



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS DE MAGISTER EN SALUD COLECTIVA

El proceso de inserción laboral de los egresados de residencias de Medicina Familiar y
General en la provincia de Córdoba, Argentina. Año 2018

Ana Carolina Godoy

BAHÍA BLANCA

AGENTINA

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS DE MAGISTER EN SALUD COLECTIVA

El proceso de inserción laboral de los egresados de residencias de Medicina Familiar y
General en la provincia de Córdoba, Argentina. Año 2018

Ana Carolina Godoy

BAHÍA BLANCA

AGENTINA

2019

PREFACIO

Esta tesis se presenta como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Magíster en Salud Colectiva, de la Universidad Nacional del Sur, y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad u otra. La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo en el ámbito del Departamento de Ciencias de la Salud durante el período comprendido entre y el , bajo la dirección de Med. Mg Humberto Jure.

7 de julio de 2019



Firma

Departamento de Ciencias de la Salud

Universidad Nacional del Sur

RESUMEN

El Estado ha favorecido la formación en medicina familiar y general (MFYG) para fortalecer el primer nivel de atención (PNA), pero la cantidad de cargos adjudicados no ha variado, y muchos egresados migran a otras especialidades. La escasa remuneración y prestigio han sido razones citadas. Teniendo en cuenta que los primeros años de ejercicio profesional son claves, conocer las trayectorias de los especialistas en MFYG en esa etapa es relevante. El objetivo de este trabajo es describir características que influyen en la inserción laboral de estos especialistas para proponer soluciones a esta crisis de recursos. La bibliografía indica que los aspectos a tener en cuenta son: formación médica, mercado y subjetividades de los trabajadores. La formación médica se ha centrado en la enfermedad. El cuidado integral y la promoción de la salud son aspectos marginales. Los valores de la profesión han tenido traducciones en el mercado: tendencia a la hospitalización, súper especialización, gran crecimiento del sector privado. El PNA implica, muchas veces, estar en lugares marginales con déficits de recursos. Las nuevas generaciones viven las condiciones de trabajo de modo distinto. Para cumplir el objetivo se realizaron entrevistas en profundidad a egresados de residencias de MFYG de más 5 años de práctica, que residían en Córdoba. Se analizó el contenido para identificar y comprender las categorías de análisis, con ayuda del software Atlas Ti. Se encontró que el capital social ganado durante la formación fue lo más relevante para acceder a un trabajo. La realidad de las mujeres está condicionada a las tareas de cuidado que realizan en sus hogares. Se observan consecuencias del proceso de descentralización. Se describen influencias positivas de las políticas públicas orientadas al PNA. Pensamos que la clave está en

pensar una forma de producir salud teniendo en cuenta qué trabajadores que existen para esa tarea.

Palabras clave: Medicina Familiar y comunitaria; Medicina General; Recursos Humanos; Mercado de Trabajo; Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

The State has favored training in family and general medicine (MFYG) to strengthen the first level of care (PNA), but the number of positions awarded has not changed, and many graduates migrate to other specialties. Low remuneration and prestige have been cited reasons. Taking into account that the first years of professional practice are key, knowing the trajectories of the MFYG specialists at that stage is relevant. The objective of this work is to describe characteristics that influence the labor insertion of these specialists to propose solutions to this crisis of resources. The bibliography indicates that the aspects to take into account are: medical training, market and subjectivities of workers. Medical training has focused on the disease. Comprehensive care and health promotion are marginal aspects. The values of the profession have had translations in the market: tendency to hospitalization, super specialization, great growth of the private sector. The NAP implies, many times, being in marginal places with resource deficits. The new generations live working conditions differently. In order to fulfill the objective, in-depth interviews were carried out with graduates of MFYG residencies of more than 5 years of practice, residing in Córdoba. The content was analyzed to identify and understand the categories of analysis, with the help of Atlas Ti software. It was found that the social capital earned during training was the most relevant to access a job. The reality of women is conditioned to the care tasks they perform in their homes. The consequences of the

decentralization process are observed. Positive influences of the public policies oriented to the NAP are described. We think that the key is to think about a way to produce health taking into account what workers exist for that task.

Key Words: Family Practice; General Practice; Workforce; Job Market; Primary Health Care.

RESUMO

O Estado tem favorecido a formação em medicina familiar e geral (MFYG) para fortalecer o primeiro nível de atenção (PNA), mas o número de vagas concedidas não mudou, e muitos graduados migram para outras especialidades. Baixa remuneração e prestígio foram citados motivos. Levando em conta que os primeiros anos de prática profissional são fundamentais, conhecer as trajetórias dos especialistas da MFG nesse estágio é relevante. O objetivo deste trabalho é descrever características que influenciam a inserção laboral desses especialistas para propor soluções para essa crise de recursos. A bibliografia indica que os aspectos a serem considerados são: formação médica, mercado e subjetividades dos trabalhadores. O treinamento médico tem se concentrado na doença. A assistência integral e a promoção da saúde são aspectos marginais. Os valores da profissão tiveram traduções no mercado: tendência à hospitalização, super especialização, grande crescimento do setor privado. O NAP implica, muitas vezes, estar em lugares marginais com déficits de recursos. As novas gerações vivem as condições de trabalho de

maneira diferente. Para cumprir o objetivo, foram realizadas entrevistas em profundidade com os graduados das residências da MFYG com mais de 5 anos de prática, residentes em Córdoba. O conteúdo foi analisado para identificar e compreender as categorias de análise, com a ajuda do software Atlas Ti. Verificou-se que o capital social ganho durante o treinamento foi o mais relevante para acessar um emprego. A realidade das mulheres está condicionada às tarefas de cuidado que realizam em seus lares. As consequências do processo de descentralização são observadas. Influências positivas das políticas públicas orientadas ao NAP são descritas. Pensamos que a chave é pensar em uma maneira de produzir saúde levando em conta o que os trabalhadores existem para essa tarefa

Medicina de Família e Comunidade; Medicina Geral; Recursos Humanos; Mercado de Trabalho; Atenção Primária à Saúde.

LISTADO DE ABREVIATURAS

- **APS:** Atención Primaria de la Salud
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **MGYF:** Medicina General y Familiar
- **MSAL:** Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina
- **PNA:** Primer Nivel de Atención

ÍNDICE

1	Introducción	12
2	Título: El proceso de inserción laboral de los egresados de residencias de Medicina Familiar y General en la provincia de Córdoba, Argentina. Año 2018	14
3	Propósito	14
4	Problema / Preguntas	14
5	Hipótesis	15
6	Justificación	16
6.1.1	Justificación Social y Académica	16
6.1.2	Justificación Personal	16
7	Marco teórico y estado del arte	17
7.1	Modelos de atención	17
7.2	Modelo de formación en Medicina familiar y general	19
7.2.1	Aspectos generales de la formación de pregrado	19
7.2.2	El modelo de residencias	20
7.3	El mercado laboral en el que se insertan los especialistas en medicina familiar y general	22
7.3.1	Características del sistema sanitario y desarrollo de la APS	22
7.3.2	Aportes teóricos hacia la comprensión del mercado laboral en el sector salud	26
7.3.3	Nuevas realidades vinculadas al mundo del trabajo	26
7.4	El estudio de la inserción y trayectoria laboral de los profesionales	28
8	Objetivo General	30
9	Objetivos específicos	30
10	Metodología	30
10.1	Población de estudio	31
10.2	Unidad de análisis	31
10.3	Muestreo	31
10.4	Criterios de exclusión e inclusión	32
10.5	Espacio de la investigación	32
10.6	Construcción de datos	33
10.7	Aspectos éticos	33
10.8	Organización y Análisis de los datos	34
10.9	Categorías	34

11	Resultados	36
11.1	Descripción general	36
11.2	Generalidades del proceso de inserción laboral. Itinerarios que van desde puestos “precarizados y en transición” para alcanzar un “trabajo estable”.	37
11.3	Aspectos del Mercado que se relacionan con la inserción laboral de los médicos de familia	38
11.3.1	Lo público y lo privado	38
11.3.2	“Los insolventes de la Atención Primaria”: los primeros años de los MFYG en la Municipalidad de Córdoba	43
11.3.3	Elegir entre centro y el interior	44
11.3.4	Otros especialistas	44
11.4	Los cambios en la subjetividad de los trabajadores y el impacto en los procesos de inserción laboral: “ahora es totalmente distinto a cómo era antes”	46
11.5	Aspectos de la formación que se relacionan en la inserción laboral de los médicos de familia	47
11.6	Género e inserción laboral de médicos de familia y generales	49
12	Discusión	51
13	Conclusiones	62
14	Bibliografía	66
15	Apéndices	73
15.1	Apéndice 1	73
15.2	Apéndice 2	74
16	Anexos	77
16.1	Anexo 1: Nota de evaluación del Comité de Ética	77

La voluntad de la autora de este texto es utilizar un lenguaje que no discrimine ni marque jerarquías entre varones y mujeres. Se considera de relevancia destacar que, si bien se realiza un uso del masculino genérico, en general se alude a varones y mujeres. Esta opción se realizó conforme a la tendencia encontrada en la bibliografía consultada en el proceso de elaboración del marco teórico.

1 Introducción

Los primeros años de trabajo profesional resultan claves para la carrera laboral de los médicos (1). Es en estos primeros años donde se despliega el capital social, se deciden las posibilidades de nuevas formaciones de posgrado y se ubica el trabajador en la compleja trama del mercado laboral. En general, la bibliografía coincide en que la mayor movilidad laboral entre los egresados universitarios ocurre en los primeros años de trabajo, y pasados unos cinco años, el proceso se estabiliza (1).

El desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), y los compromisos renovados múltiples veces por los gobiernos de los países, explicitan que se requiere de un perfil específico de trabajadores de la salud (2). En lo que respecta al primer nivel de atención (PNA), los equipos de salud interdisciplinarios desarrollan cuidados centrados en la persona y la comunidad. Dentro de esos equipos, contar con médicos de familia y generales permite ofrecer un amplio abanico de servicios, que incluyen abordajes singulares pero también de grupos poblacionales. Si bien en esta tesis estudiamos el caso de los especialistas en medicina familiar y general, otras especialidades médicas son fuerza de trabajo importante en el PNA (como la pediatría, la clínica o la ginecología).

Para fortalecer el primer nivel de atención, el Estado Nacional ha propiciado en los últimos años la formación de médicos especialistas en medicina familiar y general (MFYG). Algunos años se ha aumentado la oferta de cargos de formación en esta especialidad, pero la adjudicación de los mismos se ha mostrado estable (3). Una revisión de estudios desde 1993 a 2001 en Norteamérica indicó que las bajas remuneraciones (comparadas con otras especialidades) y el bajo prestigio de la medicina familiar desaniman a los profesionales a elegir este tipo de especialización (4). Otro estudio realizado en nuestro país muestra, por el contrario, que el prestigio no es una razón de peso para considerar el ingreso a una formación de posgrado (5). Sin dudas, las razones del problema de los cargos vacantes escapan a características propias de la especialidad de MFG, dado que el déficit en los ingresos a programas de residencias se extiende hacia otras especialidades.

Se ha descrito que después de algunos años de ejercicio de la MFG, un porcentaje variable de estos médicos realiza otra especialidad (6) (7) (8). Sin embargo, los mismos estudios muestran que entre el 70% y el 80% permanecen en la especialidad, en general combinando su ejercicio en diversos sectores del sistema. Los trabajadores del subsector

público, según muestra un estudio realizado a médicos generales de la provincia de Buenos Aires, tienden a permanecer en el lugar donde realizaron la formación de residencia si existe esa posibilidad (9).

Otro elemento característico de la fuerza de trabajo del sector salud es la feminización creciente. Particularmente entre los médicos, la bibliografía indica que las mujeres optan por especialidades con estilos de vida más controlables, entre las que se encuentra la MFYG (10). Pero también es relevante destacar que la falta de perspectiva de género en muchas investigaciones obstaculiza que se revelen razones más profundas respecto a los trabajos que eligen las mujeres (11).

La provincia de Córdoba cuenta con varias universidades que forman médicos, y varios centros formadores de especialistas en MFYG de larga historia. Los programas de formación no se encuentran unificados, por lo que es probable que el perfil del egresado de MFYG también sea variable. Por otro lado, la historia del sistema sanitario en la provincia se encuentra atravesada por un proceso denominado descentralización (12), que implicó el traspaso del primer nivel de atención, desde la responsabilidad de la jurisdicción provincial para empezar a estar a manos de los municipios. Este proceso ha creado diferencias marcadas de infraestructura, presupuesto y capacidades de gestión a lo largo del territorio provincial, con particular afección de las localidades más pequeñas.

Cabe destacar, que además de las clásicas dimensiones relacionadas a la formación y a la oferta laboral, incorporamos algunas aproximaciones relacionadas a producciones teóricas más recientes: la cuestión de género y la cuestión de la subjetividad de los trabajadores en relación a la descripción del neoliberalismo actual. Consideramos que estos aspectos podrían dar nuevas pistas para la comprensión del tema en estudio.

Todos estos aspectos podrían influir, en mayor o menor medida, en el proceso de inserción laboral de los especialistas en MFYG. Para poder comprender qué elementos están presentes en esta etapa laboral, realizamos entrevistas a médicos de la nombrada especialidad, que se encontraran ya insertos en el mercado laboral de la provincia. A partir de esas entrevistas, analizamos que categorías aparecían en concordancia con la bibliografía, y cuáles categorías nuevas se sumaron.

El objetivo de este estudio es describir e interpretar las características del proceso de inserción laboral de los egresados de MFYG de la provincia de Córdoba. El abordaje metodológico de este trabajo es cualitativo, mediante entrevistas realizadas durante 2018.

2 Título: El proceso de inserción laboral de los egresados de residencias de Medicina Familiar y General en la provincia de Córdoba, Argentina. Año 2018

3 Propósito

Comprender los elementos que hacen al campo laboral médico puede resultar de gran importancia para las instituciones rectoras en materia de planificación del talento humano en salud. Con este estudio, se pretende contribuir a ampliar la mirada sobre las dimensiones que impactan en la vida laboral de los especialistas en MFYG, para contribuir a una mayor efectividad de las políticas públicas en el fortalecimiento de APS.

4 Problema / Preguntas

El objetivo de fortalecer el primer nivel de atención puede operatizarse de diferentes modos. Sin dudas, las estrategias centradas en el *talento humano* (expresión que adoptamos de González García¹ para referirnos a la fuerza de trabajo o recursos humanos), son las que competen a nuestro tema (5).

Cuando hablamos de APS y de talento humano, la especialidad de MFYG es clave. Con fuerte orientación a centrar los procesos de cuidado en las personas y su entorno, ofreciendo servicios integrales y longitudinales, las diferentes profesiones que desarrollan tareas de salud familiar (tanto médicos como enfermeros) son claves para la estrategia

En Argentina han sido pocos los intentos de planificación del talento humano (5), pero desde la implementación del Plan Federal de Salud en 2004 el tema fue cobrando relevancia. El ministerio de salud de la Nación definió a la MGYF como una especialidad prioritaria en vistas de fortalecer la estrategia APS (13).

¹ Ginés González García es médico y sanitarista argentino, autor de números libros que profundizan el estudio de aspectos centrales del sistema sanitario (políticas de medicamentos, recursos humanos, gasto en salud, entre otros). Actualmente, y por segunda vez en la historia del país, se desempeña como Ministro de Salud de la Nación Argentina.

Si bien el Estado invirtió entre 2004 y 2011 en aumentar hasta un 49% la oferta de becas para formación en MFYG (como modo de potenciar la APS), la cantidad de cargos adjudicados se mantuvo estable en alrededor de 150 cargos por año (3).

Además, hasta el 44 % de los egresados de residencias de MFYG optan después por realizar otras especialidades, situación que la distingue de otros médicos que en general tienden a ejercer su especialidad original (14).

Es decir que, a pesar de estimular su formación, el sistema de salud argentino tiene pocos MFYG (en relación al total de egresados de las carreras de medicina), y de esos pocos un porcentaje importante termina dedicando su vida laboral a tareas lejanas al PNA (15) (5). Este panorama podría colaborar a la llamada crisis de recursos en salud, en donde las políticas públicas basadas en aumentar la oferta de becas resultan insuficientes para el problema de contar con trabajadores formados para el PNA.

Más recientemente, un trabajo realizado en la provincia de Buenos Aires, mostró que la feminización es una característica del mercado laboral de los especialistas de MFYG, así como el pluriempleo y la tendencia al pluriempleo, con un trabajo en el subsector público (muchos casos en el mismo lugar donde se desarrolló la formación en la especialidad) (8). Esa misma investigación muestra que elementos vinculados a ciertos beneficios adicionales (licencias, cobertura de salud, entre otros), el trabajo en equipo y la remuneración son los elementos que más inciden en la elección de un trabajo.

Un estudio realizado en Perú a médicos con pocos años de experiencia en el mercado laboral mostró que las médicas ganaban menos dinero que los médicos (estimando los ingresos por hora). También mostró que los médicos mejoran sus condiciones de empleo después de varios años de ejercicio, particularmente relacionado con el aumento del ingreso y más chances de ejercer en el subsector público (16).

Dada la complejidad del mercado laboral en donde se insertan los médicos y ante los aspectos de la realidad descritos, resulta de interés conocer las vivencias de los especialistas de MFYG respecto a la inserción laboral, incluyendo el resultado de ese proceso. A partir de esto, quizás podamos comprender la brecha entre la propuesta de formar especialistas en atención primaria y la práctica laboral real de los trabajadores en cuestión.

Entonces nos preguntamos, desde la experiencia de los egresados de medicina familiar y general de Córdoba ¿El modelo de formación académica de pre y posgrado influye en la inserción e historia laboral? ¿Cuáles son los mecanismos que realizan y desarrollan los egresados para obtener un empleo y como perciben sus propias experiencias en el

mundo del trabajo? ¿Cómo influyen las características del mercado laboral en la inserción laboral y su trayectoria?

Esperamos, en el desarrollo de esta tesis, ir respondiendo estos cuestionamientos.

5 Hipótesis

En el proceso de inserción laboral de los médicos de familia y/o generales se manifiestan los elementos que regulan la actividad profesional. Por un lado, se encuentra la formación experimentada por los médicos, y por otro las reglas del mercado.

Se ha descrito que son dos las categorías que más influyen en el campo laboral de los médicos: la educación médica y la práctica médica (17). Estas categorías se desarrollan dentro de un modelo biomédico dominante, en donde, desde una racionalidad científica, se pone foco en la enfermedad como realidad objetiva, dejando de lado la subjetividad de las persona y su entorno (18). Ambas interaccionan, pero son independientes entre sí. La segunda tiene estrecha vinculación con el mercado laboral, ya que la práctica médica genera un sistema de servicios de salud en donde las subespecialidades se han consagrado como la manera más prestigiosa y económicamente redituable, sin importar los resultados en los indicadores de salud de la población.

En esta lógica, ofertar servicios tan amplios (como se propone en MFYG) es contracultural, oponiéndose a la lógica del mercado que pretende especializar hasta el hartazgo los servicios (19). Estos valores son transmitidos durante la educación médica de grado, por lo que pocos estudiantes desean formarse como especialistas en MFYG, optando por otras especialidades mejor valoradas (ya sea por prestigio, por demanda laboral, por remuneración, etcétera).

Además, los especialistas en MFYG experimentarían en sus trayectorias laborales la sensación de ser menos prestigiosos que otros especialistas, con dificultades para su inserción laboral específica. El mercado a veces les demanda hacer las veces de pediatras, de ginecólogos, o de clínicos para cubrir las demandas laborales y poder sostenerse económicamente. Estas experiencias alientan a muchos de ellos a buscar otras especialidades posteriores para poder sentirse realizados profesionalmente.

6 Justificación

6.1.1 Justificación Social y Académica

La preocupación por la cantidad de especialistas en MFYG está presente en las políticas públicas diseñadas por la dirección de capital humano del MSAL. Se pretende con esto

fortalecer la estrategia de APS. Pero las experiencias como trabajadores de esos especialistas no han sido suficientemente indagadas. El estudio de las vivencias subjetivas de estos trabajadores puede revelar problemas que están invisibilizados por los organismos rectores en la materia. Conocer otras dimensiones del problema puede colaborar al diseño de políticas más efectivas, y que incluyan la voz de los trabajadores.

6.1.2 Justificación Personal

En mi tránsito por la Universidad Nacional de Córdoba, el estudio de la enfermedad fue la protagonista. Temas vinculados a la salud pública eran escasos, aislados, y fuertemente vinculados a conceptos de la epidemiología clásica.

Durante el último año de la carrera, el programa de cursado incluye a la Medicina Familiar. Cierta contraste, o tensión teórica, con aprendizajes de años anteriores, se hicieron evidentes para mí.

Esa especialidad se revelaba como una forma diferente de trabajar en el campo de la salud, haciendo énfasis en el cuidado de la salud a nivel comunitario.

Este conocimiento, que profundicé luego en la residencia, ha marcado mi historia laboral, y la de mis compañeros de esos años. Tanto en actividades científicas, como en espacios de militancia gremial o política, hemos intercambiado experiencias de trabajo y de caminos laborales, que, de un modo u otro, inspiraron el tema de investigación que elegí.

7 Marco teórico y estado del arte

7.1 Modelos de atención

Describir los modelos de atención o de resolución de padecimientos de salud es de interés en nuestra tesis, porque permite ubicar a los médicos como parte de un entramado social específico. Es decir, permite identificar la posición que tiene (en el campo social) el ejercicio del profesional médico: qué se espera de su trabajo, particularmente en el aspecto asistencial. Por lo tanto, esta organización de sentidos se puede relacionar con las historias laborales de los egresados en MFYG.

La forma de resolver los padecimientos es una característica que distingue a la medicina familiar y general del resto de las especialidades (20), o al menos a eso aspira al definir

específicamente un modelo de atención deseable. Al dar valor no sólo al estudio específico de la enfermedad, sino también a llamada “dolencia”, los especialistas en MFYG dan ese diferencial en su ejercicio profesional (21). El concepto de dolencia se refiere al significado subjetivo que las personas le dan a su padecimiento específico (21). Indagar la dolencia implica disminuir la asimetría entre el conocimiento del médico y de la persona que consulta. De este modo, se pueden incorporar en los planes -de seguimiento y de tratamiento- herramientas que sean compatibles con el imaginario y saber de la persona que consulta. Este modo de actuar se enmarca en un ejercicio consciente de la relación médico/ paciente, utilizando el modelo clínico centrado en la persona (21), que propone, además, incorporar la dimensión familiar y comunitaria al proceso de cuidados. Desde la antropología, Menéndez² propone analizar diferentes formas de atención a los problemas de salud y enfermedad, distinguiendo prácticas de autoatención y prácticas médicas, con algunos espacios que podrían considerarse intermedios (22). Estas formas de atención, o modelos, tienen expresión concreta en la práctica de brindar cuidados de salud y en las de formar a los nuevos médicos. Por lo tanto, los modelos de atención médica ofrecen elementos para el análisis tanto de la educación como del mercado laboral en donde los profesionales se insertan.

Dentro de esos modelos, el concepto llamado Modelo Médico Hegemónico se destaca por la amplia utilización en el campo de la salud colectiva, para describir al modo de ejercicio de la medicina dominante en la población occidental (23). Si bien el modelo médico hegemónico atraviesa el resto de los conceptos que iremos analizando en las siguientes secciones, la especificidad de su desarrollo merece que explicitemos lo que la bibliografía dice sobre él. Encontramos la descripción de este modelo hegemónico corresponde a la biomedicina, entendida como la institución y práctica médica más pragmática, con fuerte tendencia a la patologización y medicalización de la vida (23).

Si bien algunos autores han introducido la idea de crisis de la biomedicina, hay suficiente elementos históricos para afirmar que estas crisis son características de este modelo, que sabe adaptarse a las necesidades de los tiempos para reafirmarse y potenciar su hegemonía (23) (24). Ejemplo de esto son la adaptación de prácticas milenarias y tradicionales (como la acupuntura o los masajes) a la oferta de servicios complementarios validados por la producción científica biomédica (24).

² Eduardo Menéndez es antropólogo, argentino, que reside en México desde 1976. Tiene una vasta trayectoria de investigación en temas de la salud pública, particularmente modelos de atención y antropología médica.

A pesar de ciertos cambios, la biomedicina se sigue caracterizando por el abordaje individual, con fuerte impronta del biologicismo, y adaptando sus prácticas a modelos mercantilistas (24). El proceso clínico centrado en la persona, la familia y la comunidad podría caracterizarse quizás como opuesto al modelo biomédico, en el sentido de poner el vínculo entre usuarios y profesionales en prioridad respecto a la atención de la enfermedad o de la biología. A pesar de esta tensión, los procesos laborales de los médicos, independientemente de su especialidad, no pueden dejar de ser leídos en la clave del modelo dominante.

7.2 Modelo de formación en Medicina familiar y general

7.2.1 Aspectos generales de la formación de pregrado

La medicina ha crecido desde la modernidad de la mano del aumento del conocimiento sobre la enfermedad y del desarrollo de las instituciones sanitarias, fundamentalmente los hospitales (25). Las especialidades médicas y los servicios brindados en el hospital siguen la lógica del estudio de la patología humana. Cuando Menéndez habla del ya descrito Modelo Médico Hegemónico, se refiere, entre otros elementos, al producto social de esa historia: de la de los médicos formados con el hospital en el centro de la escena (26).

La profesión médica ha atravesado varias etapas, que van desde una práctica única o general a la existencia de una vasta cantidad de especialidades (27). De la mano de enfrentamientos doctrinales, y ayudado por el aumento de conocimiento sobre el cuerpo y la patología, la especialización médica inicia en el siglo XIX (27). El crecimiento de cada especialidad fue de la mano de la institucionalización de la misma, en forma de servicio hospitalario, cátedra, sociedad científica, entre otras. El escenario de aprendizaje habitual de los nuevos médicos eran los consultorios de sus maestros o los hogares de los pacientes. Durante época moderna la medicina se profesionalizó al compás del fortalecimiento del método clínico, enlazando desarrollo profesional y abordaje individual de los procesos mórbidos. Este proceso de priorización de espacios de ejercicio profesional dejaba poco espacio al desarrollo de prácticas de cuidado más comunitarias o

más vinculadas a la salud y el cuidado. El énfasis de la medicina en las últimas etapas de su desarrollo está en diagnosticar la enfermedad, en ver los daños de la enfermedad sobre el cuerpo. Sin embargo, las limitaciones de este sistema han permitido críticas que se transformaron en la posibilidad de crear nuevos paradigmas para el abordaje en salud. Si bien la mayoría de las especialidades giran en torno de algún tipo de enfermedad, otras (como la pediatría y la MFYG) tienen su origen en demandas sociales más amplias, que tienen que ver con dar mejores respuestas de salud a ciertos sectores de la población.

El desarrollo de la tecnología médica moderna permitió el avance de las especialidades médicas fundamentalmente las centradas en la enfermedad. Esta hiper especialización, cada vez más acentuada, puede ser leído como conflictivo con los médicos generales y otros trabajadores de la salud (como parteras, optometristas, enfermeras anestesistas), ya que se crean campos especializados para algunas tareas que podrían ser absorbidas por trabajadores con prácticas más generales. El aumento del volumen de conocimiento específico en cada rama permitía que se diseñaran planes de formación más dirigidos. Este escenario mostraba a los especialistas como actores mejor preparados y más hábiles que los médicos generales respecto al manejo de cierto grupo de enfermedades, aunque el impacto poblacional de esta estrategia de súper especialización tiene más evidencias en contra que a favor.

Hacia 1893, en la Universidad de Johns Hopkins se desarrolla un modelo de formación que combina la residencia en el hospital con la actividad científica. Este modelo consolidó el prestigio de las especialidades con formaciones similares, centradas en el hospital y la complejidad tecnológica. Las prácticas de cuidado y seguimiento de los usuarios, así como los sujetos que padecen las enfermedades, son relegados a un lugar marginal.

Estas ideas también se cristalizan en lo que se conoce como "informe Flexner", presentado en 1910 con el nombre de "Medical Education in the United States and Canada" (28). En él se sientan las bases para la regulación de la formación médica universitaria. Entre otras características, se propone un énfasis en las ciencias básicas y de laboratorio, así como control universitario de los hospitales. Toda la propuesta gira en torno a la función del médico como operador ante la enfermedad. No puede vislumbrarse la existencia de la profesión en relación a los sujetos sanos (28)

Uno estudio realizado en la Universidad Nacional de La Plata mostró que la composición curricular de la carrera tenía una fuerte preponderancia de los contenidos "duros" (entendidos como los relacionados con el aspecto biológico de las cuestiones de salud), en detrimento de aspectos más "sociales". El mismo estudio mostró que el 65% de los estudiantes entrevistados tenían la intención de realizar una subespecialidad (29).

Actualmente, en las universidades del país, conviven modelos de formación que siguen las tendencias descritas (reduccionistas, fragmentadas) con modelos que apuntan a la mirada holística del PSEAC (30). Sin embargo, estas últimos (entre los que se encuentra la Universidad Nacional del Sur), son la minoría.

7.2.2 El modelo de residencias

Entendida como uno de los modos más completos de formación de posgrado, la residencia permite al médico adquirir competencias en un entorno laboral, y es un excelente ejemplo de la articulación entre estudio de la teoría y la práctica (31). El desarrollo del sistema de residencias en Argentina se disparó con el advenimiento de la industrialización de los servicios de salud, durante los años 90. Sin embargo, la escasa planificación del talento humano a nivel nacional, y la libertad del sector privado de acomodar los programas de entrenamiento en función de las necesidades del mercado, caracterizaron ese proceso de crecimiento (13).

Este modo de formación de los médicos se extiende a casi a todas las especialidades médicas, en un contexto donde la especialización ya era una tradición fuertemente arraigada en el cuerpo profesional (32). Pero los modelos educativos han ido evolucionando. Actualmente, la bibliografía se refiere a los procesos de enseñanza – aprendizaje basados en el desarrollo de competencias como los más efectivos para los programas de posgrado (33) (34). Particularmente, en las residencias vinculadas al PNA, las competencias a desarrollar incluyen, además de saberes estrictamente médicos, la incorporación de destrezas interdisciplinarias, y de trabajo comunitario (34).

La incorporación de espacios de formación diferentes al hospital es un proceso más reciente, que va de la mano del desarrollo de los servicios de salud orientados a la APS. Una de estas especialidades que incorpora nuevos escenarios de prácticas es la MFYG, incluyendo instituciones que brindan servicios ambulatorios y espacios más complejos de la vida comunitaria. En nuestro país, la MFYG comienza a desarrollarse hacia los años 60, en concordancia con el resto de latinoamérica, pero es a partir de los años 70 que se produce una expansión significativa de su crecimiento (32) (20). Esta tendencia al aumento de las residencias adquirirá distintos matices según la época de desarrollo, como veremos en la sección siguiente.

El Ministerio de Salud de la Nación, en su carácter de órgano rector, desarrolló un marco de referencia para la formación de especialistas en MFYG. En su elaboración participaron algunas universidades, así como las federaciones que nuclean a los nombrados

especialistas (35). Este documento marco, publicado por el Ministerio en el año 2010, indica que:

El Médico General y/o Familiar es el profesional que, guiado por valores de universalidad, equidad y solidaridad, reconoce los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención tanto a nivel colectivo como individual en sus dimensiones generales, singulares y particulares. Trabaja en la atención integral, continua y longitudinal de una población con referencia territorial, responsabilizándose del cuidado de la salud en todos los momentos del proceso salud enfermedad atención de la comunidad. Realiza intervenciones de carácter promocional, preventivo y asistencial considerando a la persona, como un sujeto, dentro de su contexto familiar y comunitario. (p. 26)

Los médicos en formación de la especialidad de MFYG desarrollan parte de sus prácticas en el escenario del PNA: el centro de salud y la comunidad a su cargo (36). Esto configura un espacio con complejidades distintas a las que se encuentran en el hospitalario, ya que las demandas de los ciudadanos y los determinantes sociales de la salud se encuentran más cercanos a los equipos de salud

La etapa de formación en las residencias resulta clave en la adopción de modos de trabajo. En una investigación anterior se ha documentado que en el caso de las residencias de MFYG de nuestro país, la mayor parte del tiempo de formación ocurre en hospitales de segundo o tercer nivel de atención (14). Esto podría resultar en dificultades al trabajar en centros de salud del primer nivel de atención, dado que “la realidad socio sanitaria del Centro de Salud, (es) muy distante de la asepsia de las paredes de un hospital” (36) (37).

Ya hemos indicado que un estudio en nuestro país indagó sobre la pertinencia de la formación recibida en la práctica laboral, clarificando que los egresados de programas de formación en MFYG encuentran útiles las competencias adquiridas (7). Sin embargo, también es cierto que suelen describir gran parte de la formación recibida como fragmentada y desconectada de la realidad de los territorios de trabajo. Podemos pensar entonces que la formación en las residencias muy probablemente no tiene gran coherencia con el perfil del egresado propuesto por el marco de referencia nacional, o que al menos está desarticulada con la intención estratégica del Estado y responde a la lógica del mercado actual, entre otros aspectos.

Desde que el Estado decide fortalecer las residencias de medicina familiar y general como estrategia para aumentar el recurso idóneo para la APS han pasado poco más de diez años. Esto ocurre en el marco del fortalecimiento del Estado como rector en materia de recursos humanos de salud (13). Pero los esfuerzos han sido dirigidos a aumentar el número de plazas disponibles para realizar residencias, y no ha profundizado en los modelos de formación. Se ha descrito que en general los esfuerzos a cambiar los recursos humanos en salud han sido dirigidos a cuestiones financieras o institucionales, y no a los modelos de formación (5).

7.3 El mercado laboral en el que se insertan los especialistas en medicina familiar y general

7.3.1 Características del sistema sanitario y desarrollo de la APS

El sistema de Salud argentino tiene una estructura mixta, formado (de acuerdo a la fuente de financiamiento) por tres subsectores: el subsector público, el de la seguridad social y privado (38). El sector público, a su vez, tiene distintos niveles de gestión según la jurisdicción (nacional, provincial y municipal), lo que trae distintas responsabilidades respecto a los niveles de atención. Los escenarios creados por estas combinaciones (de categorías de financiamiento y de jurisdicción), configura subpoblaciones con distintas necesidades epidemiológicas, distintas capacidades de pago y distinto ejercicio de sus derechos. También, en estos escenarios, las capacidades y estilos de gestión son distintos. Si bien son característicos de varios países, los procesos de fragmentación y segmentación del sistema alcanzan una mayor profundidad en Argentina (39).

La historia del sistema sanitario argentino identifica varios períodos, iniciando alrededor de los años 1945 a 1955 con una estrategia de planificación estatal centralizada, pasando por períodos intermedios que permiten el crecimiento desorganizado y desregulado del sistema, para regresar a un período (posterior al 2001) de nuevos intentos de coordinación federal (40). En esa historia, la fragmentación del sistema aparece como una de las características centrales, aunque existieron claros intentos políticos de asumir una integración (19) (41). A pesar de esos intentos, la presión de los intereses corporativos, sectoriales y de los laboratorios farmacéuticos hizo inviables esos esfuerzos (41) (42). La cuestión de la fragmentación se plantea como un problema porque se vincula con malos resultados sanitarios, en donde la inequidad y la ineficiencia son características nombradas con frecuencia (39) (43).

En el marco de esa historia, pueden analizarse la incorporación de los lineamientos vinculados a la estrategia APS, que tiene estrecho vínculo con el perfil del egresado en MFYG. Si bien los orígenes de la estrategia APS puede rastrearse con anterioridad, La declaración de Alma Ata de 1978 es un hito muy significativo en el campo de la salud (44). Significó un fuerte impulso político para reorientar las políticas de los países a buscar modos de fortalecer el PNA, y alcanzar la cobertura a la mayor parte de la población. Si bien Argentina participó de esa declaración, en ese momento el país padecía la última dictadura cívico militar, con un estado de avasallamiento de los derechos humanos y una profundización de la fragmentación del sistema sanitario. Durante esos años, la capacidad instalada y el poder de las obras sociales y sub sector privado argentinos se potencia (32). Se declara la obligatoriedad de la afiliación a las obras sociales, y se crea una institución especial para servicios sociales y de salud a adultos mayores (el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) (40). Estos dos espacios orientan su demanda a prestadores privados, y las instituciones públicas se convierten en la única opción para recibir servicios para la población más empobrecida. Sin embargo, las personas afiliadas a estos sistemas también siguen recibiendo servicios del subsector público, afectando a efectividad y uso racional de la oferta disponible (40). La coordinación propuesta para este sistema, que consolida su fragmentación en esos años, tuvo que ver mucho más con las tecnologías duras (vinculadas a la incorporación de tecnología) que a la adopción de un modelo de atención basado en la APS. Por eso, si bien el país adhiere a lo enunciado en Alma Ata, el eje de las políticas públicas se orientaba a consolidar la fragmentación, y no se identifican políticas públicas que favorezcan al primer nivel de atención en ese período de la historia.

Con el retorno de la democracia vuelve a ponerse un nuevo foco en el interés sanitario y la APS, y los especialistas en MFYG empiezan a nuclearse (32). Se produce, también, un crecimiento muy importante de las residencias en MFYG a lo largo de todo el territorio nacional, junto con un aumento de la capacidad instalada para el primer nivel de atención (14).

La fragmentación del sistema tuvo diferentes significados: en la década del 50 estuvo ligada a una lógica sanitaria que pretendía llegar más cerca de la población, pero en las épocas de políticas neoliberales estuvo atada a la lógica del ajuste fiscal (45). En los años 90, la fragmentación se profundiza, y constituye una estrategia central en la reforma de los servicios sanitarios en América Latina. Las reformas producidas en ese período

acompañan políticas generales de apertura comercial, desregulación de algunos espacios y tendencia a la privatización (15), y el sector salud no fue la excepción. En ese período es cuando en la provincia de Córdoba se ejecuta la profunda descentralización, que tienen particular impacto en la organización del PNA, como veremos más adelante. Si bien estas reformas han tenido resultados disímiles, algunos autores indican que no han apelado a los cambios en las subjetividades de quienes brindan los servicios de salud (5).

Finalmente, en una época más reciente, el rol del Estado en lo relacionada a la organización del sistema y el trabajo en la estrategia APS cambiaron significativamente. Después de la crisis del 2001, la emergencia sanitaria perduró algunos años. En esa época, el Estado Nacional creó espacios de coordinación federal, a fin de organizar el subsector público (40). Se crearon programas nacionales con fuerte impacto en la organización y aumento de capacidad resolutive del PNA: el PROAPS (Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud), el programa Remediar y el Plan Nacer (39) (41) (15). Estos programas se implementaron en todo el país, y los últimos dos continúan vigentes en la actualidad, proveyendo de medicamentos y asistencia financiera a los equipos de salud del primer nivel.

En la Provincia de Córdoba, es entre 1995 y 1999 cuando se transfieren responsabilidades de la provincia a los municipios, sin el acompañamiento presupuestario. El traspaso supera los 400 efectores sanitarios (de los 500 que tenía a cargo la provincia). Esta etapa es conocida como la etapa de *shock* dentro del proceso de descentralización neoliberal (45). Salvo los grandes municipios (Córdoba Capital y Río Cuarto), que ya contaban con un sistema de atención propio a cargo de las municipalidades, el resto tuvo muchas dificultades para asumir la responsabilidad de organizar y sostener el primer nivel de atención (45). Entre 1999 y 2005, se sostiene la descentralización, pero se hacen intentos de organizar el sistema sanitario a fin de mejorar (o afianzar, como indican sus críticos) el deterioro que había producido el ajuste de la época anterior.

Un aspecto relevante para nuestro tema de estudio, es que la descentralización ha generado diferencias valorativas entre los grandes hospitales de la capital de la provincia, y los pequeños centros del interior. Esto va aparejado de una subestimación que dicen padecer los médicos generales que se encuentran en el interior (45), y encuentra su explicación en el ya descrito Modelo Médico Hegemónico (26). Este modelo dominante en el campo de la medicina desarrollo una propuesta hospitalocéntrica, biologicista y

tecnocrática, con procesos de enseñanza centrados en la enfermedad y conocimientos fraccionados y descontextualizados.

En ese marco de las políticas de reforma que consolidan la descentralización, se incorporan programas de financiamiento externo, que incluyen el apoyo a la estrategia APS como aspecto relevante. Esto se ve favorecido por nuevos acuerdos internacionales que insisten en priorizar la APS como manera de mejorar la salud regional (2). Algunos programas nacionales y provinciales han favorecido la formación de especialistas en MFYG, lográndose que en la actualidad muchos de ellos ocupen lugares centrales de decisión, en todos los sectores (32) (41).

Toda esta compleja historia ha tensionado los discursos y las prácticas en el campo de la salud pública. Aún persisten ciertas confusiones entre el uso de los conceptos Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención, que en algunos espacios se usan como sinónimos (39). Sin embargo, las líneas de trabajo propuestas por Alma Ata continúan dando sentido al quehacer de actores claves. Existen hoy en el país más de 6500 centros de atención primaria (39). En la provincia de Córdoba, según la base de datos del Programa Remediar, hay 781 centros de atención primaria, la mayoría en lugares urbanos (46). APS ha crecido en el país, y desde esa estrategia se ha generado mucha capacidad instalada. Es probable que coexistan una multiplicidad de sentidos respecto a qué se entiende por APS, entre las opciones que se describen en la bibliografía (47) (12).

7.3.2 Aportes teóricos hacia la compresión del mercado laboral en el sector salud

7.3.3 Nuevas realidades vinculadas al mundo del trabajo

Las experiencias de los sujetos van ligadas a las dinámicas organizacionales, que a su vez se moldean con los movimientos del mundo laboral. En los últimos años, se han publicado numerosos textos que hablan sobre el tema: algunos con tintes más descriptivos, otros más críticos, y otros más futuristas. Para esta investigación, hemos decidido incluir algunos aspectos que están en discusión para el análisis de los resultados. En primer lugar, realizaremos algunas consideraciones sobre el bienestar y el malestar de los trabajadores. Luego, incluiremos aspectos vinculados a la variable

género, que está siendo puesta en primera plana gracias a los movimientos feministas. Por último, abordaremos algunos autores que consideran las nuevas subjetividades en épocas de neoliberalismo.

El mundo del trabajo tiene un fuerte impacto en la construcción de la subjetividad. El impacto del hacer productivo puede crear factores deteriorantes o protectores de la salud. La organización mundial de la salud (OMS) indica que un lugar de trabajo saludable es aquel en el que todos los miembros (empleadores y empleados) realizan esfuerzos mancomunados para proteger y elevar la calidad de salud de sus miembros y el entorno (48).

La literatura indica que el entorno social del espacio de trabajo, el compañerismo y el reconocimiento del trabajo por parte de sus colegas, son aspectos que contribuyen en gran medida al bienestar del trabajador (49). Las situaciones de excesiva carga horaria, así como la falta de control del horario laboral, son situaciones que se vinculan con fuerza con problemas de salud y estrés laboral (49).

Otro de los temas que hacen al sujeto en el mercado laboral tiene que ver con el género. La literatura describe diferencias en las vivencias en el mundo del trabajo entre los géneros masculino y femenino. Algunos reportan más índices de problemas de salud vinculados con la sobrecarga laboral en mujeres (49). Las causas de esta diferencia no encuentran una única explicación: por un lado, algunos autores plantean que el género femenino es más proclive a sufrir estos trastornos, o al menos, culturalmente, es más proclive a identificar estos problemas y notificarlos (49). Otros autores, en cambio, destacan la multiplicidad de roles que debe cumplir el género femenino en el mundo occidental, cumpliendo con frecuencia una doble jornada laboral: la vinculada al trabajo remunerado, y las tareas domésticas de su hogar (sin percibir remuneración por ello) (11).

De lo que no quedan dudas, es de las inequidades en el mundo del trabajo que se asocian al género. La literatura remarca que el principal causal de esa inequidad se juega en el espacio doméstico, y que es en relación al cuidado de otros (hijos, familiares, etc.) en donde las mujeres se encuentran sobrecargadas (11). Si bien el grado de formación impacta en el grado de ocupación de la población general, si se realizan análisis por género encontramos que las mujeres con más formación tienen grados de ocupación laboral más altos (69% en Argentina), pero nunca alcanzan los grados de ocupación de los varones (11).

Un estudio realizado a estudiantes egresados de medicina indicó que las mujeres esperan ganar menos dinero por la misma cantidad de horas trabajadas (50). Los autores dejan entrever que podría existir una asociación con la tendencia de las mujeres de elegir especialidades menos valoradas y más relacionadas al cuidado (10). Se argumenta que la intención es encontrar estilos de vida más controlables (sin guardias ni jornadas extensas), y más compatibles con la posibilidad de cuidar de una familia. Respecto a la relación con el cuidado, la bibliografía describe que las habilidades asociadas al ejercicio de cuidar se desarrollan con la práctica. Se trata de una habilidad que no es innata a un género, ni está dada de antemano (11). Es decir, la relación entre género femenino y cuidado es una relación construida por la asignación cultural que se hace de las responsabilidades sociales.

Si bien se describen diferencias y se proponen causas en los estudios citados, es importante remarcar que el género dominante ha determinado eliminar las perspectivas feministas a los problemas de investigación (51). Sin embargo, en estos últimos años, se observa un avance en la incorporación de estas perspectivas en el campo de la discusión del talento humano, y, al decir de algunas autoras, “el género está sobre el tapete” (11). Está muy documentado que las mujeres sufren discriminación y violencia en sus trabajos vinculados a la salud en todo el mundo (51). A pesar de las recomendaciones de los organismos internacionales, la efectiva implementación de políticas públicas para favorecer la equidad de género es errática, parcial y fuertemente limitada por el contexto político-económico en el que se inserta y por la puja de diversos intereses sectoriales.

En 2018 se publicó en nuestro país un extenso trabajo que aborda el tema de las diferencias de género en el sector salud (52) . Describe que existe una tendencia creciente a la presencia de mujeres trabajadoras, y que cada vez más estas mujeres son profesionales. En la carrera de medicina hay cada vez más mujeres egresadas, estudiantes y nuevas inscriptas. Hacia 2016, calcula que la feminización alcanza el 60%. La mitad de las mujeres del sector están en unidas o casadas, y un 66% de ellas tienen al menos un hijo. En el caso de los varones, las cifras para esas características alcanzan el 65 y el 57%. Estas diferencias podrían tener implicancias en el uso del tiempo, y en la posibilidad de trabajar más horas a cambio de una remuneración. Otras autores, también remarcan la continuidad de la jornada laboral que tienen las mujeres, lo que significa cumplir la jornada de trabajo remunerado y continuar con el trabajo doméstico no remunerado al regresar a sus hogares (11).

Otro de los temas que decidimos incorporar al marco teórico de esta tesis, trata sobre la crítica que algunos autores realizan a la experiencia de los trabajadores en este momento histórico. Algunos autores indican que el neoliberalismo es fundamentalmente una racionalidad, una lógica de cómo ser en el mundo (53). Luego, y solo posible porque ocurre lo primero, puede entenderse el neoliberalismo como política económica. Es un punto de vista interesante para nuestra tesis, dado que la descripción que los autores hacen de esta racionalidad, implica comprender cierta subjetividad de los trabajadores en este mundo. Estos autores plantean que el neoliberalismo produce un sujeto frágil, aislado, flexible, empresario de sí mismo. Este sujeto adhiere a los valores del neoliberalismo: tiene fuerte identificación con entre sus aspiraciones personales y los objetivos de la empresa en la que se encuentra; valora la autoadministración y el desempeño óptimo en todos los campos de su vida. Tiende a pensar que todo lo que le ocurre es por su propia responsabilidad, y no por la estructura que lo contiene. Hay una fuerte tendencia a encontrar goce en el aumento de productividad individual, o la auto explotación (54).

Esta nueva racionalidad trae aparejada una cierta cantidad de padecimientos. La flexibilidad aparenta ser liquidez, según el decir otros autores (54). Esto genera la posibilidad de cambiar rápidamente de trabajo, pero también incluye la sensación de estar empezando de cero todo el tiempo. Este reinicio constante trae aparejada la poca sociabilización con los pares en los espacios de trabajo, así como la dificultad para comprometerse demasiado con la tarea. El aumento en la prevalencia de los trastornos depresivos, así como el desgaste llamado *burnout* resultan la contracara de la productividad (53) (54).

7.4 El estudio de la inserción y trayectoria laboral de los profesionales

Para este trabajo, utilizamos herramientas teóricas de la sociología del empleo. Ésta parte de la idea de que el empleo no es sólo un fenómeno de mercado, sino que es una experiencia central determinada por múltiples juegos sociales (55). Estudia los movimientos de los individuos de ingreso, salida y permanencia en un puesto laboral, así como las interacciones y significados sociales que se dan a estos juegos.

En la bibliografía se definen a las trayectorias laborales como los recorridos que hacen los individuos en el mercado laboral, partiendo desde la culminación de cierta formación o entrenamiento (56). Esta trayectoria supone el recorrido por distintos puestos laborales, que expresan fundamentalmente dos aspectos: por un lado, la formación recibida; por el otro, una compleja relación entre factores sociales (incluyendo el origen social, el género, el momento social en donde el individuo ingresa al mercado laboral, entre otros). Dentro de esa trayectoria, los estudios de la inserción laboral constituyen un enfoque especial, que se concentra en los primeros cinco años que llevaría la estabilización de la trayectoria laboral (56) (1).

Desde hace tiempo se entiende que la inserción laboral es un proceso, y no un momento determinado (1). Hay coincidencia en la bibliografía de que la duración, en el caso de los profesionales, la inserción podría llevar unos cuatro años. Creemos, dadas las consideraciones iniciales, que al estudiar la inserción laboral, podremos dar luz sobre las tensiones que entran en juego en la realidad laboral de los especialistas en MFYG.

Algunos estudios realizados entre distintos tipos de trabajadores, muestran que los diferentes contratos ofrecidos en el mercado laboral producen diferentes valores de jerarquía social. Esto ocurre a pesar de que las tareas realizadas y la formación académica del empleado sean las mismas. Es decir, para igual tarea y calificación, tiene más valor social un empleo a tiempo completo permanente, que un empleo a tiempo parcial o por tiempo indeterminado (55).

Estos mismos estudios remarcan que no existe tal cosa como la *opción de trabajar a medio tiempo*, sino que el avance de ciertas lógicas de mercado ofrece a los trabajadores mayoritariamente este tipo de contratos, que de ninguna manera representan una opción individual (55). El avance del desempleo en nuestras economías regionales configura una realidad en donde el temor a no conseguir empleo o perderlo es una amenaza. Sin embargo, entre los médicos de nuestro país, el desempleo no configura un problema actual (52).

En la inserción laboral de los médicos el capital social juega un papel muy relevante a la hora de abordar las desigualdades en los mecanismos de acceso (1). Se llama capital social al conjunto de relaciones sociales de las dispone un individuo (57) (58). Otros capitales, como el cultural, también impactan en el acceso al empleo, pero dado que

estudiamos a un grupo con la misma carrera académica, pensamos, a priori, que esto le da las mismas posibilidades a todos.

8 Objetivo General

Describir e interpretar las características del proceso de inserción laboral de los egresados de Medicina Familiar y General, que residan en la provincia de Córdoba durante 2018.

9 Objetivos específicos

- Describir las trayectorias laborales de médicos de familia de la provincia de Córdoba egresados hasta 2010, que residan en la provincia de Córdoba durante 2018.
- Analizar e interpretar los mecanismos desplegados para obtener empleo en los médicos de familia egresados en Córdoba hasta 2010, que residan en la provincia de Córdoba durante 2018.
- Analizar e interpretar la influencia del modelo de formación en el proceso de inserción laboral de la población estudiada, que residan en la provincia de Córdoba durante 2018.
- Analizar e interpretar la influencia del mercado laboral en la inserción laboral de la población estudiada, que residan en la provincia de Córdoba durante 2018.

10 Metodología

Dado que objeto de estudio trata sobre la experiencia social del trabajo de especialistas médicos, consideramos que los métodos cualitativos de investigación serán los apropiados para alcanzar los objetivos. Este tipo de metodología puede permitir conocer lo que trata “del ser humano en sociedad, de sus relaciones e instituciones, de historia y de su producción histórica” (59) (60)

Abordamos el proceso de recolección de datos y su análisis desde el paradigma de la complejidad, que propone que el todo está en la parte, pero la parte está también en el todo (61). Desde esta posición, podremos comprender ciertos procesos sociales desde los relatos de los individuos, que aunque no pretendemos generalizar los resultados dadas las características del método propuesto.

Se trata de un estudio observacional, a nivel individual, de corte transversal (62). Este modo de investigar el fenómeno permitió acercarnos a aspectos o dimensiones del mismo en sujetos diferentes que pertenecen a un universo común.

10.1 Población de estudio

La población de estudio fueron los médicos de familia con 6 o más años de trabajo continuado contando desde el momento en que accedieron a la especialidad en MFYG. La bibliografía consultada indica que la inserción laboral es un proceso inestable los primeros 5 cinco años, y luego se estabiliza. Además, las fuentes consultadas indican que los médicos menores a 30 años son los que presentan, con más frecuencia subempleo y desempleo (19) (1). Una de las características relevantes a la hora de ingresar y permanecer en el mercado de trabajo es el nivel de instrucción, por eso, y a fin de homogenizar la población de estudio, se procurará que todos los entrevistados cuenten con título de especialista otorgado por una universidad nacional o por una de las dos federaciones de MFYG (Federación Argentina de Medicina General y Federación Argentina de Medicina Familiar y General).

Al contar todos con el mismo grado de formación académica, podemos inferir que todos los individuos de la población han contado con un capital académico similar para acceder al empleo.

10.2 Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron los relatos de estos médicos respecto a sus experiencias en el proceso de inserción laboral.

Se identificaron las características del proceso que llevarían a esos sujetos a realizar cierto perfil de tareas, relacionándolo con las descripciones teóricas vinculadas a los modelos de atención.

10.3 Muestreo

El muestreo se realizó por conveniencia, combinando muestreo teórico y la estrategia de bola de nieve. Por razones de viabilidad, se optó por especialistas que residan en la Provincia de Córdoba. Se procuró que la cantidad de varones y de mujeres fuera similar, aunque no se realizaron análisis específicos por género. Se tomó contacto por correo electrónico o teléfono con los especialistas, y se concretó una fecha para la entrevista. Se trató de un muestreo no probabilístico, apropiado para las investigaciones que requieren métodos cualitativos. Se trata entonces de buscar algunas partes del fenómeno para poder comprender el todo, pero sin pretender hacer generalizaciones en términos estadísticos (63). Se seleccionó al primer caso en función de lo revisado por la bibliografía: entrevistado de género hombre (pensando que la mayor cantidad de posibilidades estaría entre mujeres), y que hubiera tenido un recorrido diferente laboral que lo lleva a ocupar un puesto con pocas vacantes para los médicos de familia, en este caso, ocupaba un cargo de gestión, pero cercano a la APS. A partir de allí, se solicitó a cada entrevistado que recomendara dos o tres personas. Entre los recomendados, se los eligió en función de que existieran particularidades que pudieran enriquecer el estudio, y que se cumpliera la intención de que exista paridad de género.

Todos estos pasos se realizaron teniendo en cuenta que el muestreo cualitativo ideal es aquel que logra mostrarla totalidad de las múltiples dimensiones del objeto de estudio (59).

10.4 Criterios de exclusión e inclusión

Se incluyeron a los médicos especialistas en MFYG en actividad que lleven 6 años o más de trabajo en el campo de la salud.

Se excluyeron a aquellos que hayan cambiado de campo, ejerciendo su actividad laboral fuera del área de la salud.

10.5 Espacio de la investigación

La provincia de Córdoba cuenta con 3.308.876 habitantes según datos del censo de 2010. La misma fuente indica que un 32.9% de la población no cuenta con obra social ni plan médico (64).

Esta provincia posee una superficie total de 165.321 kilómetros cuadrados (el 4% del total nacional). La capital lleva su mismo nombre, se divide en 26 departamentos políticos y

248 municipios que cuentan con autonomía política, económica, financiera e institucional. La tasa media anual de crecimiento de la población es de 8,5 por mil y la densidad demográfica es de 20,0 habitantes por kilómetro cuadrado.

Como el resto del país, cuenta con un sistema de salud mixto, compuesto por el subsector público, el subsector privado y el de las obras sociales.

De acuerdo a datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina, hacia 2013 la provincia contaba con 36.931 médicos. El total de establecimientos asistenciales ascendía a 1794, de los cuales 803 corresponden al subsector público, 984 al sector privado y 1 a obras sociales (65).

10.6 Construcción de datos

Dentro de los estudios relacionados a las trayectorias laborales, tanto la entrevista como el cuestionario cerrado son los métodos propuestos. Para este trabajo, elegimos las entrevistas, en sus modos semi-estructurada y en profundidad. Este tipo de instrumento se seleccionó pensando en que permitiría obtener datos objetivos (referidos a las trayectorias laborales que recorrió el sujeto) y también subjetivos (las sensaciones y las resignificaciones que hace el sujeto respecto a su trayectoria laboral).

Para elaborar la guía de entrevista, se diseñaron preguntas en función de los objetivos del estudio. Si bien se tuvo en cuenta que se realizarán preguntas referidas a años anteriores, al ser el trabajo una dimensión fundamental de la vida, es posible recordar procesos importantes como la inserción al mercado laboral (1). Por eso se apeló a esta técnica para recoger la información que permitió reconstruir esos años, e identificar los elementos que influyeron en él. Es esperable que los informantes re signifiquen hechos, pero esto no es algo conflictivo ya que las impresiones de los sujetos fueron tenidas en cuenta en este estudio.

Se elaboró la guía de entrevista en relación con la revisión de la bibliografía, dividiendo las preguntas en temas y subtemas. De acuerdo a cada entrevista realizada, se fueron omitiendo algunas preguntas, o apareciendo otras para profundizar algunos temas.

Se utilizó el criterio de saturación del discurso para determinar la cantidad de entrevistados. Se realizó la transcripción textual de todas las entrevistas, utilizando planillas diseñadas para tal fin. Se registrarán datos del entrevistado, duración de la entrevista, lugar en donde se desarrolló. La transcripción y el análisis comenzaron juntamente con la realización de las entrevistas, lo que permitió ir identificando la aparición de repeticiones en algunas respuestas.

Los materiales utilizados fueron un grabador y un cuaderno de notas, a fin de registrar la entrevista y las percepciones u otras notas consideradas relevantes.

10.7 Aspectos éticos

Se garantizó el anonimato de los participantes, así como también la confidencialidad de la información. Como acuerdos previos al inicio de la entrevista, se leerá el consentimiento informado (ver Apéndice 1) y se procederá a su firma.

Se aclaró el derecho de los participantes de retirarse del estudio, revocando así el consentimiento. De todos modos, ningún participante decidió retirarse.

En la investigación cualitativa se estudian fenómenos desde el punto de vista de los sujetos estudiados, por eso se pensó una estrategia de volver a los informantes durante el proceso de investigación para garantizar la credibilidad de la información (66). Desde esa perspectiva, la información obtenida fué devuelta a los participantes del estudio.

10.8 Organización y Análisis de los datos

Se realizó la transcripción de las grabaciones. Se realizó una lectura de la totalidad del material obtenido. Para analizar la información se utilizaron técnicas de análisis del contenido.

El análisis del contenido se enmarca en una clásica herramienta metodológica de las ciencias sociales conocida como análisis del discurso. La utilidad de este tipo de análisis radica en poder identificar temas en diferentes discursos (en nuestro caso el producido por las entrevistas), que, a través de un proceso de análisis, es contrastado con las categorías que se desprenden de la hipótesis (67). Específicamente en lo referido al análisis del contenido, la metodología busca identificar objetivamente (ya sea cuantitativamente por repetición de palabras o frases, o cualitativamente por proximidad a un campo temático) algunos indicadores que permitan analizar los mensajes en un contexto dado, fundamentalmente, por el marco teórico desde el cual se estudia un tema (68).

Se clasificaron los datos de acuerdo a las categorías teóricas establecidas previamente, las cuales se elaboraron en línea con los objetivos de la investigación y de acuerdo con la bibliografía. También se agregaron categorías surgidas en base a la información obtenida en las entrevistas (fundamentalmente a partir de la repetición de ciertas temáticas o valoraciones). El proceso de análisis fue cíclico y en diálogo con la teoría, se fueron

analizando los datos a medida que se obtenían, y así se fueron revisando las categorías construidas (63).

10.9 Categorías

Las categorías de análisis son conceptos que permiten clasificar y ordenar la realidad en estudio (59). En los estudios cualitativos podemos encontrar categorías operacionales (referidas a aquellas que son construidas a priori del relevamiento de los datos) y categorías empíricas (que son las construidas posteriormente, y se desprenden del análisis de los datos) (59). Las categorías, además, deben cumplir una serie de características para ser consideradas válidas (como ser excluyentes, concretas, adecuadas, entre otras) (59) (67). En función de estas consideraciones, para este trabajo, hemos dividido las categorías en dos grupos:

- a) Categorías operacionales: construidas previamente a las entrevistas, en función de la teoría revisada

Perfil de el/la entrevistado/a: Género, Edad Estudios alcanzados Escolaridad de los padres, Carga familiar, Universidad de egreso, Sede de residencia en donde se formó como MFYG

Itinerario Laboral: será construido por la enumeración cronológica de los trabajos desde el egreso hasta la fecha, es decir "trabajo1, trabajo2, trabajo 3, etc". De cada uno de ellos se aclarará subsector, tarea, modo de contrato, mecanismo de acceso. Se agregarán detalles de interés. Se realizará un resumen general de la información.

Vivencias en el mercado laboral general: otros trabajos realizados por los entrevistados.

Modelo de formación: se identificarán tres posibilidades. La primera será un modelo con alta rotación por especialidades biomédicas. La segunda, un modelo de abordaje integral de la salud. La tercera posibilidad será un modo mixto.

Capitales para el ingreso laboral: educativos, sociales, económicos, simbólicos.

Mercado laboral médico: Oferta (expectativas sobre su tarea, sobre su remuneración, competencia) y Demanda (comparación entre subsectores, mecanismos de asignación de empleo, necesidades percibidas del mercado). Dentro de esta categoría cobró especial significancia los aspectos referidos a las diferencias entre el subsector público y el subsector privado.

b) Categorías que surgieron durante el proceso de análisis de las entrevistas

Género hogar: experiencias en el ámbito doméstico atadas a la posibilidad de ser varón o ser mujer.

Género trabajo: experiencias en el ámbito laboral atadas a la posibilidad de ser varón o ser mujer.

Políticas públicas: experiencias de vínculo directo entre propuestas de gestión estatal e impacto laboral de los especialistas en MFYG.

Efecto de las subjetividades de los trabajadores en la inserción laboral: se refiere a las percepciones (simbólicas y emocionales) de los agentes en relación al ingreso y permanencia en ciertos espacios de trabajo.

Como software para el análisis se utilizó Atlas ti versión 7. Esta herramienta permitió identificar con más facilidad la repetición de ciertas palabras y frases, además de poder ir señalando en la relectura de las transcripciones las frases que se correspondían a cada categoría de análisis. Permitió, además, extraer las frases de las entrevistas agrupadas por categorías, lo que permitía tener una mirada general sobre todo lo dicho respecto a un tema específico.

11 Resultados

11.1 Descripción general

Para iniciar la descripción de los resultados, realizaremos algunas consideraciones sobre el muestreo en la investigación cualitativa. Este, no pretende ser representativo de todo el universo de estudio, sino, por el contrario, aspira a recuperar la subjetividad de los participantes. Sin embargo, y luego de analizar la bibliografía, hemos procurado algunos límites en la participación. En principio, se procuró que la cantidad de varones y mujeres participantes fuera igual. Como la mayoría de los egresados médicos son mujeres, decidimos que el caso 1 fuera varón. Elegimos ese caso de entre varios varones recomendados por 4 informantes claves. Se eligió al que tenía un trabajo actual diferente a los otros tres (que coincidían entre ellos). Se había decidido que los siguientes casos se elegirían por bola de nieve. Resultó, que realizadas las primeras 5 entrevistas, todos los recomendados eran varones. Si bien la técnica de la bola de nieve provoca un muestreo

no probabilístico (es decir, no todos los sujetos de una población tienen las mismas chances de aparecer), se estableció el criterio de la paridad de género por los argumentos que se presentaron en el marco teórico, que justifican la necesidad de abordar algunos aspectos relacionados al género. Por eso, se tomó la decisión de hacer una modificación en la consigna referida a la recomendación de otra persona para entrevistar: se le solicitó al sexto entrevistado que recomiende al menos a una mujer. De allí en adelante, se explicitó a los participantes que recomienden a varones y mujeres.

Se realizaron 17 entrevistas, 8 a mujeres y 9 a varones. Uno de los varones solicitó, luego, retirar su testimonio del estudio, por lo que se procedió de ese modo, quedando finalmente 16 entrevistas para el análisis. La edad promedio de los entrevistados fue de 38 años, con un rango entre 35 y 57 años. La mitad de los entrevistados tenían hijos, y 14 tenían pareja. La amplia mayoría (14) egresaron de la Universidad Nacional de Córdoba. Los restantes, eran egresados de la Universidad Católica de Córdoba y de la Universidad Nacional de Rosario. Ocho de los entrevistados indicó que al menos uno de sus padres alcanzó estudios terciarios o universitarios, y ninguno de ellos era médico.

Hemos presentado las generalidades del perfil de los entrevistados. En las siguientes secciones, iremos analizando las categorías que surgieron del proceso de análisis. Si bien las categorías establecidas según el marco teórico fueron 11 (agrupadas en 6 grupos), en el proceso de análisis se agregaron 3 nuevas, que ya fueron presentadas en el capítulo de metodología. Se desarrollan en este capítulo los nueve puntos, que representan a cada categoría (o grupo de categorías) estudiada. Se tomaron expresiones de los entrevistados en los títulos de cada apartado, que figuran en cursiva.

En el caso de usos de nombres propios, se los reemplazó por "X" o "Y".

11.2 Generalidades del proceso de inserción laboral. Itinerarios que van desde puestos *"precarizados y en transición"* para alcanzar un *"trabajo estable"*.

En general, el proceso de inserción laboral ocurre relativamente rápido. Quince de los entrevistados ya tenía trabajo al momento de rendir la especialidad, incluso antes de

terminar la residencia. Ninguno de los entrevistados relató experiencias de desempleo o subempleo luego de recibirse.

(...) Todos mis compañeros, no sé si fue algo casual o una generación bendecida, todos mis compañeros se han insertado rápidamente(...) (Masculino 3)

Los primeros años de trabajo se caracterizan por contratos precarios, sobre todo del tipo monotributo. Esto va acompañado de marcada movilidad entre trabajos, y más tendencia a emplearse en zonas del interior de la provincia, aunque por poco tiempo. Catorce de los entrevistados lograron alcanzar, luego de unos años, un empleo principal, en relación de dependencia, y uno o dos trabajos secundarios con contrato monotributo.

(...) fué bastante largo el camino hacia el trabajo estable, pero siempre hice las mismas tareas. Nada más que antes era remunerado por horas y viajaba al interior, y ahora soy de planta permanente y estoy cerca de mi casa (...) (Femenino 5)

Aún en el caso de los que luego de varios años continúan con un ejercicio autónomo de la profesión (bajo la figura del monotributo), existe la sensación de estabilidad laboral. En los casos de estos entrevistados, tuvieron la posibilidad de acceder a empleos en relación de dependencia, pero los rechazaron por preferir mayor libertad en el manejo de sus horarios.

En todos los entrevistados se encontró que el capital que operó con mayor fuerza para el acceso a un trabajo fue el capital social. Relataron que, fundamentalmente, durante la residencia conocieron a las personas que los pusieron en contacto con sus primeros trabajos. Incluso en los casos en que existieron entrevistas de selección de personal, los entrevistados se habían enterado por algún contacto.

La palabra que más se repitió en las preguntas referidas al mecanismo de acceso al empleo fue "recomendación". Dieciseis de los entrevistados accedió a sus primeros empleos por recomendación de un colega o un superior, en general del espacio de formación. También indicaron que el lugar de formación tenía peso a la hora de que se confirme una posibilidad laboral.

(...) te decían "ah, sos de de Tal centro formador", y eso si que te daba ventaja (...) (Femenino 1)

(...) depende mucho de si uno conoce a alguien. Yo no conocía a nadie, porque mi formación no había sido en Córdoba Capital. Así que, entonces, como no me conocía nadie, por eso me costó más.

De hecho, me habré pasado dos o tres años llevando el currículum, y no pasaba nada. Pero los de otros centros formadores sí entraban (...) (Femenino 5)

Existieron algunos relatos vinculados a muchas horas laborales semanales. Si bien esto acarrea cierto malestar, ninguno de los que describió este ritmo de trabajo tenía pensado reducirlo. Al preguntar intencionalmente sobre las razones de tener cargas horarias elevadas (en cuatro de ellos hasta 65 horas semanales), respondieron que se trataba más de un estilo de vida que de una necesidad económica ineludible.

11.3 Aspectos del Mercado que se relacionan con la inserción laboral de los médicos de familia

11.3.1 Lo público y lo privado

Los entrevistados diferencian varios aspectos entre el subsector público y el subsector privado y de las obras sociales (agrupadas, para este estudio, en una sola categoría). Se reconocen reglas de juego diferentes, y muchos de ellos trabajan en ambos sectores, comportándose de manera diferente según el escenario. En los siguientes párrafos iremos realizando una descripción de los puntos que se diferencian.

Según el relato de los entrevistados, el ámbito privado y de las obras sociales permite obtención más inmediata y momentánea de dinero. En cuatro entrevistados el trabajo principal se desarrollaba en este sector, pero en el resto era el segundo trabajo. Esto permite alcanzar ciertos objetivos económicos en un tiempo determinado:

“...y sacamos un crédito, así que había calculado si metía una guardia más por mes me alcanzaba para pagar la mitad del crédito, así que fui al sanatorio, agarré más horas, y con eso pagaba el crédito...” (Masculino 5)

Esta experiencia en el subsector privado y de las obras sociales muestra como la sensación de estabilidad y la posibilidad de continuidad laboral tiene más que ver con la

organización de la institución que con el modo e contrato (en este caso la médica se desempeñaba de manera autónoma):

“Yo me recibí en diciembre, ya en marzo del año siguiente ya había entrado al hospital, hice los cuatro años en la residencia terminé la residencia un viernes y el lunes ya estaba haciendo consultorio en el mismo lugar.” (Femenino 2)

En cuanto al subsector público, los relatos lo describen como el lugar en donde puede desarrollarse la APS. Esto es valorado como algo positivo, que tiene fuerte conexión con la formación desarrollada para obtener la especialidad. Sin embargo, es el subsector en donde también se describen más dificultades que entorpecen la tarea profesional. La desorganización del sistema, la precariedad de los contratos (sobre todo los primeros años) y déficits severos de infraestructura son los puntos críticos que se repiten entre los entrevistados.

“Medicina Familiar me tocó en el barrio X, que es allá bien alejado. En un centro de salud público. Fue una buena experiencia. Justo hubo un conflicto unos días. En ese entonces...ahora sé que se han mudado, yo seguí en contacto con unas de las médicas que trabaja ahí. Ehh...el centro de salud estaba...tenía como préstamo de un lugar porque lo estaban construyendo al centro de salud, porque el original tenía muchos problemas edilicios. Algunas partes, me acuerdo, problemas de cámaras sépticas, hubo un hundimiento en el pozo ciego. Entonces yo me sentía mal porque a la gente quién la atiende? ¿quién atiende a esas personas? Pero bueno, no podíamos ir, no podíamos atender. Fue como una semana en que yo no pude ir. Pero fue re linda la experiencia. Igual me parecía difícil imaginarme trabajando ahí...” (Femenino 6)

Las dificultades referidas en el sector público también alcanzan a los recursos necesarios para desarrollar actos médicos completos. Esta dificultad no fue encontrada entre los que describieron sus tareas dentro del sector privado:

“también los recursos, que están siendo cada vez más limitados, en cuanto a la medicación, accesibilidad a laboratorio, ecografía, (...) No sé, otro ejemplo: cuando yo entré al centro de salud laboratorio teníamos dos veces a la semana, cuarenta turnos semanales. Hoy llegamos a tener 20 turnos mensuales en laboratorio, solamente (...) Entonces eso también hace que el profesional sufra un desgaste porque no es solamente pedir lo que vos ya sabés lo que tenés que pedir, por ejemplo para el control de embarazo, sino tratar de gestionar a dónde van esas mujeres, a donde se atienden, y bueno...” (Femenino 4)

Sin embargo, en algunos casos estas dificultades son toleradas porque es en estos lugares en donde pueden desarrollarse acciones más vinculadas con la APS, incluyendo un modelo de atención diferente, según el relato de los entrevistados:

“y yo estaba en la Muni porque, para mí, yo estudié Medicina Familiar para trabajar en Atención Primaria, y considero que es un lugar donde, a pesar de que uno al principio tiene que pasarla muy mal, en esos años así de trabajo tan en negro, con tanto maltrato institucional, considero que a largo plazo el negocio está bueno, porque es un espacio donde uno puede trabajar creativamente, porque pude desarrollarme en otras cuestiones como el trabajo comunitario, que me gusta mucho, que sabía por ahí de repente que si me iba a la parte privado no lo iba a tener” (Masculino 2)

“...si bien mi residencia fue en la parte privada, todas mis rotaciones fueron en la parte pública. Y yo de ahí conocí otra realidad, y no quería para mí eso. Quería pasar a lo público (...) no sé si será muy subjetivo, pero yo sentía que verdaderamente, en lo público, el médico se interesaba que la persona, no digo se sana, pero bueno, se mejore, y los métodos complementarios que se pedían eran los que se necesitaban. En cambio en la parte privada había que hacer mucha burocracia para que te autoricen X método complementario, renegar, ir y venir de los familiares del paciente, no con todas no, pero con la mayoría. Y eso me enojaba, me enojaba...” (Femenino 3)

Entre los médicos que trabajan principalmente en el sector público existe una alta valoración del sector. Esto se expresa en el relato de entrevistas para acceder a empleos en el sector privado y en el sector público, que hace uno de ellos:

“ (en la entrevista de trabajo del sector privado) me citó ahí en la oficina, ahí en segundo piso. Todos cuadros y gráficos por la pared, los vidrios, todos lados. Y me dice: “mirá, esa es la guardia, ese es el internado, cuanta gente entra, cuanta gente se ve por hora. vos que podes hacer?” Yo no sabía que decir, le digo: “yo necesito trabajar, vengo a hacer mi parte, no sé qué trabajo me ofrece?...bueno, mirá, en la guardia se ven cinco pacientes por hora, y llaman uno cada treinta minutos, entonces a las tres horas tengo una cola...” y me mostraba unos gráficos, unos cálculos, no tenía ni idea yo (risas), “yo voy a hacer lo mejor que pueda” (...)En cambio la otra, cuando me entrevistan para el sector público, nos juntamos con Secretario de Salud, fuimos a la oficina, me mostró el área programática de salud, me dijo que estaban haciendo, me dijo qué quería que hiciera, me dijo quienes iban a ser los otros que estaban en el equipo porque ya estaban trabajando desde hacía un mes antes que yo, eh.... Me dijo de una, me dijo, mirá la

plata viene de la Nación, no sé si va a poder seguir .pero por lo menos lo intentemos...y ahí quedé (...)" (Masculino 2)

En los médicos que realizaban su principal trabajo en el sector privado (tres casos), no se relataron casos de mayor preferencia de un sector con el énfasis del otro grupo. Sin embargo, una de las entrevistadas indicó que tanto su formación de pre como de posgrado, fue realizada en el sub sector privado, por lo cual se sentía más cómoda. Igualmente, se detecta una diferencia de identidad en trabajar en un sector particular:

"...Al principio cuando nos recibieron (en el sector público) me dijeron "cómo te venís vestida así?". Yo me había ido con la ropa del uniforme del Santario X, me decían "cómo te vas a venir vestida con algo del sector privado al público?". Y bueno, decía yo, si es lo que puse en el currículum. Yo me había formado en el sector privado..." (Femenino 2)

"Mi idea original era ir al sector público. No era quedarme en el sector privado. Pero me formé en el Sanatorio X, y bueno, estaban todos mis compañeros. Era más cómodo quedarme acá, en la parte privada)" (Femenino 3)

Otra característica del sector público es que el ejercicio de la actividad sindical es casi una generalidad. No se encontraron relatos vinculados a esta dimensión entre los que ejercían en el otro sector:

"...Yo creo que es un poco más fácil militar el tema de los derechos del trabajador en la parte pública que en la privada, se vuelve más difícil..." (Femenino 4)

Existen diferentes puntos de contactos durante la residencia entre médicos formados el sector público, y el sector privado. En todos los casos que esta experiencia fue relatada, fue valorada como altamente positiva por los especialistas. Entre los beneficios enumerados, se encuentran la posibilidad de conocer diferentes escenarios de prácticas, lo que permite tener más opciones a la hora de elegir donde trabajar en el futuro.

Particularmente, en el caso de los entrevistados con trayectoria en el sub sector público, aparecen referencias a programas nacionales y provinciales que facilitaron el desarrollo de sus trayectorias laborales. Se nombran programas de fortalecimiento a la APS, cursos nacionales de formación de médicos generales y comunitarios, créditos para planes de acción municipales vinculados a la APS. Uno de estos programas nombrados es el

Programa de Médicos Comunitarios (en total la referencia a este programa aparece cinco veces):

“...(en el programa) nosotros sabíamos que pacientes iban a la escuela, hasta conocés a los docentes. O sea, el manejo es más amplio e intersectorial. Aprendimos a hacer cartografías, a hacer relevamientos sociosanitarios, a captar y recaptar pacientes. Todo eso yo lo aprendí siendo del programa de médicos comunitarios...” (Femenino 7)

Los especialistas le dan una valoración muy positiva a estas experiencias, y marcan como debilidad el fin de los proyectos, las debilidades de articulación entre jurisdicciones, la precarización del trabajo o el cambio de intención política de los mismos. Indican, también, que más allá de esos proyectos, se han desarrollado mejoras generales en el PNA.

“ Resulta que el barrio X estaban haciendo un trabajo con plata de Nación, porque las vecinas habían generado una movida porque la gente se moría de cánceres y no sabían por qué?. Entonces Nación destina una plata en un programa especial. Pusieron un equipo de APS muy bueno. Pero dependían de que Nación girara la plata. Era toda una coordinación entre Nación y la Municipalidad. Resulta que el primer equipo de salud estuvo nueve meses sin cobrar, y renunció todo. Eran tres médicos generalistas, una comunicadora social, un epidemiólogo, eran seis. Renunciaron todos, completo, quedó acéfalo ese proyecto.... (Masculino 2)

“ En esa época había mucha energía, la residencia se desparramó por doce hospitales regionales de la provincia, fue una historia muy interesante, porque revitalizó los hospitales (...) Pero después todo eso fue interrumpido por el cambio de gestión..” (Masculino 4)

11.3.2 “Los insolventes de la Atención Primaria”: los primeros años de los MFYG en la Municipalidad de Córdoba

La Municipalidad de la Ciudad de Córdoba aparece en los discursos de los entrevistados como uno de los principales empleadores de los especialistas en MFYG. Todos o han

trabajado o trabajan para ese empleador, o han considerado incorporarse en algún momento de sus carreras. Por eso es interesante hacer un análisis diferenciado de las experiencias vividas en este ámbito.

El salario alcanzado luego de algunos años dentro del sistema de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, aparece como un incentivo importante. Sin embargo, existe un tiempo de espera de varios meses para que se inicie el ciclo de pagos:

“Y también, voy a ser sincero, que en esto también el sueldo era bueno, y a la larga, muy a la larga, cuando adquirís todos los derechos como trabajador está bueno” (Masculino 3)

“...tenías que esperar cuatro, seis, ocho meses para empezar a cobrar, pero ya sabíamos todos que era así, la cosa era si estabas dispuesto y podías esperar” (Femenino 1)

Se escucha que el deterioro edilicio es padecido por quienes trabajan allí, aunque se habla de cierta mejora en los últimos años. También relatan, con repetición, que el crecimiento poblacional de la ciudad no ha sido acompañado por un crecimiento de la capacidad instalada en el primer nivel de atención.

“...Y se abrió (el CAPS), pero se abrió sin las necesidades básicas. Como te decía era un galpón que habían puesto un durlock en una partecita y ahí estábamos nosotros atendiendo...” (Masculino 1)

“Yo entré en el año 2009 en el centro de salud este, y en el equipo éramos 15 /16 personas. En ese momento la población era de 9000, hoy seguimos siendo los mismos en número, y la población es de más de 15 mil personas. Entonces es imposible sostener...” (Femenino 4)

Hay una carrera de espera, de aguantar. De pasar de peores estados, a mejores. Esto está vinculado con el tipo de contrato. No parece estar vinculado con el tipo de tareas. Los primeros años son vividos como un sacrificio necesario, y compartido entre pares, para alcanzar luego la estabilidad preciada. Incluso, se relatan severas dificultades para obtener la remuneración por el trabajo realizado durante los primeros años, situación que no se describió para ninguno de los otros empleadores:

“Cobrábamos cada seis meses, y seguíamos trabajando. Hasta que nos organizamos, y nos juntamos como 80 personas, y hacíamos retención de servicio para que nos paguen. Firmábamos

entrada y salida, y no trabajábamos. El grupo se llamaba “los insolventes de la DAPS³...” (Femenino 4)

11.3.3 Elegir entre centro y el interior

Otro aspecto relevante surgido en las entrevistas tuvo que ver con cierta elección entre trabajar (y vivir) en la capital o en el interior. En los casos que se hacía referencia al interior, se nombraron a “pueblitos”. Esta elección que cinco entrevistados se planteaban tenían que ver más con un modo de vida, pero las opciones laborales aparecen como débiles, poco atractivas económicamente y con pocas posibilidades de crecimiento. La mayor dificultad que se relata responde a la mala organización del sistema sanitario en esos lugares:

“pero en los pueblos lamentablemente la salud es en todo el interior de Córdoba muy muy mala, muy desorganizada, no han médicos que tengan formación, ni se tienen que comprometer, porque están de paso, se cubren guardias entonces “bue..que lo vea otro”, entonces bueno...después te dicen.... A mí muchas veces me han ofrecido de mi pueblo y otros lados y me dicen “sí, vení, porque acá...”, y después yo sé muy bien, porque hay muchas personas que se han ido, y como llegaron estuvieron poco tiempo y se fueron. Un chico de acá que se fue a hacer traumatología, y si “iba a ser la panacea” irse a Villa Dolores, y la está remando hace varios años y no le es nada fácil.” (Femenino 2)

La posibilidad de trabajar en el interior se presenta como una realidad recurrente entre los especialistas. Según su relato, aparecen contactos con frecuencia para acceder a empleos en esos “pueblitos”, pero las ofertas son siempre parecidas. Pero, además del poco atractivo laboral, aspectos referidos al estilo de vida en los lugares del interior son un elemento de peso a la hora de elegir.

11.3.4 Otros especialistas

Al indagar sobre el vínculo con otros especialistas, algunos entrevistados revelaron que hay una tendencia a sentirse en inferiores condiciones de trabajo (ya sea por

³ DAPS: Dirección de Atención Primaria. Dependiente de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Córdoba, se encarga de las tareas de coordinación y administración del primer nivel de atención en la ciudad.

remuneración o por reconocimiento social de su especialidad). Estas dificultades se adjudican a problemas del mismo grupo de especialistas en MFYG:

“Y dentro de la especialidad, se puede decir: somos pocos los médicos de familia, estamos divididos en médicos generales y de familia, ni entre nosotros nos ponemos de acuerdo. O sea no nos reconocen, ni nuestros colegas (no saben lo que hacemos), ni la población, porque tampoco es que vos decís "a soy generalista o de familia" Ahhhh, sos como un clínico te dicen, no saben que hacés...” (Masculino 2)

Otras de las razones vinculadas a estos roces con otras especialidades tienen que ver con la comprensión que se hace de la APS. En algunos relatos, surgieron referencias a que no importaba tanto que especialidad se ejercía, sino como se concebía a la APS. Que en términos más amplios podría implicar cómo se comprende al sistema sanitario. Al preguntarle sobre si había compartido espacio de trabajo con otros especialistas, una de las entrevistadas respondió:

“ Por suerte no (risas). Nosotros como equipo, en realidad lo que siempre tratamos, sea la especialidad que venga, u otros que pueden ser psicólogo, trabajadora social, que sea alguien formado en atención primaria. Y nos damos con que los ginecólogos y pediatras están formados en segundo o tercer nivel. Entonces, en realidad, es como la regla general para todos. Pero, que sí fuera generalista mucho mejor. ..” (Femenino 3)

En el caso del PNA del sistema público, se repiten relatos referidos a competencia entre distintas especialidades. Esta tensión es regulada, al parecer, por el direccionamiento que hace la gestión sanitaria del momento:

“ Yo pasé al turno de la mañana. Con el apoyo de una jefa laburamos un montón de cuestiones, digamos, actividades en el centro de salud sobre derechos sexuales. Pero también había un ginecólogo, y justo venía un generalista, médico de familia, que le quitaban los pacientes. No le caía muy bien. Pasé todo, eh? Como todos lo habremos pasado seguramente...” (Masculino 5)

“(...)en realidad en la muni pasa todo el tiempo, en la muni siempre está la competencia que especialidad entra más. Y en la DAPS según el director. Nosotros ahora tenemos en la DAPS el director que es generalista, y el director hace entrar a generalistas. Hemos tenido directores de otras especialidades, que entraban únicamente de su especialidad...” (Masculino 6)

Estas características del vínculo entre especialistas en MFYG y otros especialistas deben ser leídas en el contexto de las características del mercado laboral local, que venimos describiendo en las secciones anteriores.

11.4 Los cambios en la subjetividad de los trabajadores y el impacto en los procesos de inserción laboral: “ahora es totalmente distinto a cómo era antes”

Si bien los entrevistados tienen una media de edad relativamente joven, se repiten con frecuencia en las entrevistas las sensaciones y nuevas experiencias que traen las nuevas generaciones que se están iniciando en el campo laboral de la salud. Estos relatos permiten, por un lado, profundizar cierta identidad de la clase activa del momento actual, y por otro, permite ver ciertas grietas o crisis que se generan por la insuficiencia del mercado laboral de adecuarse a las necesidades subjetivas de los trabajadores del sector.

Se contraponen grandes cargas horarias de los empleos con la necesidad de las nuevas generaciones de disponer de más tiempo libre:

“...pero ahora es totalmente distinto a como era antes, pero creo es algo generacional, con esto de los millennials y los centennials y no sé cuantos más...son distintos , quieren descansar más; cuando nosotros entrábamos a la residencias éramos tres a la guardia externa, y la guardia externa tenés que ir a trabajar, y trabajar muchísimo...” (Femenino 5)

“...la humanidad está atravesando por un momento, que en cuanto al “sacrificio” ya no pasa a ser un valor tan importante en otro momento. Y eso a vos te permitía cierto sometimiento o aguante. Ahora es : pasarla bien en esta vida que dura esto y lo mejor que pueda con lo que más pueda. Y me parece perfecto...” (Masculino 5)

Se escucha, además, como los especialistas viven como modo vocacional la profesión, y lo diferencian marcadamente de otros trabajos a los que podríamos llamar “no vocacionales”. Esto implica una valoración positiva del trabajo, y hay una fuerte identificación con valores que se adjudican a la especialidad de MFYG:

“y en realidad la comparación que puedo hacer es que esto a pesar de la medicina misma, a pesar de que uno está cansado de renegar, de los pacientes, esto es algo que yo elegí.” (Masculino 2)

“En cambio la medicina sí, es algo que siempre lo he elegido, lo quería hacer, y poder darme el gusto, gracias a Dios, de hacer lo que me gusta.” (Femenino 6)

“...me gusta mi trabajo, porque en general los médicos de familia siempre andamos queriendo cambiar todo...”(Masculino 1)

“...y no es como otras especialidades, acá vez más toda la familia y eso hace más importante la tarea...” (Masculino 6)

La manera ideal de adquirir competencias para la especialidad fue, para los entrevistados, invariablemente el modelo de residencias. Muchos indicaron que existen dificultades para que los nuevos egresados se interesen masivamente en estos programas de entrenamiento, pero lo ven como una debilidad de la generación más joven. Sin embargo, se identifica que los programas de residencia son planes de trabajo de excesiva carga horaria, y con malas condiciones de contratación, similares a los contratos de los especialistas en los primeros años de ejercicio:

“...se sigue diciendo que la residencia es un buen mecanismo para formarse. Hay gente que dice que no. Bueno, es discutible eso. Para mí sí, depende como. Si vas a estar tapando un hueco, porque muchas residencias son tapa huecos. Es mano de obra barata. El sueldo es beca, no es relación de dependencia. No sé otras provincias, pero en la provincia de Córdoba el sistema de salud cuenta con los residentes. Si desaparecieran los residentes, todos los residentes de la provincia, el sistema de salud no aguanta...pero ahora los chicos no quieren hacer residencias...” (Masculino 3)

11.5 Aspectos de la formación que se relacionan en la inserción laboral de los médicos de familia

La valoración general de la formación recibida fue muy positiva, y en todos los relatos los médicos de familia destacaron la potencialidad estimulada desde la residencia para su inserción laboral futura. Valores aprehendidos como la integralidad respecto al abordaje de los problemas de salud o la variedad de escenarios fueron elementos que rescataron como importantes:

“(...) si hay algo que tiene esta especialidad es que tiene muchos lugares en donde nos podemos insertar, digamos, en gestión, también laburo en la comunidad, asistencia, está? Eso está claro. Investigación, y muchas líneas que nosotros por currícula se nos estimula y se nos enseña, que podemos desarrollar (...)” (Masculino 4)

“Es lo que en lo formamos, nos enseñaron a que debemos evaluar integralmente a las personas, y estaba mal si no. Recuerdo que las evaluaciones que tenía. Estaba todo bien...”pero no le preguntaste si...”. Demasiado, y eso nos estresaba mucho. Y eso nos improntó a nosotros. Nosotros tuvimos..nos marcó mucho. A mí la residencia me marcó mucho” (Femenino 4)

“(...) tenía todo un sistema de formación que a mí me enriqueció mucho como persona (...)” (Masculino 4)

Respecto al modelo de formación, se encontró en los discursos una referencia recurrente a la “heterogeneidad”. Ésta hacía referencia tanto a los espacios de formación recibidas, como a los entrenamientos obtenidos durante los planes de formación:

“(...) en el servicio hay muchos médicos de familia que vienen de diferentes lugares. Y no todos son iguales, evidentemente. Los que somos de acá somos más parecidos, pero los de afuera tienen otra formación, es muy heterogéneo. Hay de todo (...)” (Femenino 4)

“(...) nosotros tuvimos una formación muy internista, poco sano, poco comunitario (...)” (Masculino 2)

“En mi residencia no tocábamos una panza (de embarazada) ni por casualidad...” (Masculino 3)

“(...) nosotros, al estar en la parte privada, tanta experiencia en consultorio no teníamos, porque no nos daban consultorio, así que fue sólo en la rotación (...)” (Femenino 4)

La amplitud de conocimientos adquiridos fue un elemento distintivo de la formación, con claras implicancias en el desarrollo laboral posterior al entrenamiento. Si bien en algunos casos se nombra cierto agotamiento que aparece ante la necesidad de mirar los problemas de salud de modo integral, en general, esta amplitud va ligada al enriquecimiento de la práctica. Este enriquecimiento se encuentra determinado por lecturas singulares, familiares y comunitarias ante una consulta determinada:

“ A veces el sueño del médico de familia es hacer algo más puntual, porque uno vive diversificando todo (...) pero viste, terminás haciendo un montón de otras cosas...viene alguien consultando por tos, y al final terminás abordando su problema de violencia! (...)” (Masculino 1)

Hay cierta concordancia entre la formación recibida y las posibilidades laborales futuras. Esto queda muy claro en el caso de un centro formador, en donde rotaban por las especialidades de pediatría, de clínica y de medicina familiar. En ese lugar, a pesar de

haber recibido el título de especialistas en MFYG les ofrecían a los egresados cargos para otras especialidades:

“...Éramos cuatro residentes de acá que estábamos. Y bueno, nos contratan. Claro que uno fue hacia esos cargos, uno de pediatría, otro de clínica médica y dos de medicina general. Nos repartimos entre nosotros...” (Masculino 6)

11.6 Género e inserción laboral de médicos de familia y generales

Respecto a si había diferencias entre géneros en el proceso de inserción laboral, se escucharon vivencias más vinculadas a las diferencias en el hogar, y otras más específicas del espacio laboral.

En cuanto a cuestiones del hogar, la mayoría de los entrevistados con pareja de otro género (14 de los 16) describió que las tareas de su hogar estaban divididas entre ambos, aunque con soporte de otra persona en la que delegaban algunos trabajos del hogar a una persona empleada (invariablemente, en estos casos, se trataba de una mujer):

“y lo grueso lo hace una mujer que va y limpia. Y lo demás lo repartimos entre nosotros, así fifty – fifty. Uno cocina, otro lava los platos. Uno pone el lavarropa, otro tiende la ropa. Medio cincuenta y cincuenta” (Masculino 3)

Algunos relatan que esta división equitativa de las tareas es algo que se ha modificado con el tiempo, y que antes era la mujer la que tenía más responsabilidades en este tipo de tareas:

“Yo los primeros años era administradora exclusiva del hogar. Yo hacía las compras, pagaba los impuestos, cocinaba. Ahora, mi marido aprendió a cocinar gracias a mi trabajo actual, que me demanda más horas” (Femenino 7)

En cuanto al ingreso laboral, hay diferencias percibidas marcadas en cuanto a género. En las entrevistas de trabajo a muchas de las mujeres se les preguntó sobre sus intenciones de tener hijos en el caso de que no los tuviera, o sus deseos de formar una familia. Esta experiencia fue vivida como una molestia y un obstáculo (en caso de la respuesta ser afirmativa) por las mujeres. Esta experiencia no se encontró entre los varones entrevistados.

“...comentarios, por ejemplo: a mí me decían ¿estás de novia? ¿vas a ser madre?. Y yo no estaba ni de novia. Y entre eso y decir ‘Ah, vas a ser madre y te vas a dedicar a ser madre...’ Y sí, obviamente, a mí me encantaría ser madre, pero no por ser madre voy a dejar de trabajar. Muy de vieja escuela, de eso de la mujer en casa....y esto te dicen en muchos lados, en muchos servicios” (Femenino 4)

“...y lamentablemente, es una ventaja ser mujer, soltera y sin hijos por encima de una mujer casada o con hijos. En las entrevistas te siguen preguntando cómo te ves en cinco años, si vas a tener hijos...” (Femenino 5)

“...mi pareja ha tenido entrevistas de trabajo en donde le han dicho literalmente que buscaban médicos hombres, solteros y sin hijos...” (Femenino 1)

No sólo es el ingreso laboral en donde se manifiestan las diferencias entre géneros, sino también en el desarrollo de la carrera. Muchas de las mujeres relataron cuestiones referidas al equilibrio que tienen que desarrollar entre las tareas del hogar y las tareas del trabajo. En el caso de los varones entrevistados, solo uno hizo referencia al esfuerzo que le supone compatibilizar los dos aspectos de su vida (el doméstico y el laboral). Pero en el caso de las mujeres, las responsabilidades en el hogar son el principal determinante de la actividad profesional:

“Entonces la elección de cómo sigue mi carrera tiene que ver con que yo tengo 38 años, tengo tres hijos, de los cuales 3...porque la mayor empezó la facultad, pero los tres dependen del rol de madre, entonces mi carrera la tengo que, digamos, tengo que llevar adelante sabiendo que también tenés que sostener un vínculo familiar. Entonces mis tiempos dependen de los de mi familia. No soy yo sólo que puedo desarrollarme indiscriminadamente, porque el tema es que la crianza y el cuidado y el acompañamiento de los hijos es algo que si no lo vivís ahora te lo vas a perder y lo va a hacer otro. Vos podés tener todo lo que quieras pero nadie te va a poder dar los años que vos perdés de cuidarlos, así que yo trabajo de lunes a viernes, fijo acá, el día martes hago guardia, al mediodía me voy a mi casa con mis chicos.” (Femenino 7)

Esta tarea de tratar de equilibrar la vida doméstica y la vida profesional es vivida como una carga extra en las mujeres, que genera más situaciones de malestar cuando los contratos son precarios.

“es difícil, porque encima, eh, como que el hombre tiene derecho a tener autoridad y la mujer no. No es tan simple. La mujer es más difícil por ahí estar en un lugar de gestión, jerárquico, toma de

decisiones, que te respeten, ganarse el lugar te cuesta el doble. Y a su vez que vos tenés cansancio, imagínate: yo di teta hasta el año y dos meses, hacías guardias, venía acá. Era difícil sostener no solo lo profesional, sino también lo familiar y lo individual.” (Femenino 7)

Todas las mujeres con hijos relataron que buscaron un trabajo que les permitiera compatibilizar con el cuidado del hogar con hijos. Ninguno de los varones con hijos refirió algo de este orden en las entrevistas.

“. A la hora de tomar gente, lo tienen en cuenta, y más cuando sos monotributista. Esto de que saben que las mamás por el tiempo que le dedicamos a los niños, el niño enfermo, el embarazo, la lactancia. Toda esa cuestión. De hecho en este trabajo en Carlos Paz, yo entré estando embarazada. Y tuve que pelearla, y me reconocieron tres meses solamente de licencia por maternidad en su momento. Que me los pagaron. Yo me tomé seis, y bueno eso no me lo pagaron. Y fue una cuestión de poder pelearme porque yo quiero trabajar, pero bueno. Cuando nació mi hija yo les dije que me iba a tomar tres meses más, y me dijeron que sí, pero que sólo me pagarían tres. Pero, sí, hay esta cuestión de diferencias, y que a ellos también les sirve más también esta cuestión del hombre, porque por ahí también” (Femenino 3)

También se describieron diferencias, en todos los casos a favor de los varones, en cuanto a los arreglos económicos alcanzados en algunos puestos, más posibilidad de elegir entre trabajos, y mejor trato en las entrevistas. Es experiencias fueron relatadas tanto por hombres como por mujeres. Algunos entrevistados (en todos los casos fueron varones) indicaron que las mujeres están mejor preparadas para realizar la profesión médica:

“...y creo que como capacidad tienen (las mujeres) de sobra, en ...lo digo, si manejan un hogar donde lograron mantener la convivencia, criar hijos, y estuvieron a esa altura que no es menor, o sea, se pone en un espacio como si fuera menor pero no es menor. (...) una mujer que te generó a vos como persona, que te ayudó a que vos te capacites, como otras no van a tener la misma capacidad o superior para poder llevar adelante esta profesión...” (Masculino 7)

“...estos espacios están siendo más cubiertos por mujeres. Creo que también existe esa cuestión. Bienvenido sea, (las mujeres) tienen una calidad de...una sensibilidad mucho mayor que la de un hombre para...y la humildad. Que por ahí en muchos hombres y muchos médicos todavía carecen (...) Creo que fue Hipócrates el que decía que el médico trata poco, curará algo y consolar mucho. Y bueno, lo de consolar creo que la mujer tiene las

herramientas, tiene mucha más calidad que un hombre para ser médico, lejos...” (Masculino 6)

Se puede observar, que tanto en experiencias en el mundo del trabajo, como en experiencias en el mundo doméstico, hay elementos que desfavorecen a las mujeres. Ambas categorías (trabajo y hogar) estuvieron profundamente enlazadas.

12 Discusión

Desde una mirada más general de los resultados y del tipo de estudio, destacamos algunas consideraciones que tienen que ver con los beneficios y las limitaciones de este tipo de estudios. Entre las ventajas, encontramos que pueden aportar una variabilidad de información que resulta útil para abrir nuevas líneas de investigación. Entre las limitaciones, la más relevante es la incapacidad de controlar algunas variables independientes, así como el riesgo del sesgo de la población elegida (56). En el caso de nuestro estudio, fue notable cómo las recomendaciones iniciales en la metodología de bola de nieve desencadenaban recomendaciones en cadena de varones, y que muchos de ellos habían compartido espacios de formación común. Dada la metodología utilizada, deben aclararse algunas limitaciones que tienen los muestreos no probabilísticos, pero también aportar algunas consideraciones que pueden echar luz sobre lo que ocurrió en esta selección inicial de personas del mismo género (masculino, en este caso). Por un lado, es sesgo propio de la técnica de bola de nieve las posibilidades de sobre representación o sub representación de determinados subgrupos de una población (69). En este tipo de metodología se pone en evidencia, por un lado, el lazo social entre los entrevistados. Este lazo puede ser por el compartir experiencias vividas (en nuestro caso muchas veces se refirió el compartir espacios de formación), así como la identificación como semejante (69). Quizás la recomendación de sujetos del mismo género podría indicar cierta identificación de sujetos válidos para entrevistar por tener carreras o trayectorias similares, incluyendo cierta valorización sobre cuál género puede aportar más a la construcción de significado del tema de estudio. Aunque esto no fue un objetivo de estudio de esta tesis, abre la posibilidad a nuevos interrogantes futuros.

Teniendo en cuenta que el abordaje cualitativo tiene como propósito acercar significados a los hechos (59), pueden interpretarse los resultados como aportes en la comprensión de los aspectos que hacen a la inserción laboral de los especialistas en MFYG, pero no deben generalizarse ni pensar que son los únicos.

La lectura de los resultados nos permite afirmar que en el caso de los especialistas en MFYG de Córdoba, la inserción laboral se desarrolla con rapidez, y en estrecha vinculación al capital social con el que cuentan. Este capital social, que le permite acceder con facilidad al mercado, está compuesto casi exclusivamente por personas conocidas durante la formación en residencia o equivalente. En general, se percibe que la solidaridad es un valor significativo en este grupo, y juega un rol importante a la hora de acceder a los empleos. El desempleo, tal como planteamos en el marco teórico, no es un problema entre nuestros entrevistados. La rápida inserción laboral, principalmente en el subsector público, dibuja un escenario de valoración de esta esta especialidad médica. Sumado a la baja conflictividad descrita con otros especialistas en el mismo nivel de atención, es probable que la tendencia en este subsector sea emplear a médicos de familia y generales con regularidad (a pesar de los contratos precarios). Sería de interés avanzar en otros estudios que profundicen sobre las tendencias de políticas de talento humano en el PNA en Córdoba.

Respecto a la elección laboral, nuestro estudio muestra como los egresados en general refieren pocas opciones de elección de un trabajo. Generalmente el medio social donde se movían, vinculado fundamentalmente a los espacios formadores, les marcó, de algún modo, el camino a seguir. Esto coincide con otros estudios que también indican que el capital social es un elemento importante a la hora de insertarse en el mercado laboral (1), aunque en el caso del nuestro cabe destacar que ese capital social significativo para el proceso es el que se va ganando durante el proceso de formación.

En una de las investigaciones previas en la temática, se indaga a los médicos generales de Buenos Aires sobre las razones de optar de un determinado trabajo (8). Si bien esta autora propone una lógica de elección laboral, nuestro estudio invita a pensar que las ofertas laborales para los especialistas de MFYG en Córdoba vienen de la mano de los espacios formadores e instituciones afines (como asociaciones, universidad, etc.), y, en menor medida, de las demandas del mercado. Es decir, no se trata solamente de una elección, sino de mecanismos de inserción y permanencia en los trabajos marcado, previamente, por los colegas y el mercado.

A diferencia de otros estudios sobre profesionales y técnicos, el entorno familiar y social previo al ingreso de la residencia o el posgrado tuvo poca influencia en la obtención de trabajo (1). Nuestro trabajo muestra como los mecanismos de ingreso al empleo se vinculan fuertemente con los capitales sociales ganados por los agentes en esos espacios de formación. Fue habitual, entre los entrevistados, la referencia a experiencias

dentro de un colectivo de colegas, y menos uso de la primera persona del singular (“*nosotros*” en vez de “*yo*”). Es probable que la construcción colectiva de significantes, fundamentalmente en espacios de formación de posgrado, moldee las trayectorias laborales. Puede ocurrir que durante el proceso de aprendizaje, los especialistas aprehendan los valores del campo (70) que se vinculan con la especialidad, y traduzcan lo apropiado en sus trayectorias laborales, que muchas veces son compartidas con otros colegas que conocieron durante el proceso de formación. Esta característica del espacio de formación no fue identificada en la bibliografía consultada. Sí se hablaba e una valoración positiva de la formación, pero más ligada a los contenidos y destrezas aprendidas (7) (9), y no a la ganancia en términos vinculares.

En este estudio se observa que hay ciertos aprendizajes sobre el mundo de trabajo que fueron obtenidos en los ámbitos familiares o en experiencias laborales fuera del campo de la salud. No se han encontrado referencias a estas experiencias en otros trabajos consultados. Nuestro trabajo, también muestra que la mitad era hijo de personas sin estudios terciarios. Otros trabajos consultados no indagan sobre el origen social de los médicos de familia y generales, aunque podría ser de interés para futuras investigaciones. Algunos autores del área de la sociología indican que el origen social tiene impacto en el desarrollo profesional futuro de las personas (71), sobre todo a la hora de especializarse dentro de un campo profesional. Por tanto, sería muy relevante analizar este fenómeno en el campo particular de la salud, en donde la súper especialización es una característica (72) (73).

Respecto a la función del Estado en el fenómeno estudiado, observamos que las políticas públicas implementadas en las últimas décadas han tenido un fuerte impacto en las historias laborales de los especialistas en MFYG. Esto coincide con lo indicado por otros autores, que destacan el rol de programas nacionales y provinciales en el tema del capital humano en salud (8). Otros autores, en cambio, señalan que los caminos de las reformas sanitarias han puesto menos energía en pensar en la gente que está dentro de los sistemas (los trabajadores de la salud) que en la gente que está fuera (los usuarios o ciudadanos) (5). Respecto de esto, con nuestros resultados podemos decir que esa afirmación es relativa, ya que si bien con limitaciones, algunas experiencias de intervención estatal han dejado marcas en las historias laborales de los especialistas en MFYG. Particularmente vinculados a esta especialidad se han desarrollado varios programas de formación (como Programa de Médicos Comunitarios, residencias provinciales de medicina generales, programas de formación de equipos de salud familiar,

programas de reconversión de médicos del PNA), que han dejado huella en el relato de los entrevistados y en el funcionamiento del sistema (74).

De estas políticas sobre el talento humano, mostrábamos en la sección anterior que el Programa de Médicos Comunitarios es citado cinco veces. Esta política, iniciada en 2004, establece la contratación y formación de profesionales para el PNA en todo el país. Incluye en su propuesta la separación entre el trabajo profesional específico (asistencial) y el trabajo comunitario. Se ha descrito que importancia de este programa estuvo ligada a la definición, desde el Ministerio de Salud de la Nación, de referenciales o normas que establecen un nuevo sentido al sector salud: propone la salud como derecho (versus la salud como mercado), pone énfasis en la promoción de la salud (versus la atención de la enfermedad), prioriza el trabajo territorial y en equipo (versus el trabajo profesional individual) (75). A pesar de que las dificultades contractuales (sobre todo el pago regular de las becas) han sido una gran debilidad, en los relatos de nuestros entrevistados hemos visto la impronta positiva en la construcción de sentido sobre el trabajo en salud. Comprender este programa como una herramienta de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, podría establecer paralelismos con otras estrategias que apuntan a reforzar la gobernanza en salud en este sistema fragmentado (39).

Belmartino señalaba que el Estado reconoce en al grupo de médicos como un colectivo de prestigio y poder, en donde es difícil la regulación de la práctica, fundamentalmente por la tendencia de los profesionales a realizar ejercicio de su trabajo de manera individual (19). Si bien esto puede ser una característica vigente del campo de la salud, en nuestro estudio observamos marcada influencia de las acciones (e inacciones) del Estado en los recorridos laborales de los especialistas en MFYG. Es decir, que si bien la regulación de la práctica médica a nivel clínico puede ser difícil de regular, las reglas de juego en la especialidad de tienen una impronta de las acciones estatales.

Según el relato de nuestros entrevistados, se describe un sistema de salud en donde hay grandes contrastes: entre el sector público y el sector privado o de las obras sociales, por un lado; y las regiones rurales y las regiones urbanas, por el otro. Testa señala que la APS es definida, en primera instancia, por el sistema de salud en donde se inserta (47). Por eso creemos oportuno ir profundizando en estos indicios que describen el funcionamiento del sistema desde la perspectiva de los especialistas entrevistados.

Si bien las políticas públicas han propuesto a la medicina familiar como la especialidad idónea para la estrategia APS, en la práctica se encuentran dificultades. Testa indicaba que la APS podía tener un significado concreto (como dijimos antes, el referido al lugar que se le otorga en el sistema) o un significado abstracto, que es el que figura en los documentos oficiales de la OMS (2) (47) . Esta tensión parece en los discursos de los entrevistados. Es probable que la práctica de diversos especialistas médicos del PNA encuentre las mismas dificultades, pero esto no ha sido objeto de esta tesis y podría ser profundizado en futuros estudios.

Entre las tensiones encontradas en el campo, puede intuirse que la descripción teórica del Modelo Médico Hegemónico (26). Como este modelo describe cierta priorización social relacionada a la enfermedad y los dispositivos de curar, podría establecerse una relación de esta valoración con la tendencia a trabajar en lugares centrales, o la dicotomía descrita entre público y privado. Si bien no puede dejarse de lado la cuestión del desarrollo del sistema de salud cordobés y su descentralización, la cuestión de los sentidos sobre lo más valorado y lo menos valorado, a la luz de la propuesta de Menéndez, aporta también a la comprensión.

Hay una valoración positiva entre nuestros entrevistados en lo que respecta a modos de contratación de planta permanente. Esto podría tener estrecha relación con los que la bibliografía dice sobre la jerarquización social del empleo en función del tipo de contrato: tiene más valor social el empleo permanente y a tiempo completo (55). Incluso, en muchos casos (particularmente en los que trabajan en la Municipalidad de Córdoba) se toleran situaciones de precarización por varios años con el fin de alcanzar el contrato de planta permanente. Esta valoración positiva se ha descrito en otros estudios (8) (76).

La cuestión del ingreso percibido por el trabajo apareció como un elemento importante a la hora de permanecer en un trabajo, aunque no el único. Otros autores han descrito que la política estatal de ingresos a los trabajadores de salud impacta en los resultados sanitarios, y no depende de la riqueza de un país (77) .Estos y otros autores señalan que, si bien el incentivo económico es una variable importante, existen otros factores que inciden con fuerza a la hora de definir los espacios de trabajo entre los médicos (5). En nuestro caso, los entrevistados indicaron reiteradamente que otras condiciones, que tenían que ver con el desarrollo de cierto perfil profesional, eran los factores que los hacían elegir y mantenerse en sus puestos laborales. No se encontraron diferencias respecto a la pretensión de ingresos económicos según el género del profesional, a

diferencia de lo descrito en la bibliografía (50), aunque no se preguntó por esto específicamente.

Por un lado, los entrevistados revelan con frecuencia que el trabajo en centros de atención primaria es clave para el desempeño de su rol como médicos de familia. Otros trabajos han revelado la valoración positiva de los especialistas en MFYG hacia el sector público. Entre otros aspectos, indican que es sólo en este sector en donde pueden hacer actividades de promoción de la salud más allá de los espacios de consulta individual (6).

Por otro lado, sin embargo, los lugares de trabajo en el sector público se describen como edificios empobrecidos, dañados, pero que con el paso del tiempo se han ido mejorando sus condiciones edilicias. Esto puede reflejar el trabajo del Estado para fortalecer la estrategia APS. Entre las dificultades descritas en el sector, también se nombran las malas condiciones de contratación, sobre todo en los primeros años. Esto coincide con lo descrito por otros autores (72). El empobrecimiento descrito no sólo responde a lo edilicio, sino también a los escasos recursos para ofrecer atención médica de calidad. Esto coincide con algunos sondeos regionales, en donde la falta de recursos (así como la desvalorización y escasa remuneración) aparecieron como las sensaciones más habituales entre los médicos del país (78). Para algunos de nuestros entrevistados (tres de ellos), estas malas condiciones fue determinante a la hora de iniciar su carrera laboral, aunque en la mayoría (los catorce restantes), si bien es una realidad reconocida, es tolerada y forma parte de la cotidianeidad de su trabajo.

Algunos elementos de los relatos de los entrevistados dan cuenta del impacto del proceso de descentralización de la salud en la década del 90. Este proceso generó que las diferencias de capacidades entre distintos municipios consoliden fuertes desigualdades en salud (45). En los relatos se identifican diferentes empleadores en el sistema, con diferente capacidad de pago. Los que peores condiciones ofrecen son los municipios del interior de la provincia, lo que generaría cierta tendencia a emplearse en zonas más centrales. Sumado a la capacidad de pago, es importante reconocer que las formas de vida difieren entre el interior y la capital, y así lo afirman algunos de nuestros entrevistados. La tendencia a desarrollar modos de vivir vinculados a los centros urbanos, podría acentuar la inequidad remunerativa que existe entre el interior y la capital.

Si bien el sector privado es descrito como el principal empleador de los trabajadores de la salud (52), en el caso de nuestra muestra la preponderancia de trabajo en el sector

público es notoria. Probablemente, esto se vincula con que es una especialidad con fuerte orientación a la estrategia APS. La misma ha tenido más desarrollo en ese subsector, y su implementación va de la mano de políticas de talento humano que estimulan la formación de cierto tipo de especialistas. También hay que remarcar, que nuestro estudio es de tipo cualitativo, así que no busca estimar proporciones poblacionales. De todos modos, quince de los entrevistados tenía un perfil de trabajo mixto, con ejercicio en más de un subsector. Esto coincide ampliamente con las descripciones de otros autores (72) (8).

En algunos entrevistados, en donde el sector privado aparece como principal empleador, se identifican una cierta adhesión a los valores de la institución. Algunos autores proponen que la remuneración percibida no aparece como la razón principal para mantenerse en un sector (5) (55), pero en el caso de los que trabajan en el subsector privado la posibilidad de aumentar sus ingresos como complemento a otro trabajo principal (este último es generalmente en el subsector público), aparece como una de las razones principales para desempeñarse en ese sector. En otros países se ha descrito, por el contrario, que los mayores ingresos se asociaban al trabajo en el subsector público (16), pero esto podría explicarse por diferencias de organización del sistema sanitario. Quizás las razones que motiven la permanencia en los distintos sub sectores sean distintas, aún en las mismas personas.

Pueden existir conexiones entre las razones de elección entre la especialidad (6) y la permanencia en instituciones del sector privado, como muestra el caso de uno de nuestros entrevistados, en la que tanto la universidad de egreso como su lugar de formación y posgrado y su trabajo actual pertenecían al sector privado. Sin embargo, destacamos que casi todos nuestros entrevistados indicaron preferencia marcada por el sub sector público.

En los relatos de nuestros entrevistados apareció la idea de que la MFYG tiene menos prestigio que otras especialidades médicas. Esto coincide con lo descrito por otros autores, que además han vinculado este escaso prestigio a las dificultades del desarrollo de la estrategia APS, y menores ingresos económicos para esta especialidad en comparación con otras (6). Sin embargo, esta referencia al relativo desprestigio, no fue

tan marcada como lo muestran los resultados de investigaciones en médicos del norte argentino (6).

Otro aspecto que la bibliografía relata sobre las diferentes especializaciones, es el impacto de la variable género entre la selección de la especialización médica. Por un lado, existe una tendencia mayor a no especializarse entre las mujeres (adjudicado, por algunas autoras, a los intensivos ritmos de trabajo que apareja la residencia, que serían más dificultosos para las mujeres) (52). La mayoría de las especialidades en donde predominan las mujeres son menos rentables en términos de salarios que aquellas en donde predominan los varones (52). Esto va ligado, además, de la fuerte relación que esas especialidades tienen con el cuidado materno infantil, la contención y la empatía. Las especializadas en donde predominan varones se vinculan a roles de autoridad, control y situaciones de riesgo.

Hay una tendencia a la escasa asociación, o esta se da con fines muy acotados y momentáneos. Los sujetos que trabajan en el ámbito público, tiene vínculos más estables con los sindicatos. En cambio, los que desarrollan sus tareas en el subsector privado, total o predominantemente, no tienen espacios colectivos que los encuentren con pares. Byung-Chul indica que el aislamiento atenta contra la capacidad de libertad, porque la libertad es un ejercicio colectivo (54). En la actualidad, ese aislamiento es parte de la realidad. La falta de representatividad sindical es una característica de muchos trabajadores del sector, lo que los coloca en situación de desventaja para las negociaciones salariales o de modos de contrato (43). Sin embargo, nuestros entrevistados indicaron que estas situaciones causaran algún tipo de malestar, aunque los que sí participaban de espacios colectivos lo identificaban como un factor protector. Otros autores indican que en subjetividad propiciada en este momento de la historia, el desarrollo individual se ubica como un valor en sí mismo (53), por lo que es comprensible que no exista esta preocupación por la falta de pertenencia a espacios de defensa de derechos laborales.

Se encuentra entre los encuestados varios casos en donde se trabaja más de lo que se desearía. No se refieren razones de esta intensa carga horaria a una razón estrictamente de necesidad de subsistencia, sino como un modo de ser o un modo natural en que se desarrolla la profesión. Indicaron que es algo que debe aceptarse, porque viene atado a la manera de trabajar en salud. El pensador contemporáneo Byung-Chul Han dice que el neoliberalismo convierte al trabajador en empresario de sí mismo. El neoliberalismo

penetra la mente de los sujetos, y los convierte en explotadores de sí mismos (54). Es llamativo que, en los casos en que los entrevistados trabajaban muchas horas por semana, consideraban esa sobrecarga como una opción individual y no lo vinculaban a la precarización o la sobreexplotación, como aparecen en algunos autores. El sujeto neoliberal es empresario de sí mismo, el *poder hacer* reemplaza al *deber hacer* entonces el sujeto se explota a sí mismo: trabaja más. El sujeto del rendimiento es, en realidad, un esclavo (54). En Esta nueva lógica neoliberal, el sujeto sometido no es consciente de su sometimiento, incluso se presume libre. Esto coincide con lo dicho por varios de nuestros entrevistados, que se refieren a sus extensas jornadas como elección de un modo de vida, que no genera sufrimiento, pero de antemano saben que no podrán sostenerlo por muchos años porque podría perjudicar su salud. En el caso de los que se suman al mercado laboral en los últimos años, si bien no son objeto de estudio de este trabajo, podrían expresar cierta resistencia a estos valores de auto explotación o de sacrificio.

Maruani plantea que los vertiginosos cambios que se vienen dando desde los años 80 de caracterizan por dos fenómenos. Por un lado, la transformación de la población activa ha creado nuevos tipos de subjetividades: los trabajadores ya no son lo que eran. Por el otro, las demandas del mercado, la nueva estructura económica general, genera otras reglas de juego: el trabajo ya no es lo que era (55). Sobre estos cambios se refieren nuestros entrevistados cuando hablan de las nuevas generaciones que se incorporan al mercado laboral, y que de algún modo cuestionan el *statu quo* del campo. Relataron que estas nuevas generaciones se alejan de la idea del sacrificio que implican los primeros años de ejercicio de la medicina, y esas son algunas de las razones por las que no realizan residencias, por ejemplo.

Las consecuencias subjetivas de la auto explotación son la depresión y el burnout (53) (54). En nuestro país, la bibliografía describe un aumento en la prevalencia del burnout o desgaste profesional de alrededor del 14% (79), así como un aumento sostenido de la depresión y el suicidio entre profesionales médicos (80). Si bien los modelos explicativos de esta realidad son variables, todos suelen coincidir en que la dimensión del trabajo juega un rol importante en la génesis del problema. Se describe que en las mujeres existen mayores tasas de burnout y suicidio (80), vinculado a más prevalencia de situaciones de acoso y peores ingresos económicos que sus pares varones. Si bien en nuestros entrevistados las mujeres relataron situaciones que desfavorecían su realidad

respecto a los varones, no tenemos elementos para pensar que lo descrito en el estudio citado sea una realidad local.

En las entrevistas de este estudio, fue importante la referencia a la cantidad de horas de horas trabajadas por semana, pero no hubo grandes relatos referidos a desgaste, o problemas de salud mental vinculados con la tarea. Debemos decir que las preguntas no se referían exactamente a rastrear la prevalencia de este problema, pero la profundidad de las entrevistas habilitaba al relato. Otra cuestión a tener en cuenta es que el tipo de especialidad de nuestro estudio no se encuentra entre las que tienen más tasas de burnout (80). Sí se encontraron elementos que son descritos como causales del desgaste profesional, como son la violencia recibida por usuarios de los servicios de salud, o los problemas en el pago.

Un estudio multicéntrico realizado en Argentina mostró que la mayoría de los egresados de residencias de medicina familiar y/o general considera útil su entrenamiento para la actual tarea (7). La bibliografía indica que los programas de formación en MFYG en Córdoba son bastantes homogéneos en cuanto al modelo de atención centrado en la persona, y que combinan como escenarios de prácticas el PNA y el segundo nivel (principalmente guardias) (81). Las diferencias son notorias, en cambio, en cuanto al ejercicio de medicina basada en evidencias y el desarrollo de aptitudes en epidemiología (81). Nuestros entrevistados indicaron que hay aspectos que diferencian a los estilos de formación, y que se encuentran diferencias respecto al abordaje comunitario, lo cual coincide con la bibliografía (81).

Si bien se planteaba lo anterior, es posible decir, en función de los relatos de los entrevistados, que existen ciertos valores compartidos respecto al modo de encarar el procesos PEAC, que permiten al egresado integrar los conocimientos más allá de las distintas maneras de formación recibida. Se indica que las diferencias se van disipando con los años de ejercicio laboral. También hay que destacar que los programas de formación desarrollados después de la residencia pueden ayudar en ese proceso.

La feminización es un proceso ampliamente descrito en el campo de la salud: cada vez hay más mujeres médicas, y las tendencias en ingreso de la carrera indican que este proceso se acentuará. Sin embargo, no se ha profundizado demasiado en los problemas asociados a este proceso. Uno de los trabajos más recientes da cuenta de un proceso de *feminización profesionalizada*, es decir, una mayor predominancia de mujeres entre los profesionales de la salud (52). Este mismo trabajo describe un perfil más favorable para

las mujeres en lo que respecta a condiciones laborales: ellas cuentan con más empleo registrado que los varones. Nos encontramos referencia a diferencias marcadas en cuanto ingresos económicos diferenciados según el género, a diferencia de los descripto en otro trabajo reciente realizado en Perú (16). En nuestro estudio, esta relación favorable también se cumplió. En las entrevistas a algunas mujeres de nuestra muestra, se vinculaba la existencia de un trabajo único, en relación de dependencia, como el modo de compatibilizar la profesión con la vida doméstica, sobre todo con el cuidado de los hijos. Otros autores han señalado casos en donde las mujeres eligen residencias de esta especialidad cerca de sus hogares, lo que podría estar vinculado a estar razones de doble jornada laboral (trabajo profesional remunerado, y trabajo doméstico no remunerado) (6).

En ninguno de los varones con trabajos en relación de dependencia apareció la posibilidad de compatibilizar tareas domesticas con trabajo formal como un beneficio asociado al tipo de contrato. Sí veían como algo positivo los beneficios asociados a tenerlo (obra social, aportes jubilatorios, licencias por enfermedad, etc.). En el citado trabajo de PNUD, se describe que el empleo registrado tenía una relación positiva con la posibilidad de ocupar lugares de decisión (52). En nuestro caso no se observó esa relación, pero nuestra muestra fue más pequeña y sólo limitada a una especialidad médica.

Algo muy descripto en trabajos anteriores muestra que a irregular distribución del trabajo no remunerado (tareas domésticas y cuidado a miembros de la familia) en perjuicio de las mujeres (11) (52), lo que se cumplió ampliamente entre nuestros entrevistados. Es importante destacar, también, que en la mayoría de los casos algunas tareas domésticas estaban a cargo de otra mujer, que estaba empleada para ese fin. Aún en estos casos, las entrevistadas indicaban con frecuencia que ellas seguían teniendo más responsabilidades en el hogar que sus parejas varones. Algunos de nuestros entrevistados describieron que las mujeres están más preparadas naturalmente para la profesión médica, y establecieron una relación directa entre la capacidad de cuidar de un hogar con la capacidad de desarrollar la profesión médica. Otros autores remarcan que si bien el ejercicio continuo de cuidar permite desarrollar algunas habilidades, no está establecido a priori de qué género es el sujeto encargado de hacerlo (11). Es decir, que lo mostrado en nuestros resultados sería una consecuencia cultural de la división de géneros, y de ningún modo podría ser tomado como algo natural o dado.

Para terminar con las cuestiones estrictamente ligadas al género, la bibliografía indica que hay perfiles de participación en la profesión diferentes entre géneros, con una relación inversa a la edad. Proponen que las mayores de 50 años tienen menos participación que los varones, similar entre los 30 y 40 años, y mayor participación entre las menores de 30 (52). Si bien en nuestro trabajo no hemos analizado este punto específico, si algunos entrevistados han descrito que hay cambios progresivos en la forma de organizar las tareas de la casa. A la luz de que la disponibilidad de tiempo para realizar trabajo remunerado, podemos decir que hay una relación positiva entre las dos realidades descritas.

13 Conclusiones

El objetivo inicial de este trabajo fue describir e interpretar las características del proceso de inserción laboral de los egresados de Medicina Familiar y General, en la provincia de Córdoba. En los capítulos anteriores hemos detallado cómo aspectos que tienen que ver con mercado laboral y con el modelo de formación van moldeando las trayectorias laborales. El marco teórico de la salud colectiva permitió aplicar los conceptos de campo y capitales (de Bourdieu) para comprender cuales fueron los recursos desplegados para obtener y sostener un empleo.

Los estudios encarados con perspectivas sociológicas suelen entrar en tensión con las creencias sociales aceptadas. Las discusiones sobre la utilidad social y política de esta manera de generar conocimiento han sido objeto de debate desde sus inicios (71). Nosotros consideramos que algunos resultados de nuestra investigación pueden tener una utilidad en el campo de la salud: conocer las percepciones de los especialistas en MFYG respecto a su inserción laboral puede dar pistas para crear políticas más efectivas en torno al capital humano para el primer nivel de atención.

Si bien las políticas sobre el talento humano han dejado fuertes huellas en el campo (en cuanto a construcción de sentidos sobre la salud, o la incorporación de perfiles de especialistas para el PNA), podrían incorporar otras dimensiones para su diseño ejecución. Las políticas podrían pensar en el trabajador, y en las necesidades subjetivas de los nuevos tiempos. Mostramos que los empleos a tiempo completo, y períodos indefinidos, son los más valorados socialmente en muchos de los entrevistados. En otros,

también se valora la capacidad de desarrollar una práctica que permita hacer carrera profesional o compatibilizar otras tareas, además del trabajo

Entendemos que el pluriempleo y la migración a otras especialidades no son un problema en sí mismo, sino consecuencias de un mercado laboral que refleja la lógica de un sistema de salud fragmentado, en donde las inequidades toman forma de diferencias salariales y peores condiciones laborales en el subsector público. Las experiencias laborales de los especialistas en MFYG parecen estar atadas a políticas públicas que surgen con fuerza, pero con el tiempo van perdiendo ímpetu, y en esa pérdida los trabajadores empiezan a buscar otros caminos alternativos, aunque no se niegan los aportes de esas estrategias que buscaron fortalecer el PNA.

Las vivencias vinculadas al género han demostrado, en nuestro trabajo, ser un elemento muy importante a la hora de moldear las trayectorias laborales, y encontramos diferentes modos de transitar el trabajo entre varones y mujeres. Las diferencias entre género en el mundo laboral atentan contra el desarrollo de la sociedad. Se ha recomendado que existan políticas públicas específicas que disminuyan las brechas entre géneros. En el caso de la especialidad médica que estamos estudiando, al ser mayoría de mujeres, estas políticas podrían tener claros impactos en el desarrollo de la APS. Como los cambios en la vida profesional de las mujeres no han ido de la mano de los cambios en las vidas domésticas, es preciso que existan políticas puntuales para disminuir estas brechas, sobre todo en aquellas mujeres con hijos a cargo.

Es importante incorporar la perspectiva de género en los estudios sobre el talento humano, para poder conocer mejor las necesidades de las trabajadoras, y crear sistemas que resulten atractivos para las trabajadoras del sector. En un sector en donde la feminización es un proceso que avanza sin pausas, estas respuestas deben darse con velocidad.

En nuestros resultados, los efectos de la descentralización muestran que los efectores del PNA del interior de la provincia tienen menos capacidad para retener a los especialistas en MFGY, y en cambio la ciudad de Córdoba, tiene ofertas mucho más atractivas para concentrar el capital humano. Estas ofertas tienen que ver con la capacidad de pago, con los tipos de contratos ofrecidos, con la posibilidad de hacer carrera en la profesión, pero también con la elección de un estilo de vida más cercano a los grandes centros urbanos. Resulta todo un desafío encarar proyectos de mejora sanitaria en la provincia, que

involucren la combinación de todos estos factores a la hora de mejorar el perfil de distribución del talento humano para el primer nivel de atención. Pensar la descentralización sin rectoría conduce a malos resultados sanitarios, en donde la inequidad de distribución de talento humano es una variable de peso.

En este sentido, según el relato de nuestros entrevistados, la impronta de algunos programas, como el Programa Médicos Comunitarios o el Programa de Salud Familiar, han marcado con fuerza una mirada sanitaria enfocada en el PNA. A pesar de lo acotado y las dificultades de pago, la impronta subjetiva que generaron esos programas es muy fuerte, y son evaluadas como muy positivas de manera integral. Este efecto ha sido particularmente significativo, para nuestros entrevistados, en lugares pequeños del interior de la provincia. Es probable que esto se deba a que justamente en esos territorios, el impacto de las políticas de descentralización y las consecuencias de la fragmentación del sistema sean mayores. Quizás estas experiencias puedan retomarse para paliar esa realidad que describió Ase: la de una provincia en que la política de salud, sobre todo APS, ha adquirido un nivel de discrecionalidad llamativo (45).

Vimos que numerosos autores van alertando sobre los cambios subjetivos de los trabajadores. En nuestro tema de investigación, estas ideas se cristalizan. La feminización de la profesión tiene claras implicancias en la especialidad, existe una tendencia a la auto explotación, se aprecia particularmente el estilo de vida urbano. Lo que resuena del mercado en las entrevistas, son la existencia de contratos precarios (sobre todo en los primeros años y cuando los empleadores son del interior de Córdoba), o de buenos contratos pero con condiciones de trabajo pobres (es llamativa la repitencia de relatos de edificios empobrecidos)

Como indican otros autores, no sólo los estímulos contractuales y económicos operan en la elección y permanencia de los médicos en un puesto (76). Otros elementos, más motivacionales y que impliquen el juego de capitales simbólicos, deben ser tenidos en cuenta a la hora de apostar a una política de recursos para el primer nivel de atención.

La incorporación de nuevas generaciones al mundo de trabajo trae aparejada grandes desafíos. Las necesidades subjetivas son un fuerte reclamo, más allá de las de las ofertas económicas. Anteriormente ya se ha marcado que las reformas sanitarias siempre han pensado, principalmente, en la macro estructura sanitaria. Suelen estar centradas en la tecnología del diagnóstico y del medicamento, y no en las personas que se vinculan con

el sistema sanitario (ya sean destinatarios de los servicios de salud o ejecutores de las políticas públicas). La caída de ingresantes a residencias en general, y particularmente en MFYG, ha de servir de llamado de atención para pensar seriamente en los trabajadores candidatos a trabajar en el PNA.

El subsector público sigue ofreciendo planes de residencia, contratos precarios, trabas burocráticas. El subsector privado ha cambiado su lógica de recursos humanos. Ofrecen contratos basados en desempeño, trabajos médicos mediados o asistidos por tecnologías (consultas mediadas por teléfono celular, entrega de tablets para consultas domiciliarias, por ejemplo). Esta brecha de ofertas debe ser saldada para atraer a las generaciones más jóvenes al PNA. Sería relevante desarrollar investigaciones sobre las preferencias de médicos de reciente egreso, sobre todo aquellos que rechazan el ingreso a residencias.

Hacer una verdadera apuesta en políticas de talento humano debería ofrecer cargos de planta efectivos en vez de contratos cortos y de tiempo parcial. Sin embargo, dadas las nuevas dinámicas generacionales que se presentan, otros mecanismos alternativos también debieran pensarse como opciones, sobre todo para los más jóvenes.

Si bien trabajar en el PNA es relatado como una opción de vida, las historias laborales de nuestros entrevistados, muestran que esa opción ha sido acompañada por contextos políticos y por proyectos de un sistema de salud más humano. Las realidades de los trabajadores deben ser leídos como síntomas del problema que genera la ausencia de un sistema de salud integral. Pensamos que la clave está en pensar una forma de producir salud, no sólo para la ciudadanía en general, sino también en el tipo de trabajadores que existen para esa tarea.

14 Bibliografía

1. REY R. La inserción laboral de los médicos: los primeros años de ejercicio profesional y la incidencia del capital social. 2002..
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC.; 2005.
3. SILBERMAN P, GONZALEZ CALBANO A, GODOY AC, ZAMORA A, PERROTA A, FERNANDEZ PONCE DE LEON R. Análisis del programa de becas en medicina familiar y general segun estratos sociosanitarios de la República Argentina. Revista de Salud Pública. Abril 2016; XX(1): p. 17 - 24.
4. SENF JH, CAMPOS-Outcalt D, KUTOB R. Factors Related to the Choice of Family Medicine:A Reassessment and Literature Review. J Am Board Fam Pract. 2003; 16: p. 502 - 12.
5. GONZÁLEZ GARCÍA G, MADIES C, FONTELA M. Médicos: la salud de una profesión: entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla. 1st ed. Buenos Aires: iROJO Editores; 2012.

6. KREMER P, DAVERIO O, PISANI O, NASINI S, GARCÍA G. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. *Rev. Argent Salud Pública*. 2014; 5(21): p. 30-37.
7. SILBERMAN P, GONZALEZ MA, GODOY AC, PERROTA A, ZAMORA C, FERNANDEZ PONCE DE LEÓN R. 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 nueve residencias de siete provincias de la Rep. Argentina. Buenos Aires;; 2013.
8. L'HOPITAL C. Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado. *Archivos de medicina familiar y general*. 2017 mayo; 14(1).
9. L'hospital 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 (En línea). Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria; 2015.
10. Borracci1 RA, Salazar AI, Arribalzaga EB. El futuro de la feminización de la medicina en Argentina. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*. 2018 Enero; 21(3).
11. FAUR E. Mujeres y varones en la Argentina de hoy: Géneros en movimiento Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2017.
12. ASE I, BURIJOVICH J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud:¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud colectiva*. 2009 ene- abr; 5(1): p. 27 - 47.
13. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Residencias del Equipo de Salud: Documento marco (En línea) Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf. Buenos Aires;; 2011.
14. SILBERMAN P, GODOY AC, GONZALEZ CALBANO MA, PERROTA AC, ZAMORA AC, FERNANDEZ PONCE DE LEÓN RC. Censo 2013 de Residencias de Medicina Familiar y General de la República Argentina. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2013; 10(2): p. 15 - 22.
15. PNUD PDNUPED. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Buenos Aires;; 2011.
16. Taype-Rondan A, Alarcon-Ruiz CA, Zafra-Tanaka JH, Rojas-Vilar FJ. Factores asociados al ingreso económico, carga laboral y clima laboral en un grupo de médicos generales jóvenes en Perú. *Acta méd. Peru*. 2018 Enero; 35(1).
17. BELMARTINO S, BLOCH C, LUPPI I, QUINTEROS Z, TRONCOSO M. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990.
18. MENÉNDEZ EL. El Modelo Médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2004; 1(1): p. 9 -32.

19. BELMARTINO S. La atención médica del siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
20. VALLESE M, ROA R. Medicina familiar y general en Argentina. Atención Primaria. 2006; 38(10): p. 577 - 579.
21. Cuba MS, Campuzano J. Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad. Rev Med Hered. 2017;(28): p. 116-121.
22. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
23. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. 1st ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
24. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colectiva. 2020 Mayo; 16.
25. FOUCAULT M. El nacimiento de la clínica : una arqueología de la mirada médica. 22011th ed. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 1963.
26. MENÉNDEZ E. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana; 1990.
27. CASAS PATIÑO D, RODRÍGUEZ TORRES A. El origen de las especialidades médicas; en búsed de un acercamiento a la práctica médica actual. 2015; 9(1).
28. FLEXNER A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Boston, Massachusetts: Updyke;; 1910.
29. Silberman MS, Silberman P, Pozzio M. Evaluación de una propuesta pedagógica de enseñanza de la Medicina. Salud Colectiva. 2012; 8(2).
30. JURE H, CIUFFOLINI MB, DEMUTH P. El aprendizaje pleno del proceso Salud Enfermedad Atención. Reflexiones y adecuaciones didácticas para los primeros años de carreras en ciencias de la salud. Revista de la Facultad de Medicina de la UNNE. 2015; XXXV(3): p. 3 - 7.
31. Vidal NV, Rodríguez López E, Véliz Martínez PL, Suárez Cabrera A, Morales Cordovés E. Tendencias actuales de programas de estudio de pregrado y posgrado con orientación a la Atención Primaria de la Salud. Educ Med Super. 2016 jul - set; 30(3).
32. CIUFFOLINI B, JURE H. Evolución histórica de la Medicina Familiar y General en la Argentina. Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina. 2006; 9(2).
33. González-Montero MG, Lara-Gallardo PM, González-Martínez JF. Modelos educativos en medicina y su evolución histórica. Rev Esp Méd Quir. 2015; 20: p. 256-265.

34. Ramos Hernández R, Antuan Díaz Díaz A, Valcárcel Izquierdo N. MODELO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES ESPECÍFICAS PARA LA FORMACIÓN DE LOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL. REVISTA CIENCIAS PEDAGÓGICAS E INNOVACIÓN. 2017 May; 3.
35. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Marco de referencia para la formación en residencias médicas. Especialidad Medicina Familiar y/o General. Buenos Aires; 2010.
36. ABRAMZON. Articulación entre la formación de grado y residencias en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral. Análisis en dos escenarios particulares: Ciudad de Buenos Aires y Municipio de Rosario. 2009th ed. Buenos Aires: Comision Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nacion; 2009.
37. ABRAMZON M, ROVERE M. La formación de recursos humanos en Salud. Bases para una agenda impostergable [Artículo en internet]. [Online].: Argentina: Plan Fenix; 2005 [cited 2016 2 26]. Available from:
<http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/iii/politicas%20de%20desarrollo%20rrhh/abramzon.pdf>.
38. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. Salud Publica Mex. 2011; 53(2).
39. Stolkiner A, Comes Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(6).
40. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y SU TRAYECTORIA DE LARGO PLAZO: LOGROS ALCANZADOS Y DESAFÍOS FUTUROS 7. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2011. Report No.: ISBN 978-987-1560-32-5.
41. MEDINA A, NARODOWSI P. Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público Buenos Aires: Ediciones Imago Mundi; 2015.
42. Maceira D. Morfología del Sistema de Salud Argentino Descentralización, Financiamiento y Gobernanza. Documento de trabajo. Buenos Aires: CEDES; 2018. Report No.: 141.
43. BALDO VSS. Problemas associados à segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde: uma revisão sistemática da literatura sobre o caso da Argentina. Socied. em Deb. 2019; 25(1): p. 73-91.
44. SALUD OMDL. Declaración de Alma Ata. In ; 1978; Kazajstán: OMS.
45. ASE I. La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. Salud Colectiva. 2006; 2(2): p. 199-218.
46. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación. RemediAr. [Online].; 2021 [cited 2021 01 12]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/remediar>.
47. TESTA M. Pensar en Salud Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

48. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Creación de entornos de trabajo saludables: un modelo para la acción: para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales. ; 2010.
49. CRESPO J. El bienestar laboral de los profesionales de la medicina: una comparativa iberoamericana. Revista del Centro de Estudios de Sociología del Trabajo (CESOT). 2014; 6(6).
50. Borracci R, Pittaluga R, Manente D, Giorgi M. Medical students' attitudes regarding professional practice. Medicina. 2009 Diciembre; 69(6).
51. THE LANCET. Feminism is for everybody. The Lancet. 2019 Febrero 9; 393: p. 493.
52. CATTERBERG G, DURÉ I, BUSTOS JM, LANGSMAN M, SALZMAN M. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Buenos Aires;; 2018.
53. LAVAL C, DARDOT P. La nueva razón del mundo Barcelona: Gedisa; 2013.
54. HAN BC. Psicopolítica. Primera edición ed. Barcelona: Heder; 2014.
55. MARUANI M. De la Sociología del Trabajo a la Sociología del empleo. Política y Sociedad. 2000;(34): p. (pp. 9-17).
56. Jimenez Vazquez MS. Tendencias y hallazgos en los estudios de trayectoria: una opción metodológica para clasificar el desarrollo laboral. Revist Electrónica de Investigación Educativa. 2009 May; 11(1).
57. TOVILLAS P. Bourdieu. Una Introducción Buenos Aires: Quadratta; 2010.
58. PELAYO PÉREZ MB. Capital Social y Competencias Profesionales: Factores condicionantes para la inserción laboral México: Edición electrónica. Disponible en <http://www.eumed.net/>; 2012.
59. SOUSA MINAYO MCE. La aresanía de la investigación cualitativa. 1st ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
60. STRAUSS A, CORBIN J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Primera edición (en español) ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
61. MORIN E. Introducción al pensamiento complejo Barcelona: Gedisa; 1997.
62. ALMEIDA FILHO N, ROUQUORAL MZ. Introducción a la epidemiología Buenos Aires: Lugar editorial; 2008.
63. BECKER HS. Trucos del oficio. Cómo conducir su investigación en ciencias sociales. Primera edición especial ed. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2014.
64. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. ; 2010.

65. NACIÓN MDSDL. Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina. ; 2013.
66. PARRA D, RODRÍGUEZ B. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Enf Neurol.* 2013; 12(3): p. 118-121.
67. Fernández Chavez F. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales.* 2002 junio; 2(96).
68. Abela JA. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces; 2002.
69. Alloatti MN. Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales. 2014 Agosto. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf.
70. SPINELLI H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva.* 2010 sep- dic; 6: p. 275 - 293.
71. BOURDIEU P, PASSERONP JC. Los herederos: lo estudiantes y la cultura. 1st ed. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2014.
72. BELMARTINO S. La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. 1st ed. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2005.
73. GOLLAN D, al E. ¿Qué hacer en salud? : Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria Buenos Aires: Colihue; 2015.
74. PERANOVICH AC. Perfil sanitario de la Provincia de Córdoba. Desarrollo y eficacia de las políticas salud. Años 2000-2007. *Revista de Salud Pública.* 2012; XVI(3): p. 42-55.
75. González Sánchez MC, Parcero Paez , Tonini. El Programa de Médicos Comunitarios: una aproximación desde el enfoque de referenciales de políticas públicas. Ponencia en X Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de la Plata. Ensenada, 5, 6 y 7 de diciembre de 2018: Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2018. Report No.: ISSN 2250-8465 - <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar>.
76. MACEIRA D, PALACIOS A, URRUTIA M, ESPINDOLA N, NIEVAS M. Descentralización y estructura de las remuneraciones médicas en Argentina: un análisis comparado en cinco jurisdicciones. *Rev. Argent Salud Pública.* 2017 Mar; 8(30): p. 26-32.
77. San Martín M, Sonis A, Glanc M. REMUNERACIONES EN EL SECTOR SALUD. ESTUDIO DE CASO SOBRE UN GRUPO DE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD ISALUD. In ; 2017; Buenos Aires.
78. MARCHETTI C, CASARAVILLA D. EVALUACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN LAS AMÉRICAS, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROPIOS MÉDICOS. JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD, ISALUD. In ; 2017; Buenos Aires.

79. GRAU A, FLICHTENTREI D, Rosa S, Prats M, Braga F. INFLUENCIA DE FACTORES PERSONALES, PROFESIONALES Y TRANSNACIONALES EN EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO HISPANOAMERICANO Y ESPAÑOL (2007). Rev Esp Salud Pública. 2009; 83(2).
80. MINGOTE ADÁN JC, CRESPO HERVÁS D, HERNANDEZ ÁLVAREZ M, NAVÍO M, RODRIGO GARCÍA PANDO C. Prevención del suicidio en médicos. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2013; 59(231).
81. PEONA MG, PALMIERI HJ. Variabilidad en los programas de formación de residencias en Medicina Familiar y General de la ciudad de Córdoba Argentina. Experiencia Médica. 2016; 34(2).
82. KREMER, PISANI Y DAVERIO. 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 2012. Buenos Aires; 2013.

15 Apéndices

15.1 Apéndice 1

Consentimiento Informado

El presente estudio titulado “El proceso de inserción laboral de los egresados de residencias de Medicina Familiar y General en Córdoba, Argentina” tiene por objetivo conocer los recorridos laborales de los especialistas en Medicina familiar y/o general.

Para cumplir los objetivos, se realizan entrevistas a personas que trabajen hace varios años en la especialidad. La entrevista será realizada por la responsable del estudio.

La participación es voluntaria y gratuita. Se garantiza confidencialidad de la información brindada, conforme a lo dispuesto por la Ley 25.326, que se refiere a la Protección de Datos Personales. Los datos obtenidos de las entrevistas son confidenciales, y serán utilizados para cumplir el objetivo de este estudio.

La entrevista será grabada. Una vez concluido el proceso de investigación, se destruirán todos los materiales de audio obtenidos. Los beneficios de su participación consisten en aportar su experiencia y opinión sobre un tema relevante para la salud pública. Al cumplirse los recaudos para preservar su identidad, no se identifican riesgos en la participación. La participación puede interrumpirse si el entrevistado así lo desea, en cualquier momento que se desarrolle la investigación. Los participantes tienen derecho también a recibir todas las aclaraciones que precisen.

La responsable del estudio es la médica Ana Carolina Godoy, matrícula profesional 33071/4.

Yohabiendo comprendido y aceptado la información antes descripta, presto mi consentimiento para participar de esta investigación.

Se firman dos ejemplares del mismo tenor, uno para el participante y otro para la autora.

Lugar y fecha:

Firma del participante

Firma de la investigadora

15.2 Apéndice 2

Guía de entrevista

Género:

Edad:

Estudios alcanzados:

Escolaridad de los padres:

Carga familiar:

Universidad de egreso:

Sede de residencia en donde se formó como MFYG:

- 1) ¿Podría enumerar los trabajos que ha tenido desde que se recibió como especialista en MFYG? Agregaremos algunas características, y usted puede agregar cualquier detalle que quiera

Número de trabajo	Tarea	Modo e contrato	Como accedió al puesto	Si lo dejó, porqué	Subsector	Ingreso	Horas semanales	Otro

- 2) Describa otras experiencias que ha tenido en el mundo del trabajo no vinculadas a su profesión. Encuentra similitudes/diferencias?
- 3) ¿Cómo describiría a la formación médica recibida en el grado como el posgrado?
- 4) Profundicemos sobre como accedió a los trabajos que ha enumerado...
- 5) Respecto al mundo del trabajo para los médicos especialistas en MFYG: ¿qué ha experimentado respecto a los puestos para los que ha tenido o ha podido postularse?
- 6) ¿Recuerda alguna entrevista laboral que haya tenido? ¿Como se sintió?
- 7) ¿Ha trabajado en el mismo espacio con otros especialistas? ¿Las condiciones de trabajo han sido similares o no? Desarrolle
- 8) ¿Cree que hay competencia con otros médicos para los puestos en donde trabaja o trabajó? Desarrolle
- 9) ¿Desarrolla otras tareas además del trabajo actual? ¿Cuáles?. Si vive con otras personas: quién se ocupa de las tareas domésticas?

- 10) ¿Cómo describiría su situación laboral actual?
- 11) ¿Cambiaría algo de ella? Desarrolle
- 12) ¿Considera que su historia profesional ha sido planificada?
- 13) ¿Ha tenido modelos o guías en el desarrollo de su profesión? Si es así, que valora de ellas/ ellos
- 14) ¿Qué trabajo le gustaría desarrollar en el futuro? Describa sus características
- 15) ¿Se encuentra vinculado a alguna institución que agrupe pares (sindicatos, federaciones, asociaciones, etc)? ¿Cómo es su participación? ¿Qué opina en general de estos espacios?
- 16) ¿Cree que su situación laboral sería distinta si fuese mujer/hombre? Desarrolle
- 17) ¿Alguna vez sufrió malestar en el trabajo? (situaciones de stress marcado, violencia, otros)
- 18) ¿Quisiera agregar algo más a todo lo expresado?
- 19) ¿Podría recomendar a alguien más para ser entrevistado?

16 Anexos

**16.1 Anexo 1: Nota de evaluación del Comité de
Ética**



Fecha de registro CCIS: 17/09/10. Nro de registro: 0177/2010
Folio: 54. Libro Actas: N° 1 Re-acreditado 14/10/2016.
Inscrito en el RENIS CE000063



Hospital Municipal de Agudos
Dr. Leónidas Lucero

Bahía Blanca, 13 de junio de 2019

Investigador Principal

Med. Ana Godoy

DICTAMEN: APROBACIÓN

Ref: "El proceso de inserción laboral de los egresados de residencias de Medicina Familiar y General en el año 2018, en la provincia de Córdoba, Argentina"

Los integrantes del Comité Institucional de Bioética en Investigación, en sesión ordinaria, han tomado conocimiento y han aprobado los siguientes documentos presentados:

- Proyecto de Tesis Magister en Salud Colectiva
- Consentimiento informado

El Comité Institucional de Bioética en Investigación, ha decidido APROBAR para *Región Sanitaria I, provincia de Buenos Aires*, el Proyecto de Referencia, quedando registrado en libro de Actas, con fecha 13 de junio de 2019 tomando en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

EVALUACIÓN ÉTICA

- Propósito del estudio
- Idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio
- Justificación de riesgos y beneficios
- Información escrita sobre el proyecto
- Idoneidad del Investigador Principal



Fecha de registro CCIS: 17/09/10. Nro de registro: 017/2010
Folio: 54. Libro Actas: N° 1 Re-acreditado 14/10/2016.
Inscripto en el RENIS CE000063



- Determinación de posibles conflictos de interés del IP.
- Confidencialidad de datos personales.

El mismo ha sido calificado como:

SIN RIESGO MÍNIMO RIESGO MAYOR RIESGO

Del análisis técnico de los documentos mencionados surge que se contempla el respeto por la dignidad, seguridad y bienestar de los pacientes y sus responsabilidades de acuerdo a lo expresado en el Código Helsinki II (Art. 1 al 9), el Informe Belmont y la Ley 25.326 de Protección de los datos personales, normas de las buenas prácticas clínicas.

Solicitamos que el Investigador Principal notifique al Comité Institucional de Bioética en Investigación, todas las novedades del Proyecto de referencia.

Atentamente


Dr. DANIEL QUIROGA
COORDINADOR
COMITÉ DE BIOÉTICA
HOSPITAL MUNICIPAL de AGUDOS - Dr. LUCERO

Nota: Los Códigos Nacionales e Internacionales en los que se basa el accionar de este Comité Independiente de Bioética son:

- Código de Nuremberg.
- Guías Éticas Internacionales para la Investigación médica en seres humanos (CIOMS).
- Declaración de Helsinki y sus modificaciones.
- Precepto de Buenas Prácticas Clínicas en la investigación médica (GPC).
- Declaración de Lisboa-Derecho de los pacientes.
- Disposición 6677/10 del ANMAT.



Fecha de registro CCIS: 17/09/10. Nro de registro: 017/2010
Folio: 54. Libro Actas: N° 1 Re-acreditado 14/10/2016.
Inscripto en el RENIS CE000063



Hospital Municipal de Agudos
Dr. Leónidas Lucero

- Disposición 4008/17 del ANMAT.
- Disposiciones reglamentarias de la CCIS.
- Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (UNESCO 1997).
- Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (UNESCO 2003).
- Ley N° 25.326 de Protección a los datos personales.
- Ley 11044 y su Decreto reglamentario 3.385 (Provincia de Buenos Aires).
- Dictamen 046/2011 de la CCIS sobre investigación con muestras biológicas.

No queda invalidada la incorporación de otros Códigos referidos a la investigación clínica.

Dr. DANIEL QUIROGA
COORDINADOR
COMITÉ DE BIOÉTICA
HOSPITAL MUNICIPAL de AGUDOS "Dr. LUCERO"

Consentimiento Informado

El presente estudio titulado "El proceso de inserción laboral de los egresados de residencias de Medicina Familiar y General en Córdoba, Argentina" tiene por objetivo conocer los recorridos laborales de los especialistas en Medicina familiar y/o general.

Para cumplir los objetivos, se realizan entrevistas a personas que trabajen hace varios años en la especialidad. La entrevista será realizada por la responsable del estudio.

La participación es voluntaria y gratuita. Se garantiza confidencialidad de la información brindada, conforme a lo dispuesto por la Ley 25.326, que se refiere a la Protección de Datos Personales. Los datos obtenidos de las entrevistas son confidenciales, y serán utilizados para cumplir el objetivo de este estudio.

La entrevista será grabada. Una vez concluido el proceso de investigación, se destruirán todos los materiales de audio obtenidos.

Los beneficios de su participación consisten en aportar su experiencia y opinión sobre un tema relevante para la salud pública. Al cumplirse los recaudos para preservar su identidad, no se identifican riesgos en la participación.

La participación puede interrumpirse si el entrevistado así lo desea, en cualquier momento que se desarrolle la investigación. Los participantes tienen derecho también a recibir todas las aclaraciones que precisen.

La responsable del estudio es la médica Ana Carolina Godoy, matrícula profesional 33071/4.

Yo, habiendo comprendido y aceptado la información antes descripta, presto mi consentimiento para participar de esta investigación.

Se firman dos ejemplares del mismo tenor, uno para el participante y otro para la autora.

Lugar y fecha:

Firma del participante

Firma de la investigadora


Dr. DANIEL QUIROGA
COORDINADOR
COMITÉ DE BIOÉTICA
HOSPITAL MUNICIPAL de AGUADOS "Dr. LAUREO"
13-06-2009

Bahía Blanca, 13 de junio de 2019

Investigador principal
Med. Ana Godoy

Ref: "El proceso de inserción laboral de los egresados de residencias de Medicina Familiar y General en el año 2018, en la provincia de Córdoba, Argentina"

Los integrantes del Comité de Investigación han tomado conocimiento y han aprobado el proyecto de investigación presentado.

Atentamente,


Bqca. PATRICIA BARBERIN
M.P. 4128
COORDINADORA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO