

Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado.

LOS CAPITALES EN JUEGO EN LA ELECCIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS GENERALISTAS EGRESADOS DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Where, how and why general practitioners trained by the State work.

L'HOPITAL, Cintia

*Médica Generalista. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Docente de Salud Pública - Universidad de Buenos Aires, Argentina. Referente de Medicina General en la Comisión de Gestión de Residencias de la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Contacto: Mg. Méd. Cintia L'hospital (cintialhospital@gmail.com).

Fecha recibido: 10/06/2015
Fecha aceptado: 11/10/2016

RESUMEN

Este trabajo describe la situación laboral de los egresados del sistema de residencias de Medicina General de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013. Es un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal. Los resultados muestran que el 79,4% son mujeres y viven en un 91,1% en la provincia de Buenos Aires y CABA. El 35,3% tiene dos trabajos y el 27,9% tiene tres trabajos. El 79,4% tiene su trabajo principal en el subsector público, un 45,6% lo realiza en CAPS y el 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 provee información que pretende poner en discusión los capitales que se ponen en juego al momento de la elección laboral.

PALABRAS CLAVE: Medicina General; Internado y Residencia; Mercado de Trabajo.

ABSTRACT

This paper aims to describe the labor status of all general practitioners that completed their training in the province of Buenos Aires during 2008-2013. A descriptive, quantitative, and cross-sectional study was carried out. The results show that 79.4% of respondents were women, 91.1% of them live in the province of Buenos Aires or in the city of Buenos Aires. Thirty-five percent had two jobs, and 27.9% had three jobs. Seventy-nine percent were working in the public sector as their main job, 45.6% in primary care centers and 32.4% in hospitals. Half of the respondents were on the payroll and the main reasons for working in the public sector were team work and the additional benefits. The main reason for having a second or third job was the salary. Thirty-three percent of the respondents were working in another medical specialty. This study provides information that intends to foster the debate on the interests that come into play when choosing a job.

KEYWORDS: General Practice; Internship and Residency; Job Market.

INTRODUCCIÓN

¿POR QUÉ Y PARA QUÉ UN MÉDICO GENERALISTA?

Existen experiencias internacionales y nacionales que propusieron estrategias similares a la de Atención Primaria de la Salud (APS), como el Informe Dawson que en 1920 abordó la organización del sistema sanitario en el Reino Unido (1), y a nivel nacional el Plan Sintético de Ramón Carrillo (1952-1958) y el Programa Rural Modelo de Carlos Alvarado en Jujuy a fines de la década del '60 (2,3). Sin embargo, fue en el año 1978 en Alma Ata, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su declaración propuso esta estrategia como un cambio de paradigma para el abordaje del cuidado de la salud (4).

También, surge en la segunda mitad del siglo XX la medicina social en Latinoamérica, articulada por Juan César García, como una corriente de pensamiento que comenzó a renovar la forma de estudiar los procesos de salud/enfermedad (5). Esta corriente entiende al proceso salud/enfermedad como una expresión de los procesos sociales y plantea una crisis de la medicina, en relación a una crisis de una determinada práctica y en la generación de conocimiento (6).

La especialidad de Medicina General aparece como una forma de dar respuesta a este nuevo paradigma sobre el proceso salud-enfermedad-atención implícitos en la APS y en la medicina social, y a las necesidades que dicho paradigma plantea sobre un perfil de médico que pueda realizar un abordaje integral del mismo. Para garantizar la cobertura de las necesidades en salud de la población se crean las residencias médicas en la provincia de Buenos Aires (PBA), con la finalidad de formar los profesionales del equipo de salud necesarios (7). La residencia de Medicina General comienza en el año 1984 y dentro de su programa define al médico generalista como un profesional capacitado para desarrollar su práctica en el marco de la estrategia de la APS, y que la ejerce fundamentalmente dentro del PNA (8).

En las últimas tres décadas en Argentina hubo diversos documentos y políticas basadas en la estrategia de APS, como el Plan Médicos de Cabecera (2000) que financiaba becas para médicos en el PNA (9), el Plan Federal de Salud (2004) que promovía la formación de profesionales en Medicina General o su reconversión (10), y el aumento de los cupos de residencia. En la PBA en particular, durante la gestión en el Ministerio de Salud de Floral Ferrara en la década del '80 el programa Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) (11), la creación de las residencias de Medicina General (1984) (8), los planes quinquenales (1995-2000 y 2011-2015) (12), el aumento de los cupos de residencia de Medicina General y la promoción de la inserción laboral de los

egresados a través de convenios con los municipios (13). También comenzaron programas nacionales y provinciales centrados en la estrategia de APS destinados al PNA como Remediar (2002) (14), Médicos Comunitarios (2004) (15), y el Seguro Público de Salud en la PBA (2000) (16), que promovieron la incorporación de médicos generalistas en el PNA.

EL CONTEXTO Y EL PROBLEMA

La República Argentina posee un sistema de salud fragmentado en dos niveles: por un lado geográfico (nacional, provincial y municipal), y por tipo de cobertura (pública, seguridad social y privada) por el otro. El mismo constituye un ejemplo extremo de la segmentación característica de los sistemas de salud en la región latinoamericana (17). Estas características son parte de los problemas que Laurell plantea sobre los sistemas de salud de Latinoamérica, 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 con 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 (18).

También es importante destacar el atravesamiento de la formación de los profesionales sufrido por la década de los noventa en la que se produjo una enorme reestructuración económica que impactó en las instituciones y organizaciones sociales, a través de un proceso de desregulación y privatización con prácticas profesionales que quedaron atadas al modelo organizativo de la atención médica (19). El proceso de descentralización en salud que se llevó adelante en esta década dependió de la cantidad de recursos que cada jurisdicción pudo disponer y volcar al gasto en salud, y consolidó importantes desigualdades regionales por la diferencia de recursos de cada municipio, lo cual puede verse claramente en el caso de Buenos Aires (20,21). En el caso bonaerense, de acuerdo con las leyes provinciales 10.559, 10.752 y 10.820, el 16,1% de los recursos tributarios de la provincia destinados a los municipios se distribuye con coeficientes preestablecidos que por su característica se relacionan con la enfermedad, incentivando los segundos y terceros niveles de atención y no el cuidado de la salud ni el Primer Nivel de Atención (PNA) (9,22,23).

Con respecto a las residencias médicas, Borrell cita el predominio del currículo oculto al margen de un programa escrito, donde 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 (24).

Al realizar una revisión bibliográfica sobre la situación de los médicos generalistas y/o de familia en el mundo, puede verse que hay un déficit de estos especialistas aún en aquellos países que, como Canadá y España, tienen su sistema de salud centrado en el médico de familia. La relación médicos generalistas/especialistas se está invirtiendo a favor de estos últimos (13). Dentro de los estudios realizados en Argentina, en uno de la Región Sanitaria V de la PBA (25), se muestra que del total de los médicos generalistas encuestados, el 78% tiene un trabajo en el sistema público, pero sólo el 37,5% lo realiza en exclusividad. En otro estudio 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, el 17% no está trabajando como médico generalista, que el principal trabajo lo tienen en el Estado, pero distribuido entre consultorio, guardia e internado, y que sólo el 21,8% tiene un único trabajo (26). Otro estudio sobre factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General muestra que la especialidad deja de ser atractiva cuando operan las variables de contexto y salario (27). 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. En el caso de las mujeres, la posibilidad de compatibilizar horarios laborales y la vida familiar tuvo un peso importante para permanecer en la especialidad, donde la flexibilidad horaria y las jornadas reducidas que permite el sistema público fue valorada positivamente. Hay una percepción común respecto de las desventajas del potencial desarrollo profesional, del prestigio y de las expectativas económicas de Medicina General respecto de las otras especialidades. Muchos médicos generalistas se vieron obligados a trabajar en servicios de emergencias y a realizar una segunda especialidad para aumentar sus ingresos.

En el año 2014, el Seguro Público de Salud provincial (16), creado en el año 2000, y el Programa Médicos Comunitarios creado en el año 2004 (15), tenían el 32,8% y el 27% del total de los cargos médicos en la PBA cubiertos por médicos generalistas respectivamente (13). Por otra parte, según el Programa Nacional de Medicamentos Remediar (14), del total de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la PBA que participaban del programa, en 2005 el 49,5% no contaba con médicos generalistas (1). Entidades como el Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas y el Consejo de Salud de la PBA (COSAPRO), han hecho declaraciones en sus congresos respecto de la problemática del recurso humano específico para el PNA del subsector público (13).

Desde Dawson a la actualidad, hubo diversas declaraciones, documentos, recomendaciones,

políticas y programas a nivel internacional, nacional y provincial, entonces, la pregunta que debemos hacernos es, ¿dónde están los médicos generalistas que formó el estado para garantizar el cuidado de los ciudadanos desde un enfoque integral y longitudinal de la salud?

Este artículo surge de una tesis de maestría que exploró la situación laboral de los egresados del sistema de residencias de Medicina General de la PBA entre los años 2008-2013 (13). El mismo partió de la hipótesis de que el principal trabajo de los egresados no estaba dentro del PNA del subsector público de salud. Se hizo con el propósito de generar información que contribuya a la discusión, análisis y reformulación de políticas públicas en relación a la formación de posgrado de los médicos en el sistema de residencias de Medicina General de la PBA y el aprovechamiento de este recurso humano específico en el PNA del subsector público de esta provincia.

Los objetivos de esta investigación fueron describir la situación laboral y explorar los antecedentes educativos y algunas de las motivaciones presentes en la elección de los distintos trabajos, de los médicos que finalizaron la residencia de Medicina General de la PBA entre los años 2008-2013.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal para el cual se construyó un cuestionario utilizando como modelo la encuesta realizada en el trabajo de Paolantonio y cols. (25). El cuestionario relevó características sociodemográficas del egresado, lugar de residencia actual, universidad de origen, sede de la residencia de Medicina General de la cual egresó, caracterización del/los trabajo/s actual/es (subsector del sistema de salud, carga horaria semanal, tipo de actividad desarrollada, motivaciones), y otras especialidades cursadas o en desarrollo. Una vez construida la encuesta se realizó un estudio piloto con 10 médicos generalistas para explorar validez de aspecto. El cuestionario se confeccionó utilizando el programa SurveyMonkey (software de encuestas en línea por Internet).

La encuesta se distribuyó por correo electrónico a todos los egresados entre 2008-2013 cuya dirección figurase en la base de datos de la Dirección Provincial de Capacitación. Los resultados fueron analizados utilizando Microsoft Excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previo a la encuesta se informó que el llenado de la misma implicaba la aceptación de participar en la investigación, y que ésta cumplía con la Ley Nacional de Protección de Datos Personales (N° 25.326).

RESULTADOS

La población estuvo constituida por los médicos egresados de la residencia de Medicina General entre 2008 y 2013 de todas las unidades de residencia de

la provincia de Buenos Aires. Fueron un total de 455 médicos, de los cuales 266 tenían correo electrónico, y de los mismos 202 correos se encontraban funcionando. Se obtuvieron 68 encuestas, el 35% de la población accesible y el 15% de la población elegible (ver Tabla 1).

Tabla 1. 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.

	N	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	2	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%

De los médicos que respondieron la encuesta, 50% tenían como sede de residencia un hospital con rotaciones dentro del PNA y el 36,8% tenían como sede un centro de atención primaria con rotaciones en hospitales.

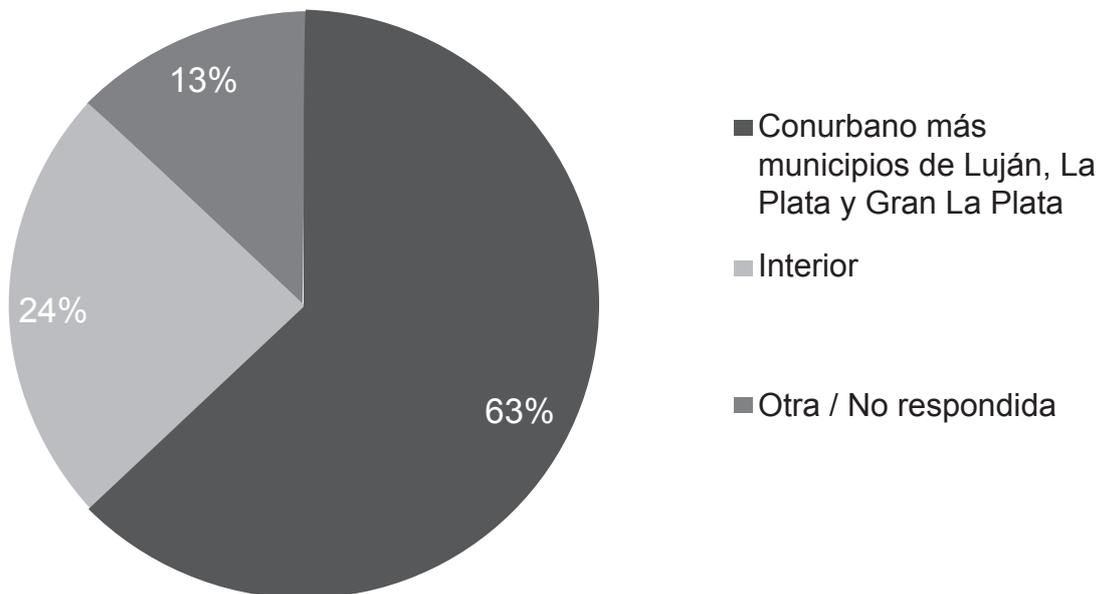
La relación laboral de los egresados con los hospitales y los municipios a donde pertenecían sus sedes de residencia se mantuvo en menos del 50%.

Tabla 2. Tabla 2. 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.

Universidad	N	Porcentaje (%)
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%

Refieren trabajar en relación de dependencia laboral el 54,1%, siendo municipal el 55,8%, provincial el 38,2% y nacional y privado el 3%. En el 17,2% se encontró una relación laboral de planta permanente (ver Tabla 3).

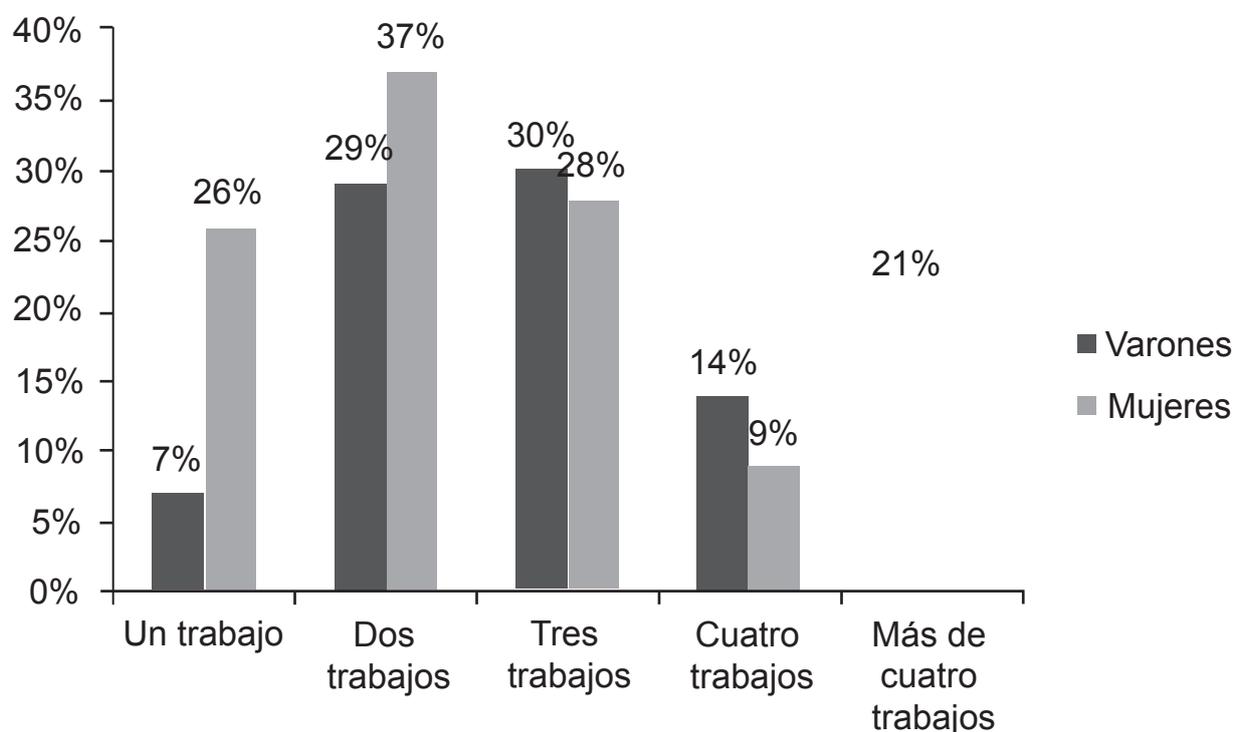
Gráfico 1. Distribución por localización geográfica de la sede de Residencia en la provincia de Buenos Aires, 2014.



El 33,8% estaban ejerciendo una segunda especialidad al momento de la encuesta. Las otras especialidades fueron: clínica médica, pediatría, rehabilitación, dermatología, infectología y ginecología.

Tabla 3. 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.

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

Gráfico 2. 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.**Tabla 4.** 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
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Remuneración	22	13,5	28	27,7	14	29,2	3	12,5	47
Beneficios adicionales	31	19,0	10	9,9	1	2,1	1	4,2	39
Ámbito académico	13	8,0	6	5,9	2	4,2	4	16,7	23
Trabajo en equipo	29	17,8	10	9,9	3	6,3	2	8,3	39
Seguridad	10	6,1	2	2,0	1	2,1	1	4,2	13
Flexibilidad horaria	17	10,4	11	10,9	11	22,9	3	12,5	32
Prestigio	5	3,1	5	5,0	1	2,1	2	8,3	12
Ámbito de trabajo	14	8,6	11	10,9	5	10,4	4	16,7	25
Accesibilidad	3	1,8	4	4,0	3	6,3	1	4,2	10
Distancia al domicilio	11	6,7	9	8,9	4	8,3	1	4,2	18
Otra	8	4,9	5	5,0	3	0,3	2	8,3	14
Total	163		101		48		24		272

DISCUSIÓN

Belmartino (28) define al mercado de trabajo médico como la relación entre oferta y demanda de profesionales calificados para el ejercicio de la medicina. Es 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). A través de los resultados de este estudio, se puede observar que, debido al conjunto de determinaciones sociopolíticas, económicas e ideológicas, el recurso humano resultante del proceso formativo no se adecua a las necesidades de la producción de los servicios. El pacto corporativo,

según la misma autora (29), puede pensarse como una lógica de 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. Existe una 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. Los capitales del campo de la salud desde donde los actores intervienen, el económico (intereses económicos); el social (relaciones sociales); el cultural (prestigio y/o conocimientos) y el simbólico (la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima) están en juego en esta tensión, producto de acciones e intereses de agentes individuales y/o colectivos (30). El estado aparece como un actor más en esta disputa sin políticas adecuadas, ni regulación suficiente en las intervenciones sobre los recursos humanos quedando a expensas de un mercado con posición dominante, hegemónico, ligado a intereses que no responden a las necesidades de la población.

Las asociaciones científicas de la especialidad se encuentran divididas y enfrentadas históricamente discutiendo significantes que parecen diferentes pero que convergen en el mismo objeto de intervención: el sujeto, su familia, su comunidad, su contexto y los determinantes que lo atraviesan en el Proceso Salud-Enfermedad-Cuidado.

La feminización de la profesión médica aparece como uno de los resultados más relevantes, ya que la mayoría de los egresados que respondieron la encuesta fueron mujeres, en una proporción similar a la de la base de datos original. Este hallazgo no es exclusivo de la Medicina General, puesto que el 78% de los residentes de todas las residencias de todas las especialidades del sistema de residencias del Ministerio de Salud de la PBA son mujeres, y que actualmente la mayoría de los estudiantes de Medicina también lo son, llegando una razón de feminidad del 4,1 entre los estudiantes en la Universidad Nacional de la Matanza (31).

Aparecen otros fenómenos que causan disfunciones en el campo de la salud en una sociedad donde el cuerpo humano entró en el mercado a partir de convertirse la salud en un bien de consumo y los médicos funcionan como intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente (32).

¿Cómo atraviesa y se instala esta dimensión de análisis en los profesionales médicos? ¿Cómo influye y condiciona las elecciones laborales y los actos médicos una sociedad medicalizada que tiene instalado en su subjetividad a la salud como bien de consumo y al hospital, la especialización y los centros de altas complejidad como el paradigma de las respuestas de calidad? ¿Cómo dar respuesta

a este imaginario colectivo que demanda curar la enfermedad instalada muchas veces por el mercado a través de la evidencia científica y el consumo de drogas del bienestar?

Emerson Merhy describe en el trabajo en salud distintas tecnologías: las blandas, como las que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos y cuidar del usuario; las duras, como el equipamiento, medicamentos; y las blandas-duras, como la clínica y la epidemiología (33). Lo que hace que exista trabajo vivo en salud son las tecnologías “blandas”, que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, utilizando las tecnologías “duras” y “blanda-duras” como una referencia. Cuanto menos creativo es el trabajo y con menor flexibilidad para enfrentar las contingencias, se torna en un trabajo menos vivo y más muerto. ¿Cómo influyen el pluriempleo, las condiciones inestables de trabajo y el atravesamiento del mercado en cada encuentro médico-usuario? ¿Existe la posibilidad de comunicación, vínculo, encuentro y producción de trabajo vivo? La posibilidad de formar “buenos médicos” no entraría en una dimensión ética sino en la posibilidad de que puedan producir trabajo vivo. Este enfoque sobre el trabajo en salud claramente no es exclusivo de los médicos generalistas o de familia, la producción de trabajo vivo en los actos en salud son responsabilidad de todos los trabajadores en el ejercicio de su autonomía.

Pareciera no visualizarse un nudo crítico, quedando atrapados y paralizados en una “misión imposible” en un campo hipercomplejo. Claramente, cuando algo es necesario e imposible, hay que cambiar las reglas del juego (34). Los actores sociales que asumimos alguna responsabilidad en el desafío de la formación médica, la investigación y la gestión pública junto a su colectivo y en red con otros, debiéramos empezar por nuestro propio escenario de transformación.

CONCLUSIÓN

Como conclusiones relevantes podemos decir que los egresados de las residencias de Medicina General tienen su trabajo principal en el subsector público, pero menos de la mitad de los mismos lo tienen en los CAPS. 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 sólo 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 aportes jubilatorios y las vacaciones pagas en la relación de dependencia como motivo de elección laboral del 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 PBA 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 Luján, La Plata y Gran La Plata, sugiriendo que los residentes priorizan 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 currículas tradicionales basadas en el modelo biomédico y una carga horaria mínima relacionada a la estrategia de APS y la Medicina General.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Si bien el porcentaje de respuestas podría presuponer un sesgo de selección, la representatividad no se vería seriamente afectada porque la muestra respeta la proporción de mujeres y la relación de médicos que viven y se han formado en el conurbano respecto de la base de datos.

REFERENCIAS

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. 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>
3. Bloch C, coord. 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
4. 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>
5. Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. Salud Colectiva. 2011;7(3):285-315.
6. García JC. La medicina y la estructura social. En García y cols. Medicina y Sociedad. Santo Domingo. Ed. Alfa y Omega, 1977, pp. 11 – 22.
7. 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
8. 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
9. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Políticas de salud. [Internet] Septiembre de 2000 [citado 29 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/politicas_sist_servicios/PoliticasDeSalud.pdf
10. 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
11. 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
12. 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>
13. L'hopital C. 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]. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria; 2015.
14. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. ¿Qué es Remediar? [Internet] [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.remediar.gov.ar>
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. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Seguro Público de Salud. República Argentina. [Internet] [citado 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/seguro-publico/>

- 2014]. Disponible en: www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/
17. 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>
 18. 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
 19. 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>
 20. 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>
 21. 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.udes.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt55.PDF>
 22. 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/lcl1132e.pdf>
 23. 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.
 24. Borrell 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
 25. Paolantonio GL, Piñeiro J, Rostro RA, y cols. ¿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.
 26. Silberman P, González Calbano MA, Godoy AC, Perrotta AC, 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.
 27. Daverio D, García 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
 28. Belmartino LS, Bloch C, Luppi I, Quinteros ZT 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
 29. Belmartino S. Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo [Internet]. en Desarrollo Económico, N° 137, Buenos Aires 1995.
 30. 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>
 31. Badr P. Datos del Observatorio Inter Universidades del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas. En: Ponencia presentada en el IV Congreso del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas. Tucumán; junio 2015.

32. Foucault, M. ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? Estrategias de poder. Obras Esenciales II, Barcelona: Paidós; 1974.
33. Merhy E E, Feuerwerker L, Ceccim R. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Salud Colectiva. 2006;2(2):147-160.
34. Ibáñez, J. El Regreso del Sujeto. La investigación social de segundo orden. Santiago de Chile: Amerinda; 1991.