



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS DE MAGÍSTER EN SALUD COLECTIVA

Medicina General: diferencia entre lo aprendido en la residencia y la práctica posterior.
Análisis en el Sistema Municipal de Salud de la ciudad de Olavarría en el período comprendido entre 2013 y 2023.

Maria Florencia Lestrada

BAHÍA BLANCA

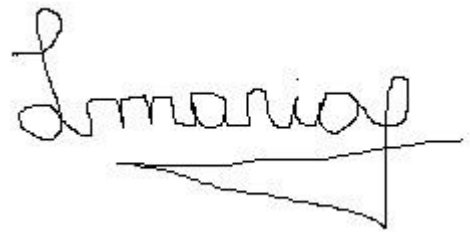
ARGENTINA

2024

Hoja de Posgrado

Prefacio

Esta Tesis se presenta como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Magister 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 la Maestría de Salud Colectiva, dependiente del Departamento de Ciencias de la Salud durante el período comprendido entre el 24 de abril de 2018 y el 26 de abril de 2024, bajo la dirección de/de los Profesores Med. Mg. Perinetti, Andrea del Departamento de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNMDP y Med. Dr. Silberman, Pedro del Departamento de Ciencias de la Salud de la UNS.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Mariano', with a long horizontal stroke extending to the right and a vertical line at the end.

16 de febrero de 2024

Firma

Departamento de Ciencias de la Salud

Universidad Nacional del Sur

Dedicatoria: A mi padre, madre, Lucas y a mis hijos. Por el amor, ejemplo, confianza y paciencia.

Agradecimientos: A Andrea y a Pedro, por las mismas cosas. A mis amigas bahienses de la maestría Andrea y Micaela, compañeros/as y docentes por su gran aporte a mi formación, humildad y amor. A la familia Frasca y Carrizo por darme ser hogar y familia en Bahía Blanca.

A Margarita Fallesen y a Yanina Bórmida por sus aportes en la edición.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR
Secretaría General de Posgrado y Educación Continua

El presente Trabajo Final de Maestría ha sido aprobado el ^{23/09/2024} 11, mereciendo la calificación de...8.
(ocho)

Resumen

Sólo 20% de egresados/as de las Residencias de Medicina General (RMG) trabaja con exclusividad en el Primer Nivel de Atención (PNA). Existe una brecha entre la situación laboral durante la formación, orientada a salud colectiva y Atención Primaria de Salud (APS) y la etapa de trabajo posterior. Este estudio tiene como objetivo Analizar las características y percepciones de la práctica de los/as profesionales egresados de la RMG en el PNA del Sistema Municipal de Salud del Municipio de Olavarría durante el período comprendido entre los años 2013 y 2023. Estudio transversal cuanti-cualitativo. Se utilizó un cuestionario digital y tres grupos focales (GF). Se identificaron 46 médicos/as generalistas (MG). La tasa de respuesta fue 86,9% (n=40). 82,5% fueron mujeres. 95,0% se desempeñaba en el subsistema público. El 72,5% realizaba APS, 40% guardias, 35% docencia, 30% consultorio privado y 15% otras especialidades. Prácticas intramuros más frecuentes fueron: control de salud de adultos/as, infancias, demanda espontánea y control de salud de la mujer. Las actividades extramuros más frecuentes: visitas domiciliarias y a instituciones educativas. 56,7% refirió no haber realizado nunca Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS). El poliempleo representó 80%. Hubo una relación inversa entre satisfacción con la práctica y trabajar en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) ($p<0,05$). De los GF se hallaron once categorías: percepción de inserción territorial inefectiva, escasa capacidad de gestión, sentimientos/emociones negativas hacia la especialidad, precariedad laboral, conflicto entre maternidad y especialidad, guardias, poliempleo, pensamientos nihilistas, entre otras. Existe una gran diferencia entre la RMG y la práctica. Constituye una problemática compleja atravesada por la desvalorización y precarización de la especialidad. Se identifican dificultades a nivel de gestión municipal y de equipos de salud. Se reconocen fortalezas del sistema de salud, universitario y de los/as MG y se plantean futuras líneas de trabajo.

Palabras Claves: medicina general; atención primaria de salud; residencia médica; gestión de la práctica profesional; mercado de trabajo.

Abstract

Only 20% of graduates of General Medicine Residencies (RMG) work exclusively at the First Level of Care (PNA). There is a gap between the work situation during training (oriented to Collective Health and Primary Health Care - PHC -) and the subsequent work stage. This study aims to analyze the characteristics and perceptions of the practice of professionals who graduated from the RMG in the PNA of the Municipal

Health System of the Municipality of Olavarría during the period 2013-2023. Quantitative-qualitative cross-sectional study. A digital questionnaire and three focus groups (FG) were used. Forty-six general practitioners (GPs) were identified. The response rate was 86.9% (n=40). 82.5% were women. 95.0% worked in the public subsystem. 72.5% performed PHC, 40% on-call, 35% teaching, 30% private practice and 15% other specialties. The most frequent intramural practices were: adult health control, infancy, spontaneous demand and women's health control. The most frequent extramural activities were: home visits and visits to educational institutions. 56.7% reported never having performed ASIS. Polyemployment represented 80%. There was an inverse relationship between satisfaction with the practice and working in CAPS ($p<0.05$). Eleven categories were found in the GF: perception of ineffective territorial insertion, poor management capacity, negative feelings/emotions towards the specialty, precarious work, conflicts between maternity and specialty, on-call duty, polyemployment, nihilistic thoughts, among others. There is a great difference between practice and what is learned in the GMR. This constitutes a complex problem that is crossed by the undervaluing and precariousness of the specialty. Difficulties are identified at the level of municipal management and health teams. Strengths of the health system, the university and the GPs are recognized and future lines of work are proposed.

Keywords: general medicine; primary health care; medical residency; professional practice management; job market.

Resumo

Apenas 20% dos egressos das Residências de Medicina Geral (RMG) atuam exclusivamente no Primeiro Nível de Atenção (PNA). Há uma discrepância entre a situação de trabalho durante a formação (orientada para a Saúde Coletiva e Atenção Primária à Saúde - APS) e o estágio de trabalho posterior. O objetivo deste estudo é analisar as características e percepções da prática dos profissionais egressos da RMG no PNA do Sistema Municipal de Saúde do Município de Olavarría durante o período 2013-2023. Estudo quantitativo-qualitativo de corte transversal. Utilizou-se um questionário digital e três grupos focais (GF). Foram identificados 46 médicos de clínica geral (GPs). A taxa de resposta foi de 86,9% (n=40). 82,5% eram mulheres. 95,0% trabalhavam no subsistema público. 72,5% exerciam atividade nos CSP, 40% em regime de permanência, 35% na docência, 30% em clínica privada e 15% noutras especialidades. As práticas intramurais mais frequentes foram: consulta de saúde do adulto, puericultura, demanda espontânea e consulta de saúde da mulher. As atividades extramurais mais frequentes foram: visitas domiciliares e visitas a instituições de ensino. 56,7% relataram nunca ter realizado ASIS. O poliemprego representou 80%. Houve uma relação inversa entre a satisfação com a prática e o trabalho em CAPS ($p<0,05$). Foram encontradas 11 categorias nos GFs: percepção de inserção territorial ineficaz, pouca capacidade de gestão, sentimentos/emoções negativas em relação à especialidade, precarização do trabalho, conflito entre maternidade e especialidade, plantão, pluriemprego, pensamentos niilistas, entre outros. Existe uma grande diferença entre a prática e o que se aprende na RMG. Este facto constitui um problema complexo que é atravessado pela desvalorização e precariedade da especialidade. As dificuldades são identificadas ao nível da gestão municipal e das equipas de saúde. São reconhecidos os pontos fortes do sistema de saúde, da universidade e das GMR e são propostas linhas de trabalho futuras.

Palavras-chave: medicina geral; cuidados de saúde primários; residencia médica; gestão da prática; mercado de trabalho.

Listado de figuras

Figure 1: Relación del número de lugares diferentes de trabajo según género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)	42
Figure 2: Relación entre horas semanales de trabajo y género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40).....	43
Figure 3: Nivel de satisfacción en relación a los años de egreso de la Residencia. Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)	45

Listado de tablas

Table 1: Características epidemiológicas de los/as médicos/as generalistas, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)	36
Table 2: Años de egreso de la residencia de medicina general, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40).....	37
Table 3: Principal subsistema de trabajo según género. Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40).....	38
Table 4: Prácticas propias de la Medicina General realizadas durante el último año según género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40).....	39
Table 5: Actividades intramuros realizadas en el 1er nivel de atención, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)	39
Table 6: Actividades extramuros y frecuencia de realización por período, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)	40
Table 7: Número de lugares de trabajo según género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40).....	41
Table 8: Horas de trabajo semanales según género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40).....	42
Table 9: Nivel de satisfacción según género. Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)	43
Table 10: Niveles de satisfacción con la especialidad según edad. Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40).....	44

Listado de abreviaturas:

APS: Atención Primaria de la Salud

ASIS: Análisis de Situación Integral de Salud

CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud

COFESA: Consejo Federal de Salud

FAMG: Federación Argentina de Medicina General

GF: Grupo Focal

HMHC: Hospital Municipal Héctor Cura

MG: Médico/a Generalista

MMH: Modelo Médico hegemónico

MSNA: Ministerio de Salud de la Nación Argentina

PNA: Primer Nivel de Atención

RMG: Residencia de Medicina General

RRPS: Reglamento de Residencias Profesionales en Salud

SC: Salud colectiva

SMS: Sistema Municipal de Salud

UBA: Universidad de Buenos Aires

UNICEN: Universidad Nacional del Centro de la Provincia

UNLP: Universidad Nacional de La Plata

UNNE: Universidad Nacional del Nordeste

UNR: Universidad Nacional de Rosario

Índice

Prefacio	3
Resumen	5
Propósito:	12
Problema de Investigación:	12
Pregunta de Investigación:	14
Hipótesis/Supuestos:	14
Justificación (Social, académica y personal).....	14
Marco Teórico	15
• Paradigmas en Medicina General	15
• Educación Médica y estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)	16
• Modelos de atención centrados en la comunidad frente al Modelo Médico Hegemónico (MMH)	19
• Mercado de Trabajo de los/as Médicos/as Generales.....	20
Marco de Referencia	21
• Residencia de Medicina General	21
• Trayectoria en Argentina.....	22
• Perfil nacional, provincial y local	23
Estado del arte	26
Objetivo general y específicos.....	29
• Objetivo general.....	29
• Objetivos específicos	30
Materiales y métodos	30
Consideraciones Éticas	36
Resultados	36
Discusión:.....	57
Conclusión:.....	63
PROPUESTAS:	64

Referencias:	65
• Apéndice 1.....	1
• Apéndice 2: Invitación para participar de Grupo Focal.....	8

Título:

Medicina General: diferencia entre lo aprendido en la residencia y la práctica posterior.
Análisis en el Sistema Municipal de Salud de la ciudad de Olavarría durante el período comprendido entre 2013 y 2023.

Propósito:

Producir conocimiento que pueda ser de utilidad en los niveles de gestión municipal en APS. Visibilizando las dificultades que los/as médicos/as generalistas egresados/as de la residencia atraviesan durante su inserción laboral en cuanto a poner en práctica sus competencias profesionales. Con el fin de que, a partir de este análisis, los/as decisores/as cuenten con más elementos para la construcción de políticas públicas que mejoren la inserción, permanencia y el desarrollo profesional de los/as mismos/as para el logro de una atención de calidad centrada en la comunidad.

Problema de Investigación:

Frente a sociedades actuales, la calidad de los servicios de salud depende, en buena medida, del conocimiento, capacidades y motivaciones del personal de salud (Kremer, 2014). En cuanto a esto último, se plantea un escenario de alta precarización, pluriempleo y desjerarquización de los equipos, puesto que la inversión realizada en capacitar a estos/as profesionales no es aprovechada por los/as usuarios/as del subsector público, ni por los municipios, lo contrario del efecto buscado al reorientar los esfuerzos del sistema de salud hacia la APS (Silberman, 2013).

Las instituciones públicas del país encargadas de la formación de posgrado en medicina general reconocen la importancia de la adquisición de competencias que se fundamentan en el paradigma de la salud colectiva y en la estrategia de APS. Estas, permiten al/la profesional dar respuestas orientadas a las demandas de la comunidad en donde se inserta laboralmente. En este contexto los/as Médicos/as Generales (MG) egresados/as, luego de su recorrido formativo, adquieren competencias que les son particulares. Estas persiguen recuperar el trabajo clínico integral, transdisciplinario, social, en territorio, con énfasis en la gestión de la atención, para generar una organización en los CAPS que contemple fundamentalmente las características particulares de cada entorno, así como también logre una mayor participación comunitaria (Ministerio de Salud de la Nación Argentina [MSNA], 2014). La ciudad de Olavarría fue pionera en los años 70 y 80 en formación en medicina general (Federación Argentina de Medicina General [FAMG], 2024), cuenta con veinticuatro

CAPS y tres hospitales serranos nivel III, con infraestructura que llega a todos los barrios de la ciudad, así como también a las zonas aledañas, lo que representa un gran potencial. Sin embargo, es sabido que la carencia de profesionales para estos escenarios de salud, sumado a la falta de políticas en APS durante años, y sucesivos cambios en la gestión, hacen que estos centros presenten características de las más diversas, en cuanto a conformación de equipos y formas de trabajo.

Las políticas de salud durante los últimos años estuvieron enmarcadas en un contexto de ajuste, con una drástica disminución de recursos destinados a la APS impactando directamente en los CAPS y sus comunidades. Los equipos de salud, entonces, resultan heterogéneos, con diferentes perspectivas y concepciones del trabajo, lo que complejiza aún más este escenario de inserción laboral. Así lo demuestran estudios realizados por la Municipalidad de Olavarría en el PNA (Municipalidad de Olavarría, 2015).

En los últimos años varios/as de los/as egresados/as de la RMG de Olavarría, así como de otras sedes, han iniciado el ejercicio de su profesión en este marco. Si bien traen una trayectoria formativa orientada al PNA y al trabajo comunitario, con respeto por las singularidades y enfoque de derechos; deben responder, finalmente, a las demandas de sus empleadores/as (que no son, la mayoría de las veces sus formadores/as), del contexto político vigente, de los equipos en los que se insertan y de la comunidad a la que asisten. Resulta complejo la interacción entre los conocimientos y prácticas adquiridas en la formación de grado y residencias, y las múltiples miradas/ enfoques que presenta el actual contexto laboral, donde priman otros paradigmas, intereses y necesidades. Ante esta situación, muchas de dichas competencias no pueden llevarse a cabo, alterando la identidad de la especialidad y generando frustración y la consecuente alienación profesional.

Los/as MG tanto a nivel provincial como nacional ingresan al sistema de formación en medicina general por un claro perfil social, con compromiso comunitario. Sin embargo, no logran permanecer en el PNA. Las causas que más se identifican son la baja valoración económica y simbólica de la especialidad, las condiciones de trabajo, la impronta de la biomedicina en los sistemas de salud, entre otras. Esto da como resultado una migración hacia otras especialidades o la toma de otros empleos para subsistir. Sólo un 20% de los/as egresados/as de las RMG trabaja con exclusividad en el PNA (Silberman, 2013). Se marca, entonces, una brecha entre la situación laboral durante la formación en las RMG y la etapa posterior de trabajo (Perrota, 2016). Por otra parte, el Estado como ente formador, no ha logrado poder dar solidez al paradigma discursivo (ya que los/as MG deben responder a otras demandas, comunitarias y de sus empleadores, que, dada la fragmentación del sistema de salud no son los mismos), generando así, pérdida de talento humano formado íntegramente en el subsistema público o precarización laboral, lo que da como resultado una

gran inversión en salud que resulta ineficaz, por cuanto no llega a cumplir su objetivo de acercar salud a las comunidades (L'hopital 2014).

Pregunta de Investigación:

¿Cuáles las prácticas que los/as profesionales egresados/as de las residencias de medicina general tienen oportunidad de realizar en el primer nivel de atención del sistema municipal de salud de la ciudad de Olavarría vinculadas a su especialidad, durante el período comprendido entre los años 2013 y 2023?

Hipótesis/Supuestos:

Los/as MG egresados/as de la RMG presentan dificultades en los diversos escenarios laborales para desarrollar las competencias de su especialidad, fundamentalmente aquellas sociocomunitarias y de permanecer en el PNA de la ciudad de Olavarría. Esto podría deberse a determinantes vinculados al contexto político, de gestión y económico de salud imperantes.

Palabras Clave: medicina general; atención primaria de salud; residencia médica; gestión de la práctica profesional; mercado de trabajo.

Justificación (Social, académica y personal)

Las reformulaciones en los abordajes de la salud de los pueblos, tuvieron que ver con una fuerte crítica a las instituciones clásicas de salud y a sus modelos de atención. Explorar en profundidad propuestas más holísticas de atención de la salud, en contextos actuales, tiene la intención de poder contribuir en la mejora del abordaje de los procesos salud-enfermedad desde el enfoque de los/as MG. Son éstos/as, los/as que se encuentran trabajando con las comunidades no sólo que más necesitan, sino también que lo hacen de manera estratégica y dentro de su realidad cotidiana. Así, este trabajo intenta aportar información que acompañe estas prácticas, con la intención de aportar a la mejora de la calidad de vida de la/s comunidad/es a la/s que asistan. Los debates en torno a la reorientación de la educación médica, no son nuevos, van en consonancia con la posibilidad de dar respuestas reales y centradas en las necesidades de los diferentes territorios del país.

En particular, soy médica general y encuentro inconsistencias en el sistema, sin embargo, no deseo quedarme en la crítica, sino intentar comprender los procesos por los cuales aún no es posible lograr que la medicina general pueda desplegar todas las competencias correspondientes a la especialidad, que aseguran un mejor abordaje de los problemas de las personas y las comunidades, a la vez que, una percepción favorable de los/as

profesionales respecto de su especialidad. Medicina general, es una profesión con ilimitadas posibilidades de aprendizaje, deconstrucciones teóricas y reformulaciones prácticas. A partir del conocimiento de aquello que es primordial para la especialidad, pretendo interrogar qué sucede cuando los/as MG egresado/as de la especialidad, intentan implementar sus conocimientos y habilidades al iniciar su inserción profesional en el PNA. La intención es la de mejorar la situación, en aquellos casos en que sea adversa, con la firme convicción de que un/a trabajador/a satisfecho con las posibilidades de desarrollo profesional, realizará su trabajo cualitativamente mejor, con lo que esto significa en términos personales y de atención de salud en las comunidades. La implementación de una clínica ampliada producto de saberes articulados, propio de un equipo de salud, donde el/la MG está formado/a para participar, tiene como objetivo colaborar con la construcción de un/a trabajador/a que brinde más oportunidades para mejorar la salud de las personas, los equipos y comunidades.

Marco Teórico

- **Paradigmas en Medicina General**

El área de la salud ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud vigentes (Almeida Filho, 1997). El presente trabajo toma como punto de referencia el paradigma de la Salud Colectiva (SC), como nuevo desarrollo conceptual sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Lo que se evidenciaba en Latinoamérica era una forma particular de expresión de una crisis de la medicina en cuanto a la generación de conocimiento y crisis de una determinada práctica, donde el paradigma científico era insuficiente como modelo explicativo de la salud y la práctica médica era incapaz de transformar visiblemente las condiciones de salud de la población.

La SC emerge, entonces, como campo en los últimos treinta y cinco años, permitiendo la identificación de los puntos de encuentro entre los movimientos de renovación de la salud pública, institucionalizada, ya sea como campo científico, ámbito de prácticas e incluso como actividad profesional. En esa perspectiva, se presenta una oportunidad para incorporar efectivamente el complejo promoción-salud-enfermedad-cuidado, en una nueva perspectiva paradigmática, mediante políticas saludables, a través de una mayor y más efectiva participación de la sociedad en las cuestiones de vida, salud, sufrimiento y muerte.

Representa un campo científico, donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto “salud” y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan bajo varios ángulos; y también como ámbito de prácticas, donde se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio

convencionalmente reconocido como “sector salud”. En tanto el ámbito de la SC envuelve determinadas prácticas que toman como objeto las necesidades sociales de salud como instrumentos de trabajo. Utiliza, además, distintos saberes, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales y, como actividades las intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente, independientemente del tipo de profesional y del modelo de institucionalización (Almeida Filho, 1997).

Un primer elemento necesario para la construcción de un pensamiento y una práctica acorde con las necesidades de salud de la población, llámese esta salud colectiva o salud pública alternativa o medicina social, radica en la necesidad de comprenderla como historia buscando en el ayer y en el hoy sus potencialidades y sus limitaciones (Granda, 2004).

- **Educación Médica y estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)**

Una descripción esquemática del saber médico debe por lo menos incluir tres aspectos básicos: la teoría médica, la medicina como profesión y la práctica entendida como lo que hacen los/as médicos/as (Menéndez, 2005).

La intervención sobre la educación ha sido la estrategia más utilizada para afrontar los problemas relacionados a la falta de talento humano para la salud, aunque se reconocen procesos mucho más complejos que operan sobre varios aspectos tales como número, retención, distribución, motivación, satisfacción y rendimiento en términos de productividad y calidad. Por ello, responder a estos problemas requiere de políticas públicas integrales que apunten a revertir el proceso general de concentración de talento humano en grandes ciudades en detrimento del ámbito rural, en sectores de mayor nivel económico en detrimento de los sectores menos favorecidos (Silberman, 2013).

Esta educación deberá contemplar un enfoque dialógico entre profesionales, usuarios/as y empleadores/as. Freire (citado en Huergo, 2007) puso énfasis en este diálogo, como un encuentro en él que se pronuncian diferentes voces y miradas sobre la vida y el mundo. El diálogo como construcción, nudo de comunicación y educación, ya que esta comunicación permite a las personas emerger de la dominación y la opresión y trabajar por su liberación. Un diálogo que en su sentido crítico-político es praxis, es trabajo con los otros/as y no para o sobre ellos/as, donde pronunciar la palabra adquiere pleno sentido al transformar la situación de opresión.

Según Durante (2005) las competencias en términos pedagógicos son un constructo complejo, multifacético, multivariado, multidimensional, a menudo en relación con una situación multidisciplinaria, en particular en el campo de la medicina. La competencia como concepto "multidimensional": implica el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades, el buen juicio asociados a la profesión en todas las situaciones que se

pueden enfrentar en el ejercicio de la práctica profesional. La fortaleza de esta definición radica en el hecho de que relaciona a la competencia con la aplicación de los conocimientos, habilidades y razonamiento clínico en situaciones de la realidad profesional.

Las residencias médicas constituyen el sistema de capacitación de posgrado que forma y continúa formando el 60% de los/as especialistas de la República Argentina (Silberman, 2013). Sin embargo, la adjudicación de residencias, a nivel nacional, muestra la realidad que se viene discutiendo durante la última década: el descenso en la decisión de los/as egresados/as a realizar la residencia como sistema formativo, aun siendo la más elegida hasta ahora. Más allá de esto, se observa que además de dicho descenso, las especialidades priorizadas y fundamentalmente en regiones con mayores necesidades sociosanitarias el descenso es aún mayor (Silberman, 2023).

La estrategia APS adoptada en el mes de septiembre de 1978, en Alma Ata, entonces capital de la República Socialista Soviética de Kazajistán, fue el resultado de varios hechos: la situación sanitaria mundial que fue declarada en dicha conferencia, como "inaceptable" para centenares de millones de personas, en particular en los países en desarrollo; la magnitud de los problemas sanitarios, así como la escasez de recursos para enfrentarlos (Ali-Brouchoud, 2013).

De esta manera, la APS ha atravesado el firmamento de la salud pública de los últimos 45 años y, aun en sus luces y sombras, se ha constituido en uno de los componentes más estables de las propuestas de reformas (algunas más progresivas, otras francamente regresivas) y de los sistemas de salud a nivel mundial. Aunque en forma lenta, crece la proporción del personal de salud y de las tecnologías, de los insumos y del financiamiento que se dedican a servicios genéricamente denominados 'de primer nivel'. La mayor parte de los discursos sanitarios incluye alguna referencia a la APS, a la desconcentración de actividades y a una cierta reducción del peso relativo de los hospitales, lo que es ya una tendencia marcada en los países desarrollados por motivos que parecen bastante alejados a las propuestas originales de Alma Ata (Rovere, 2012).

Particularmente, en el ámbito de la APS donde el enfoque hospitalocentrista, parcelado, biologicista y centrado en la enfermedad se muestra completamente inapropiado, se ha propuesto la incorporación de estrategias educativas basadas en problemas, centradas en el educando/a, y orientadas a la comunidad.

El enfoque constructivista socio histórico de la educación incorpora, también, al aprendizaje cuestiones que hacen al mismo necesariamente grupal, construyendo un conocimiento, a la vez que un sujeto y, este, siendo construido por el otro/a y así sucesivamente; concepción que aparece como la más adecuada para construir equipos de salud que son, a su vez, la

esencia de la APS y desde lo instrumental, hacerlo desde la tarea diaria y no aislado de la praxis disciplinar (Silberman, 2013).

La tensión entre las dimensiones educativas y asistenciales de la formación, resulta ya manifiesta en esta etapa y representa una de las problemáticas que sigue teniendo vigencia e impacto hoy en el sistema de residencias (Duré, 2015).

El proceso de enseñanza-aprendizaje en los servicios tiene aspectos que lo diferencian del aula. En cuanto a los contenidos, de carácter técnico-informativo que se integran con las cuestiones éticas, morales, psicológicas y formativas, vinculadas a las relaciones sociales que allí se establecen. El enfoque de la vida cotidiana puede hacer que la educación sea significativa (Amorín García, 2001).

Otra dimensión fundamental que ingresa 'desde abajo' es 'la de participación social'. Para esto, la APS, siempre más o menos postergada, tiene que ver con el poder decisorio informado de las propias comunidades, muchas veces desalentada por el temor de los/as profesionales y trabajadores/as de salud en general, por el clientelismo político, por la desvalorización de los saberes tradicionales o de la capacidad de las propias comunidades de participar activamente en la resolución de sus problemas (Rovere, 2012). Sin embargo, en el marco de dificultades que los sistemas de salud atraviesan, el PNA suele verse reducido a una puerta de entrada y una atención básica de prestaciones sanitarias de baja complejidad material destinada a los sectores de la población sin cobertura sanitaria y de mayor vulnerabilidad (Testa, 2009).

La formación en servicio ha estado históricamente connotada por la lógica de "espacios de práctica", es decir, la de ámbitos en los que los/as estudiantes van a "experimentar", a poner en práctica lo aprendido en el aula, al tiempo que aumentan, de hecho, la dotación de personal para atender las demandas del servicio. Asimismo, la relación entre formación y empleo es tensionada desde lo conceptual por la brecha creciente entre los objetivos del mundo de la educación y del trabajo. En las organizaciones sanitarias, muy especialmente en los espacios en los que se desarrolla el PNA, el interrogante es si los procesos que en ellos tienen lugar favorecen el aprendizaje. Esto es, si favorecen una forma de pensar abierta y expansiva, que estimule las capacidades individuales a la vez que el trabajo en equipo, permitiendo la elaboración de una visión compartida, que contribuya a reformular los procesos y se oriente al logro de resultados. Es así que la posibilidad de pensar los posgrados de profesionales de salud, no sólo como mecanismos de formación sino también como dispositivo de cambio de los servicios de salud, no es un concepto nuevo (Abramzon, 2012).

- **Modelos de atención centrados en la comunidad frente al Modelo Médico Hegemónico (MMH)**

Asumiendo que los procesos de salud-enfermedad constituyen cuestionamientos potenciales tanto de las instituciones médicas como de la sociedad en la cual operan dichas instituciones, y en las cuales se desarrollan y se sufren las enfermedades generadas, por lo menos en parte, en el proceso laboral, la salud-enfermedad aparece como un proceso político que el modelo médico tiende constantemente a enmascarar. Si bien el MMH está fuertemente institucionalizado en las sociedades capitalistas, debemos entender no sólo las razones de su institucionalización sino también el hecho de que varias de las principales características de la biomedicina forman parte de la cultura de los diferentes estratos sociales, incluidos los subalternos. Además, debemos buscar tanto en el saber médico como en el saber de los/as sujetos y grupos, las orientaciones y prácticas que posibilitan pensar y desarrollar otras alternativas de atención y prevención. Se proponen nuevos modelos de atención que cuestionan la eficacia diferencial que lo caracterizaba a través de diferentes perspectivas ideológico-técnicas de los diversos procesos de salud-enfermedad (Menendez, 2005). Pensar en un modelo de atención centrado en la comunidad implica considerar la existencia de por lo menos tres campos de tensión que operan dentro de las organizaciones de salud: el territorio de las prácticas, que es un espacio de múltiples disputas y de constitución de políticas, definido a partir de la acción de distintos actores/trices, que dependiendo de sus intereses y de la capacidad de actuar, se alían o se confrontan en el intento de afirmar una determinada conformación del espacio sanitario que responda a sus intereses. La única manera de enfrentar ese juego de modo de hacer prevalecer los intereses de los/as usuarios/as es por medio del control social y de la concertación política. Por otro lado, la producción de actos de salud, que es terreno del trabajo vivo, es decir, es un terreno en el cual predominan las tecnologías blandas (relacionales), en detrimento de las tecnologías duras (equipamientos y saberes estructurados).

El trabajo vivo predomina porque la producción de actos de salud opera siempre en medio de altos grados de incertidumbre y con grados no despreciables de autonomía de los trabajadores. Es exactamente esa característica que abre grandes posibilidades para estrategias que favorezcan la construcción de nuevos valores, comprensiones y relaciones, pues hay espacio para la invención. Y finalmente, el terreno de las organizaciones de salud, que es un espacio de intervención de diferentes actores/trices con capacidad de autogobierno, que disputan la orientación del cotidiano con las normas y reglas instituidas, y que está siempre bajo tensión por la polaridad entre autonomía y control. Este también es un espacio de posibilidades para la construcción de estrategias que lleven a los/as

trabajadores/as a utilizar su espacio privado de acción en favor del interés público, esto es, de los/as usuarios/as (Merhy, 2006).

En esta argumentación del campo de salud es fundamental desenmascarar la biomedicina como modelo hegemónico que sustenta una práctica clínica autoritaria, asimétrica, iatrogénica e incluso, alienante. Intervenir en el mundo del sector salud mediante la educación, en este caso, sería invitar a comprender que el modelo biomédico no puede ser el eje dominante de la práctica clínica. El foco ya no debería ser la enfermedad sino el sufrimiento humano en el contexto concreto de personas reales. Y, a su vez, la definición de los problemas deja de ser unilateral y técnica, para convertirse en una construcción conjunta (De Candia, 2020).

- **Mercado de Trabajo de los/as Médicos/as Generales**

En general, las instituciones médicas han sido descriptas y analizadas exclusivamente a través de la “mirada” médica, lo cual limita comprender las características y funciones del modelo médico (Menendez, 2005).

Belmartino (citada en L´hopital, 2015) define al mercado de trabajo médico como la relación entre oferta y demanda de profesionales calificados para el ejercicio de la medicina. Dicha relación depende de las características que asuman en cada sociedad los procesos sociales, el proceso de producción de capacidad de trabajo médico (educación médica) y el proceso de producción de servicios de salud (práctica médica). Sin embargo, estos procesos tan relacionados son independientes, y están sometidos a un conjunto de determinaciones sociopolíticas, económicas e ideológicas, que hacen que no siempre el talento humano resultante del proceso formativo se adecue a las necesidades de la producción de servicios. Dentro del sistema de salud argentino, los posibles desajustes suelen estar referidos no sólo a cantidades, sino también a conocimientos, aptitudes y sistemas de valores incorporados, y son un elemento más entre los que dificultan la inserción de los/as MG en el mercado de trabajo. Por otra parte, el sistema de salud en Argentina está fragmentado en dos niveles, geográfico (descentralización provincial) por un lado, y por tipo de cobertura (público, seguridad social y privado) por el otro. El mismo constituye un ejemplo extremo de la segmentación característica de los sistemas de servicios de salud en la región latinoamericana.

Según el marco de referencia de la especialidad, el/la MG se vincula y trabaja con los/as usuarios/as, las familias y la comunidad integrando un equipo de trabajo local y en colaboración con otros equipos de salud, otros/as actores/trices sociales institucionales y no institucionales, además de las autoridades sanitarias locales, jurisdiccionales y nacionales (MSNA, 2014).

Los servicios de salud, entonces, son escenarios de la acción de un equipo de actores/trices, que tienen intencionalidades distintas en sus acciones y que disputan el sentido general del trabajo. Merhy y Batista Franco (2016) señalan que:

El trabajo médico es, entonces, un poderoso arsenal de prácticas clínicas al servicio de los usuarios. Las corrientes latinoamericanas, proponen un nuevo modelo asistencial, una clínica ampliada, centrada en el usuario y en la defensa radical de la vida, que pasaría por el reordenamiento de las relaciones entre las tecnologías blandas (vinculares, intersubjetivas) y duras (complejo tecno-farmacológico). Señalando necesaria la creación de dispositivos que actúen en el día a día de los servicios de salud, en los espacios de interacción entre los diferentes tipos de tecnologías, imprimiendo cambios en el modo de operar las relaciones trabajadores de salud-usuarios, que respeten las competencias de todos los/as trabajadores/as de salud (p58.).

Los escenarios actuales asisten a un nivel de máxima complejidad. Así, es imperativo señalar que el trabajo médico, en un modelo asistencial centrado en el/la usuario/a, con alta autonomía en las decisiones sobre sí mismo, debe ser dependiente de tecnología leve, comprometida con una gestión más colectiva de los procesos de trabajo al interior de los equipos de salud, de una manera multiprofesional e interdisciplinar, pautado por resultados en términos de beneficios generados a los/as usuarios/as. Y, en este sentido, los recursos tecnológicos son inagotables, están centrados en el trabajo vivo (tecnología leve) que produce un compromiso permanente en la tarea de acoger, responsabilizar, resolver y autonomizar (Merhy y Batista Franco, 2016). El trabajo clínico en el primer nivel con responsabilidad territorial y adscripción de personas, se constituye en un favorecedor de una clínica humanizada y contextualizante (De Candia, 2021).

Cabe aclarar que, este trabajo adhiere al paradigma de la gestión humana, que se contrapone a la visión mecanicista y mercantilista de los/as trabajadores/as y los/as contempla como personas con talento e infinitas posibilidades (Jimenez, 2010).

Marco de Referencia

- **Residencia de Medicina General**

La residencia configura un modelo particular para la formación de especialistas en el posgrado, que se distingue por la práctica intensiva e inmersión en los servicios de salud. El/la residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: no sólo profundiza en un área de conocimiento, sino que aprende el desarrollo del trabajo real. Se trata de un sistema con dedicación exclusiva para graduados/as, al que se accede por concurso público y en el que

se establece un contrato de trabajo y formación entre la institución y el/la profesional (MSNA, 2014).

Este sistema de residencias nació como una herramienta dirigida a mejorar la calidad de los servicios. Brindando la oportunidad de formación en el marco de problemas reales y contextualizados, aprovechando el potencial educativo de la propia realidad. Se constituyen, de este modo, en un espacio de alto impacto en la modelación de los comportamientos socio profesionales en el equipo de salud. Sin embargo, los requerimientos al interior de los ámbitos de trabajo en los que se insertan tales procesos de formación están orientados por criterios alejados de esta perspectiva. Tal es el caso de los centros de salud como uno de los efectores que componen el primer nivel y que constituirán el escenario analizado (Abramzon, 2012).

- **Trayectoria en Argentina**

La medicina general y/o familiar, en cuanto a su modalidad de formación, es una especialidad básica que requiere título universitario de grado para el ingreso. Constituye una disciplina académica y una especialidad médica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo, su familia y la comunidad.

En el año 2008, la especialidad fue definida por el Consejo Federal de Salud (COFESA) como una de las especialidades prioritarias en el marco de la estrategia de APS que el Ministerio Nacional y los jurisdiccionales sostienen como forma privilegiada de provisión de servicios de salud. En función de tales definiciones la especialidad se benefició del redireccionamiento de fondos de financiamiento para cupos de formación en residencias del equipo de salud. La evolución de las plazas disponibles para las RMG observa una tendencia creciente desde el año 2004 hasta la actualidad.

El/la MG es el/la profesional que, guiado/a 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.

Para la medicina general los problemas de salud contruidos a partir de la realidad cotidiana deben ser analizados desde las posibilidades que ofrecen para su transformación, en los distintos niveles de intervención. Para tal fin, se toma el modelo de determinaciones, distinguiendo un nivel estructural que establece condiciones particulares de vida en los grupos sociales, que se expresan en las posibilidades de las personas de disfrutar la vida, enfermar y morir. Cada problema de salud implica entonces posibilidades de intervención en

lo singular, lo particular y lo general, según un análisis estratégico. En el espacio de lo singular, el diagnóstico y el tratamiento clínico debe recrearse para poder tomar en cuenta la subjetividad, la cultura y las condiciones de vida, sin por ello perder la profundidad necesaria para el nivel de intervenciones biológicas (Breilh, 2013). Para abordar determinaciones sucesivamente más complejas deben brindarse herramientas de diagnóstico e intervenciones comunitarias como epidemiología social, educación popular, gestión, programación local participativa y planificación estratégica, entre otras.

En Argentina, los primeros antecedentes de capacitación de postgrado en medicina general se remontan a fines de los años 60, y comienzos de los años 70, época en la cual comenzaron a funcionar las residencias médicas de las provincias de Misiones (Oberá), Córdoba (Villa Dolores), Jujuy (Ledesma), Neuquén y Buenos Aires, precisamente en la ciudad de Olavarría (MSNA, 2014). De éstas dos últimas se destaca que a pesar de la inestabilidad política de la época pudieron sostenerse y mantener su continuidad hasta la actualidad, incluso durante la dictadura militar (Vallese y Roa, 2006).

- **Perfil nacional, provincial y local**

Según la FAMG, el/la MG es un/a profesional que forma parte de un equipo interdisciplinario que tiende a tratar a las personas de manera integral y personalizada, teniendo en cuenta su entorno social y sanitario estando capacitado/a para comprender dichas realidades en las que deba desempeñarse en el futuro. Este/a especialista trabaja en el seno de la comunidad asumiendo la tarea de promover y proteger la salud y su derecho a la misma, prevenir las enfermedades endémicas y prevalentes, diagnosticar y tratar a las personas de esa comunidad que enferman, en forma continuada e integral; a la vez que, organizar y referenciar su paso a través del sistema de salud en el caso de que algún tipo de complejidad técnica mayor sea necesaria. Hará las interconsultas que correspondan a otros/as especialistas en el momento adecuado, buscando siempre la contrarreferencia y el ya mencionado seguimiento de los sujetos (FAMG, 2024).

El/la residente egresado/a de la RMG debe estar capacitado/a para:

1. Trabajar en un área territorial o poblacional definida asumiendo el cuidado integral y continuo de la salud de la comunidad, las familias y las personas.
2. Abordar los problemas prevalentes de salud de atención ambulatoria y domiciliaria, aguda y crónica, pasivos y activos, de personas, familias y comunidad.
3. Constituirse en referente de la comunidad y de los/as profesionales de los otros niveles de atención, para el abordaje y seguimiento de los problemas y necesidades sanitarias de la población a su cargo.

4. Abordar los cuidados de la salud desde una perspectiva que reconoce la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención en sus dimensiones generales, singulares y particulares.
5. Propiciar la elaboración participativa del perfil epidemiológico y el monitoreo de las condiciones sociosanitarias de su población, a fin de desarrollar intervenciones ajustadas a las mismas.
6. Realizar acciones integrales de cuidado de la salud, propiciando el trabajo intersectorial en red y la activa participación comunitaria.
7. Desarrollar un modelo de atención integral, continua y longitudinal de su comunidad. (MSNA, 2014).

La ciudad de Olavarría fue pionera en la provincia de Buenos Aires en la formación de la especialidad en Medicina General, cuenta con veinticuatro CAPS y tres hospitales serranos nivel III, con infraestructura que llega a todos los barrios de la ciudad, así como también a las zonas aledañas, lo que representa un gran potencial. Sin embargo, es sabido que, la carencia de talento humano requerido para estos escenarios de salud, sumado a la falta de políticas de APS durante años, y sucesivos cambios en la gestión, hacen que estos centros presenten características de las más diversas, en cuanto a conformación de equipos y formas de trabajo. Las políticas recientes en salud están enmarcadas en un contexto de ajuste, con una drástica disminución de recursos destinados a la APS impactando directamente en los CAPS y sus comunidades. Los equipos de salud, entonces resultan heterogéneos, con diferentes perspectivas con respecto a la salud y diferentes concepciones del trabajo, lo que complejiza aún más este escenario de inserción laboral. En la actualidad la RMG continúa formando talento humano de alta calidad, adaptando a partir de las sucesivas propuestas de coordinación docente, el currículum de posgrado hacia el PNA y con mayor énfasis en las competencias comunitarias. Todas las propuestas se fundamentan en el marco normativo nacional vigente (MSNA, 2014). Da cuenta de esto el reciente cambio de sede del Hospital Municipal Héctor Cura (HMHC) al CAPS N° 7 “Independencia”.

Las áreas de competencia del/la MG se han definido por actividades profesionales que se agrupan según ámbitos de desempeño y son las siguientes:

- Cuidar la salud de la comunidad, lo que implica: sostener procesos de análisis de la situación local de salud reconociendo la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención de modo permanente, determinar las dimensiones de los problemas y necesidades de salud con la comunidad, elaborar y aplicar estrategias de abordaje de los problemas y necesidades sanitarios, evaluar el proceso y los resultados.

- Cuidar la salud de la persona y su familia, lo que implica: conocer a la persona y su familia, realizando la práctica clínica, jerarquizando los controles de salud y la atención de enfermedades prevalentes, agudas y crónicas de abordaje ambulatorio y domiciliario.
- Gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad, lo que implica: situarse y formalizar las relaciones en el marco del Equipo de Salud y en el sistema sanitario, gestionar el sistema de atención, evaluar el sistema de atención en el que está inmerso.
- Participar de procesos de investigación y educación médica continua y permanente, lo que implica: Justificar el enfoque adoptado en el proceso de investigación, realizar validación metodológica, elaborar y difundir informes de investigación y participar en acciones de educación médica continua y permanente (MSNA, 2014).

En la actualidad, el Reglamento de Residencias para Profesionales de la Salud (RRPS) fue modificado por el Ministerio de Salud provincial e incorpora la mirada de todos/as los/as actores y actrices de la formación de residencias. A partir de premisas que sustentan los paradigmas desarrollados. Las residencias de los equipos de salud, en tanto instancia de capacitación intensiva y en servicio, constituyen un dispositivo central para promover un modelo de atención y cuidado de la salud basado en una perspectiva de derechos. Esta modalidad de formación implica la necesidad de construir una propuesta educativa que instale la reflexión permanente sobre las prácticas y la cultura institucional como motor para lograr la transformación del modelo de atención, poniendo énfasis en el trabajo en equipo y la construcción de redes de salud.

Los objetivos de la modificación del RRPS fueron reorientar la formación de los/as profesionales hacia la construcción de un nuevo paradigma de atención y cuidado que comprenda las determinaciones histórico sociales de la salud y promueva un entramado de saberes que enriquezcan los de la propia especialidad con aquellos resultantes de la construcción colectiva a partir del trabajo interprofesional y del vínculo permanente e imprescindible con la comunidad (Ministerio de Salud de la Provincia, 2021).

Sistema de Salud de Olavarría: El sistema de salud de la ciudad de Olavarría se sustenta en el plan estratégico establecido por la declaración de Alma Ata, con clara relevancia de la APS como puerta de entrada al sistema de salud de las personas, las familias y la comunidad, llevando lo más cerca posible, la atención al lugar donde residen y trabajan las personas. A su vez, se subdivide en sector público y sector privado. Dentro del primero se halla otra subdivisión según niveles de complejidad en: primer nivel, conformado por 24

CAPS, 20 ubicados en la localidad de Olavarría y 4 en las localidades Serranas de Sierra Chica, Sierras Bayas, Loma Negra, Recalde, Espigas, Hinojo, Colonia Hinojo. Más tres hospitales de complejidad III. En este nivel, los/as profesionales que se desarrollan son en su mayoría especializados/as en medicina general. Y, por otro lado, un segundo nivel, en este caso la institución representante es el HMHC, de máxima complejidad, donde se desempeñan profesionales de otras especialidades (Bojesen et al., 2019). Cabe destacar que la ciudad de Olavarría cuenta además desde el año 2006 con la facultad de medicina y la licenciatura en enfermería, con un programa innovador, basado en los paradigmas mencionados al principio, con la cual el sistema de salud articula mediante convenios establecidos para prestar escenarios en todas las instancias de formación, tanto de pre como de posgrado.

Estado del arte

La estrategia de búsqueda bibliográfica, en su mayoría digitalizada, se basó en fuentes documentales como “SciELO – Scientific Electronic Library Online”, “Pub Med National Institutes of Health”, repositorio de Tesis de la Universidad Nacional de Lanús, banco bibliográfico del Instituto de Salud Colectiva y trabajos de investigación premiados en la biblioteca digital de la Federación Argentina de Medicina General. Se utilizaron, además, trabajos generados a partir de las Becas Nacionales “Salud Investiga” e informes de la Municipalidad de Olavarría. Los descriptores utilizados fueron: residencia médica, inserción laboral, internado y residencia, médicos generales, médicos de familia, gestión de la práctica profesional, atención primaria de la salud, trabajo, centros de salud, especialización.

Los estudios existentes dan cuenta de una realidad compleja en torno a la inserción laboral y permanencia de los/as MG en los sistemas públicos de salud.

Un informe coordinado por Silberman (2013), presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga en el año 2013, realiza una descripción de dieciséis RMG de trece provincias de la República Argentina, centrada en tres ejes: formación, certificación e inserción laboral. Con respecto a este último punto, se encontró que el 44% de los egresados de RMG realizó o se encuentra realizando una subespecialidad, el 17% no está trabajando de MG. El 21% tiene otro trabajo, el resto oscila entre 2 y 4 o más empleos. El 20% trabaja con exclusividad. En cuanto a tareas no relacionadas con la atención clínica el 3% realiza tareas de docencia y el 27% de gestión, mientras que el 56% no realiza ninguna de las dos.

Kremer et al. (2014) en su artículo “Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica”, realizado en varias provincias del país, encontró que aquellos/as que se inscribieron en las RMG, habían optado por la especialidad principalmente por cuestiones relacionadas con lo comunitario y el

compromiso social. Se mostraron, en un principio, menos preocupados por el prestigio social y por el bienestar económico. Sin embargo, después de algunos años en su práctica, la baja valoración económica y simbólica de la especialidad, las condiciones de trabajo y el techo de desarrollo profesional, fomentaron la migración hacia otra/s especialidad/es. En el mismo trabajo, dentro del análisis de la identidad profesional de los/as MG, los/as entrevistados/as independientemente del lugar de formación coincidieron acerca de la inexistencia de contenidos curriculares y prácticos ligados a la SC, medicina general y salud pública durante sus estudios de pregrado, situación que no fue encontrada en las provincias de Santa Fe y Tucumán. De cada diez entrevistados/as, nueve realizaban guardias activas y pasivas que completaban sus ingresos y representaban casi la mitad de los mismos. En la Provincia de Santa Fe, se identificaron como falencias: la falta de recursos humanos, no sólo médico, que impide proporcionar una atención integral al paciente, coexistencia de modelos de atención, caracterizado por médicos/as más antiguos que entran en colisión con los nuevos abordajes, obstáculos en los sistemas de referencia y contrarreferencia e insuficiente remuneración. Similar situación relata la provincia de Tucumán y Jujuy, con marcada impronta de la cuestión económica.

En el marco del XXVIII Congreso Argentino de Medicina General de la FAMG, realizado en noviembre de 2013, en San Luis, se desarrolló un taller: “¿Nos formamos para lo que terminamos trabajando?”. El mismo pretendió construir un espacio formal de discusión dentro del congreso para debatir cuestiones tales como: inserción laboral luego de la RMG, desarrollo del perfil profesional, considerando las habilidades, aptitudes y destrezas propias de la especialidad, entre otras cuestiones. Participaron del mismo MG y RMG de todo el país. Los principales puntos que se expusieron tuvieron que ver con la formación durante la residencia versus la realidad del sistema de salud, aquí se expresó que las RMG pretenden médicos/as “todo terreno” que puedan resolver todas las complejidades, se marca una brecha entre la situación laboral durante las mismas y en la etapa de trabajo posterior, reconociendo que es un choque formarse para un sistema que no existe.

Con respecto a la soledad, que surgió como sensación frecuente, sugieren que los nuevos objetivos deben constituirse con los nuevos equipos que se conformen o a los que los/as MG se integran, ya que, lo que les salva de la alienación es la “grupalidad”, hay que crear una identidad de los/as MG. Con respecto del perfil profesional de éstos/as, se plantea que sigue sin haber políticas en recursos humanos, con reglas claras; la mayor parte del trabajo de los/as MG (o la totalidad) consiste en asistencia; no hay posibilidades de elegir el trabajo que quieren hacer, al mismo tiempo, les destinan muy poco tiempo para las consultas, esto genera frustración. Afirman, además, que aún sigue introyectado el modelo médico hegemónico. Para finalizar, en cuanto a las condiciones laborales el grupo concluye que el

trabajo es mal remunerado por lo que se debe realizar un doble trabajo, sosteniendo el multiempleo para poder cumplir con los gastos personales- familiares elementales (Perrota, 2013). Esto coincide con la tesis de maestría de Godoy (2018), en relación a que los/as profesionales MG se desempeñan en escenarios públicos y privados. De esta manera, los relatos describen al subsistema público 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.

Un estudio realizado por Favre (2017), Estefanía en la ciudad de Bariloche, analiza entre otros aspectos la inserción en el sistema de salud que tuvieron los/as residentes de MG al finalizar la residencia. Allí se describe que un 74% ingresa al sistema público de salud de la provincia de Río Negro y de éstos el 49% lo hace en un hospital, mientras que el 45% lo hace en un CAPS. De los 26 % que no ingresaron, la respuesta fue que las propuestas laborales no les convenía. El 53% de los egresados/as realizó una especialidad post básica en temáticas variadas; desempeñando medicina general sólo la mitad, y de éstos un 29% en los CAPS.

En la provincia de Buenos Aires, L´hopital (2015), describe la situación laboral de los/as médicos/as que finalizaron la RMG de la provincia entre los años 2008-2013. Aquí se puede observar que el 79.4% tiene trabajo principal en el sector público, de estos el 45,6 % lo hace en un CAPS y el 32,4% en un hospital. Sólo el 22% de los egresados/as tiene un solo trabajo, mientras que el 78% restante presenta entre dos o cuatro y más. El 60 % ejerce como MG, el resto realizó alguna especialidad posbásica. El 46,9% tiene su segundo trabajo en el subsector privado. En todos los trabajos, la gestión y la docencia ocupan aproximadamente el 10% del desarrollo de las actividades.

Otro estudio descriptivo realizado en la provincia de Buenos Aires por el Centro de Salud n°10 del Partido de San Martín, indaga a los/as médicos egresados de la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, sobre su inserción laboral durante el período 2001-2011, este trabajo arroja que la mayoría de los/as MG encuestados/as se desempeña como generalista en el sistema público de salud, sin embargo, el 98.4% tiene más de un empleo. En, al menos, uno de sus trabajos, el 80% se desempeña de manera interdisciplinaria, el 59.7% realiza tareas extramuros dentro de su carga horaria y el 23.6% desarrolla tareas de gestión. A partir de esto es posible pensar que no se aplicarían la totalidad de las competencias para las que se capacitan (Abelanda, 2016).

A nivel local, análisis realizados por la Municipalidad de Olavarría en el PNA, demuestran que sólo la mitad de los estándares de evaluación se logran llevar a cabo y, dentro de éstos el menor porcentaje está dado por las actividades centradas en la comunidad (Municipalidad de Olavarría, 2015).

Estudios realizados por la RMG de Olavarría, remarcan que la escasez de recurso humano capacitado para trabajar en APS, por ser la medicina general y comunitaria una especialidad desvalorizada, subestimada, mal remunerada, generando la imposibilidad de ejercer el trabajo de los equipos de salud en todos los lineamientos que les compete esto, sumando a, la no respuesta a las demandas de la población, hacen que los/as profesionales se conviertan en proveedores de tareas únicamente asistencialistas (Bojesen et al., 2019).

Otros estudios realizados en la ciudad de Olavarría revelan que aún hay varios elementos a mejorar en el PNA, como, por ejemplo, déficit en algunas competencias como referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel de Atención (Bojesen et al., 2019). En las entrevistas realizadas, por otro estudio local, el personal de salud del primer y segundo nivel, remarca que, a pesar de los tiempos transcurridos, de las leyes proclamadas, del avance de diferentes movimientos y colectivos en búsqueda de la visibilización de minorías y en defensa de un mundo más equitativo, aún se encuentran relatos donde la violencia, la estigmatización, la discriminación y la mirada patologizadora, continúan construyendo vulnerabilidad en estas personas (Ruiz et al., 2019). Estos estudios, si bien son muy útiles por cuanto permiten ilustrar un escenario local, resultan de muy bajo impacto por el pequeño recorte que realizan de profesionales haciendo hincapié en la referencia y contrarreferencia. El presente trabajo indaga acerca del desarrollo de la especialidad en contexto concreto y, a su vez, pretende conocer las percepciones que los/as profesionales tienen al respecto. De esta manera la originalidad radica en que es contextualizado y recoge la descripción de las características del trabajo en APS de un municipio estratégico por cuanto sede de facultad de medicina y de RMG, en cuanto a las prácticas identitarias que es posible realizar, a la vez que el impacto que esto tiene en las subjetividades de sus principales trabajadores/as. Aportando un antecedente local en el análisis del trabajo en el PNA que permita revisar políticas vigentes y brindar insumos fundamentales para la futura toma de decisiones.

Objetivo general y específicos

- **Objetivo general**

Analizar las características y percepciones de la práctica de los/as profesionales egresados de la RMG en el PNA del Sistema Municipal de Salud del Municipio de Olavarría durante el período comprendido entre los años 2013 y 2023.

- **Objetivos específicos**

1. Conocer las prácticas de la especialidad que realizan los/as MG en sus escenarios de inserción laboral.
2. Analizar el nivel de satisfacción de los/as MG en relación a su práctica cotidiana.
3. Explorar las percepciones de los/as MG respecto al ejercicio de su especialidad.
4. Explorar oportunidades y/o dificultades que los/as MG encuentran para desarrollar sus prácticas.

Materiales y métodos

a. Diseño: Se realizó un estudio de diseño transversal con enfoque cuanti-cualitativo. En una primera etapa se realizó un cuestionario autoadministrado de manera virtual y en una segunda etapa se convocó a distintos profesionales para realizar grupos focales.

b. Población blanco: MG que desarrollaran su práctica profesional en el Municipio de Olavarría y que, luego de haber terminado su especialización en MG se insertaron a trabajar en el PNA de la ciudad durante el período comprendido entre los años 2013 a 2023.

c. Muestra: en este estudio se distinguen 2 muestras no probabilísticas: una constituida por todos y todas los/las MG que completaron el cuestionario y otra muestra conformada por quienes participaron de los grupos focales (cabe aclarar que todas las personas que participaron de los grupos focales también completaron el cuestionario).

d. Criterios de inclusión: todos/as los/as MG que desarrollaban su actividad en el municipio/partido de Olavarría, independientemente de la localidad donde hubieran realizado su Residencia. En todos los casos se les solicitó que firmasen un consentimiento informado.

e. Criterios de exclusión: médicos/as que aún no hubieran terminado la Residencia de la especialidad y médicos/as jubilados/as.

f. Período de estudio: La encuestas y los grupos focales se realizaron durante los meses de junio a diciembre 2023. Es necesario aclarar que durante ese tiempo se buscó indagar lo sucedido en los últimos diez años (En el periodo correspondiente entre los años 2013 y 2023).

g. Implementación: Se contactó a las autoridades municipales de APS, Coordinadora docente y jefe/a de RMG de la ciudad de Olavarría que funcionan como referentes de MG en Olavarría. Se solicitó al Colegio Regional la matrícula de todos los/as MG ejerciendo en Olavarría. A partir de todas estas fuentes se realizó una lista de todos los/as MG que estuvieran realizando su práctica profesional en Olavarría.

Se envió un cuestionario autoadministrado en soporte digital a la dirección de correo electrónico de cada profesional.

También se enviaron invitaciones a todos/as aquellos/as MG que quisieran participar de los grupos focales.

h. Instrumentos:

- **Cuestionario digital:** se tuvieron en consideración diversas preguntas de dos estudios: la encuesta realizada por las Residencias de Medicina General del CAPS 3, 10 y Troncos del Talar en el Trabajo Científico Multicéntrico “¿Qué fue de tu vida?” y el de L’hopital Cintia en su investigación titulada “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”. (1, 24).

Para validar el cuestionario que buscó enfatizar aquellas prácticas específicas de la especialidad de MG, se realizó una consulta con el método Delphi con opinión de expertos en MG y luego se realizó una prueba piloto. Las opciones de respuesta del cuestionario utilizaron escalas ordinales tipo Likert. (Modelo de encuesta, ver ANEXO 1).

Como variables principales se propusieron las prácticas y competencias fundamentales de la especialidad tales como:

- Actividades intramuros
- Actividades extramuros
- Docencia y/o gestión
- Controles de Salud de la comunidad
- Inter/transdisciplina
- Investigación/Capacitación/Jornadas/congresos
- Trabajo en Red
- Nominalización de la comunidad a cargo
- Nivel de satisfacción con el ejercicio profesional

Variables de estudio

Variable	Definición	Tipo de Variable	Valores de la variable
Edad	Edad cronológica del/la participante	Numérica	Años, en números enteros
Género	Género percibido	Nominal	Femenino, Masculino, otro

Universidad de Graduación	Nombre de la universidad que le otorgó el título médico	Nominal	Nombre de Universidad, campo abierto
Sede de RMG	Nombre de la Ciudad en donde asienta la RMG de la que egresó	Nominal	Nombre de la Ciudad, campo abierto
Año de egreso de RMG	Año	Nominal	años
Subsistema del que depende el lugar de trabajo principal.	Subsistema de Salud en donde trabaja con mayor dedicación horaria y/o el que más ingresos le aporta	Nominal	Sólo público, ambos subsistemas, sólo privado.
Tareas realizadas	Tipo de actividades relacionadas con la profesión que realiza en su escenario laboral (puede ser más de una)	Nominal	APS en el sector público Atención de consultorio de Medicina General en subsistema no público Atención de consultorio de otras especialidades Docencia Gestión Otras prácticas
Número de lugares donde trabaja.	Número de instituciones	Numérica	Valores absolutos (1,2,3,4)

	diferentes donde se desempeña laboralmente		
Horas semanales de trabajo	Total de horas semanales trabajadas, incluyendo guardias.	Numérica	Horas semanales de trabajo
Actividades Intramuros que realiza en el CAPS que le insumen la mayor parte de su tiempo laboral (responder sólo si trabajó/a en un CAPS)	Prácticas de la MG que son realizadas al interior del CAPS	Nominal	Control de salud de las Infancias Control de embarazo de personas con capacidad Gestante Control de Salud de la mujer Control de Salud del adulto/a Control de Salud del adulto/a mayor Consultorio de demanda espontánea Consultorio de Urgencias Consultorio de Atención programada Consultorio de Consejerías Reunión de Equipo Ateneos/Actualizaciones Actividades de docencia con residentes y estudiantes. Otras (por favor, especificar)

Actividades Extramuros que realiza en el CAPS	Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS)	Ordinal	- Muy frecuentemente (dos o más veces por año) - Frecuentemente (Al menos una vez al año) - Ocasionalmente (no todos los años) - No realiza
Actividades Extramuros que realiza en el CAPS	Visitas Domiciliarias	Ordinal	- Muy frecuentemente (Todas las Semanas) - Frecuentemente (al menos una vez por mes) - Ocasionalmente (al menos una vez al año) - No realiza
Actividades Extramuros que realiza en el CAPS	Visitas a instituciones educativas	Ordinal	- Muy frecuente (una vez al mes) - Frecuente (una vez por trimestre) - Ocasionalmente (una vez al año) - No realiza
	Mesas Territoriales	Ordinal	- Muy frecuentemente (una vez al mes). - Frecuentemente (al menos una vez en tres meses). - Ocasionalmente. - Nunca
	Talleres/actividades de docencia comunitaria	Ordinal	- Muy frecuentemente. - Frecuentemente. - Ocasionalmente.
			- No realiza
	Actividades de docencia con residentes y estudiantes	Ordinal	- Muy frecuentemente (una vez por semana) - Frecuentemente (una vez al mes) - Ocasionalmente (una vez al año) - No realiza
Realiza trabajo interdisciplinar.	Puede generar de personas diferentes profesionales de otras disciplinas.	Ordinal	- Muy frecuentemente - Frecuentemente - Ocasionalmente - Raramente - No realiza

Población específica nominalizada a su cargo en un espacio territorial delimitado.	Presenta un espacio geográfico delimitado con personas nominalizadas, a las cuales se le adjudica el/la MG como Médico de referencia	Dicotómica	SI (presenta) NO (no presenta)
Organización local de la atención en el CAPS	¿Hay redes de referencia y contrarreferencia?	Dicotómica	SI NO
Articulación con decisores políticos en su lugar de trabajo	Hace referencia a la posibilidad de articular con actores sociales clave.	Dicotómica	SI NO
Disponibilidad real de datos epidemiológicos correspondientes a su área de trabajo	Cuenta con informes que surgen de los datos que registra a diarios	Dicotómica	SI NO
Nivel de satisfacción con el trabajo que realiza	Nivel subjetivo de satisfacción en relación a su situación laboral actual.	Ordinal	Muy Satisfecho/a Satisfecho/a Más o menos satisfecho/a Poco satisfecho/a Muy insatisfecho/a

Respecto de la variable relacionada con la satisfacción con el ejercicio de la práctica cotidiana, se agruparon las respuestas en 3 categorías. La 1ª categoría incluyó las respuestas más positivas y favorables con el ejercicio de la especialidad, de esta manera se agruparon en una sola las categorías: "muy satisfecho/a" y "satisfecho/a" (Muy Sat/Sat). La 2ª categoría fue "más o menos satisfecho/a" (Más o Menos) y en la 3ª categoría se agruparon las respuestas más negativas y desfavorables, es decir, se agruparon en 1 sola categoría las opciones "poco satisfecho/a" y "muy insatisfecho/a" (Poco Sat/Muy Ins). A los fines de la variable "capacitación en la especialidad" se la operacionalizó en 2 categorías: Capacitarse al menos 2 hs/semana (SI/NO).

- **Grupo Focal:** se elaboró una guía de preguntas en base a las principales categorías cualitativas a evaluar, para indagar sobre subjetividades relacionadas con la práctica profesional. El objetivo fue comprender el punto de vista de los/as actores/trices sociales. Por lo tanto, esta guía fue puesta a prueba en los primeros encuentros y modificada in situ (Minayo, 2009).
- (Invitación para participar de Grupo Focal, ver APÉNDICE 2).

Se considera como categorías a las conceptualizaciones analíticas desarrolladas por la investigadora para organizar los resultados o descubrimientos relacionados con un fenómeno o experiencia humana que está bajo investigación (Hernández Sampieri, 2014).

Las categorías que se pretendía explorar en principio fueron pensadas por la investigadora a partir de la hipótesis de la investigación: percepción de inserción territorial efectiva, capacidad de gestión, nivel de respuesta del nivel superior, sentimientos/emociones en relación a la labor sostenida en escenarios de contingencia. Para poder abordarlas, se buscaron disparadores que permitieran abordar diferentes dimensiones del objeto, ampliando siempre la comunicación y favoreciendo la emergencia de la perspectiva del/la participante en función de su experiencia, sus valores y sus opiniones.

Los resultados de los grupos focales se organizaron en un registro de audio y de bitácora de la investigadora. Se contó siempre con la presencia de una observadora externa.

Los encuentros se repitieron hasta que se llegó a una saturación teórica de las variables. Esto se logró con tres encuentros en los que se contó con una presencia promedio de cinco profesionales por grupo. Todas las participantes fueron mujeres y el promedio de edad fue 36 años (DE: 3,1)

Durante el análisis se establecieron 11 (once) categorías. Estas son las primeras cuatro pensadas como disparadores en función de la experiencia de la investigadora y la hipótesis planteada, una vez inmersa en el campo de investigación, dichas categorías fueron ganando una descripción negativa:

1. Percepción de inserción territorial inefectiva
2. Escasa capacidad de gestión
3. Bajo nivel de respuesta del nivel superior
4. Sentimientos/emociones negativas en relación a la labor sostenida en escenarios de contingencia

Las siguientes categorías fueron emergiendo durante los sucesivos grupos focales, se buscó trabajar en su desarrollo para establecer posibles vinculaciones y lograr un agrupamiento por similitud y saturación teórica (Hernandez Sampieri 2014):

5. Desvalorización de la especialidad
6. Precariedad laboral
7. Falta de planificación
8. Maternidad y especialidad
9. Dificultad para articular con el propio equipo
10. Guardias como opción permanente
11. Poliempleo
12. Nihilismo.

i. Análisis

Para el análisis cuantitativo se construyó una base de datos en una planilla de cálculo. Las variables cualitativas fueron resumidas como proporciones y las numéricas como promedios o medianas con sus respectivas medidas de dispersión según correspondiese. Para el análisis bivariado se realizaron test paramétricos y no paramétricos según el tipo de variable, con un nivel de significancia del 0,05. Se utilizó software libre R y Epidat.

Para el análisis cualitativo los audios de los grupos focales fueron desgrabados para registrar los hallazgos que surgieron en relación a las variables propuestas, así como también a que emergieron durante la interacción entre los/as profesionales. Luego se agruparon según categorías comunes, a partir de las cuáles surgieron categorías que respondieron a las hipótesis previstas y otras emergentes.

Consideraciones Éticas

Para la realización de los grupos focales se contempló la firma de un consentimiento informado mediante el cual como autora me comprometía a mantener la confidencialidad de los datos y de cualquier información sensible mediante la Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 25.326). Las consideraciones fueron evaluadas por el Comité de Bioética del Hospital Municipal de Bahía Blanca “Dr. Leónidas Lucero” y aprobadas. Este estudio respetó los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Declaración de Helsinki (2013).

Resultados

Se identificaron 46 MG ejerciendo en Olavarría a quienes se les envió la invitación y el link para participar. Se obtuvo una tasa de respuesta de 86,9% con 40 cuestionarios. El 82,5%(n=33) de personas encuestadas fueron mujeres. Hubo 7 varones. La distribución por edad fue normal con una media de 44,3 años (DE: 10,4) y de 48 años (DE: 9,3) en mujeres y varones respectivamente.

El 42,5% (n=17) estudió la carrera de medicina en la UNLP y el 25% (n=10) en la UNICEN. Se observó que aquellos/as profesionales egresados/as de la UNICEN fueron en promedio más jóvenes que aquellos egresados de la UNLP ($p<0,05$) y que de los/as egresados/as de la UBA ($p>0,05$) (Tabla 1).

Tabla 1: Características epidemiológicas de los/as médicos/as generalistas, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

Institución de egreso	Género femenino	Género masculino	Total	Promedio de edad	DE (años)
-----------------------	-----------------	------------------	-------	------------------	-----------

	Fr. Abs.	Fr. Rel.	Fr. Abs.	Fr. Rel.	Fr. Abs.	Fr. Rel.	(años)	
UNLP	14	42,4%	3	42,9%	17	42,5%	50,3	7,9
UNICEN	12	36,4%	0	0,0%	12	30,0%	37,7	11,5
UBA	4	12,1%	2	28,6%	6	15,0%	41,7	8,3
UNNE	2	6,1%	1	14,3%	3	7,5%	48	2,4
IUCS Fund. HA Barceló	1	3,0%	0	0,0%	1	2,5%	49	NA
UNR	0	0,0%	1	14,3%	1	2,5%	46	NA
Total	33	100,0%	7	100,0%	40	100,0%	44,9	10,2

Referencias:

UNLP: Universidad Nacional de La Plata; UNICEN: Universidad Nacional del Centro de la Provincia; UBA: Universidad de Buenos Aires; UNNE: Universidad Nacional del Nordeste; IUCS Fund. HA Barceló: Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación HA Barceló; UNR: Universidad Nacional de Rosario;

Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa; DE: desvío estándar

NA: no aplica

En el 90,0% (n=36) el lugar donde realizaron la Residencia de MG fue en Olavarría. El resto la hizo en Azul, Hospital Italiano (CABA), Hospital Penna (CABA) y La Plata. Todos vivían en Olavarría.

En relación a los años de egreso de la Residencia al momento de responder la encuesta, el 45,0% de los/as profesionales tenían menos de 10 años de antigüedad (Tabla 2).

Table 2: Años de egreso de la residencia de medicina general, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

Años de egreso (en intervalos)	Fr. Abs.	Fr. Rel.
30 a 34	2	5,0%
25 a 29	3	7,5%
20 a 24	3	7,5%
15 a 19	8	20,0%
10 a 14	6	15,0%
5 a 9	7	17,5%
Menos de 5	11	27,5%
Total	40	100,0%

Referencias:

Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa

El 67,5% de los encuestados refirió que su principal lugar de trabajo se encontraba en el subsistema público, el 27,5% en ambos y el 5% (n=2) en el privado exclusivamente. No es

adecuado hacer comparaciones según género debido a la baja cantidad de MG de género masculino de la muestra. Sobre todos/as los MG el 95,0% se desempeñaba en el Subsistema público. Los profesionales que se desempeñaban exclusivamente en el ámbito privado fueron varones (Tabla 3).

Tabla 3: Principal subsistema de trabajo según género. Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

Subsistema	Femenino		Masculino		Total	
	Fr. Abs.	Fr. Rel.	Fr. Abs.	Fr. Rel.	Fr. Abs.	Fr. Rel.
Público	23	69,7%	4	57,1%	27	67,5%
Público y Privado	10	30,3%	1	14,3%	11	27,5%
Privado	0	0,0%	2	28,6%	2	5,0%
Total	33	100,0%	7	100,0%	40	100,0%

Referencias:

Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa

Hubo 30 profesionales (75,0%) que trabajaban en CAPS. En relación a los 10 MG que no trabajaban en CAPS, 8 fueron mujeres y 2 fueron varones. La edad tuvo una distribución asimétrica (algo que es frecuente cuando la muestra es pequeña), concentrándose en edades mayores que el resto de la muestra, con una mediana de 47 años (p25-75= 43,5-49). Su trabajo consistía fundamentalmente en guardias, docencia y atención de consultorio privado. En relación a las prácticas propias de la MG realizadas durante el último año (realizadas tanto en el ámbito público y privado), el 78,8% (n=30) sobre el total de los/as encuestados refirió realizar alguna actividad relacionada con la APS, este porcentaje fue mayor en MG de género femenino. En cambio, la proporción de quienes realizaban docencia o atendían consultorio privado fue mayor en MG de género masculino. Si bien los valores absolutos fueron bajos, el porcentaje de MG que realizaban guardias fue mayor en las profesionales de género femenino (Tabla 4).

Tabla 4: Prácticas propias de la Medicina General realizadas durante el último año según género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

Práctica	Femenino		Masculino		Total	
	Fr. abs.	Fr. rel.(1)	Fr. abs.	Fr. rel. (2)	Fr. abs.	Fr. Rel (3)
APS	26	78,8%	4	57,1%	29	72,5%
Docencia	11	33,3%	3	42,9%	14	35,0%
Consultorio Privado	9	27,3%	3	42,9%	12	30,0%
Otras especialidades	6	18,2%	0	0,0%	6	15,0%
Gestión	5	15,2%	0	0,0%	5	12,5%
Guardias	14	42,4%	2	28,6%	16	40,0%

Referencias:

Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa

(1): Proporción sobre el total de MG de género femenino (n=33)

(2): Proporción sobre el total de MG de género masculino (n=7)

(3): Proporción sobre el total de MG (n=40)

Las frecuencias relativas no suman 100% porque varios/as MG realizaban más de 1 actividad

Respecto a las prácticas intramuros que realizaban en el PNA aquellos/as MG que refirieron trabajar en un CAPS, las 5 (cinco) más frecuentes fueron: control de salud de los/as adultos/as, de las infancias, demanda espontánea, control de salud de la mujer y control de embarazo.

Las 5 (cinco) actividades que se realizaban con menor frecuencia fueron: control del adulto mayor, urgencias, reunión de equipo, otras actividades y ateneos/actualizaciones (Tabla 5).

Tabla 5: Actividades intramuros realizadas en el 1er nivel de atención, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

Actividad	Fr. abs.	Fr. rel.
Control del adulto	23	69,7%
Control de infancias	22	66,7%

Atención de demanda espontánea	20	60,6%
Control de salud de la mujer	19	57,6%
Control de embarazadas	18	54,5%
Atención programada	11	33,3%
Consejería	10	30,3%
Docencia	9	27,3%
Control del adulto mayor	7	21,2%
Urgencias	6	18,2%
Reunión de equipo	6	18,2%
Otras	5	15,2%
Ateneos/actualizaciones	3	9,1%

Referencias:

Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa

Las actividades extramuros que se realizaron de manera más regular fueron las visitas domiciliarias (el 63,3% refirió haberlas realizado al menos una vez a la vez) y las visitas a instituciones educativas (el 63,3% refirió haberlas realizado al menos una vez por trimestre). El 53,3% de las personas entrevistadas realizaban actividades docentes con los estudiantes en el CAPS al menos 1 vez por mes. El 70,0% refirió trabajar en interdisciplina. El 56,7% refirió no haber realizado nunca ASIS y un 23,3% haberlo realizado no todos los años (Tabla 6).

Tabla 6: Actividades extramuros y frecuencia de realización por período, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

Actividad	Categoría	Fr. abs.	Fr. rel.
Visitas domiciliarias	Muy frecuentemente (todas las semanas)	9	30,0%
	Frecuentemente (al menos una vez al mes)	10	33,3%
	Ocasionalmente (al menos una vez por año)	10	33,3%
	No realiza	1	3,3%
	Total	30	100,0%
Visitas a instituciones educativas	Muy frecuentemente (al menos una vez al mes)	8	26,7%
	Frecuentemente (al menos una vez por trimestre)	11	36,7%
	Ocasionalmente (al menos una vez por año)	6	20,0%
	No realiza	5	16,7%
	Total	30	100,0%
Mesas territoriales	Muy frecuente (una vez por mes)	9	30,0%
	Frecuentemente (al menos una vez en tres meses)	4	13,3%
	Ocasionalmente (al menos una vez por semestre)	10	33,3%

	No realiza	7	23,3%
	Total	30	100,0%
Actividades comunitarias	Muy frecuente (una vez por mes)	8	26,7%
	Frecuentemente (una vez cada tres meses)	5	16,7%
	Ocasionalmente (una vez c/ 6 meses hasta un año)	6	20,0%
	No realiza	11	36,7%
	Total	30	100,0%
Actividades docentes con Residents	Muy frecuente (una vez por semana)	14	46,7%
	Frecuentemente (al menos una vez al mes)	2	6,7%
	Ocasionalmente (dentro del año)	5	16,7%
	No realiza	9	30,0%
	Total	30	100,0%
Actividades interdisciplinarias	Muy frecuentemente	8	26,7%
	Frecuentemente	13	43,3%
	Nunca	1	3,3%
	Ocasionalmente	6	20,0%
	Raramente	2	6,7%
	Total	30	100,0%
ASIS	Frecuentemente (al menos una vez al año)	4	13,3%
	Solo con la ayuda de la Residencia de Medicina	2	6,7%
	Ocasionalmente (no todos los años)	7	23,3%
	No realiza	17	56,7%
	Total	30	100,0%

Referencias: Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa

Al analizar el número de lugares en los cuales los/as profesionales se desempeñaban se observó que el 20,0% trabajaba en un solo lugar y que el 47,5% trabajaba en 3 o más lugares diferentes. Esto arroja un porcentaje de poliempleo del 80%.

También se encontraron diferencias según género (Tablas 7 y Figura 1).

Table 7: Número de lugares de trabajo según género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

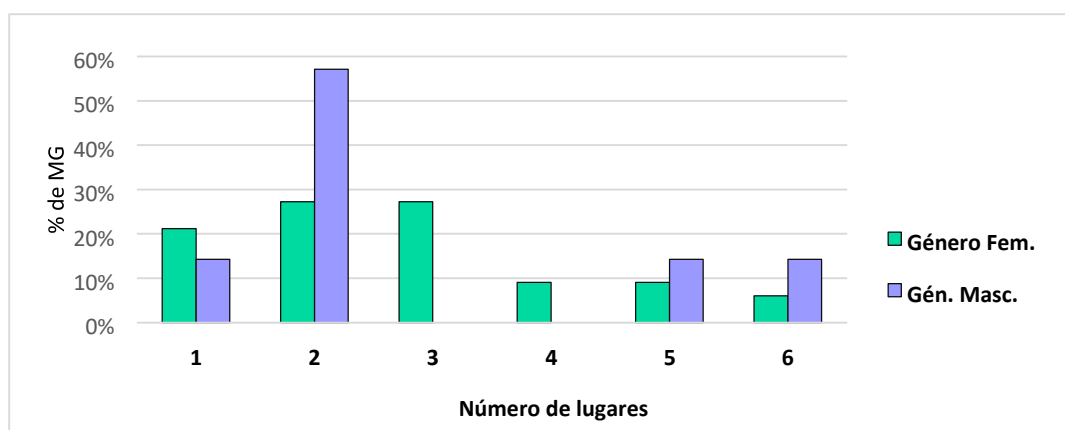
N° de lugares de trabajo	Femenino		Masculino		Total	
	Fr. abs.	Fr. rel.	Fr. abs.	Fr. abs.	Fr. rel.	Fr. abs.
1	7	21,2%	1	14,3%	8	20,0%
2	9	27,3%	4	57,1%	13	32,5%
3	9	27,3%	0	0,0%	9	22,5%
4	3	9,1%	0	0,0%	3	7,5%

5	3	9,1%	1	14,3%	4	10,0%
6	2	6,1%	1	14,3%	3	7,5%
Total	33	100,0%	7	100,0%	40	100,0%

Referencias:

Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa

Figura 1: Relación del número de lugares diferentes de trabajo según género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)



Respecto al número de horas por semana que trabajan los/as MG se encontraron diferencias según género con una media de 47,6 horas (DE 10,0) para las mujeres y 61,7 (DE 14,8) para los varones. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Al agrupar por rangos se observó que el 75% de los/as profesionales trabajaron un promedio de 12 hs/día considerando 5 días laborables o 10 hs/día considerando 6 días laborables. En la Tabla 8 se muestran las horas semanales agrupadas en intervalos según género (Tabla 8 y Figura 2)

Tabla 8: Horas de trabajo semanales según género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

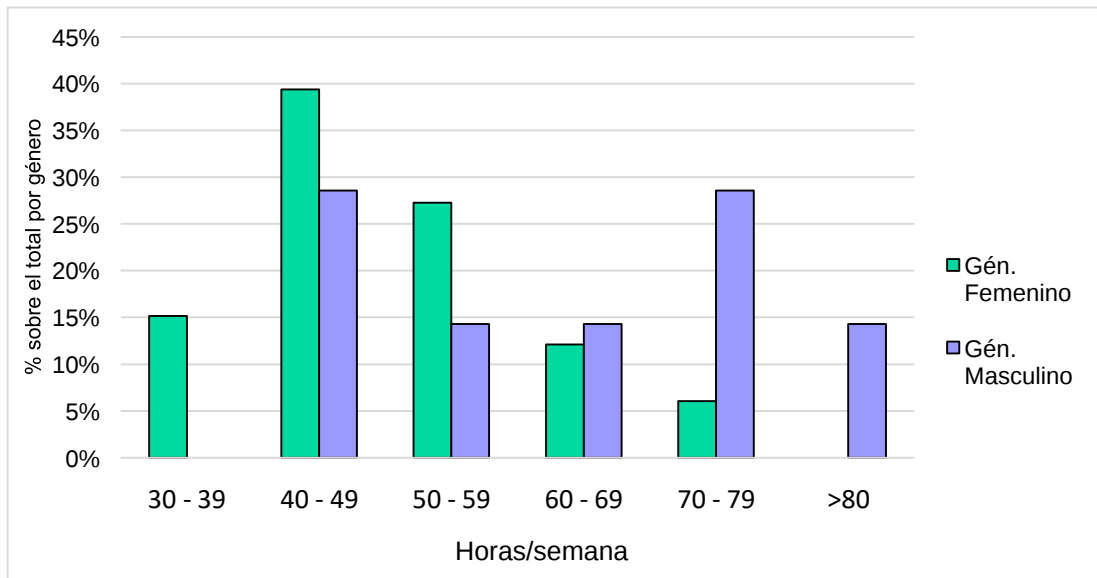
Horas de trabajo semanales (en intervalos)	Femenino		Masculino		Total	
	Fr. abs.	Fr. rel.	Fr. abs.	Fr. abs.	Fr. rel.	Fr. abs.
30 a 39	5	15,2%	0	0,0%	5	12,5%
40 a 49	13	39,4%	2	28,6%	15	37,5%
50 a 59	9	27,3%	1	14,3%	10	25,0%
60 a 69	4	12,1%	1	14,3%	5	12,5%
70 a 79	2	6,1%	2	28,6%	4	10,0%
Más de 80	0	0,0%	1	14,3%	1	2,5%

Total	33	100,0%	7	100,0%	40	100,0%
--------------	-----------	---------------	----------	---------------	-----------	---------------

Referencias:

Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa

Figura 2: Relación entre horas semanales de trabajo y género, Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)



El promedio de horas semanales de trabajo fue mayor entre aquellos que trabajaban en el CAPS (51,8 hs, DE 11,2) que entre aquellos que no lo hacían (44,7 hs DE 13,5) ($p=0,05$)

El 40,0% de las/os entrevistados refirieron encontrarse entre Muy Sat/Sat con su ejercicio laboral. Este porcentaje fue algo mayor en varones (57,1%) que en mujeres (36,4%), sin embargo, estas diferencias no fueron significativas (Tabla 9)

Tabla 9: Nivel de satisfacción según género. Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

Categoría	Femenino		Masculino		Total	
	Fr. Abs.	Fr. Rel.	Fr. Abs.	Fr. Rel.	Fr. Abs.	Fr. Rel.
Muy sat./sat.	12	36,4%	4	57,1%	16	40,0%
Más o menos sat.	9	27,3%	1	14,3%	10	25,0%
Poco sat./muy ins.	12	36,4%	2	28,6%	14	35,0%
Total	33	100,0%	7	100,0%	40	100,0%

Referencias:

Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa; Muy sat/sat.: muy satisfecho/a y satisfecho/a; Más o menos sat.: más o menos satisfecho/a; Poco sat/muy ins: poco satisfecho/a y muy insatisfecho/a

La edad, las horas de trabajo por semana y el número de lugares distintos de trabajo según categorías de niveles de satisfacción tuvieron una distribución asimétrica.

La categoría “más o menos satisfecho/a” estuvo conformada por los/as MG más jóvenes. La mediana de edad de este grupo fue menor que la del grupo que se sintió muy satisfecho/satisfecho (37,5 vs 47,5 respectivamente) ($p < 0,05$).

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las edades de las otras categorías (Tabla 10).

Tabla 10: Niveles de satisfacción con la especialidad según edad. Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)

Categoría	Fr. Abs.	Fr. Rel.	Edad (años)	
			Mediana	p25 - p75
Muy sat./sat.	16	40,0%	47,5*	43,0 - 54,0
Más o menos sat.	10	25,0%	35,5*	34,3 - 50,5
Poco sat./muy ins.	14	35,0%	46,5	34,3 - 49,8
Total	40	100,0%	46	35,0 – 51,3

*Test U de Mann Whitney $p < 0,05$

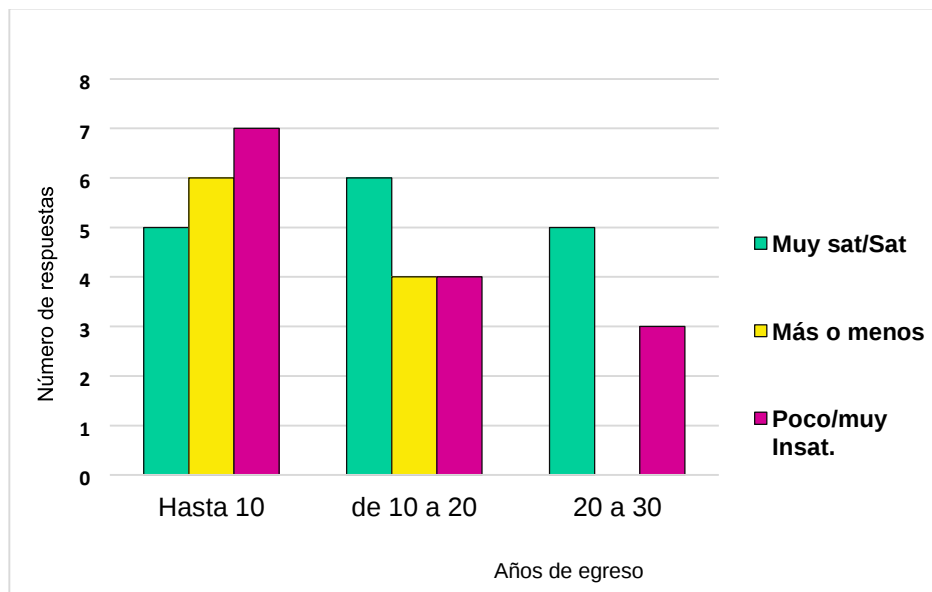
Referencias:

Referencias:

Fr. Abs.: frecuencia absoluta; Fr. Rel.: frecuencia relativa; Muy sat/sat.: muy satisfecho/a y satisfecho/a; Más o menos sat.: más o menos satisfecho/a; Poco sat/muy ins: poco satisfecho/a y muy insatisfecho/a

De manera similar, al comparar con años de egreso de la Residencia, hubo diferencias entre los que se sintieron más o menos satisfechos y la categoría muy satisfecha/satisfecha, sin embargo, estas diferencias no alcanzaron a ser estadísticamente significativas ($p = 0,06$). En la Figura 3 puede observarse que a medida que aumentan los años de egreso disminuye progresivamente el porcentaje de profesionales con regular y bajo nivel de satisfacción con la especialidad.

Figura 3: Nivel de satisfacción en relación a los años de egreso de la Residencia. Municipio de Olavarría, período 2013-2023 (n=40)



No hubo relación entre nivel de satisfacción con número de horas de trabajo por semana ni con número de lugares diferentes de trabajo.

En relación a la actividad laboral, se observó que aquéllos que refirieron las peores valoraciones de su ejercicio profesional presentaban algunas características que los distinguían de los otros dos grupos. Hubo una relación inversa entre el nivel de satisfacción con la especialidad y el porcentaje de profesionales que trabajaban en el CAPS, que fue progresiva al empeorar la valoración. Se podría decir que hubo una relación “dosis-respuesta”. El 62,5% de quienes se manifestaron muy satisfechos/satisfechos trabajaban en CAPS en relación al grupo con los peores niveles de satisfacción, quienes en el 92,9% de los casos desarrollaban tareas en CAPS ($p < 0,05$). Si bien se encontraron diferencias similares entre los grupos más o menos satisfechos y la categoría poco satisfecha/muy insatisfecha, estas diferencias no alcanzaron a ser estadísticamente significativas ($p = 0,07$). No hubo relación entre nivel de satisfacción y trabajar predominantemente en sector público, en ambos o exclusivamente en el privado. Tampoco con realizar guardias, desarrollar otras especialidades, docencia y gestión. A los fines de la variable “capacitación en la especialidad” se la operacionalizó en 2 categorías: Capacitarse al menos 2 hs/semana (SI/NO). El 65,0% (26/40) refirió poder hacerlo. Las personas que manifestaron sentirse poco satisfechas o muy insatisfechas con su ejercicio se capacitaron significativamente menos que aquellas que refirieron sentirse más o menos satisfechas ($p < 0,05$).

Resultados del Análisis Cualitativo

A. Categorías Previstas a partir de la guía de preguntas

Percepción de inserción territorial no efectiva

Se entiende a la Medicina General como una especialidad social y comunitaria, en la que su trabajo no se limita al trabajo intramuros, sino que forma parte de la construcción colectiva de salud y el trabajo en territorio. Muchas veces al hablar de territorio se hace referencia a visitar escuelas, realizar atención en domicilios particulares, etc. Pero desde esta tesis se entiende a la inserción territorial efectiva como aquella en la cual el/la profesional, en equipo, se vincula con el territorio valorando su rol como protagonista de situaciones posibles de intervenir en conjunto. No solo aquellas acciones que surgen desde alguna institución y su perspectiva, sino aquellas que, a partir del conocimiento del territorio y las redes que se establecen con el mismo, permiten generar espacios de co-gestión orientados a la resolución de problemáticas que allí suceden y/o en mejoras en la calidad de vida de las personas que lo habitan. Resulta efectiva si logra satisfacer las necesidades de todos/as los/as actor/trices sociales que en el territorio convergen, dentro del cual los/as profesionales MG son uno/a más.

Por tanto, “hacer territorio” significa construir este sentido de apropiación y de pertenencia, e implica armonizar las expectativas y necesidades del individuo, en este caso los/as profesionales, con las del colectivo humano y su espacio natural y social de realización.

También supone reconocer la pluralidad del territorio (CEPAL pág 22/213).

La mayoría consideró que la inserción territorial efectiva es algo que les parece importante, lleva tiempo, depende del equipo. Se le dio mucha importancia a la política que impere al respecto.

KD: “Se logra con el tiempo, somos más nuevas, porque salimos de la residencia. Yo busqué ayuda en la Trabajadora Social, la secretaria, busqué los referentes del CAPS en la comunidad” *“Todavía no se logra”* Va a depender mucho de tus jefes, si te dan o no la oportunidad” *“Nadie me da bola con las actividades comunitarias, sacan las planillas para cuestionar porque atendí menos”*

KD, SO: *“Es complejo, a veces no son los/as MG los referentes de la comunidad, sino las trabajadoras sociales”* “Cuando pensamos los abordajes territoriales, a veces la comunidad no pertenece al área programática”

NS: “Voy en horarios en los que el equipo ya no está, *nos contratan por pocas horas, es difícil poder despegarse del consultorio*” “Yo pedí más días y me dijeron que no”, “Es importante la información que nos da el equipo de salud, conocen a la comunidad” “Hay lugares que aún no conozco”

ML: “Se nota el recambio generacional, cuando ingresamos a un CAPS, buscamos enseguida vincularnos, con las instituciones, con la comunidad, trabajar en equipo”

KD: *“Si a tu jefe le importa más el asistencialismo, y no te respaldan en las actividades de territorio, ¿cómo vas a poder lograrlo?”*

KR: *“Si no hay un acompañamiento desde la gestión, no va a haber acompañamiento del equipo, ejemplo enfermería” “Eso genera resistencias de lo que una quiere traer de la residencia”*

KF: *“Yo salir a la calle no salgo, no surge de salir, mi sala es especial, somos pocas, a veces sale enfermería y trabajo social, pero no hay mucho tiempo...” “Yo quería salir desde varios años a hacer un relevamiento ...pero nunca se puede, mirá.....pasó un año mas.....”yo veo que siempre se hace medio lo mismo, desde que estamos en la facultad”*

Escasa capacidad de gestión de los/as MG

Esta categoría hace referencia a la capacidad que los/as profesionales MG tienen de poder generar procesos de microgestión y “autogobierno” al interior de los CAPS en donde trabajan y/o en sus territorios de influencia. (E. Merhy). Si bien están formando parte de una gestión municipal, se indagó acerca de la posibilidad de llevar adelante dichos procesos.

KD, MD: *“Las planillas diarias no registran muchas acciones que realizamos, queremos modificarlas y no nos escuchan” “Si no me responden las necesidades, muchas veces gestionó sola”, “Depende mucho de las voluntades de cada uno/a”.*

YB: *“El trabajo de gestión, que implica planificar las salidas, las actividades, tomar contacto con personas, necesidades y resolverlas, no se tiene en cuenta, sólo se ven los números y eso lleva mucho tiempo”* Nosotros registramos un informe de atención y otro de gestión, para que sepan”

SO, LM, NS: *“Por más que hay equipo, siempre la presión está sobre los/as medicas”, “hay que mejorar los vínculos”, “Es pelear, discutir, para ganar algo...” “Pedimos citobrush para los PAP y nos dicen que no hay dinero, gestionar un Ca. cervicouterino, es más caro, no los entendemos!”*

EP: *En relación a las prácticas “da todo igual” “Quedamos post-pandemia con una priorización de la demanda, como que no puede faltar, entonces es muy difícil poder pensar otras formas de abordar la población sana y no sana. Y también es muy difícil pensarlo, cuando nadie más lo está viendo”*

CF: *“El tema es que hacemos mucho asistencialismo, ósea, yo tengo un cargo de 12 hs semanales de APS, que hago en ese tiempo, voy dos veces por semana y en esas dos veces*

por semana que voy, la gente me espera, y si yo en esas horas me voy a hacer el ASIS, que me llevaría meses porque estoy sola, la gente me mata”

ML: *“En mi CAPS podíamos hacer más cosas, porque estaba la residencia, pero cuando se fueron, ya no pudimos, lleva mucho tiempo la gestión de las actividades”*

Esta categoría busca indagar si los/as profesionales MG al interior de sus escenarios de inserción laboral, fundamentalmente CAPS, cuentan con niveles de decisión, que le permitan acompañar las demandas tanto personales, del equipo y de la comunidad en la que asientan.

MD: *“El equipo empieza a fallar cuando cada uno/a o no conoce su rol o no lo cumple”. “Terminas muchas veces cortándote sólo/a”* “Hasta cierto punto, por ejemplo, queremos que haya yoga en el CAPS y hay barreras, creemos que eso también es APS”

KD: *“El nivel de decisión va estar dado por si coincide lo que queremos lograr con los objetivos de los superiores, sino no, no vamos a decidir nada”*

SO: *“Una cosa es decidir adentro del CAPS y otra cosa es más arriba” “Ahí cuesta más”*

EP: *“Debería haber un análisis sobre lo que nosotros hacemos”*

KR: *“La información no llega”*

CF: *“Yo he tirado ideas, pero no hacemos grandes trabajos o grandes cosas, somos pocas y con pocas horas en el PNA”*

NS: *“Estoy en una zona serrana donde antes había tres médicos/as que se jubilaron, voy dos días a la semana” “Mando las notas muchas veces y dejo constancia, porque nunca me han dicho que sí a nada”*

Sentimientos/emociones negativas en relación a la labor sostenida en escenarios de contingencia

Acerca de los sentimientos y emociones que se pusieron en juego en dicha pandemia, la mayoría remarcó que, más allá de lo acontecido, los/as MG siempre acompañaron los procesos adversos que afectaron y afectan a las comunidades en las cuales se desarrollan, porque entiende que las situaciones de contingencia (enfermedades emergentes, reemergentes, crisis financieras, recortes presupuestarios, falta de medicamentos, etc.) no nacieron con la pandemia, ni se terminan con el control de la misma.

MD: *“Se van las ganas”* “No somos indispensables, pero que bien hacemos cuando estamos”

SO, MD, NS: *“Son cuestiones que las tenemos que charlar con otros/as colegas, pero no hay más reuniones de APS” “Terminas muy frustrada porque no haces el trabajo que vos querés hacer, es como que nos cortan las piernas” “Hay situaciones que nos atraviesan”*

EP: “No hay reuniones de APS para que podamos pautar formas de laburo, ni capacitaciones para trabajo en equipo del personal” “Las otras disciplinas no problematizan los problemas de salud, porque no entienden para qué están ahí...”

SO: *“Soledad en los espacios del PNA, nos obligamos a ser multitasking, maternalismo”*
“Terminamos poniendo límites a la atención, porque una se lleva los problemas a la casa”

“Nos corren con que tenemos mejores contratos, las que estamos con bloqueo, pero nos gustaría que los/as compañeras de enfermería que trabajan a la par ganen lo que corresponde”

NS: *“Yo sentí que lo dejé todo ahí (en relación al CAPS), le puse todas las ganas, quería cambiar el mundo, después de eso me dejaron sin trabajo por estar embarazada... después de eso, dije no vale la pena”* “Después una piensa en que todo lo que hizo a nadie le importó...” MD: *“Entonces, ¿por qué seguís? Por la pasión, para tratar de aplicar algo de lo aprendido, por vocación de servicio cada vez más difícil de sostener”*

LM: “Tenemos colegas con enfermedades de base y se les exige igual”

KR: *“Tampoco hay una escucha real de todo lo que nos pasa”* “Negacionismo total, no lo veo, no existe, no sucede, es problema de otro y eso impacta”.

“Los trabajos en equipos siguen siendo en bastante soledad, a lo sumo podés encontrar una enfermera aliada, pero después es difícil construir equipo y eso genera mucho desgaste en todo. Caemos siempre en la numerología...”

EP: “Cuando uno trabaja sin objetivos, sin una visión, cada uno hace lo que le parece. No hay un reconocimiento de lo que sí, charlar lo que no, poner en valor lo que hacemos todos los días”. *“Se nos dejó muy solas”* “Cuando tenés algún problema, una no siente que podés ir a hablar con la Jefatura y la respuesta va a ser un acompañamiento” *“Te esperas la peor respuesta ante una problemática”*

CF: “A mi todo esto, me produce desgano... ¿qué querés que te diga? Porque más allá del ideal, esto no se soluciona porque acompañemos a la comunidad, no hay un compromiso social, de política para que las cosas cambien” “El celular tiene más poder que cualquier cosa”

ML: *“A mí me preocupa porque cuando no hay familia, no hay educación, te crea un Estado, y ¿Qué estado? ¿Y esa infancia cuando sea grande? “Me desahucia, que por más que haga lo que haga, no hay nadie que acompañe, ni la familia, ni las instituciones, ni tus propios colegas, porque algunos dicen: -“Ni te calentes....”*

AC: *“Me siento muy insatisfecha con mi trabajo, siento que no les importa”*

CF: *“¿Quién nos defiende cuando nos pasa algo? ¿Cuando te roban, te golpean...?”* “Si me voy sabes por que es? Porqué no la quiero remar mas!”

FC: *“Mira yo ya se que no voy a volverme rica con esta profesión, pero a esta altura yo quiero dormir tranquila”.*

ML: *“Vivimos remando en dulce de leche, por el sueldo, por la falta de respuesta, por las situaciones complejas y de difícil resolución, por la falta de compañerismo dentro del CAPS y con el Hospital”*

FC: *“Cuando vos vas, te formas, con lo que cuesta, te capacitas cada vez más y cuando te paras ves que estas en el mismo fangangal que hace 10 años y.....te cansas.....”*

B. Categorías no previstas

Desvalorización de la especialidad

La especialidad medicina general tiene una clara impronta tanto asistencial como comunitaria, en este sentido su campo de acción es muy amplio. El hecho de que sea tan abarcativo ha implicado una relación con el resto de las especialidades de las que retoma e incluso iguala prácticas muchas veces no armoniosa. Se observa esta tensión fundada la ruptura paradigmática MMH- modelo de atención centrado en la comunidad.

YB: *“MG está bastante más desjerarquizada, y es quien acapara la atención de todas las personas”*

SO, LM: *“Nuestro trabajo también debería considerarse zona crítica” “Estamos donde los Estados no llegan”.*

LM: *“Se piensa al PNA como más tranquilo, sin rotativos, etc.”*

CF: *“Somos el tapagujero”, “Hay un grupo Elite, que te mira distinto si vas a ser Medico/a General, siempre existió” “En mi época nos decían Electrones, porque girabamos alrededor del núcleo y no servíamos para nada” “Hay mucho menosprecio” “Hace mas de 20 años que nos vienen menospreciando....” “Son los médicos villeros, son los médicos que van donde no quiere ir nadie, los que menos ganamos, la gente te dice ¿Porqué elegiste Medicina General? ¿Cómo queremos que nos valoren?”*

GC: *“Nos mandan personal de salud, como castigados al primer nivel”*

ML, CF: *“Cuando empezamos a colocar ISD o hacer PAP, los de gineco nos desprestigiaban delante de las personas, “No son ginecolos/as”, cuando veníamos niños decían “Los generalistas no son pediatras”..... y, eso lo escuchamos nosotras....”*

CF: *“Nos agarran para calmar a la gente, somos como un “Chupete” para que la gente no te rompa la guardia” “Para la gestión, no importa lo que hagas, lo importante es que la gente no*

se queje” *“Hay como un folklore de que no tenemos que cobrar, ahora el traumatólogo te cobra*

500000 pesos para hacerte una cirugía de cadera y eso está bien...” “Nosotros pagamos muchísimos impuestos para tener kiosco abierto, la caja, la matricula, los seguros, etc. etc.”

“La salud es totalmente elitista” “Acá en el interior es un poco mas parejo, pero en las ciudades grandes se nota mucho la diferencia de recursos”

“Nosotros trabajamos con lo que no quieren ver los demás, discapacidad, adicciones, abusos, maltrato infantil, injusticia social, porque nosotros trabajamos con una realidad, que la gente sabe que existe, pero otra cosa es verla, acompañarla. Cuando vos trabajas con la realidad, en la comunidad, vos no podés mirar para otro lado porque vos estas ahí adentro. A veces vos decis....¿Que hago con esto?” suspira largamente...

FC: *“Ya no es mas el dolor de garganta, ojalá fuera eso....lo que ves es peor....antes veíamos “El sin techo”, ahora vemos “el sin familia” es de terror*

!” “En estos años se ve muchísima mas violencia, adicción, abusos, etc”

ML: *“Hasta con el aspecto, te dicen “venite asi nomás, no vengas en auto para que la gente se ofende”. Yo creo que la gente merece y le gusta que la persona que lo/a vaya a atender este pulcra, con ambo bien lavado, etc.” “Hablamos de hasta aparentar algo que no somos por el que dirán, juzgamos y somos juzgados permanentemente”*

Precariedad laboral

MD: *“No tenemos material, no hay otoscopio”*

NS: *“Estoy en una zona serrana donde antes había tres médicos/as que se jubilaron, voy dos días a la semana” “Mando las notas muchas veces y dejo constancia, porque nunca me han dicho que sí a nada”*

NS: *“Voy en horarios en los que el equipo ya no está, nos contratan por pocas horas, es difícil poder despegarse del consultorio” “Yo pedí más días y me dijeron que no” “Es importante la información que nos da el equipo de salud, conocen a la comunidad” “Hay lugares que aún no conozco”*

CF: *“Siempre fue asi, te pagaban chauchas y vos ibas dos horitas y te ibas, porque eso es lo que ofrecían. Yo les dije a mi páguenme lo me tienen que pagar y yo voy las horas que tengo que ir”*

CF: *“El tema es que hacemos mucho asistencialismo, ósea, yo tengo un cargo de 12 hs semanales de APS, ¿Que hago en ese tiempo?, voy dos veces por semana y en esas dos veces por semana que voy, la gente me espera, y si yo en esas horas me voy a hacer el*

ASIS, que me llevaría meses porque estoy sola, la gente me mata ”Me pasa lo mismo con la reunión de equipo, la gente me está esperando”.

CF: “Cuando vos sos residente podes hacer todo porque es tu responsabilidad y es tu trabajo, estás acompañado/a pero cuando estás solo/a y quedas en planta es muy poco lo que podes hacer”

ML: “En mi CAPS podíamos hacer más cosas, porque estaba la residencia, pero cuando se fueron, ya no pudimos, lleva mucho tiempo la gestión de las actividades”

EP: *“Cuando uno trabaja sin objetivos, sin una visión, cada uno hace lo que le parece. No hay un reconocimiento de lo que sí, charlar lo que no, poner en valor lo que hacemos todos los días.” “Se nos dejó muy solas” “Cuando tenés algún problema, una no siente que podes ir a hablar con la Jefatura y la respuesta va a ser un acompañamiento” “Te esperas la peor respuesta ante una problemática” “No hay espacios de escucha”*

CF: *“No hay registros, ni control, tuvimos que hacer un Excel, porque la gente se llevaba lo que se le cantaba y nadie controlaba”*

ML: “Vivimos remando en dulce de leche, por el sueldo, por la falta de respuesta, por las situaciones complejas y de difícil resolución, por la falta de compañerismo dentro del CAPS y con el Hospital, más los otros trabajos”

FC: “Cuando vos vas, te formas, con lo que cuesta, te capacitas cada vez más y cuando te paras ves que estás en el mismo fangangal que hace 10 años y.....te cansas.....”

ML: *“Yo sufrí mucho porque me tuve que ir de mi lugar, hicieron un cambio y me sacaron, a mi me dolió mucho....porque uno deja parte de una ahí.... El desarraigo, pero no se contempla lo que uno siente....”*

MD: *“Yo fui abriendo el paraguas como médico generalista, porque el CAPS solo no alcanza, estoy con el consultorio de PAMI, de IOMA, algún cargo de docencia y gestión”*

NS: *“No dejo de ir a Colonia San Miguel porque me da pena la gente”*

EP: *“La información no llega, no circula, no lo veo, no sucede. Hay una especie de negacionismo” “Nadie sabe cuál es su rol” “Si no hay capacitaciones, siempre nos vamos a sobrecargar de trabajo ajeno”.*

YB, SO, MD: *“En nuestro sistema de salud actual, además de recibir dinero de nación y provincia a la gente le cobran todo, entonces no se entiende ¿Qué se hace con ese dinero sino vuelve a salud? No nos dan ni el plan SUMAR”*

Maternidad y Especialidad

MD, SO, NS: *“Durante la maternidad sino hay una contratación correspondiente, una se queda sin nada al salir de la residencia”*

NS: *“Yo sentí que lo dejé todo ahí (en relación al CAPS), le puse todas las ganas, quería cambiar el mundo, después de eso me dejaron sin trabajo por estar embarazada... después de eso, dije no vale la pena” “Es difícil luego continuar dándolo todo, cuando no hicieron nada por mí..., en la cara, con la gente yo sigo dándolo todo, pero ya no hago más nada para cambiar el sistema”*

LM: *“Cuando quedé embarazada, sentí indefensión, pedí mejora de contratación, para no hacer tantas horas de extras y no fui escuchada”*

MD: *En relación al trato entre colegas y ante situaciones como embarazo “Eso a mi me choca de la MG, no hay humanidad a veces entre nosotras, somos la mayoría mujeres, hay escenarios muy violentos entre nosotras”*

KD, SO, LM, MD: *“El 90 % del plantel médico es mujer y no hay un acompañamiento de nuestras pares femeninos, no hay empatía. Estamos sobreexigidas. Nuestros jefes/as no son empáticos como mujer profesional” “No hay empatía por parte de los/as superiores el rol de la mujer profesional”*

YB: *“Lo que tendrían que hacer es cuidar a la gente”.*

KD, SO, LM, MD: *“Cuando tenés los hijos enfermos es terrible” “No se puede ser indiferente” “Ponele niñera, te dicen, No!! A mi hijo lo cuido yo!”*

MD: *“No hay Jardines maternos en el Hospital, por ejemplo”*

KD: *“Divide y reinarás” “Somos muchas mujeres y, a veces nos damos con un caño, por atrás...”*

NS, MD: *“Nadie te puede decir como criar a tus hijos, o cuántos tener, hay violencia ahí”*

LM: *“Te hacen sentir cuando faltas” “Ellos te necesitan”*

OS: *“En esta soledad en la que estamos surge el divide y reinarás, se llega a esa despersonalización de decir tengo que ir al trabajo y ser una, y cuando llego a casa hay otro trabajo, somos madres, compañeras y nos damos más. Y sentimos que queremos llorar porque el sistema es una mierda y no nos incluye, nos excluye...” “Estoy muy conmovida y vengo replanteándome si tengo que seguir trabajando o no...”*

Dificultad para articular con el propio Equipo

RK: *“Los trabajos en equipos siguen siendo en bastante soledad, a lo sumo puedes encontrar una enfermera aliada, pero después es difícil construir equipo y eso genera mucho desgaste en todo. Caemos siempre en la numerología...”*

MD: *“El equipo empieza a fallar cuando cada uno/a o no conoce su rol o no lo cumple”.*

SO: *“No todos los/as profesionales tienen el mismo nivel de involucrarse”*

CF: *“Los servicios no funcionan como equipos”*

KR: *“Si no hay un acompañamiento desde la gestión, no va a haber acompañamiento del equipo, ejemplo enfermería” “Eso genera resistencias de lo que una quiere traer de la residencia”*

FL: *“Hay diferencias entre las especialidades que componen el equipo. Rivalidad entre colegas. Las otras especialidades no siempre comparten la formación y la perspectiva comunitaria”.*

CF: *“Yo lo que veo es que hay un gran desinterés de todo el sistema, médicos, enfermeras, desinteresados/as por el bienestar del otro, por lo que le pasa al otro....”*

FC: *“Porque cuando vos trabajas tanto, y estas en tantos lugares tampoco tenés apego...¿Qué apego vas a tener?” “Antes te ponías la camiseta de tu lugar de trabajo, ahora que te la vas a poner, si cada uno hace lo que quiere...., yo sabes los años que luche.... Para que?”*

CF: *“Antes vos luchabas por tu servicio, para que sea mejor, por tu residencia, ahora?....” SO: “Hay una soledad constante, mientras hacemos nuestro trabajo, si bien todas las que estamos aquí vamos para el mismo lado, estamos solas en un territorial, con equipos agotados al punto del bournout , y en eso me incluyo”*

OS: *“La profesional Médica General que estaba y sigue estando no realiza actividades interinstitucionales. Actualmente se realizan en conjunto con la enfermera pero, no se suma la otra profesional a estas actividades, lo que genera sobrecargas para quienes sí se suman.”*

EP: *“El/la MG tracciona al equipo, pero el equipo de salud no comprende la lógica comunitaria, ni problematiza las situaciones cotidianas que suceden” “Nadie sabe cuál es su rol” “Si no hay capacitaciones, siempre nos vamos a sobrecargar de trabajo ajeno”.*

AC: *“Es que la desigualdad entre nosotros y por ejemplo con enfermería es terrible!!” “La verdad es que empecé a hacer terapia hace como dos años o más, y siempre termino hablando del trabajo!”*

EP: *“Es como si tomaran personal algunas actividades que se deben realizar en equipo” “No se logra ser empático con otras profesionales”*

CF: *“Cuando yo empecé, los generalista más grandes, no te querían” “Estas cosas de celos, de que es tu lugar, pero estamos de paso” “Que mejor que formar desde la experiencia”*

LM: *“Muchos prejuicios surgen en el propio equipo y de los/as colegas”*

CF: *“Un día viene la secretaria con una pila de libretas y me dice: “-esto es para firmar!”, y yo le digo que eso es con controles y me dice que si no las lleno, no pueden cobrar la AUH”. “No*

manejamos la misma información, no nos importa lo que le pueda suceder a los/as compañeras de trabajo”

ML: *“La gente, los compañeros se piensan que es solo la firma, es nuestro trabajo!!”* OS: *“En esta soledad en la que estamos surge el divide y reinarás, se llega a esa despersonalización de decir tengo que ir al trabajo y ser una y cuando llego a casa hay otro trabajo, somos madres, compañeras y nos damos más. Y sentimos que queremos llorar”* KD: *“Divide y reinarás” “Somos muchas mujeres y, a veces nos damos con un caño, por atrás...”*

Falta de Planificación

EP: *“Cuando uno trabaja sin objetivos, sin una visión, cada uno hace lo que le parece. No hay un reconocimiento de lo que sí, charlar lo que no, poner en valor lo que hacemos todos los días.” “Se nos dejó muy solas” “Cuando tenés algún problema, una no siente que puedes ir a hablar con la Jefatura y la respuesta va a ser un acompañamiento” “Te esperas la peor respuesta ante una problemática”*

CF: *“Cuesta mucho poner las cosas en orden”*

FC: *“Me desahucia, que por más que haga lo que haga, no hay nadie que acompañe, ni la familia, ni las instituciones, ni tus propios colegas, porque algunos dicen :-“Ni te calentés....” “Hemos perdido esta cosa de que nos duelan las injusticias”*

CF: *“Yo lo que veo es que hay un gran desinterés de todo el sistema, médicos, enfermeras, desinteresados/as por el bienestar del otro, por lo que le pasa al otro....”*

FC: *“En otros lugares, donde la institución te contiene, vos te volvéis a poner la camiseta”* FC: *“¿Sabes una cosa que a mi me hizo bien?... A mi me hizo bien sentirme valorada... que valoren que vos vas, que te preocupes, que seas cumplidora...”*

FC: *“Cuando vos vas, te formas, con lo que cuesta, te capacitas cada vez más y cuando te paras ves que estás en el mismo fangangal que hace 10 años y.....te cansas.....”*

Heterogeneidad de los CAPS

ML : *“No se trabaja de la misma manera en todos los CAPS”*

CF: *“He visto de todo a lo largo de los años, desde el médico que se agarra el CAPS como para Él, como aquellos que no pueden hacer nada porque el equipo no acompaña”*

FC: *“Cada sala, cada CAPS es diferente. Son diferentes las idiosincrasias de cada barrio, la población, los equipos, etc.” “No es lo mismo un barrio que otro”*

Guardias como opción permanente

CF: *“Siempre te ofrecen guardias, pero yo no me siento a veces capacitada para lo que te puede tocar” “Vivimos de guardia, chicas, yo he vivido haciendo guardias” “Es lo único que nos da plata”*

FC: *“Todo el mundo termina haciendo guardias” “No trabajas de lo tuyo, no hay trabajo para lo tuyo”.*

Poliempleo:

FC: *“Porque cuando vos trabajas tanto, y estas en tantos lugares tampoco tenés apego...¿Qué apego vas a tener?” “Antes te ponías la camiseta de tu lugar de trabajo, ahora que te la vas a poner, si cada uno hace lo que quiere....., yo sabes los años que luce.... Para que?”*

OS: *“En esta soledad en la que estamos surge el divide y reinarás, se llega a esa despersonalización de decir tengo que ir al trabajo y ser una y cuando llego a casa hay otro trabajo, somos madres, compañeras y nos damos más. Y sentimos que queremos llorar”*

FC: *“Todo el mundo termina haciendo guardias” “No trabajas de lo tuyo, no hay trabajo para lo tuyo”*

MD: *“Yo fui abriendo el paraguas como médico generalista, porque el CAPS solo no alcanza, estoy con el consultorio de PAMI, de IOMA, algún cargo de docencia y gestión”*

ML: *“Vivimos remando en dulce de leche, por el sueldo, por la falta de respuesta, por las situaciones complejas y de difícil resolución, por la falta de compañerismo dentro del CAPS y con el Hospital, más los otros trabajos”*

Nihilismo:

En relación a esta afirmación, se buscó un término que describiera los sentires de los/as MG. La sensación fue descripta como tal.

FC: *“Porque cuando vos trabajas tanto, y estas en tantos lugares tampoco tenés apego...¿Qué apego vas a tener?” “Antes te ponías la camiseta de tu lugar de trabajo, ahora que te la vas a poner, si cada uno hace lo que quiere....., yo sabes los años que luce.... Para que?”*

FC: *“Cuando vos vas, te formas, con lo que cuesta, te capacitas cada vez más y cuando te paras ves que estás en el mismo fangangal que hace 10 años y.....te cansas.....”*

FC: *“Antes te ponías la camiseta de tu lugar de trabajo, ahora que te la vas a poner, si cada uno hace lo que quiere....., yo sabes los años que luce.... Para qué?”*

NS: *“Yo sentí que lo dejé todo ahí (en relación al CAPS), le puse todas las ganas, quería cambiar el mundo, después de eso me dejaron sin trabajo por estar embarazada... después de eso, dije no vale la pena” “Es difícil luego continuar dándolo todo, cuando no hicieron nada por mí..., en la cara, con la gente yo sigo dándolo todo, pero ya no hago más nada para cambiar el sistema”*

AC: *“Me siento muy insatisfecha con mi trabajo, siento que no les importa”*

EP: *En relación a las prácticas “da todo igual” “Quedamos post-pandemia con una priorización de la demanda, como que no puede faltar, entonces es muy difícil poder pensar otras formas de abordar la población sana y no sana. Y también es muy difícil pensarlo, cuando nadie más lo está viendo”.*

Discusión:

Se observó que la mayoría de las encuestadas son mujeres, esto coincide con la bibliografía que afirma que, también son mayoría en el total de estudiantes de las carreras de Medicina en el país. Este fenómeno se expande, sin excepciones, en todas las universidades principales y se manifiesta en todas las instancias del ciclo universitario. Sugiere una tendencia consolidada que continuará en los próximos años. (Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación de la Nación, 2015)

Más de la mitad de los/as profesionales MG se desempeña exclusivamente en el subsistema público como trabajo principal, una franca minoría en el privado exclusivamente y aproximadamente un tercio comparte ambos, lo que deja claro que el subsistema público aloja (aunque no exclusivamente) a casi la totalidad de los/as MG. Esto coincide con el estudio realizado por L'hôpital, en el que la mayoría tiene trabajo principal en el sector público, sin embargo, de estos un tercio lo hace en un hospital y la otra mitad en un CAPS, es decir que el hospital sigue siendo un importante destinatario de estos profesionales (L'hôpital, 2014). Esto guarda relación con los modelos de atención médicos hegemónicos que aún imperan en los sistemas de salud por más intentos que haya de proponer modelos de atención centrados en la comunidad, el talento humano formado para el PNA, continúa siendo traccionado por los hospitales (L'hôpital, 2014).

Los hallazgos en relación a los profesionales que trabajan en CAPS, el hallazgo en el presente trabajo queda muy por encima del hallado por L'hôpital (2014) y de otros estudios como el de Silberman (2013), quien afirma que sólo un 20% de los egresados de las RMG trabaja con exclusividad en el PNA. Además, Favre (2017) describe que la mayoría ingresa al sistema público de salud de la provincia de Río Negro y de éstos poco más de la mitad lo hace en un hospital, mientras que el resto en un CAPS. De esta manera, se podría decir que

la mayoría ingresa al sistema público de salud, pero nada garantiza que sea en APS, donde los niveles de inserción laboral descienden a menos de la mitad.

En relación a los MG que no trabajaban en CAPS, su trabajo consistía fundamentalmente en guardias, docencia y atención en consultorio privado. Esto coincide con estudios que afirman que la mayoría de los/s MG debe realizar guardias como parte de sus actividades laborales, como el que lidera Kremer en varias provincias de nuestro país que observa que de cada diez MG entrevistados/as, nueve realizaban guardias activas y pasivas que completan sus ingresos y representan casi la mitad de los mismos (Kremer 2014). También con la tesis de Godoy que da cuenta de MG con trabajos tanto el subsistema público, como privado (Godoy 2018). Con respecto a la variable guardias, el estudio de Kremer (2014) encontró que casi la mitad de los/as MG realizan guardias, vale aclarar que esta categoría también emergió en el análisis cualitativo y con connotaciones negativas. Ante la desvalorización económica de la especialidad, los generalistas se ven obligados a realizar guardias, que en algunos casos representan una importante proporción del ingreso mensual. El promedio de horas semanales de trabajo fue mayor entre aquellos que trabajaban en el CAPS que entre aquellos que no lo hacían.

Acerca de las prácticas de APS que los profesionales MG realizan intramuros en el PNA, se encuentran control de salud de los/as adultos/as, de las infancias, demanda espontánea, control de salud de la mujer y de embarazos con porcentajes superiores al 50%, estas se consideran las que en mayor medida se realizan. Esto coincide con Perrota y cols.(2013), quien afirma que la mayoría de los trabajos de los/as MG son fundamentalmente asistenciales, se plantea que sigue sin haber políticas en recursos humanos, con reglas claras; entonces, la mayor parte del trabajo de los/as MG sino la totalidad consiste en la asistencia. Esto es reafirmado también por estudios previos realizados en nuestra ciudad por la Residencia de Medicina General (Bojesen, 2019), y también emergió en el análisis cualitativo-

Luego se mencionan las que son realizadas por un porcentaje bastante menor las atenciones programadas, consejerías y actividades de docencia. Y, con mucha menor frecuencia se realizan reuniones de equipo, atención de urgencias, ateneos y actualizaciones. Coincide con lo descrito por Abelanda (2016), en todos los trabajos, la gestión y la docencia ocupan aproximadamente un décimo del desarrollo de las actividades. En cuanto a las actividades extramuros, casi el total de los/as MG que se desempeñan en el primer nivel refirió realizar algunas de las consultadas, sin embargo, se observa que ninguno/a lo hace con frecuencia. Esto podría coincidir con la misma autora, quien afirma también que más de la mitad realiza tareas extramuros dentro de su carga horaria. El análisis de situación de Salud (ASIS) es realizado frecuentemente sólo por un décimo de los/as MG, más de la mitad refirió no poder

hacerlo. Las visitas domiciliarias son realizadas por casi la mitad de los profesionales de APS, cuando vemos quienes lo hacen frecuentemente se observa que solo un pequeño porcentaje lo hace y hay un décimo que refiere no realizarlas. Un tercio realiza visitas frecuentes a Instituciones educativas y un gran porcentaje no las realiza. En cuanto a las actividades con la comunidad casi la mitad no las realiza y solo un cuarto lo hace con frecuencia (Abelanda, 2016).

Al indagar sobre Docencia en los CAPS, se encontró que casi la mitad realiza algún tipo de actividad docente, sin embargo, la otra mitad refirió que no lo hace. La mitad trabaja de manera interdisciplinaria con frecuencia. Al respecto, Silberman (2013) afirma que un pequeño número realiza tareas de docencia y de gestión, mientras que más de la mitad no realiza ninguna de las dos. Abelanda y cols (2016) encontraron que un cuarto de los/as MG desarrolla tareas de gestión. Al desglosar los porcentajes de prácticas intramuros resultan bajos en general, lo que deja entrever, que no es posible cumplir con prácticas básicas de la especialidad.

Del total de MG un porcentaje bajo tenía un trabajo o dos. El resto variaba entre 3 a 6 trabajos, lo que arroja un porcentaje muy alto de poliempleo. Vale destacar que el porcentaje de pluriempleo es del 80%. Estos valores son muy similares a los que presenta Silberman (2013) respecto a la exclusividad de trabajo en APS que resulta muy bajo y el poliempleo muy elevado. L'hopital (2014) afirma que la minoría de los egresados/as tiene un solo trabajo, mientras que la mayoría restante presenta entre dos o cuatro y más. Esto permite inferir que ante estos escenarios de trabajo, el tiempo en el PNA resulta insuficiente para poder desarrollar las numerosas prácticas que le dan sentido a esta especialidad y las prácticas y es más grave aún si se tiene en cuenta que las competencias que dependen del escenario real para que sean desarrolladas e internalizadas.

En relación a la actividad laboral, se observó que aquéllos que refirieron valoraciones negativas respecto de su ejercicio profesional, presentaban algunas características que los distinguían. Hubo una relación inversa entre el nivel de satisfacción con la especialidad y el porcentaje de profesionales que trabajaban en el CAPS, que fue progresiva a lo largo de los años de egreso de residencia. Es decir, que conforme pasan los años de egreso, más negativas resultan las valoraciones respecto al trabajo en el PNA. Esto contrasta con lo hallado por Godoy (2018) en donde los/as profesionales describen al escenario público como bien valorado y en donde les es posible desarrollar la APS, a la vez que tener una fuerte conexión con la formación desarrollada para obtener la especialidad.

No hubo relación entre nivel de satisfacción y trabajar predominantemente en sector público, en ambos o exclusivamente en el privado. Tampoco con realizar guardias, otras especialidades, docencia y gestión.

Entre los motivos principales para la elección de la especialidad encontramos en primer lugar el compromiso social y comunitario y la vocación de trabajo en terreno, y en segundo lugar la compatibilidad con su expectativa de distribución del tiempo entre trabajo, familia y recreación (Dursi, 2022). Un estudio afirma que, los preinscriptos a las residencias profesionales en salud que optan por la Medicina General tienen mayor afinidad por cuestiones relacionadas con lo comunitario y el compromiso social. Asimismo, se muestran menos preocupados por el prestigio social y el bienestar económico. Sin embargo, luego de la especialización, los problemas económicos relacionados con la baja remuneración de la especialidad condicionan el abandono de la práctica (Kremer, 2014).

En consonancia con la bibliografía consultada, en el presente estudio, la mayoría consideró que la inserción territorial efectiva es algo que les parece importante y que lleva tiempo. Con respecto a la participación en las mesas territoriales menos de la mitad concurre y de los que sí lo hacen menos de un tercio lo hace con frecuencia. En cuanto a las actividades con la comunidad solo un cuarto lo hace con frecuencia. Entre los motivos principales para la elección de la especialidad encontramos en primer lugar el compromiso social y comunitario y la vocación de trabajo en terreno, y en segundo lugar la compatibilidad con su expectativa de distribución del tiempo entre trabajo, familia y recreación. Los preinscriptos que optan por la Medicina General tienen mayor afinidad por cuestiones relacionadas con lo comunitario y el compromiso social (Kremer 2024, Dursi 2023). Esto coincide con las afirmaciones del presente estudio donde la mayoría consideró que la inserción territorial efectiva es algo que les parece importante, lleva tiempo, depende del equipo. Se le dio mucha importancia a la política que impere al respecto.

Estudios demuestran que las características del puesto de trabajo, determinan los modos de actuar de los/las MG. Cuanto más intensas sean las demandas emocionales de las personas a las que presta su asistencia, mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental vinculadas a los escenarios de contingencia. Las condiciones físicas y sociales del trabajo influyen cuando éste presenta carencias en la estructuración, con asignación de funciones no concretas, sometido a un trabajo poco jerarquizado sobre el que se carece de control, sin incentivos atrayentes, con recursos limitados para responder a demandas sin límites, todo ello constantemente acompañado de exigencias de responsabilidad sin proporción alguna con sus retribuciones y sometido a fuertes presiones y a críticas exigentes (Godoy, 2018).

Cuando se trabaja con una mayor presión asistencial, situación muy frecuente hoy día en la Atención Primaria, se desencadena un menor interés por los problemas psicosociales de los pacientes y se produce una mayor frustración en el médico. Las consecuencias saltan a la vista, puesto que un médico frustrado trabajará poco y mal, tanto cuantitativa como cualitativamente (Goncalvez, 2002).

En cuanto a las variables que emergen de los grupos focales, se encontró en primera instancia la desvalorización de la especialidad, esto coincide fuertemente con varios estudios realizados que han encontrado percepciones predominantemente negativas en relación al prestigio de la especialidad. Se asocia al primer nivel de atención con la “salita”, representado por un espacio de trabajo opuesto al “hospital”, al que se lo relaciona con mejores recursos diagnósticos y terapéuticos, mejores condiciones edilicias y laborales, con profesionales prestigiosos y donde se solucionan los problemas complejos de salud. “La salita” es identificada como un lugar destinado para las personas de estratos socioeconómicos bajos, con frecuencia ubicadas en localizaciones inseguras.

Existe desconocimiento sobre el alcance de la atención primaria y hasta en un caso se la confundió como el lugar donde se atienden urgencias. No se reconocen las especialidades como la medicina familiar y los médicos que trabajan en el primer nivel de atención no son reconocidos académicamente. Se los relaciona con conocimientos básicos y no actualizados, y tanto los pares como los pacientes no valoran su labor (Franco, 2022). El PNA implica, muchas veces, estar en lugares marginales con déficits de recursos. Las nuevas generaciones viven las condiciones de trabajo de modo distinto (Godoy, 2018).

Existe, además, una desvalorización económica de la especialidad (Kremer, 2014).

Otra variable que emerge y que tiene íntima relación con la anterior es la precariedad del trabajo, así como también la falta de planificación. Tal como lo afirma la FAMG, es importante también reconocer que las subjetividades juveniles en torno a las expectativas laborales y de desarrollo personal se han ido modificando. Las concepciones de las personas jóvenes profesionales a un sistema que plantea de inicio jornadas de 24 horas de trabajo con salarios que en muchos casos no se equiparan al desgaste que esto demanda, entran en crisis con sus aspiraciones (FAMG, 2023).

La precarización de la vida es un problema que excede pero que incluye al sistema de residencias médicas. Cada vez más, asistimos a un “exilio” de profesionales que deciden abandonar el sistema de salud tradicional para abrir consultorios privados, pero con menor carga horaria laboral, así como otras personas trabajadoras de salud que directamente deciden abandonar el país en búsqueda de mejores condiciones. Estamos frente a un nuevo escenario: aquellas situaciones de precarización y sobrecarga laboral que se han naturalizado durante años ya no son aceptadas ni por profesionales jóvenes, ni por aquellas personas con trayectoria en el sistema de salud. Se tiene en cuenta, además, que el presente trabajo encontró que existe mayor número de horas diarias laborales en profesionales que se desempeñan en el PNA, frente a otros trabajos. Coincide con lo expresado por Godoy (2018), quien indica que APS 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/as MG. Hay una carrera de espera, de aguantar. De pasar de peores estados, a mejores.

Cuando desarrollamos Maternidad y trabajo de MG, se retoma a Dursi (2022), quien afirma que, entre los motivos principales para la elección de la especialidad encontramos en primer lugar el compromiso social y comunitario y la vocación de trabajo en terreno, y en segundo lugar la compatibilidad con su expectativa de distribución del tiempo entre trabajo, familia y recreación.

Según el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Argentina (2018), en la actualidad, hay más mujeres estudiantes, egresadas y nuevas inscriptas. En materia de licencias por enfermedad y maternidad, las residencias se rigen por las normas de la jurisdicción en la que se encuentran, aunque en ocasiones el propio reglamento contempla mayores restricciones que el régimen jurisdiccional. Así es como coexisten, a lo largo del país, residentes que gozan desde 45 días hasta 6 meses de licencia. La situación formativa de las residentes se complejiza aún más si tienen alguna complicación en el embarazo, y se identifican casos de embarazos de alto riesgo por el nivel de estrés al que se encuentran expuestas. Estas situaciones generan inequidades en el acceso a la formación y, en un contexto feminizado, limitan los resultados de la política de formación. Por ello, algunos reglamentos de residencias han avanzado en la posibilidad de prorrogar el período formativo en los casos de licencias prolongadas por razones de maternidad, tal es el caso de la provincia de Buenos Aires (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2022).

En una tesis realizada por Godoy (2018), se describe que, en el caso de las mujeres, la posibilidad de compatibilizar horarios y vida familiar tiene un peso importante para permanecer en la especialidad.

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. 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.

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.

Todas las mujeres con hijos relataron que buscaron un trabajo que les permitiera compatibilizar con el cuidado del hogar con hijos.

Otra categoría que emergió durante los GF fue que los equipos de salud resultan heterogéneos, esto puede ser vivido como positivo o negativo. Hay estudios que afirman que ante los sentimientos de soledad, que surgen frecuentemente al terminar la RMG (Bojesen, 2019), se deben plantear nuevos objetivos para constituirse con los nuevos equipos que se conformen o a los que los/as MG se integran, ya que, lo que les salva de la alienación es la “grupalidad”, hay que crear una identidad de los/as MG (FAMG 2023).

Con respecto del perfil profesional de éstos/as, se plantea que sigue sin haber políticas en recursos humanos, con reglas claras; la mayor parte del trabajo de los/as MG (o la totalidad) consiste en asistencia; no hay posibilidades de elegir el trabajo que quieren hacer.

Conclusión:

Sería difícil de entender la existencia de una atención médica humanizada, de calidad, eficaz y eficiente sin la participación de la medicina general en la APS. Las personas y sus familias sienten la necesidad de tener un/a profesional de confianza que sepa integrar y valorar sus problemas concretos, considerando los componentes biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, sus interrelaciones e implicaciones sobre la salud.

En Olavarría, la mayoría de los/as MG trabaja en el subsector público de salud y más de la mitad lo hace en un CAPS. Las prácticas de éstos/as profesionales, son fundamentalmente intramuros. Primer elemento que pone en evidencia el modelo asistencial. Se destaca la atención clínica de todos los grupos etarios, tanto asistencial como preventiva. Entre las prácticas extramuros, realizadas con mucha menor frecuencia, las visitas domiciliarias y concurrencia a instituciones educativas, son las realizadas con mayor frecuencia, sin embargo, la mayoría no realiza ni ha realizado un análisis de situación integral de salud, ni participan activamente en mesas de abordajes territoriales. Las guardias se presentan como opción permanente en un escenario con altos índices de poliempleo. La docencia e investigación, no representa una práctica frecuente y en ellas se describe gran variabilidad. El trabajo interdisciplinario se presentó como una forma establecida de trabajo para la mayoría de los/as profesionales.

Lo/as MG perciben su especialidad como compleja, atravesada por múltiples variables, algunas de las cuales pueden intentar modificar y muchas otras que sienten que les son inalcanzables. Defienden y valoran las prácticas identitarias de su especialidad, describen la inserción territorial como escasa e incompleta, piensan que resulta muy difícil gestionar desde los CAPS, sienten a las políticas públicas municipales descontextualizadas de las realidades que ellos ven a diario. No se sienten escuchados/as, ni encuentran instancias de diálogo.

Sienten a las autoridades como poco empáticas. Han naturalizado en muchos casos la idea de pluriempleo y guardias como opción permanente para poder sobrevivir a las demandas actuales. El género y la maternidad se presentaron como campos que deben ser necesariamente estudiados en profundidad, ya que la feminización en el estudio de grado, posgrado y escenario de inserción laboral es una realidad que merece ser atendida e interpretada con enfoque de derechos.

Los niveles de satisfacción resultaron bajos en la mayoría de los/as MG, cuya característica principal es ser jóvenes y trabajar en CAPS. Menos de la mitad refirió sentirse satisfecho/a con el trabajo y las prácticas de la especialidad, de éstos la mayoría son de género masculino y no se desempeñan en el PNA.

Como oportunidades en este escenario, existe un amplio mercado laboral para los/as MG en Olavarría, pero es el subsistema público en general y el PNA en particular es el principal receptor del talento humano egresado/a de la RMG, cuenta con amplia trayectoria y un staff importante de profesionales. Además, se cuenta con Universidad local con Facultad de Medicina y una de las RMG más antiguas de nuestro país. No ha sido explorado exhaustivamente con anterioridad. Al interior de cada CAPS los/as MG plantean intenciones claras de querer sostener la prácticas básicas de la especialidad, pero manifiestan la dificultad para poder realizar aquellas más identitarias de la MG como los son las prácticas comunitarias en territorio, por determinantes vinculados a falta de apoyo de las autoridades, perfiles políticos que priorizan la gestión de resultados más que de procesos, escasa carga horario, poliempleo, falta de conformación de los equipos del PNA, ausencia de lineamientos claros y acompañamiento desde niveles superiores en APS. Por lo que el presente estudio se constituye como un antecedente para el conocimiento en el campo de MG, retoma las voces de los profesionales que han realizado un recorrido universitario y luego de posgrado por la especialidad y se propone profundizar otras líneas de estudios, así como brindar la información obtenida a las autoridades de gestión municipal.

PROPUESTAS:

Se propone la realización de futuras investigaciones que permitan el desarrollo de políticas que integren y respondan a las principales demandas de los/as MG, así como también los profesionales del equipo de salud.

-Diagnóstico exhaustivo de situación

Este punto resulta fundamental, ya que el presente estudio buscó explorar variables relacionadas a las prácticas de MG y las percepciones de los/as profesionales especialistas al respecto. Sin embargo, en el mismo emergieron variables que tienen que ver con la

trayectoria de los/as profesionales de la salud en los escenarios laborales y podría ser de gran interés ahondar en dichas variables, como por ejemplo maternidad y campo laboral en el PNA, número de hijos/as, por ejemplo. Por otro lado, en este estudio se indaga sólo a un subgrupo de profesionales (MG), sería un gran aporte conocer qué sucede con el resto de las especialidades que conforman los equipos de salud, ya que son éstos, los que efectivizan la estrategia de APS en el PNA de la ciudad. Ese campo quedó vacante de conocimiento.

-Mejorar la comunicación

Emerge la necesidad imperiosa de contar con canales efectivos de comunicación. Quedó claro que se valora mucho la referencia y contrarreferencia entre el PNA y los niveles superiores de complejidad, así como también la importancia de la comunicación al interior de los equipos y con instancias de autoridad de APS. Se propone comunicación permanente y asertiva con los equipos de salud, que contemple una escucha y un diálogo empático. Que se establezca y se sistematice. Se evalúe y re-formule permanentemente.

-Jerarquizar el trabajo en PNA

La docencia y la investigación, se proponen como la base de la mejora en la valoración y jerarquización del PNA. Históricamente subsumida a la Docencia e Investigación hospitalaria, se buscará instaurar y fortalecer un espacio de articulación académica estratégica específica, que permita la producción autónoma de información y su sistematización. Se propone fomentar y socializar las instancias de intercambios de saberes, tales como congresos, asambleas, actualizaciones, jornadas, cursos, etc. Valorar estos contenidos y partir de los mismos a la hora de tomar decisiones.

-Poner en la agenda municipal APS

Generar vínculos con los decisores tanto del municipio, como de la universidad, ya que APS viene siendo silenciada y poco valorada, sobre todo los últimos años en nuestro país. Por lo tanto, a partir del exhaustivo estudio y la escucha activa de los/as ciudadanas, poder tener los recursos que se necesitan para que APS y sus necesidades cobren la importancia que realmente merecen.

Referencias:

1. Abelanda, D. y cols. (2016) “¿Qué fue de tu vida? Inserción laboral post residencia de los/as médicos/as Generalistas Egresadas/os de las residencias de región sanitaria V

- de la Pcia. De Buenos Aires”. [en línea] Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1-6d-2zSSToqtKplqM3cdR4Bsh4mPYWKF/view?usp=sharing>
2. Abramzon, M. (2012). “Articulación entre la formación de grado y posgrado en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral”. Documento de trabajo número 62. Biblioteca virtual FLACSO. [en línea]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Argentina/iigg-uba/20121107040720/dt62.pdf>
 3. Adissi, G. (2021). “Estrategias cualitativas de investigación social en salud. Qué son y qué suponen las estrategias cualitativas de investigación en salud.” Dirección de Investigación en Salud. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
 4. Amorin Garcia, M.A. (2001). “Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde”. Interface Comunic, Saúde, Educ, v.5, n.8, p.89-100 [en línea]. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/07.pdf>
 5. Almeida Filho, N. (1997). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamérica”. Biblioteca Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos aires [en línea]. Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_TSocial/AlmeidaFilho.pdf
 6. “Aportes para un cambio curricular en Argentina”. (2001). Universidad Nacional de Buenos Aires, Organización Mundial de la Salud. [en línea]. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=202-aportes-para-un-cambio-curricular-en-argentina-2001&category_slug=publicaciones-ops-argentina-junto-a-contrapartes&Itemid=624#gsc.tab=0
 7. Ali-Brouchoud, J M. (2013). “Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina”. (Tesis de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud). Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/034578_Brouchoud.pdf
 8. Bó Ana y cols. (2010) “Evaluación del sistema de salud y la estrategia de APS”. Revista Argentina de Salud Pública. vol.1 (2), pp. 18-23.
 9. Bojesen, C. y cols. (2019). “ContraREDferenciándonos”. Analizando nuestras redes”. Trabajo Científico realizado por la residencia de medicina general de Olavarría. Premiado por la FAMG. Disponible en la biblioteca digital FAMG.
 10. Breihl, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 31(supl 1). [En línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

11. Vallese, M. C. y Roa, R. (2006). "Medicina Familiar y general en Argentina". Rev Atención Primaria de la Salud. 38(10): 577-9. [en línea]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13095931>
12. Campo Elias, R. (2015). "Diseño y elaboración de un cuestionario acorde con el método Delphi para seleccionar laboratorios virtuales (LV) ". Sophia. vol.11 (2), pp.129-141.
13. Durante, E. (2005) "La evaluación de la competencia profesional (certificación): de lo abstracto a lo contextual". Evidencia. vol 8 (2), pp.35-36. [en línea]. Disponible: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/5372/2937>
14. Declaración de Astaná. (2018). Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Organización Mundial de la Salud.
15. Duré, I. (2015). "Residencias médicas en Argentina 2015." Revista Argentina de Medicina, 3(5), 2-4. [en línea]. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/33/26>
16. De Candia, L. (2020). "Educación médica de posgrado para una clínica humanizada. El caso de los centros de salud de Rosario". (Tesis de maestría en Salud Pública). Universidad Nacional de Rosario.
17. De Sousa Campos, G. (2009). "Gestión en salud. En defensa de la vida". Buenos Aires. El lugar.
18. Escuela de Gobierno Floreal Ferrara, Ministerio de Salud de la Provincia, (2021).
19. Documento disponible:
<file:///C:/Users/flore/Desktop/RRR/Propuesta%20Trabajo%20Reglamento%20Residencias%20PBA.pdf>
20. Estándares de acreditación de carreras de medicina de la República Argentina. (2018) Documento para la revisión de la Resolución 1314/07 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP).
21. Favre, E. (2017) "Percepción de los egresados de la Residencia de Medicina General sede Bariloche sobre su formación de Post-grado". Trabajo de Fin de Residencia. Presentado en el Congreso de Medicina General de la Federación Argentina de Medicina General [en línea]. Disponible en: <http://www.famg.org.ar/index.php/trabajos-de-investigacion/file/353-2017ercerpremio-21-percepcion-de-los-egresados-de-rmg>
22. Granda, E. (2004). "¿A qué llamamos salud colectiva hoy? Rev Cubana Salud Pública. v.30 n.2 Ciudad de La Habana. [en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>

23. Huergo, Jorge. (2007). "Nuevos horizontes en la formación de los Maestros". Portal Educativo. vol (4), pp.1-4.
24. Jimenez, H. (2010). "Nuevos paradigmas en gestión humana". Revista Ciencias Estratégicas, vol. 18, núm. 23. Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia. [en línea]. Disponible en: file:///C:/Users/flore/Desktop/Maestr%C3%ADa/TESIS%20ANTEPROYECTO%20FINAL/151_313724006.pdf
25. Kremer, P. (2014) "Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica." Revista Argentina de Salud Pública. vol. 5 (21), pp. 35-37. [en línea] Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen21/30-37.pdf>
26. L'Hopital, C. (2015) "Descripción de la situación laboral de los médicos que finalizaron la residencia de Medicina General de la provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013". Universidad Nacional de Lanús. [en línea]. Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Lhospital_C_Descripcion_2015.pdf
27. Maldonado, Asael. (2010) "El proceso de construcción de la Identidad Colectiva". Convergencia, Revista de Ciencia Sociales. vol. (53), pp. 229-251.
28. Marco de Referencia para la formación en Residencias Médicas. Especialidad Medicina General y/o Familiar. Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2010) [en línea]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina%20general%20y%20familiar%20ok.pdf>
29. Menendez, E. (2005). "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores". SALUD COLECTIVA, La Plata, 1(1): 9-32. [en línea]. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/scol/2005.v1n1/9-32/es>
30. Merhy, E. (2006). "Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud". SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2(2): 147-160. [en línea]. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/scol/2006.v2n2/147-160/es>
31. Merhy, Emerson Elias, Batista Franco, Tulio. (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Textos seleccionados. El Lugar
32. Municipalidad de la Ciudad de Olavarría. (2015). "Atención Primaria de la salud: análisis descriptivo de la producción de servicios del año 2015 con enfoque territorial". <https://drive.google.com/file/d/1slrvFzBwIA9cJ7TljTKqvFGtMf5cl8cq/view?usp=sharing>

33. Ley 25326. Protección de los Datos Personales. (2000) Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso. [On-line]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/arg_ley25326.pdf
34. Perrota, A. (2013) Taller: “¿Nos formamos para lo que terminamos trabajando?”. Trabajo taller presentado en el XVII Congreso Argentino de Medicina General de la Federación Argentina de Medicina General. [en línea] San Luis. Disponible en: <http://www.famg.org.ar/documentos/congresos/premiados/2017/Percepcion-de-los-egresados-de-RMG.pdf>
35. Medico General ¿Qué es? (2024) Federación Argentina de Medicina General. [en línea]. Disponible en: <http://www.famg.org.ar/index.php/medico-general>
36. “XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. XL Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Resolución XII. Informe sobre la cumbre Mundial de Educación Médica. 1988.Cumbre Mundial de Educación Médica. Federación Mundial para la Educación Médica. Edimburgo 1993. (2000). Revista Cubana de Educación Médica Superior. vol.14 (3), pp. 270-83.
37. Rovere, M. (2012). “Atención Primaria de la Salud en Debate”. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94. [en línea]. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2012.v36n94/327-342>
38. Ruiz, K. y cols. (2019). “Re - Capacitando: De Iguales a Singulares Trabajo de investigación con Enfoque Cualitativo”. Trabajo Científico realizado por la residencia de medicina general de Olavarría. Premiado por la FAMG. Disponible en la biblioteca digital FAMG.
39. Silberman, P. (2013) “Aprovechamiento de las becas de capacitación en Medicina General del Ministerio de Salud de la Nación. Un estudio descriptivo en dieciséis residencias de trece provincias de la República Argentina centrado en trece provincias de República Argentina centrado en tres ejes: formación, certificación e inserción laboral”. Informe final Comisión Nacional Salud Investiga. Buenos Aires. pp. 9-34.
40. Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación. (2014). 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud de la Nación. [en línea], Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento5.pdf>
41. Sousa Minayo, M. (2009) “La artesanía de la investigación cualitativa”. Buenos Aires. El lugar.
42. Spinelli, H. (2015). “Los posgrados en Argentina: actores y dimensiones, reflexiones desde la praxis”. Biblioteca Universidad Nacional de Lanús. Instituto de Salud

- Colectiva. Buenos Aires. [en línea]. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/modulacionesIV.pdf>
43. Testa, M. (2009). "Pensar en salud". Editorial Lugar. Buenos Aires.
 44. "Un aporte al diseño curricular desde la perspectiva de los actores del medio socio-productivo" (2010). Temas de Ciencia y Tecnología, vol. 14 (núm 41.), pp 41-48
 45. Vargas, Luz. (1994). "Sobre el concepto de Percepción". Alteridades. vol.4 (8), pp. 47-53.
 46. Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires. Dirección de Formación y educación permanente de la escuela Floreal Ferrara. (2023) Descripción de ingresantes y coberturas.
 47. Carolina Dursi. Dirección Nacional de Capital Humano, Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires. (2022) perfil y elecciones de los postulantes a la residencia de Medicina General y/o Familiar del Examen Único Médico (EU) desde 2012 a 2018.
 48. Federación Argentina de Medicina General. (2023). Aportes de la Federación Argentina de Medicina General ante la alarmante situación del sistema de residencias. Recuperado de: <http://famg.org.ar/index.php/component/content/article/93-noticias/167-aportes-de-lafederacion-argentina-de-medicina-general-ante-la-alarmante-situacion-del-sistema-deresidencias?Itemid=756>
 49. Franco, J. (2022). Determinantes de la elección del primer nivel de atención en medicina como ámbito de formación y laboral: un estudio cualitativo. Rev. Atención Primaria. Volume 54, Issue. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002262?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=82b111a6792e1f01
 50. El Litoral. Diario On line. (2023). Médicos generalistas definen como "crítico" el presente de la especialidad y en "terapia intensiva" su futuro. Recuperado de: https://www.ellitoral.com/area-metropolitana/medicos-generalistas-provincia-santa-fe-giselboidi-ministerio-salud_0_qvmeKUHj3u.html
 51. Cortés-Flores, Ana Olivia, Fuentes-Orozco, Clotilde, López-Ramírez, María Karina Lizbeth, Velázquez-Ramírez, Gabriela Abigail, Farías-Llamas, Oscar Alejandro, OlivaresBecerra, Juan José, & González-Ojeda, Alejandro. (2005). Medicina académica y género: La mujer en especialidades quirúrgicas. Gaceta médica de México, 141(4), 341-344. Recuperado en 10 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001638132005000400016&lng=es&tlng=es.
 52. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas

- laborales. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-saludfeminizacion-brechas-laborales.pdf>
53. Delgado, Ana, & López-Fernández, Luis A. (2004). Práctica profesional y género en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 112-117. Recuperado en 06 de febrero de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000400018&lng=es&tlng=es.
 54. Hernández Clara Ivette, Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack. (2014). Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. Facultad de Medicina, Estudios de Posgrado en la Subdivisión de Medicina Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v3n11/v3n11a6.pdf>
 55. Sociedad Española de Medicina de familia y comunitaria. (2017). ¿Cómo influyen las emociones en nuestra salud? Disponible en: <https://www.semfyec.es/actualidad/comoinfluyen-las-emociones-en-nuestra-salud>
 56. Godoy, Ana Carolina. (2019). El proceso de inserción laboral de los egresados de residencias de Medicina Familiar y General en la provincia de Córdoba, Argentina. Año 2018. Tesis de Magíster en salud colectiva. Disponible en: [https://repositoriodigital.uns.edu.ar/bitstream/handle/123456789/5763/GODOY%20A.C. TESIS.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repositoriodigital.uns.edu.ar/bitstream/handle/123456789/5763/GODOY%20A.C.%20TESIS.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
 57. Favaloro, René. (2012). Hay que sentir al paciente. Portal Educar. Disponible en: <https://www.educ.ar/recursos/108644/rene-favaloro-hay-que-sentir-al-paciente>
 58. F. Goncalves Estella y cols. (2002). Síndrome de Burn-out en el médico general. *SEMG. MEDICINA GENERAL* 2002; 43: 278-283. Disponible en: <https://www.semg.info/mgyf/medicinageneral/abril2002/278-283.pdf>
 59. Segredo Pérez, Alina María, & Perdomo Victoria, Irene. (2012). La Medicina General Integral y su enfoque social y humanista. *Educación Médica Superior*, 26(2), 294-306. Recuperado en 08 de febrero de 2024, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200011&lng=es&tlng=es
 60. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). Reglamento General de Residencias para profesionales de la salud. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/documentos/VmbkjdlI.html>
 61. Silberman, P. (2023). Residencias médicas en Argentina: características y desempeño de aspirantes en el examen único y en la adjudicación de plazas durante los años 2020-2022 en Argentina. Tesis Doctoral. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/160090>

- **Apéndice 1**

Medicina General: correlato entre lo aprendido en la residencia y las posibilidades de práctica posterior. Análisis en el Sistema Municipal de Salud (SMS) de la ciudad de Olavarría entre 2006 y 2023

Este cuestionario forma parte del Estudio nal de Tesis de la Maestría en Salud Colectiva de Florencia Lestrada. Es un trabajo de investigación que tiene por objetivo explorar y describir las posibilidades que los/as Médicos/as Generalistas tienen de realizar las prácticas de su especialidad durante su inserción laboral en el PNA del Sistema Municipal de Salud de la ciudad de Olavarría. Es una encuesta anónima y voluntaria, que esperamos sirva de insumo para mejorar nuestra práctica laboral ¡Gracias por tu tiempo! Para cualquier consulta o sugerencia, mi contacto es 2284606741

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Edad *

2. Genero Autopercibido

3. Localidad de Residencia Actual

4. Universidad de Graduación

5. Lugar de realización de la Residencia de Medicina General

6. Año de egreso de la Residencia en Medicina General

7. Durante el último año ¿Cuál es el subsistema del que depende el lugar de trabajo principal? (mayor dedicación horaria y/o el que más ingresos le aporta)

Marca solo un óvalo.

- ☐ Subsistema Público
- ☐ Subsistema Privado
- ☐ Ambos subsistemas

8. Indique cuales de las siguientes prácticas en Medicina General ha realizado en el último año.

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ APS en el sector público
- ☐ Atención de consultorio de Medicina General en subsistema no público
- ☐ Atención de consultorio de otras especialidades
- ☐ Docencia
- ☐ Gestión
- ☐ Otras prácticas. Especificar.

9. Si la opción fue Otras Prácticas especificar:

10. Durante el último año ¿En cuántos lugares distintos trabaja?
(por favor, indique el número total de lugares donde trabaja y si lo desea, detalle si son consultorios privados, de una obra social, en una clínica, guardias en un hospital público, etc)

11. Durante el último año, en una semana normal, incluyendo guardias, ¿Cuántas horas trabaja por semana? Numérica

12. Actividades Intramuros que realiza en el CAPS que le insumen la mayor parte de su tiempo laboral (responder sólo si trabajó/a en un CAPS)

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Control de salud de las Infancias
- ☐ Control de embarazo de personas con capacidad Gestante
- ☐ Control de Salud de la mujer
- ☐ Control de Salud del adulto/a
- ☐ Control de Salud del adulto/a mayor
- ☐ Consultorio de demanda espontánea
- ☐ Consultorio de Urgencias
- ☐ Consultorio de Atención programada
- ☐ Consultorio de Consejerías
- ☐ Reunión de Equipo
- ☐ Ateneos/Actualizaciones
- ☐ Actividades de docencia con residentes y estudiantes.
- ☐ Otras (por favor, especificar)

Actividades Extramuros que realiza en el CAPS (responder sólo si trabajó/a en un CAPS) , en caso de realizarlas, indique con que frecuencia.

13. Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS)

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy frecuentemente (dos o mas veces por año)
- ☐ Frecuentemente (al menos una vez al año)
- ☐ Ocasionalmente (no todos los años)
- ☐ No realiza
- ☐ Otros:
-

14. Visitas domiciliarias

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy frecuentemente (Todas las semanas)
- ☐ Frecuentemente (Al menos una vez al mes)
- ☐ Ocasionalmente (Al menos una vez por año)
- ☐ No realiza

15. Visitas a instituciones educativas

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy frecuentemente (al menos una vez al mes)
- ☐ Frecuentemente (al menos una vez por trimestre)
- ☐ Ocasionalmente (al menos una vez por año)
- ☐ No realiza

16. Mesas territoriales

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy frecuente (una vez por mes)
- ☐ Frecuentemente (Al menos una vez en tres meses)
- ☐ Ocasionalmente (al menos una vez por semestre)
- ☐ No concurre

17. Talleres/actividades de docencia comunitaria

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy frecuente (una vez por mes)
- ☐ Frecuentemente (Una vez cada tres meses)
- ☐ Ocasionalmente (una vez cada 6 meses hasta un año)
- ☐ No realiza

18. Actividades de docencia con residentes y estudiantes

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy frecuente (una vez por semana)
- ☐ Frecuentemente (al menos una vez al mes)
- ☐ Ocasionalmente (dentro del año)
- ☐ No realiza

19. En su labor cotidiana, ¿logra realizar trabajo interdisciplinar?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

20. Tiempo asignado a capacitación, investigación, participación en eventos científicos (por favor, indique el número de horas semanales que pudiera tener asignadas y/o de qué manera realiza estas actividades en el caso de que sean de su interés)

21. Organización local de la atención en el CAPS: ¿Existe población específica nominalizada en el espacio territorial delimitado?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No

22. Organización local de la atención en el CAPS: ¿Hay redes de referencia y contrarreferencia?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No

23. ¿En su lugar de trabajo, articula con decisores políticos?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No

24. ¿Existe disponibilidad real de datos epidemiológicos correspondientes a su área de trabajo?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No

25. ¿Cuál es el nivel de satisfacción que hoy siente con el trabajo que realiza?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Me siento muy satisfecho/a
 - ☐ Me siento satisfecho/a
 - ☐ Me siento más o menos satisfecho/a
 - ☐ Me siento poco satisfecho/a
 - ☐ Me siento muy insatisfecho/a
-

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

- **Apéndice 2: Invitación para participar de Grupo Focal**

Estimadas colegas, me encuentro realizando la fase de investigación en campo de mi Tesis de Maestría en Salud Colectiva titulada: “Medicina General diferencia entre lo aprendido en la residencia y las posibilidades de práctica posterior. Análisis en el Sistema Municipal de Salud (SMS) de la ciudad de Olavarría entre 2013 y 2023”.

Para la misma, realizaré Grupos Focales (GF) con profesionales especialistas en Medicina General. Ustedes han sido seleccionadas en función de su experiencia y pensamiento crítico respecto del tema en cuestión.

En principio las categorías a analizar son las siguientes:

- Percepción de inserción territorial efectiva
- Capacidad de gestión
- Nivel de decisión
- Sentimientos/emociones en relación a la labor sostenida en escenarios de contingencia

Se considerarán otras categorías que puedan emerger.

El encuentro será un día a acordar entre todas y durará un máximo de 120 minutos. También participarán dos observadoras externas quienes ejercen un papel destacado en la validación de la investigación con GF, ya que analizan la red de interacciones presente durante el grupo, al mismo tiempo que registran las informaciones proporcionadas por los participantes.

Es importante aclarar que todo lo que surja en esta reunión será de carácter anónimo y en todo momento se preservará la confidencialidad de sus integrantes.

Para mí es fundamental contar con su presencia, y estoy convencida de que los resultados que obtengamos nos darán la oportunidad de mejorar nuestra práctica profesional. Por otra parte, informarles que la investigación se completa el llenado de una encuesta anónima.

Gracias por su tiempo

Espero verlas pronto

Les envío un cordial saludo

Maria Florencia Lestrada

WP: XXXXXXXXXX