

# Expectativas de inserción laboral en graduados de residencias de Medicina Familiar y General, Buenos Aires.

## *Employment expectations of graduates from family and general medicine residencies, Buenos Aires.*

Autores: María de las Nieves Ganiele<sup>a</sup>; María Celeste Eliana Suárez<sup>b</sup>, María Emilia Espósito<sup>c</sup>, Dominique Caprani<sup>d</sup>, Victoria Weisbrof<sup>e</sup>, Mariela Alejandra Weisbrof<sup>f</sup>.

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Médica de Familia. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5160-4459>

<sup>b</sup> Obra Social del Personal de la Construcción (OSPeCon). Médica de Familia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4705-3671>

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano. Médica de Familia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2957-5572>

<sup>d</sup> Investigadora Independiente. Médica de Familia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8789-5502>

<sup>e</sup> Investigadora Independiente. Licenciada en Sociología y Profesora en Enseñanza Media y Superior en Cs. Sociales (UBA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5153-0955>

<sup>f</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Médica de Familia. Magister en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0250-9105>

**Contacto:** María de las Nieves Ganiele.  
maria.ganiele@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 29/10/2021.

Aceptado: 28/01/2022.

Este artículo contó con el apoyo de las Becas de Investigación en Educación de Profesionales de la Salud 2019, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección nacional de talento humano y conocimiento (RENIS Nro. IS002756).

### RESUMEN

La Medicina Familiar y General (MFyG) es una especialidad clave en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Sin embargo, en Latinoamérica se observa una disminución en la cantidad de aspirantes a las residencias de dicha especialidad y con los años abandono de su práctica. Explorar de manera prospectiva las expectativas de inserción laboral de los residentes del último año de MFyG y de los recientemente graduados e identificar el grado de incumbencia en el ámbito de la APS de las primeras experiencias laborales. Se realizó un estudio cualitativo y descriptivo, a través de 20 entrevistas semi-estructuradas y dos grupos focales a médicos de instituciones de gestión privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2019. Del análisis del corpus empírico surgieron 4 dimensiones: el perfil del médico de familia/general, la lucha por el reconocimiento de la especialidad, los factores que influyen en las primeras elecciones laborales y las expectativas laborales post residencia. Observamos que los médicos de familia/general se encuentran muy optimistas en la etapa de recién recibidos, con deseos de trabajar en el ámbito de la APS. Sin embargo, se ven obligados a enfrentar un mercado laboral que no aprecia (y hasta no comprende) su preparación. Las expectativas laborales se ven afectadas por una tensión entre ideas profundas sobre "lo correcto" de su trabajo y las oportunidades laborales reales en un sistema de salud que prioriza las especialidades de la fragmentación.

**PALABRAS CLAVE:** medicina familiar y comunitaria; medicina general; internado y residencia; atención primaria de salud; empleo.

### ABSTRACT

Family and General Medicine is a key specialty in the Primary Health Care (PHC) strategy. However, in Latin America there has been a decrease in the number of physicians who choose and then practice it. To explore the Family and General Medicine residents' expectations on their labor transition after the last training year and identify the degree of concern in the field of PHC of the first work experiences. Qualitative study, through 20 semi-structured interviews and 2 focus groups involving Family and General physicians from privately managed institutions in Ciudad Autónoma de Buenos Aires, in 2019. From the analysis of the empirical corpus, four dimensions emerged: the profile of the family physicians, the fight for the recognition of the specialty, the factors that influence their first work experiences and the post-residency careers expectations. The graduates from Family and General Medicine residency programs interviewed have to face a difficult labour market that does not appreciate their training and does not understand what family physicians provide in terms of comprehensive care to patients. Therefore, tension arises between what is right and acceptable in their profession and the real job opportunities offered by the health system that prioritizes fragmented specialties.

**KEYWORDS:** family practice; general practice; internship and residency; primary health care; employment.

## INTRODUCCIÓN

A partir de la década del 70 y con la “Declaración de Alma Ata” (OMS, 1978), los países de Latinoamérica afianzaron su compromiso con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y con la medicina familiar y general (MFyG) como principal efector<sup>1</sup>. La MFyG es una especialidad clínica que se encarga de la prevención de enfermedades como también del mantenimiento y resolución de los problemas de salud prevalentes de los individuos, familias y/o comunidades. Tiene como fin proveer atención integral y continua a cualquier persona que busca sus servicios o coordinar el uso apropiado de estos en otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población como los recursos disponibles<sup>2,3</sup>.

A pesar del rol fundamental asignado a la MFyG, en Latinoamérica se ha evidenciado una disminución en la cantidad de aspirantes a los programas de residencia y especialización en medicina familiar<sup>4</sup>. Asimismo, se observa una tendencia creciente en el número de médicos que ya siendo especialistas en MFyG eligen abandonar el campo laboral de la especialidad. Esto se observa a nivel mundial tanto en países como Argentina que tienen un sistema de salud fragmentado, así como también en países donde la APS es la base del modelo de sistema de salud<sup>5,6</sup>. En Argentina persiste el modelo de atención centrado en el hospital, la fragmentación de los cuidados, la diversidad y solapamiento de los subsistemas de salud (público, seguridad social y privado) y las dificultades en la gobernanza de estos subsistemas por el carácter federal de orden jurídico en temas de salud.

Publicaciones acerca de la permanencia laboral en el ámbito de la MFyG en ciertas regiones de Argentina describen que después de años de práctica, la baja valoración económica de la especialidad, las malas condiciones de trabajo y el techo en el desarrollo profesional condicionan el abandono de la práctica<sup>6,7</sup>. En consonancia con lo anterior, un estudio sobre médicos de familia y generales formados por el Estado argentino reportó que al menos un tercio está ejerciendo otra especialidad<sup>8,9</sup>. Identificamos un área de vacancia, ya que los trabajos publicados tienen un enfoque retrospectivo y toman como población de estudio médicos de familia/general graduados hace años, pero no caracterizan o buscan comprender cómo piensan su futuro laboral quienes están por finalizar su residencia o lo hicieron recientemente y están dando sus primeros pasos fuera del programa de formación.

En este trabajo nos propusimos explorar de manera prospectiva las expectativas de inserción laboral de los residentes del último año de MFyG y de los recientemente graduados e identificar el grado de incumbencia en el ámbito de la APS de las primeras experiencias laborales. Consideramos que enfocarnos en quienes están teniendo sus primeras experiencias, es de gran utilidad en la planificación de acciones para incentivar la permanencia de estos médicos especialistas en el primer nivel de atención.

## MÉTODO

Se realizó un estudio de enfoque cualitativo durante el año 2019. La población estuvo constituida por residentes del último año (incluyendo jefes de residentes) y graduados en los últimos 2 años de MFyG de instituciones hospitalarias de gestión privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se seleccionaron estos dos subgrupos dado que son actores de una transición que se caracteriza por pasar de un ámbito protegido como los programas de formación de residentes a la salida al mercado laboral de manera individual. La producción de datos fue realizada mediante entrevistas semi-estructuradas y grupos focales, por ser técnicas pertinentes para producir conocimiento sobre nuestro objeto de estudio, ya que nos permitieron comprender el sentido de las acciones sociales desde las perspectivas de los sujetos. Se confeccionó una guía de preguntas para las entrevistas semi-estructuradas. Para los grupos focales se utilizaron datos de estudios previos sobre el tema y preguntas guía como disparadores para facilitar el debate entre pares.

Se realizó un pre análisis de contenido, se confeccionaron categorías y se procedió a la codificación. Se realizaron 20 entrevistas semi-estructuradas de 45 minutos de duración y dos grupos focales de 2 horas, llegando a la saturación de las categorías. En el análisis e interpretación de los datos, se llevó a cabo un proceso de triangulación de investigadoras de diferentes disciplinas (medicina familiar y sociología de la salud) para controlar el sesgo de las profesiones.

## RESULTADOS

Las características de la población entrevistada se detallan en las Tablas 1a y 1b. La media de edad es de 30 años, el 15% es de género masculino, el 95% no tiene hijos y el 60% realizó la carrera de medicina en universidades públicas.

**Tabla 1a.** Datos socio-demográficos: entrevistados Grupo pre-egreso (médicos residentes que se encontraban en el último año de la residencia y/o jefatura).

Entrevista	Género autopercebido	Edad	Lugar de origen	Estado convivencial/hijos	Lugar de residencia	Universidad
1	F	28 años	CABA	Convive s/hijos	CABA	Privada
2	F	34 años	CABA	Casada s/hijos	CABA	Privada
3	F	31 años	CABA	Convive s/hijos	CABA	Pública
4	M	29 años	Tucumán	Soltero s/hijos	CABA	Privada
5	F	34 años	GBA	Soltera s/hijos	CABA	Pública
6	F	29 años	GBA	Soltera s/hijos	CABA	Pública
7	F	28 años	Punta Alta, Bs. As.	Soltera s/hijos	CABA	Pública
8	F	30 años	CABA	Soltera s/hijos	CABA	Pública
9	M	29 años	CABA	Casado s/hijos	GBA	Pública
10	F	28 años	Entre Ríos	Casada s/hijos	CABA	Privada

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
GBA: Gran Buenos Aires.

**Tabla 1b.** Datos socio-demográficos: entrevistados Grupo post-egreso (médicos que ya hubieran tenido sus primeras experiencias laborales, es decir, a los seis-veinticuatro meses de finalizada la residencia y/o Jefatura de residencia).

Entrevista	Género autopercebido	Edad	Lugar de origen	Estado convivencial/hijos/as	Lugar residencia	Universidad
11	F	30 años	GBA	Convive s/hijos	CABA	Pública
12	F	30 años	GBA	Soltera s/hijos	GBA	Pública
13	F	30 años	Ushuaia	Soltera s/hijos	CABA	Privada
14	F	31 años	GBA	Convive s/hijos	GBA	Privada
15	F	32 años	GBA	Convive s/hijos	GBA	Pública
16	M	33 años	GBA	Casado s/hijos	CABA	Pública
17	M	30 años	Bahía Blanca, Bs. As.	Soltero s/hijos	CABA	Pública
18	F	34 años	CABA	Casada/ 1 hija	CABA	Pública
19	M	29 años	Tucumán	Soltero s/hijos	CABA	Privada
20	F	31 años	CABA	Soltera s/hijos	CABA	Pública

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
GBA: Gran Buenos Aires.

En primer lugar, describiremos el perfil del médico de familia/general y problematizaremos el desprestigio que vivencian. Luego nos centraremos en los factores que inciden en las primeras experiencias de trabajo y las expectativas laborales de estos profesionales.

### *Perfil social, humanizado y holístico del médico de familia/general*

Los médicos de familia/general comparten un perfil donde se resaltan el compromiso social, el trato humanizado y el abordaje holístico del paciente. Varios de nuestros entrevistados, previo a la residencia, desarrollaron tareas de tipo de militancia social o de trabajo con la comunidad. Declaran una vocación por “ayudar al otro” en términos generales y a las poblaciones más vulnerables particularmente. Se reconocen como parte de una sociedad desigualitaria en el acceso a la salud, y pretenden ser actores activos en la disminución de dicha inequidad.

Dado estos intereses, descubren en la MFyG una forma de vínculo médico-paciente que fomenta el trato humanizado, entendiendo al paciente como una persona sujeta de derechos, autónoma y capaz de elegir cursos de acción sobre su estado de salud. Así mismo, ejercen un abordaje holístico e integral en el cual se considera al paciente como “un todo”. Estas características contrastan con otras especialidades médicas en las cuales el abordaje es puramente focalizado en la enfermedad y en el órgano; donde el paciente es considerado un paciente-objeto desprovisto de criterios relevantes sobre su propio cuerpo y su estado de salud/enfermedad, y donde el contexto del individuo es relegado.

### *Ser médico de familia/general es luchar por el reconocimiento*

Ser médico de familia/general es luchar contra el desprestigio, por ser valorados en su disciplina, por desarrollarse en el ámbito de incumbencia de la especialidad y por una remuneración acorde.

Este desprestigio se manifiesta de diferentes modos y a diferentes niveles. A nivel institucional, los médicos de familia/general están invisibilizados en las cartillas médicas (figuran bajo la denominación de “médicos clínicos”) y frecuentan obstáculos para desarrollar prácticas que se superponen con otras especialidades médicas como el papanicolau, el control del niño o de la embarazada. Así mismo, las instituciones tampoco organizan adecuadamente su oferta según los niveles de atención, en donde las personas acceden directamente a especialistas del segundo nivel por problemas de salud que podrían resolverse en el ámbito de la atención

primaria. Por último, los médicos de familia/general reciben una remuneración más baja en comparación con otras especialidades del mismo nivel de atención.

Otra esfera en donde se vive este desprestigio es en la carrera de grado. Los docentes transmiten desvalorización hacia la especialidad refiriéndose a la misma con desprecio: “son unos hippies”, “no saben nada... son derivólogos”, haciendo referencia de manera peyorativa a médicos sin formación ni capacidades resolutorias que se dedican únicamente a realizar derivaciones a otras especialidades. Insinúan además que el trabajo de prevención con las comunidades tiene poco valor. De igual modo, la manera en la que está planteada la carrera de medicina en la mayoría de las universidades, refuerza las reglas de juego biomédicas que hacen que se internalicen ciertas especialidades como “mejores” que otras. El valor que se le da en la currícula a la MFyG es insuficiente para lograr dimensionar la importancia que debería tener. Esto trae como consecuencia la formación de un gran número de médicos que al recibirse desconocen los fundamentos de la MFyG y tienden a menospreciar el trabajo realizado por estos.

Todos estos aspectos se encuentran interconectados entre sí y ubican al médico de familia/general en un lugar de militancia activa para demostrar que están al nivel de otros especialistas y para explicar a los pacientes y a la sociedad su verdadero rol.

### *Factores que influyen en la elección de las primeras experiencias laborales*

Las primeras experiencias laborales dependen de múltiples factores, entre los que se destacan como principales: la cuestión económica, las condiciones laborales y la posibilidad de ejercer lo propio de la especialidad. En un segundo plano aparecen otros aspectos como: el clima laboral, el apoyo o contención de colegas, la seguridad por el lugar de trabajo conocido, la posibilidad de realizar actividades de formación dentro del ámbito laboral y las actividades comunitarias.

Las primeras experiencias laborales están sujetas a una estructura de demanda del mercado laboral médico. Es decir, no es una elección en libertad, sino que está condicionada por las opciones reales de transición laboral. En el caso de los médicos de familia/general, esta elección no tiene relación con expectativas de altos ingresos en el futuro, no es una elección atada a condiciones económicas. Pero la realidad del recién recibido es compleja, debido a que de un mes para el otro deja de percibir cualquier tipo de ingreso a una edad ya adulta. Es en este contexto de incertidumbre, que la cuestión económica toma mucha preponderancia,

ya que deben hacerse de ingresos de subsistencia de un momento a otro.

Dentro de las opciones de salidas laborales, las asociadas a la emergencia son las más accesibles y están relativamente bien remuneradas. Es por esto que las primeras experiencias laborales comúnmente son en guardias, demanda espontánea y atención en domicilio. Estos primeros trabajos cumplen la función de recibir ingresos de manera pronta, pero intentan ser rápidamente abandonados luego de los primeros meses ya que son altamente desgastantes, y a la vez, no pertenecen al ámbito de incumbencia específico de la MFyG. Con el correr del tiempo, irán tamizando los trabajos tomados con otros más atractivos a sus intereses profesionales (la posibilidad de ejercer lo propio de la especialidad). Existe una conciencia generalizada que les indica que luego de un período ajetreado, lograrán estabilizarse económicamente con una variedad de trabajos más relacionados con la APS.

Estos trabajos más cercanos a la APS suelen ser peor remunerados y con contrataciones más precarias. Por consiguiente, se hace necesario el tener más de un trabajo (pluriempleo) o más de una actividad dentro de una única institución (pluriactividad). De los trabajos menos atractivos obtendrán el grueso de sus ingresos y de los otros recibirán el gusto por ejercer lo propio de la especialidad. Es por ello que las primeras experiencias laborales de los médicos de familia/general se caracterizan por extensas jornadas.

El segundo factor en orden de importancia que guía este momento de transición está en relación a las condiciones laborales. La relación laboral de dependencia (el Estado regula la relación entre empleado y empleador), en comparación con el sistema de monotributo (figura legal para profesionales independientes (freelancers), el empleador no guarda ninguna responsabilidad para con el profesional), es vista como un beneficio deseado y al mismo tiempo difícil de alcanzar, casi excepcional. Es por esto, que lo frecuente termina siendo el trabajo en relación de dependencia encubierta bajo la figura del monotributo y del profesional freelance.

El tercer factor -la posibilidad de ejercer lo propio de la especialidad- apunta a la oportunidad de realizar un abordaje integral y longitudinal a toda la familia, de realizar prácticas médicas ambulatorias (como toma de PAPs, colocación de DIUs e implantes subdérmicos) y de participar en actividades comunitarias. Sin embargo, el sistema de salud privado obstaculiza estas capacidades, restringiendo arbitrariamente el campo de acción de los médicos de familia/general, limitando su

atención a determinados grupos etarios y negando la posibilidad sobre otros. En contraposición a esto, el subsistema público de AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires) y sistemas de salud provinciales sí favorecen el pleno desarrollo de las actividades propias de la MFyG, pero son cargos difíciles de ocupar. En consonancia con el concepto de poder ejercer lo propio de la especialidad, aparece otro concepto importante que es el brindar atención de calidad. La buena calidad de la atención está dada por algunos factores como, por ejemplo, el tiempo adecuado de las consultas médicas programadas, la no imposición de otorgar sobretornos y el contar con insumos necesarios.

La posibilidad de ejercer lo propio de la MFyG y bajo condiciones que garanticen la calidad de la atención es algo tan valioso a la hora de elegir un trabajo, que incluso algunos optan por conservar aquellos que cumplan con estas características, aun siendo mal remunerados.

En un segundo plano, como mencionamos al principio de esta dimensión, aparecen otros factores secundarios que influyen en las primeras elecciones laborales. Por un lado, aparece la necesidad de apoyo/contención de colegas en las nuevas experiencias laborales como forma de contrarrestar la sensación de soledad o desprotección que sienten algunos al terminar la residencia. El miedo de no poder dar respuesta a determinadas demandas de pacientes produce que la mayoría busque conformar equipos de trabajo. Esta modalidad fortalece la confianza en sí mismos, los enriquece, brinda diferentes perspectivas sobre una misma problemática, y permite generar un sentido de pertenencia y de contención. Sin embargo, en la mayoría de las instituciones la conformación de estos equipos queda librada a la voluntad de los trabajadores, debido a la falta de una estructura institucional que la fomente. Otro factor que surge en estrecha relación con este último, es el de clima laboral, el cual es conformado por el buen trato entre pares, la horizontalidad entre colegas y la promoción de relaciones cálidas. Un clima laboral positivo colaborará a que el apoyo y contención entre colegas sea genuino. En este sentido, el continuar con la trayectoria laboral dentro de la institución de formación es algo deseable, ya que brinda seguridad por lo conocido, aunque ello incluya actividades que no se adecúan del todo con lo propio de la especialidad.

Por otro lado, la posibilidad de acceso a actividades formativas dentro de ambientes laborales, como la participación en ateneos, es otro factor valorado.

Por último, se menciona la posibilidad de realizar actividades comunitarias. El acercamiento

a la población más vulnerable es lo que más aprecian de este tipo de actividades y el subsistema público es considerado como la mejor opción para poder llevarlo a cabo.

***Expectativas laborales post residencia: pluriactividad, pluriempleo y subespecialización***

Las expectativas laborales post-residencia, son heterogéneas en tipo de actividades desarrolladas (pluriactividad) y en cantidad y tipo de institución (pluriempleo).

En el sentido de la pluriactividad, la MFyG es una especialidad muy amplia y versátil que permite incursionar en varios campos de acción de la medicina (atención de niños, adolescentes, adultos, embarazadas, gestión en salud, investigación, docencia, trabajo comunitario, medicina rural, etc.) a diferencia de lo que ocurre con otras especialidades. El 80% valora esta amplitud de la especialidad como una característica positiva ya que les permite tener diversas opciones laborales que no se limitan meramente a la atención médica de pacientes ni a la atención en ámbito urbano.

La atención programada en consultorio y la

atención con referencia territorial y comunitaria, son las dos salidas laborales más atractivas. Luego, y en segundo plano, le siguen otras actividades complementarias como la docencia, la gestión y la investigación. La actividad laboral ideal se compondrá necesariamente de más de una de estas aparentes posibilidades y no de hacer "solo consultorio".

El pluriempleo por definición da cuenta de los diferentes empleadores que frecuentemente tienen los médicos. Esto en sí mismo puede estar motivado por la realización de diferentes actividades (un tipo de actividad en cada institución), o por la necesidad de complementar ingresos.

Por último, mencionan la idea de continuar con su formación académica, realizando cursos de posgrado. Esto remarca tanto el deseo de ser mejores profesionales de la MFyG como el entendimiento de que a mayor especialización, mayor retribución económica y mayor reconocimiento social.

En la Tabla 2 se exponen algunos relatos de los entrevistados.

**Tabla 2.** Relato de entrevistados organizado por dimensiones y categorías.

Dimensión	Categoría	Relato
<b>Perfil social, humanizado y holístico del médico de familia/general</b>	Compromiso Social	<p>"Y me metí de voluntaria en la filial (de la Cruz Roja) y era una merienda que se organizaba con chicos del barrio (...) venían chicos de todos esos lados. Tomaban la merienda y hacíamos una actividad lúdica".</p> <p>"Siempre me interesó un poco lo social, cuando quería hacer medicina antes quería hacer trabajo social".</p>
	Trato humanizado	"Ver a la persona como una persona, eso es lo que a mí me gustó, me llamó la atención (de la especialidad)".
	Abordaje Holístico/Integral	"Y empezás a atender a toda la familia y empezas a atender mucho más que un órgano. Eso es una de las cosas que realmente valoro, esta visión holística de la persona transcurriendo una situación vital, y además teniendo alguna enfermedad o algo que le moleste".

<b>Ser médico de familia/ general es luchar por el reconocimiento</b>	Militancia	<p>“La cuestión de atención primaria no solo falla por falta de decisión política sino también porque hay un imaginario social de cómo se ejerce la medicina (...) qué es lo bueno y qué es lo malo dentro de los servicios de salud que dista mucho de la idea que tenemos muchos de los médicos/as de familia”.</p> <p>“Yo creo que hay que empezar a pensar en estrategias para ofrecerle a la gente un modelo distinto. Y en eso, desde lo individual se puede hacer bastante”.</p>
	Por parte del Sistema de Salud	“El sistema de salud argentino no está basado en la APS, si fuera así le darían más bolilla a formar médicos en atención primaria y con mejor remuneración”.
	En el grado (carrera de Medicina)	“Me enteré qué era la MFyG cuando estaba terminando, (...) por supuesto durante la carrera nadie sabe”.
	Por parte de las Instituciones	“Las cartillas de obras sociales no figuramos, si no figuro en una cartilla de una prepaga, estoy partiendo de una mala base porque la gente agarra y dice “¿a quién veo?, al clínico”, “no soy clínica””.
	Por colegas	<p>“Te vas a quedar solo con medicina familiar? Sos el derivólogo”.</p> <p>“Vos estás más que para médico/a de familia/general”</p>
	Popular/social/ pacientes	<p>“¿Qué diferencia hay entre un clínico y médico de familia?”</p> <p>“¿Son como los antiguos médicos de cabecera?”.</p>
	Remuneración y gastos	<p>“No elegí la carrera ni la especialidad por lo económico”.</p> <p>“Ahora tratamos de asegurarnos algo que medianamente nos cierre en cuanto a lo que necesitamos, que es lo económico”.</p>

<b>Factores que influyen en la elección de las primeras experiencias laborales</b>	Condiciones laborales	<p>“Todos aspiramos a tener en algún momento una relación de dependencia, aunque ser monotributista te da más independencia de movimiento”.</p> <p>“No es un trabajo que elegiría principalmente (demanda espontánea), pero la hago por las condiciones laborales que me plantea, un pago razonable y en blanco”.</p>
	Distancia del trabajo al domicilio	<p>“...trabajo 10 horas, a veces 11 y a eso le sumás 3 horas de viaje, o sea más de la mitad del día estoy fuera de mi casa (...) a pesar de que debería pagar la matrícula provincial prefiero eso a tener que seguir viajando...”.</p> <p>(vive en la Provincia de Bs. As.)</p>
	Clima laboral	<p>“El contacto horizontal que tenés hasta con la jefa y el subjefe del servicio, coordinadores, quien quieras podés ir a hablarles, le golpeás la puerta y siempre están (...) eso es fantástico”.</p>
	Académico	<p>“Tenés armado todo un programa de calidad para que vos asistas a los ateneos centrales, sigas participando de ellos, vayas a los ateneos biográficos, se dan temas de actualización a partir de la bibliografía. Y eso yo no lo vi en ningún otro lado, y me parece grandioso”.</p>
	Seguridad por lo conocido	<p>“Así que eso lo elegí porque lo conozco y en esta primera instancia me parece algo seguro. Y más adelante proyectaré otra cosa”.</p>
	Apoyo/contención de colegas	<p>“Desde lo personal a mí no me gusta trabajar sola, ni me veo sola en mi consultorio, sola sin consultar. Y también lo buscaría, lo busco, tener a alguien con quien trabajar, no ser un consultorio aislado digamos”.</p> <p>“Tenés buenos médicos a quien consultar (...), si necesitás preguntarle a alguien, vos sabés que venís (al servicio) y alguien va a haber, nunca vas</p>

		a estar solo".
	Actividades comunitarias	<p>"Yo creo que la elección es muy personal de cada uno. Hay gente que quiere trabajar en lo comunitario entonces elige lo público".</p> <p>"Mi trabajo ideal es en un centro de salud público, en el que se trabaje con la comunidad".</p>
	Posibilidad de ejercer lo propio de la especialidad	<p>"Está re mal pago, pero lo hago por ahí más por tener ese espacio de consultorio y seguir manteniendo medicina familiar".</p> <p>"Encontrar tu lugar como médico de familia y poder ejercer la medicina familiar como tal, o sea, ver niños, adultos, mujeres embarazadas es difícil, especialmente en el ambiente privado".</p>
	Formación de posgrado	<p>"Además también a veces pasa (...) que hacen una subespecialidad para tener otros años de remuneración asegurada".</p> <p>"No estaría mal si querés cuando terminás la residencia, (...) hacer algo complementario (...) para usarlo en tu práctica, no para dejar de ser médico de familia".</p>
	Actividades no asistenciales	"(...) la investigación, docencia (...) y gestión me empiezan a interesar cada vez más (...) creo que es ampliar la mirada de la salud".
	Asistencial programado: ambulatorio	<p>"Lo que motiva es lo asistencial que complementa con otras actividades, pero la base es lo asistencial".</p> <p>"(...) me veo como 40 años haciendo consultorio, capaz que otra cosita (...) si me pongo un negocio, estoy 8 horas y no me llena el alma y tampoco el bolsillo".</p>

<b>Expectativas laborales post residencia: pluriactividad, pluriempleo y subespecialización</b>	Asistencial no programado: guardia/demanda/domicilio	“Actualmente estoy haciendo consultorio (...) demanda espontánea (...) una guardia, y (...) preingreso, (...) que no es lo que más me gusta hacer (...) pero de algo tengo que vivir”.
	Pluriempleo	“Trabajo en un consultorio, una obra social, quisiera tener mejores condiciones laborales en lugar de tener que hacer varias cosas”. “(...) la mayoría de las personas que conozco que ya terminaron la especialidad no trabajan en un solo lugar”.
	Pluriactividad	“No quisiera terminar la residencia y terminar haciendo exactamente siempre lo mismo de lunes a viernes”. “(...)una sola actividad me aburre, entonces necesito tener un montón de cosas a la vez”.
	Versatilidad de las salidas laborales	“Es como muy heterogénea (la Medicina Familiar), yo no sé si en otras especialidades pasa eso”. “(...)siento que nuestra especialidad nos da mucha versatilidad y que eso hace que uno encuentre muchas facetas de eso”.

## DISCUSIÓN

A pesar de que la APS cumple un papel central para el buen funcionamiento del sistema de salud, alrededor del mundo existen serias dificultades para atraer o conservar especialistas en este nivel<sup>6,10</sup>. Si bien la salud es un concepto amplio, que puede ser abordado desde numerosas profesiones y visiones, en el siglo XIX terminó por ser capturada por las ciencias médicas. Éstas entendieron a la salud como “ausencia de enfermedad” ocupándose exclusivamente por comprender la enfermedad desde una concepción biologicista (y, por lo tanto: asocial, acultural, ahistórica y apolítica). A este paradigma Eduardo Menéndez lo caracteriza como “Modelo Médico Hegemónico”, desde el cual el conocimiento científico y válido está atado a saberes sobre lo orgánico, y todo el resto de los saberes quedan como lo subalterno, lo “no científico”<sup>11</sup>. Existen visiones médicas que le dan importancia a un abordaje biopsicosocial de la persona, pues contemplan aspectos biológicos, sociales y psicológicos involucrados en el proceso

salud-enfermedad-cuidado. Cuando hablamos de APS como estrategia (y no sólo como una forma de organización del sistema de salud), es clave este enfoque. La MFyG tiene una formación crítica del Modelo Médico Hegemónico y queda relegada a un nivel subalterno dentro del abanico de las especialidades médicas.

La tendencia a la súper especialización (legado de la medicina biologicista) en la que los profesionales más reconocidos, mejor valorados y mejor remunerados son aquellos que dedican su vida a entender y abordar enfermedades asociadas a una pequeñísima porción del cuerpo humano, también abona a la idea de que el médico de familia/general sea un paso a sortear. Esta visión de desprestigio está instalada en el imaginario colectivo y se refleja en el lugar que se le da en la currícula de la carrera de grado donde es una materia secundaria<sup>10,12</sup>.

Los médicos de familia/general entienden la importancia de su formación holística e integral, pero sufren una desvalorización simbólica que se termina

traduciendo en desvalorización económica. Mario Testa reflexiona en torno a la APS y distingue una forma de la misma que iría en contra de todo el espíritu que le dio origen y es la APS como "Atención Primitiva de la Salud" (en lugar de Primaria)<sup>13</sup>. En esta forma de aplicación, el primer nivel de atención termina cumpliendo una función de contención de problemas sencillos-básicos de salud de una manera barata para poblaciones que no pueden afrontar los costos de una salud mercantilizada. Esta forma en que algunos Estados han implementado la APS como "medicina para pobres" distorsionó el concepto original, y la dejó indudablemente asociada a una medicina de mala calidad, reproduciendo así el ciclo de la desvalorización. Se crea entonces la ilusión de que el médico de familia/general es una opción "barata" de atención, pero no la mejor cuando se poseen recursos económicos.

Los médicos de familia/general, a pesar de estar recién recibidos o prontos a recibirse, tienen conocimiento de estas dificultades. Coinciden en que la posibilidad de ejercer lo propio de la MFyG es algo tan valioso a la hora de elegir un trabajo, que incluso algunos optan por empleos que les garantizan este aspecto, aun cuando son mal remunerados. Es decir que la dificultad no pasa por conseguir trabajo per sé, sino por lograr que los factores de remuneración, condiciones laborales y desarrollo profesional confluyan en un mismo empleo. En las primeras elecciones laborales existe una puja entre el deseo del tipo de profesional que buscan ser (lo ideal), las ofertas concretas de trabajo (lo posible) y las necesidades económicas (lo que rinde económicamente), en un período marcado por una fuerte incertidumbre laboral. Esto da como resultado la creación de un mix artesanal de trabajos, en donde cada empleo otorga uno de estos factores que ellos valoran. Si bien expresan un ideal de trabajo que incluye la pluriactividad, esta es de otra calidad a la que terminan experimentando en esta primera etapa. Varias investigaciones también describen este pluriempleo<sup>5,6</sup>.

Los entrevistados concluyen que para tener mayor prestigio y reconocimiento como médico de familia/general, el sistema de salud debería estar organizado en torno a la APS. Sin embargo, otros estudios sugieren que, en este tipo de sistemas, tampoco surge un prestigio mucho más alto ni remuneraciones abultadas<sup>5,6</sup>. Entendemos que, si bien una organización del sistema de salud diferente mejoraría esta situación actual en AMBA, la ideología promovida por años de tendencia a la super especialización fomentada por el Modelo Médico Hegemónico, sigue siendo el mayor obstáculo para ello. Es decir que no basta con que el sistema de salud esté organizado en niveles, sino que haría falta un profundo cuestionamiento del paradigma positivista que promueve la valorización de lo biológico por sobre lo social. Nos

debemos un debate como sociedad sobre qué tipo de cuidados queremos, es necesario un cambio de mentalidad sobre la concepción del proceso salud-enfermedad-cuidado, sobre el derecho de acceso a la salud y la desmercantilización de la misma.

De nuestro trabajo surgió que los recientemente egresados de la especialidad de MFyG, tienen esperanzas y deseos de poder ejercer lo propio de la especialidad. Por esto mismo entendemos que el abandono del camino de la APS de los profesionales se produce como un desgaste en los primeros años de trayectoria laboral, en consonancia con los estudios de Kremer et al y Dursi et al<sup>6,7</sup>. Los médicos de familia/general deben superar varios obstáculos como el desprestigio, la mala remuneración y el desconocimiento de su trabajo o de su existencia por parte de la sociedad en general. De esta manera, el abandono no es algo programado, la residencia no se elige como un paso intermedio para llegar a una posbásica, pero la frustración de no lograr encontrar un lugar en el mercado laboral lleva a que pasados los primeros años algunos terminen renunciando a esta vocación y se dediquen a una subespecialidad y/o a una actividad no asistencial que sea mejor valorada y remunerada. Aquellos que deciden permanecer en el campo asistencial de la APS, se caracterizan por poseer compromiso social y militancia activa sobre su profesión y es este convencimiento de estar haciendo "lo correcto" lo que los impulsa a no abandonar.

## CONCLUSIONES

A modo de conclusión, los médicos de familia/general se encuentran muy optimistas en la etapa de recién recibidos, con energía y deseos de trabajar en el ámbito de la APS. Sin embargo, se ven obligados a enfrentar un mercado laboral que no aprecia (y hasta no comprende) su preparación. Las expectativas laborales se ven afectadas por una tensión entre ideas profundas sobre "lo correcto" del trabajo del médico de familia/general y las oportunidades laborales reales. Consideramos que, para poder preservar a estos profesionales dentro del primer nivel de atención, es fundamental promover su prestigio y propiciar oportunidades laborales menos adversas, mejorando las condiciones de contratación y la remuneración.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián M del C. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en Cuba y otros países. *Rev cuba med gen integral* 2014;30(3):364-74.

2. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Médica Panamericana; 2016.

3. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL Jr. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Ann Fam Med* 2018 Nov; 16(6):492–7.

4. Calbano AG, Anderson MIP, Rodríguez ART, Godoy AC, Quintana HMB, Martins I, et al. Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción Vol. 42, Revista Panamericana de Salud Pública. 2018.

5. Godoy AC. El mercado laboral y los médicos de familia. Aportes desde la realidad en Argentina. *Rev Mex med fam* 2018 Aug 29;5(2).

6. Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, et al. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica. *Rev Argent Salud Pública* 2014 Dec 1;5(21):30–7. Disponible en:  
<https://rasp.msar.gov.ar/index.php/rasp/article/view/249>

7. Dursi C, Millenaar V, Antonietti L, Duré MI. Experiencias en la formación como especialistas de médicos en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Investig educ médica* 2017 Apr;6(22):128.

8. Silberman P, Calbano AG, Godoy AC, Zamora AC, Perrotta MC, de León RCFP. Análisis del programa de becas en Medicina Familiar y General según Estratos Sociosanitarios de la República Argentina. *Rev Salud Pública (Córdoba)* 2016 Apr 15;20(1):17–24.

9. L'hospital C. Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2017 Oct 24;14(1). Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/27>

10. Allsopp G, Rosenthal J, Blythe J, Taggar JS. Defining and measuring denigration of general practice in medical education. *Educ Prim Care* 2020 Jul;31(4):205–9. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1080/14739879.2020.1768440>

11. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. In: De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva 2009. p. 311–311. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-983167>

12. Ariel Franco JV, Granero M, Musarella NS, Fernández CA, Weisbrot MV, Arceo MD. [Determinants of the choice of the first level of care in medicine as a field of training and work: A qualitative study]. *Aten Primaria* 2021 Nov 16;54(2):102192.

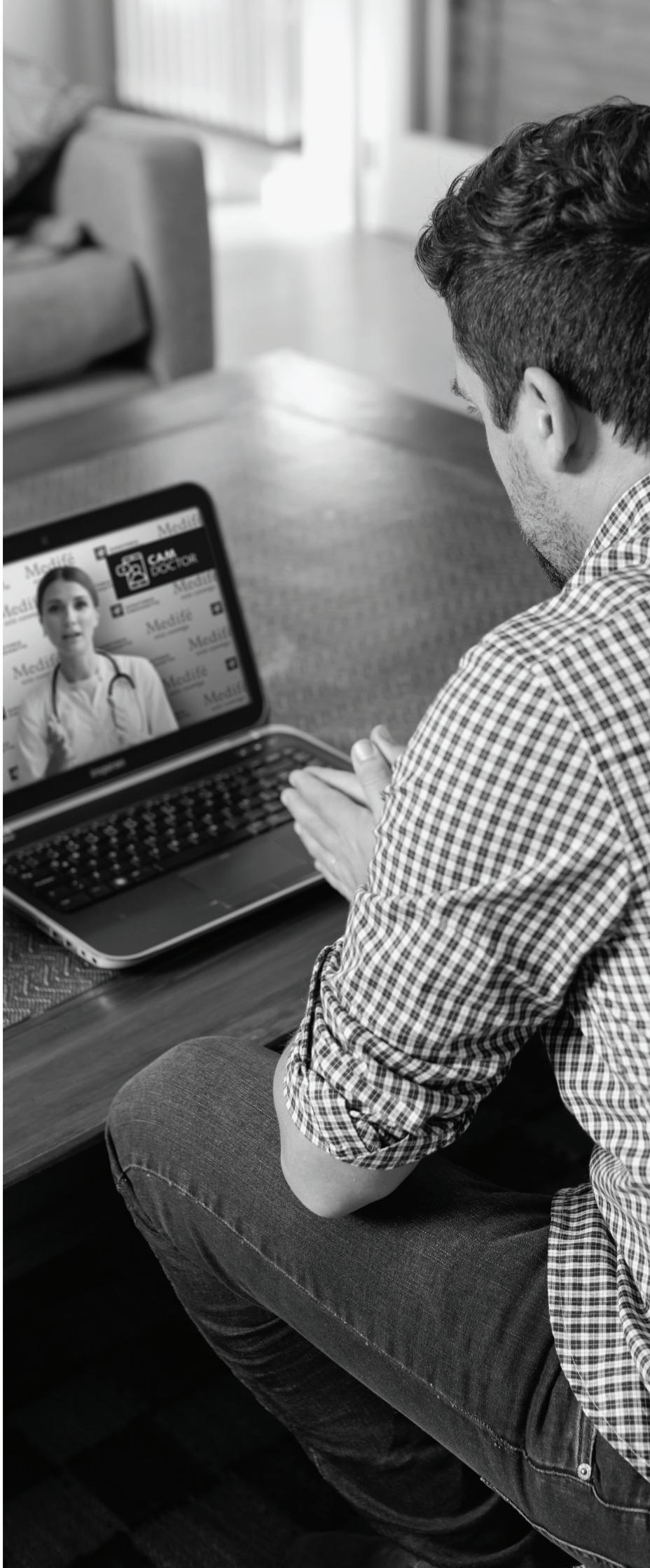
13. Testa M. Pensar en salud. Representación OPS/OMS Argentina;(21),1989 1989; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18738>

**AGRADECIMIENTOS.** En primer lugar, agradecemos a los médicos y las médicas de familia que nos brindaron su tiempo para realizar las entrevistas y grupos focales. A su vez al equipo investigador del proyecto “Barreras y facilitadores de la elegibilidad del primer nivel de atención como ámbito laboral y de formación para las y los profesionales de la salud” quienes colaboraron ampliamente en la escritura del protocolo que dio lugar al presente trabajo, en especial a nuestros colegas Nadia Musarella y Juan Franco quienes nos estimularon a presentarnos a la beca de la cual obtuvimos financiamiento. Al Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires y al Cemap (centro médico de atención primaria) Capital de la Obra Social del Personal de la Construcción por permitirnos utilizar sus oficinas y consultorios para realizar las entrevistas y reuniones del equipo investigador.

**DECLARACIONES ÉTICAS.** Se obtuvo el consentimiento informado de los profesionales teniendo en cuenta los aspectos bioéticos de la investigación. El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires (número 4045) y del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (número 1231).

**CONFLICTOS DE INTERESES.** No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio.

**FINANCIAMIENTO.** Fue realizado con el apoyo de las Becas de Investigación en Educación de Profesionales de la Salud 2019, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección nacional de talento humano y conocimiento. Fue registrado con el título “Inserción laboral de graduados y graduadas de residencias del primer nivel de atención: un estudio cualitativo”, RENIS Nro. IS002756.



Cada vez más especialidades.  
Cada vez más comodidad.

**Cada vez mejor.**

**Cam Doctor** se amplía sumando cada vez más especialidades con turnos programados, consultas espontáneas y seguimiento a pacientes con COVID. Porque **Cam Doctor** también es una excelente forma de **brindar salud**.

---

Para acceder a **Cam Doctor**,  
descargá la app móvil o ingresá  
desde nuestra web.

**El servicio está disponible  
los 365 días del año, de 8 a 24 hs.**

---

**Medifé**  
está conmigo

DESARROLLADO CON **Google Cloud**

Y CON EL RESPALDO DE  **SANATORIO  
FINOCHIETTO**