 2003.

En 1994, el 72% de los CG trabajaban en hospitales públicos y el 89% en establecimientos privados, por lo cual la mayoría (61%) tenían pluriempleo. Estos porcentajes no son muy diferentes de los de nuestra encuesta, con un 73% en el público y 85% en el privado. Pero, el pluriempleo es mayor en la actualidad, con un 82% de los CJ trabajando en 2 o más lugares.

En aquel momento, el hospital privado como ámbito de ejercicio exclusivo de los cirujanos casi triplicaba al hospital público, pero actualmente esos porcentajes no son tan diferentes (18% vs. 11%).

En 1994, el 67% cobraba a través del pago por prestación por convenio con obras sociales, mutuales o prepagas. En aquel momento, el convenio particular con el paciente ocupaba un 17% de los pagos, siendo superior a la remuneración en relación de dependencia, que era de un 15%. El convenio particular con el paciente aumentaba según la antigüedad del cirujano, llegando a un 24% en el grupo con más de 20 años de antigüedad.

En la actualidad, el 80% percibe parte de su ganancia por prestación y un 62% por sueldo. Un 44% cobra por ambas modalidades. Cuando lo hacen con una sola modalidad, los hombres generalmente cobran por prestación y las mujeres por sueldo, hecho que puede motivar las diferencias de los ingresos.

En 1994, el 61% se consideraban a sí mismos cirujanos generales y el 39% cirujanos especializados. Esta autovaloración como especializado aumentaba según la antigüedad, además de que la mayoría interpretaba que el concepto de cirujano especializado se refería a aquellos que ejercían con exclusividad dentro de esa especialidad. Cabe destacar que el 73% de nuestros encuestados están realizando o ya completaron un *fellowship*, por lo que los cirujanos del nuevo milenio son, en su mayoría especializados, y esta es una diferencia con respecto a los del siglo pasado.

Sobre la selección de personal en los Servicios de Cirugía, en 1994 solo en la mitad de los casos existían siempre concursos; eran menos frecuentes en el ámbito privado. Cabe destacar que, en el espacio abierto que otorgamos para comentarios en la encuesta de estructuras de los servicios, hubo muchas críticas a los

hospitales públicos. En ellas se destacaba la falta de concursos, que genera que los puestos se otorguen por amiguismo, y el requerimiento de tener que concurrir sin renta por varios años, hasta poder obtener un cargo.

La situación en el año 2003 era similar a la actual. En ese Relato observaron características diferentes de acuerdo con la región, pudiendo delimitar 3: Capital Federal (que ahora es conocida como Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CABA), Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) y el Interior. En nuestra encuesta, la mayoría de la gente que respondió trabaja actualmente en CABA, Gran Buenos Aires, Córdoba o Santa Fe. Esto posiblemente tenga relación con que la mayoría de los centros formativos para residencias posbásicas se encuentran en esas provincias, por lo que incluso cirujanos del Interior del país deben migrar para poder realizar la subespecialidad.

En 2003 notaron que había más cirujanos con exceso de horas de trabajo, más de 72 horas semanales, en la RMBA y el Interior, que en CABA. Además en CABA había una mayor incidencia de altos ingresos.

En ese momento, el deseo de que un hijo fuese cirujano como indicador de satisfacción personal con su "status" resultó más alto en el Interior del país que en la Capital Federal, mientras que, en la actualidad, solo el 31% de nuestros encuestados refirieron que estarían satisfechos con que su hijo sea cirujano, un porcentaje que nos parece bajo.

Los cirujanos del Interior, en 2003, concurrían menos a los Congresos de Cirugía que los del Gran Buenos Aires y CABA. Esta situación persiste en el tiempo, ya que las distancias y los costos del transporte y hospedaje hacen que no siempre sea posible asistir.

En los últimos años, la AAC estuvo trabajando en la integración de los cirujanos del Interior, ya que era una deuda pendiente. A través de los Capítulos se busca tener mayor contacto y conocimiento de las situaciones particulares de cada provincia. Además, se trabajó en aumentar la participación de cirujanos del Interior en Congresos y Jornadas como panelistas. Las nuevas tecnologías, y particularmente la etapa de la pandemia, cuando solo se podían hacer reuniones por videoconferencia, fueron el puntapié inicial para el desarrollo de muchas actividades académicas en línea (*online*), conocidas como *webinar*. Estos facilitan la capacitación médica continua a cirujanos de todas partes del país, pudiendo además aumentar su participación.

Los cirujanos jóvenes y la actividad societaria y/o gremial

En el año 2003 se planteaba que los problemas que enfrentan los cirujanos son diferentes en cada región, y aun en una misma región, diferentes según la institución donde se desempeñen. Por ello, incentivan a que cada uno, de forma individual o como grupo de cirujanos, comenzara a ejercitarse en la tarea

de manejar su práctica y negociar formas de trabajo y las remuneraciones con los prestadores. Estamos de acuerdo con que no existe una solución única para todo el país en cuanto a los problemas laborales, y que, posiblemente, las soluciones lleguen desde el Interior a las grandes ciudades. Lograr la unión de los cirujanos para defender las cuestiones gremiales es una tarea difícil, pero en regiones con menor cantidad de cirujanos no es imposible. Sin embargo, vemos con preocupación la baja participación de cirujanos menores de 40 años en los Capítulos regionales de la AAC. Según los resultados de nuestra primera encuesta, en el rango de mayores de 40 años hay un claro predominio de hombres, hecho que refleja que la inserción de mujeres en el ámbito quirúrgico aumentó en las últimas décadas.

Sin embargo, para los menores de 40 años, la participación es baja en ambos sexos. En nuestra tercera encuesta, el 57% respondió ser MAAC mientras que solo el 45% era miembro de la Sociedad Regional. Cabe destacar que no hubo diferencias con respecto al género en ser o no MAAC, pero sí en pertenecer a la sociedad regional.

Este desinterés en pertenecer a los Capítulos por los CJ podría vincularse con la hipótesis que plantea que estos no están interesados en la actividad societaria o gremial. Un hecho claro es escuchar la siguiente frase de forma recurrente entre los más jóvenes cuando se les pregunta si son MAAC:

“¿Para qué, si la Asociación no me da nada?”, expresión clara donde ponen de manifiesto una sensación profunda de negatividad y malestar.

En el año 2021 realizamos con la Comisión de Cirujanos Jóvenes una encuesta a Cirujanos Jóvenes No MAAC, y presentamos sus resultados en el *webinar* “¿Qué beneficios nos ofrece la AAC? ¿Cuáles queremos nosotros?”⁵.

Obtuvimos una tasa de respuesta del 38%, para los 1152 CJ no MAAC que sabíamos que existían. De aquellos que respondieron, el 73% seguía ejerciendo dentro de Cirugía General o sus especialidades, y de ellos, el 50% había realizado o estaba realizando un *fellowship*.

Cuando les preguntamos por qué no eran miembros, el 32% respondió por el costo de la membresía anual y un 26% por el costo del Curso Anual de Cirugía General. Por ello dedujimos que el tema costo representa un obstáculo para sortear a fin de que los cirujanos jóvenes se acerquen a la Institución.

Además, un 25% refirió no haber tenido un estímulo concreto de algún cirujano de su Servicio para ser socio. Y otro 25% consideró que la AAC está alejada de su trabajo diario como cirujano joven.

En cuanto a los beneficios que otorga la Institución, el 95% conocía los Cursos Anuales de la Asociación y el 42% las becas. Pero solo el 12% conocía la bolsa de trabajo. Y más grave aún, solo el 5% conocía las actividades del Comité de Gremiales y Laborales y un 4% a la Asociación Mutual Argentina de Cirujanos (AMuAC).

Esto nos condujo a interpretar 3 problemas:

1. Una mala difusión de las actividades por parte de la AAC.
2. CJ que no están interesados en involucrarse.
3. La coexistencia de ambas.

Además, el 20% expresó que la AAC no brinda muchos beneficios. Los cursos anuales son generalmente realizados por los residentes y, es verdad, hay pocos beneficios para los cirujanos en sus primeros años de inserción laboral, quienes posiblemente estén más interesados en recibir ayuda para insertarse en el ámbito privado.

Sin embargo, solo un 2% reflejó no estar interesado en los beneficios que brinda la AAC, por lo que podemos considerar que los beneficios que tiene son útiles, pero que habría que crear otros nuevos en función de las necesidades de los CJ y a un costo más accesible.

Entre las actividades o beneficios que los encuestados consideran importante que la AAC ofrezca para sus miembros, la mayoría de las respuestas fueron:

- Gremiales
- Bolsa de trabajo
- Cursos, Congresos
- Becas, costos más bajos para los cursos y congresos
- Otras: rotaciones (en el país y exterior), simulación, biblioteca virtual.

Todos estos beneficios, en realidad, la Asociación ya los tiene. Es verdad que algunos no están tan desarrollados como otros. Sin dudas, hay que trabajar para promover la difusión de las actividades y la participación de los CJ, y considerar que el tema de los costos es particularmente relevante para este grupo.

Nomenclador de prácticas quirúrgicas

Con respecto a los honorarios percibidos por prestación, que mostramos en la primera encuesta realizada a los Capítulos, vemos que hay muchas diferencias regionales y, a su vez, pocos lugares se aproximan a los valores del Nomenclador de la Asociación Argentina de Cirugía.

Cabe destacar que el 18% de nuestros encuestados no conoce el Nomenclador, y que el 68% refiere que los honorarios que cobra raramente o nunca alcanzan a los de este.

La falta de conocimiento sobre el Nomenclador refleja, una vez más, la falta de interés de los CJ en involucrarse en la actividad gremial. Pero también, el hecho de que en la actualidad no esté implementado en la mayoría de las regiones apoya su idea sobre la falta de utilidad.

El Nomenclador de la AAC²⁴ es una herramienta creada por el Comité de Gremiales y Laborales a principio de la década de 1990, para poder negociar

con Sanatorios y Obras Sociales los valores de las prácticas. Está desarrollado en 10 niveles, de forma ascendente de honorarios médicos, tomando en cuenta la complejidad, capacitación acreditada para efectuar el procedimiento y el riesgo que conlleva cada práctica.

El objetivo final de la AAC con esta herramienta es que el Cirujano Certificado pueda percibir un honorario acorde con la jerarquía de la práctica que realiza.

El Nomenclador establece también el equipo quirúrgico necesario para cada práctica y sus honorarios. El cirujano ayudante debería percibir el 25% del honorario del cirujano y la Instrumentadora quirúrgica el 10%. Esta situación sabemos que no se respeta, y, si bien no lo preguntamos de forma directa, el 33% de nuestros encuestados refirió realizar “trabajos gratuitos” (no remunerados) de forma frecuente, y un 24% de forma ocasional. En aquellos lugares donde las ayudantías son pagadas directamente por el cirujano, se da muchas veces la situación de falta de pago, de honorarios menores del 25% o de pagos muy retrasados, además de la utilización de residentes como ayudantes, sin percibir remuneración. En algunas regiones lograron que tanto las cirugías como las ayudantías se cobren a partir de la Asociación regional o el Colegio de Médicos, evitando los módulos. Eso generó que la parte económica se separara de las jerarquías o relaciones de poder que se puedan generar, evitando muchos problemas. Además, obliga a operar siempre con otro cirujano, por lo que jerarquiza la profesión, brinda calidad al trabajo y evita situaciones de conflicto entre colegas.

Según el Nomenclador, las cirugías laparoscópicas deberían aumentar su valor en un 30% con respecto al procedimiento realizado por cirugía abierta para todos los integrantes del equipo. Esta situación no se respeta siempre por las obras sociales, teniendo un módulo único.

Además, la cirugía de urgencia nocturna, tanto como la efectuada en días feriados, sábados y domingos, debería tener un adicional del 20% del honorario quirúrgico habitual.

En la actualidad, el Nomenclador fija el valor de la unidad quirúrgica en 4800 pesos. Este debería ser el mismo de la consulta en consultorio, mientras que el de una colecistectomía laparoscópica debería ser de \$216 000, una hernioplastia inguinal convencional de \$144 000 y una hemicolecotomía derecha o izquierda de \$720 000. Según los resultados de nuestra encuesta, esta situación no se cumple en ninguno de los lugares que respondieron; en cambio, los que mejor pagan son Mar del Plata y Comodoro Rivadavia.

Con respecto a las guardias, el Nomenclador fija su valor en día de semana en 16 unidades quirúrgicas, o sea, \$76 800, mientras que una guardia de fin de semana 19 UQ, \$91 200. Esta situación tampoco se cumple, y solo Comodoro Rivadavia se aproxima a dicho valor.

Encontramos dos modalidades de guardia: activas y pasivas. Según nuestra encuesta, la primera modalidad se utiliza principalmente en las Instituciones públicas, mientras que las guardias pasivas son más frecuentes en el ámbito privado.

El valor de la guardia activa en el ámbito público está estipulado por el Estado y no tiene diferencias según especialidad. Es lo mismo realizar una guardia activa de médico en la guardia externa, sin haber realizado siquiera una residencia, que realizar una guardia activa de cirujano, teniendo la residencia completa y en muchos casos una subespecialidad.

Sobre las guardias pasivas el problema parece ser más profundo. Según la Reglamentación del Trabajo del Médico de Guardia que rige en la provincia de Buenos Aires²⁵, las guardias pasivas pueden ser realizadas por profesionales que realicen tareas consideradas de apoyo; los que desarrollen especialidades que, siendo necesarias para el Servicio demandante, no requieran permanencia debido al perfil de la Institución y la estadística de la patología, y los reservados para situaciones de ayudantías quirúrgicas o equipos previamente conformados. Aquellas personas que realicen guardias pasivas estarán sujetas a disponibilidad fija y deberían gozar de los mismos derechos y tener las mismas obligaciones que aquellos de guardia activa.

Para la provincia de Buenos Aires, el Decreto 6732 del Poder Ejecutivo y la resolución del Colegio de Médicos de la Provincia estipulan que la guardia de apoyo o pasiva debe ser remunerada, aun en aquellos casos en que el profesional no sea requerido. Se deben considerar valores especiales para guardias nocturnas, fines de semana y feriados. A su vez, estas guardias deben ser consideradas asimilables al régimen laboral de dependencia, excepto que se demuestre la existencia de otro tipo de relación contractual.

En la práctica existen 3 formas de pago de las guardias pasivas:

- Pago solo por prestación de las prácticas que realice, sin haber un pago por disponibilidad. De modo que si no realiza ninguna práctica en ese día, no percibe honorarios.
- Pago de una base por “disponibilidad de guardia pasiva”, a lo que se le suma el pago por prestación en caso de realizar alguna cirugía.
- Pago de un sueldo, sin diferencia por la cantidad de prácticas que realicen.

Si bien no lo investigamos en las encuestas, es de nuestro conocimiento que muchos establecimientos privados no pagan la disponibilidad de guardia pasiva. Creemos necesario instaurar este tema en la agenda para mejorar las condiciones laborales de los CJ.

Sobre los honorarios en los cargos de los hospitales públicos, la encuesta que realizamos a los Capítulos reveló, también, diferencias por región. Es lógico pensar que, con la extensión que tiene la Argentina y la distribución de los cirujanos en ella, la capacidad de

negociación de aranceles es muy distinta atendiendo a la realidad local con problemas y posibles soluciones para cada sector. Sin embargo resulta difícil de comprender que ciertas provincias tengan valores muy bajos en los cargos públicos, cuando son las que deberían atraer con más énfasis a los cirujanos.

El mercado laboral

Según la teoría²⁶, al mercado laboral lo definen las organizaciones y sus oportunidades de empleo. Según la oferta de puestos de trabajo que realizan en este caso los hospitales y sanatorios, y la demanda de dichos puestos de trabajo por los cirujanos, pueden presentarse las siguientes situaciones:

- 1) Oferta mayor que la demanda.
- 2) Oferta igual a la demanda, cuando hay un equilibrio entre el volumen de ofertas de empleo y el volumen de candidatos para satisfacerlas.
- 3) Oferta menor que la demanda.

En "situación de oferta", como sucede en el interior del país, se supone que debería haber:

- Excesiva oferta de vacantes.
- Competencia entre los hospitales/sanatorios para conseguir candidatos.
- Aumento de inversiones en reclutamiento.
- Menores exigencias a los candidatos y moderación del proceso selectivo.
- Aumento de inversiones en capacitación.
- Énfasis en el reclutamiento interno.
- Desarrollo de políticas de retención del personal.
- Orientación hacia las personas y su bienestar.
- Aumento de las inversiones en beneficios sociales.

En "situación de demanda", como sucede en las grandes ciudades hay:

- Insuficiente oferta de vacantes.
- Poca competencia entre los hospitales/sanatorios.
- Reducción de inversiones en reclutamiento.
- Aumento de exigencias a los candidatos y mayor rigor en el proceso selectivo.
- Reducción de inversiones en capacitación.
- Énfasis en el reclutamiento externo.
- Desarrollo de políticas de sustitución de personal.
- Orientación hacia el trabajo y la eficiencia.
- Reducción o congelamiento de las inversiones en beneficios sociales.

A su vez, el mercado de los Recursos Humanos (RR.HH.) está conformado por el conjunto de individuos aptos para el trabajo, en determinado lugar y época. Pueden ser candidatos actuales, que están buscando empleo, o potenciales, aquellos que están en condiciones de hacerlo pero aún no lo hacen.

Este mercado actúa como espejo del mercado laboral: cuando uno está en oferta, el otro está en

demanda, y viceversa. Son sistemas en constante interacción.

Cuando hay una situación de oferta del mercado de RR.HH., como sucede en nuestro caso en CABA, Gran Buenos Aires y Córdoba capital, encontramos:

- Una cantidad excesiva de candidatos.
- Competencia entre candidatos para obtener empleos.
- Reducción de las pretensiones salariales.
- Mucha dificultad para conseguir empleo.
- Temor de perder el empleo actual y mayor apego a la compañía.
- Baja incidencia de ausentismo.
- El candidato acepta cualquier oportunidad.
- Orientación hacia la supervivencia.

En cambio, en situación de demanda del mercado de RR.HH., como sucede en el interior del país, hay:

- Cantidad insuficiente de candidatos.
- Falta de competencia entre candidatos.
- Elevación de pretensiones salariales.
- Mucha facilidad para conseguir empleo.
- Disposición para dejar el empleo actual y menor apego a la compañía.
- Alta incidencia de ausentismo.
- El candidato elige entre las oportunidades.

Esto, que parece tan lógico, en principio no se cumple para los cargos de cirujanos en hospitales públicos en algunos sectores del interior del país. Aquellos lugares que deberían ofrecer mayor rédito económico y mejores condiciones laborales por escasez de recurso humano, como por ejemplo las provincias de Formosa, Chaco y La Rioja, no lo estarían haciendo.

Además, en lo que respecta a la práctica privada, la entrada de nuevos cirujanos, en cantidad y calidad, debería estar armonizada con las necesidades del mercado local, para que no haya sobreoferta de servicios, ya que esta situación podría generar un deterioro de los honorarios. El "control entre pares" tiene que ser racional, para evitar situaciones que no permitan el ingreso de colegas en la región, aun habiendo potenciales puestos de trabajo, por miedo a la competencia o a perder lugares de poder.

El Relato del año 2010 sobre el cirujano rural²⁷ muestra que solo el 10% de los MAAC están radicados en ciudades de menos de 50 000 habitantes. La mayoría de esos cirujanos tienen más de 20 años de ejercicio en la especialidad, lo que podría representar un problema en el futuro, cuando se jubilen.

Los problemas que debe afrontar un cirujano que ejerce en este tipo de ciudades son:

- La escasez del recurso humano profesional, no quirúrgico.
- La insuficiencia de la infraestructura hospitalaria.
- La adaptación al entorno social y laboral, particularmente cuando además tiene que insertarse su grupo familiar.

- La dificultad para la capacitación permanente, que incluye el costo de viajar a los Congresos y la falta de disponibilidad de reemplazos si está fuera de la ciudad.

El 80% de los residentes encuestados en ese momento no tenían intenciones de radicarse en una ciudad de menos de 50 000 habitantes. Los argumentos más señalados fueron:

- El aislamiento profesional.
- Temor a los escasos recursos.
- Desarraigo.

También, no sentirse capacitados para afrontar la diversidad de patologías que ocupan al cirujano en esas áreas. Esto se relaciona con un déficit en la formación quirúrgica en ginecología-obstetricia, urología y cirugía pediátrica. Sin embargo, el 61% de los residentes consideraba útil que durante los últimos meses de la residencia pudiera rotar en el lugar donde se iba a radicar. Esto podría ayudar a la inserción futura.

Si bien uno podría pensar que la calidad de vida mejora al vivir fuera de las grandes ciudades, Deluca y Moscardi²⁷ no encontraron diferencias, por lo cual sería necesario buscar otros beneficios que atraigan a los CJ a dichas ciudades.

Pocos son los trabajos publicados sobre la situación laboral en las diferentes provincias de la Argentina.

En el año 2020, Landi²⁸ publicó un artículo sobre los conflictos de los cirujanos en la provincia de Santa Fe. Realizó una encuesta a 73 cirujanos, con una tasa de respuesta del 57,5%. La mayoría de ellos, 88%, ejercían dentro de la capital provincial.

La mediana de edad fue 40 años, con un 56% de los encuestados ubicados en el grupo de 40 o más años. El 81% pertenecía a la Asociación Santafesina de Cirugía, y el 52,4% era adherente a la AAC. Del 19% que no pertenecía a la Asociación Santafesina, la mayoría eran jóvenes.

Casi la totalidad de los cirujanos expresaron que sus ingresos no se corresponden con el tiempo invertido en la práctica, y a esto, la mayoría lo atribuía a que las cirugías deberían ser mejor pagas ya sea por su dificultad o por el tiempo invertido.

El 26,2% consideraron abandonar su práctica diaria en el último año, por ser la causa económica su principal problema.

En este trabajo se plantea que la inconformidad del cirujano frente a su salario, la discrepancia en el porcentaje entre cirujanos y cirujanas, la falta de cirujanos jóvenes y la alarmante cifra de cirujanos recibidos por año (35 para Santa Fe), son 4 puntos clave que deberían abordar de manera urgente tanto las Asociaciones locales como nacionales.

En el año 2022, Palacios Huataco²⁹ publicó un artículo en la *Revista Argentina de Cirugía* sobre la situación actual de los cirujanos jóvenes de Córdoba, por lo que estudiaron un grupo similar al incluido en este relato.

Obtuvieron 53 respuestas, de las cuales el 51%

correspondieron a hombres. La mediana de edad fue 32 años. El 72% ejercía en Cirugía General y el 61% ejercía en 1 o más subespecialidades quirúrgicas.

La mitad de ellos trabajaba solo en instituciones privadas y un 28% tanto en públicas como privadas.

El 57% informó que su actividad quirúrgica y/o académica durante su programa de formación fue deficiente, principalmente por insuficiente cantidad de cirugías y de actividad académica, tiempo insuficiente de enseñanza y sobrecarga laboral. Por lo tanto, vemos que, 12 años después del Relato referido al cirujano rural, la formación de los Residentes de Cirugía General no ha mejorado.

El 89% consideró que el CJ no consigue salida laboral rápida en instituciones públicas o privadas en esa provincia. El 96,2% refirió que sus prácticas no eran bien remuneradas y todos afirmaron que eran inequitativas en diversas instituciones.

Además, más de la mitad (57%) manifestó frustración e incertidumbre económica. Aquellos que informaron estabilidad emocional y económica, adjudicaron que esta se logró con un elevado costo personal, familiar y social.

La participación en Sociedades que refleja este trabajo es baja: el 34% pertenece a la Asociación de Cirugía de Córdoba y solo el 23% a la AAC.

Los que no participaban en sociedades manifestaron desinterés, por no verse representados o por no encontrar un beneficio de pertenecer a ellas.

Con respecto a las cirujanas, la mitad trabaja en el sector privado, el 32% en el sector público y el 18% en ambos.

Respecto de los temas de género, ellos informaron que el 73% de los encuestados experimentó o presencié discriminación e inequidades de género y la mitad hostigamiento o acoso sexual en el ámbito laboral. Además, el 32% informó inequidad salarial, e igual porcentaje manifestó que su práctica laboral no es compatible con la maternidad.

Hay dos propuestas que nos gustaría rescatar de la bibliografía publicada. Una es del Relato del año 2003 y la otra del 2010:

- 1) En el primero proponían generar un curso a distancia de administración de la práctica del cirujano y de economía de la salud, con el objetivo de capacitar al cirujano para negociar su práctica con los administradores y financiadores. Esta idea nos pareció sumamente interesante para retomar, en lo que podría ser un curso que no solo prepare al cirujano para negociar su práctica, sino también en otros aspectos de la práctica profesional como:
 - La creación de su marca personal.
 - El sistema tributario.
 - Aspectos legales de la práctica quirúrgica.
 - Cómo desarrollar la práctica privada.
 - Inversiones en instrumental e insumos.
 - Realizar *fellowships* en el exterior.

De algunos de esos temas realizamos *webinars* con la Comisión de Cirujanos Jóvenes³⁰⁻³⁴. Es importante formarnos no solo en técnicas y clínica quirúrgica, sino también en otros aspectos de la práctica profesional dado que, generalmente, las Universidades no nos preparan.

2) En el Relato acerca del cirujano rural se plantea que, si bien los cirujanos voluntarios que van a operar a diferentes ciudades ofrecen una participación valiosa, es imposible asegurar un programa eficaz y continuo exclusivamente sobre la base del altruismo.

Debería haber una política de salud que permita accesibilidad a los pacientes para resolver sus patologías quirúrgicas pero que, además, garantice condiciones laborales adecuadas para los cirujanos que se desempeñen en el lugar.

La Asociación Argentina de Cirugía debería participar activamente en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación, los ministerios provinciales y colegios médicos para formar una red donde se detecte qué zonas tienen faltantes de recursos humanos, cuáles son los motivos (ambientales, estructurales del hospital, salarios, etc.), y poder así armar un plan que favorezca tanto a los pacientes como al médico que se radicará en el lugar.

Además, esta red podría orientar a los residentes de último año para que realicen rotaciones en el interior de las provincias y promover así que ejerzan en el lugar. Esto los ayudaría a conocer el terreno y adaptarse al lugar.

El objetivo sería que el médico continúe desempeñándose el resto de su vida en ese ámbito, y que no sea esto solo una fase transitoria mientras espera un puesto más atractivo en otra ciudad. Para ello, es necesario que se sienta atraído por el trabajo y que el esfuerzo adicional que supone esté suficientemente compensado.

Además, esta red podría participar en los procesos de actualización médica continua mediante plataformas remotas, otorgando accesibilidad a la formación. Y tener consultores de las diferentes subespecialidades, para que los cirujanos de poblaciones aisladas puedan realizar teleconsultas con expertos que los ayuden a resolver casos complejos, y ser el nexo para la derivación de pacientes que no puedan tratarse en el lugar.

Como podemos ver, la situación laboral de los CJ no cambió mucho en los últimos 30 años. La única diferencia es que ahora están en proporción, más subespecializados, condición de la que hablaremos a continuación. Incluso hay soluciones que ya están propuestas pero que no se han llevado a cabo. Es momento de ponerlas en acción.

Especialidad y subespecialidades

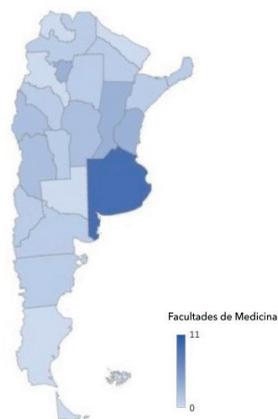
Residencias de Cirugía General

En la Argentina hay 45 universidades que cuentan con la carrera de Medicina, 23 son públicas y 22 privadas (en este caso 4 son Institutos Universitarios). De todas ellas, 20 se encuentran en el Área Metropolitana de Buenos Aires. La distribución por provincias se visualiza en la figura 13.

Con respecto a la formación en la Residencia de Cirugía General, en el Censo que realizamos detectamos 182 hospitales, de los cuales pudimos censar 174 (tasa de respuesta del 96%). Sesenta (60) sedes formativas se encuentran en la provincia de Buenos Aires, 34 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 26 en la provincia de Córdoba y 20 en la provincia de Santa Fe; estos 4 lugares representan el 77% de las sedes. En los mapas podemos ver la distribución de oferta de grado y posgrado para Cirugía General, según las provincias.

FIGURA 13

FACULTADES DE MEDICINA POR PROVINCIA



A

RESIDENCIAS DE CIRUGÍA POR PROVINCIA



B

A: Densidad de Facultades de Medicina por provincia. B: Densidad de residencias de Cirugía por provincia

Además, detectamos 1687 egresados entre 2015 y 2020 inclusive, de los cuales 666 (39,4%) son mujeres. Al finalizar el año 2022, 531 eran MAAC (31,47%). La distribución de egresados por provincia se muestra en la tabla 15.

Acorde con los resultados de nuestra encuesta, la mayoría de los CJ se encuentran en la provincia de Buenos Aires, CABA, Córdoba y Santa Fe, ya que son las que ofrecen mayor oferta académica para la especialización. Además, hay movimientos migratorios luego de finalizar la residencia, hacia aquellas provincias con instituciones donde se puede realizar la subespecialización.

Varios artículos plantean una crisis mundial en las residencias quirúrgicas en los últimos años. En Estados Unidos, por ejemplo, pocos estudiantes de medicina eligen especialidades quirúrgicas para las residencias, por lo que el 25% de las plazas son utilizadas por candidatos internacionales²⁵. Marco Patti³⁵ identifica como causas de esta crisis: la brecha generacional y el impacto de las experiencias durante la carrera de grado de Medicina, donde la mayoría de los internos no se sienten a gusto durante sus rotaciones por cirugía.

En la Argentina, Cirugía General pasó de ser la cuarta especialidad médica más elegida en 2018, a la primera en el año 2022³⁶. Cabe destacar que hubo una disminución muy marcada de postulantes a Pediatría y a Clínica Médica, que eran históricamente las especialidades más elegidas. De los últimos 5 años, en 2020 se registró el mayor número de inscriptos tanto al examen de residencias en general como a cirugía en particular, pero estos dos valores disminuyeron en los últimos dos años.

Otro dato importante es el porcentaje en aumento de mujeres que ingresan en la residencia de Cirugía General, que llegó a ser en 2022 el 55,2% de los inscriptos, mientras que en el año 2003 el porcentaje de mujeres en las residencias de Cirugía General era del 15%.

El promedio de edad de los ingresantes en residencias de Cirugía General es de 27 años.

En la tabla 16 podemos ver el número de postulantes a residencias médicas en la Argentina, el número de postulantes específicamente para cirugía, el porcentaje de mujeres y el promedio de edad.

La mayoría de las residencias de Cirugía General de la Argentina actualmente tienen programas de 4 años de duración, más un año de jefatura opcional, y son de dedicación exclusiva³⁷.

Según los resultados de nuestra encuesta, un 16% de los CJ no siguen ejerciendo dentro de la Cirugía General al finalizar la residencia. La mayoría de ellos (el 68%), usan esta residencia como “puente” para poder realizar una subespecialidad, principalmente Plástica,

■ TABLA 15

Distribución de egresados por provincia

Provincia	Cantidad de egresados entre 2015-2020	Mujeres
Buenos Aires	540 (32%)	234 (43%)
CABA	432 (26%)	182 (42%)
Córdoba	206 (12%)	72 (35%)
Santa Fe	135 (8%)	57 (42%)
Mendoza	79 (5%)	18 (23%)
Tucumán	72 (4%)	16 (22%)
Entre Ríos	42 (3%)	13 (31%)
Misiones	29 (2%)	12 (41%)
Corrientes	23 (1%)	7 (30%)
Jujuy	17 (1%)	9 (53%)
Chaco	16 (1%)	3 (19%)
San Juan	15 (1%)	8 (53%)
Neuquén	13 (1%)	10 (77%)
Catamarca	13 (1%)	3 (23%)
Santiago del Estero	11 (1%)	3 (27%)
La Rioja	11 (1%)	5 (46%)
Río Negro	10 (1%)	4 (40%)
Formosa	8	4 (50%)
Salta	7	3 (43%)
Chubut	6	2 (33%)
San Luis	2	1 (50%)

■ TABLA 16

Número de postulantes para residencias médicas en la Argentina, número de postulantes para cirugía, % de mujeres y promedio de edad

	Total Postulantes Examen Único (esp. médicas)	Total postulantes de Cirugía	N.º de mujeres para cirugía	Promedio de edad
2018	5566	509	254 (49,9%)	27,3
2019	6588	668	329 (49,3%)	27,5
2020	7480	745	388 (52,1%)	27,8
2021	6239	679	387 (56,9%)	27,9
2022	5954	636	351 (55,2%)	27,5

Urología, Cirugía Pediátrica o Cardiovascular. Esto nos plantea el interrogante de si es necesario o no realizar 4 años de Cirugía General para luego hacer una de esas especialidades.

En un trabajo publicado en el año 2021 sobre la inserción laboral del cirujano joven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires³⁸, se plantea esta misma problemática. Los autores realizaron una encuesta a los médicos que participaron en el examen de residencias de Cirugía General entre 2000 y 2018 y obtuvieron 435 respuestas, lo que representa el 32% de esa población. De aquellos que respondieron, un 73% realizó una residencia posbásica. Cirugía Plástica (23%) y Coloproctología (14%) fueron las más elegidas. Solo un 24,7% se insertó inmediatamente en el mercado laboral como cirujano general. Cabe destacar que en la encuesta de nuestro Relato, Cirugía Plástica es la especialidad más elegida entre los que no ejercen más en CG; pero, además, un 10% de los que siguen ejerciendo en CG realizan esa subespecialidad.

En dicho trabajo, de los que finalizaron su residencia, un 17,4% se desempeña exclusivamente como cirujano general, mientras que un 34% refería dedicarse con exclusividad a su subespecialidad. Además, el 13,8% manifiesta desarrollar tareas no asistenciales.

Sarsur³⁸ plantea que la falta de confianza para realizar procedimientos quirúrgicos de manera independiente y la necesidad de completar los 4 años de residencia de Cirugía General son problemas para resolver.

Propone modificar el sistema de residencias, algo que ya se había planteado en el Relato del año 2004. Entre las propuestas, nos parecen interesantes las siguientes:

- Un programa de 5 años con el formato 2 + 3: con un período inicial de formación básica de 24 meses con generalidades de la práctica quirúrgica y un segundo período de formación avanzada, donde se desarrollará en profundidad la subespecialidad. Esto implica que los residentes migren por diferentes instituciones, en pos de explotar al máximo el recurso humano y garantizar la correcta formación avanzada de los participantes.
- Adaptación a la práctica independiente: agregar un quinto año obligatorio para todos los residentes, donde puedan actuar como cirujanos independientes, reemplazando la figura del jefe de residentes.
- Regular la apertura de vacantes: para ello sería necesario establecer periódicamente el recurso humano disponible en las subespecialidades y regular la apertura de plazas según necesidad.

Además de que es necesario reevaluar la forma y duración de los programas de residencias de Cirugía General, otro punto importante es que su acreditación es voluntaria. El proceso de acreditación sirve para evaluar el nivel formativo brindado en la institución y

cotejar si está basado en los estándares nacionales establecidos por el Ministerio de Salud de la Nación. Solo 51(28%) sedes formativas están o estuvieron acreditadas en algún momento por el Ministerio de Salud de la Nación³⁹.

Si analizamos los datos aportados por los Relatos, en 1992 había 70 residencias de cirugía y solo 24 (34%) estaban acreditadas. En 2003, de 67 programas registrados, 14 (21%) recibieron la acreditación completa, 37 (55%) una acreditación parcial y 16 (24%) que no dieron sin acreditar.

Actualmente, de las 182 residencias que conocemos, solo 50 (28%) figuran en la página de la AAC con acreditación vigente.

Esto genera una preocupación, ya que nos sugiere que probablemente haya diferencias en el nivel formativo de cada residencia y que algunas ni siquiera están interesadas en saber si cumplen con los estándares básicos. Estas diferencias que pueden basarse en número o calidad de cirujías, en actividad académica y en recursos institucionales, afectan la formación de los nuevos cirujanos y, sin duda, su inserción laboral posterior.

Residencias posbásicas y fellowships

En el apartado anterior hablamos de la preocupación por la falta de supervisión de las residencias de Cirugía General. Más nos preocupa la falta de fiscalización de las residencias posbásicas y los *fellowships*.

Las opciones formativas posbásicas surgen durante las décadas de 1970 y 1980 como una nueva forma de adquirir entrenamiento quirúrgico avanzado. En los últimos años, la capacitación por medio de *fellowships* ha proporcionado a los residentes quirúrgicos graduados una oportunidad para aumentar su confianza mediante un conjunto de procedimientos quirúrgicos específicos y el aprendizaje de habilidades complejas y tecnologías avanzadas⁴¹.

Sabemos que la diversificación de los procedimientos, la influencia del mercado y las presiones corporativas han promovido la proliferación de especialidades y especialistas. Eso genera que haya una demanda de reconocimiento de nuevas especialidades médicas para el Ministerio de Salud de la Nación, que pasó de tener 42 en 2001 a 70 en 2019.

La Ley 17132, modificada por la Ley 23873, establece que es el Ministerio de Salud de la Nación el que determina las especialidades médicas y odontológicas reconocidas, sin establecer un mecanismo. En el ámbito federal, la Resolución 1105/2006 ha sido la herramienta utilizada como mecanismo de consenso, intentando cohesionar el reconocimiento de especialidades en todo el país. Como resultado de este procedimiento, la Resolución 1814/215 establece el listado de setenta especialidades médicas con consenso del

Consejo Federal de Salud (COFESA)⁴². La existencia de una residencia o carrera de especialista universitario es un antecedente para considerar con miras al reconocimiento de una nueva especialidad y, a su vez, este último hecho promueve indefectiblemente la apertura de espacios de formación. El Estado debe regular ambas instancias, tanto para proteger la salud de la población, como para orientar la planificación de los equipos de salud.

Ya en el Relato de 1994 se planteaba la utilidad de las subespecialidades. Aunque sabemos que, como concepto, la razón de la especialización debería ser la intención de abocarse a un campo limitado para poder aumentar el conocimiento y la tecnología, hay objetivos reales que convierten a la subespecialización en una forma de jerarquización profesional y una vía para aumentar la remuneración o acceder a facturar prestaciones específicas con honorarios diferenciales. Es indudable que estos objetivos económicos son parte de la razón por la que un profesional accede a una especialización. A su vez, el objetivo de solicitar la creación de nuevas especialidades tiene que ver con la limitación de su ejercicio o de ciertas prácticas a aquella especialidad, y poder exhibirse como subespecialista.

El recorrido que lleva a que un conjunto de saberes se convierta en una disciplina científica necesita, por lo menos, dos etapas que garanticen su desarrollo y autonomía:

- La legitimación de esos saberes como objeto de políticas públicas.
- El reconocimiento estatal de instancias de formación que garanticen las bases del mercado profesional. Estas son las que marcarán el límite entre quienes son especialistas y quienes no, generando exclusividad en el mercado laboral.

Una vez reconocida una especialidad, la certificación de especialistas es responsabilidad directa del Estado. En nuestro país intervienen en este proceso entidades con distintas responsabilidades que se vinculan entre sí: universidades, colegios y sociedades científicas.

Las asociaciones de profesionales desempeñan un papel activo en la regulación del ejercicio profesional, incidiendo tanto en la incorporación de nuevas disciplinas o especialidades como en el control ético y la calidad de los profesionales.

En la Argentina, la competencia de regulación y fiscalización es ejercida por los estados provinciales, ya sea a través de los Ministerios o Secretarías de Salud, o delegándola a los Colegios o Consejos Médicos, como espacio de autorregulación profesional. El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad sanitaria de regulación y fiscalización del ejercicio profesional de los médicos en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y territorios federales, por no haber sido transferida aún dicha competencia.

Cada jurisdicción tiene la capacidad de generar regulación referente a la matriculación de médicos, el

reconocimiento de especialidades y sus modalidades de certificación.

El modelo nacional que desarrolla la Ley 17132 del año 1967 de Ejercicio Profesional de la Medicina y la Odontología, y que se aplica para el ámbito de regulación y fiscalización del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, especifica como modalidades de certificación de las especialidades médicas al:

- a) Reconocimiento de la formación a través de una residencia acreditada por autoridad competente
- b) Reconocimiento por carrera de especialista universitario
- c) Reconocimiento del profesor titular o adjunto de una cátedra de la especialidad
- d) Reconocimiento efectuado por sociedad científica de la especialidad, entidad debidamente acreditada por autoridad competente
- e) Reconocimiento por evaluación de antecedentes y examen de autoridad jurisdiccional.

Estas son las modalidades también adoptadas en las distintas jurisdicciones por los Ministerios de Salud o los Colegios de ley para la certificación de los médicos.

El Consejo Federal de Salud (COFESA) es el espacio donde se ejerce la rectoría de los diferentes aspectos para tener en cuenta sobre el ejercicio profesional de las profesiones de la salud. Este creó un listado de especialidades médicas, a través de las Resoluciones MS 1923/06, MS 2273/10, MS 908/2012 y MS 1814/15, el cual se encuentra vigente y establece 70 especialidades médicas, a las que se deben adicionar 4 especialidades multiprofesionales, aprobadas por Resolución MS 13337/2011.

Sin embargo, cuando se analizan las diferentes jurisdicciones, aparecen denominaciones diferentes para las especialidades y subespecialidades en las provincias, pudiendo identificarse 148 especialidades y subespecialidades.

Con respecto a las “especialidades quirúrgicas”, COFESA reconoce:

- Cirugía General,
- Cirugía Cardiovascular Pediátrica,
- Cirugía Cardiovascular,
- Cirugía de Cabeza y Cuello,
- Cirugía de Tórax,
- Cirugía Infantil/Pediátrica,
- Cirugía Plástica y Reparadora,
- Cirugía Vasculosa Periférica,
- Coloproctología,
- Urología.

Otras especialidades quirúrgicas: Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, Ortopedia y Traumatología Infantil.

Cuando se analizan las residencias posbásicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires, encontramos oferta de algunas especialidades que no están dentro del listado COFESA, como:

- Cirugía Invasiva Mínima
- Mastología
- Trasplante

Entonces, en la formación posbásica encontramos 2 grandes grupos:

- Los posgrados universitarios o Carreras de Especialista.
- Las residencias y los cursos de actualización (*Fellowships*).

La Resolución 160/2011 del Ministerio de Educación de la Nación define que las Carreras de Especialista “tienen por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de la profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo”.

Para ingresar en una residencia médica “posbásica”, se requiere una especialidad previa. En ocasiones, una misma especialidad puede ser ofrecida como residencia tanto básica como posbásica.

No hay un lugar donde esté concentrada toda la información de las propuestas formativas de posgrado para Cirugía General: sede, años de duración, vacantes, remuneración, aval, si realmente preparan al egresado para insertarse dentro de la subespecialidad. Esto generó que, para poder encontrar la información que presentaremos a continuación, tuvimos que ingresar en las páginas web de cada Universidad, de los exámenes de residencias, y de los hospitales que conocíamos, o alguien nos brindó la información de que tenían *fellowship*. Esta tarea fue muy engorrosa, ya que muchos hospitales públicos no tienen páginas web, y en algunos privados la información es escasa.

De todas las universidades públicas que hay en el país, solo la Universidad de Buenos Aires (UBA), la Universidad Nacional de Cuyo, la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), la Universidad Nacional de Rosario y la del Comahue tienen la carrera de especialista en Cirugía General. De las privadas, la tienen la Universidad Católica de Córdoba, el Instituto Universitario CEMIC y el Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Para las subespecialidades quirúrgicas, la UBA es la que mayor oferta tiene⁴⁴, pues presenta carreras de especialista en: Cirugía Bariátrica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Digestiva, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía de Emergencia y Trauma, Cirugía Torácica, Coloproctología, Endoscopia Digestiva, Intervencionismo Percutáneo, Mastología, Medicina Estética y Oncología Quirúrgica. Estas carreras se cursan de forma práctica en sedes hospitalarias. Los alumnos no cobran sueldo.

La Universidad Nacional de Córdoba⁴⁴ posee carreras de especialista de Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica y Cirugía Vasculor.

Dentro de las universidades privadas, 6 tienen especialidades:

- Universidad Católica Argentina⁴⁵: ofrece las

especializaciones en Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial y Flebología.

- Universidad Abierta Interamericana⁴⁶: Cirugía Maxilofacial.
- Universidad Católica de Córdoba⁴⁷: posee una maestría en Cirugía Bariátrica.
- Universidad Favaloro⁴⁸: especialización en Cirugía de Esófago y residencia en Cirugía Cardiovascular.
- Universidad del Salvador⁴⁹: Cirugía Plástica.
- Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires⁵⁰: carreras de Cirugía Digestiva, Cirugía Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Torácica, Coloproctología, Intervencionismo Percutáneo, Flebología, Cirugía Paredes y Hepato-bilio-páncreas.

Cabe destacar que estas carreras de especialista son aranceladas. En el ciclo lectivo 2022, la UBA solicitaba para los médicos argentinos un arancel de \$800 de preinscripción, \$38 250 por año (pago por cada ciclo lectivo) y \$7650 de matrícula por año. Para los médicos extranjeros, \$2700 de preinscripción por única vez, \$198 250 de pago por año y \$39 650 de matrícula por año.

La otra forma de acceder a la subespecialización es a través de Residencias Posbásicas. En la página del Ministerio de Salud de la Nación encontramos dos formas de acceder a las Residencias Médicas:

- Examen único⁵¹: es requisito de ingreso en las residencias nacionales.
- Concurso Unificado: residencias básicas articuladas y posbásicas del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las residencias posbásicas quirúrgicas que se rindieron a través el examen unificado del año 2022 son:

- Cirugía Cardiovascular: con dos cupos en el Hospital El Cruce.
- Cirugía de Cabeza y Cuello: un cupo en el Hospital Güemes de Haedo.
- Cirugía de Emergencias, Urgencias y Trauma: dos cupos en el Hospital Balestrini.
- Cirugía Gastroenterológica: un cupo en el Hospital El Cruce y un cupo en el Hospital Udaondo.
- Cirugía General con orientación en trasplante de órganos: un cupo en el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante Pcia. de Buenos Aires (CUCAIBA) Centro Regional de Ablación e Implante (CRAI) Norte y un cupo en el CUCAIBA CRAI sur.
- Cirugía Infantil posbásica: seis cupos en provincia de Buenos Aires.
- Cirugía Invasiva Mínima: un cupo en el Hospital Santojanni, un cupo en el Hospital Piñero.
- Cirugía Plástica y Reparadora: seis cupos en provincia de Buenos Aires y ocho cupos en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Cirugía Torácica: un cupo en el Hospital San Juan de Dios de La Plata.
- Cirugía Vascular Periférica y Endovascular: cuatro cupos en provincia de Buenos Aires.
- Mastología: tres cupos en CABA.
- Trasplante hepático y cirugía biliar: un cupo en el Hospital Argerich.

Estas residencias están incluidas dentro de los regímenes de residencia de los Ministerios, por lo que el residente percibe un sueldo y tiene los mismos beneficios y obligaciones que los residentes de Cirugía General.

Las residencias posbásicas que se encuentran acreditadas en la página del Ministerio de Salud de la Nación son:

- 1) Coloproctología:
 - Hospital Churruca Visca, acreditada por 5 años.
 - Hospital Británico de Buenos Aires, acreditada por 2 años.
 - Hospital San Roque de Córdoba, acreditada por 2 años.
- 2) Cirugía Torácica:
 - Hospital de Clínicas de Buenos Aires por 4 años.
 - Hospital Británico de Buenos Aires, por 2 años.
- 3) Cirugía Plástica y Reparadora:
 - Hospital Italiano de Buenos Aires
 - Hospital Británico de Buenos Aires.
 - Centro médico de Cirugía Plástica Dr. Carlos Juri.

Además, accediendo a las páginas de Hospitales como el Austral, Británico de Buenos Aires, Británico de Rosario, Italiano de Buenos Aires, Alemán, Instituto Privado de Córdoba, Sanatorio Allende de Córdoba, Sanatorio Güemes, Clínica Colón, Hospital El Cruce, entre otros, se pueden encontrar diferentes propuestas de *fellowships*. En la mayoría no especifican si son rentados o no. Algunos tienen un programa del *fellowship* que incluye carga horaria y actividades por año, pero no todos los hospitales publican el programa, o incluso, dentro de un mismo hospital, la información brindada difiere según las carreras.

Según los resultados de nuestra encuesta podemos concluir que la tendencia en la actualidad es realizar una subespecialidad luego de la residencia de Cirugía General.

El 81% de los encuestados respondió que su *fellowship* le brindaba la formación necesaria para ejercer como subespecialista, por lo que entendemos que las opciones formativas que hay en la actualidad cumplen las expectativas de los CJ. Sin embargo, de aquellos que ya habían finalizado la subespecialización, solo el 44% refirió haber podido insertarse completamente en ella, mientras que un 43% refirió hacerlo de forma parcial. Esto llevaría a pensar que el concepto de subespecialista como se pensaba en 1994, siendo alguien que solo ejerce en ese campo, no es posible en la actualidad.

Además, una situación preocupante es que el 40% no recibió remuneración durante el *fellowship*. Asimismo, un 42% sí percibió remuneración, pero esta no era suficiente para mantenerse.

Hay que tener en cuenta que, más de la mitad de los que están realizando o realizaron una subespecialización no tienen hijos.

A su vez, de aquellos que no realizaron un *fellowship*, solo el 2% refirió que no le interesaba hacerlo, mientras que la mitad refirió que la causa era no poder sostenerse económicamente durante su realización. Un 37% respondió que no quería posponer otros aspectos de su vida por seguir en formación, y un 21% que no quería posponer la maternidad o paternidad.

Como vimos antes, el promedio de edad para el ingreso en la residencia de Cirugía General es de 27 años, por lo cual podemos inferir que aquellos que realizan una subespecialidad tienen, en su mayoría, más de 30 años. Es injusto que, para poder continuar su formación tengan que pedir ayuda económica a sus padres o a otras personas, teniendo en cuenta que ya tienen una carrera de grado y un posgrado. Además, aquellos que no tengan esa posibilidad, posiblemente deban optar por el pluriempleo, situación que va en detrimento de la formación.

Asimismo, uno debería poder desarrollarse personalmente, más allá del ejercicio de la profesión. Esto lo seguiremos analizando en el próximo apartado.

Desarrollo personal

El grupo de CJ que estamos estudiando pertenece, en su mayoría, a la generación "millennial" (del milenio). Como dijimos en la Introducción, esta generación otorga importancia a la calidad de vida y a su desarrollo personal, más allá del desarrollo laboral.

Según la Organización Mundial de la Salud⁵², la Calidad de Vida es la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.

Los aspectos objetivos de la calidad de vida tienen que ver con condiciones materiales: nivel de ingresos, vivienda, alimentación, vestido, seguridad social y educación. Estos son indispensables para satisfacer las necesidades básicas de las personas.

Los aspectos subjetivos tienen que ver con elementos psíquicos de la persona como la autoestima, el autoconcepto, la intimidad, la expresión emocional y la salud percibida. Se construyen a partir de la apreciación y valoración que realiza la persona sobre sí misma, su sentido de vida y su lugar en el mundo.

La familia, los amigos, la actividad física y otros intereses son fuentes de satisfacción y felicidad.

El antecedente que tenemos sobre la calidad de vida de los cirujanos es el Relato del año 2006⁸, en el cual se encuestaron 298 colegas (88% hombres y 12% mujeres), con una edad promedio de 45 años (25-85). El 80% de ese grupo estaban casados o convivían, y el 77% tenía hijos. La gran mayoría (72%) trabajaba más de 48 horas semanales, y un 33% más de 72 horas.

En la encuesta de nuestro Relato pudimos observar que el 69% de los CJ están casados o en pareja. Esta situación no es igual para hombres y mujeres ya que, mientras el 76% de los hombres lo hacen, tan solo el 60% de las mujeres CJ están en pareja.

Con respecto a tener hijos, sucede algo similar. El 59% de los encuestados no tiene hijos. Cuando analizamos por sexo, el 68% de las mujeres y el 53% de los hombres CJ no los tienen. Las diferencias de porcentajes con respecto al año 2006 pueden deberse a que la población encuestada en dicho Relato era más añosa.

Cuando les consultamos si la decisión de tener o no hijos se vio influenciada por su ejercicio en la cirugía, el 56% de los hombres y el 69% de las mujeres respondieron de forma afirmativa. Además, si bien no hubo diferencias de género en aquellos que realizaron o no un *fellowship*, sí las hubo cuando analizamos si los que hicieron una subespecialización tenían pareja o si tenían hijos.

El género, entonces, es un factor determinante para estas variables. Las mujeres cirujanas tienen más tendencia a estar solteras y no tener hijos.

Esto sucede porque la edad fértil de la mujer ocurre durante el mismo período formativo. Entonces, la idea de tomarse un tiempo libre para la maternidad es cuestionada y quienes lo hacen son calificadas como menos comprometidas por su formación y, en general, es probable que tengan menos oportunidades para el desarrollo profesional futuro⁵³.

Los desafíos relacionados con la edad fértil deben ser tenidos en cuenta, ya que el aumento progresivo de mujeres en las residencias de Cirugía General tendrá como resultado que en las próximas décadas aumente el porcentaje de mujeres cirujanas en la "fuerza laboral".

Posponer la maternidad puede implicar un riesgo aumentado de infertilidad o de complicaciones durante el embarazo. Un trabajo publicado en *JAMA* en el año 2021⁵⁴ compara estos problemas entre las mujeres cirujanas y las esposas de los hombres cirujanos. Los autores detectaron que las mujeres cirujanas suelen tener menor cantidad de hijos que los hombres cirujanos, retrasar más la maternidad por el entrenamiento quirúrgico y utilizar en mayor proporción tratamientos de fertilidad (25% vs. 17%). La edad promedio para la maternidad son los 33 años (31-36). En general, tienen una carga horaria laboral excesiva durante el embarazo, de más de 60 horas semanales. Esto genera que las

mujeres cirujanas tengan mayores tasas de complicaciones durante la gestación que sus pares no cirujanas.

Además, las que presentan complicaciones durante el embarazo suelen tomarse menos licencias comparadas con las esposas de sus compañeros. Solo el 17% de las cirujanas redujeron sus horas de trabajo durante la gestación.

El 42% de las mujeres cirujanas sufrieron un aborto espontáneo, la mayoría dentro de las primeras 10 semanas de gestación. Luego de ese episodio, el 75% no se tomó licencia en el trabajo.

Los factores de riesgo para complicaciones mayores durante el embarazo parecerían ser:

- Operar más de 12 horas por semana durante el último trimestre
- Edad materna de 35 años o más
- Gestaciones múltiples
- Requerir reposo durante el embarazo

Hay otros trabajos que afirman que trabajar más de 40 horas a la semana, realizar guardias y turnos nocturnos, los puntajes altos de fatiga y estar de pie por tiempos prolongados están asociados a complicaciones obstétricas. Sin embargo, pocas mujeres reducen sus actividades laborales durante el embarazo.

Cabe destacar que, en esta generación, comenzamos a ver hombres que están más comprometidos con la crianza de sus hijos, por lo cual invierten su tiempo en la familia y se alejan de las actividades académicas. Además, suelen estar casados con mujeres profesionales, por lo cual participan activamente en las tareas del hogar. Estos hombres también son criticados por los cirujanos de otras generaciones, que en general tenían esposas que se dedicaban a estos aspectos.

Según los resultados de nuestra encuesta, solo 13% considera que el ejercicio de la cirugía es compatible con la calidad de vida que desea y solo un 31% estaría satisfecho si uno de sus hijos fuese cirujano. Sin embargo, un 58% volvería a elegir cirugía. Esto contrasta con las respuestas a las mismas preguntas en el año 2006: en ese momento, el 90% respondió que volvería a elegir cirugía y un 70% que estaría satisfecho si alguno de sus hijos eligiera la especialidad. Esto indicaría que los CJ están menos satisfechos con el ejercicio profesional que en décadas anteriores.

Condiciones y medioambiente de trabajo

Las condiciones y medioambiente de trabajo (CyMAT) hacen referencia al conjunto de circunstancias que caracterizan la situación del trabajador y su entorno, que influyen en su tarea cotidiana e impactan en su salud⁵⁵.

Los riesgos para la salud provenientes del medioambiente pueden ser físicos, químicos, biológicos, factores tecnológicos y de seguridad, o provocados

por catástrofes naturales. Las condiciones de trabajo, resultantes de factores sociotécnicos y organizacionales, pueden compensar o intensificar dichos riesgos.

Algunos factores físicos que pueden ser agresivos en el contexto del trabajo en cirugía son:

- Las jornadas con duración prolongada, superando el límite aceptable
- La situación de disponibilidad en función de las necesidades del hospital
- El trabajo de horas extraordinarias
- El trabajo nocturno

Este concepto de las CyMAT hace una transición hacia un concepto más específico que profundiza los factores que generan nuevos riesgos para las dimensiones psíquicas y mentales de los trabajadores: los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST).

El riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño debido a la exposición a riesgos en el trabajo y a los perjuicios que ellos pueden ocasionar.

Los riesgos no solo son agentes externos al organismo que impactan sobre las dimensiones biológicas, sino también pueden ser factores de riesgo psicosociales que repercuten sobre los mecanismos psíquicos y mentales, provocando tensiones o estrés que luego pueden somatizarse.

En el ámbito de la medicina, y en particular de la cirugía, la desigualdad de género, la explotación laboral, el acoso laboral y el acoso sexual han demostrado ser factores que pueden producir estrés en el personal, llevándolo a desarrollar síndrome de *burnout*. A continuación profundizaremos en ellos.

Desigualdad de género en el ámbito quirúrgico

Cuando comentamos en nuestros ambientes laborales que en este Relato se iba a hablar de desigualdad de género como uno de los factores que afectan la situación laboral del cirujano argentino del nuevo milenio, muchos compañeros hombres nos cuestionaban su relación con los aspectos laborales de la práctica quirúrgica.

En la actualidad, más del 50% de los ingresantes a las Residencias de Cirugía General son mujeres, y –si bien este número todavía no está reflejado en los cirujanos ya formados que ejercen– es un cambio que se verá en las próximas décadas.

Como fuimos señalando en otras secciones de este Relato, las mujeres deben enfrentar problemas diferentes de aquellos de los hombres para su inserción en el ámbito de la cirugía.

La falta de conciencia entre los médicos varones sobre estos temas es un obstáculo más que deben afrontar las mujeres cirujanas⁵³.

Según nuestra encuesta, el 35% de los CJ

sufrieron alguna vez desigualdad de género. Cuando lo analizamos por sexo, el 68% de las mujeres y solo el 11% de los hombres lo ha sufrido. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

El sexismo está vinculado a los estereotipos de género, que son ideas preconcebidas sobre las características y roles que hombres y mujeres deben desempeñar en la sociedad. Las creencias sexistas pueden llevar a pensar que un género es superior al otro, aun de forma inconsciente. Es sabido que, si bien el sexismo puede afectar a todos, las mujeres son particularmente afectadas⁵⁶.

Los estereotipos de género surgen en la década de 1970 en Estados Unidos, basados en las características que socialmente son más deseadas para los hombres y mujeres. Los atributos masculinos incluyen: agresividad, independencia y capacidad de liderazgo; mientras que los femeninos son credulidad, timidez y compasión.

Si bien las expectativas de la sociedad han cambiado para ambos géneros, las percepciones de los estereotipos siguen siendo las mismas. Aún hoy se piensa que el papel más importante de la mujer es el del cuidado del hogar, mientras el del hombre es ganar dinero.

En algunos casos, los estereotipos de género no parecen ser hostiles o dañinos. Por ejemplo, muchas áreas de trabajo se han formado con la idea de que los hombres y las mujeres tienen características complementarias: los primeros son individualistas y dominantes, mientras que las mujeres son cariñosas y colaborativas. Generalmente las características estereotipadas para los hombres asignan un valor más alto que a las mujeres. Esta percepción de que hombres y mujeres tienen habilidades diferentes es parte de la razón por la que están concentrados en diferentes áreas de trabajo, y por la cual, en cirugía, durante décadas predominó el sexo masculino.

Thomas⁵⁷ describió en 1997 un tipo de “personalidad del cirujano”. Esta incluye características negativas como ser arrogantes, dominantes, fríos, impersonales, impacientes, poco amistosos, agresivos y autoritarios. Y otras positivas como ser autosuficientes, disciplinados, decididos, muy motivados, estables, extrovertidos, competitivos, estructurados, prácticos, equilibrados, poco reactivos. Además, suelen estar satisfechos con su carrera y solo el 10% elegiría cambiar de elección más adelante. Como vemos, todos esos adjetivos, tanto los negativos como los positivos, se asemejan más al estereotipo de género masculino.

El origen de la “personalidad del cirujano” puede estar relacionado con la selección de residentes con rasgos de personalidad similares a los cirujanos de planta, y puede estar influenciado por los métodos actuales de entrenamiento quirúrgico que enfatizan la importancia del control individual y la toma de decisiones. Es posible que la personalidad quirúrgica sea uno

de los ingredientes clave en el desarrollo de un cirujano, hombre, competente y exitoso. Pero, cuando una mujer manifiesta esas características, alejándose del estereotipo de género femenino, generalmente es criticada por sus compañeros hombres.

La segregación de género horizontal es parte de la brecha salarial: los campos dominados por hombres tienden a ser los mejor pagos. Incluso en profesiones donde las mujeres están concentradas, los hombres tienen más oportunidades de ascenso, de estar en cargos de jefatura, y tienen mejores sueldos que ellas.

Los salarios profesionales están asociados a estereotipos de género: aquellos trabajos donde predominan mujeres tienen sueldos más bajos.

En general, las mujeres ganan un 16% menos por hora que los hombres⁵⁸. Esto se vio reflejado también en nuestra encuesta ya que, a similar cantidad de horas trabajadas por semana, las mujeres perciben en general menores salarios por mes. Además, las mujeres suelen ofrecerse con mayor frecuencia como voluntarias o se les asignan tareas “extra” que no contribuyen con la promoción como formar parte de comités. Suelen estar apartadas de posiciones de poder, y para ocupar un mismo puesto de trabajo que los hombres, deben mostrar mayor calificación y aptitudes.

Eso también se vio reflejado en las encuestas de este Relato ya que, en la encuesta sobre estructuras de los servicios, solo un 4% presentaba una Jefa de Servicio. Además, en un 25% de los lugares no había ninguna mujer en el equipo de trabajo.

Cumpa López⁵⁹ describió las barreras que enfrentan las cirujanas en su carrera laboral en nuestro país como:

- Rigidez en la estructura de los programas de Residencias y Servicios Quirúrgicos, que suelen ser más amigables con los hombres solteros o aquellos hombres cuyas parejas se hacen cargo de las tareas del hogar, permitiéndoles dedicar más tiempo a su trabajo. Estas estructuras operan como un marco normativo, estructurador de prácticas y discursos que construyen las desigualdades de género en el ámbito de la cirugía.
- Discriminación de género: sobre la base errónea de que se necesita resistencia física para ejercer en el ámbito quirúrgico, por lo que “las mujeres no pueden ser cirujanas”, por ser supuestamente más débiles que los hombres. En realidad lo que se requiere para ser un buen cirujano es la toma de decisiones, la capacidad intelectual y las habilidades motoras, que no tienen diferencia por género.
- Falta de promoción en posiciones directivas: por considerar que las mujeres tienen una menor habilidad para el liderazgo y la competencia.

El término “techo de cristal” hace alusión a las barreras invisibles que impiden que las mujeres trabajadoras altamente calificadas alcancen los niveles

jerárquicos más altos en el mundo de los negocios, independientemente de sus logros. Esta barrera aparece cuando las mujeres se acercan a la parte superior de la jerarquía y se les bloquea la posibilidad de avanzar en su carrera profesional hacia cargos gerenciales y ejecutivos.

- Embarazo: como ya comentamos, la etapa formativa coincide con la etapa fértil de las mujeres.
- Hostigamiento sexual: del cual hablaremos más adelante, pero que es sufrido por más de la mitad de las mujeres que ejercen en cirugía.
- Inequidades salariales: en el empleo público en la Argentina no hay discriminación salarial, pero, en la práctica privada, los ingresos se ven afectados por el prestigio y el reconocimiento del médico; en esto influye la discriminación de género. Como vimos anteriormente, las mujeres CJ ejercen en menor proporción en el ámbito privado que los hombres CJ, situación que podría explicar una inequidad salarial.

En el año 2006, Altuna⁶⁰ publicó un trabajo sobre el lugar de la mujer en la cirugía argentina. En él se relataba que fue en 1964 cuando la primera mujer ingresó a una residencia de Cirugía General y que, en los siguientes 8 años, solo ingresaron 6 más.

Asimismo, fue en 1966 cuando la AAC admitió a la primera mujer como miembro. En la actualidad, el 19% de los MAAC son mujeres, porcentaje que fue creciendo en las últimas décadas como vemos en la figura 14.

Para el año 2006, el 18% de los inscriptos para las residencias de Cirugía eran mujeres y, de los egresados, el 15%. Hasta ese momento, la relación entre hombres y mujeres en las residencias era de 8,3/1. Este número continuó en ascenso y llegó a su máximo valor en el año 2022, cuando el 52% de los inscriptos fueron mujeres.

Además, de modo similar a los resultados de nuestra encuesta, si bien la presencia de mujeres crecía en los cargos directivos, esto ocurría solo en los puestos más bajos (Jefe de Unidad). Hacia el año 2006 solo 3 mujeres habían alcanzado la categoría de Jefe de Servicio, situación no muy diferente de la informada en nuestra encuesta según la cual lo hicieron solo 5.

Hasta hoy, solo ha habido 2 relatoras mujeres, correspondientes al Relato sobre simulación en cirugía. Y no ha habido, a la fecha, ninguna Presidenta de la AAC.

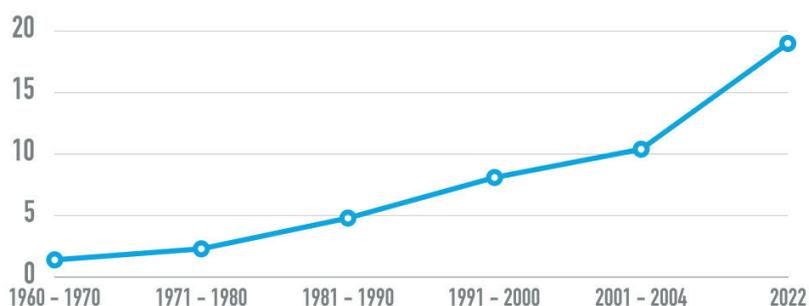
La falta de mentores femeninos es también un factor que puede influir en el ascenso de ellas. No hay suficientes mujeres en puestos importantes en los Departamentos de Cirugía como para proporcionar el soporte necesario a las cirujanas jóvenes.

Hablamos de sexismo porque está demostrado que estos comportamientos afectan negativamente a los empleados en su desempeño, sensación de

■ FIGURA 14

% DE MUJERES MAAC

Porcentaje de mujeres MAAC



pertenencia, salud mental y satisfacción laboral. Cuando son frecuentes y normalizados pueden impactar tanto como el acoso sexual.

Esto genera diferencias desde el momento de aplicar a un trabajo:

- Mientras que las mujeres no suelen presentarse si no cumplen con el 100% de los requisitos para el puesto, los hombres lo hacen con solo el 60%. Aunque algunos interpretan este dato como una falta de confianza de las mujeres, en realidad se debe a mayor propensión a seguir las reglas y criterios de selección. Además, pocas mujeres aplican a trabajos en los que el anuncio utiliza adjetivos asociados con estereotipos masculinos.

Los evaluadores también suelen adaptar sus criterios de selección para favorecer las cualidades del género preferido. Por ejemplo, estar orientado a la familia es un atributo que solo tiene importancia cuando lo posee un postulante masculino. Este sesgo inconsciente lleva a menores calificaciones para las mujeres.

Las mujeres suelen hablar menos en las reuniones de trabajo y, cuando lo hacen, son interrumpidas con mayor frecuencia, mientras que los hombres son alentados a expresar sus ideas. Además, el *feedback* que reciben las mujeres suele ser menos constructivo y más impreciso y del estilo de críticas.

Además, las cirujanas tienen menor participación en los congresos, simposios o *webinars* como panelistas. Muchos hombres justifican la falta de cirujanas como disertantes aduciendo que no hay referentes en el área. Así como en algún momento se cuestionó la falta de participación de los cirujanos del Interior en este tipo de actividades, sabemos que para el caso de las mujeres hay, hoy en día, referentes en muchos ámbitos de la cirugía. Pero se les debe generar el espacio para que participen; de lo contrario, es muy difícil que puedan ser conocidas.

En general, las mujeres suelen estar sujetas a un estándar secreto más alto para entrar y prosperar en el campo quirúrgico. Esto implica que las posibilidades

académicas se vean reducidas ante la desigualdad de oportunidades.

En este contexto de desigualdad nace la Red de Cirujanas Argentinas⁵³ como una iniciativa para conocer más acerca de las necesidades de la mujer en cirugía y formar un colectivo que ayude a mejorar las condiciones de trabajo y dé respuesta a futuros desafíos en el desarrollo profesional.

En 2018, las integrantes de esta red realizaron una encuesta anónima, a cirujanas de todo el país, en la cual obtuvieron 100 respuestas con una edad entre 25 y 55 años.

De las encuestadas, 12% eran residentes y el resto ya habían terminado su formación. Con respecto a los cargos de conducción: solo el 37,3% de las que ya habían completado la residencia habían sido Jefas de Residentes, y el 14% ocuparon un cargo de gestión siendo ya cirujanas.

Solo 20 mujeres de las encuestadas eran jefas de su propio equipo quirúrgico. El 74% formaba parte de una planta permanente y el 71% tenía como ingreso una guardia quirúrgica semanal. Cabe recalcar que solo 9 eran prestadoras independientes. Esto se relaciona con la brecha salarial entre hombres y mujeres en cirugía, ya que estas últimas trabajan predominantemente en el ámbito público, teniendo así un techo de ganancia mensual.

En la encuesta de la Red de Cirujanas, el 55% de las mujeres tenían hijos. Este porcentaje superior a nuestros resultados puede deberse a que el rango etario es más amplio.

Dentro del tipo de complejidad de cirugías que realizaban, la mayoría de las mujeres cirujanas (46%) realizaba cirugías de complejidad media y un 24% de baja-media y alta complejidad. Solo un 12% realizaba exclusivamente cirugías de alta complejidad.

Si bien el 86% había participado en congresos y jornadas en los últimos dos años, solo el 13,5% habían sido panelistas y un 3,4%, directoras.

Es importante destacar de esa encuesta, que el 60-80% de las cirujanas encuestadas refirieron haber recibido:

- Cuestionamientos por los superiores o por las instituciones en relación con su maternidad. Esto asociado a que el 80% considera que para poder avanzar en su profesión tuvo que hacer sacrificios personales por ser mujer, en relación con la maternidad y con tener pareja.
- Menores posibilidades para acceder a la continuidad académica.
- Maltrato y discriminación por cuestiones de género: el 66% se sintieron alguna vez tratadas de manera inapropiada por algún compañero de trabajo o jefe, y el 82% sintieron que su capacidad era cuestionada por ser mujer.

Sin embargo, el 94% nunca llevó adelante una denuncia por maltrato o acoso laboral, y cuando plantearon las cuestiones de género, el 51% refirió no haber sido acompañada por sus pares hombres.

En el trabajo publicado por Cumpa López se encuestaron 81 mujeres cirujanas, de las cuales el 36% tenía una subespecialidad, y el 33% aún eran residentes. El promedio de edad fue 34 años (23-60). Un 59% de las cirujanas eran solteras y no vivían en pareja, pero de ellas, más de la mitad deseaba tener hijos, y casi el mismo porcentaje consideraba que cambiarían su estilo de vida al tenerlos.

De aquellas que tenían hijos, el 81% solo optó por los 3 meses de licencia por maternidad, sin prolongarlo a los 6 meses sin goce de sueldo. En general, las mujeres cirujanas se encargan también de la crianza de sus hijos, habiendo poca participación de sus parejas en dichas tareas. Esto lleva a que la mayoría (69%) haya tenido que cambiar su estilo de vida laboral al tenerlos, muchas de ellas alejándose de la actividad académica.

En la mayoría de los espacios laborales donde se desempeñan las cirujanas no existe un sistema que facilite el cuidado de hijos en el trabajo. Es por eso que un 46% de las mujeres entrevistadas afirman que la maternidad no es compatible con su vida laboral.

El porcentaje de mujeres que priorizan formar una familia (48%) fue el mismo que el de las que priorizan su trabajo.

Con respecto al ejercicio laboral, a la mitad les generaba temor ingresar en un ambiente laboral dominado por hombres, mientras que un 42% consideraba que su jefe había rechazado sus servicios quirúrgicos en favor de ser acompañado por un cirujano.

Casi un 85% de las cirujanas había recibido comentarios alusivos a su sexualidad durante su trabajo. Aptitudes como el liderazgo y la capacidad para la toma de decisiones se consideran atribuciones exclusivamente masculinas en su ambiente laboral.

Según los resultados de nuestra encuesta, el 35% de los CJ sufre o sufrió desigualdad de género. De ellos, solo el 11% de los hombres lo sufrieron, en comparación con el 68% de las mujeres. Esta diferencia es estadísticamente significativa, por lo que corroboramos

que las mujeres en cirugía sufren de desigualdad de género.

Más adelante retomaremos el tema de la discriminación de género, cuando también hablemos del acoso sexual en el trabajo.

Explotación laboral

Posiblemente no hayamos utilizado la expresión “explotación laboral” que se plantea desde el punto de vista jurídico o en los convenios internacionales, ya que se relaciona con la trata de personas⁶¹, sino que, más bien, hayamos utilizado lo que en la jerga se piensa como explotación laboral para englobar situaciones abusivas o imposición de condiciones laborales peyorativas o precarias para los trabajadores. Esto último puede ocurrir, incluso, en el contexto de una legislación que lo autorice.

La explotación laboral, entonces, puede ser un fenómeno tanto legal como ilegal, pero en todos los casos es abusivo, ya sea por las condiciones laborales impuestas o por la situación de vulnerabilidad social de quien las padece⁶². Recordemos que en tiempos de recesión económica grave, hay un aumento de trabajadores pobres que “permite” un alto nivel de precarización laboral.

La página web del Ministerio Público Fiscal de la Argentina explica que la presencia de amenazas, violencia o engaños en el trabajo, son fuertes indicios de explotación laboral o trata de personas⁶⁴.

Ese ministerio cita como ejemplos, entre otros:

- Si te pagan muy poco y te obligan a trabajar muchas horas con poco descanso.
- Si vivís en el mismo lugar en el que trabajás y en muy malas condiciones.
- Si no te dejan salir de tu lugar de trabajo.

Llama la atención que casi el 70% de los CJ refiere que sufre o sufrió alguna vez explotación laboral. Esto se asocia a otros datos recabados en este Relato:

- Más del 50% trabaja más de 60 horas por semana: no debemos olvidar que la Ley de Contrato de Trabajo establece una jornada laboral semanal de 48 horas.
- Casi el 50% recibe ocasional o frecuentemente remuneración “en negro”: la modalidad de trabajo en “negro” o no registrado existe en cirugía tanto en el ámbito público como en el privado:
- En el ámbito público se ve frecuentemente que médicos que no tienen ficha o legajo en un hospital, pero que realizan suplencias de Guardia en él, cobran a través de depósitos en los sueldos de otros colegas. Esto puede generar dos problemas: uno es que la persona que figura legalmente como reemplazante es el que recibió el depósito en su cuenta bancaria, y esa persona en realidad no estaba presente en el hospital. El otro es que para Administración Federal de Ingresos

Públicos (AFIP), la persona que está recibiendo el dinero extra es aquella que recibió el depósito en su sueldo, por lo cual deberá pagar impuestos por ello.

- En el ámbito privado, las modalidades de trabajo en negro más comunes son las ayudantías ya que, en general, en la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la ayudantía la paga el mismo cirujano, en efectivo, sin ningún tipo de recibo, al ayudante. En algunas provincias, como Chubut o Río Negro, han resuelto esta problemática haciendo que el ayudante cobre sus honorarios a través del Círculo Médico. Esto categoriza la práctica y permite que el pago no dependa de la “voluntad” de la persona que los convocó a la cirugía para poder cobrar. Otra modalidad de cobro “en negro” sucede en el ámbito privado, cuando el convenio que hay con la obra social o prepaga es por un monto bajo, y el cirujano le cobra aparte honorarios al paciente. Esta situación no es legal y compromete al profesional que la realiza, corriendo el riesgo de tener denuncias en la Obra Social. Por ello, se debería promover la lucha para mejorar los honorarios y no tener que hacer cobros aparte.
- Más del 50% realiza trabajos no remunerados: como ya expresamos anteriormente, el trabajo gratuito, por definición, no es trabajo. Este puede corresponder a ayudantías no pagas, pero también lo encontramos en los hospitales públicos, cuando les exigen a los CJ seguir concurriendo luego de la residencia de forma gratuita, con la promesa de que en algún momento le darán un cargo rentado. Cabe destacar que dicha promesa, en muchos casos, no se cumple.
- El 90% considera que no está bien remunerado.

Por todo esto, podemos considerar que la “explotación laboral” en la jerga quirúrgica tiene que ver con la exigencia de trabajar una cantidad de horas excesivas, de realizar trabajos no rentados, mal pagos y sin los beneficios que otorgan las leyes.

Acoso laboral

El abuso del poder como problemática en el ámbito laboral ha sido expuesto en el Convenio 190 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que la Argentina ratificó. Este convenio ofrece un marco desde el cual continuar con las acciones que nuestro país ya venía desarrollando⁶⁴.

Se entiende por violencia y acoso laboral el abuso de poder que se ejerce hacia una persona con la finalidad de excluirla o someterla. Se manifiesta como agresión física, acoso sexual o violencia psicológica. Puede ocasionar un daño físico, psicológico, sexual y/o económico.

Hay que aclarar que no son violencia ni acoso laboral los conflictos laborales, las exigencias organizacionales que respeten los derechos de los

trabajadores, el estrés laboral y el síndrome de *burnout*.

La conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo define⁶⁵:

- Violencia y acoso en el mundo del trabajo: conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género.
- Violencia y acoso por razón de género: la violencia y el acoso que van dirigidos contra las personas por razón de su sexo o género, o que afectan de manera desproporcionada a personas de un sexo o género determinado, e incluye el acoso sexual.

En nuestro país se llevan a cabo políticas en contra de la violencia laboral desde 2007, ya que se considera que esto atenta contra los derechos humanos, el trabajo digno y la integridad de las personas, por lo que son inaceptables e incompatibles con el trabajo decente.

Además, la violencia y el acoso en el mundo del trabajo afectan la salud psicológica, física y sexual de las personas, su dignidad, y a su entorno familiar y social, y pueden impedir que las personas accedan al mercado de trabajo, permanezcan en él o progresen profesionalmente.

Sabemos que en el ámbito quirúrgico muchas de estas prácticas se siguen ejerciendo, particularmente durante la residencia y que –bien se está realizando un cambio de paradigma– el camino que queda por recorrer todavía es largo.

En 2018, Petrone⁶⁶ publicó un artículo en la *Revista Argentina de Cirugía* sobre el acoso laboral o *mobbing* en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. El tema fue estudiado en el personal de salud en general, y no en los cirujanos en particular.

En dicho artículo se define el *mobbing* como el fenómeno en el que una persona o grupo de personas ejerce violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado sobre una persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima y su reputación, perturbando el ejercicio de sus labores, a través del acoso, la ofensa, la exclusión social y la interferencia negativa en sus tareas por uno o más individuos del mismo ambiente laboral, y lograr que finalmente esa persona abandone el lugar de trabajo. Este fenómeno muchas veces ocurre de manera inadvertida.

El autor utilizó el cuestionario NAQ-RE para evaluar los comportamientos de *mobbing* y encontró que:

- El 71,4% percibía rumores sobre ellos. Tal práctica está muy generalizada en los hospitales públicos y quizá no se evalúan los efectos negativos que puede generar.

- A más del 60% se les ocultaba información necesaria dificultando su trabajo, y también se les realizaban comentarios insultantes. Ese mismo porcentaje se sentía explotado.
- A la mitad se les indicaba que realizaran un trabajo inferior a su nivel de competencia, se les recordaban persistentemente sus errores, o ejercían hostilidad hacia ellos.

En porcentajes menores recibían insinuaciones sexuales y otros tipos de agresiones.

Esto tenía repercusión psicosomática, y la más frecuente (44,2%) era una sensación de cansancio extremo o agotamiento. En segundo lugar, la tentación de no levantarse por la mañana. Sabemos que hay una relación entre el acoso y el ausentismo laboral. También se generaban conductas como comer, beber o fumar más de lo habitual, molestias gastrointestinales, cefaleas, insomnio, etcétera.

Petrone encontró que a medida que aumentaba la antigüedad en el hospital, también lo hacía el riesgo de sufrir *mobbing*. Lo mismo sucede con respecto a la edad.

Más de la mitad de la muestra (59%) se consideró acosado. Los principales acosadores eran los superiores (52%) y, en segundo lugar, los compañeros de trabajo (32,6%). En el primer caso, las conductas negativas estaban dirigidas a la competencia profesional, mientras que, en el segundo, estas conductas se manifestaban en ataques personales como burlas, ridiculización o exclusión.

En su discusión, plantea que los estilos de supervisión que utilizan formas autoritarias para resolver los problemas, las escasas posibilidades o autonomía en el trabajo, la pobreza en los medios de información y comunicación organizacional, las características monótonas del trabajo, la falta de definición de las áreas laborales determinada por situaciones de conflicto y la ambigüedad de roles generan un clima que propicia el acoso psicológico. Es de destacar que la precariedad y la inseguridad laboral pueden ser antecedentes del acoso.

En el editorial de ese mismo número de la *Revista Argentina de Cirugía*, el Dr. Spector⁶⁷ habla de que, en su experiencia, ha visto conductas de acoso, que muchas veces tienen que ver con la competencia por el poder o el prestigio, y otras simplemente el mero disfrute de desmerecer al otro por ser circunstancialmente más vulnerable. Recalca que estas actitudes siguen vigentes en las residencias. También, que ha sido testigo de verdaderas contiendas entre integrantes de equipos quirúrgicos en medio de las cirugías, pero que por suerte no ha visto accidentes atribuibles a ellos.

Asimismo comenta que puede observarse, aunque en menor medida, el acoso invertido. Esto ocurre desde los profesionales hacia sus jefes, sobre la base de cuestionamientos de sus competencias, muchas veces utilizando apodosos peyorativos.

Spector remarca su preocupación por la actitud de los jefes, directores y asociaciones cuando se abstienen de intervenir por conveniencia, en ayuda del integrante más vulnerable del equipo de salud sometido a alguna forma de acoso.

Es de destacar que el maltrato laboral en el ámbito quirúrgico comienza en las residencias de Cirugía General. Hu Yue-Yong y cols.⁶⁸ realizaron una encuesta a los residentes de Cirugía General de Estados Unidos para caracterizar la frecuencia y tipos de maltratos, examinar la prevalencia de *burnout* e ideas suicidas y evaluar la asociación entre maltrato y *burnout* e ideas suicidas.

Más del 50% de los residentes de Cirugía General refirieron algún tipo de maltrato, y todos los tipos de maltrato son más frecuentes en mujeres que en hombres. Además, encontraron una asociación entre maltrato y *burnout* e ideas suicidas.

En ese estudio, el 38,5% de los residentes experimentaban síntomas de *burnout* al menos semanalmente. Además, el porcentaje de residentes con ideas suicidas (4,5%) fue menor que el informado previamente en una muestra de cirujanos (6,3%), pero igualmente mayor que en la población general (2-3%). El suicidio es, en Estados Unidos, la segunda causa de mortalidad entre residentes.

También encontraron que los residentes junior y aquellos que excedían los límites del horario laboral son los más susceptibles.

Es importante destacar que, cuando se hace una encuesta sobre maltrato, este puede ser subestimado, y que evaluar sus tipos específicos puede aumentar sustancialmente las respuestas.

Un trabajo publicado en 2016⁶⁹ comparó las tasas de acoso en cirujanos generales del Reino Unido, del 8%, con las del Colegio Australiano de Cirujanos donde alrededor del 50% de los *fellows*, residentes y médicos extranjeros habían sufrido discriminación, acoso laboral o acoso sexual. Ellos consideran que hay factores que permiten que las condiciones de trabajo en el Reino Unido sean mejores, como:

- Los programas de entrenamiento tienen un intenso cronograma de escrutinio, donde cada residente debe justificar cualquier falla en el progreso de su entrenamiento.
- Las organizaciones en el Reino Unido dependen menos de una élite, por lo que no habría "cirujanos protegidos".

Además, el Colegio Australiano informó que muchos de los cirujanos sénior no se daban cuenta de que sus comportamientos eran de acoso, por lo que educar a los cirujanos sobre estos temas es fundamental para eliminar tales conductas.

Ortiz⁷⁰ estudió el estrés del cirujano mediante una encuesta en la cual observó que el 45% de los encuestados padecían estrés leve, 41% moderado, 10% manifiesto y 2% grave.

Encontró, además, que aquellos que hacen la carrera médico-hospitalaria tienen mayores tasas de estrés leve, moderado y manifiesto que los que no concurren al hospital, pero estos últimos padecen casi el doble del estrés grave.

Esto se asocia con alteraciones del sueño en la mitad de los cirujanos y el 90% presenta sentimiento de culpa. Hay una tríada descrita por Gabbard, que afecta a los cirujanos cuando tienen un paciente complicado, que incluye: duda, sentimiento de culpa y exagerado sentido de responsabilidad⁷⁰. La angustia por la preocupación de recibir una demanda de mala praxis, también se pone en juego.

El estrés con el que convive la mayoría de los cirujanos interfiere también en sus relaciones familiares y con sus compañeros de trabajo.

Es indudable que el acoso laboral y el estrés inherente a la práctica quirúrgica afectan la calidad de vida de los CJ.

Acoso sexual

Como mencionamos anteriormente, las mujeres sufren maltrato en tasas mayores que los hombres.

Los expertos consideran que la discriminación de género es un tipo de acoso sexual, aunque coloquialmente la gente piense que son cosas diferentes. La cirugía, al ser un campo donde predominan los hombres, las relaciones jerárquicas y mucho tiempo de entrenamiento "uno a uno" del residente con el supervisor, genera que los residentes sean particularmente susceptibles de discriminación de género y acoso sexual⁷¹.

Sabemos que esto tiene un impacto en la salud de las personas, generando insatisfacción laboral, disminución de la autoconfianza, depresión e ideas suicidas. Además, tiene un papel importante en la baja representación de mujeres como profesores o líderes; el acoso sexual es una herramienta de control de las mujeres en los ambientes de trabajo dominados por los hombres.

Schlick⁷² describió los tipos, formas y factores asociados con la discriminación por género, experimentados por los residentes de cirugía en Estados Unidos.

Dentro de los tipos específicos de discriminación basados en género, identidad de género y/u orientación sexual incluyó:

- Haber experimentado diferentes estándares de evaluación (p. ej., bajas expectativas, necesidad de trabajar más para lograr los mismos éxitos, castigo injusto o menos respeto de las opiniones).
- Que se les hayan negado oportunidades (asignación de casos, presentar conferencias, opciones en la carrera, oportunidades de crecimiento, "mentorías").
- Ser confundido con un "no médico".
- Ser sujeto de insultos y comentarios hirientes,

humillación, comentarios negativos o incómodos, incluso cuando parecen chistes.

- Sentirse aislado socialmente: ser excluido de los eventos sociales o ser víctima de chismes maliciosos.
- Sentir que su embarazo o el embarazo de su pareja o las necesidades del cuidado de los niños llevaron a reacciones negativas de los compañeros de trabajo y/o el programa.

Además, incluyó como tipos específicos de acoso sexual:

- Ser objeto de comentarios, historias o chistes groseros, sexualmente degradantes o explícitos.
- Que les envíen o muestren imágenes o materiales sexuales no deseados.
- Recibir atención sexual verbal no deseada: por ejemplo comentarios, coqueteos o insinuaciones sexuales.
- Lenguaje corporal ofensivo: como miradas lascivas o invasión del espacio personal.
- Recibir atención sexual física no deseada: ejemplo ser tocado, acariciado o besado de forma inapropiada e incómoda.
- Coerción sexual: que utilicen la presión o influencia para someterlos a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.

Los resultados de ese estudio confirman que, las mujeres son más propensas a recibir cualquier tipo de discriminación que los hombres (79,8% vs. 17,1% de los hombres). Si bien el tipo más común de discriminación sufrida por los hombres fue una reacción negativa al embarazo o las necesidades de crianza, este tipo de discriminación fue más experimentada por las mujeres residentes.

Incluso, las mujeres son más propensas a recibir discriminación de género si están embarazadas. La forma más frecuente de discriminación de género informada por las mujeres residentes fue ser confundidas con un "no médico".

Cuando analizamos quienes ejercen el acoso vemos que:

- Generalmente, las mujeres refirieron discriminación de género basada en las oportunidades y evaluación que fue realizada por los *staff*. Sabemos que esto puede tener una consecuencia potencial importante en la competencia clínica y el avance en la carrera.
- Aquellos que informaron ser confundidos con un "no médico", lo sufrieron por parte de pacientes o familiares.
- El aislamiento social o las reacciones negativas al embarazo o crianza fueron generalmente realizados por compañeros de residencia o *fellows*.

Un dato que llama la atención es que el 30% de los residentes, en general, refirieron haber sufrido al menos una vez algún tipo de acoso sexual. El tipo más frecuente fue haber recibido comentarios groseros, degradantes o explícitos.

El acoso sexual fue informado más frecuentemente por las mujeres que por los hombres, incluyendo la mayoría de los subtipos. Las residentes de 2.º y 3.º año, aquellas con puntajes más altos en los exámenes y las que estaban en programas militares fueron las que más lo informaron. Además, aquellas con puntajes más altos en los exámenes también sufrieron mayor discriminación de género.

El acosador varía por el género y por la conducta: mientras que la atención verbal sexual no deseada, el lenguaje corporal ofensivo y los comentarios groseros, degradantes o explícitos fueron principalmente realizados por los pacientes y familiares hacia las mujeres residentes, las imágenes sexuales no deseadas fueron enviadas por otros residentes o *fellows*.

Los hombres también sufren acoso sexual. En el caso de comentarios groseros, degradantes o explícitos, la mayoría de las veces fueron realizados por otros residentes o *fellows*. La atención verbal sexual no deseada, la mayoría de las veces, fue realizada por enfermeras o *staff*, y hay que destacar que muchos hombres ni siquiera perciben que esto sea una situación de acoso, por lo cual no suelen informarlo. El acoso sexual en los hombres fue mayor para los residentes de los últimos años.

Es importante destacar que a los hombres que se quejan de acoso sexual se los suele desestimar y culpar, más que a las mujeres que se quejan de acoso. Además, estos son más propensos a sufrir discriminación de género cuando tienen bajos puntajes en los exámenes, o si tienen hijos.

La clave para identificar cuándo es acoso sexual es si la persona no desea recibir los comentarios o actos pero tampoco puede distanciarse sin tener miedo o sufrir represalias. Para aquellos que dicen que esto atenta contra "la galantería", un cumplido no necesariamente es acoso sexual, pero eso depende del contexto y del tipo de relación entre las personas involucradas, por ejemplo, si hay una relación de poder, o diferencia de edad o roles en el Servicio. Como consejo, los comentarios sobre la apariencia de las personas deberían ser evitados en los lugares de trabajo. Además, los chistes inapropiados constituyen acoso sexual.

En otro estudio⁷² se comparó el acoso en las residencias de Cirugía General, Medicina Interna y Pediatría, encontrando que CG tiene la mayor tasa de acoso sexual (12%).

Además, en aquellas residentes que se auto-definen como lesbianas, gay, transgénero, bisexuales o *queer* o *questioning* (LGBTQ), las tasas de acoso fueron significativamente mayores.

En ese estudio, el acoso sexual fue asociado con menores niveles de vitalidad y con mayor estrés.

Freedman Weiss⁷³ informó que el 49% de los residentes de Cirugía de Estados Unidos han experimentado al menos una forma de acoso sexual durante su entrenamiento, con una diferencia estadísticamente

significativa entre mujeres y hombres (70% de las mujeres vs. 30% de los hombres).

Además, de los que respondieron que nunca habían sufrido acoso sexual, el 33% refirió haber visto o escuchado sobre un incidente de acoso sexual que incluía a algún corresidente.

En general, la mayoría de los residentes informaron haber sido acosados por hombres. Las mujeres fueron más comúnmente acosadas por cirujanos de *staff*, mientras que los residentes hombres lo fueron más por enfermeras e instrumentadoras quirúrgicas. Esto último llama la atención, pero las dinámicas de poder entre enfermeros y residentes están mal definidas y pueden contribuir a situaciones de acoso que, mientras los residentes son transitorios e inexpertos en sus roles en la rotación, los enfermeros tienen mayor longevidad y seguridad en sus cargos, generando una diferencia de poder.

En este y los otros trabajos hubo un bajo informe de los incidentes: solo el 7-8% de los casos. Esto obedece a que los residentes creían:

- que el episodio era inofensivo o no sabían si el comportamiento era acoso sexual,
- denunciarlo era una pérdida de tiempo,
- se encontraban muy ocupados para hacerlo.

Además, otros factores que influyen en que no se comuniquen los hechos de acoso sexual son:

- miedo a que se afecten de forma negativa las relaciones laborales,
- miedo a que no se tome en serio la denuncia,
- vergüenza,
- miedo a que se tome de forma negativa en la carrera,
- la falta de discusión pública sobre acoso sexual y una alta tolerancia a este tipo de violencia.

En nuestro ámbito no hay un lugar claro donde se pueda denunciar el acoso sexual. El Consejo Consultivo/Comité de Ética de la Asociación Argentina de Cirugía está compuesto por los últimos 5 ex-Presidentes de la Asociación. Hasta la fecha no hubo mujeres cirujanas presidentas de la AAC, por lo que este comité se halla compuesto en su totalidad por hombres, de generaciones en las cuales el acoso sexual no era mal visto. De más está decir que esto puede generar miedo, por parte de la persona que recibió el acoso, de que su denuncia no sea tomada en consideración. Se debería evaluar una vía que permita realizar este tipo de denuncias, en un contexto donde el denunciante pueda sentirse acompañado y que no sea inútil denunciarlo.

En nuestra encuesta, el porcentaje de CJ que refirió haber sufrido alguna vez acoso sexual en el trabajo fue inferior a lo publicado (9%). Sin embargo, debemos destacar que el acoso sexual no debería ser tolerado en ningún caso, por lo cual se debe trabajar para disminuir este porcentaje.

Cuando analizamos por género, lo sufrieron

un 4% de los hombres y un 16% de las mujeres. Esta diferencia es estadísticamente significativa. Por ello podemos concluir que las mujeres CJ sufren con mayor frecuencia discriminación de género y acoso sexual que los hombres CJ.

Para combatir este problema primero hay que conocerlo. Cualquier estrategia que tenga como objetivo erradicar el acoso sexual en el ambiente quirúrgico debe incorporar los siguientes 4 pilares:

- Educación: proveer capacitación a los residentes y el resto del *staff* sobre qué es el acoso, cómo se puede presentar y cómo deben intervenir cuando presencian una situación de acoso.
- Política antiacoso: se debe establecer una política institucional con respecto a los comportamientos inapropiados tanto de pacientes y familiares como de colegas.
- Mecanismos de comunicación: desarrollar mecanismos de comunicación y apoyo fuera del departamento quirúrgico, manteniendo la confidencialidad y mejorando la percepción de que informarlo será ineficaz o ignorado. Además, una persona con suficiente autoridad debería ser responsable de esos informes y disponer las acciones administrativas o disciplinarias que correspondan.
- Estricta responsabilidad: se debe realizar un seguimiento sistemático de la discriminación por género y acoso sexual como una medida de la institución y el departamento quirúrgico.

Síndrome de *burnout*

Como dijimos anteriormente, la importancia de hablar de explotación laboral, maltrato, acoso laboral y sexual y desigualdad de género radica en que todas esas conductas generan un ambiente hostil de trabajo que afecta la salud y pueden desencadenar el síndrome de *burnout* (SBO). El estrés resulta de la relación particular que se establece entre el medio, el sujeto y las emociones personales. Los valores de las instituciones y el soporte social son determinantes en cuanto a cómo los empleados se sienten comprometidos. La prevalencia de *burnout* parecería ser mayor en especialidades quirúrgicas, en residentes y en mujeres.

Este síndrome está caracterizado por el agotamiento extremo y la despersonalización, que se traducen en trastornos de la conducta y de las relaciones interpersonales en el trabajo.

El SBO se asocia a otros problemas de salud, como el abuso de alcohol, la depresión y el suicidio en los médicos. Además, los afectados son más propensos a cometer errores, disminuir sus esfuerzos, cambiar de trabajo o, incluso, abandonar el ámbito de la medicina.

En el Relato del año 2006 sobre la calidad de vida del cirujano³, se describe que, en este síndrome, el elemento nuclear es el agotamiento emocional. El

afectado se considera incapaz de resolver la demanda impuesta y abandona el compromiso afectivo de las tareas. La respuesta depende del prototipo de personalidad. La sobrecarga laboral, la falta de apoyo de los superiores y la comunidad y los fracasos en las pretensiones son factores concurrentes. Todo esto genera una sensación de frustración.

La despersonalización es la postura a través de la cual el individuo toma distancia de las personas con las que trata, en la medida en que se considera incapaz de satisfacer sus solicitudes. Desarrolla sentimientos negativos, impersonales y cínicos, respecto de los pacientes. Solo le interesa el cumplimiento de las normas impuestas.

El desempeño y la producción laboral se empobrecen, del mismo modo que disminuye la autoestima. El síndrome de *burnout* puede anteceder a la depresión clínica.

Algunas características de los médicos, como ser perfeccionistas, dominantes, controladores y obsesivos, así como pretenciosos en sus expectativas, los posicionan como candidatos a sufrir estrés y SBO.

Tal como mostramos anteriormente, el estrés es muy frecuente en el ámbito quirúrgico.

El SBO es frecuente entre los médicos: llega a cifras del 30-60%. La actividad académica parecería ser un factor protector, mientras que tener hijos, el área de especialización, el número de guardias nocturnas, los conflictos familiares y el sueldo serían factores de riesgo.

Una encuesta realizada en 2018, en Programas de Residencia de Cirugía General de Carolina del Norte, reveló una tasa de *burnout* entre residentes y *staff* del 75%, en 39% de ellos con criterios de depresión. Además, en otro estudio realizado por el American College of Surgeons³⁵, encontraron que el 6% de los cirujanos habían tenido ideas suicidas en el último año, pero solo el 26% realizó consultas psiquiátricas por miedo a tomarse licencia médica.

En la Argentina, los datos de la encuesta incluida en el Relato del año 2006 reflejaron escasa despersonalización, moderado desgaste emocional y elevada calificación del logro personal. Esto sugería que el descontento con las remuneraciones, las cuestiones legales y la inestabilidad laboral no afectan las aspiraciones e ideales de la mayoría.

Sin embargo, el mismo relator señaló que el tamaño muestral, la distribución etaria y la dedicación docente de la mayoría podría generar que esta no sea una porción representativa del universo de cirujanos.

Nosotros también utilizamos el cuestionario Maslach Inventory, que explicamos en "Material y métodos", para evaluar cómo estaban afectados los CJ en cada esfera, y si esto se asociaba con alguna variable de su situación laboral.

Encontramos un porcentaje alto de CJ (64%) con alto grado de agotamiento, mientras que tan solo el 18% no lo presentaba o era bajo.

Respecto de la despersonalización, el 50% tenía niveles altos, y un 21% intermedios.

Cabe destacar que, con respecto a la realización personal, la mitad de los CJ presentaban puntajes que indican sensación de logro y solo el 19% presentaba puntajes bajos.

Cuando analizamos qué factores influyen en cada esfera, notamos que:

- El agotamiento se asocia a: trabajar más de 60 horas semanales, tener una mala remuneración o haber sufrido explotación laboral; mientras que ser MAAC parecería ser un factor protector.
- La despersonalización también se asocia a trabajar más de 60 horas semanales y haber sufrido explotación laboral; por otro lado, ser miembro de la sociedad local sería protector.
- Por último, para la realización personal no encontramos factores protectores, pero sí un factor que la pone en riesgo: haber sufrido acoso sexual.

Estos resultados no nos sorprenden. Como explicamos anteriormente, la sobrecarga laboral, el maltrato y el acoso tienen implicancias en la salud de los trabajadores.

Pero, sí nos llamó la atención que ser MAAC o pertenecer a la Sociedad local fueron factores protectores. Sabemos que cuando se pertenece a un grupo, se marca la pertinencia del actuar y se fortalece la identidad personal y profesional.

Entonces: ¿Ser MAAC sí servía para algo?

Las Sociedades Científicas y las comunidades de pares deberían impulsar acciones destinadas a promover el bienestar médico, como medidas de soporte y control para facilitar el trabajo, ofrecer espacios y oportunidades para compartir aspectos emocionales y existenciales, y promover el balance entre la vida profesional y la vida privada. Como contrapartida, los CJ deberían mantenerse informados y conectados, concurrir a las reuniones de dichas Sociedades y participar de ellas.

Coincidimos con Manrique⁸ en que las sociedades científicas no existen de por sí y que son lo que los miembros quieren que sean. Ya en nuestro primer *webinar* de la Comisión de Cirujanos Jóvenes, allá por el año 2020, habíamos expresado algo similar con el lema "La Asociación que queremos la hacemos entre todos".

Si bien en la actualidad, muchos CJ no se consideran representados por las Sociedades Científicas y Gremiales, por lo que no están interesados en participar de ellas, debemos tener en cuenta que, si no nos unimos, será muy difícil mejorar nuestra situación laboral. Muchos de los problemas de los CJ son generados

o perpetrados por otros cirujanos, como la explotación laboral, el maltrato, el pago en negro, exigir trabajos no rentados, la discriminación de género y el acoso sexual.

Además, al estudiar los relatos anteriores, vemos que la situación laboral se ha modificado poco, al menos en lo que nos consta de las últimas 3 décadas, y que ya había propuestas de soluciones que no se llevaron a cabo por completo.

Estamos en una época de crisis, pero no solo económica, sino también del ejercicio de nuestra profesión⁷⁴. Es momento de un cambio de paradigma en la Cirugía General, y los CJ debemos ser los promotores de ese cambio, tanto en las sociedades científicas como en las gremiales.

Comentarios finales

La situación laboral de los CJ es similar a la vivida por los cirujanos generales en las últimas décadas, en relación con pluriempleo y excesiva carga laboral.

Existe una necesidad creciente de subespecializarse, para poder diferenciarse dentro del ejercicio profesional. En muchos casos, este período no es rentado o tiene una renta mínima, lo que obliga a posponer la realización personal.

La situación económica tanto de los CJ como del país es mala. Los CJ pertenecen a la clase media "media", incluso hay un grupo de ellos que se encuentran en la "clase media vulnerable".

Los CJ no están conformes con lo que ganan, y tampoco consideran que el ejercicio de la CG sea compatible con la calidad de vida que desean.

Sufren en sus trabajos de maltrato y acoso laboral, discriminación de género y acoso sexual. Todo eso lleva a altas tasas de agotamiento y despersonalización. Según los resultados de nuestras encuestas, la excesiva carga horaria, el maltrato laboral, no ser miembro de una sociedad científica, tener una mala remuneración y haber sufrido acoso sexual estarían directamente relacionados con el síndrome de *burnout*.

Muchos de estos factores, que atentan contra el ejercicio de la Cirugía, están generados por otros cirujanos,

La mayoría de los CJ no participan de actividades societarias o gremiales, porque no se consideran representados.

Es importante que la AAC trabaje en propuestas con objetivos claros que beneficien directamente a este grupo en su formación, su inserción laboral y en herramientas para prevenir el síndrome de *burnout*.

Referencias bibliográficas

- Definición de Nuevo Milenio. Wikipedia. https://es.wikipedia.org/wiki/Nuevo_milenio#:~:text=El%20Nuevo%20Milenio%20. Consultado el 3/5/2023.
- Definición de Milenio. Diccionario Oxford. <http://www.oxforddictionaries.com. «millennium»>. Consultado el 3/1/2023.
- Serafini DVH, Duhalde MA, Ortiz E. Formación en cirugía abierta en la era videoscópica. *Rev Argent Cirug*. 2021;108(Suplemento 1):S63-S202.
- Ebeling PA, Dent DL, Kempenich JW. The millennials have arrived: What the surgeon educator needs to know to teach millennials. *Surgery*. 2020;167(2):265-8. doi: 10.1016/j.surg.2019.05.028. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303325.
- II Charla de la Comisión de Cirujanos Jóvenes. "¿Qué beneficios nos ofrece la AAC? ¿Cuáles queremos nosotros?". https://www.youtube.com/watch?v=saZ_A-IHe_4. Consultado el 1/2/2023.
- Moirano JJ. El futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía. Relato Oficial. Congreso Argentino de Cirugía. *Rev Argent Cirug*. 1994. Número Extraordinario. pp. 3-67.
- Cariello A. Relato Oficial: El cirujano frente a la crisis financiera de la Salud. *Rev Argent Cirug*. 2003;85(5-6). Número extraordinario. Relato.
- Manrique JL. Relación entre la calidad de vida del cirujano y su actuación profesional. Relato Oficial. Congreso Argentino de Cirugía. *Rev Argent Cirug*. Número extraordinario 2006. pp. 80-153.
- Canal de YouTube de la Asociación Argentina de Cirugía. @AsociacionArgentinadeCirugia. <https://www.youtube.com/@AsociacionArgentinadeCirugia/about>. Consultado 2/2/2023.
- Taherdoost H. What Is the Best Response Scale for Survey and Questionnaire Design; Review of Different Lengths of Rating Scale / Attitude, Scale / Likert Scale. *International Journal of Academic Research in Management*. 2019; 8(1):1-10.
- Cuestionario Burnout. <https://static.ecestaticos.com/file/035/b15/f97/035b15f97e7fea4c6f9d6519e8114bcf.pdf>. Consultado 1/10/2022.
- Braum M, Llach L. Macro-Economía Argentina. Manual para (tratar de) comprender el país. Buenos Aires: Sudamericana; 2018.
- Banco Mundial. Argentina: Panorama General. <https://www.bancomundial.org/es/country/argentina/overview#1> Consultado el 1/1/23.
- Ministerio de Economía. La inflación en marzo de 2023. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-inflacion-de-marzo-de-2023>
- Boettner M. Dólar: mientras sigue la negociación con el FMI, el Gobierno busca extender la estabilidad cambiaria con nuevas medidas. Infobae, 1/5/2023. <https://www.infobae.com/economia/2023/05/01/dolar-mientras-sigue-la-negociacion-con-el-fmi-el-gobierno-busca-extender-la-estabilidad-cambiaria-con-nuevas-medidas/>. Consultado el 2/5/2023.
- López-Calva LF, Ortiz-Juárez E. Clases medias y vulnerabilidad a la pobreza en América Latina. *Pensamiento Iberoamericano* N 10.
- Informes Técnicos. Vol. 6, n 237. ISSN 2545-6636. Trabajo e ingresos. Vol. 6, n 9. Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH). Tercer trimestre de 2022. ISSN 2545-6768.
- Informes Técnicos. Condiciones de vida. Vol. 6, n 16. Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total. Gran Buenos Aires. Noviembre de 2022. ISSN 2545-6660. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
- Cuánto hay que ganar para ser de clase media en la Ciudad de Buenos Aires. Infobae, 16/11/2022. <https://www.infobae.com/economia/2022/11/16/cuanto-hay-que-ganar-para-ser-de-clase-media-en-la-ciudad-de-buenos-aires/>. Consultado el 1/12/2022.
- Ley 20744. Régimen de Contrato de Trabajo. Honorable Congreso de la Nación Argentina 1974-09-27.
- Santiago JR. La locación de servicios en el nuevo Código civil y comercial. *Revista Derecho Laboral y Seguridad Social*. 2014; 21.
- Aguilár LF. Los contratos de locación de servicios como figura utilizada por el empleador: ¿precariedad laboral?. *Revista OIKONOMOS*. 2014;4(1):62-117. Recuperado 1/12/2022, de <http://oikonomos.unlar.edu.ar>
- Tobar F, Rosenfeld N, Reale A. Modelos de pago en servicios de salud. *Cuad Méd Soc. (Ros.)*. 1998; 74:39-52.
- Nomenclador. Asociación Argentina de Cirugía. <https://aac.org.ar/nomenclador.htm>. Consultado el 2/1/23.
- Reglamentación del Trabajo del Médico de Guardia - Aprobado en 10-05-1997-Acta N° 753. Tomado de https://www.colmed3.com.ar/imprimir/imprimir_legislacion_medico_de_guardia.html. Consultado el 2/2/2023.
- Spadafora S. Gestión de los Recursos Humanos. Diplomado internacional en administración de hospitales y centros de salud. Universidad Isalud. Marzo 2018.
- Deluca E, Moscardi JA. El Cirujano Rural. Relato Oficial LXXXI. 2010. *Rev Argent Cirug*. 2010; 99(5-6):155-200.
- Landi L, Nicolás ES, Lima M, Battú CC, Núñez F, Francia H. Conflicts of surgeons: is surgical vocation in crisis? *Rev Argent Cirug*. 2021;112(3):303-10.
- Palacios Huatucu RM, Ponce Beti MS, Andrade RD, Bastet J, Di Corpo M, García M, Bulacio Sánchez M. Expectations and professional fulfillment in general surgery and surgical specialties: current situation of young surgeons in Córdoba. *Rev Argent Cirug*. 2022; 114(4):328-37.
- III Charla Abierta de Cirujanos/os Jóvenes. Sistema tributario de Argentina 26 de Noviembre 2020. Canal de YouTube de la Asociación Argentina de Cirugía <https://www.youtube.com/watch?v=wyyD74fW25g>. Consultado el 1/2/2023.
- Cirujanos argentinos for export: ¿Se puede ejercer nuestro arte en el exterior? Lunes 7 de diciembre de 2020. Canal de YouTube de la Asociación Argentina de Cirugía. https://www.youtube.com/watch?v=m_W9AVQkXc. Consultado el 1/2/2023.
- I Charla Abierta de la Comisión de Cirujanos/as Jóvenes 2021. "Presente y futuro de las redes sociales en cirugía". Jueves 29 de abril de 2021. Canal de YouTube de la Asociación Argentina de Cirugía. <https://www.youtube.com/watch?v=y72IH2aj1m0&t=4s>. Consultado el 1/2/2023.
- III Charla abierta de la Comisión de Cirujanos/as Jóvenes 2021. "Aspectos legales de la práctica quirúrgica". Lunes 21 de junio de 2021. Canal de YouTube de la Asociación Argentina de Cirugía. <https://www.youtube.com/watch?v=W1vmzSKmu28&t=1s>. Consultado el 1/2/2023.
- III Charla Abierta de la Comisión de Cirujanos/as Jóvenes 2021. "¿Cómo animarse a emprender en cirugía?". Jueves 12 de agosto de 2021. Canal de YouTube de la Asociación Argentina de Cirugía. <https://www.youtube.com/watch?v=W1vmzSKmu28&t=1s>. Consultado el 1/2/2023.
- Patti MG, Kibbe MR. *Surgery* 2019: an existential crisis. *Updates Surg*. 2019;71(2):201-3. doi: 10.1007/s13304-019-00664-x. Epub 2019 Jun 21. PMID: 31228103.
- Monitoreo para el análisis y planificación de acciones. Informe de caracterización sociodemográfica y académica de profesionales aspirantes al sistema de residencias del equipo de salud durante el período 2018-2022. Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento. Observatorio Federal de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud, Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/27-informe-mapa-tablero-caracterizacion-postulantes-a-residencias-2018-2022.pdf>. Consultado el 9/4/2023.
- Schijvarger RR. Enseñanza de la Cirugía en el Post Grado. Relato Oficial LXXV. Facultad de Medicina de Rosario, Santa Fe. 2004. pp.183-214.
- Sarsur Fernández HF, Buchanan LM, Cassani F, López MA, La Torre A. (2021). Young surgeons entering the workforce in the City of Buenos Aires. Need for restructuring of the general surgery training system. *Rev Argent Cirug*. 2021;113(1):92-100.
- Ingreso a Residencias. Ministerio de Salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso>. Consultado el 23/4/2023.
- Residencias con acreditación vigente. Asociación Argentina de Cirugía. <https://aac.org.ar/comite-residencias-acreditadas.htm>. Consultado el 22/5/23.
- Mattera FJ. Pros y contras de la superespecialización. *Rev Argent Cirug*. 2021;110(Suplemento 1):S187-S246.
- Duré I, Fernández Lereña M, Gilligan C. Especialidades médicas: Estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación. Observatorio de Recursos Humanos en Salud-Secretaría de Gobierno de Salud, 2019. <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/publicaciones>.
- Oferta de carreras de especialización. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. <https://www.fmed.uba.ar/>

- carreras-de-especialistas/ofertas-de-carreras-de-especializacion. Consultado el 20/5/2023.
44. Especialidades. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. <https://sgcs.fcm.unc.edu.ar/especialidades/carreras-de-especializacion>. Consultado el 20/1/2023.
45. Carreras de especialización. Universidad Católica Argentina. <https://uca.edu.ar/es/facultad-de-ciencias-medicas/posgrados/carreras-de-especializacion>. Consultado el 20/1/2023.
46. Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Abierta Interamericana. <https://uai.edu.ar/facultades/medicina-y-ciencias-de-la-salud/>. Consultado el 20/1/2023.
47. Especializaciones. Universidad Católica de Córdoba. <https://www2.ucc.edu.ar/facultades/medicina/formacion-de-posgrado/carreras-de-especializacion/>. Consultado el 20/1/2023.
48. Posgrados. Universidad Favaloro. <https://www.favaloro.edu.ar/posgrados/>. Consultado el 20/1/2023.
49. Posgrados. Universidad del Salvador. <https://www.usal.edu.ar/posgrados/>. Consultado el 20/1/2023.
50. Posgrado. Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://posgrado.hospitalitaliano.edu.ar>. Consultado el 20/1/2023.
51. Examen Único. Ministerio de Salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/examen-unico>. Consultado el 20/1/2023.
52. Decenio del Envejecimiento Saludable. OMS. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4#:~:text=Al%20t%C3%A9rmino%20del%20Decenio%20del,y%20alcanzar%C3%A1%20los%20100%20millones. Consultado el 5/5/2023.
53. Perreta S y cols. Brechas de Género en Cirugía: una realizada invisibilizada. PROACI. Vigésimosexto ciclo. Módulo. 2. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2023.
54. Rangel EL, Castillo-Ángeles M, Easter SR, Atkinson RB, Gosain A, Hu YY, et al. Incidence of Infertility and Pregnancy Complications in US Female Surgeons. *JAMA Surg*. 2021;156(10):905-15. doi: 10.1001/jamasurg.2021.3301. Erratum in: *JAMA Surg*. 2021 Oct 1;156(10):991. PMID: 34319353; PMCID: PMC9382914.
55. Comisión de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Ministerio de Economía. <https://portal.produccion.gob.ar/cymat/qué-es-cymat/#:~:text=Se%20entiende%20por%20Condiciones%20y,e%20impactan%20en%20su%20salud>. Consultado el 5/5/2023.
56. Sexism at work: how can we stop it?. European institute for gender equality. <https://eige.europa.eu/publications-resources/toolkits-guides/sexism-at-work-handbook/part-1-understand/what-sexual-harassment>. Consultado el 20/1/2023.
57. Thomas JH. The surgical personality: fact or fiction. *Am J Surg*. 1997;174: 573-7.
58. EIGE, Gender Equality Index 2020, 'Money' <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2020/domain/money>. Consultado el 20/1/2023.
59. Cumpa López NE, Gallino Fernández G. (2021). Women in surgery: an exploration of career barriers. *Rev Argent Cir*.2021;112(1):30-42. <https://doi.org/10.25132/raac.v112.n1.1423>
60. Altuna I. El lugar de la mujer en la cirugía argentina. *Rev Argent Cirug*. 2006;91(5-6):215-25.
61. Qué es el trabajo forzoso, las formas modernas de esclavitud y la trata de seres humanos. Organización Internacional del Trabajo.
62. <https://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/definition/lang-es/index.htm>. Consultado el 1/5/2023.
63. Vallejo MPR. Aproximación laboral a los conceptos de esclavitud, trabajo forzoso y explotación laboral en los tratados internacionales. *Revista de Estudios Jurídico-Laborales y de Seguridad Social (REJLSS)*. 2021;(2):99-135.
64. Explotación laboral. Ministerio Público Fiscal. <https://www.mpf.gob.ar/explotacion-laboral/explotacion-laboral/>. Consultado el 1/5/2023.
65. Recibir asesoramiento sobre violencia laboral. Ministerio de Trabajo. <https://www.argentina.gob.ar/servicio/recibir-asesoramiento-sobre-violencia-laboral-y-denunciarla>. Consultado el 1/5/2023.
66. C190 Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (N.º 190). Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190. Consultado el 1/5/2023.
67. Petrone P. Mobbing - Moral Harassment: Prospective Study in Public Hospitals of the Province of Buenos Aires, Argentina. *Rev Argent Cirug*. 2021;110(2):96-100.
68. Spector CH. Acoso laboral en Servicios Quirúrgicos. *Rev Argent Cirug*. 2021;110(2):71.
69. Hu Yue-Yong, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *N Engl J Med*. 2019;381(18):1741-52. doi: 10.1056/NEJMsa1903759. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31657887; PMCID: PMC6907686.
70. McKinley SK, Parangi S. Addressing Sexual Harassment in Surgical Training. *Ann Surg*. 2020;271(4):614-5. doi: 10.1097/SLA.0000000000003711. PMID: 31850995.
71. Ortiz FE. El estrés del cirujano. *Rev Argent Cirug*. 2006;90(5-6):211-22.
72. Schlick CJR, Ellis RJ, Etkin CD, Greenberg CC, Greenberg JA, Turner PL, et al. Experiences of Gender Discrimination and Sexual Harassment Among Residents in General Surgery Programs Across the US. *JAMA Surg*. 2021;156(10):942-52. doi: 10.1001/jamasurg.2021.3195. PMID: 34319377; PMCID: PMC8319819.
73. Pololi LH, Brennan RT, Civian JT, Shea S, Brennan-Wydra E, Evans AT, et al. Sexual Harassment within Academic Medicine in the United States. *Am J Med*. 2020;133(2):245-8. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.06.031. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31301297.
74. Freedman-Weiss MR, Chiu AS, Heller DR, Cutler AS, Longo WE, Ahuja N, Yoo PS. Understanding the Barriers to Reporting Sexual Harassment in Surgical Training. *Ann Surg*. 2020;271(4):608-13. doi: 10.1097/SLA.0000000000003295. PMID: 30946072.
75. Coturel A. Editorial on the article: Young surgeons entering the workforce in the City of Buenos Aires. Need for restructuring of the general surgery training system. *Rev Argent Cirug* 2021;113(1):5-8. <https://doi.org/10.25132/raac.v113.n1.edac>