



Repositorio Digital Institucional
“José María Rosa”



Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Cintia L´hospital

cintialhospital@gmail.com

Descripción de la situación laboral de los médicos que finalizaron la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013

Tesis presentada como requisito final para la obtención del Título de Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús.

Director de la tesis

Raúl Mejía

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional “José María Rosa” de la Biblioteca “Rodolfo Puiggrós” de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository “José María Rosa” of the Library “Rodolfo Puiggrós” of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

L´hospital, Cintia. (2015). Descripción de la situación laboral de los médicos que finalizaron la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria.[fecha de consulta: ____]

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Lhospital_C_Descripcion_2015.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11ª Cohorte (2008-2010)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

Descripción de la situación laboral de los médicos que finalizaron la residencia de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

MAESTRANDA

Médica Cintia L'hospital

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Raúl Mejía. Investigador Titular Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) Programa de Medicina Interna General, Hospital de Clínicas, UBA

FECHA DE ENTREGA

Diciembre 2014

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11ª Cohorte (2008-2010)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

Descripción de la situación laboral de los médicos que finalizaron la residencia de Medicina General de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

Lanús, Argentina

MAESTRANDA

Médica Cintia L'hospital

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Raúl Mejía. Investigador Titular Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) Programa de Medicina Interna General, Hospital de Clínicas, UBA

INTEGRANTES DEL JURADO

Mgr. Alejandra Sánchez Cabezas

Mgr. Jorge Arakaki

Mgr. Cecilia Ros

Fecha de aprobación 21/10/2015

Calificación: 8 (ocho) Muy bueno

DEDICATORIA

A Mario Testa, quien entonando su canzoneta italiana, finalizó el relato de su “motivo porque” central con el recuerdo de sus tíos jugando a las cartas los domingos, conversando sobre política y esperando encontrar las condiciones para hacer la revolución social.

Porque con esa ambición en su vida, su trabajo, su humildad, sus ideas, sus palabras, me ayudó a reconocer mi “motivo porque”, a reencontrar la pasión por mi trabajo y a incorporar aptitud crítica.

Porque querer un mundo diferente, no alcanza para transformarlo... debe ser complementado con la aptitud crítica, la capacidad adquirida para examinar reflexivamente los hechos de la realidad para extraer de ellos las conclusiones pertinentes y generar acciones transformadoras.

AGRADECIMIENTOS

A mis hijos Juan Pedro y Antonio, y a Juanse, por su amor, generosidad y pasión transformadora.

A mi abuelo Tito, por su legado. A mi hermano, por estar siempre. A mi mamá, por su tenacidad, a Graciela, por su ayuda impagable.

Al Dr. Raúl Mejía, por su invaluable acompañamiento académico, sin el que no hubiese podido.

Al Dr. Juan Castelli, por el acceso a la base de datos, su tiempo y por compartir la motivación de producir información para optimizar la calidad de formación de los trabajadores de la salud.

A la Subsecretaria de Planificación de la Provincia de Buenos Aires, a AMEGES y AMGBA por su apoyo.

A Cristina Cipolla, Marcela Juez, Leonardo Martinelli, María Croje, Martin y Pilar Castilla, y Mariana Costaguta por su ayuda.

A mis amigas de la maestría, Pía, Valeria, Adriana; compañeros y docentes y equipos de salud con quienes compartí el trabajo y aprendí.

RESUMEN

El presente trabajo consiste en describir la situación laboral de los egresados del sistema de residencias de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013. El propósito es generar información que contribuya a la discusión, análisis y reformulación de políticas públicas para el aprovechamiento de este recurso humano específico, en el subsector público del primer nivel de atención. Es un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal que se realizó a partir de una encuesta que se construyó utilizando como modelo un cuestionario utilizado en otro trabajo, al que se le incluyeron las preguntas sobre aspectos a explorar de interés de este estudio. Se distribuyó por correo electrónico. El cuestionario fue respondido por 68 egresados, de los cuales el 79,4% fueron mujeres y viven en un 91,1% entre la provincia de Buenos Aires y CABA. El 35,3% tiene dos trabajos y el 27,9% tiene tres trabajos. Los resultados de este estudio muestran que los egresados tienen su trabajo principal en el subsector público en un 79,4% y que un 45,6% lo realiza en CAPS y un 32,4% en Hospitales. La mitad de los participantes trabaja en relación de dependencia laboral y el motivo principal de elección laboral del primer trabajo son los beneficios adicionales y el trabajo en equipo. En el segundo y tercer trabajo fue priorizada la remuneración al momento de la elección laboral. El 33,8% está ejerciendo otra especialidad. Este estudio sistematiza y provee información sobre la situación laboral de los residentes egresados de una cohorte de seis años de medicina general de la provincia de Buenos Aires. Esta es una información inexistente hasta este estudio por lo que arroja luz en un vacío de conocimiento dentro de la investigación en salud, específicamente en recursos humanos.

Palabras claves: Medicina General, Residencia Medica, Mercado de Trabajo, Sistema de salud.

ABSTRACT

This essay is intended to describe the current labor status of the primary care physicians (PCPs) graduated from the Buenos Aires Province hospitals between 2008 and 2013. The goal of this paper is to generate data and information to enhance the level of discussion and analysis, and improve the efficiency of the use of workforce in the primary care of the healthcare sector. The study is based on a survey on PCPs graduated in 2003-2009. The study is a cross sectional survey. The survey was based in one used in a previous study. The survey was sent through email. The survey was responded by 68 participants, 79.4% were women, 91,1% live in Buenos Aires and suburbs. 35.3% of respondents has two jobs, and 27.9% has three employment relations. 79.4% of the PCPs work at the public sector, however, less than half of them work at specific primary care centers. Half of the PCPs have a precarious labor contract relation with their employer (i.e: government), The stability of the job associated with a public indefinite contract and the social benefits associated with the contract are the main reason why the PCPs chose the public sector, together with the chance of working as a team. When the PCPs has a second or third job, the main driver for accepting them was the salary. 33.8% of participants were working on another medicine specialty. This paper sets the system, and provides the information about the employment situation of recent graduates PCPs in the Buenos Aires province. This information was non-existent until this paper, which sets light within a vacuum in the specialty, specifically in human resources.

Keys Words: General Medicine; Medicine Residency; Labor Market; Healthcare System

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: Evolución de cupos de Residencias de Medicina General de la provincia de Buenos Aires 1998-2004.....	16
Figura 2: Evolución de cupos de Residencias de Medicina General de la provincia de Buenos Aires 2009-2013.....	16
Figura 3: Relación entre oferta y adjudicaciones de cargos de Médico Residente para toda la oferta de especialidades de la provincia de Buenos Aires durante el periodo 2012 – 2013	17
Figura 4: Especialistas / 100.000 habitantes de la provincia de Buenos Aires año 2013	19
Figura 5: Proceso de distribución de la encuesta de la investigación del estudio de situación laboral de médicos generalistas de la provincia de Buenos Aires 2008-2013	46
Figura 6: Mapa de las de regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires 2014.....	49
Figura 7: Distribución por localización geográfica de la sede de Residencia de la provincia de Buenos Aires 2014	50
Figura 8: Cantidad de trabajos. Distribución de residentes de medicina general de la provincia de Buenos Aires según sexo 2008- 2013	52
Figura 9: Distribución según relación de dependencia en el trabajo de los residentes de medicina general de la provincia de Buenos Aires 2008 – 2013	54

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1: Variables y definiciones.....	41- 42
---	--------

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Total de establecimientos de propiedad estatal de la provincia de Buenos Aires 2010 ...	30
Tabla 2: Descripción del perfil socio-demográfico de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013	47
Tabla 3. Universidades de egreso de medicina de médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.....	48
Tabla 4. Porcentaje según año de egreso de médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.....	48
Tabla 5. Distribución según sede donde realizaron la residencia los médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013	51
Tabla 6. Distribución según cantidad de trabajos de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.....	52
Tabla 7. Relación laboral con las sedes de residencia de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013	53
Tabla 8. Características de los trabajos realizados por médicos encuestados egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013	56
Tabla 9. Opción por otra especialidad de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013	57
Tabla 10. Motivos de la elección laboral de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.....	57

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

APS – Atención Primaria de la Salud

CAPS – Centro de Atención Primaria de la Salud

EUA – Estados Unidos de América

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PMC – Programa Médicos Comunitarios

RR HH – Recursos Humanos

RR HHS – Recursos Humanos en Salud

PNA- Primer Nivel de Atención.

T1 – Trabajo 1

T2 – Trabajo 2

T3 – Trabajo 3

T4 – Trabajo 4

UBA – Universidad de Buenos Aires

UNLA – Universidad de La Plata

UNR – Universidad Nacional de Rosario

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 <i>Fundamento.....</i>	13
1.2 <i>Propósito.....</i>	22
1.3 <i>Problema</i>	22
1.4 <i>Pregunta</i>	23
1.5 <i>Hipótesis.....</i>	23
2. OBJETIVOS.....	24
2.1 <i>Objetivo general.....</i>	24
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	24
3. MARCO TEÓRICO.....	25
3.1 <i>Racionalidades en Salud. Los modelos históricos y vigentes en la formación y la atención médica.....</i>	25
3.1.1. Paradigma Flexneriano.....	25
3.1.2 Paradigma de la Medicina social o salud colectiva.....	26
3.1.3 Enfoques: riesgo y vulnerabilidad.....	26
3.2 <i>El mercado de trabajo médico.....</i>	28
3.3 <i>Sistema de salud</i>	28
3.3.1 Descentralización y sistema de salud en la provincia de Buenos Aires.....	29
3.4 <i>Formación de grado y posgrado: como llegan los médicos generalistas egresados de la residencia, al momento de la inserción laboral.....</i>	31
3.4.1 Residencias profesionales del Ministerio de salud de la prov. de Bs As.....	32
3.5 <i>Médico generalista.....</i>	32
3.6 <i>Breve reseña histórica de las residencias de medicina general</i>	32
3.7 <i>El campo de la salud y las elecciones laborales.....</i>	33
4. ESTADO DEL ARTE.....	35
5. METODOLOGÍA.....	39
5.1 <i>Diseño.....</i>	39
5.2 <i>Población.....</i>	39
5.2 <i>Cuestionario.....</i>	39
5.3 <i>Implementación.....</i>	39

5.4 Variables utilizadas.....	40
5.5.1 Definiciones teóricas y operacionales de las variables y categorías.....	41
5.6 Análisis de datos.....	44
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	45
7. RESULTADOS.....	46
8. DISCUSIÓN.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	68
ANEXOS.....	76

1. INTRODUCCIÓN

1.1 *Fundamento*

A nivel internacional, en el año 1920 la referencia al término de Atención Primaria, aparece en el Informe Dawson, donde se abordaba la organización del sistema sanitario del Reino Unido. En esta organización se incluyeron tres niveles en la organización de los servicios de salud, denominando el primer nivel en su versión traducida al español (OPS, 1964) como centros primarios de salud. Estos centros se establecían como el eje del sistema, apoyados por los centros de servicios secundarios de salud y otros servicios como los hospitales docentes (1).

En el año 1978, en Alma Ata, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su declaración definió a la salud como un estado completo de bienestar biopsicosocial, como un derecho humano fundamental. Exigió el involucramiento de todos los sectores para obtener el máximo bienestar posible en salud. De este modo, la Atención Primaria en Salud (APS), pasó a ser considerada como un nivel de atención esencial, que debía basarse en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables. La misma debía ser puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación a un costo accesible en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. Dicha estrategia respondía al objetivo de alcanzar las metas en salud conforme al espíritu de la justicia social (2).

Posteriormente, en el año 1988, en el documento, “A mitad del camino hacia la salud para todos en el año 2000”, se replanteó y cuestionó la estrategia, debido a las diferencias encontradas según el grado de desarrollo de los distintos países, los problemas del financiamiento y de la gestión de recursos (los que seguían priorizando los aspectos curativos a expensas de la promoción y prevención). Este informe propuso la evaluación y la obtención de información para identificar los sectores de APS que necesitaban una intensificación de la acción global (3).

En el año 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó una propuesta para la renovación de APS iniciada a partir de la Resolución 1 CD44.R6 (3 p.5). En ella se invitó a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS y definieron las consecuencias que un sistema de salud basado en APS, provocaría en los recursos humanos. En la misma se postuló y priorizó la necesidad de planificación y capacitación específica de los mismos (4).

A nivel nacional, el Dr. Ramón Carrillo, quien fuera primer Ministro de Salud de la Argentina, elaboró un Plan Sintético de salud (1952-1958) con el propósito de dar los lineamientos para establecer un sistema nacional de salud a cargo del Estado Nacional. En el plan se concebía a la salud como un derecho, entendiéndola más allá de los determinantes biológicos e incluyendo determinantes sociales. Se introducía a la medicina social en el campo de la salud y se promovía una concepción sobre el hombre en sus dimensiones biopsicoespiritual y social. Dicho plan estaba dividido en tres grandes capítulos: el primero, medicina asistencial o curativa (microcosmos), el segundo, medicina sanitaria o profiláctica (mesocosmos) y el tercero Medicina Social o preventiva (macrocosmos). En este último capítulo se promovía la organización de los centros de salud y de los centros sanitarios y a la organización de la profesión médica, considerando al médico como un trabajador más e incluyendo las especialidades de odontología, farmacia y obstetricia. A su vez, propuso la creación del “Médico de Familia” a cargo del estado para los más carenciados, en zonas o barrios desamparados a nivel de la atención en salud (5).

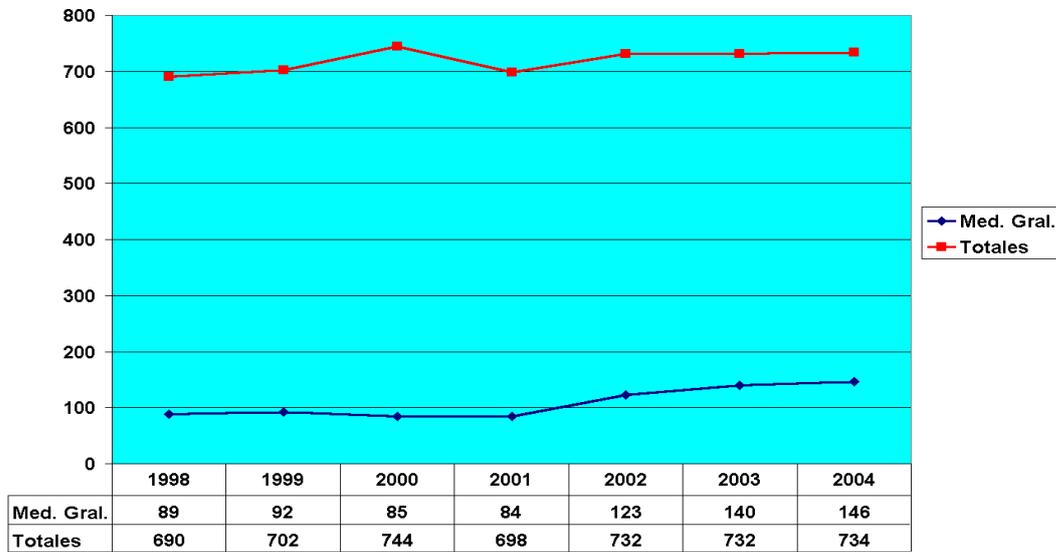
Como antecedente de APS, también en nuestro país, fue la experiencia del Dr. Carlos Alvarado en Jujuy a fin de la década del 60, quien desarrolló un programa rural modelo para organizar la provisión de una adecuada atención a los sectores marginales de la sociedad (6). En la década del 80 se implementó el programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud) durante la gestión en el ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires del Dr. Floral Ferrara, su principal característica fue la confrontación con el modelo vigente asistencial, basado en la enfermedad (7).

En los últimos años, en Las Bases para el Plan Federal de Salud 2004-2007, el gobierno nacional promovió una política de reforma primordial, que se tradujo en el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y en la estrategia de atención primaria. Entre sus metas apareció la delimitación de lo prioritario en la formación del personal “en términos cuanti y cualitativos en forma concertada con las instituciones formadoras públicas y privadas y los entes de rectoría” (7) para poder intervenir estableciendo estándares de calidad en “la formación de grado y de especialidades del equipo de salud” (7), así como la promoción de la formación de profesionales en medicina general o su reconversión, para contar con quipos de salud con competencias específicas para dar respuesta a las prioridades de las políticas sanitarias. (8). Además se acordó por consenso en el Consejo Federal de Salud en el año 2008, que se reorientarían los cupos nacionales solo a residencias propuestas como prioritarias en APS como medicina general, toco-ginecología y pediatría. (9)

En la provincia de Buenos Aires, la adopción de la estrategia de APS como política de salud, queda reflejada en el actual Plan quinquenal de Salud (2011-2015) (10) que toma como antecedente al Plan quinquenal de la provincia de Buenos Aires 1995-2000 (10), los Objetivos del milenio (11), las Base para el Plan Federal de salud 2004-2007 (8), la Agenda de salud provincial 2006-2007 y la Evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en la Provincia de Buenos Aires 2006/2010 (12) y establece como política de intervención sobre el modelo de atención, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (10). En el marco de estas políticas públicas de salud se implementó el sistema de residencia de la especialidad de medicina general, especialidad del ámbito de la APS, que comenzó en la provincia de Buenos Aires en el año 1984, con sede en los hospitales provinciales y de dos años de duración. En la actualidad, se incorporaron sedes en los Centros de Atención de la Salud (CAPS) y tiene una duración de cuatros años (13).

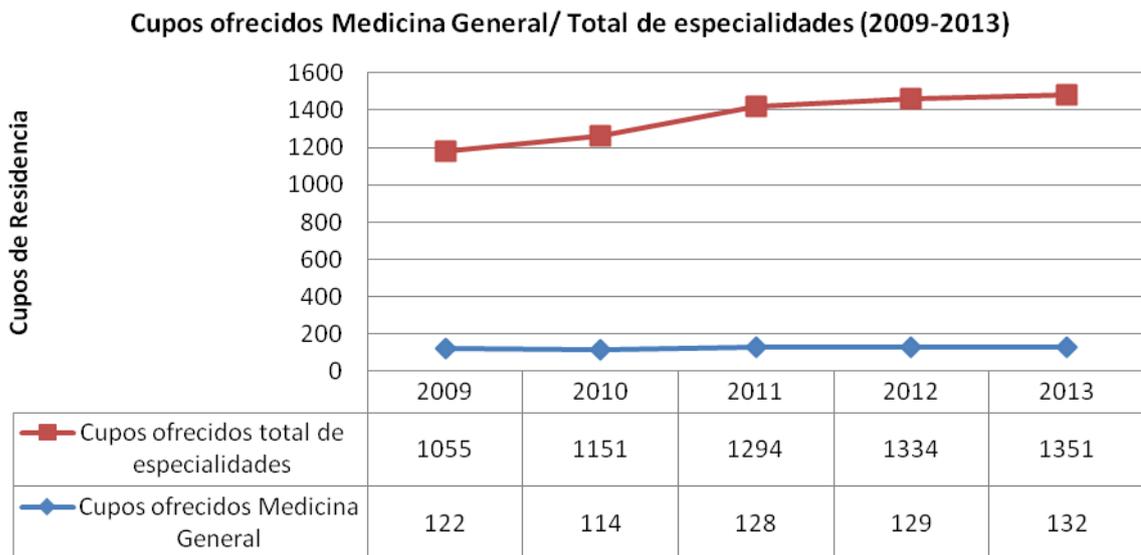
Una de las políticas de recursos humanos en salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires para la implementación de la estrategia de APS en los últimos 15 años, fue el incremento de los cupos de residencias para la formación de médicos generalistas. Las figuras 1 y 2, muestran (en orden cronológico pero en diferentes periodos de tiempo) la evolución de los cupos de residencia de medicina general ofrecidos en los últimos años. (Información proporcionada por la Dirección Provincial de Capacitación profesional del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires)

Figura 1. Evolución de cupos de Residencias Medicas 1998-2004. Provincia de Buenos Aires.



Fuente: Elaboración propia basada en datos suministrados por la Subsecretaria de Planificación de la Salud, Dirección Provincial de Capacitación para la Salud. Provincia de Buenos Aires. Año 2005.

Figura 2. Evolución de cupos de Residencias de Medicina General / cupos totales ofrecidos 2009-2013. Provincia de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia basada en datos suministrados por la Subsecretaria de Planificación de la Salud, Dirección Provincial de Capacitación para la Salud. Provincia de Buenos Aires. Año 2013.

La disciplina Medicina General está dentro de las especialidades con mayor cantidad de vacantes ofrecidas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Paralelamente se ha observado que ha ido disminuyendo el porcentaje de adjudicaciones como se muestra en la Figura 3.

Figura 3: Relación entre oferta y adjudicaciones de cargos de Médico Residente para toda la oferta de especialidades de la provincia de Buenos Aires durante el periodo 2012 – 2013

Actualidad de la Formación Residencias				
Especialidad/Disciplina	Vacantes 2012	% Cobertura 2012	Vacantes 2013	% Cobertura 2013
Medicina General	129	62	132 ↑	55 ↓
Clínica Pediátrica	168	96	171 ↑	84 ↓
Neonatología	57	77	59 ↑	81 ↑
Clínica Médica	115	81	115 ↑	78 ↓
Clínica Quirúrgica	73	100	74 ↑	100
Anestesiología	36	100	31 ↓	100
Terapia Intensiva Adultos	57	32	57	28 ↓
Terapia Intensiva Pediátrica	14	14	16	6 ↓
Tocoginecología	107	85	107	93 ↑
Obstetricia	46	96	46	65 ↓
Psiquiatría	36	89	36	75 ↓
Psicología	45	100	45	100
Administración Hospitalaria	12	100	8 ↓	88 ↓

Fuente: Informe del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: Subsecretaria de Planificación de la Salud. Año 2013.

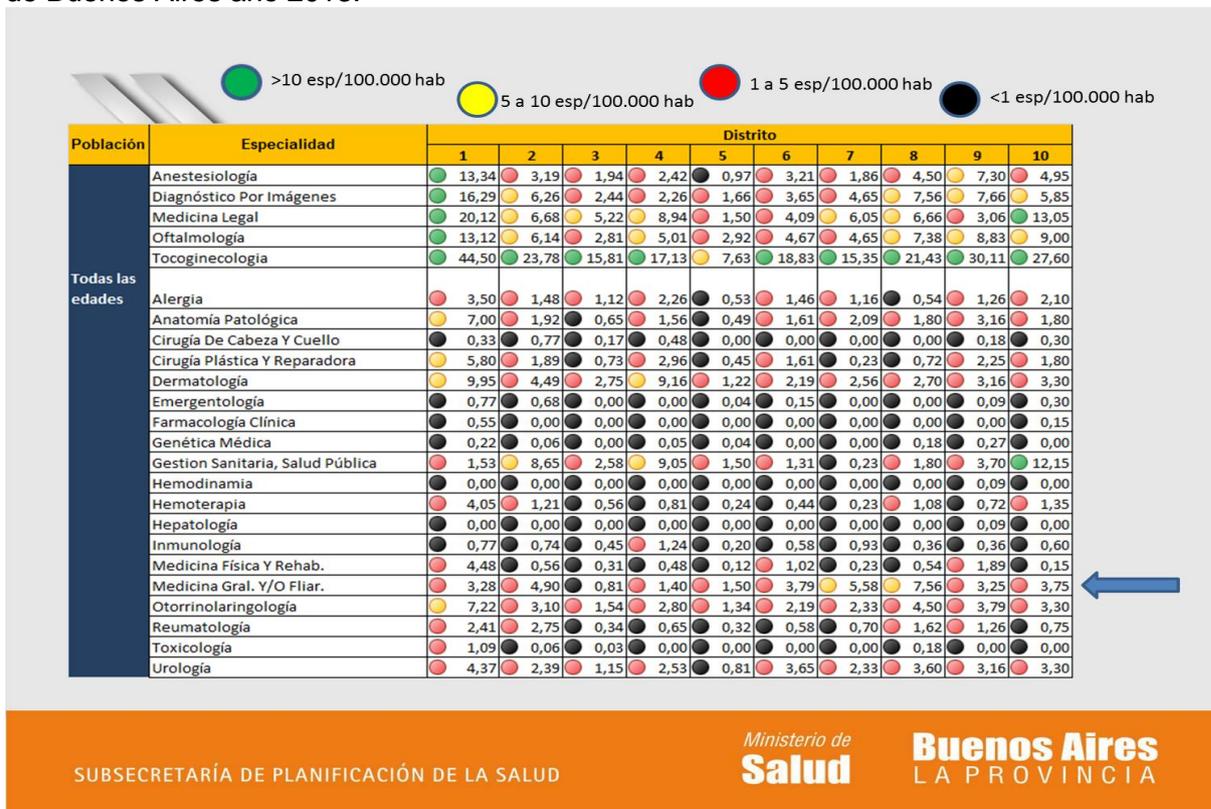
Otra de las políticas provinciales implementadas a partir del año 2005, fue la firma de los primeros convenios entre el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y los municipios, para establecer algunas de las unidades de residencia de medicina general en los CAPS, dependientes de las jurisdicciones municipales. Dicho convenio incorporaba una cláusula donde se obligaba a los municipios, a ofrecer puestos de trabajo a los residentes egresados de las Unidades de Residencia de su jurisdicción una vez culminada la misma, por el mismo tiempo de duración de la residencia. En la actualidad 16 de las 51 sedes de residencia de Medicina General, tienen sede en CAPS municipales en el marco de este convenio. (Anexo I) (Información Suministrada por la Subsecretaria de Planificación de la Salud, Dirección Provincial de Capacitación para la Salud Provincia de Buenos Aires)

Existen también programas de RR HHS implementados por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Nación que financian recursos humanos para la APS, un ejemplo es el Seguro Público de Salud provincial (14), creado en el año 2000 y el Programa Médicos Comunitarios (15) creado en el año 2004. Actualmente el 32,8 % y el 27 % del total de los cargos médicos de estos programas en la provincia de Buenos Aires están cubiertos por médicos generalistas respectivamente. (Información suministrada por el Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación y Seguro Público de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Por otra

parte, según el Programa Nacional de Medicamentos Remediar, en 2005, del total de CAPS de la provincia de Buenos Aires que participaban del programa, el 49,5% no contaba con médicos generalistas (16). Según información de la Subsecretaría de planificación de la salud de la provincia de Buenos Aires, se puede observar que existen de 1 a 5 médicos generalistas cada 100.000 habitantes en todos los distritos del Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires (Tabla 2), a excepción de los distritos 7 y 8, que poseen entre 5 y 10 médicos generalistas. (Información suministrada por la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires). En España, la media de especialistas de Medicina familiar y comunitaria es de 80,1 cada 100.000 habitantes (17). El sistema de salud de este país se organiza en función de un médico de familia cada 1250-2000 habitantes (18). Las experiencias en países desarrollados, señalan que las necesidades poblacionales estarían cubiertas cuando la proporción entre médicos generales y médicos especialistas se acerca a 60/40 (19).

La Figura 4 muestra una enumeración de cantidad de profesionales por especialidades distribuidos en los diferentes distritos sanitarios del Colegio de médicos de la provincia de Buenos Aires, en rangos de 1 a más de 10 especialistas cada 100.000 habitantes. Si tenemos en cuenta que esta información representa a los médicos matriculados en el territorio de la provincia de Buenos Aires, independientemente del subsector en que se desempeñen (público o privado), se evidencia más aún el déficit de estos profesionales en el ámbito provincial en relación a un país como España que tiene su Sistema Nacional de Salud organizado centralmente en los médico de familia.

Figura 4: Especialistas / 100.000 habitantes por distrito del Colegio Médico de la provincia de Buenos Aires año 2013.



Fuente: Informe del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: Subsecretaría de Planificación de la Salud. Año 2013.

Considerando que la finalidad del programa provincial de residencias es la de garantizar la formación de profesionales del equipo de salud, en función de las reales necesidades de la población de la provincia (20), y tomando en cuenta la información presentada de los distintos programas y la Subsecretaría de Planificación, pareciera que la oferta de profesionales egresados de las residencias de medicina general no compensa el déficit existente de este recurso humano en el primer nivel de atención.

En el caso del subsector público de la de la provincia de Buenos Aires, no se han encontrado documentos oficiales publicados que den cuenta de la inserción laboral de los egresados de las residencias de medicina general, ni de la disponibilidad de médicos generalistas en los CAPS públicos. Las Residencias de Medicina General donde se forman los médicos generalistas dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, y los CAPS, donde se insertan laboralmente, debido a la descentralización del sistema de salud, son de jurisdicción municipal, por lo tanto los sistemas de información de RR HH no son compartidos.

El sector salud dispone de datos básicos que permiten construir algunos indicadores tradicionales. Sin embargo, no reflejan la compleja realidad sanitaria del país, ya que la información es a menudo fragmentaria, existen pocos sistemas unificados, las categorías de análisis no siempre son homogéneas y frecuentemente los dispositivos de registro no se implementan con la periodicidad necesaria, por lo que resultan desactualizados o inadecuados para dar cuenta de las nuevas situaciones. En el campo de la información en RR HHS existe un importante y disperso volumen de datos, que no siempre son conocidos por quienes los requieren para la toma de decisiones. Los procedimientos para la obtención de los datos se tornan complejos porque la información se obtiene a través de mecanismos no sistemáticos, que sólo proveen cuasi-datos o estimaciones. Al delegar la matriculación y el control del ejercicio profesional en las organizaciones profesionales, el Estado condicionó su posibilidad de formular políticas integrales (21).

En un estudio realizado en la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, sobre la temática, surge que del total de los médicos generalistas encuestados, el 78% tiene un trabajo en el sistema público, pero solo el 37,5% lo realiza en exclusividad.(22) En otro estudio del año 2012, donde se encuestó a ex residentes de medicina general de todo el país, se encontró que el 44 % realizó o se encuentra realizando una subespecialidad, y el 17% no está trabajando como médico generalista. En este mismo estudio se obtiene como resultado que el principal trabajo lo tienen en el estado, pero distribuido entre consultorio, guardia e internado. Solo el 21, 76% tiene un solo trabajo (23).

En una declaración realizada en el 2º Congreso Provincial de APS en Mar del Plata 2009 del COSAPRO (Consejo de Salud de la Provincia de Buenos Aires), se enuncia lo siguiente: “Las dificultades se repiten a lo largo y a lo ancho de nuestra Provincia. Una crisis sin fin en el recurso humano, caracterizada como sabemos por la dificultad en cubrir los cargos en determinadas especialidades críticas, que se convierten así en cuellos de botella de todo el sistema sanitario provincial: pediatras, anestesistas, anestesistas pediátricos, enfermeros profesionales, psiquiatras, generalistas, por nombrar algunos, asociado a la formación lineal y “especializada”, en las currículas del pre como del postgrado, que, en general privilegian a las tecnologías de punta sobre el conocimiento clínico. La ausencia de profesionales que deseen trabajar en el primer nivel de atención, es consecuencia no sólo de cuestiones salariales, sino también de la escasa motivación, ausencia de trabajo en equipo, presión por condiciones sociales de nuestros pacientes, la falta de rectoría de la universidad y aún la inseguridad misma. Todos estos problemas se agravan en las etapas de pico estacional. Los RR HH del primer nivel de atención, cuentan siempre con cargos con

distinta dependencia y distinta remuneración, que conviven sin planificación estratégica e integración asistencial-docente, compartir una experiencia de equipo, ni recibir la motivación suficiente para ir en busca de la demanda no explícita, ni el seguimiento en el hogar de los casos detectados (vigilancia epidemiológica)” (24).

La problemática de los recursos humanos en el área de salud pública fue eje de grandes debates a nivel nacional, en el marco del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas. El congreso se llevó a cabo en junio 2012 en Córdoba y tuvo como lema "El médico que Argentina necesita". En este Congreso, se reconoció la falta de médicos generalistas, neonatólogos, anestesistas, emergentólogos y personal de enfermería, entre otras especialidades. Se planteó que uno de los desafíos que tienen las universidades públicas es formar los mejores médicos, que le sirvan a la gente. Entre los temas que se debatieron figuraron la necesidad de cambios en los planes de estudio, revisar el sistema de residencias y posgrados; y analizar si es conveniente continuar con un título habilitante o no; o si es necesario más especialización (25).

En mi experiencia en el ámbito de la gestión pública de los municipios de Pilar y Moreno de la provincia de Buenos Aires durante el periodo 2003 - 2013, en la que tuve a cargo la contratación de profesionales para los CAPS, y a partir de compartir los espacios de discusión para gestores dentro de los Congresos de Atención Primaria de la provincia de Buenos Aires organizados por el COSAPRO, donde participan los secretarios de salud nucleados en este concejo, surge además, que los municipios están en búsqueda permanente de este recurso humano específico para los CAPS del subsector público de APS. Dentro del conurbano, donde el mercado laboral en los tres subsectores posee mayor oferta para los médicos generalistas, se suma el problema de la migración profesional y la competencia por los puestos de trabajo de estos profesionales entre los municipios y los subsectores no públicos.

Debido a todo lo desarrollado, la mencionada problemática de RR HH me involucra en forma directa. Contar con información que contribuya a la discusión, análisis y reformulación de políticas públicas en relación la formación de RR HHS y su inserción laboral en primer nivel de atención del subsector público de la provincia de Buenos, permitiría un mayor aprovechamiento de este recurso humano específico, y contribuiría a la adecuación del trabajo médico a las necesidades de salud de la población.

1.2 Propósito

A partir de esta investigación, se propone generar información que contribuya a la discusión, análisis y reformulación de políticas públicas en relación a la formación de pos grado de los médicos en el sistema de residencias de medicina general de la provincia de Buenos Aires y el aprovechamiento de este recurso humano específico, en primer nivel de atención del subsector público de esta provincia.

1.3 Problema

La medicina social o salud colectiva estudia el proceso salud/enfermedad como una manifestación de los procesos sociales y expresa una crisis de la medicina, en cuanto a crisis de generación de conocimiento y crisis de una determinada práctica, donde el paradigma científico es insuficiente como modelo explicativo de la salud y la practica medica es incapaz de transformar visiblemente las condiciones de salud de la población. El abordaje del proceso salud/enfermedad desde el paradigma de la salud colectiva, requiere plantear la causalidad de manera distinta y recuperar la unidad salud/enfermedad. La especialidad medicina general surge como una forma de dar respuesta a este paradigma y a las necesidades que el mismo plantea sobre un perfil de médicos que pueda tener un abordaje integral del proceso salud enfermedad considerando que es un profesional capacitado para desarrollar su práctica en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, que ejerce su práctica fundamentalmente dentro del primer nivel de atención, participa en la comunidad y asume la tarea de promover la salud como un derecho.

La finalidad del programa provincial de residencias es la de garantizar la formación de profesionales del equipo de salud en función de las reales necesidades de la población de la provincia. Tomando en cuenta la información presentada en los distintos programas donde se observa que los cargos ofrecidos por los mismos dirigidos al primer nivel de atención, escenario de trabajo específico del médico generalista, tienen un porcentaje muy bajo de sus cupos ocupados por médicos de esta especialidad, la información brindada por la Subsecretaria de Planificación de la Salud, que muestra que en la mayor parte de los distritos médicos de la provincia de Buenos Aires hay un máximo de 5 médicos generalistas cada 100.000 habitantes y las declaraciones del COSAPRO y del Foro de Universidades Publicas que incluyen dentro de las especialidades críticas a la medicina general; pareciera que la oferta de profesionales egresados de las residencias de medicina general no compensan el déficit existente de este especialista en el primer nivel de atención.

Por otro lado, el COSAPRO .plantea la ausencia de profesionales que deseen trabajar en el primer nivel de atención como consecuencia, no sólo de cuestiones salariales, sino también de la escasa motivación que existe para trabajar en ese nivel de atención.

Por todo lo enunciado anteriormente, y a pesar de que en los últimos 15 años algunas de las políticas públicas de los Ministerios de Salud de la Nación y de la provincia de Buenos Aires, parecieran haber favorecido la formación e inserción laboral de médicos generalistas, aún existiría un déficit de estos especialistas en los centros de salud del primer nivel de atención, pertenecientes al subsector público de salud de la provincia de Buenos Aires. Por otro lado, se dispone de escasa información sobre la actividad laboral que desarrollan los médicos que han finalizado la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires.

1.4 Pregunta

¿Cuál es la situación laboral de los egresados de las residencias de Medicina General de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008 y 2013?

1.5 Hipótesis

Los residentes egresados del sistema de residencias de medicina general de la provincia de Buenos Aires no desempeñan su principal actividad laboral en el primer nivel de atención del subsector público.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir la situación laboral de los médicos que finalizaron la residencia de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

2.2 Objetivos específicos

1. Describir el perfil socio-demográfico y antecedentes educativos de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.
2. Describir los trabajos que realizan al momento de la investigación los médicos egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.
3. Explorar si los médicos egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires, entre los años 2008-2013 eligieron desarrollar una segunda especialidad.
4. Explorar algunos de los motivos que llevaron a la elección laboral de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires, entre los años 2008-2013.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 *Racionalidades en Salud. Los modelos históricos y vigentes en la formación y la atención médica.*

En este punto se desarrollan los paradigmas flexneriano y de la medicina social o salud colectiva y el enfoque de riesgo y vulnerabilidad, como modelos contrapuestos e históricamente sucesivos, considerando que los últimos, han dado origen y son los marcos de referencia de la especialidad medicina general.

3.1.1. Paradigma Flexneriano

El *Informe Flexner* (26) fue presentado en 1910, en medio de una sociedad americana signada por disturbios sociales, en el marco de un fuerte crecimiento industrial, ampliación del proletariado urbano, labradores del agro y la clase media. Existía un capitalismo recientemente surgido con la doble tarea de aumentar y fomentar la acumulación de capital y mantener la viabilidad y legitimidad del orden social, en consecuencia la respuesta del capitalismo incipiente fue transformar los problemas sociales en problemas técnicos.

En los años 1860 y 1870 habían surgido las primeras universidades y con ellas la concepción de que la ciencia no solo podía ser útil para ayudar a la industria sino que también podía ponerse al servicio de los problemas sociales.

Desde un punto de vista conceptual se eliminó la imagen del cuerpo como un organismo único e integrado, con este nuevo paradigma el cuerpo comenzó a considerarse por sistemas sin vinculación con otros sistemas de ese mismo cuerpo. Surge la dualidad mente-cuerpo. La medicina científica rechazó la idea de la causalidad social de la enfermedad ya que la base social de la enfermedad estaba considerada fuera del terreno de lo científico. El enfoque de la investigación se centralizó en la patología y a la anatomía patológica. El diagnóstico y la terapia se vieron afectados por este paradigma, podrían examinarse y tratarse partes separadas del cuerpo humano.

La instrumentación de las recomendaciones del *Informe Flexner* produjo cambios en la medicina como la restricción del ingreso en el campo médico, promoción de un paradigma de un cuerpo que reunía una serie de partes diversas con énfasis en la investigación y en la desarticulación de una máquina y su reparación (patología y curación).

El interés de los capitales industriales sobre la medicina científica puede ser interpretado como la legitimación de la estructura social existente, y la subordinación de los medios de reproducción del sector de las instituciones de atención médica a la acumulación de capital.

Las recomendaciones del *Informe Flexner* fueron instrumentadas por las nueve fundaciones filantrópicas más grandes que colaboraron durante los 20 años siguientes al informe con las universidades de medicina de los Estados Unidos de América (EUA). Tuvo una profunda e imponente influencia en la medicina y la educación médica (26).

3.1.2 Paradigma de la Medicina social o salud colectiva

Durante los últimos 30 años surgió en Latinoamérica una corriente de pensamiento en el campo sanitario llamada medicina social o salud colectiva que estudia el proceso salud/enfermedad como una expresión de los procesos sociales. Los elementos que dieron origen a este paradigma estaban basados en el fracaso de los postulados que enunciaban que el crecimiento económico mejoraría las condiciones de salud. La mortalidad infantil y la desnutrición eran indicadores sanitarios en aumento. Simultáneamente resultaba más visible la desigualdad social ante la enfermedad y la muerte. El gasto en salud había subido, por lo que no era posible explicar el deterioro de las condiciones de salud como resultado de un empeoramiento en los servicios de salud. Esto mismo replanteaba el peso de los servicios médicos en el mejoramiento de la salud y el contenido del modelo médico imperante. Hubo una creciente estratificación del sistema, que expresaba un carácter clasista. También creció la sofisticación de la medicina privada, la expansión de la seguridad social y la precarización de los servicios estatales contribuyendo a la creación de servicios diferenciales para las distintas clases sociales. Lo que se evidenciaba en Latinoamérica era una forma particular de expresión de la crisis de la medicina, en cuanto a crisis de generación de conocimiento y crisis de una determinada práctica, el paradigma científico era insuficiente como modelo explicativo de la salud y la práctica médica era incapaz de transformar visiblemente las condiciones de salud de la población. El estudio del proceso salud/enfermedad colectiva requiere plantear la causalidad de manera distinta y recuperar la unidad enfermedad y salud. (27)

3.1.3 Enfoques: riesgo y vulnerabilidad

El enfoque de riesgo ha sido crucial para el desarrollo de la epidemiología de los fenómenos no infecciosos, ha sido el enfoque de las enfermedades crónicas. La teoría del enfoque de riesgo es todavía la teoría dominante, aunque se encuentra en crisis. Con propósitos operacionales se pueden identificar factores de riesgo, marcadores de riesgo, grupos de riesgo, conductas de riesgo y factores de protección. La identificación de grupos

de riesgo tiene el desafío de evitar el contacto entre agentes infecciosos o “enfermantes” y receptores potenciales. El concepto de grupos de riesgo tiene la ventaja de establecer identidades que particularizan claramente ciertos segmentos poblacionales diferenciándolos de la población general, pero, según de que identidad grupal se trate, genera estigma, discriminación, culpabilidad individual (pacientes con HIV, “promiscuos”, alcohólicos, adictos, etc.) Tiene un potencial limitado individual y poblacional debido a que una persona con factores de riesgo no está actualmente enferma y no necesariamente va a enfermar, y una persona actualmente sana, puede llegar a enfermarse abruptamente sin haber tenido factores de riesgo, no hay una medida absoluta de riesgo, es solo relativa. Otra de las limitaciones que tiene para su aplicabilidad este concepto, es la dificultad que implica intervenir en los “comportamientos” de las personas, cambiar hábitos de vida. Los sujetos responden a costumbres sociales y culturales que sostienen sus redes y su sistema de vida. Pretender separar los comportamientos y convertirlos en riesgo puede servir para intervenciones individuales pero limita o anula la posibilidad de comprensión del comportamiento como un estilo de vida porque la dimensión sociocultural queda reducida a manifestaciones específicas a nivel individual. El concepto de riesgo ha sido una trabajosa construcción de un instrumento teórico que aspiraba hacia un aislamiento fenomenológico muy preciso, con un control riguroso de la incertidumbre (28).

El abordaje conceptual de la vulnerabilidad vino de observar las limitaciones de las respuestas individuales efectivas y de la universalización no critica contraponiéndose al enfoque de riesgo. Es necesario contemplar el peso de los diferentes contextos sociales como determinantes de diversas susceptibilidades. Este concepto se basa en un carácter eminentemente relacional donde lo que interesa, son las sinergias, los sincronismos, simpatías, contrastes, la mutualidad, la interferencia, la co-presencia, la relatividad, la inconstancia, lo no permanente, la síntesis. Los cambios de prácticas no dependen de la individualidad privada sino del contexto en que esas individualidades se conforman y manifiestan, los sujetos responden como sujetos sociales. La intervención estructural, la organización comunitaria, la construcción de ciudadanía, el activismo político, la acción jurídica, los derechos humanos, son indisociables de la prevención y el cuidado. El interés de la estrategia de vulnerabilidad es la universalización del compromiso, pero con la particularización operacional. La complejidad de este planteo puede llevar a un efecto paralizante debido a la dificultad de la transformación de situaciones constitutivas de cada entramado social o a un efecto victimizante. La vulnerabilidad no debe pensarse como un modelo de intervención, sino como un razonamiento sistemático que prepara para la acción utilizando productivamente el carácter complejo y abarcador del análisis (29).

3.2 *El mercado de trabajo médico*

La práctica médica, la formación del personal de salud, y la producción, selección y distribución de conocimientos están relacionadas con la transformación histórica del proceso de producción económica, aunque no existe una determinación causal debido a que el quehacer médico conserva cierta autonomía (30).

Belmartino S. (31), define al mercado de trabajo médico como la relación entre oferta y demanda de profesionales calificados para el ejercicio de la medicina. Dicha relación depende de las características que asuman en cada sociedad los procesos sociales, el proceso de producción de capacidad de trabajo médico (educación médica) y el proceso de producción de servicios de salud (práctica médica). Sin embargo, estos procesos tan relacionados son independientes, y están sometidos a un conjunto de determinaciones sociopolíticas, económicas e ideológicas, que hacen que no siempre el recurso humano resultante del proceso formativo se adecue a las necesidades de la producción de servicios. Dentro del sistema de salud argentino, los posibles desajustes suelen estar referidos no solo a cantidades, sino también a conocimientos, aptitudes y sistemas de valores incorporados, y son un elemento más entre los que dificultan la inserción del médico en el mercado de trabajo. Este sistema está atravesado por la anarquía con superposiciones en algunas áreas y falencias en otras que constituyen obstáculos para el aprovechamiento integral de los recursos disponibles. Las dificultades para una asignación eficaz de recursos humanos, se ha asociado tradicionalmente a la existencia de tres subsectores bien delimitados pero no totalmente autónomos, independientes en cuanto a la jurisdicción a la que se adscriben los efectores, pero interrelacionados desde el punto de vista de las fuentes de financiación y otros aspectos vinculados con el funcionamiento del sistema.

En *El Pacto* (32) la autora, define a la articulación de las relaciones intersectoriales, como *pacto corporativo*, con una lógica que puede pensarse con la supresión de los límites netos existentes entre los tres subsectores - público, privado, de la seguridad social- y el desarrollo de múltiples interpenetraciones capaces de transformar profundamente la configuración del sector. Este diseño se inscribe en un proceso de rearticulación de lo estatal y lo privado, verificable también en otras áreas sociales de significación.

3.3 *Sistema de salud*

El sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de una población. Un sistema de salud necesita personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. También tiene que proporcionar buenos

tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (33).

El sistema de salud en Argentina está fragmentado en dos niveles, geográfico (descentralización provincial) por un lado, y por tipo de cobertura (público, seguridad social y privado) por el otro. El mismo constituye un ejemplo extremo de la segmentación característica de los sistemas de servicios de salud en la región latinoamericana. Estas condiciones no se deben al federalismo, sino a los mecanismos con los que se asignan y gestionan los recursos en un país federal (34). Estas características son parte de los problemas que Laurell (35) plantea en los sistemas de salud de Latinoamérica: sistemas segmentados y desfinanciados, donde la seguridad social es el segmento más fuerte con pactos corporativos, ministerios desfinanciados, con poca capacidad regulatoria y con recursos físicos y humanos insuficientes, mal distribuidos geográficamente y pobre infraestructura, y un sector privado que ha crecido en los intersticios del sistema público con subsidios cruzados regresivos y transferencia de fondos públicos a los privados.

3.3.1 Descentralización y sistema de salud en la provincia de Buenos Aires.

3.3.1.1 Descentralización

A partir de un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (36), en relación a los procesos de descentralización en los sectores de salud y educación en América Latina, se observa que el proceso de descentralización de los servicios de salud que progresivamente se implementó en Argentina en la década del 90, se caracterizó por la ausencia de una política integral encargada de definir las prioridades del sector, lo que ha contribuyó a generar modelos heterogéneos de salud provinciales, donde se reconoce un rasgo común que es el avance hacia la descentralización microeconómica. En esta década se observaron tres procesos confluyentes: la transferencia de los últimos hospitales de la nación a las provincias, de las provincias a los municipios, y el inicio de cierta descentralización microeconómica, impulsada por el gobierno central hacia el nivel de los hospitales, bajo la figura de los hospitales de autogestión. Este proceso de descentralización, dependió de la cantidad de recursos que cada jurisdicción pudo disponer y volcar al gasto en salud, y consolidó importantes desigualdades territoriales entre regiones e incluso al interior de una misma provincia por la diferencia de recursos de cada municipio, lo cual puede verse claramente en el caso de Buenos Aires (37).

3.3.1.2 El sistema de salud en la provincia de Buenos Aires

El Plan quinquenal de Salud de la provincia de Buenos Aires (2011-2015) (10) establece que la Constitución de la Provincia de Buenos Aires (38) asume los mismos principios rectores de la Constitución Nacional vigente, en pleno ejercicio de federalismo con lo cual asume el compromiso de brindar salud. A su vez los municipios se comprometen a mantener las condiciones de salubridad y cuidado ambiental y a fomentar por todos los medios disponibles la implementación de la APS entendida como la articulación en los tres niveles de atención.

El subsistema público de salud de la provincia de Buenos Aires está constituido por los siguientes efectores de salud (10) (Tabla 1)

Tabla 1: Total de establecimientos de propiedad estatal de la provincia de Buenos Aires 2010					
Establecimientos estatales totales de la provincia de Buenos Aires					
2143					
Provinciales		Municipales		Nacionales	
Establecimientos	Camas	Establecimientos	Camas	Establecimientos	Camas
82	12550	2055	13568	5	1784
Con Internación	Sin Internación	Con Internación	Sin Internación	Con Internación	Sin Internación
70	12	275	1780	4	1

Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2010.

El ministerio de salud se descentraliza administrativamente en 12 regiones sanitarias (39). También, como se observa en la Tabla 3, tiene establecimientos de salud de distintos niveles de atención y jurisdicción. Esta provincia se destaca por ser aquella con mayor cantidad de establecimientos públicos, sus establecimientos con internación representan el 20% de la oferta pública de todo el país. Además de las diferentes modalidades de dependencia jurisdiccional de sus hospitales hay una alta participación del subsector privado en la oferta de servicios de salud. Todos estos factores conforman un sistema de salud fragmentado, con situaciones muy disímiles en su interior.

Una cuestión que merece destacarse del caso bonaerense son los criterios para la asignación entre los diferentes municipios de los recursos tributarios que recauda la provincia. De acuerdo con las leyes provinciales 10.559, 10.752 y 10.820, el 16,1% de los recursos tributarios de la provincia (provenientes de la Coparticipación Federal de los impuestos más la recaudación propia de impuestos provinciales) se distribuye a los municipios. La distribución del 37% de esos fondos se realiza siguiendo coeficientes preestablecidos que se vinculan con el área de salud: 35% según camas disponibles, 25% según número de consultas, 10% según egresos registrados, 20% según pacientes por día de internación y 10% según número de establecimientos hospitalarios sin internación. Esta

fuerza de financiamiento contribuye en gran medida al sostenimiento de los servicios sanitarios municipales. Cabe señalar, que estos fondos no tienen asignación específica al área de salud de los municipios (40, 41). Por lo tanto las prestaciones que aumentan la coparticipación, son las relacionadas con la enfermedad y con los segundos y terceros niveles de atención y no con la promoción y prevención de la salud y el primer nivel de atención.

3.4 Formación de grado y posgrado: como llegan los médicos generalistas egresados de la residencia, al momento de la inserción laboral

En la actualidad existen en nuestro país más de 200 instituciones universitarias entre públicas y privadas en las que se forma personal de salud según Abramzón (42). Los planes de estudio permanecen sobrecargados de contenidos reiterados, organizados en torno a asignaturas fragmentadas, teóricas, sin vinculación con criterios epidemiológicos ni articulación con las condiciones de salud de la población y sus determinantes. Los alumnos son llevados a una especialización precoz orientada no siempre por criterios académicos.

Rovere y Abramzón (43) destacan el atravesamiento de la formación de los profesionales sufrido por la década de los noventa donde se produjo una enorme reestructuración económica que impactó en las instituciones y organizaciones sociales. La reforma del sector salud produjo cambios en la organización de los servicios. Las medidas y el impacto de las políticas económicas y la reforma del estado generaron un proceso de desregulación y privatización y las prácticas profesionales quedaron atadas al modelo organizativo de la atención médica. El análisis de la distribución geográfica de los profesionales muestra una severa distorsión en el país y la proporción de médicos sobre enfermeros universitarios es elevada. La formación de posgrado está instalada hoy como una instancia imprescindible del proceso de profesionalización que permite una adquisición de la especialidad y mejora las condiciones para ingresar al mercado del trabajo.

Por su parte, Borrell y Kaufman (44 p. 13) refieren que en el Informe de la Salud del Mundo 2008 de OMS se plantea que los sistemas de salud se apartan de los valores fundamentales de la APS, por su hospitalocentrismo, el mercantilismo expresado en la fragmentación de los servicios, su pobre desempeño y calidad, el uso irracional e ineficiente de recursos, el alto costo, la baja satisfacción, y la segmentación en el acceso de la población basado en la capacidad de pago.

Con respecto a las residencias médicas, Borrell (45), encontró en las residencias estudiadas, el predominio del currículo oculto al margen de un programa escrito, que la práctica educativa dominante es el "saber hacer" y como estrategia domina la imitación y la socialización y que la racionalidad burocrática del hospital se impone en los residentes como

modelo de servicio focalizado esencialmente en la curación y rehabilitación y como modelo de aprendizaje de una práctica profesional.

3.4.1 Residencias profesionales del Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires

Las residencias para profesionales de la salud constituyen una modalidad de formación dentro de las políticas de recursos humanos en el ámbito de la salud del Gobierno de la provincia de Buenos Aires. “El propósito de las residencias para profesionales de la salud, es la de garantizar la formación de profesionales del equipo de salud, en función de las reales necesidades de la población de la Provincia” (20 p. 2).

La residencia es un sistema de formación intensiva en servicio, que permite orientar, desarrollar y perfeccionar la formación integral del profesional para el desempeño responsable y eficiente de una de las ramas de las ciencias de la salud, con un alto nivel científico-técnico. Durante la residencia se desarrollan aptitudes específicas en forma secuenciada y progresiva, en actos de complejidad creciente en la atención integral de las personas, las familias y la comunidad, definidos en los planes de estudio prefijados (20).

3.5 Médico generalista

Un médico generalista es un profesional capacitado para desarrollar su práctica en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, que ejerce su práctica fundamentalmente dentro del primer nivel de atención, participa en la comunidad y asume la tarea de promover la salud entendida como un derecho. Cuida la salud del sujeto en las diferentes etapas del ciclo vital, realizando promoción/prevención y solución de problemas prevalentes de salud de manera continua, integral, personalizada y longitudinal teniendo en cuenta el contexto familiar y social. Organiza y referencia el pasaje a través del sistema de salud en el caso de que algún tipo de complejidad técnica sea necesaria. También realiza actividades de planificación, gestión de un centro de salud, integra un equipo interdisciplinario de salud, investiga y actualiza sus conocimientos en el marco de la educación permanente en salud (13).

3.6 Breve reseña histórica de las residencias de medicina general y los ámbitos de desempeño de los médicos generalistas

En 1984 se inició la residencia de medicina general en la provincia de Buenos Aires basada en los hospitales y con una duración de dos años. En 1985 algunas residencias comenzaron a realizar trabajo extramuro. Se creó la Asociación Argentina de Medicina General y se comenzó a definir la identidad de la especialidad. En 1986 se agregó un tercer año de Residencia para formación en el primer nivel de atención. En 1987 se realizó el Curso de Ingreso a la Residencia y se creó la Comisión de redacción del Programa. El

Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires aprobó la especialidad Medicina General Integral.

Hasta 1988, las prácticas del médico generalista estuvieron equiparadas a la del médico clínico, o se centraron en las competencias propias de las cuatro especialidades básicas. No había definición precisa del campo propio de la especialidad. Las prácticas que los médicos en formación desarrollaban, estuvieron atravesadas por la fragmentación propia del ámbito de formación, respondiendo a la lógica de los servicios, con predominio de la asistencial respecto de la prevención y promoción de la salud.

En la década 88-98 se produjo la incorporación de generalistas egresados de las residencias a otros ámbitos laborales como algunas obras sociales, entre ellas, la del personal de la construcción (OSPECOM), y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSPJ-PAMI) como así también a los sistemas de medicina prepagos. Fue mayor el desarrollo de la especialidad en el ámbito estatal, pero en una posición aún lejana de canalizar todas las expectativas profesionales, en muchos casos vinculado al predominio de las actividades asistenciales, donde la atención de la demanda espontánea es dominante. El título de especialista en medicina general no fue contemplado en las designaciones de los cargos municipales ni provinciales y a la mayoría se les dio nombramiento como clínico o pediatra. Las pocas excepciones se dieron en localidades donde las residencias se fortalecieron y alcanzaron mayor desarrollo y reconocimiento. En esta última década la tendencia ha sido la de jerarquizar el primer nivel de atención como lugar de formación (13).

3.7 El campo de la salud y las elecciones laborales

Spinelli, en su artículo "*Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*" (46) incorpora en este campo, las categorías descriptas anteriormente. Refiere que el concepto *sistema de salud* expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Y que este concepto predomina en la bibliografía como forma metodológica de abordaje y de interpretación. Se entiende como una idea funcional y una manera simplificada e inapropiada de abordar algo mucho más complejo. Por esto plantea el concepto de campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. Los principales capitales en juego en un campo son: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de

manejar y/o imponer significaciones de manera legítima). En base a estos capitales, es que los distintos agentes compitan por acumularlos y en función de ellos tratan de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación. Esto expresa la disputa por la agenda política, lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior. Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria, lobbistas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.). Estas acciones siempre están ligadas a intereses no siempre son racionales ni reflexivos (46).

4. ESTADO DEL ARTE

Para la localización de los documentos bibliográficos se realizó una revisión de manera no sistemática y se utilizaron distintas fuentes documentales como "[SciELO - Scientific Electronic Library Online](#)", en "Pub Med [National Institutes of Health](#)" y en "Google académico". Se utilizaron los descriptores : Medicina General, Residencia Medica, Mercado de Trabajo, Sistema de salud y las palabras residentes, medicina familiar, medicina general, situación laboral, egresados de residencias. Se revisaron los resúmenes de los artículos que contenían estos descriptores y se seleccionaron aquellos que se consideraron útiles para la presente investigación.

A nivel internacional se encontró que en EUA, han disminuido los médicos de atención primaria y que del 32 % de los médicos de atención primaria, el 12,7% por ciento son médicos de familia. Se detectaron distintos factores que influyeron en esta disminución, como los salarios que perciben, el entorno donde se desarrolla la especialidad y la experiencia en la universidad (47). Las universidades estadounidenses todavía forman demasiados especialistas en comparación con la cantidad de médicos generalistas, esto influye en la especialidad que eligen los estudiantes (48). En España, la medicina de familia está en crisis, como en muchos países desarrollados. Su capital humano está desmotivado, los médicos jóvenes rehúyen la especialidad y algunos la abandonan una vez iniciada o completada la residencia. En la convocatoria 2010-2011 del Médico Interno Residente (MIR, sistema de formación de especialistas médicos de España), 1.140 médicos que dieron examen, habían obtenido una plaza de Medicina de Familia en alguna convocatoria MIR anterior, lo que demuestra que no querían permanecer en esa especialidad. Otra forma de abandono de la especialidad es la atención de urgencias médicas, donde un gran porcentaje de los cargos son ocupados por médicos de familia (49). El crecimiento observado en el sector privado en la última década ha generado una fuerte competencia entre el sector público y privado para contratar médicos y esto ha generado fuertes tensiones con el aumento de las remuneraciones en el mercado. A diferencia del sector privado, el sector público, que tiene categorías homogéneas negociadas colectivamente, encontró dificultades por no poder realizar pagos diferenciados a los médicos (50).

En Canadá, a pesar de que más del 50% del total de médicos tienen la especialidad de médicos de familia, la especialidad está afectada por una seria crisis y se calcula que

faltan unos 3000 médicos de familia para cubrir las necesidades de atención regular de la población canadiense (51).

Ceitlin (52), manifiesta que la medicina familiar de los países como Canadá, Estados Unidos y España y la medicina general (“general practice”) en el Reino Unido, al inicio del año 2000 se encontraban en una grave crisis. La crisis de la APS y la medicina familiar, es de causas complejas que no dependen solo del sistema de servicios de salud, sino también de los profundos cambios sucedidos en la sociedad y los grandes avances científicos. Los desarrollos tecnológicos y los cambios demográficos y epidemiológicos han impuesto nuevas responsabilidades a los proveedores de servicios de salud.

En Chile, la proporción entre médicos generales y especialistas se modificó drásticamente en los últimos años, ya que se invirtió la relación del predominio de médicos generales sobre especialistas. Algunas de las causas que describieron son: la ausencia de carrera sanitaria, la escasez de cupos en las plantas de las municipalidades y sistema de salud, la falta de interés de los médicos egresados, la influencia de la educación médica universitaria carente de un perfil adecuado a las necesidades de la APS (53).

En Uruguay, con un mercado de trabajo segmentado, en donde los médicos pueden acceder a empleos de calidad, estables y bien remunerados en el núcleo de las instituciones asistenciales o bien pueden acabar sub-ocupados y en condiciones precarias en la periferia de las mismas, el sector médico no cuenta con métodos formales generalizados y sistemáticos para la asignación de puestos de trabajo. Por eso, los profesionales de la salud, deben procurarse redes, contactos y capital social, para acceder al empleo (54).

Desde 1960 Cuba ha organizado en torno de la atención primaria el modelo de atención de su sistema de salud. En 1980 inició la formación de profesionales con perfil general. Estos profesionales, tanto mientras se formaban como al egresar, tenían responsabilidades crecientes en relación con una población que les era asignada bajo cuidado. También Brasil ha desarrollado una transformación de la escuela médica, a partir de la instalación del programa “Saúde da Família” (55) como la política que define el modelo de atención el Ministerio de Salud, que por una disposición constitucional tiene injerencia junto con el Ministerio de Educación en los planes de formación de profesionales, desplegó una serie de programas y estrategias para apoyar los procesos de cambio orientados a la formación de los perfiles que esa política demandaba en el marco del Sistema Único de Salud. Entre ellos se destaca el Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) (56) un programa de apoyo a los cambios curriculares en la formación de grado creado en 2005 y que en este momento involucra a más de 300 facultades que forman profesionales de la salud. La perspectiva que encauza este programa

es que los procesos de reorientación de la formación avancen simultáneamente en tres ejes: teórico, pedagógico y escenarios de aprendizaje, a fin de lograr instituciones formadoras integradas a los servicios públicos de salud que puedan dar respuesta a las necesidades reales de la población, tanto en lo relativo a la formación de recursos humanos como a la producción de conocimiento y a la prestación de servicios (30). El último programa implementado por Brasil en respuesta a la falta de médicos de atención primaria para regiones y áreas críticas, es el Programa, "Mais médicos para Brasil" (57) que lanzó una convocatoria a médicos extranjeros, para trabajar en la atención primaria en los municipios de mayor vulnerabilidad social y los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI). La iniciativa también previó la ampliación del número de plazas de Medicina y de residencia, además de mejorar la formación médica en Brasil.

En Argentina, en un estudio del año 2011 sobre inserción laboral de los residentes egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires de la región sanitaria V, surge que el 64% de los encuestados trabaja o trabajó en el mismo municipio donde realizó la residencia, la sexta parte, tiene un sólo trabajo, mientras que el resto tiene dos o más. El 78% tiene al menos un trabajo en el subsistema público y este subsector es el que está asociado a mayor nivel de satisfacción laboral. El mayor porcentaje de actividades se encuentra entre atención ambulatoria, guardia y actividades de gestión. Casi la mitad manifiesta trabajar con grupos etarios fijos y hay un alto número de trabajadores autónomos con una relación laboral a través de contratos de locación de servicios o de obra (régimen tributario: monotributo) tanto en el ámbito público como en el privado. La mayoría de los médicos generalistas no se sienten reconocidos por sus colegas ni por las instituciones en las cuales trabajan, pero si por la comunidad en la que se desenvuelven (22).

El estudio "Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica." (2012) (58) que exploró los factores de permanencia en la práctica de la medicina general, demostró que la especialidad deja de ser atractiva cuando operan las variables de contexto y salario. El ejemplo del contexto se dio en las provincias que cuentan con un sistema de salud basado en la APS (como Santa Fe o Neuquén) donde se observó una mayor contención de la práctica del médico generalista para su inserción laboral.

Por otro lado, en el caso de las mujeres, la posibilidad de compatibilizar horarios y vida familiar tuvo un peso importante para permanecer en la especialidad, donde la flexibilidad horaria y los horarios reducidos que permite el sistema público en mayor medida que el privado, fue resaltada. Hay una percepción común respecto de la desventaja de prestigio, de potencial desarrollo profesional y de expectativas económicas de esta

especialidad respecto de otras. Muchos médicos generalistas se vieron obligados a realizar tareas específicas en servicios de emergencias, ya que representan en algunos casos, el 50% de sus ingresos mensuales. Otras de las conclusiones a las que se llegaron fueron que los médicos generalistas realizan una segunda especialidad para aumentar sus ingresos, ya que la especialización en medicina general, a diferencia de otras, tiene un “techo” en su desarrollo y que la falta de reconocimiento social por parte de los colegas se ve compensado por el reconocimiento de los pacientes, sobre todo en el ámbito de la atención primaria de la salud en comunidades rurales (58).

En otro estudio donde se indagó sobre la inserción laboral de médicos egresados de residencias de medicina general (2012) (23), se observó una alta proporción de egresados que eligieron otra especialidad, el pluriempleo y la “complementación” del trabajo principal, primordialmente en el Estado, y bajo una relación típica de empleo, con trabajos en servicios de emergencias, en el subsector privado y sin relación de dependencia. También pudo verse que la atención a la población se fue focalizando progresivamente hacia algunos grupos etarios. Se llegó a la conclusión que la política basada únicamente en la ampliación de la oferta de cargos no ha sido efectiva para incrementar la formación de especialistas en medicina general y que la elección de la especialidad no se reduce al interés por el ingreso económica ya que la producción de servicios médicos es un campo atravesado por diferentes procesos, que determinan la oferta de los servicios y la demanda de los recursos humanos, relacionado con los intereses de las instituciones financiadoras de los tres subsistemas y las entidades médicas en interrelación (23).

Tomando en cuenta todos los artículos presentados, pareciera ser que hay una tendencia generalizada en el mundo coincidente en la disminución por diversas causas de la elección y permanencia en la especialidad medicina general-familiar. Incluso esto sucede en los países, con excepción de Cuba, que tienen una política de salud basada en la estrategia de APS y que han incluido políticas de formación y reconversión de los médicos en el marco de esta estrategia, como Canadá, Inglaterra y Brasil, con sus variaciones en tiempo de implementación y marcos políticos. En este último país, claramente el Programa, “Mais médicos para Brasil” (57), da muestra de la falta de disponibilidad de estos profesionales. Por otro lado, en nuestro país, se ha encontrado un vacío de información oficial respecto este tema y, a través de los artículos presentados, y la información obtenida, se observa una clara tendencia a no elegir la especialidad y a abandonarla, optando por otra en un porcentaje importante, además de tener como un lugar importante de trabajo al Hospital.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

El abordaje utilizado fue cuantitativo, se utilizó un diseño descriptivo observacional de corte transversal retrospectivo.

5.2 Población

Médicos egresados de la residencia de medicina general entre 2008 y 2013 de todas las unidades de residencia de la provincia de Buenos Aires, de los que se dispone de una dirección de correo electrónico y / o teléfono.

En primer término se confeccionó un listado de los residentes egresados de la residencia de medicina general entre 2008 y 2013 de todas las sedes de residencia de la provincia de Buenos Aires con sus respectivas direcciones de correo electrónico y número de teléfono. Esta información fue extraída de la base de datos proporcionada por la Dirección de Capacitación Profesional de la Subsecretaría de Planificación de la salud del Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires La base contaba con un listado total de 455 egresados

5.2 Cuestionario

Se construyó un cuestionario utilizando como modelo la encuesta realizada en el trabajo "Que fue de tu vida" (Anexo III). Inserción laboral post residencia de los/las médicos/as generalistas egresados/as de las residencias de región sanitaria V de la provincia de Buenos Aires en el período 2001 – 2011 (45) y se le incluyeron las preguntas sobre aspectos a explorar de interés de este estudio que no están presentes en la encuesta (Anexo IV). El programa que se utilizó fue SurveyMonkey (<https://es.surveymonkey.com/> (59) software de encuestas en línea por Internet). Una vez finalizada la encuesta se realizó un estudio piloto con 10 médicos generalistas para explorar validez de aspecto (face validity) y se realizaron a continuación las correcciones o modificaciones necesarias.

5.3 Implementación

La investigación se difundió a través de la lista de correos de la Asociación de Medicina General de la provincia de Buenos Aires y de la Asociación de Metropolitana de generalista y equipos de salud. La encuesta se distribuyó por correo electrónico y a aquellos que no respondieron se les envió una solicitud semanal durante 4 semanas y un correo personalizado con la leyenda "Por favor revise su casilla de correo spam o correo no deseado". Los que no poseían correo electrónico o que la dirección resultó inválida, fueron

contactados telefónicamente. Se consideró que no estaban interesados en participar del estudio, aquellos que no respondieron luego de los cuatro envíos.

5.4 Variables utilizadas

Para esta investigación se seleccionaron las siguientes variables:

Características socio demográficas

1. Sexo
2. Situación de pareja
3. Cantidad de hijos.
4. Lugar de residencia actual.

Antecedentes educativos

1. Universidad de graduación.
2. Promedio de la carrera de medicina.
3. Sede donde hizo residencia.
4. Año de egreso de la residencia.

Trabajo actual

1. Cantidad de trabajos actuales.
2. Subsector de dependencia de cada trabajo: público, seguridad social o privado.
3. Distribución de la carga horaria laboral por trabajo. Más de 36 horas semanales, entre 36 horas y 24 horas semanales, entre 24 horas y 12 horas semanales menos de 12 horas semanales.
4. Institución donde desarrolla el trabajo. CAPS, Hospital, Consultorio Obra Social, centro de investigación, consultorio privado. Laboratorio de especialidades medicinales. Oficina gubernamental. Otro.
5. Actividad profesional desarrollada: atención en consultorio, médico de guardia, médico en unidad de internación, desarrollo de proyectos de investigación, trabajo de gestión, trabajo docentes.
6. Especialidad médica principal desempeñada como médico generalista, como médico clínico, como médico pediatra, como médico ginecólogo.

7. Relación laboral contractual:

- a. Con relación contractual: en relación de dependencia municipal, provincial, nacional o privada. Temporario o planta permanente.
 - b. Sin relación contractual, privado, prepago, seguridad social.
8. Relación laboral actual con el hospital donde realizó la residencia.
9. Relación laboral con el municipio donde realizó la residencia.

Otra especialidad

- 1. Ejercicio actual de otra especialidad.

Motivos de elección laboral

Remuneración, beneficios adicionales (aportes jubilatorios, vacaciones), ámbito académico, trabajo en equipo, seguridad, flexibilidad horaria, prestigio, ámbito de trabajo, accesibilidad y distancia al domicilio. Priorización por cada trabajo.

5.5.1 Definiciones teóricas y operacionales de las variables y categorías

Cuadro 1: Variables y categorías

Objetivo específico	Variable	Definición Operativa	Tipo de variable	Valores de la variable
Características Socio-demográficas	Edad	Edad del egresado	Numérica, discreta	Años, en números enteros
	Sexo	Género del egresado	Nominal	Masculino, femenino
	Situación de pareja	Situación de pareja actual del egresado	Nominal	Casado o unido, soltero, separado o solo, viudo
	Cantidad de hijos	Número de hijos que actualmente tiene el egresado	Numérica discreta	Números enteros, de 0 en adelante
	Lugar de residencia	Lugar donde vive actualmente el egresado	Nominal	Lugar desagregado en nivel de localidad (abierto)
Antecedentes educativos	Universidad de Graduación	Nombre de la Universidad que le otorgó el título de médico.	Nominal	Nombre de la universidad (abierto)

	Tipo de universidad	Dependencia administrativa de la Universidad que le otorgó el título	Nominal	Estatal o privada
	Promedio de la carrera	Cálculo aritmético del promedio de las calificaciones de las asignaturas de la carrera de médico Incluidos valores de las materias alguna vez aplazadas	Numérica	Número entero con dos decimales. Desde 3 en adelante
	Sede de residencia	Nombre del establecimiento donde el egresado realizó la residencia	Nominal	Nombre de la sede (abierta)
	Tipo de sede	Tipo de establecimiento donde el egresado realizó la residencia, en relación a niveles de complejidad de atención	Nominal	Hospitalaria, Centro de atención primaria
Trabajo actual (*)	Cantidad de trabajos actuales	Número de trabajos que actualmente tiene el egresado	Cuantitativa, numérica discreta	Número entero, desde 0 en adelante
	Distribución de carga horaria por trabajo	Cantidad de horas que dedica a cada trabajo por rangos	Ordinal	Más de 36 hs, entre 36 hs y 24 hs, entre 24 hs y 12 hs, menos de doce hs
	Institución donde desarrolla el trabajo	Tipo de institución donde desarrolla el trabajo	Nominal	CAPS, Hospital, Consultorio Obra Social, Consultorio Privado, laboratorio de especialidades medicinales. Oficina gubernamental
	Subsector en el cual se desempeña	Dependencia administrativa de la institución en la que el egresado realiza actualmente su actividad principal	Nominal	Subsector público, subsector privado, subsector de obras sociales
	Tipo de trabajo desarrollado	Característica propia de la actividad médica que desarrolla el egresado actualmente como actividad principal	Nominal	Atención en consultorio, médico de guardia, médico en unidad de internación, desarrollo de proyectos de investigación, trabajo de gestión, trabajo docente.

Especialidad médica desarrollada	Descripción de la especialidad médica que el egresado realiza en su actividad principal. Sólo se aplica a aquéllos, cuya actividad principal es de asistencia (no gestión/investigación u otras)	Nominal	Medicina general, pediatría, clínica médica, toco ginecología, otra (Abierto otra)	
Tipo de relación contractual	Describe el tipo de relación contractual que el egresado tiene actualmente en su actividad principal	Nominal	Con relación contractual En relación de dependencia (**):municipal, provincial, nacional o privado (respectivamente), Temporario o planta permanente (***) Beca municipal, provincial, nacional (respectivamente) Sin relación contractual (Consultorio privado)	
Otra Especialidad	Formación en otra especialidad	Describe si el egresado está actualmente o estuvo ejerciendo otra especialidad.	Nominal, dicotómica	Si, No. En curso o completa.
	Ejercicio actual de otra especialidad	Describe si el egresado, actualmente está ejerciendo otra especialidad (distinta de medicina general).	Nominal, dicotómica	Si, No.
Motivos de elección laboral	¿Porque eligió el trabajo actual?	Describe el motivo principal que priorizó en la elección de cada trabajo	Nominal	Remuneración, beneficios adicionales (aportes jubilatorios, vacaciones), ámbito académico, trabajo en equipo, seguridad, flexibilidad horaria, prestigio, ámbito de trabajo, accesibilidad y distancia al domicilio.

:(*) Trabajo: Actividad lícita que se presta a favor de quien tiene la facultad de dirigirla y que se realiza a cambio del pago de una remuneración. (64)

(**) Contrato de trabajo: Hay contrato de trabajo, cualquiera sea su forma o denominación, siempre que una persona se obligue a realizar actos, ejecutar obras o prestar servicios a favor de la otra y bajo la dependencia de esta, durante un periodo determinado o indeterminado de tiempo, mediante el pago de una remuneración. (64)

(***) Planta permanente: integrada por el personal que goza de estabilidad.

Planta temporaria: comprende personal temporario, reemplazante, destajista y contratado por locación de servicios. (65)

5.6 Análisis de datos

A partir del instrumento descripto se obtuvo una base de datos con la cual, se realizó un análisis descriptivo exploratorio. Para las variables nominales se calcularon proporciones, y se expresaron medidas de tendencia central para las variables numéricas como promedio de notas de la carrera.

Para caracterizar la situación laboral, se realizaron análisis bivariados para explorar la relación entre algunas de las características socio-demográficas y de los antecedentes académicos con la situación laboral actual

Para todas las mediciones y gráficos se utilizó una planilla de cálculo Excel.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto cumple con la ley de protección de los datos personales, no brinda información detallada que permita identificar individuos, por lo que no genera conflicto con la con la ley nacional 25326.

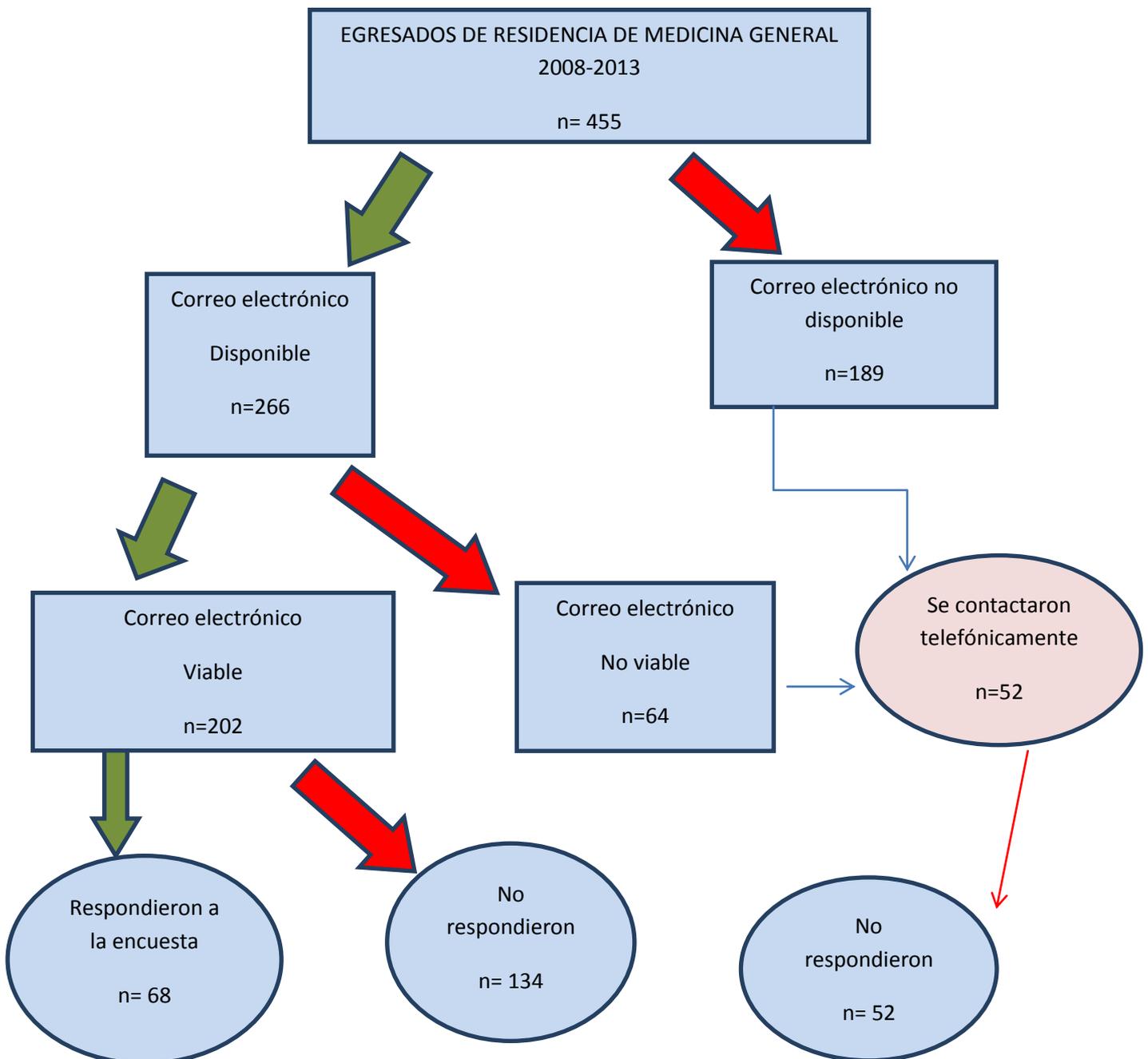
Los envíos de correo electrónico a egresados de las residencias que fueron invitados a participar de la encuesta de la investigación contenían la siguiente leyenda:

“Se le requerirá el nombre y apellido, pero solo para evitar que usted reciba los reenvíos de este mail que se realizaran 4 veces durante el próximo mes. La información brindada, será analizada se forma anónima y solo tendrá conocimiento sobre sus datos el equipo de investigación. La respuesta del cuestionario implica la aceptación de su participación en esta investigación”.

7. RESULTADOS

La población estuvo constituida por 455 médicos y médicas, de los cuales, 266 tenían correo electrónico, de este total, funcionaban 202. De los 240 constituidos por los 53 que presentaron correo electrónico no disponible más los 189 que no tenían email, solo hubo 52 números de teléfonos activos para contacto, que resultaron en teléfonos fijos en los que no se ubicó a la persona porque ya no vivía allí, o no se encontraba, por lo que no se pudo conseguir los correos electrónicos. El envío solo pudo hacerse a los 202 y se obtuvieron 68 encuestas.

Figura 5: Proceso de distribución de la encuesta de la investigación del estudio de situación laboral de médicos generalistas de la provincia de Buenos Aires 2008-2013.



Respondieron el cuestionario 68 profesionales, 54 (79,4%) fueron mujeres y 14 (20,6%), fueron varones, 59 (86,8%) estaba en pareja y 47 (69,8%) tiene entre uno y dos hijos, mientras que 19 (27,9%) aún no tiene hijos.

La mayor parte de los residentes, 62 (91,2%) viven dentro de la provincia de Buenos Aires y CABA; dos egresados vivían en Santa Fe, uno en Tierra del Fuego, uno en Río Negro, otro en Misiones y uno no respondió esta variable del cuestionario. En la Tabla 2 se muestran las características socio-demográficas de la población estudiada (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción del perfil socio-demográfico de médicos egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

	Cantidad de casos	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	54	79,4%
Masculino	14	20,6%
Total	68	100%
Lugar de residencia		
Buenos Aires-CABA	62	91,1%
Santa Fe	2	2,9%
Tierra del Fuego	1	1,5%
Misiones	1	1,5%
Rio Negro	1	1,5%
No respondió	1	1,5%
Total	68	100%
Cantidad de hijos		
Sin hijos	19	27,9%
1 hijo	27	39,8%
2 hijos	20	29,4%
3 hijos	2	2,9%
4 hijos	0	0%
Total	68	100%
Situación de pareja		
En pareja	59	86,8%
Sin pareja	9	13,2%
Total	68	100%

Fuente: Elaboración propia a partir datos obtenidos de encuesta diseñada para la presente investigación.

En los antecedentes educativos se encontró que 61 egresados (89,8%) se recibió en universidades públicas, siendo la Universidad de Buenos Aires (UBA) la que la mayor cantidad de egresados aportó en este estudio, seguida por la Universidad Nacional de la Plata (UNLP) y la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Entre la UBA y la UNLP suman

53 (78%) egresados. La media de los promedios fue 7,24; con una amplitud entre 5 y 9,25. En la Tabla 3 se muestran los porcentajes según universidad de egreso de medicina de los médicos estudiados.

Tabla 3. Universidades de egreso de medicina de médicos egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

	Cantidad	Porcentaje (%)
Universidad		
UBA	38	55,9%
UNLP	15	22,1%
UNR	5	7,4%
Universidad Abierta Interamericana	4	5,9%
Universidad Nacional del Nordeste	3	4,4%
Universidad Barceló	2	2,9%
Extranjera	1	1,5%
Total	68	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuesta diseñada para la presente investigación.

Respondieron 17 (25%) médicos que fueron de egresados del año 2009, con cuatro años de trabajo al momento del estudio. El resto se repartió en porcentajes similares entre el 11 y el 17% del resto de los años estudiados (Tabla 4).

Tabla 4. Porcentaje según año de egreso de médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

Año de egreso	Cantidad	Porcentaje (%)
2008	10	14,7%
2009	17	25,0%
2010	8	11,8%
2011	11	16,2%
2012	12	17,6%
2013	10	14,7%
Total	68	100,0%

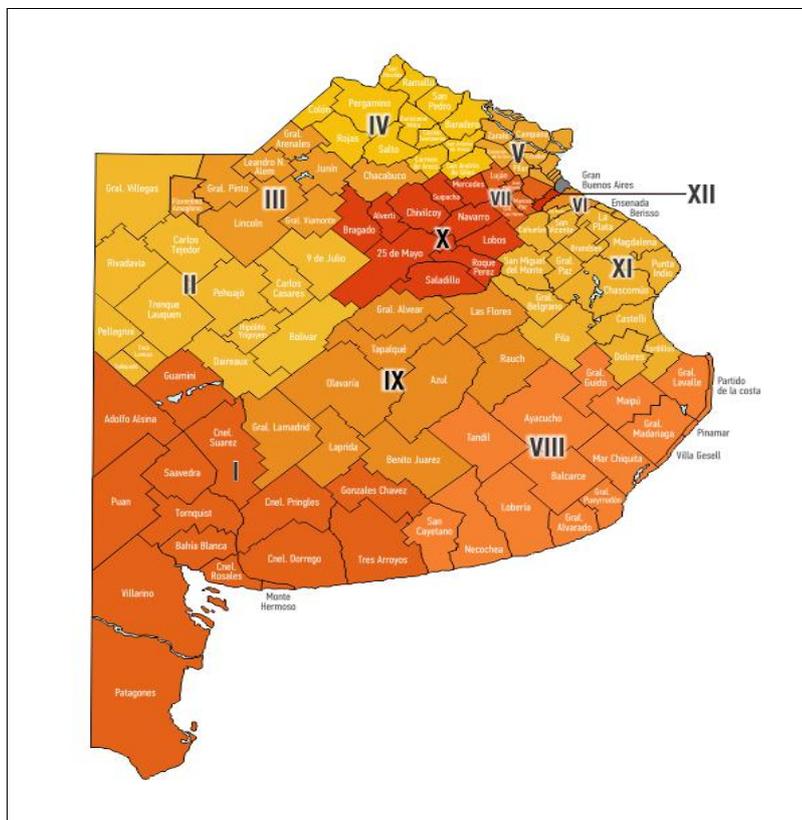
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuesta diseñada para la presente investigación.

Los egresados que respondieron pertenecían a 29 sedes de residencia de un total de 59 ofertadas en la encuesta, entre las que figuraban en la base de datos y el documento de sedes de residencia de medicina general vigentes y activas proporcionadas por la Dirección de Capacitación Profesional. (Anexo I) (Información proporcionada por la Dirección de

Capacitación de Profesionales de la Salud, Subsecretaría de Planificación del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires)

Hubo 42 (61,8%) egresados que realizaron su residencia en las sedes ubicadas en las regiones sanitarias V, VI, VII, XI y XII, que incluyen municipios de hasta el tercer cordón bonaerense más los municipios de Luján, La Plata y el Gran La Plata (Grupo 1). Los restantes 17 (25%) pertenecen a las regiones II, III, IV, VIII, IX y X (Grupo 2) que incluyen a los municipios del interior de la provincia. Eligieron la opción “otra” 8 y uno respondió esta variable, que constituyen el 13, 2%. Se muestran en la Figura 6, las regiones sanitarias.

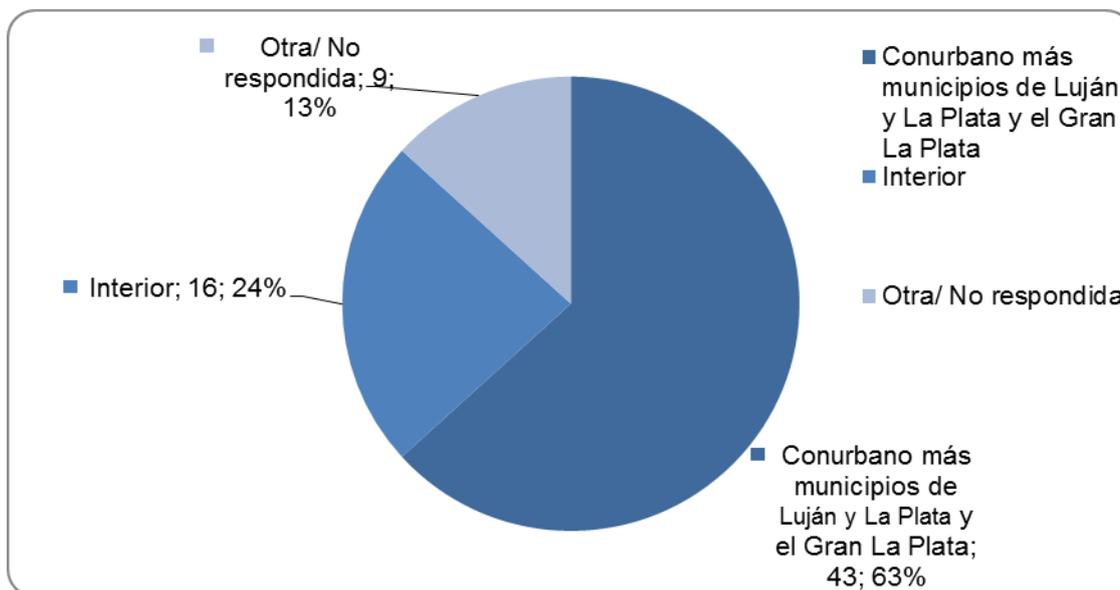
Figura 6. Mapa de las de regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires 2014



Fuente: Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

De las 29 sedes desde donde se obtuvieron respuestas de residentes, 21 pertenecen al Grupo 1 y 8 al Grupo 2. En la Figura 7 se muestra la distribución de residentes por sedes según realizaron la residencia en el conurbano hasta el tercer cordón bonaerense más los municipios de Luján y La Plata y el Gran La Plata e interior.

Figura 7. Distribución por localización geográfica de la sede de Residencia en la provincia de Buenos Aires, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuesta diseñada para la presente investigación.

De los médicos que respondieron la encuesta, 34 (50%) tenían como sede de residencia un hospital con rotaciones dentro del primer nivel de atención y 25 (36,8%) tenían como sede un CAPS con rotaciones en hospitales. Los 8 restantes egresados eligieron la opción "otra", 1 no respondió. De los 35 hospitales ofrecidos como sedes de residencia, 23 son provinciales y el resto son municipales (Anexo I)

En la Tabla 5 se muestra la distribución según la sede de la residencia de los egresados que respondieron la encuesta.

Tabla 5. Distribución según sede donde realizaron la residencia los médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

Sede	Cantidad	Porcentaje (%)
Otro	8	11,80%
Hospital Interzonal de Avellaneda	5	7,40%
CAPS N° 10 J L Suarez San Martin	4	5,90%
Hospital Interzonal Mar del Plata	4	5,90%
Hospital Zonal San Nicolás	3	4,50%
Hospital Zonal de Pacheco	3	4,50%
PRIM US Angel Bo Hurlingham	3	4,50%
PRIM CIC Sanguinetti Moreno	3	4,50%
Hospital Interzonal de L. de Zamora	3	4,50%
CAPS Ejercito de los Andes Ciudadela	3	4,50%
Hospital Municipal Villa Gessel	2	3,00%
Hospital Zonal Berazategui	2	3,00%
CAPS PRIM Berisso	2	3,00%
CAPS 42 Melchor Romero	2	3,00%
Hospital Interzonal Junín	2	3,00%
PRIM CAPS 1° de mayo Lanús	2	3,00%
Hospital Municipal de Tandil	2	3,00%
CAPS Cortes PRIM Moreno	1	1,40%
CAPS Villa Hudson F Varela.	1	1,40%
CAPS Los Troncos El Talar	1	1,40%
CAPS Villa Concepción San Martín	1	1,40%
CAPS Villa Verde Pilar	1	1,40%
Hospital Interzonal de Bahía Blanca	1	1,40%
Hospital Municipal del Balcarce	1	1,40%
Hospital Zonal de Ensenada	1	1,40%
Hospital Zonal Mercedes	1	1,40%
Hospital Zonal de Lanús	1	1,40%
Hospital Municipal de Olavarría	1	1,40%
CAPS Dr. Monte Morón	1	1,40%
CAPS Eizaguirre La Matanza	1	1,40%
CAPS Área Programática del Hospital Municipal "Ntra. Sra. de Luján" de Luján	1	1,40%
No respondió	1	1,40%
Total	68	100%

Fuente: Elaboración propia a partir datos obtenidos de encuesta diseñada para la presente investigación.

Sobre la cantidad de trabajos, se encontró que 24 (35,3%) egresados tienen dos trabajos y 19 (27,9%) tienen tres; entre ambas categorías representan el 63% de las respuestas, le siguen 15 (22,1%) egresados con un trabajo, 7 (10,3%) con cuatro y 3 (4,4%) con más de cuatro. Si tomamos en cuenta mujeres y varones, el porcentaje con tres trabajos

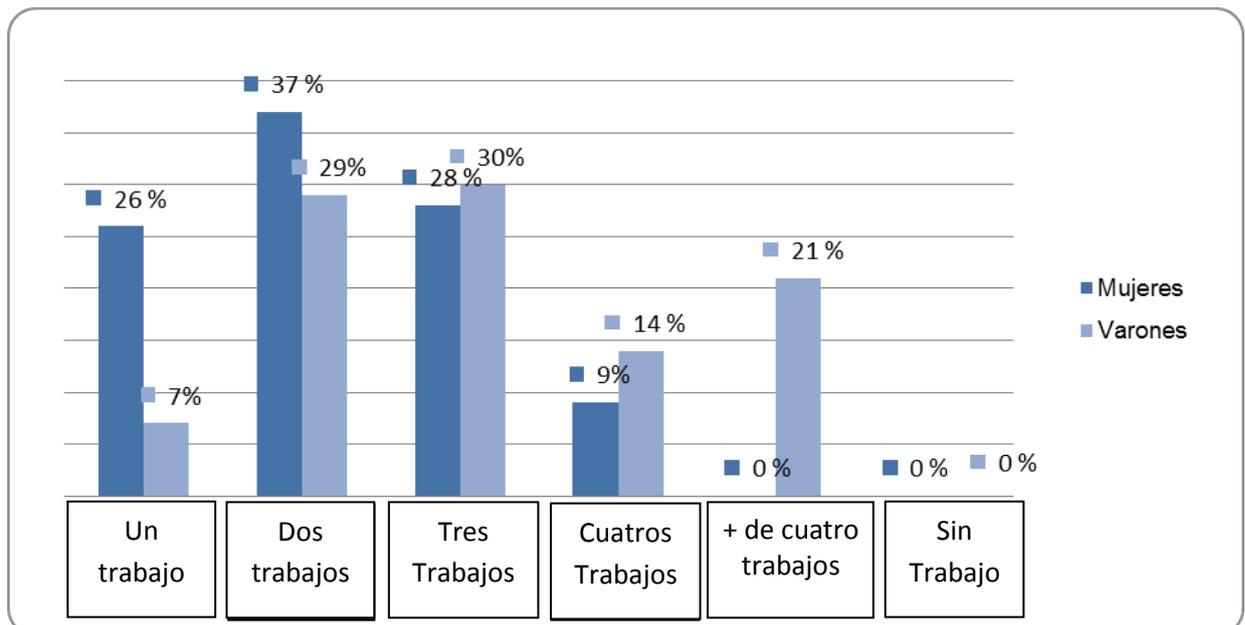
es similar, pero solo los hombres tienen más de cuatro trabajos. En la Tabla 6 se muestran los porcentajes según cantidad de trabajos y en la Figura 8, la comparación entre cantidad de trabajos de mujeres y hombres.

Tabla 6. Distribución según cantidad de trabajos de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013

Cantidad de trabajos	Cantidad	Porcentaje (%)
Un trabajo	15	22,10%
Dos trabajos	24	35,30%
Tres trabajos	19	27,90%
Cuatro trabajos	7	10,30%
Más de cuatro	3	4,40%
Sin trabajo	0	0
Total	68	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuesta diseñada para la presente investigación

Figura 8. Distribución según cantidad de trabajos por sexo, de los egresados encuestados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires 2008- 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuesta diseñada para la presente investigación.

La relación laboral de los egresados con los hospitales y los municipios a donde pertenecían sus sedes de residencia, se mantuvo en menos de la mitad de los encuestados. En la Tabla 7 se muestran estos resultados.

Tabla 7. Relación laboral con la sede de residencia de los encuestados egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

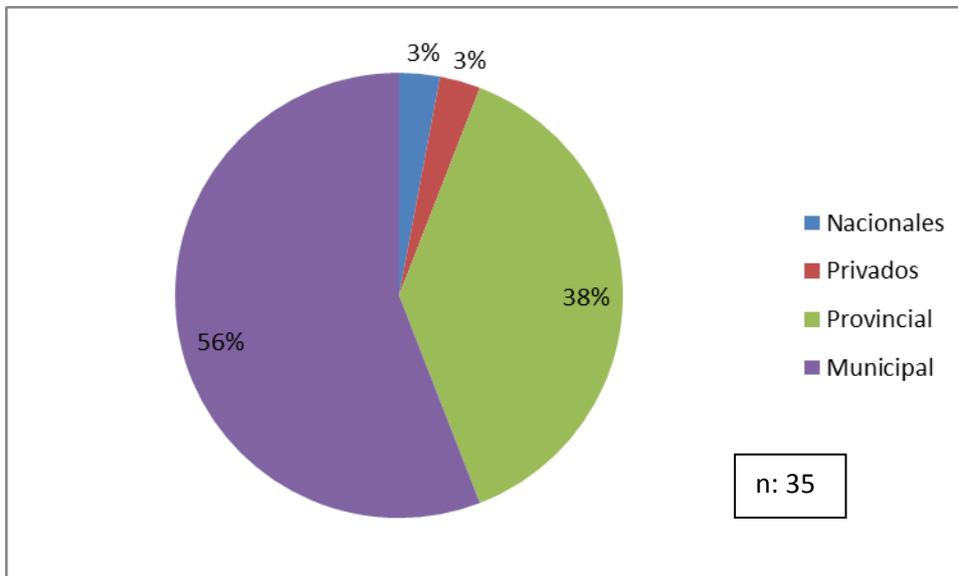
	Cantidad	Porcentaje (%)
Relación laboral con el hospital de residencia		
Mantiene	24	35,3
No mantiene	44	64,7
Total	68	100,0
Relación laboral con el municipio de residencia		
Mantiene	31	45,6
No mantiene	37	54,4
Total	68	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuesta de diseñada para la presente investigación.

De los médicos encuestados, 54 (79,4%) tiene el trabajo principal (T1) en el subsector público. En el mismo, trabajan más de 36 horas, 16 (24,6%).

La institución donde desarrollan su práctica, el primer lugar es el CAPS donde trabajan 31 (45,6%) egresados. El segundo lugar lo ocupa el hospital con 22 (32,4%) egresados. De los 23 residentes que tienen su T1 en hospital, hicieron su residencia en sede hospitalaria 16 (70%). El tipo de trabajo que realizan es el consultorio, en primer lugar, 49 egresados (44,5%) y en segundo lugar, la guardia con 22 (20%). La especialidad de médico generalista ocupa el primer lugar con 45 (60%); seguida por clínica médica 8 (10,7%) y pediatría 7 (9,3%). Si consideramos la relación laboral contractual, refieren tener una relación de dependencia laboral, 34 (54,1%) egresados sobre 64 respuestas a esta opción, siendo la relación de dependencia laboral municipal en 19 casos (55,8%), provincial en 13 (38,2%) y nacional y privado un solo caso cada una, que representa el 2,9%. En 11 casos se encontró una relación laboral de la categoría planta permanente.

Figura 9. Jurisdicción de dependencia laboral de los egresados encuestados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013 que trabajan en relación de dependencia.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuesta diseñada para la presente investigación.

De los participantes, 23 (46,9%) tiene su segundo trabajo (T2) en el sector privado donde la mayoría, 23 (45,1%) trabaja hasta 12 horas semanales; 21 (42,9%) de los participantes el T2 lo tienen en el subsector público.

La institución que ocupa el primer lugar en el T2, es el consultorio de obras sociales con 12 casos (23,1%), le siguen el CAPS, 11 casos (21,2%), el hospital, con 9 casos (17,3%) y el consultorio privado, 8 casos (15,4%). El tipo de actividad desempeñada, es el consultorio, 32 casos (55,2%) y sigue la guardia, 10 casos (17,2%). Las especialidades desarrolladas en mayor número de casos son generalista y clínica médica, ambas con 16 casos (30,8%) y le sigue pediatría con 8 casos (15,4%).

Si consideramos la relación laboral contractual, encontramos que 20 (40,8%) encuestados refiere tener una relación de dependencia laboral, de las cuales son municipales 9 (45%), provinciales 4 (20%), nacionales 1 (5%) y privado 6 (30%).

Los trabajos 3 y 4 (T3, T4), se desempeñan principalmente en el sistema privado hasta llegar al 73%. Casi un 80% lo realiza en una carga horaria de menos de 12 horas. El T3 se lleva a cabo en un 44% entre las instituciones consultorio privado y consultorio de obras sociales. En tipo de trabajo conserva casi un 50% de trabajo en consultorio, seguido en porcentajes similares por docencia, gestión y "otro". En el T4, se equiparan el consultorio y la docencia en 25% cada uno. El trabajo como generalista mantiene un 40%, seguido por

“otra especialidad”, clínica y docencia de manera descendente. Ocupando “otra especialidad” un 30% en el T4.

En todos los trabajos, la gestión ocupa un 10% aproximadamente en la categoría *Tipo de trabajo* desarrollado mientras que la docencia ocupa un porcentaje mayor al 10% llegando a un 25% en el T4. El trabajo docente se mantiene por encima del 10% en los T2, T3 y T4.

Tabla 8. Características de los trabajos realizados por médicos encuestados egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

Subsector	Trabajo 1		Trabajo 2		Trabajo 3		Trabajo 4	
	Cantidad	Porcentaje%	Cantidad	Porcentaje%	Cantidad	Porcentaje%	Cantidad	Porcentaje%
Público	54	79,4%	21	42,90%	8	30,8%	1	10%
Seguridad social	3	4,40%	5	10,2	1	3,80%	1	10%
Privado	11	16,20%	23	46,9	17	65,40%	8	80%
Total	68	100%	49	100,00%	26	100,00%	10	100,00%
Especialidad medica								
Docente	5	6,70%	7	13,50%	4	13,30%	2	20%
Clínica	8	10,70%	16	30,80%	6	20%	1	10%
Generalista	45	60%	16	30,80%	13	43,30%	4	40%
Ginecología	1	1,30%	0	0%	0	0%	0	0%
Pediatra	7	9,30%	8	15,40%	2	6,70%	0	0%
Sanitarista	2	2,70%	0	0%	0	0%	0	0%
Otra	7	9,30%	5	9,60%	5	16,70%	3	30%
Total	75	100%	52	100%	30	100,00%	10	100,00%
Tipo de trabajo								
Consultorio	49	44,50%	32	55,20%	15	48,40%	3	25%
Guardia	22	22,00%	10	17,20%	4	12,90%	1	8,30%
Internación	3	2,70%	3	5,20%	0	0%	0	0%
Investigación	4	3,60%	0	0%	0	0%	0	0%
Gestión	11	10,00%	4	6,90%	4	12,90%	1	8,30%
Docencia	15	13,60%	6	10,30%	4	12,90%	3	25%
Otro	6	5,50%	3	5,20%	4	12,90%	4	33,30%
Total	110	100,00%	58	100,00%	31	100,00%	12	100,00%
Institución sanitaria								
CAPS	31	45,60%	11	21,20%	3	11,10%	0	0%
Hospital	22	32,40%	9	17,30%	2	7,40%	0	0%
Consultorio OS	3	4,40%	12	23,10%	5	18,50%	2	18,20%
Centro de investigación	0	0%	0	0 (0%)	0	0%	0	0%
Consultorio P	1	1,40%	8	15,40%	7	25,90%	2	18,20%
Laboratorio	0	0%	0	0%	1	3,70%	0	0%
Oficina gubernamental	2	2,90%	0	0%	2	7,40%	0	0%
Universidad	2	2,90%	4	7,70%	0	0%	2	18,20%
Otro	7	10,40%	8	15,40%	7	25,90%	5	45,50%
Total	68	68(100,0%)	52	100,00%	27	100,00%	11	100,00%
Carga horaria								
Más de 36 hs	16	16 (24,6%)	2	3,90%	0	0 (0%)	0	0 (0%)
Entre 36 hs y 24 hs	27	27 (41,5%)	8	15,70%	1	1 (3,8%)	0	0 (0%)
Entre 24 hs y 12 hs	20	20 (30,8%)	18	35,30%	5	5 (19,2%)	2	2 (22,2%)
Menos de 12 hs	2	2 (3,1%)	23	45,10%	20	20 (76,9%)	7	7 (77,8%)
Total	65	100,00%	51	100,00%	26	100,00%	9	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuesta diseñada para la presente investigación.

Veintitrés (33,8%) egresados estaban ejerciendo una segunda especialidad al momento de la encuesta. Las especialidades aparte de medicina general fueron: clínica médica 11 (16,3%), pediatría 6 (8,8%), rehabilitación 2 (2,9%), dermatología 2 (2,9%), infectología 1 (1,4%) y ginecología 1 (1,4%). En la Tabla 9 se observa si hubo desarrollo de una segunda especialidad. En motivo de elección laboral, en el T1, se priorizaron los beneficios adicionales y el trabajo en equipo, lo que representa el 36,8 % entre los dos motivos. En el T2 lo priorizado fue la remuneración en un 27,7% luego seguido en porcentajes menores y parecidos de las otras categorías. En el T3, el porcentaje adjudicado a la remuneración aumenta 29,1%, y se aleja de las otras opciones. En T4, las causas más significativas son el ámbito académico y de trabajo, coincidiendo en el 20 a 25% con el porcentaje de trabajo en docencia, universidad y como docente.

Tabla 9. Opción por otra especialidad de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

	Cantidad	Porcentaje (%)
Especialidad en ejercicio		
Medicina general	45	66,30%
Clínica médica	11	16,30%
Pediatría	6	8,80%
Dermatología	2	2,90%
Medicina Fís, y rehab.	2	2,90%
Infectología	1	1,40%
Ginecología	1	1,40%
Total	68	100%
Ejercicio de otra especialidad		
Si	23	33,80%
No	45	66,20%
Total	68	100%

Fuente: Elaboración propia a partir datos obtenidos de encuesta de diseñada para la presente investigación.

Tabla 10. Motivos de la elección laboral de los médicos egresados de la residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013.

	Trabajo 1		Trabajo 2		Trabajo 3		Trabajo 4		Total
	%		%		%		%		
Remuneración	22	13,5	28	27,72	14	29,17	3	12,50	47
Beneficios adicionales	31	19,0	10	9,90	1	2,08	1	4,17	39
Ámbito académico	13	8,0	6	5,94	2	4,17	4	16,67	23
Trabajo en equipo	29	17,8	10	9,90	3	6,25	2	8,33	39
Seguridad	10	6,1	2	1,98	1	2,08	1	4,17	13
Flexibilidad horaria	17	10,4	11	10,89	11	22,92	3	12,50	32
Prestigio	5	3,1	5	4,95	1	2,08	2	8,33	12
Ámbito de trabajo	14	8,6	11	10,89	5	10,42	4	16,67	25
Accesibilidad	3	1,8	4	3,96	3	6,25	1	4,17	10
Distancia al domicilio	11	6,7	9	8,91	4	8,33	1	4,17	18
Otra	8	4,9	5	4,95	3	6,25	2	8,33	14
Total	163		101		48		24		272

Fuente: Elaboración propia a partir datos obtenidos de encuesta de diseñada para la presente investigación

8. DISCUSION.

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de los egresados de las residencias de Medicina General tienen su trabajo principal en el subsector público. Sin embargo, menos de la mitad de los mismos lo tienen en los CAPS, y solo la cuarta parte tiene una carga horaria de más de 36 horas. El alto porcentaje de participantes que desempeñan su trabajo principal en el subsector público coincide con los resultados del trabajo "Que fue de tu vida" (22) que estudio la situación laboral de egresados de la residencias de medicina general de la Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires y con los del trabajo sobre "Aprovechamiento de las becas de capacitación en Medicina Familiar y General del Ministerio de Salud de la Nación para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención" (2012) (23) que estudio la situación laboral de los residentes de residencia de medicina familiar y general a nivel nacional.

La especialidad de medicina general es la ejercida con mayor frecuencia y el ámbito de desempeño es el consultorio en primer lugar, seguido por el trabajo en los servicios de guardia. Esta observación también coincide con los trabajos mencionados anteriormente (22, 23). Las segundas especialidades ejercidas en orden de frecuencia son clínica médica y pediatría.

La mitad de los participantes trabaja en relación de dependencia, en mayor parte con los municipios y luego con la provincia. Este es el motivo de elección principal del primer trabajo, relacionado con los beneficios adicionales que se obtienen al trabajar en relación de dependencia en el sector público, aunque solo 11 egresados manifestaron tener nombramientos de planta permanente. Los RR HH del primer nivel de atención, cuentan con cargos con distinta dependencia y distinta remuneración, que conviven sin planificación (24) El segundo motivo de elección fue el poder realizar trabajo en equipo.

De los participantes que ejercían su trabajo principal dentro de una institución hospitalaria, el 70% realizaron su residencia teniendo ese ámbito como sede. Como plantea Borrell (45), hay predominio del currículo oculto al margen del programa escrito, que provoca que la racionalidad burocrática del hospital se imponga en los residentes como modelo de servicio focalizado esencialmente en la curación y rehabilitación como forma de aprendizaje de una práctica profesional.

El desempeñar varios trabajos fue una constante entre los encuestados ya que las dos terceras partes refirió tener entre dos y tres trabajos, sin presentar diferencias entre las mujeres y los varones en el porcentaje entre aquellos que tenían tres trabajos. Sin embargo, solo los varones refirieron tener más de cuatro trabajos mientras que las mujeres son mayoría para uno solo. El pluriempleo es una contante que se repite en las otras investigaciones sobre situación laboral citados (22, 23). Las medidas y el impacto de las

políticas económicas y la reforma del estado luego de los noventa generaron un proceso de desregulación y privatización y las prácticas profesionales quedaron atadas al modelo organizativo de la atención médica. (43)

A partir del segundo trabajo, el subsector de dependencia principal está dentro del sistema de seguridad social y el privado, y aumenta la proporción del ejercicio de otras especialidades que no son solo las de clínica médica y pediatría. En todos los trabajos aparecen la docencia y la gestión. En el segundo y tercer trabajo es priorizada la remuneración al momento de la elección laboral. Más de la tercera parte se encuentra ejerciendo otra especialidad, siendo clínica médica la escogida con mayor frecuencia. Según el estudio *Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica* (58), en muchos casos la causa por la que realizan otra especialidad es para aumentar sus ingresos.

La mayoría de los profesionales que respondieron la encuesta fueron mujeres, resultado similar al de la base de datos original la cual estaba constituida por 75% de mujeres, además, el 78% de los residentes de todas las especialidades son mujeres en la provincia de Buenos Aires (información proporcionada por la Dirección Provincial de Capacitación Profesional).

Estos datos coinciden con el trabajo *Factores condicionantes para la elección y permanencia de la práctica de la especialidad médica general y familiar* (2013) (58), donde en la base de pre-inscriptos al examen de residencia del Ministerio de Salud de la Nación reflejó que la feminización de la práctica se extrema en el caso de quienes seleccionan la medicina general (76% mujeres) y con el estudio anteriormente nombrado sobre el "Aprovechamiento de las becas del Ministerio de Salud de la Nación en Medicina General y Familiar para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención" (2012) (23), donde se observó que dentro de los egresados encuestados, el 70% eran mujeres. En los últimos años se ha ido produciendo una feminización de la matrícula en las facultades de medicina que es una de las facultades con más proporción de mujeres. La evolución del proceso y en coincidencia con otros estudios de América latina, permite suponer que, el punto de inflexión de la tendencia se ubicaría en el comienzo de la década del '80, momento identificado como el de consolidación del ingreso masivo de las mujeres a la universidad, aunque la tendencia no ha sido simultánea dentro de una misma categoría profesional para todas las jurisdicciones ya que son fundamentalmente los grandes centros urbanos en los que existen universidades, los que registran con mayor anticipación este proceso como en la Ciudad de Buenos Aires, donde las mujeres son mayoría (54%) entre los médicos de 30 a 39 años en el censo 2001 (60). Esto implica cambios en el perfil de médicos que egresan y sus elecciones laborales, ya que la "*Encuesta a estudiantes de medicina de todo el país: expectativas respecto al ejercicio de la profesión*" (2011) (61) mostró que a la hora de elegir

una especialidad, las mujeres señalan, en mayor medida que los varones, la “vocación de servir a otros” y el “compromiso con la salud”, mientras los varones tienden a elegir en mayor proporción la “plata” y el “prestigio”.

Por otro lado en el estudio anteriormente citado, “*Factores condicionantes para la elección y permanencia de la práctica de la especialidad médica general y familiar*” (2012) (58) se llegó a la conclusión que para las mujeres la posibilidad de compatibilizar horarios y vida familiar tiene un peso importante para permanecer en la especialidad y que la flexibilidad horaria y los horarios reducidos en el subsector público permiten en mayor medida que el subsector privado esta compatibilización.

La mayoría de los participantes tiene su domicilio en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense incluyendo a los municipios de Lujan, La Plata y Gran La Plata, Este hallazgo, que coincide con otros estudios (22) sugiere que los residentes priorizan vivir y trabajar cerca de los grandes centros urbanos y académicos dando cuenta del problema planteado por Rovere y Abramzón, (43, 61) respecto de la mala distribución de los médicos.

Como se ha encontrado en otros estudios (23) la mayoría de los participantes egresó de universidades públicas. Es el Estado el que sigue formando el mayor número de médicos que ingresan al sistema público de residencias. La UBA Y UNLP fueron en este estudio las que formaron a la mayor cantidad de egresados. Estas universidades se caracterizan por tener curriculas tradicionales basadas en el modelo flexneriano (26), biologicista y hospitalocentrico, (43, 60, 61) y donde la estrategia de APS y el modelo biopsicosocial planteado en el abordaje de la medicina social (30) queda excluida como eje de formación y solo forma parte de una mínima carga horaria curricular como un contenido más. No se han registrado avances importantes orientados a producir modificaciones de planes de estudio que replanteen los ejes del proceso de formación adecuando los procesos a las necesidades sociales (61). En la “*Encuesta a estudiantes de medicina de todo el país: expectativas respecto al ejercicio de la profesión*”(61) se planteó que es difícil que los estudiantes elijan especialidades criticas como medicina general si no tienen información acerca de ellas, ya que 56% de los estudiantes de medicina afirma que tiene “casi nada” o “poca” información sobre Medicina comunitaria o familiar, y un porcentaje similar prácticamente desconoce qué significa la Medicina sanitaria o salud pública. El mismo estudio concluyó que el tipo de institución que mayor atracción genera entre los estudiantes para ejercer la profesión de médico es el hospital público, seguido del consultorio y el sanatorio privado, el cuarto lugar lo ocupa la universidad o los institutos de investigación, luego vienen los centros de atención primaria, las clínicas de obras sociales y “algún área de gestión estatal”. En el estudio “*Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica*” (58) concluyeron que los médicos eligen la residencia muchas veces sin conocer la especialidad y que las

rotaciones en zonas rurales son valoradas como experiencias positivas en el acercamiento a los contenidos de la medicina general para los alumnos de grado, por lo que sería de fundamental importancia incluirla en las universidades que no las tienen.

Al igual que en otros estudios (23), el promedio general de la carrera de los participantes estuvo por encima de siete (7) puntos. Según información brindada por la Dirección Provincial de Capacitación Provincial, este resultado coincide también con el promedio de los aspirantes a ingreso a la residencia de Medicina General 2013, que está por encima de la media de los promedios de los postulantes a clínica médica y anestesiología del mismo año de ingreso. Esto contradice la teoría popular respecto del bajo promedio de los que optaban por esta especialidad. Sin embargo, esto sucedía cuando la adjudicación de los cargos de residencia ofrecidos de otras especialidades tenía un porcentaje más elevado que la actual que va en descenso (Figura 3).

Los egresados realizaron su residencia en la gran mayoría de los casos en sedes de residencia que están dentro del conurbano y las ciudades de Lujan, La Plata y Gran La Plata, y en la misma proporción siguen viviendo en la misma zona. En la actualidad, según información brindada por la Dirección Provincial de Capacitación Profesional, dentro de las regiones sanitarias hasta el cuarto cordón bonaerense se encuentran el 75% de los residentes de medicina general de la provincia de Buenos Aires. En estas localidades también están la mayor cantidad cargos ofrecidos y adjudicados por el sistema de residencia de medicina general de la provincia de Buenos Aires. Pareciera ser que no hay una tendencia a alejarse de los lugares sede de residencia, especialmente al interior de la provincia.

Más de la mitad de las sedes de residencias desde donde se obtuvieron respuestas a este estudio, están ubicadas en hospitales y en segundo lugar en CAPS. En el documento de sedes activas proporcionado por la Dirección Provincial de Capacitación Profesional, 16 de 51 sedes, son en CAPS y 35 en Hospital. Los egresados de las residencias con sede en Hospital desarrollan la actividad en el primer nivel solo como una rotación en el CAPS.

Si tomamos en cuenta que el programa provincial de la residencia de medicina general refiere que un médico generalista es un profesional capacitado para desarrollar su .práctica en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, que ejerce su especialidad fundamentalmente dentro del primer nivel de atención y participa en la comunidad (13), habría una incongruencia en el perfil del médico esperado y los tipos de sedes ofrecidas para su formación, ya que esta se lleva adelante, en la mayor parte de los casos, en hospitales que ofrecen un modelo de formación centrado en la enfermedad.

Por otro lado, el sistema de salud descentralizado en el país y especialmente en la provincia de Buenos Aires, donde los hospitales en su mayor parte son de jurisdicción provincial y los CAPS de jurisdicción municipal (36, 37, 38, 39, 40 y 41) suma complejidad a

la posibilidad de articulación de políticas jurisdiccionales para la formación de recursos humanos y su contratación. La relación laboral con la sede de residencia se mantiene en menos de la mitad de los casos al finalizar la residencia.

Retomando el concepto de Belmartino (31) del mercado de trabajo médico como la relación entre oferta y demanda de profesionales calificados para el ejercicio de la medicina, como una relación que depende de las características que asuman en cada sociedad los procesos sociales, el proceso de producción de capacidad de trabajo médico (educación médica) y el proceso de producción de servicios de salud (práctica médica) se puede observar a través de los resultados de este estudio que debido al conjunto de determinaciones sociopolíticas, económicas e ideológicas, el recurso humano resultante del proceso formativo no siempre se adecua a las necesidades de la producción de los servicios. El *pacto corporativo* (32) definido por la misma autora aparece con una lógica que puede pensarse como la supresión de los límites netos existentes en Argentina entre los tres subsectores -público, privado, de la seguridad social- y el desarrollo de múltiples interpenetraciones capaces de transformar profundamente la configuración del sector. Este diseño se inscribe en un proceso de rearticulación de lo estatal y lo privado, donde es el estado el que forma médicos que luego trabajan y reparten su carga y sobrecarga laboral, en los tres subsectores quedando el subsector público sin recurso humano médico suficiente y con la formación específica para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, especialmente la más vulnerable que se atiende y está cubierta solo por el subsector público. Los capitales del campo de la salud descrito por Spinelli (46) están en juego en esta tensión, producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas. Estas acciones están ligadas a intereses que no siempre son racionales ni reflexivos y no responden a las necesidades de la población.

Este trabajo tiene algunas limitaciones. La primera podría ser la falta de representatividad de la muestra por la baja tasa de respuestas obtenidas, ya que solo respondieron el 35% de los que tenían correo electrónico activo. Además .debido al alto porcentaje de datos incorrectos o incompletos de la base de datos, solo se contó con información del 15% de la población elegible. Si bien esto presupone un sesgo de selección, consideramos que la representatividad no se ha visto afectada porque la muestra respeta la proporción de mujeres y la relación de médicos que viven y se han formado en el conurbano, por otra parte la baja tasa de respuestas es la esperada en cuestionarios distribuidos por correo electrónico en Argentina. Otra limitación estaría referida a la validez interna del cuestionario ya que no se realizó una validación psicométrica del mismo, sin embargo, como la mayoría de las preguntas ya habían sido utilizadas en investigaciones previas (22, 23) y los resultados coinciden con estas investigaciones, esta limitación quedaría salvada.

Podemos concluir que este estudio sistematiza y provee información respecto de la situación laboral de los residentes egresados de una cohorte de seis años de medicina general de la provincia de Buenos Aires y que esta es una información que hasta este estudio no existía, por lo que arroja luz en un vacío de conocimiento dentro de la investigación en salud, específicamente en recursos humanos, que si bien es creciente, aun cuenta con muchos espacios a desarrollar.

Como conclusiones relevantes podemos decir que los egresados de las residencias de Medicina General tienen su trabajo principal en el subsector público pero sin embargo, menos de la mitad de los mismos, lo tienen en los CAPS, a pesar que un médico generalista es un profesional que se prepara para ejercer su práctica fundamentalmente dentro del primer nivel de atención. El segundo lugar de trabajo dentro del subsector público fue el hospital y el mayor porcentaje de los egresados que eligieron ese lugar de trabajo había realizado su residencia dentro de un hospital. La mayor parte de los egresados que respondieron la encuesta se formaron dentro de sedes hospitalarias de residencia. Los egresados tienen pluriempleo y solo la mitad de los participantes trabaja en relación de dependencia, con una minoría en relación de dependencia de planta permanente, a pesar que se priorizaron los beneficios adicionales en la relación de dependencia como motivo de elección laboral en el primer trabajo. Más de la tercera parte se encuentra ejerciendo otra especialidad. La mayoría de los egresados que respondieron fueron mujeres coincidiendo con los porcentajes del total de residentes del sistema de formación del Ministerio de salud de la Pcia de Buenos Aires y dando cuenta de una feminización de la profesión y de la especialidad. La mayoría de los egresados realizaron su residencia y tienen su domicilio en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense incluyendo a los municipios de Lujan, La Plata y Gran La Plata, sugiriendo que los residentes priorizaran vivir, formarse y trabajar cerca de los grandes centros universitarios y urbanos. La mayoría de los participantes egresaron de universidades públicas, siendo la UBA y la UNLP las que formaron a la mayor cantidad de egresados y caracterizándose las mismas por tener curriculas tradicionales basadas en el modelo flexneriano y una carga horaria mínima relacionada a la estrategia de Atención Primaria de la Salud y la Medicina General.

La investigación en recursos humanos de salud resulta de mayor utilidad cuando puede ser insumo para la toma de decisiones de política pública. Se espera que este trabajo pueda promover a través de la generación de nuevas hipótesis, otros trabajos de investigación orientados a resolver problemas concretos del área.

Tomando en cuenta los resultados de este estudio y los trabajos de referencia utilizados sería conveniente trabajar en tres líneas de intervención para mejorar la disponibilidad de recurso humano médico con formación específica y de calidad para el primer nivel del subsector público considerando en primer lugar, la formación de grado y pos

grado, luego el sistema de salud, y por último, la integración y articulación de las Universidades y el sistema de salud.

En relación a la primera línea de intervención, podría proponerse una ampliación de la oferta de facultades de medicina en lugares estratégicos desde lo geográfico y social, con modalidades inclusivas que favorezcan el ingreso de primeras generaciones de estudiantes universitarios y de estudiantes que viven alejados de grandes centros urbanos. La respuesta a la *Encuesta a estudiantes de medicina de todo el país: expectativas respecto al ejercicio de la profesión* (61) llegó a la conclusión que tomando en cuenta el nivel económico social se condiciona la elección de la especialidad, la “vocación de servir a otros” y el “compromiso por la salud” se asocian claramente a un menor nivel socioeconómico de los alumnos, mientras los de clase alta y media-alta tienden en mayor medida a elegir una especialidad por el “prestigio” y por “influencia de un familiar”. Similar tendencia se puede ver con la elección de los lugares de trabajo, a medida que disminuye el nivel socio-económico, aumenta la tendencia a elegir como inserción los centros de atención primaria. Los estudiantes que pertenecen a los estratos sociales bajos y medio-bajos son los que mayor predisposición tienen a elegir ejercer en las áreas rurales o semirurales y los Centros de Atención Primaria. Sería importante también, la implementación desde las facultades, de diferentes estrategias que faciliten el acceso de los estudiantes que viven fuera de los centros urbanos con estímulos de diferentes características como becas, referentes docentes locales con sistemas de rotación y prácticas en áreas rurales o alejadas de centros urbanos y en los lugares de origen de los estudiantes que tienen su domicilio más alejado.

Debido a que la mayor parte de los médicos se siguen formando en las universidades públicas, principalmente en las que tienen currículas tradicionales, sería importante trabajar integradamente entre las facultades de medicina, en espacios como el Foro de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina, y otros espacios de discusión de formación de RR HH en salud, en la necesidad del cambio curricular, para poder reorientar la formación de los médicos en el marco de la estrategia de APS.

Considerando que la mayoría de los egresados que respondieron la encuesta fueron mujeres, resultado similar al de la base de datos original y considerando que el 78% de los residentes de todas las residencias del sistema de residencias del Ministerio de salud de la Pcia de Buenos Aires de todas las especialidades son mujeres, sería conveniente tomar en cuenta la feminización de la profesión médica, lo que implicaría profundizar las investigaciones de género en estudiantes de medicina, médicas y residentes, para conocer sus inquietudes laborales y favorecer y mejorar las condiciones de su formación, su inserción, condición y satisfacción laboral para promover su elección de la especialidad medicina general y su trabajo en el primer nivel de atención del subsector público.

Actualmente el mayor porcentaje de los estudiantes de medicina son mujeres llegando una razón de feminidad del 4,1 entre los estudiantes en la Universidad Nacional de la Matanza (datos del Observatorio Inter Universidades del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas, presentación de datos preliminares del IV Congreso, Tucumán, Junio 2015).

También sería necesario investigar en las facultades de medicina, el perfil y las características sociodemográficas de los estudiantes en general, y sus expectativas sobre el ejercicio de la profesión. Además, habría que realizar un seguimiento de los egresados de las diferentes escuelas de medicina, privadas, publicas, con currícula innovada y sin ella, para poder evaluar las diferentes elecciones, perspectivas y priorización de criterios al elegir una especialidad, según su perfil y su formación, para poder proponer y avanzar en las transformaciones necesarias en las currículas de grado, en la formación de posgrado y las políticas de RR HH para el primer nivel de atención.

Considerando el alto porcentaje de residentes de medicina general que se forman en sedes en hospitales y eligen su trabajo dentro de los mismos, sería necesario intensificar su espacio de formación en centros de salud del PNA del subsector público. La presencia de residentes de medicina general en centros de salud debería dejar de ser una rotación, ya que los CAPS son las sedes prioritarias para garantizar la formación de estos especialistas en el marco de la estrategia de APS y la salud colectiva, dejando el sistema de rotaciones para ser realizados en los hospitales como complemento de la formación. En este sentido sería necesario trabajar en la acreditación de centros de salud-escuela, como lo son los hospitales, que pudieran garantizar condiciones de calidad para la formación de estos especialistas y para que estos escenarios de formación, pudieran adquirir un nivel de prestigio suficiente que favoreciera la presencia de los residentes en los CAPS y dejen de prevalecer las currículas ocultas en el sistema de formación. El proceso de formación en los CAPS, favorece la formación de médicos centrada en el cuidado de la salud de las personas, con una mirada desde la promoción, la prevención y cuidado, y no desde el abordaje tradicional centrado en la enfermedad y la curación como sucede, en la mayoría de los casos dentro de los hospitales.

La segunda línea de intervención estaría dentro del Sistema de salud. La modificación del modelo de gestión y atención depende de la transformación de los trabajadores de salud. Tal como se concluye en el trabajo "*Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica*" (58) en las provincias donde hay una organización del sistema de salud basado en la APS (como Santa Fe o Neuquén) se observó una mayor contención a la práctica del médico generalista y una mayor cobertura de los cupos de residencia, y donde la estrategia

de APS no es un eje, la especialidad perdió identidad, el generalista pasa a ser sustituible por otras especialidades y la cobertura de cupos de residencia en la especialidad fue menor. Esto implicaría implementar políticas públicas para fortalecer la estrategia de APS, como integradora del sistema de salud, lo que haría necesario fortalecer y mejorar la calidad del PNA y las redes de salud.

Estos últimos años ha habido una política de fortalecimiento de la estrategia de APS como se observa a través de distintos programas a nivel nacional y provincial tanto de recursos humanos como materiales y de estructura, como se señala en la fundamentación de este trabajo. Para poder llevar adelante dichos programas, y para que los financiamientos implícitos en los mismos contribuyan a mejorar las condiciones y el acceso a la salud de las personas, hace falta una política de recursos humanos para el PNA que garantice en cantidad y calidad la presencia de equipos formados para este nivel de atención, y, en el caso particular de esta investigación, favorecer la presencia de médicos formados en el marco de la estrategia de APS y la salud colectiva como son los médicos generalistas

En este trabajo se muestra que lo priorizado por los médicos al elegir su trabajo principal fue la seguridad laboral y las condiciones relacionadas con el trabajo en equipo. Es necesario establecer condiciones de contratación que garanticen un nivel adecuado de ingresos, que limite el pluriempleo y que evite los diferentes tipos de contratación en relación a lo jurisdiccional y las modalidades de empleo. Como se propone en el trabajo sobre aprovechamiento de las becas (23) una Carrera Sanitaria Única (CSU) que incluya a los residentes como trabajadores del sistema y como un medio para ordenar el accionar, labor o el trabajo del personal de salud podría ser una opción posible. Además, y retomando la feminización de la profesión y de la especialidad, sería importante considerar y mejorar la condiciones laborales para las mujeres, considerando la posibilidad de reducción de la carga horaria regular y de las guardias, para no limitar los derechos relacionados a la maternidad y la lactancia materna.

Otro de los puntos a considerar tomando en cuenta el abandono de la especialidad y la necesidad de estímulo a la radicación y permanencia de los médicos en los lugares lejanos a los centros universitarios y urbanos, sería la necesidad de que existan o se intensifiquen, los sistemas de educación permanente en el PNA, que favorezcan la accesibilidad a la capacitación, debido a que la oferta de formación y actualización en salud sigue centralizada y naturalizada en los hospitales y centros urbanos.

La tercera línea de intervención, y como consecuencia e integración de las dos líneas anteriores, estaría dada en la articulación del sistema de salud con las universidades, ya que históricamente ha existido una brecha entre las currículas universitarias y las políticas sanitarias llevadas adelante en la Argentina. Esto lo demuestra el hecho que los egresados se formen en su mayoría dentro de facultades con currículas centradas en la enfermedad y

el sistema de salud en Argentina promueva e implemente políticas públicas y programas dirigidos al PNA para fortalecer la estrategia de APS. De esta manera, la formación de los profesionales, en muchos casos, no se encuentra orientada hacia las necesidades sanitarias de la población, existiendo importantes discordancias entre los espacios académicos y los escenarios reales de inserción futura de los estudiantes. El desafío que existe hoy es establecer mecanismos de interacción y coordinación que fomenten la participación e intercambio entre los ámbitos académicos y las políticas sanitarias que se están llevando adelante en pos de adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

En este sentido sería importante trabajar en conjunto para articular el sistema de formación de residencias del Ministerio de Salud con la universidades, y la posibilidad de ofrecer y otorgar una especialización universitaria en medicina general y familiar para favorecer la elección y permanencia en base al reconocimiento, prestigio y estímulo que una especialización universitaria podría brindar y que debería garantizarse de forma gratuita.

Por último, y en la misma línea planteada anteriormente para el sistema de formación de médicos en el PNA, sería un desafío para el trabajo conjunto, la acreditación de centros de salud del primer nivel universitarios, a través de un sistema de acreditación de los mismos con un instrumento consensuado para que los escenarios de prácticas de estudiantes y residentes garanticen la calidad de formación en cuanto a estructura, servicio y docentes. Esto implicaría la designación de docentes universitarios que desarrollen su trabajo en los CAPS y el compromiso de mejora de RR HH, infraestructura, servicios y calidad de atención, por parte del sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dawson, B. – Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. [Internet] Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 93, 1964. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma Ata, URSS, 1978, [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
3. Tarimo E., Creese A. Organización Mundial de la Salud, A mitad de salud para todos en el año 2000 [Internet]. Informes de diversos países, Ginebra, 1991, [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/1991/9243561324.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud, Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS [Internet]. Washington, D.C., 2008, [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
5. Carrillo, R. Plan Sintético de Salud Pública. 1952-1958 [Internet]. Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Secretaría Parlamentaria, Dirección de información Parlamentaria. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos/dg.109.05.00-1.pdf>
6. Bloch C., Coordinador. Atención Primaria de la Salud en argentina, desarrollo y situación actual [Internet]. II Jornadas de APS - CONAMER- ARHNRG, 30/04 al 07/05/1988. Bs. As. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a3.pdf
7. Devoto G., ATAMDOS un hito en la historia de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. [Internet] Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" - Recuperando historia. Año 3, Nro. 5. Buenos Aires, Argentina. Abril 2013. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_5/PDF/18_Devoto.pdf
8. Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud, Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007 [Internet]. Mayo 2004. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Federal_Salud.pdf
9. COFESA. – Acta 03/08 de la III Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud [Internet]. Palacio San Martín del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, Buenos Aires, Argentina. 11 y 12 de septiembre de 2008, [citado 28 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/imagenes/stories/cofesa/2008/acta-03-08/acta-03-08.pdf>

10. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Planificación de la Salud. Plan Quinquenal de Salud 2011/2015 [Internet] [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2014/01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>
11. Naciones Unidas, Asamblea General. A/RES/55/2/, Declaración del Milenio [Internet], Nueva York septiembre de 2000. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf
12. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Primeras jornadas de evaluación de las funciones esenciales de salud pública [Internet]. La Plata 21, 22 de marzo de 2006. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2013/03/FESP2006.pdf>
13. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de capacitación de profesionales de la salud, Programa de Residencias: Medicina General. [Internet] 2009 [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/programas/medicina_general.pdf
14. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Seguro Público de Salud, República Argentina. [Internet] [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/
15. Programa Médicos Comunitarios, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, ¿Qué es el PMC?, [Internet] [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/>
16. Programa Remediar, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, ¿Que es Remediar? [Internet] [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://ww.remediar.gov.ar>
17. Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO), Valoración de los estudios del Ministerio de Sanidad Oferta y necesidad de especialistas Médicos y de Enfermería en España (2010-2025) [Internet]. Informe, España Enero 2012, [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/necesidades_CCOO.pdf
18. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista SEMERGEN MADRID, Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, Asociación Profesional Médica de Madrid CESM-Madrid, Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria. NECESIDADES DE MÉDICOS DE FAMILIA Y PEDIATRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID [Internet]. A partir de los datos del censo de 2001 por zona básica (CAM), retribuciones por grupos de edad y dispersión geográfica (IMSALUD) y plantillas orgánicas a septiembre de 2003. Madrid, España. [citado 28 de mayo de 2014]. Disponible en: www.pediatrasandalucia.org/Docs/Docencia/NecesidadesPapMadrid.pdf

19. Breinbauer K.H., Fromm R.G., Fleck L.D., Araya C.L. Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. [Internet]. Rev. méd. Chile 2009 Jul [citado 23 de febrero de 2014] ; 137(7): 865-872. [actualizado 29 de mayo de 2014, citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000700001&lng=es
20. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud. Decreto Ley 2557. Reglamento de Residencias para profesionales de la Salud. [Internet] La Plata, 29 de octubre de 2001, [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/pdf_Comun/Decreto_2557.pdf
21. Abramzón M., di Virgilio M., Findling L., Kaufmann R., Laperuta V., Luppi I., Martínez A., Venturiello M.P., Aportes para el desarrollo de un sistema integral de información de recursos humanos en salud en argentina, [Internet]. Rev Argent Salud Pública; 1(4):32-36. Vol. 1 - Nº 4, Septiembre 2010. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen4/RASP4-AO5.pdf>
22. Paolantonio G.L., Piñeiro J., Rostro R.A., et al. ¿Qué fue de tu vida? Inserción laboral post residencia de los/las médicos/as generalistas egresados/as de las residencias de la Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires en el período 2001-2011. Buenos Aires 2011. Dirección de Atención Primaria de la Salud. Regiones Sanitarias. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires
23. Silberman P., Gonzalez Calbano M.A., Godoy A.C., Perrotta A.C., Zamora A.C., Fernández Ponce R.C. Aprovechamiento de las becas de capacitación en Medicina Familiar y General del Ministerio de Salud de la Nación para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Un estudio descriptivo en dieciséis residencias de nueve provincias de la República Argentina centrado en tres ejes: formación, certificación e inserción laboral. Informe académico final Comisión Nacional Salud Investiga. Universidad Nacional del Sur, 2013
24. COSAPRO Consejo de salud de la Provincia de Buenos Aires, Declaración Mar del Plata 2009, La APS como eje centralizador en la construcción del Sistema de Salud [Internet]. 22 de Mayo, 2009, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. [citado 26 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/COSAPRO/files/2012/07/declaracion_mdq2009.pdf
25. Imglagaceta.org.ar [Internet]. Tucumán: La Gaceta [citado 26 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://img.lagaceta.com.ar/nota/503016/cambios-plan-estudio-medicina.html>
26. Berliner, H. Una perspectiva más amplia sobre el informe de Flexner. [Internet]Extractado y traducido del Internacional Journal of Health Services. Vil. 5 NY 1975. En: II Jornadas de APS – CONAMER- ARHNRG, 30/04 al 07/05/1988. Bs. As. [citado 26 de mayo de 2014]. Disponible en: www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a20.pdf

27. Laurell C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en américa latina. Cuadernos Médicos Sociales. N° 37:3-18. 1986.
28. Rose, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: C. Buck, A. Llopis, E. Nájera & M. Terris, eds. El Desafío de la Epidemiología: Problemas y Lecturas Seleccionadas, Publicación Científica 505, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud 1988 p. 901-909.
29. Ayres J.R., Franca I. Jr., Junqueira Calanzas G., Saletti Filho H.C. El concepto de la vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencia. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial S.A.; 2001. p. 135-160.
30. García J. C. La medicina y la estructura social, en García et al, Medicina y Sociedad, Santo Domingo, Alfa y Omega 1977, pp. 11 – 22.
31. Belmartino L.S., Bloch C., Luppi I., Quinteros Z.T. de, Troncoso M. del C. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. [Internet]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1990. (Publicación, 14). [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/arg/publicaciones/pubOPS_ARG/pub14.pdf
32. Belmartino S., Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo [Internet]. en Desarrollo Económico, N° 137, Buenos Aires 1995.
33. WHO.int [Internet] Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2005 [citado 31 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
34. Maceira D. Sistema de salud en Argentina en La inequidad en la Salud, Ediciones IIED. Buenos Aires, 2008. [Internet] [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.iied-al.org.ar/libro%20La%20Inequidad%20en%20la%20Salud.pdf>
35. Laurell C. Sistemas Universales de Salud, retos y desafíos. [Internet]. Conferencia, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS-Unasur) 21 de febrero de 2012, [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=403&Itemid
36. di Gropello E., Cominetti R.. Compiladoras. La descentralización de la Educación y la salud [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Agosto de 1998. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/4644/cl1132e.pdf>
37. Crojethovic M., Desde abajo, la construcción de políticas públicas en salud Hacia una definición de la informalidad, [tesis de doctorado], Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos aires; 2010.
38. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Honorable Convención Constituyente, Constitución de la Provincia de Buenos Aires [Internet]. La Plata septiembre 1994.

[citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en:

<http://www.gba.gov.ar/images/documentos/Constitucion%20Buenos%20Aires.PDF>

39. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Regiones Sanitarias, República Argentina. [Internet] [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/regiones-sanitarias/>
40. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación Argentina. LEY N° 23548 Coparticipación federal de recursos fiscales. [Internet]. Senado y Cámara de diputados de la Nación Argentina. Buenos Aires 7 de enero de 1988. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en:
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/21108/texact.htm>
41. Repetto F., Ansolabehere K., Dufour G., Lupica C. y Potenza F. Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. [Internet]. Documento 55, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia. Buenos Aires; 2001. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en:
<http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt55.PDF>
42. Abramzón M., Acerca de la formación de recursos humanos en salud [Internet]. Rev. Voces en el Fénix; 116 – 121. Buenos Aires, Año 2 número 7 Julio 2011. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en:
http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/18_0.pdf
43. Abramzón M., Rovere M., Recursos humanos en salud. Bases para una agenda impostergable [Internet], presentado en la reunión del Plan Fénix II, Proyecto Estratégico de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, 4 de agosto de 2006. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en:
<http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/iii/politicas%20de%20desarrollo%20rrhh/abramzon.pdf>
44. Organización Panamericana de la Salud, Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS; Sistemas de Salud basados en la APS [Internet]. Washington, D.C.: OPS, © 2008 [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3176&layout=blog&Itemid=3536&lang=es
45. Borrel R. La educación médica de postgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. [Internet]. 1ª edición. Buenos Aires: OPS; 2005. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en:
http://dev.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/educa_med_arg_rmb.pdf
46. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina [Internet]. Salud Colectiva 2010; 6(3):275-293. [citado 26 de mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf>

47. Advancing Primary Care DECEMBER 2010, Council on Graduate Medical Education [Internet]. Twentieth Report, (p 3), US 2010. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.hopkinsmedicine.org/gim/_pdf/COGME_20_prim_care.pdf
48. Tandeter H., Granek-Catarivas M. Choosing primary care? Influences of medical school curricula on career pathways [Internet]. IMAJ 2001, 3:969-972. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/61/30577.pdf>
49. Gonzalez Lopez-Valcarcel B., Perez Barber P, Rubio Ortun V. ¿Porqué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones. [Internet]. In: Ortún V, ed. La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer Healthcare, 2011. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/Cap_3.pdf
50. Barber Pérez P., González López-Valcárcel B. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España 2008-2025 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/13-NecesidadesMEspecialistas\(2008-2025\).pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/13-NecesidadesMEspecialistas(2008-2025).pdf)
51. Ceitlin, J. Canadá: medicina de familia. Crisis y respuesta [Internet][Canada: family medicine. Crisis and response]. Aten Primaria 2005; 35(6):281-2. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13073411&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=119&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v35n06a13073411pdf001.pdf
52. Ceitlin, J. Introducción a la Medicina Familiar [Internet]. Libros Virtuales Intramed. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.intramed.net/UserFiles/Files/Familiar.PDF>
53. Román A.O., Pineda R.S., Señoret S. M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país [Internet]. 2007 [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000900018&lng=es
54. Rey, R. La inserción laboral de los médicos: los primeros años de ejercicio profesional y la incidencia del capital social [Internet]. Serie Monografías finales. Montevideo 2001, FCS/UDELAR. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/tesis_rafael_rey.pdf
55. Ministério da Saúde do Brasil Saúde da Família [Internet]. Brasília-DF. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>
56. Ministério da saúde, Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró –

- Saúde) [Internet]. 03 de noviembre de 2005, Brasil. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.prosaude.org/>
57. Ministério da Saúde do Brasil Programa mais médicos para o Brasil [Internet]. Brasília-DF. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible em: <http://maismedicos.saude.gov.br/>, <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/27/2013-08-21-informe-mais-medicos.pdf>
58. Daverio D., Garcia, G., Pisani O., Bossio Grigera M., Nasini S. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. Estudio multicéntrico en las provincias de Jujuy, Tucumán, Santa Fe y Neuquén para las cohortes 2001 a 2004, y 2014, [Internet]. Estudio Multicéntrico, Informe final consolidado Comisión Nacional Salud Investiga Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2013. [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/Kremer2013.pdf
59. SurveyMonkey.com, Software de encuestas en línea por Internet. [Internet] Palo Alto, California, EU 1999-2014 [citado 28 de mayo de 2014]. Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/>
60. Abramzón M. Argentina: recursos humanos en salud 2004 [Internet]. 2005 [citado 19 diciembre 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/FT_Categoria_Perfil_Y_Distribucion/ABRAMZON_Arg-RRHHenSalud-2004.pdf
61. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta a estudiantes de medicina de todo el país: expectativas respecto al ejercicio de la profesión. Informe presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga [Internet]. Mayo 2011 [citado 19 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/img_destacados/documentos-destacado-3/0.3e-dondo.pdf
62. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina Plan de estudios [citado 19 diciembre 2014], Disponible en: http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/m_plan.htm
63. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Médicas Plan de estudios – Plan actual (2004) [citado 19 diciembre 2014], Disponible en: <http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/grado2/medicina/plan-2004>
64. Administración Federal de Ingresos Públicos - TRABAJADORES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA (2011) [citado 14 de junio de 2015] Disponible en: <http://www.afip.gov.ar/institucional/afipSimulada/archivos/trabPrestaSegSocial/B/modulo2.pdf>

65. Senado y Cámara de Diputados de la Pcia de Buenos Aires-ESTATUTO PARA EL PERSONAL DE LAS MUNICIPALIDADES LEY 11757 [citado 12 de julio de 2015]
Disponible en: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-11757.html>

ANEXOS

ANEXO A: Sedes de Unidades de Residencias para Profesionales de la salud de la provincia de Buenos Aires	75
ANEXO B: Convenio de colaboración para la formación de Profesionales de la Salud....	78
ANEXO C: Encuesta utilizada en el trabajo, "Que fue de tu vida" ,,,.....	82
ANEXO D: Encuesta de situación laboral.....	84

ANEXO A

RESIDENCIAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Unidades de Residencia por Especialidad

Medicina General

Región Sanitaria I

Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Penna" de Bahía Blanca

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Pedro Ecay" de Carmen de Patagones

Hospital Municipal "Pirovano" de Tres Arroyos

Región Sanitaria II

Hospital Subzonal General "Julio de Vedia" de Nueve de Julio

Hospital Municipal "Dr. J. C. Aramburu" de Pehuajó

Hospital Subzonal de Gral. Villegas

Región Sanitaria III

Hospital Zonal General de Agudos "A. Piñeyro" de Junín

Hospital Subzonal Municipal "Del Carmen" de Chacabuco

Región Sanitaria IV

Hospital Zonal General de Agudos "San Felipe" de San Nicolás

Hospital Interzonal General de Agudos "San José" de Pergamino

Hospital Local "Nuestra Señora del Carmen" de Areco

Región Sanitaria V

Hospital Zonal General de Agudos "M. V. de Martinez" de Pacheco

Centro de Salud N° 10 - Municipio de Gral. San Martín

Centro de Salud Villaverde - Municipio de Pilar - RS V

Centro de Salud N° 26 "Dr. Horacio Bertres" de San Fernando

Centro de Salud Villa Concepción de San Martín - Región Sanitaria V

Centro de Atención Primaria en Salud "Los Troncos" de El Talar

Unidad Sanitaria San Martín de Porres

Región Sanitaria VI

Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Fiorito" de Avellaneda

Hospital Zonal General de Agudos "Lucio Meléndez" de Adrogué

Hospital Zonal General de Agudos "Evita Pueblo" de Berazategui

CAPS "Villa Hudson" - Área programática Hosp. "Mi Pueblo" de Florencio Varela

Hospital Zonal Narciso López PRIM Lanus - CAPS "1° de Mayo"

Hospital Zonal General de Agudos "Narciso Lopez" de Lanús

Hospital Interzonal General de Agudos "L. C. de Gandulfo" de Lomas de Zamora

Hospital Subzonal "Dr. Arturo Melo"

PRIM Lanús

PRIM Lanús - CAPS "Dr. R. Carrillo" de Villa Caraza

Región Sanitaria VII

PRIM Hurlingham - Unidad Sanitaria "Angel Bo" - W. Morris

Centro de Salud Cortés de Moreno

PRIM - Centro de Integración Comunitaria "Sanguinetti" de Moreno

Centro de Salud "Molina Campos" de Moreno

CAPS N° 6 de Tres de Febrero

Hospital Municipal Ntra. Sra. de Luján

Centro de Atención Primaria en Salud - Área Programática Hosp. Municipal de Luján

Región Sanitaria VIII

Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Alende" de Mar del Plata

Hospital Municipal "Ana Rosa de Martinez" de Gral. Madariaga

Hospital Municipal "Ramón Santamarina" de Tandil

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Arturo Illia" de Villa Gesell

Región Sanitaria IX

Hospital Municipal Base "Dr. Angel Pintos" de Azul

Hospital Zonal Municipal "Dr. Hector Miguel Cura" de Olavarría

Hospital Municipal Subzonal "Miguel Capredoni" de Bolívar

Región Sanitaria X

Hospital Zonal General de Agudos "Blas Dubarry" de Mercedes

Región Sanitaria XI

Hospital Subzonal Especializado "José Ingenieros" de Melchor Romero

Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "A. Korn" de Melchor Romero

Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Larrain" de Berisso

Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Gutierrez" de La Plata

Hospital Municipal "San Vicente de Paul" de Chascomús

Hospital Zonal General de Agudos "Dr. H. Cestino" de Ensenada

Región Sanitaria XII

Unidad Sanitaria "Dr. Eizeguirre" de Villa Celina

ANEXO B

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

CONVENIO MARCO

Entre el Ministerio de Salud, representado en este acto por su titular Dr. Alejandro Federico COLLIA en adelante EL MINISTERIO, por una parte, y la Municipalidad de, representada en este acto por el Señor Intendente Municipal, en por la otra, acuerdan celebrar el presente convenio de colaboración para la formación de Profesionales de la Salud, a través del sistema de residencias, de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Ambas partes acuerdan que el ingreso de profesionales a las residencias con sede en el MUNICIPIO, se hará por Resolución de Concurso Anual, de acuerdo a la estrategia establecida desde el Ministerio, conforme lo dispuesto por el Decreto 2557/01, en su artículo 5º.-----

SEGUNDA: LA MUNICIPALIDAD adhiere al régimen de residencias vigente en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires por aplicación del Decreto 2557/01 y, en tanto sean compatibles con el presente acuerdo, normas complementarias, resoluciones y directivas del Ministerio de Salud, o las que en el futuro pudieran dictarse en sustitución de las mismas.-----

TERCERA: A los efectos del cumplimiento del Reglamento de Residencias, las partes reconocen que para las Unidades de Residencia con Sede en la Municipalidad, la Dirección de Salud Municipal tiene la misma entidad que Establecimiento.-----

CUARTA: El cuerpo profesional de los efectores de la MUNICIPALIDAD deberá cooperar plenamente con las actividades de los profesionales residentes y las tareas que estos realicen.-----

QUINTA: EL MINISTERIO a través de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud reconocerá automáticamente a los profesionales que acrediten el cumplimiento de los programas de formación en efectores municipales que las partes determinen como Unidades de Residencias, en las mismas condiciones y con igual efecto que las cumplidas en establecimientos del Ministerio de Salud.-----

SEXTA: La gestión local de la presente estará a cargo de la Dirección Ejecutiva de la Región Sanitaria a través del Responsable Regional de Residencias de la Región Sanitaria correspondiente, con dependencia de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud y de un representante que designará la MUNICIPALIDAD.-----

SEPTIMA: La MUNICIPALIDAD ofrecerá al Ministerio a través de la Región Sanitaria las sedes para la capacitación de residentes, según la capacidad de formación de las propias sedes o servicios.-----

OCTAVA: Las sedes de capacitación propuestas por la MUNICIPALIDAD deberán presentar en la Región Sanitaria correspondiente el proyecto docente asistencial para su apertura o continuidad, mediante la conformación de un formulario proporcionado para tal fin por la Dirección de Capacitación, que reviste el carácter de Declaración Jurada. El mismo será considerado a nivel regional, evaluado y elevado con dictamen fundado a la Dirección de

Capacitación de Profesionales de la Salud, conforme lo dispuesto por el Decreto 2557/01, artículo 8º.-----

NOVENA: Las sedes de capacitación acreditadas por la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, así como las especialidades aprobadas se detallan en el formulario acompañado como Anexo Único que forma parte integrante del presente convenio.-----

DÉCIMA: La Dirección de Capacitación asignará los cupos correspondientes a las Residencias de Profesionales de la Salud en las distintas especialidades en el ámbito de la MUNICIPALIDAD a efectos de ser incluidos en el llamado a concurso anual que efectúa el MINISTERIO, según la disponibilidad de recursos docentes, organizativos y financieros y las plazas para rotación en el primer nivel de especialidades y disciplinas con sede en Hospitales, en acuerdo con la política sanitaria municipal y la disponibilidad de ésta.-----

DECIMA PRIMERA: La MUNICIPALIDAD se hará cargo de:

1. Proporcionar sus efectores para que la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud evalúe el cumplimiento de los requisitos necesarios para el adecuado desarrollo de las Unidades de Residencias conforme la "solicitud de apertura de Unidades de Residencia en Sede Municipal".
2. Facilitar los recursos de infraestructura, equipamiento e insumos para el desarrollo de las actividades docentes, tal como se prevé en la cláusula OCTAVA del presente acuerdo.
3. Contar con profesionales formados en la disciplina y especialidades de las residencias y rotaciones propuestas, que constituirán el cuerpo docente de los residentes.
4. Asumir la responsabilidad de que los residentes en las diferentes disciplinas/especialidades tengan acceso al cumplimiento de los programas de residencia de acuerdo a las planificaciones docentes existentes.
5. Asumir la responsabilidad de que los residentes de especialidades con alguna orientación para el primer nivel de atención desarrollen sus actividades en efectores del primer nivel según los programas vigentes.
6. Prever los recaudos necesarios para la provisión de un almuerzo en el horario de la residencia y de almuerzo y cena en los días establecidos como guardias de 24 hs., así como el alojamiento adecuado de los profesionales residentes.
7. Registrar y controlar la asistencia en la Dirección de Personal y proveer todos los elementos de apoyo docente necesarios para una adecuada capacitación.
8. Gestionar los medios para proveer de materiales y recursos necesarios para la capacitación como, pizarras, biblioteca, material de escritura, computadoras, acceso a Internet, y contar con sala de estudio o salón de usos múltiples, y todo aquello que se considere imprescindible a estos efectos.
9. Asumir a su exclusivo cargo, a través de su intendente, en ejercicio de las facultades conferidas por el art. 108 inc 9º de la L.O.M, la obligación de ofrecer la incorporación al residente egresado de las Unidades de Residencia de su jurisdicción, una vez culminada la misma y debidamente aprobada por la Dirección de Capacitación de Profesionales de la salud de la Provincia de Buenos Aires, por un término al menos igual al plazo que hubiere durado la residencia.-----

DECIMA SEGUNDA: El MINISTERIO se compromete a:

1. Aprobar, previo análisis, las adecuaciones locales a los programas vigentes correspondientes a las residencias que resulten de la aplicación de la presente.

2. Efectuar la adjudicación de las becas a los profesionales residentes, según las pautas que, anualmente determinará el acto administrativo que convoca al concurso de aspirantes.
3. Incluir en cada llamado a concurso anual, los cupos asignados a las sedes ofrecidas con ámbito de formación en la MUNICIPALIDAD.
4. Evaluar el cumplimiento de los requisitos para la acreditación de las Unidades de Residencias, autorizando su funcionamiento según las normas establecidas en el Reglamento de Residencias.
5. Brindar asistencia para la capacitación en gestión, planificación y docencia a profesionales que desarrollen su actividad en las sedes asignadas de la MUNICIPALIDAD.
6. Asumir la responsabilidad de que los residentes en las especialidades con alguna orientación para el primer nivel de atención desarrollen sus actividades en efectores del primer nivel según los programas vigentes.

DECIMA TERCERA: la beca que mensualmente perciban los residentes, estará a cargo de..... cuya forma y monto se determinará por acto administrativo; el mismo en caso de ser financiado por la MUNICIPALIDAD no podrá ser menor al que se determine por parte del Ministerio al resto de los residentes con dependencia provincial, de acuerdo a la categoría y función de cada uno.-----

DECIMA CUARTA: El presente convenio tendrá una duración de CUATRO (4) años renovables por igual período, si las partes manifiestan su voluntad, notificándolo fehacientemente con una antelación no inferior a noventa (90) días.-----

DECIMA QUINTA: No obstante lo expresado en la cláusula anterior, cualquiera de las partes podrá rescindir el presente con expresión de causa, notificándolo fehacientemente a la otra con sesenta (60) días de anticipación, sin perjuicio de la finalización de las actividades docentes que se estén desarrollando.-----

DECIMA SEXTA: A los fines que pudiese corresponder, EL MINISTERIO fija su domicilio en calle 51 N° 1120 de la ciudad de La Plata y la MUNICIPALIDAD en la calle.....N°..... de la Ciudad de

En prueba de conformidad con las cláusulas precedentes, se formaliza el presente Convenio con tres (3) ejemplares rubricados, de igual tenor y a un solo efecto, en la ciudad de a los días del mes de de 20....

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

ANEXO ÚNICO

SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD DIRECCIÓN PROVINCIAL DE CAPACITACIÓN PARA LA SALUD DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD
--

Convenio Celebrado entre el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y la
Municipalidad de el día de de 20....

Datos de la Sede Acreditada

Hospital

Centro de Salud

Nombre:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

e-mail:@.....

DISCIPLINA / ESPECIALIDAD A FORMAR:

Financiamiento: Municipal

Provincial

1.

2.

3.

4.

5.

ANEXO C

Encuesta utilizada en el trabajo, "Que fue de tu vida", Inserción laboral de los residentes de medicina.

Lugar donde realizó la residencia	
-----------------------------------	--

Año de egreso	
---------------	--

1) ¿Trabaja o trabajó en el mismo municipio donde realizó su residencia?	SI	
	No	

2) ¿Dónde trabaja actualmente?	Público	
	Obra Social	
	Privado	

3) ¿En qué institución desarrolla sus tareas?	CAPS	
	Hospital	
	Consultorios Obra Social	
	Consultorio Privado	
	Otros	

<i>En caso de que el encuestado tenga más de un trabajo consígnelos en los casilleros en blanco y responda en consecuencia.</i>		Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3
4) ¿Qué tipo de tarea realiza?	Atención Ambulatoria			
	Internación			
	Guardia			
	Gestión			
	Docencia			
	Otros			
5) Si realiza atención ambulatoria, los grupos etáreos con los que trabaja son:	Todos			
	Un grupo fijo			
	Variable según necesidad			
6) En su trabajo actual se desempeña como:	Generalista			
	Clínico/a			
	Pediatra			
	Ginecologo/a			
	Otro			
7) Especifique la forma de contratación	Contrato Municipal			
	Contrato Provincial			
	Monotributista			
	Relación de dependencia			
	Informal			
	Otro			
8) Realiza tareas extramuro en alguno de sus trabajos actuales	Si			
	No			
9) ¿Dentro de su carga horaria tiene horas destinadas a este tipo de actividades?	Si			
	No			
10) ¿En su trabajo actual desarrolla actividades de manera interdisciplinaria?	Si			
	No			
11) ¿En su ámbito de trabajo tiene contacto con otros generalistas?	Si			
	No			
12) Indique el grado de satisfacción respecto de su trabajo actual	Muy satisfactorio			
	Satisfactorio			
	Insatisfactorio			
13) ¿Tiene horas destinadas en su trabajo actual para continuar capacitándose?	Si			
	No			

ANEXO D

Contenido del correo electrónico enviado a los egresados:

Estimado Dr/a.

Mi nombre es Cintia L'hospital, soy médica egresada del sistema de residencia de medicina general de la Provincia de Buenos Aires y estoy realizando una investigación sobre la situación laboral de los egresados de esta residencia entre 2008 y 2013. El propósito de la misma es generar información, inexistente en la actualidad, que contribuya a la discusión, al análisis y a la reformulación de políticas públicas en relación a la formación de posgrado de los médicos generalistas y el aprovechamiento de este recurso humano específico en el subsector público del primer nivel de atención. La encuesta es breve y consta de unas pocas preguntas, que se ruega sean contestadas en su totalidad. Se le requerirá el nombre y apellido, pero solo para evitar que usted reciba los reenvíos de este mail que se realizaron 4 veces durante el próximo mes. La información brindada, será analizada de forma anónima y solo tendrá conocimiento sobre sus datos el equipo de investigación. La respuesta del cuestionario implica la aceptación de su participación en esta investigación. El link para acceder al mismo es el siguiente.

<https://es.surveymonkey.com/s/situacionlaboralgeneralistas>

Desde ya muchas gracias.

Saluda atte.

Cintia L'hospital.

Médica Generalista,M.P.: 62731, egresada año 2000, Hospital Interzonal de Junin, Bs. As.

Consta de 25 preguntas, se ruega contestar todas. Los ítems con un asterisco (*) adelante, son preguntas de respuesta obligatoria, en caso de no ser contestadas la encuesta da error.

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

1. Nombre

Nombre

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

2. Apellido

Apellido

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

3. Género

Género Femenino

Masculino

Esta pregunta requiere una respuesta. Seleccione una provincia del menú desplegable y complete el casillero de "localidad" manualmente.

*

4. ¿En qué lugar reside actualmente?

¿En qué lugar reside actualmente?

Localidad

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

5. ¿Vive en pareja?

¿Vive en pareja? Si

No

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

6. ¿Cuántos hijos/as tiene?

[Responder con 0 (cero) en caso de no tener hijos/as]

¿Cuántos hijos/as tiene? [responder con 0 (cero) en caso de no tener hijos/as]

Esta pregunta requiere una respuesta. Por favor elija una opción del menú desplegable.

*

7. ¿De qué Universidad se graduó?

(elija una opción de la matriz desplegable)

¿De qué Universidad se graduó? (elija una opción de la matriz desplegable)

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

8. ¿Qué tipo de dependencia administrativa de la Universidad le otorgó el título?

¿Qué tipo de dependencia administrativa de la Universidad le otorgó el título? Estatal

Privada

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

9. ¿Qué promedio obtuvo en la carrera de medicina?

(coloque el promedio en números con decimales, por ejemplo: 6,10)

¿Qué promedio obtuvo en la carrera de medicina? (coloque el promedio en números con decimales, por ejemplo: 6,10)

10. ¿En qué sede realizó la residencia?

(pregunta de respuesta obligatoria)

elija una opción de la matriz desplegable, en caso de no encontrar la respuesta indicada, seleccione la última opción "otro" y luego especifique en el casillero.

¿En qué sede realizó la residencia? (pregunta de respuesta obligatoria) elija una opción de la matriz desplegable, en caso de no encontrar la respuesta indicada, seleccione la última opción "otro" y luego especifique en el casillero.

Otro (especifique)

Esta pregunta requiere una respuesta. Por favor elija una opción del menú desplegable.

*

**11. ¿En qué año egresó de la residencia?
(elija una opción de la matriz desplegable)**

¿En qué año egresó de la residencia? (elija una opción de la matriz desplegable)

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

12. ¿Trabaja actualmente?

¿Trabaja actualmente? Si

No

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

13. ¿Cuántos trabajos tiene actualmente?

¿Cuántos trabajos tiene actualmente? 1

2

3

4

Más de 4

Sin trabajo

**14. ¿En qué subsector de dependencia desarrolla cada trabajo?
(elija un número de trabajo según carga horaria que le dedica decreciente, para responder de ahora en adelante siempre con el mismo número)**

Trabajo 1

Trabajo 2

Trabajo 3

Trabajo 4

público

seguridad social

privado

Trabajo 1

Trabajo 2

Trabajo 3

Trabajo 4

15. Indique la distribución de la carga horaria laboral (por cada trabajo)

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Trabajo 4
Más de 36 hs. semanales				
Entre 36 hs. y 24 hs. semanales				
Entre 24 hs. y 12 hs. semanales				
Menos de 12 hs. semanales.				

16. ¿En qué institución desarrolla la tarea en cada trabajo?

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Trabajo 4
CAPS,				
Hospital				
Consultorio Obra Social				
Centro de investigación				
Consultorio privado				
Laboratorio de especialidades medicinales				
Oficina gubernamental				
Universidad				
Otro				

17. ¿Qué tipo de actividad profesional desarrolla en cada trabajo?

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Trabajo 4
atención en consultorio				
médico de guardia				
médico en unidad de internación				
desarrollo de proyectos de investigación				
tareas de gestión				
tareas docentes				
otra				

18. Indique la especialidad médica principal desempeñada en cada trabajo

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Trabajo 4
Docente				

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Trabajo 4
Médico/a clínico/a				
Médico/a generalista				
Médico/a ginecólogo/a				
Médico/a pediatra				
Médico/a sanitarista				
Otra				

**19. ¿Cuáles son los motivos de su elección laboral?
(Priorización por cada trabajo)**

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Trabajo 4
Remuneración				
Beneficios adicionales (aportes jubilatorios, vacaciones)				
Ámbito académico				
Trabajo en equipo				
Seguridad				
Flexibilidad horaria				
Prestigio				
Ámbito de trabajo				
Accesibilidad				
Distancia al domicilio				
Otra				

**20. ¿Cuál es la relación laboral contractual en cada trabajo?
(pregunta de respuesta obligatoria)**

	Con relación contractual	Sin relación contractual
Trabajo 1	¿Cuál es la relación laboral contractual en cada trabajo? (pregunta de respuesta obligatoria) Trabajo 1 Con relación contractual	Sin relación contractual
Trabajo 2	Trabajo 2 Con relación contractual	Sin relación contractual
Trabajo 3	Trabajo 3 Con relación contractual	Sin relación contractual
Trabajo 4	Trabajo 4 Con relación contractual	Sin relación contractual
Relación laboral		

	Con relación contractual		Sin relación contractual
contractual	Relación laboral contractual	Con relación contractual	Sin relación contractual

Otro (especifique)

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

21. ¿Mantiene actualmente relación laboral con el Hospital donde realizó la residencia?

¿Mantiene actualmente relación laboral con el Hospital donde realizó la residencia? Si
No

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

22. ¿Mantiene Relación laboral con el municipio donde realizó la residencia?

¿Mantiene Relación laboral con el municipio donde realizó la residencia? Si
No

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

23. ¿Tiene formación en alguna otra especialidad?

¿Tiene formación en alguna otra especialidad? En curso
Incompleta
Completa
No

Esta pregunta requiere una respuesta.

*

24. ¿Se encuentra actualmente ejerciendo con otra especialidad?

¿Se encuentra actualmente ejerciendo con otra especialidad? Si
No

Esta pregunta requiere una respuesta. Elija una respuesta de la matriz desplegable o en caso de no encontrar la opción indicada escriba en el casillero en blanco el nombre de la especialidad.

*

**25. ¿Qué especialidad se encuentra ejerciendo?
(Elija una opción del menú desplegable)**

¿Qué especialidad se encuentra ejerciendo? (elija una opción del menú desplegable)

Otro (especifique)

