

# Censo 2013 de Residencias de Medicina Familiar y General de la República Argentina.

*Silberman, Pedro<sup>a</sup>; Godoy, Ana Carolina<sup>a</sup>; González Calbano, Marcelo Agustín<sup>a</sup>; Perrotta, Antonella Celeste<sup>b</sup>; Zamora, Andrea Carolina<sup>c</sup>; Fernández Ponce de León, Ramiro Catriel<sup>d</sup>.*

<sup>a</sup> Departamento de Ciencias de la Salud – Área Salud Individual y Colectiva – Universidad Nacional del Sur (Bahía Blanca – Provincia de Buenos Aires)

<sup>b</sup> Residencia de Medicina General Centro de Salud N° 10 – San Martín (Ministerio de Salud – Provincia de Buenos Aires)

<sup>c</sup> Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria – Dirección de Primer Nivel de Atención (Ministerio de Salud Pública – Provincia de Salta)

<sup>d</sup> Residencia de Medicina Familiar y General – Hospital Ángela Llano (Ministerio de Salud – Provincia de Corrientes)

Recibido: 10/08/2013  
Aceptado: 02/11/2013

## RESUMEN

La puesta en marcha de los Planes Federales de Salud propuso al Primer Nivel de Atención como el nivel organizador del sistema de salud, y promovió la formación de recursos humanos apropiados en cantidad y competencias. A fin de medir el impacto de los mismos se realizó un censo que incluyó el recuento de las residencias públicas existentes, el censado de los residentes y el relevamiento del contexto de aprendizaje predominante en cada residencia. Se identificaron 146 residencias y 926 residentes. El 72,4% de las residencias corresponde a programas de cuatro años de duración. 17,2% no cuentan con instructor, 29,7% no poseen jefe de residentes, y 9% no tienen ninguno de los dos. Sólo 10,25% de las residencias destina al menos 50% de las horas asistenciales a CAPS, hospitales rurales o consultorios externos de MFyG. Seis residencias no poseen un CAPS asociado. El salario mensual promedio de los ingresantes de primer año es de \$5777. Los resultados no muestran un crecimiento significativo en los cargos de residentes y existe amplia presencia del hospital como escenario de aprendizaje. Numerosas residencias no poseen las condiciones mínimas para el desarrollo de un programa de formación en MFyG.

**PALABRAS CLAVE:** Medicina Familiar y Comunitaria, Recursos Humanos, Reforma de la Atención de Salud.

## ABSTRACT

The implementation of the Federal Health Plans proposed the first level of care as the organizing level of the health system, and promoted the formation of human resources in appropriate quantity and skills. To measure the impact of such policies, it was conducted a census that included counting the existing public residencies, a census of residents and a survey of the learning context prevailing in each residency. We identified 146 residencies and 926 residents. 72.4% of programs last four years. 17.2% have no instructor, 29.7% have no chief resident, and 9% have neither. Only 10.25% of the residencies assigned at least 50% of clinical attending hours to PCHC, rural hospitals or FP outpatient clinics. Six residencies do not have an associated PCHC. The average monthly salary of first year entrants is \$5,777. The results show no significant growth in resident posts and widespread presence of the hospital as learning scenario. Many residencies do not have the minimum conditions for the development of a training program in FP.

**KEYWORDS:** Family Practice, Human Resources, Health Care Reform.

*Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(2): 15-22*

**Objetivo general**

- Conocer el estado de situación actual de las residencias públicas de Medicina Familiar y General de la República Argentina.

**Objetivos específicos**

- Identificar las residencias públicas de la especialidad, su duración en años y su ubicación geográfica.

- Releva el número de residentes por año en cada una de las residencias.

- Conocer la retribución salarial mensual de los residentes de la especialidad.

- Identificar la presencia de personal docente en cada residencia.

- Describir la distribución de las horas asistenciales en cada residencia para el proceso de aprendizaje específico de la especialidad.

**INTRODUCCIÓN**

La profunda crisis que estalló en el año 2001 enfrentó a la sociedad argentina a la necesidad de transformar el Estado para dar respuesta a la delicada situación en la que habían desembocado tres décadas de políticas públicas centradas en el mercado (1). El papel rector del Estado en el ámbito sanitario fue entonces recuperado por los gobiernos surgidos del quiebre institucional que significó la salida del neoliberalismo, y con ello, apareció la posibilidad de introducir profundos cambios en la organización del modelo de atención. Esto, acompañado de la clara enunciación oficial de una política sanitaria basada en el espíritu de Alma-Ata, configuró en aquel momento un escenario propicio para el crecimiento de la especialidad de Medicina Familiar y General (MFyG) en nuestro país.

La reforma delineada en los Planes Federales de Salud 2007-2010 y 2010-2016 propone al Primer Nivel de Atención (PNA) como el nivel organizador del sistema de salud, y promueve la formación de recursos humanos apropiados en competencias y cantidad (2, 3). En coincidencia con estos preceptos, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) reorientó en 2008 las becas de financiamiento nacional hacia las especialidades prioritarias para el PNA, entre ellas y con especial énfasis, la MFyG (4).

Asimismo, se logró consensuar entre los diferentes actores un Marco de Referencia para la Formación en la Especialidad, y un Sistema de Acreditación de Residencias del cual deben participar obligatoriamente aquellos programas que reciben becarios (5, 6), medidas que se espera contribuyan a delinear un siste-

ma de residencias acorde con el perfil del especialista que se pretende formar. Sin embargo, y a pesar de que el Marco de Referencia de la especialidad estipula una carga horaria del 50% en centros de salud (CAPS), hospitales rurales o consultorios externos, se desconoce el grado de aplicación de estos cambios en las residencias del país.

Según datos del Primer Censo de Residencias de MFyG, en el año 2003 existían 94 residencias públicas y privadas en todo el país (7). Si bien no todas contaban con un servicio asistencial que las respaldara, en la gran mayoría los docentes eran médicos de familia y generalistas. En el mismo trabajo, se citan datos del propio MSAL que indicaban que la cantidad total de residentes de MFyG en ese año en el sector público de todo el país ascendía a 876, de los cuales 456 eran financiados por la Nación.

Desde entonces, los cargos de financiamiento nacional ofrecidos anualmente aumentaron de 190 en 2004 a 318 en 2011, registrándose un aumento en la proporción de cargos que quedaron vacantes (8, 9). Esto se refleja en los datos solicitados a la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional del MSAL, que muestran que a diciembre de 2012 existían 433 residentes de la especialidad becados por esa repartición, distribuidos en todo el territorio nacional menos Neuquén, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y provincia de Buenos Aires —a excepción de una sola residencia en ésta última jurisdicción que sí recibe financiamiento nacional— (10). Sin embargo, este dato es insuficiente para calcular la cantidad total de residentes puesto que no incluye a aquellos que perciben remuneración exclusiva de la jurisdicción donde se desempeñan, así como tampoco a los que se encuentran en CABA y las provincias no incluidas en el financiamiento del MSAL.

Considerando que en 1997 existían 52 programas de residencias en el PNA —bajo distintas denominaciones—, es esperable evidenciar una tendencia creciente con las políticas reformistas actuales (11).

Este trabajo pretende delinear el cuadro de situación actual de las residencias de MFyG desde el censo de 2003, el cual se realizó previo a la puesta en marcha de los Planes Federales. Esperamos que sea una herramienta insustituible a la hora de evaluar la marcha de los cambios introducidos de 2007 a la fecha.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

El censo excluyó del relevamiento a las residencias privadas. El mismo se dividió en dos etapas. La primera se llevó a cabo entre agosto y octubre de 2012 y consistió en el relevamiento de las residencias públicas de MFyG existentes en cada provincia a través de los ministerios provinciales, las asociaciones

científicas locales de la especialidad, el registro de residencias que recibieron becas nacionales entre 2003 y 2012, y los llamados a concurso de los años 2007-2012 que pudieron recuperarse en cada jurisdicción. La segunda etapa se realizó entre noviembre de 2012 y febrero de 2013 e incluyó el censado de los residentes y el relevamiento del contexto de aprendizaje predominante en cada residencia. Para ello, se realizó personal o telefónicamente una encuesta semiestructurada a los responsables de la residencia o a un residente sobre los siguientes ítems:

- Duración de la Residencia en años
- Salario neto de los ingresantes de Primer Año
- Existencia de Jefe/a de Residentes
- Existencia de Instructor/a Docente
- Existencia de CAPS asociado
- Horas totales del programa en CAPS o consultorios externos de MFyG
- Horas totales del programa en rotaciones hospitalarias
- Horas totales de guardia

Las respuestas se almacenaron en una planilla de Microsoft Excel 2010. Se consideró inactivas a las residencias que no contaban con residentes en ninguno de los años, o que hubiesen llamado a concurso por primera vez en los últimos dos años y los mismos hubiesen resultado vacantes. Las residencias sin residentes que no hubiesen llamado a concurso al menos en los últimos dos años se consideraron cerradas, salvo indicación ministerial en sentido contrario. Se definió como residencias de baja actividad a las que tuvieran menos de dos residentes por año.

En CABA y las provincias de Santa Fe, Córdoba, Chaco, Mendoza, Entre Ríos, Neuquén, Corrientes,

Río Negro, Santa Cruz, Chubut y Tucumán se solicitó vía telefónica o por correo electrónico a las autoridades ministeriales correspondientes la confirmación de las sedes relevadas, y en Chaco además se solicitó confirmación del número de los residentes encontrados. En el caso de la provincia de Buenos Aires, se solicitó confirmación de las sedes a las distintas regiones sanitarias y la cantidad total de residentes a la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud. En ninguna jurisdicción se incluyeron las sedes que llamaron a concurso por primera vez en 2013.

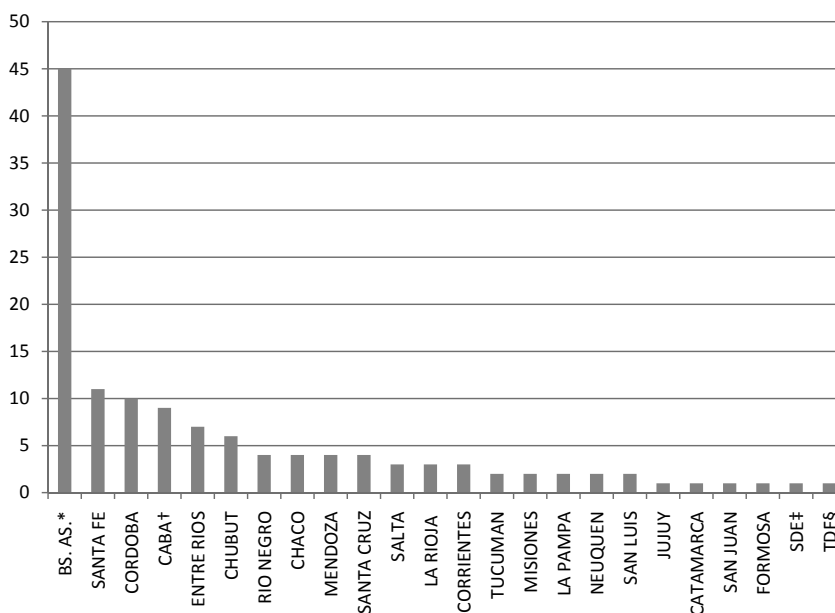
El instructor y el jefe de residentes fueron definidos como personas específicamente dedicadas para esa tarea. Las horas asistenciales se calcularon de acuerdo a la duración de la jornada, la rotación y las guardias de día de semana y de fin de semana. Las rotaciones rurales y las rotaciones clínicas en CAPS se consideraron como horas en CAPS u hospital rural.

Se utilizó una duración estándar del año tras el descuento por vacaciones de 45 semanas, lo cual consideramos que a los fines del trabajo no interfiere con el resultado final.

## RESULTADOS

Fueron identificadas 146 residencias en todas las jurisdicciones del país. Se recuperaron datos de todas las sedes relevadas. Se encontraron 17 sedes inactivas (11,6% de las sedes totales) y 61 residencias de baja actividad (41,8% de las sedes totales). La distribución por provincia de las sedes activas se puede observar en el Gráfico N° 1.

**Gráfico N° 1.** Residencias activas por provincia.



\*Provincia de Buenos Aires. †Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ‡Santiago del Estero. §Tierra del Fuego.

El 72,4% de las residencias corresponde a programas de cuatro años de duración –35% se encuentran en la provincia de Buenos Aires–, siendo el resto de tres años. Las residencias de la provincia de Entre Ríos se consideraron de tres años de duración aunque la duración reglamentaria de las mismas sea de cuatro años, puesto que en éste último el residente no se encuentra bajo un régimen exclusivo, e incluso puede ocupar el cargo de jefe de residentes. Las residencias de las provincias de Río Negro, Tucumán y Buenos Aires se consideraron como de cuatro años de duración a pesar de que todavía no hay residentes de cuarto año, a causa de que la ampliación del programa se introdujo luego del egreso de los residentes el año anterior.

En las 129 residencias activas fueron censados 926 residentes: 293 residentes en primer año, 270 en segundo, 280 en tercero y 83 en cuarto. El promedio de residentes por sede activa fue de 6,34, con un rango entre 1 y 43. La distribución geográfica de los mismos se muestra en la Tabla N° 1.

**Tabla N° 1.** Residentes por provincia.

Provincia	Residentes
Buenos Aires	248
Santa Fe	129
CABA	100
Córdoba	57
Entre Ríos	49
Tucumán	45
Mendoza	38
Neuquén	34
Chubut	28
San Juan	25
La Pampa	22
Río Negro	22
Corrientes	20
Santa Cruz	19
Salta	17
La Rioja	16
Chaco	11
Santiago del Estero	10
San Luis	8
Tierra del Fuego	8
Misiones	6
Jujuy	5
Formosa	5
Catamarca	4
Total	926

En cuanto a los recursos de cada residencia, 22 de las residencias activas (17,2%) no cuentan con instructor, 38 (29,7%) no poseen jefe de residentes, y 11 (9%) no tienen ninguno de los dos (ver Tabla N° 2). En las residencias que contaban con la figura de coordinador, se lo registró como instructor o jefe de residentes de acuerdo a la tarea que realizara. Seis residencias activas no poseen un CAPS asociado, las cuales se muestran en la Tabla N° 3.

**Tabla N° 2.** Residencias que no cuentan con Instructor o Jefe.

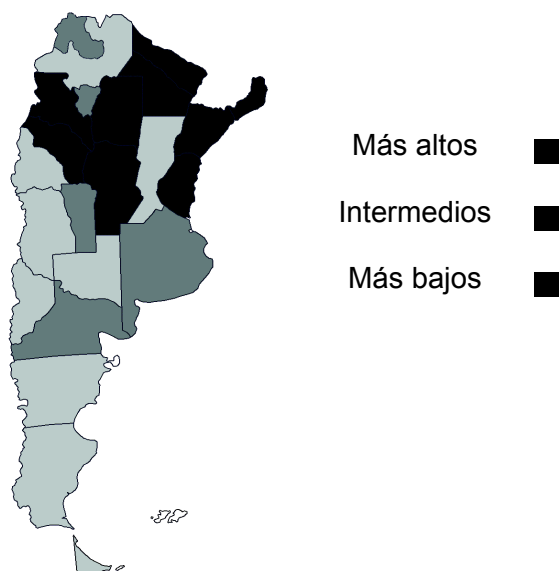
Residencia	Localidad
Hospital Municipal “Ana Rosa de Martínez”	General Madariaga (Buenos Aires)
Hospital “San Carlos”	Casilda (Santa Fe)
Hospital “Vicente Agüero”	Jesús María (Córdoba)
Hospital “José Antonio Ceballos”	Bell Ville (Córdoba)
Hospital Regional “Pasteur”	Villa María (Córdoba)
Hospital “Eva Perón”	Santa Rosa de Calamuchita (Córdoba)
Hospital Regional “Villa Dolores”	Villa Dolores (Córdoba)
Hospital “José Bernardo Iturraspe”	San Francisco (Córdoba)
Hospital “Juana Koslay”	Juana Koslay (San Luis)
Policlínico Regional de Villa Mercedes	Villa Mercedes (San Luis)
Hospital “Eleazar Herrera Motta”	Chilecito (La Rioja)

**Tabla N° 3.** Residencias que no cuentan con CAPS asociado.

Residencia	Localidad
Hospital “José Antonio Ceballos”	Bell Ville (Córdoba)
Hospital Regional “Pasteur”	Villa María (Córdoba)
Hospital “Carlos Saporiti”	Rivadavia (Mendoza)
Hospital “Eva Perón”	Santa Rosa de Calamuchita (Córdoba)
Hospital “José Bernardo Iturraspe”	San Francisco (Córdoba)
Hospital “Ntra. Sra. de la Misericordia”	Córdoba

El salario mensual promedio de los ingresantes de primer año es de \$5777, con un rango entre \$2400 y \$13.000. Las provincias con salarios iguales o inferiores a los \$4000 (más bajos), entre \$4001 y \$6499 (intermedios), e iguales o superiores a los \$6500 (más altos) se muestran en el Gráfico N° 2.

**Gráfico N° 2.** Salarios según provincias.



No se pudo recuperar la distribución de la carga horaria en 4 residencias: Hospitales de Caleta Olivia, Las Heras y El Calafate, todos de la provincia de Santa Cruz, y la del Hospital "Blas Dubarry" de Mercedes (Buenos Aires). De las demás residencias solamente no respondió la del Hospital "Domingo Funes" de Santa María de Punilla. Para el cálculo de la proporción asignada a cada escenario en cada residencia, se descontaron las que no poseían un CAPS asociado. De las demás residencias, 10,25% destina 50% o más de las horas asistenciales a CAPS, hospitales rurales o consultorios externos de MFyG; mientras que 20 (17,1%) destinan el 20% de las horas o menos (ver Tabla N° 4). Las rotaciones hospitalarias comprenden más del 30% de la carga horaria en 39 residencias (33%), siendo la principal actividad en 14 (12%). En 24 residencias (20,5%) la actividad de guardia ocupó el 50% o más de las horas asistenciales, encontrándose que en 5 de las mismas (4,3%) la proporción supera el 60%: Hospital "9 de Julio" de La Paz, Hospital "Delicia Concepción de Masvernat" de Concordia –ambos de la provincia de Entre Ríos–, Hospital Municipal "Dr. Juan Carlos Aramburu" de Pehuajó (Buenos Aires), Hospital "Alejandro Gutiérrez" de Venado Tuerto (Santa Fe) y Hospital Escuela y de Clínicas "Virgen María de Fátima" de La Rioja.

**Tabla N° 4.** Residencias que asignan el 20% o menos de las horas en CAPS.

Residencia	Localidad
Hospital "Camilo Muniagurria"	Goya (Corrientes)
Hospital Subzonal General "Julio De Vedia"	Nueve de Julio (Buenos Aires)
Hospital "San Benjamín"	Colón (Entre Ríos)
Hospital "9 de Julio"	La Paz (Entre Ríos)
Hospital Regional de Comodoro Rivadavia	Comodoro Rivadavia (Chubut)
Hospital Interzonal General de Agudos "L. C. De Gandulfo"	Lomas de Zamora (Buenos Aires)
Hospital Escuela y de Clínicas "Virgen María de Fátima"	La Rioja
Hospital Interzonal General de Agudos "San José"	Pergamino (Buenos Aires)
Hospital "San Roque"	Paraná (Entre Ríos)
Hospital "Alejandro Gutiérrez"	Venado Tuerto (Santa Fe)
Hospital Municipal "Dr. J. C. Aramburu"	Pehuajó (Buenos Aires)
Hospital "Delicia Concepción de Masvernat"	Concordia
Hospital Zonal General de Agudos "M. V. de Martínez"	Tigre
Hospital Zonal General de Agudos "San Felipe"	San Nicolás (Buenos Aires)
Hospital "Santa Rosa"	Villaguay (Entre Ríos)
Hospital Regional "Villa Dolores"	Villa Dolores (Córdoba)
Hospital "Dr. Lucio Molas"	Santa Rosa (La Pampa)
Hospital Zonal "Andrés R. Iso-la"	Puerto Madryn (Chubut)
Hospital "Vicente Agüero"	Jesús María (Córdoba)

## Discusión

Por definición, los censos son estudios poblacionales. Sin embargo, siempre existirán circunstancias que dificultarán incluir a toda la población objeto. En este trabajo, la renuencia de algunas oficinas estatales y encargados de residencias a informar datos públicos, además de dar lugar a numerosos interrogantes, fue un gran obstáculo para la realización de entrevistas, el censo de residentes y la recolección

de información creíble acerca de la distribución de la carga horaria. Debe destacarse además la ausencia de homogeneidad sobre la información recabada (en algunos aspectos muy básica) entre instructores, jefes de residentes y directivos de las instituciones entrevistadas, lo que podría dar cuenta de la falta de organización en muchos centros formadores. A pesar de esto, la cobertura del censo fue total.

A priori, los resultados aparentan evidenciar un aumento en las sedes existentes. No obstante, no es menor señalar que la metodología de relevamiento de las sedes no es igual a la del censo anterior. En esta oportunidad se excluyeron las sedes privadas y se incluyeron los llamados a concurso de varias provincias, lo que puede haber colaborado en la identificación de sedes inactivas o de baja actividad. Contando estas últimas, podemos asegurar que habría más sedes que hace diez años. Como hecho positivo, es destacable la apertura en 2010 de una residencia en la provincia de Tierra del Fuego, la cual permanecía en 2003 como la única jurisdicción sin residencias de MFyG.

A pesar del aumento en las sedes, es llamativo el porcentaje de residencias que denominamos “de baja actividad”. Tal denominación pretende dar cuenta de sedes con poca demanda, generalmente localizadas en el interior de las provincias, muchas de ellas con escasa estructura docente, y orientadas a la atención hospitalaria. No sería sorprendente evidenciar que estos cargos se ofrecen aleatoriamente según necesidad de personal, y no como parte de una planificación estratégica del recurso humano. El caso de la provincia de Córdoba, donde cinco de 10 sedes activas no tienen CAPS asociado, seis no cuentan ni con jefe de residentes ni instructor—entre ellas cuatro que tampoco tienen CAPS asociado—, y dos residencias distribuyen menos del 20% de las horas asistenciales en CAPS, refuerza esta hipótesis.

A la luz de los hallazgos de este censo, la prolongación de la residencia a un cuarto año (obligatorio en la provincia de Buenos Aires) aparenta ser una medida desconectada de los problemas que enfrenta la formación de médicos generalistas y de familia, así como de la planificación mencionada en el párrafo anterior (12, 13). En un modelo de formación del cual se espera que colabore con el desarrollo de competencias, no debería ser central la duración del programa, sino el proceso de aprendizaje propio de cada persona, incluyendo en el análisis del mismo la cuestión de los escenarios de aprendizaje. La inclusión de un cuarto año con la totalidad de la carga horaria en centros de salud podría pensarse como una respuesta a un déficit de formación en el primer nivel. Sin embargo, sería más coherente con el perfil propuesto de los médicos de familia y generalistas realizar toda su formación en centros de salud, y abandonar la idea de la necesidad de un periodo de rotaciones casi obligatorio en

el hospital. En síntesis, el centro del conflicto no está en la duración de la residencia, sino en el escenario y modelo de formación más apropiado para el desarrollo de las competencias de la especialidad.

La gran permanencia de los residentes de MFyG en los hospitales durante su formación es un tema preocupante. La formación en servicio potencia la apropiación de las prácticas de cada especialidad, sus conocimientos, sus códigos propios y los de cada institución de salud (14). En este sentido, actuarían reproduciendo las prácticas que se ejecutan en dichas instituciones, planteando una clara dificultad a la hora de establecer modelos de cuidados apropiados para el PNA. Si bien la discusión sobre la reformulación de los modelos asistenciales—las diversas formas de organizar el trabajo en salud— es todavía reciente y con pocos ejemplos de aplicación práctica (15), es importante remarcar que la formación centrada en el hospital está lejos de la propuesta del perfil de médico de familia, que incluye atención ambulatoria y en domicilio, así como tareas comunitarias, entre otras competencias para las cuales el hospital no constituye un escenario óptimo para su desarrollo (5).

Podemos observar que el número de residentes ha variado apenas 7,2% respecto a los datos de 2003. Esto se suma a otro trabajo que señala la ineffectividad del aumento de las becas para médicos de familia y generalistas para formar más especialistas (8). Haciendo una mirada más amplia del escenario de formación médica, encontramos que el censo de residencias de Clínica Médica realizado en 2008 identificó 2012 residentes de esa especialidad distribuidos en 162 sedes (16), lo cual ilustra la predominancia hospitalaria en la formación.

La evolución del salario, a pesar de representar un crecimiento del 900% con respecto al censo anterior, no ha ocurrido en todas las provincias por igual y se observa una clara tendencia a remuneraciones mayores en las provincias del sur, mientras que en el norte predominan las remuneraciones iguales o inferiores a los \$4000. Estas provincias son también las que tienen los peores índices de salud y las más altas proporciones de cargos vacantes (8).

Si bien el Marco de Referencia para las residencias de la especialidad establece que las instituciones en donde se forman los médicos deben actualizarse a las mejores condiciones científicas y políticas sanitarias disponibles (5), esta tarea no es para nada sencilla. En este trabajo puede observarse que no todas las residencias cuentan con instructor, que una de cada cuatro no tiene jefe de residentes, y que en muchos casos, algunos médicos de planta son los que ocupan esta función, una situación que deja mucho que desear para instructores y residentes por igual. Asimismo, sólo una de cada diez cumplía con la carga horaria estipulada en el Marco de Referencia. Esto vuelve a demostrar que los centros formadores no es-

tán cien por ciento adecuados para la formación, y que la demanda asistencial acaba por afectar el proceso de aprendizaje de los médicos en formación.

Esto aporta a nuestra propuesta de la necesidad de buscar otras vías para fortalecer la elección y organización de las residencias de MFyG en el país, además del destino de mayores recursos –no sólo económicos– para las especialidades consideradas prioritarias. Es necesario además promover la interacción entre los espacios educativos y las políticas de estado. En este sentido, la elaboración de marcos de referencias de las especialidades médicas es un buen ejemplo.

Como hemos podido evidenciar, existen muchísimas dificultades en el sistema de residencias médicas, puntualmente el caso de la MFyG. Estas limitaciones podrían pensarse como instrumentales, de organización y homogeneidad en los centros de formación; o bien como un agotamiento en la modalidad de la residencia médica. Quizás debiéramos empezar a pensar en modelos de formación alternativos, que permitan obtener trabajadores de salud que respondan a las verdaderas necesidades de la población, y que no sean meros replicadores de un sistema que ha demostrado sus fallas en varios aspectos de la actividad sanitaria. En este intento, deberían coalicionar en el esfuerzo de repensar el modelo de formación tanto las universidades, los gestores de políticas públicas y ambas federaciones que nuclean a los médicos de familia y generalistas del país (FAMFyG y FAMG), que como órganos colegiados de la especialidad deberían ser las entidades que participen activamente del proceso de construcción de un sistema de salud que se organice desde el PNA no sólo en los planos teóricos.

## CONCLUSIONES

No se registra un crecimiento significativo en los cargos de residentes de la especialidad. Existe amplia variabilidad en la distribución de la carga horaria, con mayor presencia del hospital como escenario de aprendizaje. Numerosas residencias no poseen las condiciones mínimas para el normal desarrollo de un programa de formación en MFyG. Debería empezar a pensarse que todas las dificultades observadas pueden deberse al agotamiento del modelo de formación basado en residencias, y empezar a proponer modelos alternativos.

**Fuente de financiamiento:** Beca “Salud Investiga” para Estudios Multicéntricos 2012-2013.

**Agradecimientos:** Méd. María Belén Ferro Moreno, Méd. Luciano López y Méd. Ana Paula Fagioli. Sin su inestimable colaboración no hubiera sido posible obtener los datos de la provincia de Buenos Aires.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Borrell Bentz RM, Godue C, Kaufmann R, eds. Las residencias médicas en América Latina. Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N° 5. Washington DC: OPS, 2011. p. 54.
- 2 Ministerio de Salud de la Nación. Plan Federal de Salud 2007-2010.
- 3 Ministerio de Salud de la Nación. Plan Federal de Salud 2010-2016.
- 4 Acta del Consejo Federal de Salud (COFESA) N° 3. Buenos Aires, 12 de setiembre de 2008.
- 5 Ministerio de Salud de la Nación. Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas. Especialidad Medicina Familiar y/o General. Buenos Aires, Diciembre de 2010.
- 6 Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 450/2006. Buenos Aires, 2006.
- 7 Vallese MC, Roa R. Primer Censo de Residencias de Medicina Familiar y General en la República Argentina. Archivos de Medicina Familiar y General. 2005;1(2):25-39. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/19/19> [consultado 22 Oct 2012].
- 8 Silberman P, et al. Efectividad de las becas del Ministerio de Salud de la Nación para la formación de especialistas en Medicina Familiar y General según Regiones de la República Argentina. Libro de Resúmenes del XI° Congreso Nacional de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General; 14-17 Nov 2012; Mendoza, Argentina.
- 9 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias nacionales. Evolución de oferta y cobertura de cargos de Medicina General y/o Familiar 2004-2012. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/images/formacion/graficosformacion/Posgrado/020\\_Evolucion\\_cupos\\_residencias\\_nacionales\\_MedGral\\_2004-2012.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/images/formacion/graficosformacion/Posgrado/020_Evolucion_cupos_residencias_nacionales_MedGral_2004-2012.pdf) [consultado 11 Nov 2012].
- 10 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional; 2012.
- 11 Roa R. Historia de la medicina familiar en la América Latina. En: Ceitlin J, Gómez GT, ed. Medicina de familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC y CIMF, 1997. p. 137-53.
- 12 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional. Política de Recursos Humanos en Salud.
- 13 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud. Programa de Medicina General. La Plata, 2011. p. 26. Disponible en: [http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/programas/medicina\\_general.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/programas/medicina_general.pdf) [consultado 3 Mar 2013].
- 14 Souza Campos GW. Gestión en salud: en defensa de la vida. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.
- 15 Onocko Campos R, Massuda A, Valle I, Castaño G, Pellegrini O. Salud colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva. 2008;4(2):173-185.
- 16 Elizondo CM, Giunta DH, González Bernaldo de Quirós F, Figar SB, Dawidowski AR, Waisman G. Formación en las residencias de Clínica Médica en la Argentina, 2008. Medicina (Buenos Aires) 2010; 70:143-150.