

Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM)

Maestrando: Claudio Juan Esteban Berardi

DNI: 22.362.922

Título: “Factores condicionantes con la elección de especialidad en los graduados de la Carrera de Medicina de la UNLaM y su relación con el perfil de médico generalista curricular”

Carrera: Maestría en Gestión de la Educación Superior

Director del Trabajo Final: Dr Pascual Rubén Valdez

Año: 2022

Dedicatoria

A Luz Mia, Mia, por haber llegado a nosotros después de intensa búsqueda en océanos de angustias, deseos y amores.

A Camila, por ser ella, la música que siempre extraño, por acompañarnos en este camino.

A mi compañera Eva, porque “no inventa falso papel, sale, remonta vuelo y deja de ser costilla”

A la memoria de mi mejor amigo, peregrino José Bava, quien me sopló fórmulas, pintó estadios, habló con hojas y arbustos, amó, viajó y el mundo se rindió a su sabiduría eterna. Te extraño mucho hermano.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de La Matanza por las oportunidades. A los compañeros docentes y especialmente a los médicos graduados de la UNLaM, sin los cuales no existiría este pasito en mi vida académica.

A Pascual Valdez, director de esta y numerosas tesis y “orquestas” solidarias.

Resumen

La elección de la especialidad médica es un eslabón con subjetividades y objetividades. De la relación de estas fuerzas, los equipos de salud en el territorio local, La Matanza, la Provincia de Buenos Aires y el país, se alimentará, y generará las condiciones necesarias para afrontar las próximas décadas los embates que el deterioro de las condiciones sociales, económicas, ambientales, y propias de la salud están dejando en los centros asistenciales. La Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM), ofrece la carrera de medicina comprometida con la excelencia académica y el ejercicio en territorio de las capacidades científicas, académicas, de investigación y extensión necesarias para lograr estos objetivos. Pero, tal como citan Bourdieu y Passeron, hay condicionantes que influyen las decisiones, y la ruptura de esos vínculos se torna una tarea difícil. Esta tesis aborda la pregunta de ¿cuáles son aquellos condicionantes que hacen que los médicos graduados de la UNLaM seleccionen su especialidad?, al mismo tiempo que intenta vincular diversos aspectos a la elección y ejercicio de la visión del médico generalista y/o de familia como la especialidad que promueva el cambio hacia una atención en salud equitativa, eficiente y solidaria.

Palabras clave: salud pública – medicina general – medicina de familia – condicionantes para la especialidad – graduados en medicina

Abstract: The choice of medical specialty is a link with subjectivities and objectivities. From the relationship of these forces, the health teams in the local territory, La Matanza, the Province of Buenos Aires and the country, will be fed, and will generate the necessary conditions to face in the coming decades the attacks that the deterioration of social conditions, economic, environmental and health-related factors are leaving in healthcare centers. The National University of La Matanza (UNLaM), offers a medical career committed to academic excellence and the exercise in the territory of the scientific, academic, research and extension capacities necessary to achieve these objectives. But, as Bourdieu and Passeron quote, there are conditioning factors that influence decisions, and breaking these ties becomes a difficult task. This thesis addresses the question of what are the determining factors that make UNLaM graduates select their specialty? At the same time, it attempts to link various aspects to the choice and exercise of the vision of the general practitioner and/or family physician as the specialty that promotes change towards equitable, efficient and caring health care.

Keywords: public health – general medicine – family medicine – conditioners for the specialty – medicine graduates

Índice

Introducción.....	página 5
Carrera de Medicina de la UNLaM.....	página 8
Planteamiento del problema y objetivos.....	página 10
Hipótesis de trabajo y metodología.....	página 11
Marco teórico.....	página 14
La enseñanza de la Salud Pública: el rol de las universidades y la formación del Médico Generalista	página 18
¿Qué y cómo es el Sistema de Formación de Residencias Médicas en Argentina e Impacto de la Medicina General en este sistema?.....	página 19
Medicina General, APS y Curricula de Medicina. El caso de Medicina de la UNLaM.....	página 26
Desarrollo de la carrera. Perfil de estudiantes y docentes de la carrera.....	página 27
Medicina General y su inserción curricular en la UNLaM	página 30
Ingreso al Sistema de Residencias Médicas en Argentina.....	página 32
Resultados del Primer Censo de Residencias de Medicina familiar y General en Argentina...	página 34
¿Qué ocurrió en Argentina? Antecedentes.....	página 38
Diferencia entre medicina familiar y general.....	página 42
Análisis sintético de investigaciones anteriores relacionados / Estado del arte.....	página 44
Esquema del Diseño del Trabajo Final	página 49
Resultados.....	página 52
Descripción básica demográfica de los encuestados.....	página 53
Descripción de resultados según objetivos específicos planteados.....	página 64
Discusión de resultados y conclusiones según objetivos planteados.....	página 88
Entrevistas a médicos graduados que se encuentran haciendo la especialidad en medicina general y/o familiar.....	página 99
Entrevistas a docentes de la UNLaM, médicos generalistas y/o de familia.....	página 108
Conclusiones.....	página 121
Cuestiones finales y propuestas.....	página 125
Glosario.....	página 128
Fuentes de referencia / Bibliografía.....	página 134
Anexo A. Modelo de encuesta.....	página 139

Introducción

La Salud Pública (SP) es un espacio propicio para la convergencia interdisciplinaria; es una transdisciplina, una ciencia social en el sentido de que tiene un método de acción, pero que, al mismo tiempo, no tiene un campo limitado a los conocimientos, un campo para la investigación, uno para la extensión y otro para la acción comunitaria. Son todos estos campos al mismo tiempo (Magliano, A; 2013). Si bien la SP ha sido objeto de debates y cuestionamientos entre el rol de la Medicina y el rol Sanitario de las diferentes disciplinas y ciencias que abordan el cuidado de la salud, no hay dudas de que es en 1978, con la Declaración de Alma Ata en la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), donde se origina la estrategia global de la Atención Primaria de la Salud (APS) y con la Carta de Ottawa en Canadá en el año 1984, donde se refuerza la Promoción de la Salud, cuando se origina una nueva Salud Pública, que busca sintetizar la situación ambiental, las acciones preventivas y curativas personales, las políticas públicas, las conductas individuales y estilos de vida, en todo su contexto ecológico y con un planteo social y comunitario holístico de la salud.

A partir de la década del sesenta, con los avances en la macroeconomía de diferentes países latinoamericanos, que dieron origen a mayor inequidad social, económico, política y cultural entre pobres y ricos, surge la denominada “Salud Colectiva” en Brasil (adoptada por numerosos grupos en Argentina) y el concepto de la llamada Medicina Social, que ya no ve al acto médico como la forma central de la atención y el progreso en el cuidado de las personas, sino que cree que la salud es un acto de construcción colectiva, que rechaza la idea de una dicotomía entre el proceso de salud -enfermedad, sino que reafirma que el proceso salud -enfermedad está claramente afectado por condicionantes sociales (Magliano, A; 2013).

El primer nivel de atención es el primer contacto de las personas con el sistema sanitario. En este nivel se entregan medicamentos para patologías crónicas y agudas, insumos básicos, se inmuniza a la población según calendario nacional y se realizan actividades de prevención y promoción de la salud, asegurando en cada atención educación para la salud, empoderando a los usuarios del sistema y aprendiendo de ellos como profesionales. Es en este mismo sistema, donde se observan las denominadas prácticas interprofesionales como equipos de salud, es decir, aquellas prácticas que aseguran de manera determinante la mirada interdisciplinaria, interpretando a las personas en el contexto de sus historias, sus familias, su comunidad y aquellos determinantes sociales que se suman a los factores netamente biológicos en la relación salud – enfermedad.

Para desarrollar todas estas actividades se requiere de recurso humano formado, capacitado en estas tareas desde el grado y el perfil del médico generalista es aquel que enarbola desde su inicio la tarea de la prevención y promoción de la salud, el trabajo territorial, el empoderamiento de la salud de la población como ejes vitales.

El recurso humano en salud es una de las problemáticas fundamentales en la salud pública desde hace décadas. La pandemia COVID 19 puso de manifiesto las inequidades en su distribución, cualitativa y cuantitativamente hablando, dejando una impronta de necesidades insatisfechas en este campo, con decenas de miles de profesionales de la salud que han perdido su vida o vieron dañada su salud en estos dos años y medio de duración de la pandemia, con cambios en la mayor parte del mundo de los roles de los ministerios y secretarías de salud, que han visto la necesidad de generar rectoría y gobernanza especialmente porque los sectores privados no alcanzan, fallaron o simplemente se retiraron porque la salud no les es rentable. En este marco y en este tiempo, los equipos de salud de las instituciones públicas del país (similar a lo acontecido en la mayor parte de los países de Latinoamérica), han reconvertido prácticas y muchas competencias específicas de numerosas especialidades debieron prestar colaboración con prácticas de la medicina general requerida en este contexto de urgencia.

El médico de familia y el médico generalista, son médicos de atención primaria con una formación de posgrado que los capacita para proveer atención integral individual, familiar y comunitaria, a pacientes de cualquier edad y género, teniendo en cuenta los recursos disponibles, las inequidades a los servicios de salud, la interpelación de los saberes de la comunidad, las patologías prevalentes y esto es así en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo o sub desarrollados (Haq, C., Ventres, W., Hunt, V. y col.; 1996).

Si bien no existe un número determinado ideal o apropiado de la relación médicos generalista y de familia por habitante, mas teniendo en cuenta las distintas realidades sanitarias de las comunidades y países, se espera que tal como desarrollan en la visión y perfil de graduados la mayoría de las universidades con carreras de medicina, que una proporción de los profesionales médicos formados y graduados elija esta especialidad y, garantice un mínimo de permanencia en aquellos territorios donde mas hace falta mejorar el acceso a la Salud Pública.

Para el Programa de Educación Continua a Distancia en Medicina General y Familiar (Pracilio, HO; s.f.), se estima que el 50% de los médicos deben ser formados para ejercer la Medicina General o Familiar, distribuyéndose el otro 50% entre todas las demás especialidades. Este dato surge de aquellos países que han implementado la APS como estrategia fundamental.

El médico generalista o de familia es el recurso humano óptimo para implementar exitosamente la estrategia de APS. En muchos casos se intenta colocar con el rótulo de “médico de familia” a un médico capaz de contener y recortar gastos. El auténtico médico generalista o de familia optimiza el recurso, el uso de estos, en base a un compromiso con el paciente y la comunidad. Así, el mejoramiento de los niveles de salud se verá reflejado en tanto los fondos que se destinen a la formación de médicos no tengan en cuenta la proporción médicos generalistas / médicos especialistas.

Se denomina hospitalización evitable, aquella hospitalización que podría haberse prevenido a través de la utilización efectiva del cuidado del paciente externado o domiciliario. Esto último se llama Cuidado Ambulatorio de las Condiciones Sensibles (CACS) (Rosano, A., Abo Loha, C., Falvo, R., van der Zee, J., Ricciardi, W., Guasticchi, G. y de Belvis AG.; 2012).

En el metaanálisis de artículos referidos a la CACS (Rosano, A. y col; 2012) se tomaron cuatro variables como predictoras de calidad en la Atención Primaria de la Salud (APS):

- ✓ Número de médicos generalistas por cada 1000 residentes
- ✓ Presencia de centros comunitarios de atención primaria de la salud en el área de residencia
- ✓ Numero de médicos generalistas o especialistas visitados por los pacientes
- ✓ Acceso a programas de o en relación con la estrategia de APS

Se determinaron índices de correlación positivo cuando un aumento de las condiciones descriptas como predictoras se asociaron a mayor número de hospitalizaciones evitables.

La mayoría de los estudios se desarrolló en Estados Unidos, Canadá, España, Brasil, Reino Unido y Australia – Nueva Zelanda y el 74% dentro de modelos de salud con seguros privados, 20% en aquellos que tienen modelo de seguro social y casi 10% en modelos mixtos.

En aquellos países con modelos de seguro privado, las condiciones propias del sistema sanitario como la exclusión social, los sectores vulnerables de la sociedad, eran más fuertes como predictores de hospitalizaciones evitables, ya que el desarrollo de condiciones para el asentamiento de una estrategia de APS son menores (aunque muchos de los estudios involucrados no tenían esto como intención de medir).

En el caso de las enfermedades crónicas, la progresión natural de estas condiciones resulta en mayor morbilidad. Cuando estas patologías son bien abordadas, la morbilidad decrece al igual que el progreso de la enfermedad. La mayoría de estas patologías pueden y deberían ser manejadas en centros de atención primaria, por médicos generalistas y no en el hospital

(Gibson, OR., Segal, L., McDermott, RA; 2013). En otros estudios se definieron categorías llamadas el “core” de lo que llamamos CACS:

- Inmunizaciones e infecciones prevenibles
- Tuberculosis
- Diabetes Mellitus
- Desordenes relacionados con el metabolismo y los electrolitos
- Anemia por déficit de hierro
- Convulsiones
- Enfermedades del tracto respiratorio superior
- Enfermedad cardiovascular hipertensiva
- Insuficiencia cardíaca
- Úlcera sangrante
- Asma
- Epoc (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Enfermedades de la piel
- Gastroenteritis
- Infecciones urinarias
- Enfermedad inflamatoria pélvica

Además de identificar las patologías con un código se trabajó en cada una para determinar el impacto de la APS sobre las mismas. Si bien los resultados también son dispares, en la mayoría se encontró que el abordaje inicial de las mismas en consultorios de atención primaria, mejora los índices de hospitalizaciones (Caminal, J., Starfield, B., Sánchez, E., Casanova, C., Morales, M; 2004).

Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM)

La carrera de medicina de la UNLaM inicia sus actividades en el año 2012 y tiene sus primeras cohortes de graduados en 2017 y 2018. Medicina es una Carrera incluida en el art. 43 de la Ley de Educación Superior 24.521; la Carrera de Medicina de la UNLaM fue reconocida por la CONEAU en el proyecto N° 804-0902/11.

El perfil de graduado que la carrera sostiene es un médico que consigue distinguirse por “una combinación apropiada de formación sólida y de capacidad de aprender e investigar durante toda su vida, orientando sus preferencias laborales en los ámbitos sociales y territoriales del país en donde más se necesita su presencia. Así, brinda atención integral, especialmente, a quienes se encuentran hoy alejados del acceso a los servicios de salud.” Es decir, su perfil coincide con la visión de generar un médico generalista, centrado en la Atención Primaria de la

Salud. En la currícula, se encuentra la asignatura Medicina General I (4° año de la carrera) y Medicina General II (5° año de la carrera), ambas cuatrimestrales, con una carga horaria de 6 horas semana cada una. Además, el estudiante del último año debe concurrir durante 5 a 6 semanas en la denominada Pasantía Final Obligatoria (PFO) a cumplir una rotación en el Primer Nivel de Atención.

EL principal objetivo de la mayor parte de las carreras de medicina en el mundo está puesto en destacar las prácticas de la medicina general como expresiones de un modelo alternativo al médico-biologicista o al preventivista-epidemiológico; es el modelo basado en la APS, el cual pondera los componentes de la salud pública, al buscar mejorar la salud rompiendo barreras y prácticas convencionales. En este sentido, la atención a la salud en el primer nivel adquiere un rol protagónico en el abordaje integral de las familias y la comunidad, con una fuerte orientación preventiva (Franco-Giraldo, Á; 2015). En este sentido, esta tesis de maestría apunta a conocer cuales son los condicionantes que definen la especialidad elegida por los médicos graduados en la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM), en qué momento se dan dichos condicionantes y cuáles son los factores que consideran los médicos especialistas en medicina general y/o familiar, docentes de la carrera de la UNLaM, como oportunidades de cumplir con la misión y visión especificadas anteriormente.

Planteamiento del problema y objetivos

Problema: ¿Cuál es la especialidad elegida por los profesionales graduados en las primeras tres cohortes de la Carrera de Medicina de la UNLaM, y cuáles son los motivos que los llevaron a tomar esta decisión? ¿Cuáles son los factores (socio demográficos, económicos, estatus social, feminización de la matrícula, cambio geográfico, compromiso social, tradición familiar, formación curricular universitaria, discursos sociales sobre la medicina en general y en particular la especialización como médico generalista, etc) que llevaron a elegir la Medicina General como especialidad médica en estas cohortes de graduados?

Objetivos:

- a) Describir la especialidad elegida por los graduados de las primeras tres cohortes de médicos de la UNLaM y los factores que llevaron a dicha elección, como momento de la carrera en el que se tomó la decisión, factores económicos, sociales, de estatus, tipo de práctica específica, feminización)
- b) Describir cuales fueron los condicionantes para aquellos que eligieron la Medicina General y/ de Familia para la toma de decisión, especialmente aquellos relacionados con el desarrollo de esta práctica durante el desarrollo de la carrera
- c) Analizar cuáles son los factores condicionantes relacionados con los trayectos formativos curriculares de la Carrera de Medicina de la UNLaM para favorecer o inhibir la elección de la especialidad de Médicos Generalistas tal como define en su visión y misión, como número de docentes generalistas, distribución por año de los mismos, horas de práctica en el primer nivel de atención durante las asignaturas correspondientes a Medicina General.

Hipótesis de Trabajo y Metodología

Hipótesis / Supuestos / Anticipaciones de Sentido

La proporción de médicos graduados de la Carrera de Medicina de la UNLaM que elige la especialidad de Medicina General está en relación con factores como el compromiso social, a diferencia de otras especialidades elegidas, donde predomina como motivación el bienestar económico, la compatibilidad de tiempos y la oferta de cargos. Además, en configuración o acuerdo con la bibliografía esperamos encontrar mayor elección de aquellas especialidades no relacionadas con la atención primaria de la salud entre los graduados provenientes de familias con padres universitarios y de educación media realizada en el ámbito privado.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, cuali -cuantitativo. Como en todo diseño transversal, la respuesta y la causa (si es que ésta se quiere investigar), se miden en el mismo momento de tiempo, pero no permite dilucidar el orden causal (Cobo, E., Muñoz, P. y González, J. A., 2007).

Universo, muestra de unidades de análisis, Criterios de Inclusión

El universo recae en el conjunto de médicos graduados de las primeras tres cohortes (2017, 2018 y 2019) de la carrera de medicina de la UNLaM. Cada una de estas cohortes fue encuestada en el momento que ingresaban al sistema de residencias médicas con especialidad definida.

Tamaño de la Muestra

El tamaño de la Población fue proporcionado por la Coordinación de la Carrera de Medicina y la Secretaría Académica del Departamento de Ciencias de la Salud de la UNLaM. En el apartado de resultados se expone que este número ha sido cumplido más que satisfactoriamente para el análisis estadístico.

Descripción de los instrumentos para la obtención de datos

La 1ª parte consistió en una técnica cuantitativa. Se procedió a realizar una encuesta cerrada a fuentes primarias, que son los médicos graduados de la carrera de medicina de la UNLaM,

cohortes 2017, 2018 y 2019. Se solicitó a los encuestados la distribución del 100% teórico de motivación en dicha pregunta específica, pudiendo distribuir el 100% en una sola opción, o en múltiples opciones. Es decir, cada encuestado podía repartir el total en un set de categorías definidas previamente (razones, geográficas, beneficio económico entre otras).

La 2ª parte, de técnica cualitativa, se realizó a través de entrevistas en profundidad a médicos generalistas, docentes de la UNLaM, orientado a explorar los factores que motivaron el interés por elegir y permanecer o no en la práctica de esa especialidad; en la misma, se indagó sobre la percepción que se tiene sobre la medicina general y su campo de acción. Se realizó entrevista a aquellos graduados que decidieron realizar su especialización en Medicina General.

Las categorías elegidas para las entrevistas son: antecedentes de la formación de los entrevistados, mirada propia y percepción de la mirada ajena sobre la especialidad, valoración por cuestiones asociadas al estilo de vida que la especialidad determina o condiciona y perspectivas laborales actuales y a futuro en el escenario local y nacional en salud.

Si bien el sesgo de deseabilidad social es más frecuente en encuestas mediante entrevistas, no se está exento del mismo en encuestas anónimas y auto aplicadas (Cea D'Ancona, M.A.C., 2009). Esto es aún mayor cuando el entrevistado no tiene la plena confianza o seguridad de que sus respuestas permanecerán en el anonimato y confidencialidad absolutos. El sesgo de deseabilidad social es más frecuente en las entrevistas cara a cara habituales que en aquellas auto administradas con presencia del encuestador, y en las personas con mayor nivel educativo, a diferencia de otros sesgos.

La entrevista se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados) (Hernández Sampieri R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, MdP.; 2010).

En este aspecto, la encuesta o entrevista estructurada cerrada es la que permite una mayor sistematización para el análisis posterior de los datos recogidos (Bottinelli, M. M. y col., 2003; Sabino, C. A., 1996). Si bien en las encuestas no es posible realizar una profundización sobre los casos, esta sí permite a través de una muestra de las unidades de análisis que componen la población, identificar y describir características de amplias poblaciones y cuantificar los resultados (Bottinelli, M. M. y col., 2003).

Tal como citan Rey Lennon y Piscitelli Murphy (2003), con las encuestas de opinión, con frecuencia no recogemos opiniones formadas, sino que se examinan a través de ellas reacciones, pero aun así, esas respuestas “no surgen de casualidad”, porque surgen de alguna manera de

experiencias, actitudes, criterios personales, intereses personales, familiares, comunitarios, que son el “fondo real”, muy difícilmente transformable de las opiniones.

Las encuestas se realizaron a través de Google Form, es decir, tuvieron el carácter de ser autoadministrable (se proporcionó directamente a los participantes sin intermediarios). La introducción de esta presenta el consentimiento y la explicación de la encuesta, su utilidad, su pertenencia contextual a una Tesis de Maestría, los objetivos y el carácter anónimo de la misma, así como las características legales de resguardo del anonimato.

Tal como citan Borges y colaboradores (2009), se trabaja sobre una división de aquellas especialidades “orientadas a la persona” (Medicina General, medicina Familiar, Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría, Medicina Física y rehabilitación y psiquiatría) y las “orientadas a la técnica” (Anestesiología, Dermatología, Urgencias, Otorrinolaringología, Patología, Radiología y Cirugía).

Descripción de la metodología para el análisis de la información obtenida

Se utilizaron medidas de tendencia central (promedio si no hay datos extremos y mediana en respuestas que involucren estos datos) en la totalidad de las unidades de análisis. En cada una de las preguntas se realizó el análisis de doble entrada con los datos socio demográficos de la encuesta (género, edad biológica, lugar de residencia, especialidad elegida, año de graduación de medicina de la UNLaM, ámbito donde desarrolló su escolaridad inicial y media, etc.

Se realizó el cálculo de fiabilidad del instrumento de medición con el alfa de Cronbach.

Formas de Presentación.

Se procederá a través del programa SPSS v19 la presentación de los resultados fundamentalmente a través de Histogramas mostrando en estos gráficos las columnas correspondientes a las opciones de respuesta múltiple.

Para aquellas respuestas dicotómicas se efectuaron como opción gráficos circulares.

Marco Teórico

Hace más de cien años, Abraham Flexner quien se desempeñaba como investigador de la Fundación Carnegie para el Progreso de la Enseñanza, realizó una evaluación de la educación médica en Norte América. Tras su visita a 155 escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá, produjo el denominado Informe Flexner en el año 1910, que reorganiza la enseñanza científica de la medicina (Alconada Magliano, JP y Pracilio, HO.; s.f.).

A nivel académico, dentro del campo de la medicina latinoamericana, se pueden distinguir dos enfoques que representan dos paradigmas diferenciados: el enfoque “flexneriano” y “el crítico”, que intenta superar algunos de los postulados de Flexner e introduce una mirada diferente sobre los determinantes de la salud y la enfermedad. En el caso del modelo flexneriano, este provocó posterior a su luz en 1910, el cierre de numerosas escuelas de medicina en Estados Unidos (descendió de 147 en el año de 1910 a 83 en 1921, alcanzando el número de 76 en 1929) (Pinzón, CE; 2008).

Algunos de los cambios introducidos por Flexner fueron:

- ✓ Desarrollo gradual de “tiempo completo” en las facultades (en aspectos científicos de las ciencias básicas y luego en los departamentos clínicos).
- ✓ Establecimiento de prerrequisitos académicos con estudios de biología, química y física para la admisión a las escuelas de medicina
- ✓ Establecimiento de dos años de “college” para ser admitidos en la escuela y después de 1938, dos o tres años de estudios premédicas.
- ✓ Mayor énfasis colocado en los estudios de laboratorio de las ciencias básicas, el control de los hospitales por parte de las universidades y el uso de guías médicas para intercambiar estudios clínicos, así como programas escalonados de estudios de un mínimo de ocho meses por año por cuatro años adoptados por todas las escuelas de medicina.

Flexner, de cualquier modo, afirmaba que deberían ponerse esfuerzos para la integración de las denominadas ciencias básicas y clínicas en los años propuestos de formación académica de medicina. Esto último fue resistido por la mayor parte de las universidades latinoamericanas, cosa que hoy, es tomado dentro del paradigma crítico como una ventaja, con respecto a la disociación básico - aplicado que se mantiene (Flexner, A; 1910).

Además, fue propulsor del aprendizaje activo, hoy llamado constructivismo, moldeado y aplicado por Jean Piaget y Lev Semenovich Vigotsky, respectivamente, generando estudiantes

con capacidad de auto reflexión, de análisis de diferentes situaciones y poder brindar soluciones viables, prácticas y concretas.

Flexner reconocía la relevancia de tener especialistas capacitados, pero recalca la importancia de tener un equilibrio entre los especialistas y los médicos dedicados a la atención primaria.

La más concebida crítica al modelo flexneriano de educación médica, es que su propuesta giró en el rol del médico y el tratamiento que este brindaba sobre la enfermedad. La dimensión biológica del proceso salud – enfermedad y la atención medica del paciente centrada en la “compartimentalización” territorial del conocimiento o medicina basada en hiper especialistas fue parte de su legado.

El modelo o paradigma llamado “crítico”, hacia el cual avanza la formación del médico generalista, reconoce la existencia de determinantes sociales en el proceso de salud enfermedad. Como elementos a destacar del paradigma “crítico” se encuentran, la amplitud innegable de la Atención Primaria de la Salud en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, así como la disminución de la estancia hospitalaria de ellos pacientes, el manejo ambulatorio, disminución de las tasas de re internación y la práctica en la comunidad, como una construcción social entre usuarios (personas y pacientes) y equipo de salud.

La Atención Primaria de la Salud (APS) es una estrategia y herramienta que fortalece la capacidad de las comunidades y países para reducir las inequidades existentes en salud, desde su acceso, prácticas no saludables, retos interculturales, disminución de los gastos en salud y fortalecimiento en el desafío de afrontar los determinantes sociales de la salud alcanzando el nivel más alto posible de salud para cada persona (Macinko J., Montenegro, H., Nebor Adell, C. y otros; 2007).

En los últimos 25 años ha existido una importante reducción de la mortalidad infantil y por todas las causas, se ha elevado la esperanza de vida al nacer en 6 años, se redujo la mortalidad perinatal, pero existen problemas emergentes con graves consecuencias para la salud individual y colectiva: aumento de los casos de tuberculosis, especialmente con casos de tuberculosis multirresistente asociada a la pandemia del VIH/SIDA, incremento en la prevalencia de enfermedades no trasmisibles. Además, los cambios sociales, políticos y económicos en la Región de las Américas han desarrollado un incremento sostenido en epidemias como la obesidad que convive con casos de desnutrición infanto juvenil y en adultos, problemas relacionado con el abuso de sustancias tóxicas, violencia, xenofobia y racismo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, celebrada en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética) en 1978, produjo la primer meta global de la Organización

Mundial de la Salud que fue Salud Para Todos en el año 2000. Las variaciones mundiales antes citadas, la fragmentación de los servicios de salud en numerosos países en todos los continentes, fue percibida como un llamado de atención en el incumplimiento de las metas de Alma Ata. En el año 2000, se celebró la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas, abordando las necesidades de salud mundiales y considerando a la salud como un Derecho Humano. (Macinko J., Montenegro, H., Nebor Adell, C. y otros; 2007).

A partir de esta, fue necesario comenzar a renovar algunos aspectos esenciales de la APS, corregir debilidades ante los nuevos desafíos epidemiológicos, el desarrollo de la nueva tecnología aplicada a salud y además, trabajar sobre aquellas inconsistencias que tenían que ver con enfoques disímiles de la propia APS.

En agosto de 1988, la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) organizó en Edimburgo una Conferencia Mundial sobre Educación Médica; dicha reunión terminó aprobando la Declaración de Edimburgo, que 25 años después, sigue siendo un referente en la educación médica (Gual, A., Núñez, JM., Argullós, JP y Oriol-Bosch, A; 2013)

En este documento se identifican las mejoras que las facultades y escuelas de medicina debían llevar adelante:

- ✓ Incorporar recursos comunitarios en los programas de formación más allá de los hospitalarios.
- ✓ Asegurar que los contenidos curriculares reflejen las prioridades nacionales de salud.
- ✓ Promover la continuidad del aprendizaje a lo largo de la vida introduciendo metodología de aprendizaje activo y sistemas tutoriales que fomenten el aprendizaje autodirigido.
- ✓ Alinear el currículo y los sistemas de evaluación para lograr la competencia profesional.
- ✓ Formar docentes como educadores y no solamente como expertos en contenidos y reconocer tanto la docencia como la investigación y el servicio o gestión.
- ✓ Incorporar la formación en prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- ✓ Integrar la clínica a la formación básica incorporando el aprendizaje en base a problemas y los entornos comunitarios.
- ✓ Seleccionar los candidatos por sus cualidades personales más allá de capacidades intelectuales o logros académicos.

Un sistema de salud basado en APS es definido como o una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad y basándose en los principios de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sustentabilidad, la participación y la intersectorialidad (Macinko J., Montenegro, H., Nebor Adell, C. y otros; 2007).

En el 2005, bajo estas premisas de renovación y definición de la APS, el Grupo de Trabajo de APS de la ONU (creado en 2004), difundió el documento “Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization / WHO” (PAHO; 2007).

Las evidencias internacionales traducidas en este documento sugieren que los sistemas de salud basados en una fuerte orientación de APS tienen resultados de salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen menores costos de atención de salud y pueden lograr una mayor satisfacción del usuario que aquellos con sistemas de salud que solo tienen una orientación de APS débil.

Además, se dejaba al descubierto que el 60 por ciento de la mortalidad materna se produce en el 30 por ciento más pobre de los países, y la brecha en la esperanza de vida entre los más ricos y los más pobres ha alcanzado casi 30 años en algunos países (PAHO, 2002).

Uno de los aspectos más relevantes de este Documento, es el que explicita la necesidad de dar fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud:

“Es necesario incorporar prácticas y modalidades de atención primaria de salud en el perfeccionamiento de todos los niveles de los programas de adiestramientos educativos y continuos. Las prácticas de contratación y retención deben incluir los elementos fundamentales, a saber, motivación, ascensos, entornos de trabajo estables, condiciones laborales que tengan en cuenta a los empleados y oportunidades de contribuir de manera importante a la atención primaria de salud. Asimismo, es fundamental que se reconozca la plantilla de los profesionales y para profesionales, y de los trabajadores formales e informales, así como las ventajas que supone el enfoque de equipo”.

*Punto VI. Declaración Regional Sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria e Salud
(Declaración de Montevideo)*

Mas aún, se destierra la idea de que la APS es un conjunto de servicios de salud y se privilegia la idea de que dichos servicios deben ser congruentes con las necesidades de salud de cada comunidad (Macinko J., Montenegro, H., Nebor Adell, C. y otros; 2007).

Los desafíos a nivel del recurso humano en salud enfocados en la Medicina General y por lo tanto en la APS son varios:

- Los profesionales de salud tienen menor motivación y remuneración que otros profesionales.
- El número de trabajadores de la salud con la adecuada calificación son insuficientes para proveer cobertura universal.
- El trabajo en equipo no tiene el desarrollo ni el estímulo suficientes.
- Los profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales y en grandes urbes.
- No hay un adecuado sistema de apoyo y supervisión.
- La formación de pregrado y postgrado del personal de salud no responde a los requerimientos de la práctica de la APS.
- La migración de los trabajadores de la salud más capacitados hacia países de mayor desarrollo (fuga de cerebros) obstaculiza la aplicación de estas reformas en muchos países de la Región.

La enseñanza de la Salud Pública: el rol de las universidades y la formación del Médico generalista

La crisis de los sistemas de salud requiere del paso de una visión del médico como médico asistencialista basado en la reparación de la enfermedad, hacia un modelo integral que incorpore y de prioridad a la promoción y protección de la salud, estructurado en la atención primaria de la salud. Esta estrategia de APS, requiere privilegiar el rol del médico generalista o de familia en el equipo de salud. Esta jerarquización debe darse en el ámbito público y privado, en los centros de salud, pero también en los hospitales, donde debe darse una atención integral de los pacientes y dar paso al oportuno aprovechamiento de las oportunidades de realizar prevención y promoción de la salud en todos los ámbitos.

Argentina cuenta con un total de 172.502 médicos, de los cuales, casi el 60% se concentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Provincia de Buenos Aires (Indicadores Básicos OPS, 2018). Argentina tiene 39,6 médicos cada 10.000 habitantes.

El gasto nacional en salud como porcentaje del PBI es de 4,9 para el sector público y de 1,9 en el sector privado. (OPS, 2018).

Cerca del 36,1% de la población del país no se encuentra cubierta por obra sociales o plan médico, siendo este número del 17,7% en la CABA y se eleva a un 35,4% para Buenos Aires.

La Tasa Bruta de Mortalidad para el país es del 8,1 por cada 1000 habitantes, siendo en la CABA de 10,8 /1000 habitantes y para Buenos Aires 84 / 1000 habitantes. Las causas de muerte siguen siendo de 233,83 por cada 1000 habitantes cardio vasculares, 150,76 / 1000 habitantes por causas tumorales y 113,33 / 1000 habitantes de causas infecciosas. Las causas por defunciones fueron de 1494 defunciones por SIDA, 628 por tuberculosis.

A estos datos debe sumarse que el porcentaje de muertes por enfermedades no transmisibles es del 77,5% (DEIS, 2016).

¿Qué y cómo es el Sistema de Formación de Residencias Médicas en Argentina y cuál es el impacto de la Medicina General en este Sistema?

Las Residencias Médicas constituyen un sistema de formación de posgrado de dedicación exclusiva, al que se accede por concurso público y donde se establece un contrato doble: trabajo y formación para aquellos médicos recientemente graduados que acceden al mismo.

Si bien, y a diferencia de otros países donde el título de grado de Médico no permite comenzar a trabajar inmediatamente (caso Estados Unidos), en Argentina con el título emitido por el Ministerio de Educación de la Nación y la Matrícula Nacional y/o Provincial puede ejercer. A pesar de esto, el grado no parece asegurar las condiciones de práctica institucional e individual y aquí es donde entra en juego el hecho de realizar una Residencia Médica, como especialización de posgrado, donde se aprende ejerciendo bajo la guía de residentes mayores y médicos que conforman el staff estable de la institución (Duré, I; 2015).

Se encuentra establecido que el residente durante su formación, debe ofrecer las oportunidades para desarrollar prácticas, habilidades, destrezas, capacitarse con metodología crítica, ética y un espíritu crítico solidario para el ejercicio cotidiano, saber reconocer problemas frecuentes, solucionarlos, trabajar en equipo y tener la oportunidad ulterior de insertarse en cualquier otro ámbito de desarrollo laboral.

Para esto existe un programa de formación que ordena el proceso para el médico recientemente graduado. Sin embargo, en muchos casos, si este programa no está debidamente planificado, si la institución donde se efectúa la residencia pone más énfasis en lo asistencial que en lo formativo, si no es acompañado por los debidos tutores o guías que logren dar autonomía en las intervenciones de razonamiento y destrezas a los residentes, el aprendizaje, lejos de ser sistemático, se torna asistencialista, con el riesgo de que el profesional cometa los errores históricos profesionales y sin las competencias adecuadas para el ejercicio profesional.

Las residencias médicas se encuentran reguladas por la Resolución 450/06 del Ministerio de Salud de la Nación, bajo el nombre de Sistema de Acreditación de Residencias del Equipo de

Salud, con estándares comunes. Las Universidades que poseen Carrera de Medicina aquí deben jugar un rol importante. Los procedimientos, competencias, habilidades cognitivas por las que debe pasar un médico graduado, no pueden llevarse adelante sin la participación amplia de todos los sectores que tienen influencia en la salud, entendida como salud para todos: asesores, evaluadores, instituciones académicas y universidades, colegios profesionales, ministerios y organizaciones científicas. No está contemplado la participación ciudadana y comunitaria en la elaboración de perfiles académicos.

Hacia el año 2000, el Ministerio de Salud de la Nación impulsa la APS como la estrategia fundamental, en consonancia con las directrices y recomendaciones Panamericanas e internacionales. De esta manera comienza con la promoción de la ocupación de los cargos de residencias básicas que sustentan el primer nivel de atención, como la Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Toco ginecología (además sustenta el apoyo de especialidades críticas, como terapia Intensiva Adultos y Pediátrica, Neonatología y Anestesiología, esta última por motivos diferentes al resto).

En las especialidades de APS el incremento en la oferta se visualiza especialmente en Medicina General y Pediatría. No obstante, este aumento tiene un impacto dispar en la cobertura según especialidad, encontrándose cifras deficitarias en Medicina General y Neonatología.

En los gráficos siguientes se observa que si bien las especialidades médicas priorizadas alcanzan el 67% de las plazas ocupadas, a Medicina General y/o familiar sólo le corresponde un 16% del total de plazas.

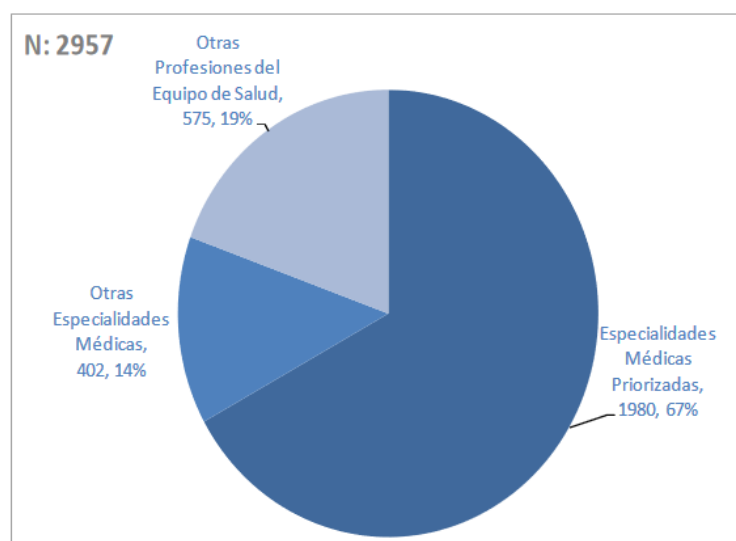


Gráfico n° 1. Distribución del total de residentes en actividad por especialidad. Año 2018 (Fuente: Elaboración OFERHUS. Dirección Nacional de Capital Humano, Ministerio de Salud y Desarrollo Social)

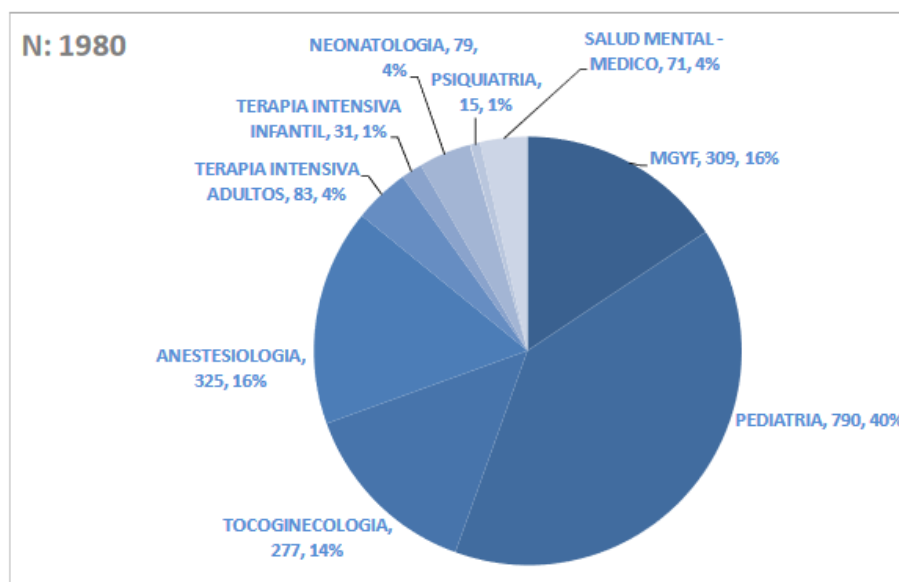


Gráfico n° 2. Distribución de residentes activos en especialidades médicas priorizadas. Año 2018. Obsérvese que para Medicina General y/o Familiar es de un 16%. (Fuente: Elaboración OFERHUS. Dirección Nacional de Capital Humano, Ministerio de Salud y Desarrollo Social)

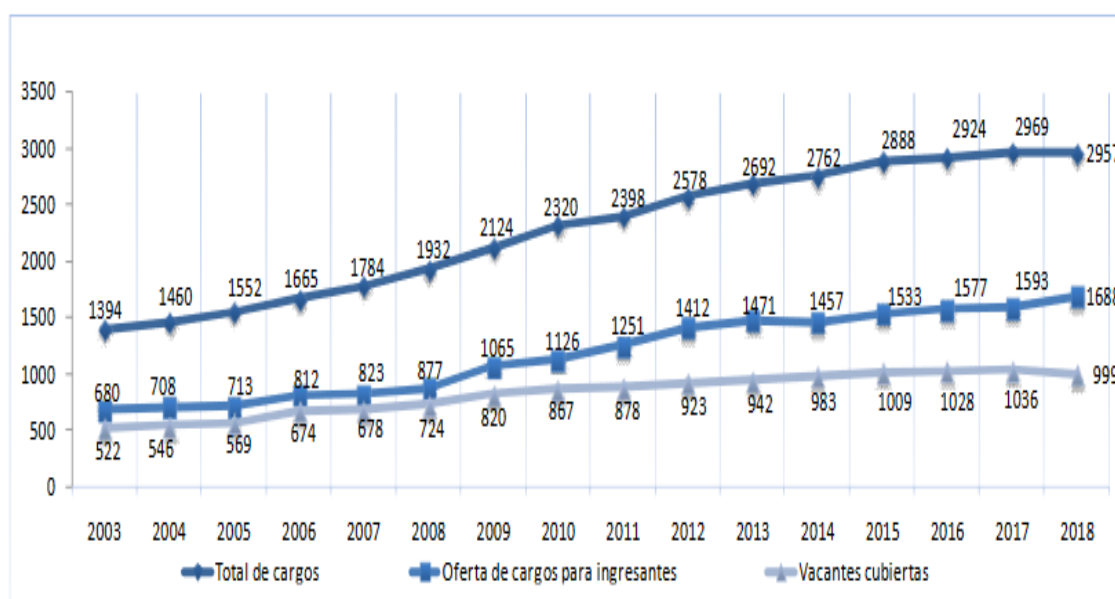


Gráfico n° 3. Residencias nacionales. Evolución de cargos totales, oferta para nuevos ingresantes y cargos cubiertos por nuevos ingresantes, 2003-2018 (Fuente: Elaboración OFERHUS. Dirección Nacional de Capital Humano. Ministerio de Salud y Desarrollo Social)

Como se observa en el gráfico anterior, sólo se han cubierto para el año 2018, 999 vacantes de residencias médicas de las 1688 ofrecidas (59,1%). Teniendo en cuenta que el número de graduados en medicina ese año fue de 2957, y el año anterior, 2969.

La pirámide permite corroborar la tendencia a la feminización de las profesiones de salud. La mayoría de las y los jóvenes que realizan la Residencia en salud son mujeres, de edades comprendidas entre los 24 y 33 años.

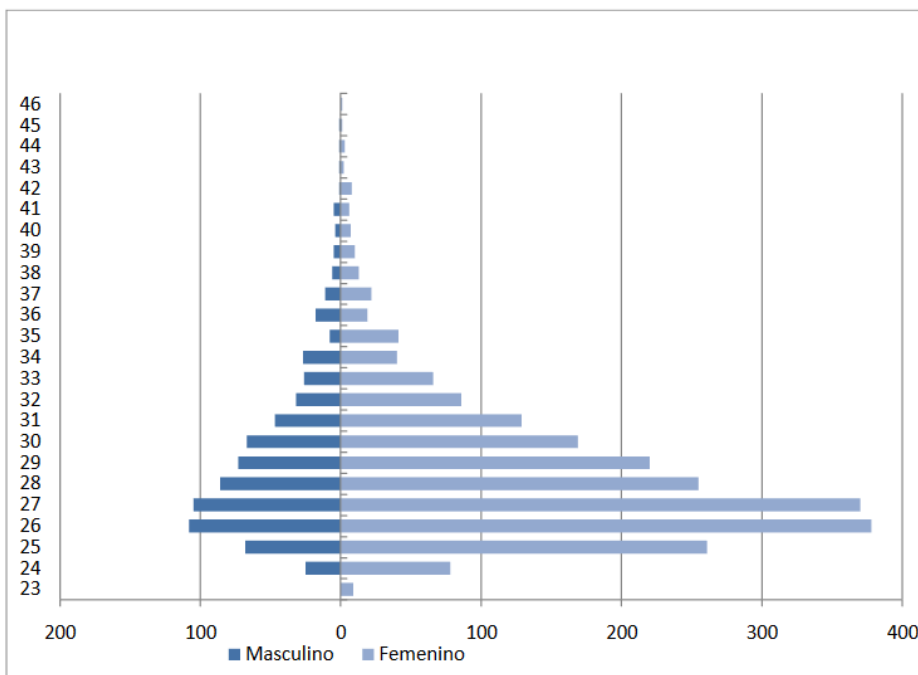


Gráfico n° 4. *Feminización de la residencia médica. (Fuente: Elaboración OFERHUS. Dirección Nacional de Capital Humano. Ministerio de Salud y Desarrollo Social).*

Otro dato interesante para resaltar es que al 2017, el 22% de las residencias médicas en nuestro país, son alcanzadas por médicos de nacionalidad extranjera (sin que esto signifique que su título no sea Nacional Argentino).

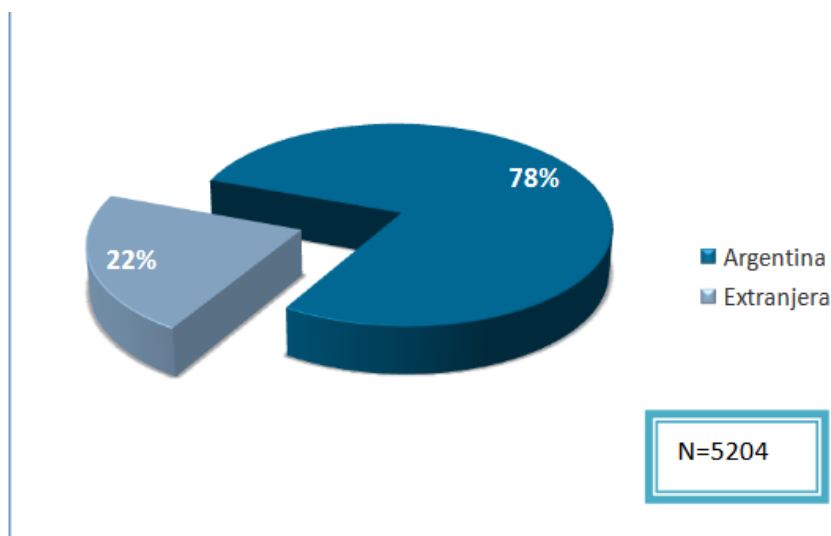


Gráfico n° 5. *Médicos que rinden examen, según nacionalidad. Año 2017. (Fuente: Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud. 2017)*

En el siguiente gráfico se muestra que a oferta de plazas de Residencia Médica en Medicina General fue de 300 vacantes en el año 2018 (con un máximo de oferta en los años 2011 y 2012 de 318 vacantes) (Observatorio federal de Recursos Humanos en Salud; 2019)

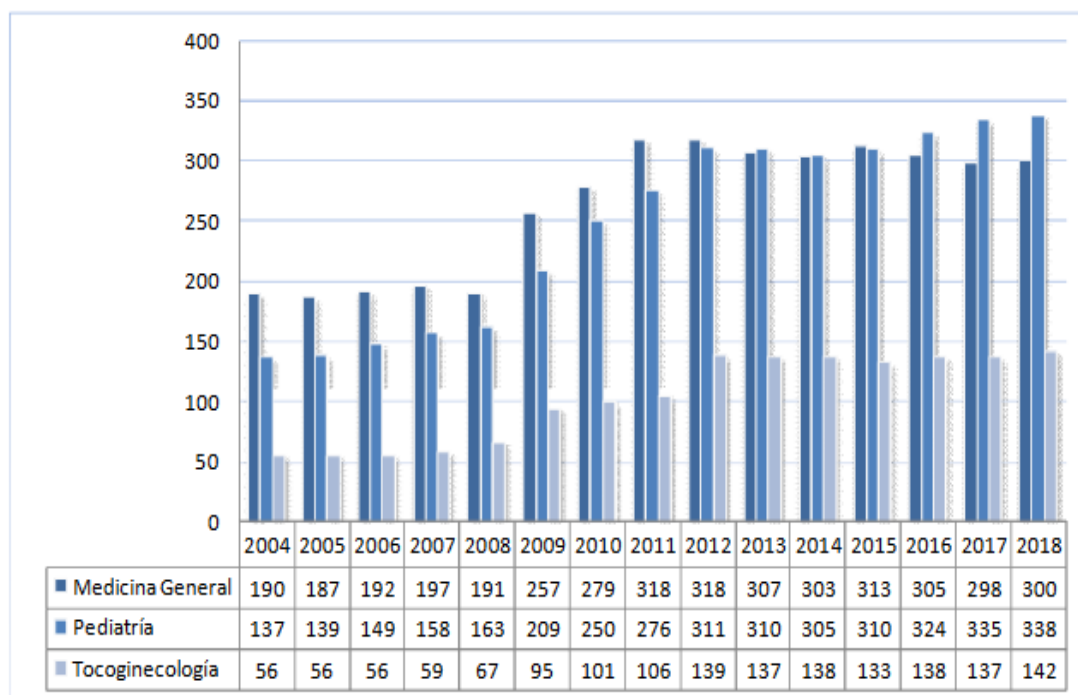


Gráfico n° 6. Residencias nacionales. Evolución de ofertas de cargos totales de especialidades priorizadas para Atención Primaria de la Salud, 2004-2018. (Fuente: Elaboración OFERHUS. Dirección Nacional de Capital Humano. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.)

Ahora bien, si se observa el gráfico siguiente, el número de puestos ocupados y activos en el año 2018 para la Residencia de Medicina General es de sólo el 33% de los ofrecidos (99 cupos cubiertos de 300 ofrecidos). Este número es notablemente menor proporcionalmente a años anteriores (39,3% de ocupación en 2017, 42,6% de ocupación en 2016). (Observatorio federal de Recursos Humanos en Salud; 2019)

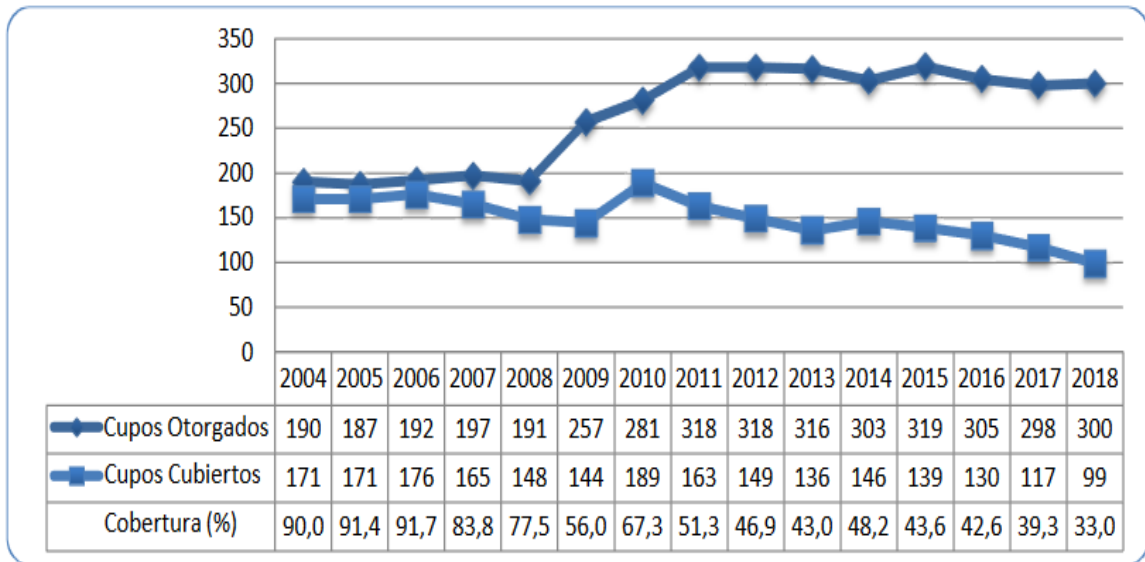


Gráfico n° 7. Residencias nacionales. Evolución de ofertas de cargos de Medicina General y/o Familiar, 2004-2018. (Fuente: Elaboración OFERHUS. Dirección Nacional de Capital Humano. Ministerio de Salud y Desarrollo Social)

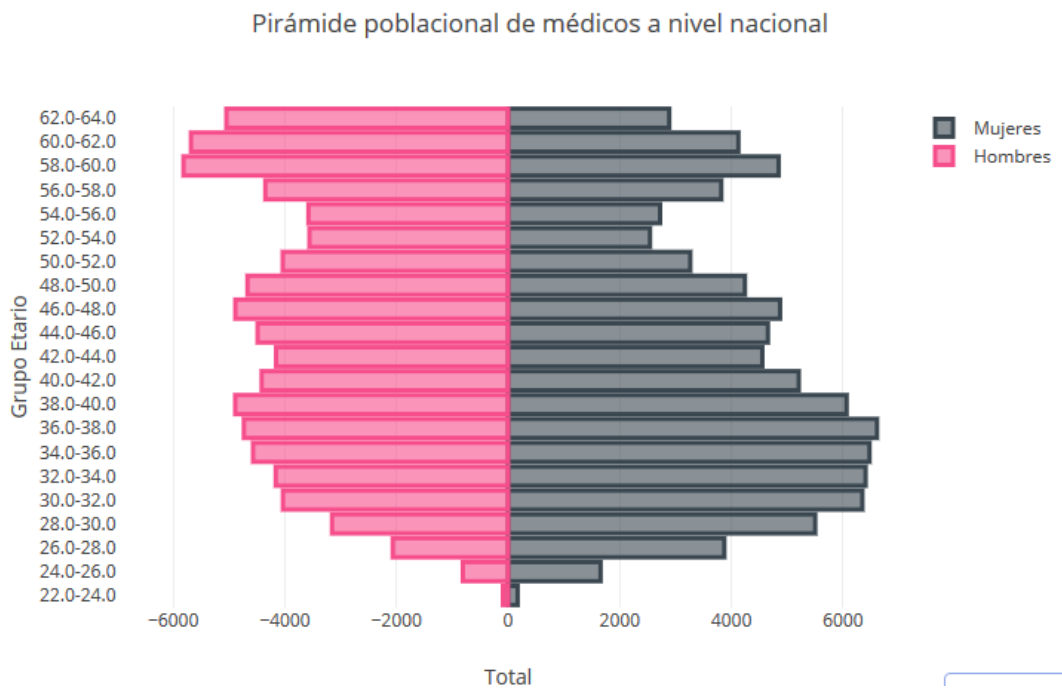


Gráfico n° 8. Pirámide poblacional médica en función de su género.

Tasa de profesionales por provincia (cada mil habitantes)

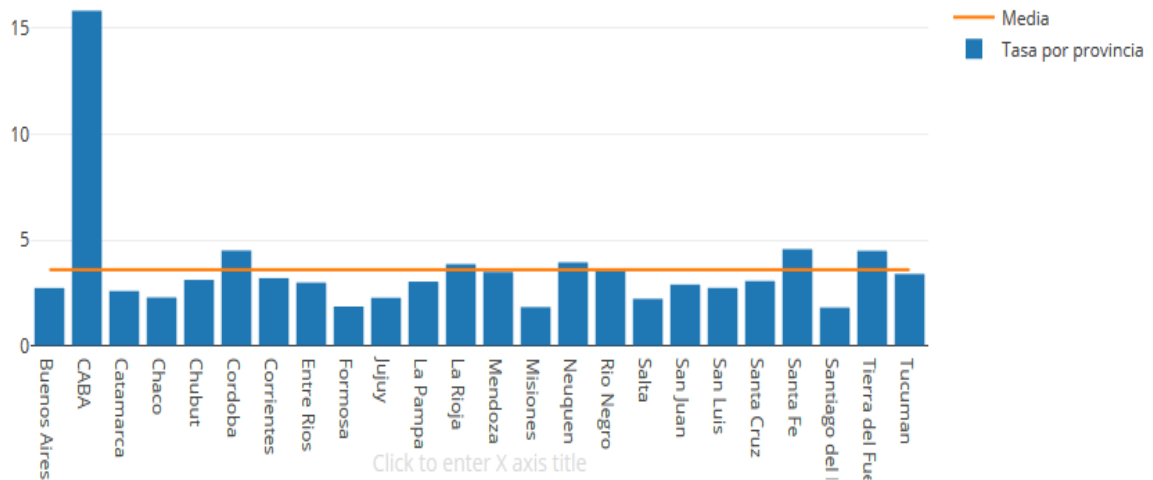


Gráfico n° 9. Tasas de profesionales médicos divididas por circunscripción provincial

Tasa por provincia, x	media, x	Tasa por provincia, y	media, y
Buenos Aires	2.742332984089255	3.602832809755681	
CABA	15.82610958307645	3.602832809755681	
Catamarca	2.5980962268954126	3.602832809755681	
Chaco	2.294667493854496	3.602832809755681	
Chubut	3.1257251509179764	3.602832809755681	
Cordoba	4.509585364365846	3.602832809755681	
Corrientes	3.209164812081562	3.602832809755681	
Entre Rios	2.999650053316288	3.602832809755681	
Formosa	1.8696096911808475	3.602832809755681	
Jujuy	2.2822866856201003	3.602832809755681	
La Pampa	3.0445621058895234	3.602832809755681	
La Rioja	3.867206251894046	3.602832809755681	
Mendoza	3.4991308542797888	3.602832809755681	
Misiones	1.8369316266145816	3.602832809755681	
Neuquen	3.95136246475973	3.602832809755681	
Rio Negro	3.5651856167968634	3.602832809755681	
Salta	2.2294911227196534	3.602832809755681	
San Juan	2.907070080054797	3.602832809755681	

San Luis	2.744430359820711	3.602832809755681
Santa Cruz	3.071329503276186	3.602832809755681
Santa Fe	4.57459826672614	3.602832809755681
Santiago del Estero	1.8174860277430447	3.602832809755681
Tierra del Fuego	4.408143876700066	3.602832809755681
Tierra del Fuego	4.498143876709966	3.602832809755681
Tucuman	3.4038312314530863	3.602832809755681

Tabla n° 1. Datos absolutos de profesionales médicos por circunscripción provincial

Medicina General, APS y Curricula de Medicina. El caso de Medicina de la UNLaM.

Desde el inicio de la Medicina General en los años '60 y de la Medicina Familiar en los '80 en la República Argentina, se ha observado un aumento en el interés por esta especialidad por parte de los médicos egresados de las diferentes universidades que cuentan con Carrera de Medicina.

Los planes de estudio tardaron un poco más en dar un viraje sobre las cuestiones curriculares que afectan al desarrollo de competencias en la esfera de la APS. La materia Medicina General de hecho, es relativamente nueva para muchas universidades y otras no cuentan con esta asignatura. En el caso de las carreras mas nuevas, como sucede en la UNLaM, la asignatura Medicina General se encuentra dividida en dos partes, Medicina General I y II.

Carrera de Medicina de la UNLaM

La Universidad Nacional de La Matanza fue creada por Ley 23.748 y comenzó a funcionar académicamente a partir del año 1991. Tiene su sede central en la localidad de San Justo, partido de La Matanza, Provincia de Buenos Aires.

Está ubicada estratégicamente en una zona en la que no había universidades ni de gestión estatal ni privadas, por lo que su establecimiento en el territorio constituye una fortaleza en ésta región del conurbano. El partido de La Matanza es el primer conglomerado urbano del Gran Buenos Aires con una población total de 1.775.816 habitantes. (INDEC censo 2010 s.f.).

Los indicadores de NBI arrojan un resultado del 20 % de la población. Esto constituye un desafío ya que la universidad se ha planteado objetivos relacionados con el desarrollo humano y económico de la región.

En cuanto a la organización, la UNLAM está estructurada por Departamentos.

El Departamento de Ciencias de la Salud fue creado en el año 2011 por Res 006/11 del HCS. El objetivo apunta a la necesidad de la formación de profesionales que trabajen de forma interdisciplinaria de manera tal de poder abordar de manera integral los problemas de salud de la población.

Como se señala en el Proyecto Académico de la carrera, la “tendencia predominante desde la segunda guerra mundial fue la de una intensa especialización y subespecialización...” que redundó en un modelo de formación orientado a las patologías específicas como centro del currículo. Rotar el eje de la formación en el área salud requiere, entonces, de una visión ampliada e integral, donde se recuperen las tradiciones de atención primaria y se resignifiquen a partir de la incorporación de los nuevos problemas de las agendas de salud.

El objetivo general y el perfil del graduado dejan en claro para esta Tesis, la mirada hacia donde se dirige la formación de la Carrera de Medicina:

OBJETIVO GENERAL

*“... Formar **médicos generales** con una fuerte rigurosidad científica, sentido práctico en términos de resolución de situaciones habituales de la práctica profesional a nivel individual y colectivo, compromiso social plasmado en sus elecciones laborales y una mirada clínica ampliada y transversal frente a la complejidad creciente de los problemas de salud”.*

PERFIL DEL GRADUADO

“El graduado de la carrera de medicina de la UNLAM se orienta a cubrir las necesidades del país, de la provincia y del municipio en términos de contar con médicos con una formación general, entendiendo por tales la capacidad de resolver los problemas principales y más frecuentes de salud de la población y se encuentra particularmente capacitado para optar por especialidades transversales que aborden la problemática de comunidades o de sus diferentes grupos etarios”.

El ideario de la carrera supone que salud y educación son pilares básicos de una sociedad justa y expresan derechos fundamentales de la ciudadanía, concibiendo de manera integral a la salud, donde los problemas de la población sean el centro del ejercicio de la profesión, y los profesionales se consideren a sí mismos agentes sociales de cambio. Por ello, para producir un impacto significativo en el sistema sanitario, formar profesionales de la salud bajo un paradigma que recupere la preeminencia de consolidar un primer nivel de atención con capacidades de inserción comunitaria, donde puedan diseñar estrategias de contención junto con la población y la comunidad. Concibiendo que los escenarios sociales son complejos y diversos, los equipos de salud requieren de la conformación multi e interdisciplinarios, capaces de elaborar e implementar dispositivos conjuntos de atención contextualizados.

Desarrollo de la Carrera: Perfil de estudiantes y de la Carrera

La carrera de Medicina se inicia 2012 luego de la aprobación del proyecto Res HCS 24/11 de 6262 horas de duración, conducido por el Decano Organizador, el Dr. Róvere.

Se abre la inscripción para el sistema de ingreso UNLaM con 600 aspirantes de los cuales ingresan 120, número acorde al plan de desarrollo físico e infraestructura. La evolución de la matrícula puede verse en el siguiente gráfico:

AÑO	ASPIRANTES	INGRESANTES	EGRESADOS	Alumnos activos
2012	680	134		134
2013	1233	139		250
2014	1462	196		433
2015	1552	326		709
2016	2096	176		888
jul-16		86		
2017	2043	196		1107
jul-17		86	53	
2018	2234	157		
jul-18		62		

Tabla n° 2. Evolución de aspirantes e ingresantes a la carrera de Medicina de la UNLaM, período 2012 -2018

Los alumnos activos son aquellos estudiantes que han aprobado el ingreso a la Universidad, regularizado 2 materias en el último ciclo lectivo o solicitado la reincorporación a la Universidad en caso de no haber aprobado las 2 materias que exige la normativa institucional.

En el año 2017 egresaron los primeros 50 estudiantes. Se presentaron a los exámenes de residencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y al examen único en el que participan 20 provincias y las instituciones de salud nacionales. De los 48 médicos que se postularon al examen de residencia, ingresaron 37 en distintos establecimientos sanitarios en diversas especialidades. Este dato es interpretado como un indicador externo de calidad. Ingresaron el 77 % de los que se presentaron.

Del ámbito docente

La carrera comienza con la formación de los equipos docentes, a través de contratos a profesionales de distintas especialidades, de acuerdo con los principios que sostiene el plan de estudios:

- ✓ Currícula integrada y centrada en el estudiante
- ✓ Aprendizaje basado en problemas
- ✓ Orientación comunitaria
- ✓ Prácticum reflexivo
- ✓ Saber hacer situado
- ✓ Evaluación formativa y multidimensional
- ✓ Consistencia curricular refiriéndose a una Currícula abierta y flexible.

La composición del recurso humano docente de la carrera de medicina es la siguiente:

CARGO DOCENTE A abril 2018	Total : 333
Auxiliar de 2°	24
Auxiliar de 1°	109
Jefe de Trabajos Prácticos	158
Adjunto	30
Asociado	5
Titular	0
De otros departamentos	7

Tabla n° 3. Composición rrhh medicina UNLaM.

El relevamiento de las distintas profesiones de los docentes que integran el plantel es la siguiente:

Titulación de grado (Licenciatura)	Cantidad
Antropología	3
Abogacía	2
Biología	13
Bioquímicos	5
Ed. Física	2
Enfermería	16
Farmacia	1
Estudiantes	2
Filosofía	1
Historia	1
Kinesiología	6
Administración	2

Comunicación	1
Contador Público	1
Recursos Humanos	1
Médicos	212
Obstétricas	9
Odontología	2
Psicología	29
Trabajo Social	18
Ciencias de la Educación	3
Sociólogos	2
Técnico en estimulación temprana	1

Tabla n°4. Profesiones de los docentes de medicina UNLaM

Esta variedad de profesiones responde al diseño curricular que promueve la formación desde distintas miradas profesionales de un mismo objeto de estudio. Por ello, en las unidades de aprendizaje hay docentes de distintas profesiones.

Medicina General y su inserción curricular en la UNLaM

La carrera tiene 31 asignaturas (la asignatura número 31 es la llamada Pasantía Final Obligatoria o PFO), 4 electivas de las cuales deben realizar 2 y 6 materias transversales (Inglés y Computación). La cantidad de horas actuales de la carrera es de 6262 horas, siendo 2368 horas de los primeros tres años de la carrera en lo que se denomina Tramo de Formación Básica y 1856 horas de los últimos dos años o Tramo de Formación Clínica y un total de 1654 horas de la Pasantía Final Obligatoria o PFO.

La PFO consta de una cursada de 1 año de duración, por la que los estudiantes rotan por las especialidades de Clínica Médica (150 horas), Clínica Quirúrgica (125 horas), Primer Nivel de Atención (120 horas), Clínica Tocoginecológica (125 horas), Salud Mental (120 horas), Clínica Pediátrica (150 horas) y Emergencias (864 horas).

Un dato no menor para esta tesis es que todas las rotaciones son de 5 semanas cada una, exceptuando Salud Mental y Primer Nivel de Atención, de sólo 4 semanas cada una.

PFO	semanas	Horas / semana	Horas Teóricas	Horas Prácticas	Total
Clínica Médica	5 semanas	30	50	100	150
Clínica Quirúrgica	5 semanas	25	60	65	125
Primer Nivel de Atención	4 semanas	30	30	90	120
Clínica Tocoginecológica	5 semanas	25	60	65	125
Salud Mental	4 semanas	30	50	70	120
Clínica Pediátrica	5 semanas	30	75	75	150
Emergencias	Anual (36)			864	864
Total Hs PFO			325	1329	1654

Tabla n° 5. Distribución de horas y semanas de la Pasantía Final Obligatoria (6° año de la carrera)

Medicina General I es una asignatura cuatrimestral del 4° año de la carrera, de 96 horas totales, 48 horas teóricas y 48 horas prácticas, con 6 horas semanales de cursada. Medicina General II y Rehabilitación, es una asignatura cuatrimestral del 5° año de la carrera, con la misma carga horaria.

Ambos Programas, de la Asignatura Medicina General I y la asignatura Medicina General II y Rehabilitación, explicitan como propósito general, la de “contribuir a la formación de profesionales médicos formados con un enfoque integral, basado en evidencia científica y centrado en la persona” y proponen como objetivos estructurales/finales del programa:

1. Aplicar el modelo de trabajo del médico general y familiar (MGF) al manejo de problemas de salud agudos y crónicos prevalentes en la comunidad, utilizando los instrumentos propios de la MGF y APS.
2. Reconocer controversias relacionadas con las recomendaciones preventivas y terapéuticas en atención primaria.
3. Utilizar las herramientas como la medicina basada en la evidencia y la medicina centrada en las personas para el abordaje de problemas de atención primaria.

¿Cómo se ingresa al Sistema de Residencias Médicas en Argentina?

A propuesta inicial de las seis provincias patagónicas, surge en el año 2011 el denominado Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU). La finalidad era la de optimizar la gestión de los concursos de ingreso a las residencias y mejorar la captación de profesionales para sus plazas de formación.

El EU unifica la preinscripción, el cronograma y la prueba de selección múltiple que se requiere para el ingreso a las Residencias Médicas en las distintas jurisdicciones y la posterior reubicación en otra provincia o especialidad de aquellos que no hubieran ingresado en la plaza deseada en primer término. Se mejora la calidad del instrumento de evaluación, ya que, en lugar de elaborarse un examen por provincia, todas las provincias aportan a la construcción de una única herramienta. A su vez, incrementa la información sobre la oferta de Residencias y facilita a los jóvenes médicos el acceso a Residencias en todo el país, ya que pueden dar examen en la sede más cercana a su domicilio. Los postulantes se presentan para una especialidad y una provincia, lo que brinda mayor previsibilidad y transparencia en la cobertura de los cargos. Cada provincia mantiene su reglamentación en relación con el proceso completo para el ingreso a las Residencias. Es decir, cada provincia organiza su propio concurso de acuerdo con la reglamentación vigente. De las seis provincias iniciales, en la actualidad 21 jurisdicciones participan del EU, junto con las instituciones nacionales. Las últimas incorporaciones, en el año 2017, fueron las provincias de Buenos Aires (participa en el concurso de instituciones nacionales) y Misiones.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cargos ofrecidos	s/d	s/d	1124	1293	1340	1415	2897*
Preinscriptos	519	695	2466	4439	4240	4500	5204
Provincias participantes	6	11	18	19 provincias + Instituciones Nacionales	19 provincias + Instituciones Nacionales	19 provincias + Instituciones Nacionales	21 provincias + Instituciones Nacionales*
Especialidades	20	21	33	41	40	39	42
Habilitados para rendir	s/d	463	1790	3498	3456	3622	4297
Rindieron examen	246	362	1666	2954 (+ 286 asociados)	2862 (+ 340 asociados)	3009 (+ 291 asociados)	3732 (+ 372 asociados)
Aprobaron	93%	83,40%	79,50%	96,10%	84%	92%	95%
Tomaron cargo	119 (48% de los que rindieron)	200 (55% de los que rindieron)	715 (43% de los que rindieron)	871 (29,4% de los que rindieron)	880 (30,7% de los que rindieron)	859 (28,5% de los que rindieron)	1669 (44,7% de los que rindieron)
% de cobertura de los cargos	s/d	s/d	64%	67%	66%	61%	59%

*Se suman Misiones y Pcia de Buenos Aires

Tabla n° 6. Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU)2011-2017. (Fuente: Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud. Elaboración propia.2017)

A partir del año 2014, con la incorporación de las instituciones dependientes del Ministerio de Salud Nacional, el volumen de cargos y postulantes que mueve el EU se ha ampliado

notablemente. La cantidad de médicos que rinden examen llega casi a duplicarse. También se registra un crecimiento de la oferta de especialidades. Los números vuelven a dar un salto en 2017 a partir de la incorporación de la provincia de Buenos Aires.

Provincia	2016				2017			
	Cargos concursados	Rindieron examen	Postulante / Cargos	Cobertura	Cargos concursados	Rindieron examen	Postulante / Cargos	Cobertura
Catamarca	25	25	1,0	40%	18	13	0,7	
Chubut	60	37	0,6	47%	60	37	0,6	52%
Entre Ríos	105	94	0,9	48%	81	64	0,8	49%
Formosa	48	17	0,4	15%	53	16	0,3	25%
INST. NACIONALES - GARRAHAN -CRUCE (*)	170	1520	8,9	98%	1573	2424	1,5	68%
Jujuy	61	40	0,7	44%	56	25	0,4	41%
La Pampa	25	17	0,7	60%	30	7	0,2	33%
La Rioja	63	55	0,9	43%	65	55	0,8	63%
Misiones					75	56	0,7	59%
Neuquén	62	119	1,9	89%	70	97	1,4	83%
Río Negro	43	53	1,2	51%	43	56	1,3	74%
Salta	107	130	1,2	53%	100	128	1,3	30%
San Juan	63	90	1,4	75%	63	70	1,1	59%
San Luis	36	16	0,4	47%	40	12	0,3	28%
Santa Cruz	19	7	0,4	32%	12	2	0,2	
Santa Fe	126	473	3,8	95%	143	432	3,0	83%
Santiago del Estero	51	21	0,4	27%	45	26	0,6	24%
Tierra del Fuego	6	10	1,7	100%	8	6	0,8	75%
Tucumán	129	115	0,9	69%	121	88	0,7	48%
UNNE (Chaco y Corrientes)	216	170	0,8	44%	241	118	0,5	36%
Totales	1415	3009	2,1	61%	2897	3732	1,3	59%

(*) Datos 2017 incluye Provincia de BUENOS AIRES y MUNICIPIOS ASOCIADOS

Tabla n° 7. Alcances y cobertura EU 2016-2017, según jurisdicción de concurso (Fuente: OFERHUS con base en datos de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud, 2017)

La comparación entre los dos años considerados en la tabla precedente, indica que en 2017 hubo una baja en la relación de los postulantes por cargo en casi todas las jurisdicciones, repercutiendo, como es de esperarse, en la cobertura de los cargos.

Si se observa en el siguiente gráfico, para Medicina General y/o Familiar, en el año 2017 se cubrieron 32% de los cargos, habiendo rendido 218 egresados para 458 cargos concursados. De alguna manera, el número que rinde examen de residencia para Medicina General y/o Familiar, luego no ocupa todos los cargos (ya que si no este número debería elevarse a 47% de los cargos concursados con vacante alcanzada).

Especialidad	2016				2017			
	Cargos concursados	Rindieron examen	Postulante / Cargos	Cobertura	Cargos concursados	Rindieron examen	Postulante / Cargos	Cobertura
Medicina general y/o medicina de familia	323	177	0,5	36%	458	218	0,5	32%

Tabla n° 8. Alcances y cobertura EU 2016-2017, según especialidad de concurso (Fuente: OFERHUS con base en datos de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud, 2017)

Existen especialidades que son muy requeridas y se mantiene su cobertura total a lo largo de las distintas ediciones del EU (Anestesiología, Diagnóstico por Imágenes, Oftalmología, Neurocirugía, etc). En el extremo opuesto se encuentran algunas especialidades que tienen una amplia oferta de cargos en distintas provincias e instituciones, pero no consiguen atraer la cantidad de jóvenes médicos necesaria para cubrir todas las vacantes. Es lo que ocurre con la especialidad de Medicina General y/o Familiar, cuya cobertura ha bajado significativamente en los últimos años.

Financiamiento de las Residencias Médicas

La distribución por financiamiento de las plazas totales para residencia que se ofrecen en el país corresponde al 52% de vacantes ofrecidas por los ministerios de salud provinciales. Le siguen en importancia los cargos ofrecidos por el estado nacional (19%) y los privados en igual proporción (19%). Luego se ubican otras ofertas del sector público, como la de las universidades (7%).

Se destaca entonces, que cerca del 80% de la oferta para la formación de especialistas en salud en Argentina es de carácter público, establecida con base en las necesidades sanitarias de los habitantes del territorio nacional.

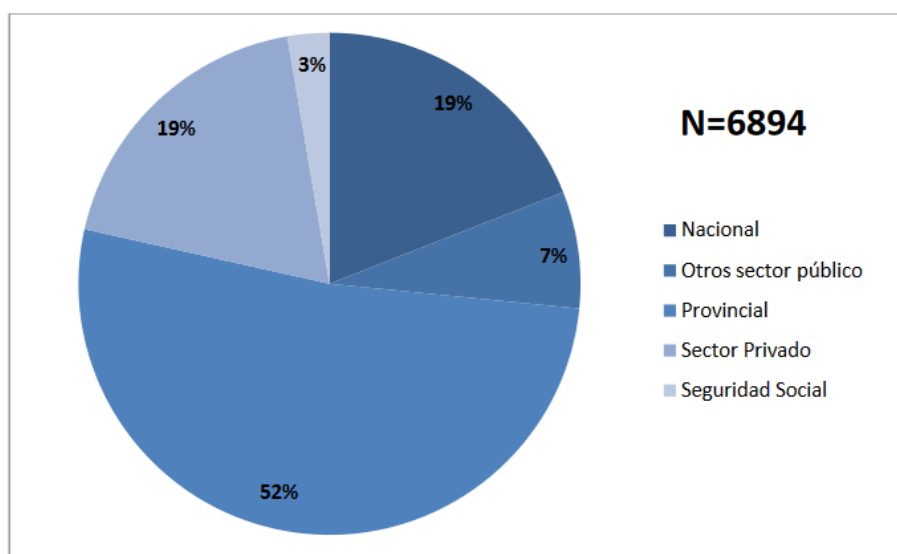


Gráfico n° 10. Fuentes de financiamiento de las residencias médicas. El 81% corresponde al sector público. (Fuente: OFERHUS con base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud).

Resultados del Primer Censo de Residencias de Medicina familiar y General en la República Argentina

El primer censo de residencias de la especialidad medicina familiar y/o general en Argentina se efectuó en el año 2003 (Vallese MC, Roa, R; 2005). En dicho momento se habían identificado

en el país 94 residencias de esta especialidad. De estas, 90 residencias eran de Medicina General 70 (74,5%) y el resto de Medicina Familiar (25,5%). Cabe aclarar que sólo se censaron el 30,8% del total de residencias y que la mayoría de las que se lograron censar fueron de Medicina familiar. Para el año 2003, la cantidad de residentes en Medicina General y/o Familiar ascendía a 876, distribuidos bajo tres denominaciones: Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), Medicina Familiar (MF) y Medicina General (MG).

Un dato importante si consideramos a la APS la estrategia esencial para el desarrollo de las mejoras de la calidad de salud y de vida de las personas, es verificar cuáles fueron los ámbitos de formación de los médicos que decidieron realizar como especialidad Medicina familiar y/o General.

Primer nivel de atención (29 residencias)						
CAP URBANOS (23)				CAP NO URBANOS (6)		
Exclusivos	U+SU	U+Ru	U+SU+Ru	SU	SU+Ru	Rurales
41,3% (12)	20% (6)	3,4% (1)	13,7% (4)	13,7% (4)	6,8% (2)	0% (0)

Tabla n° 9. Distribución de residencias del primer nivel de atención

1. Análisis sintético de investigaciones anteriores relacionados (si existieran) o Estado del Arte

William Osler, considerado el padre de las residencias médicas anglosajonas, advirtió que «El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad». así se dio el traslado de los inicios de la educación médica del siglo XIX de las clases a la cabecera de los pacientes, y trajo consigo el estudio, la vocación de servicio y la humanidad en la relación médico-paciente.

El canciller del tesoro, Lloyd George, introdujo en 1911 la Ley Nacional de Seguros, que hace obligatorio el seguro de salud para los trabajadores con bajos ingresos en Gran Bretaña.

Las condiciones para los médicos generales cambiaron cuando se creó el (Seguro Nacional de Salud) NHS en 1948 y todos se volvieron elegibles para recibir atención primaria gratuita. Aunque muchos médicos generales se habían opuesto inicialmente a la idea porque podría comprometer su estado independiente, la mayoría se inscribió en el plan “por el bien de sus pacientes (Kmietowicz,Z;2006).

Durante los primeros años del NHS, los médicos generalistas estaban abrumados con las demandas de sus pacientes. Existen registros de sus esfuerzos cotidianos en el National Sound Archive. El promedio de veces que un paciente consultó a su médico general fue de 4,8 al año en 1947 a 5,6 en 1950.³ Los médicos generalistas realizaban entre 12 y 30 visitas domiciliarias hacia el año 1953.

En 1920 se publicó el informe Dawson en Gran Bretaña que definió los centros de salud y la actividad que deberían desarrollar los Médicos Generalistas como eje central de la Atención Primaria de la Salud (Informe Dawson; 1920).

“El rasgo distintivo de estos centros primarios de salud, en contraste con los centros secundarios de salud, es que el personal de los primeros estaría constituido por médicos generales.”

“El centro primario sería la sede de la organización de la salud y de la vida intelectual de los médicos de esa unidad”

“El médico debe establecerse en un lugar fácilmente accesible a sus pacientes. Debe atender a éstos en su domicilio o en su consultorio, y proporcionar el tratamiento que sea de su competencia; o si opina que un paciente puede ser tratado con más provecho en el centro primario de salud ha de poder disponer el traslado del paciente a ese centro, bajo su cuidado. Debe poder atender partos en los hogares de los pacientes que han hecho con él los arreglos necesarios o, caso de convenir, obtener su traslado a una cama de maternidad en un centro primario de salud o a una institución especial.”

Acerca del Servicio Domiciliario y de los Médicos en el Informe Dawson (1920)

Si bien no tuvo la relevancia en su momento, fue la argumentación fundacional de la Atención Primaria en Alma Ata (Casado Vicente, V; 2018).

En el año 1946 se produjo la organización de la sección de General Practice de la Asociación Médica Americana (AMA). Esta fue la primera organización profesional de médicos generales de alcance nacional. En 1947, se fundó la American Academy of General Practice, primera sociedad científica de médicos de familia.

Pero la medicina General vio degradado su trabajo, por razones internas e intereses externos, corporativos. Un ejemplo de esto es la presión asistencial que impuso el sistema de atención Británico, que impulsaba una necesidad de aminorar el tiempo de consulta.

Joseph Collings publicó, en 1950, en *The Lancet*, una demoledora descripción de la medicina general británica. Analizó los medios rural, industrial y residencial, y describió la notable diferencia en el patrón. En dicho informe se describían las salas de consulta como "sucias y mal equipadas", dotadas de "instrumentos antiguos oxidados y polvorientos" y médicos que repartían certificados de enfermedad y botellas de medicamentos a pedido. Concluía que "el estado general de la práctica general es malo y sigue empeorando".

El informe de Collings provocó un autoexamen entre algunos médicos generales, quienes estaban preocupados por la reputación de su profesión. Pusieron sus miras en la revisión de la práctica general y fundaron un cuerpo académico para guiar a los médicos en la profesión con el fin de mejorar los estándares e influir en la educación y la investigación. Sus discusiones llevaron a la constitución legal del Colegio de Médicos Generales en noviembre de 1952. Los presidentes de la práctica general siguieron poco después, primero en Edimburgo en 1963 y luego en Manchester en 1972.

Referentes históricos de publicaciones y libros	
1950	Primera revista científica para médicos generales <i>General Practitioner</i>
1951	Se define como materia de investigación «General Practice»
1955	<i>Research Newsletter</i>
1958	<i>Research Newsletter</i> se convierte en el <i>Journal of the College of General Practitioners</i>
1966-1968	Se empezaron a publicar libros escritos por médicos de familia
1968	La materia designada como «General Practice» se subdivide en «General Practice» y «Comprehensive Health Care»
1972	Primera reunión del North American Primary Care Research Group: primer foro de investigación en Medicina Familiar
1973	Primer tratado importante sobre Medicina Familiar: Conn HF, Rakel RE, Johnson TW, eds. <i>Family Practice</i> . Philadelphia: Saunders. 1973
1974	<i>Journal of Family Practice</i> : primera revista de Medicina de Familia revisada por pares médicos de familia
1978	«Family Practice» sustituye a «General Practice» como materia

Tabla n° 10. Difusión de la producción científica que contribuyeron al desarrollo de la especialidad

En el año 2000 se produce el mandato y llamado a la modernización del NHS, introduciendo el concepto de objetivos de desempeño, para la prestación de servicios, mayor monitoreo de la práctica médica y responsabilidad en la misma.

Se pueden ya identificar en esta época tres grandes influencias para la medicina general, que son la medicina social y humanista, la medicina científica y académica y la Atención Primaria como ámbito propio de actuación. Y las tres influyeron en la creación de la Medicina Familiar.

¿Qué ocurrió en Argentina? Antecedentes.

El Ministerio de Salud de la Nación, ha cumplido en forma errática su función rectora en la formación de recursos humanos en salud en Argentina. Aún queda por descifrar el rol que cumplirá en el futuro, en un contexto donde ya no tiene rango Ministerial, sino de Secretaría.

La primera residencia médica de la Argentina fue creada por el Dr Tiburcio Padilla en el año 1944. Este sistema instala la idea de una formación a tiempo completo y de educación permanente “in situ”, es decir, en los centros asistenciales de diferentes niveles del país. La presencia así de un médico en formación posgraduada al “pie de la cama del enfermo” durante las 24 horas, posibilitó el mejor seguimiento y el control de los pacientes, los tratamientos con mejoría de los registros médicos (Duré, I; 2015).

Cuando hablamos de educación permanente, hacemos referencia a un enfoque de construcción colectiva caracterizado por la incorporación del proceso de enseñanza y aprendizaje en la vida cotidiana de las organizaciones y prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren, la modificación de las estrategias educativas a partir de la práctica como fuente de conocimiento, de la problematización y reflexión sobre el propio quehacer, colocar a los sujetos como actores reflexivos en la propia construcción del conocimiento, abordar al equipo de salud como una estructura interactuante desfragmentada, más allá de sus especialidades, ampliar el espacio educativo fuera del aula y dentro de las organizaciones y de las comunidades (Davini, M. C.; 1995).

Las diferentes Facultades, Escuelas y Carreras de Ciencias Médicas están realizando un profundo cambio curricular. El objetivo es la transformación del modelo de atención y la formación de grado y posgrado. En este sentido, la incorporación del aprendizaje basado en problemas centrado en los estudiantes, la integración de las ciencias básicas y de los conocimientos de las áreas bio psico sociales en el currículo, la enseñanza más personalizada o tutorial, con una relación del número de estudiantes / docente de 10/1, con laboratorios de habilidades clínicas, simulación clínica, morfofisiología, seminarios y el trabajo de campo

desde momentos tempranos en la carrera., todo con un perfil de formación de médico de atención primaria. (Davini, C.; 2003)

Las primeras residencias de Medicina General aparecen en el país en la década del setenta. El contexto de su aparición es dual. Por un lado, se trataba de una política relacionada con el regreso del peronismo al país, luego de 18 años de proscripción, sumado al hecho de que por la misma época los sectores sindicales dan inicio y fuerza a la creación de la Seguridad Social por rama de actividad (obras sociales), a partir de la cual ven al sector público como una amenaza.

Así surgen en Orán, Provincia de Salta, Olavarría Provincia de Buenos Aires, San Luis y Neuquén, sistemas de formación específica en Atención Primaria de la Salud.

Algunas de estas residencias tuvieron desempeño dispar durante la Dictadura Cívico Militar de 1976 a 1983. Con el advenimiento de la Democracia, varias provincias pueden reabrir las residencias de medicina general y rural. Al mismo tiempo, se abre la primera residencia en medicina familiar en ámbito privado en el CEMIC y un programa similar en Neuquén, pero vinculado con la Iglesia evangelista (Vallese, CM y Roa, R; 2006).

Hacia la década del noventa surgen la mayoría de las residencias de medicina familiar (con esta denominación) y se crean numerosos centros que poseían esta especialidad, principalmente en instituciones privadas como Hospital Francés y Hospital Italiano en la CABA, Hospital privado de la Comunidad (Mar del Plata).

El Ministerio de Salud de la Nación (denominación en aquel entonces de esa cartera) promovió la APS a través de diferentes Programas y planes como el Plan Médico Obligatorio (PMO) o Paquete Básico de Servicios de Salud, en el que se establecía que la puerta de entrada al servicio de salud y la atención médica, debía ser el Médico generalista o Médico de Familia.

Recién en los años 2003 y 2004 se lleva a cabo el primer Censo de Residencias de Medicina Familiar y General, identificándose 94 residencias con 8 denominaciones diferentes:

Denominación	Cantidad relevada en Primer Censo
Medicina General	70 (74,5%)
Medicina Familiar	24 (25,5%)

Tabla n° 11. Datos del Primer Censo de Residencias de Medicina Familiar y General en Argentina

Las denominaciones más comunes fueron:

<i>Auto denominación de la residencia</i>	<i>Número de residencias para 2003-2004</i>
Medicina Familiar (MF)	11
Medicina General (MG)	4
Medicina Familiar y General (MFyG)	5
Medicina Familiar y Comunitaria (MFGyC)	5
Medicina Familiar, General y Comunitaria (MFGyC)	1
Medicina Familiar y Salud Comunitaria (MFySC)	1
Medicina General con orientación en APS (MGc/APS)	1
Medicina Generalista y Familiar (MGyF)	1
Total	29

Tabla n° 12. Cuadro con descripción de la denominación de las diferentes residencias en el Primer Censo 2003-2004 (Vallese, CM y Roa, R; 2006).

Un dato no menor para esta Tesis, es que el 51,7% (15) de estas Residencias son únicas en el ámbito donde se desempeñan, es decir, no existe otro sistema de formación similar, ni otra residencia de ninguna especialidad con la que comparten el lugar de trabajo.

La localización geográfica de las residencias puede visualizarse en el siguiente mapa:

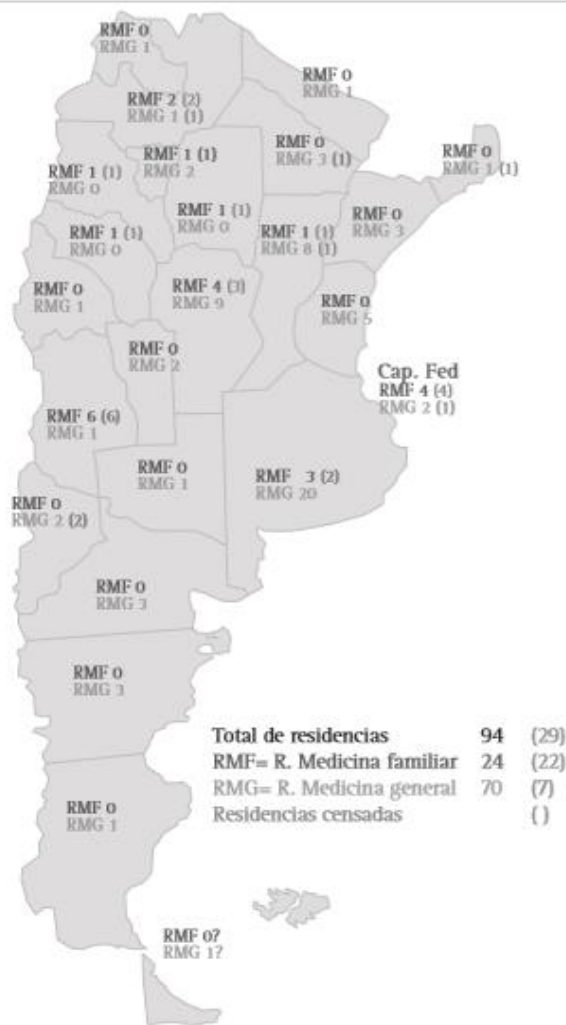


Gráfico n° 11. Distribución de las Residencias de Medicina Familiar y General en Argentina según datos obtenidos para mayo de 2004 (entre paréntesis pueden evidenciarse las que fueron censadas). (Vallese, MC y Roa, R; 2005)

¿Cuántos pacientes ve un médico generalista hoy?

La respuesta es variable. Depende del centro de formación fundamentalmente.

En los Centros de Atención Primaria o CAPs, los residentes de primer año (R1) ven en promedio 2,51 pacientes por hora. Pero es un dato falseado, puesto que hay datos extremos. En la residencia de la provincia de La Rioja, los R1 ven seis pacientes por hora y en Villa Ángela – Chaco cinco. Los residentes del segundo año de formación (R2), asisten en promedio 3,44 pacientes por hora y los del tercer año de formación (R3), 3,96 pacientes en el mismo tiempo. Pero en este caso también, la residencia de Villa Ángela se corre de la media con un promedio de diez pacientes/hora en segundo y tercer año. En todas, la regla es atender cuatro pacientes por hora durante el tercer año de la residencia. En el 2do Nivel, los R1 cumplen un promedio de ocho guardias mensuales mientras que este número desciende para los R2 a seis y a cuatro o menos para los R3. (Vallese, CM y Roa, R; 2006)

Desde el punto de vista de la formación, casi el 85% de las residencias de Medicina General cuenta con biblioteca propia, un 35% acceso fácil a alguna biblioteca, pero sólo el 55% de las residencias tienen acceso a Internet en el ámbito laboral y 62% cuenta con revistas científicas actualizadas.

Diferencia entre medicina familiar y medicina general

¿Cuál es la diferencia y qué separa a las asociaciones de Medicina Familiar y a la de Medicina General hoy?

Entre 1984 y 1985 se crean dos sociedades: la Asociación Argentina de Medicina Familiar (AAMF) y la Asociación Argentina de Medicina General (AAMG). En el año 2000 quedó constituida la FAMFyG (federación Argentina de Medicina Familiar y general). Poco después, hizo lo propio la Federación Argentina de Medicina General conformada por otras asociaciones regionales de medicina general.

La Federación Argentina de Medicina General (FAMG) ha sido reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación como entidad científica que CERTIFICA la Especialidad de Medicina General y/o Familiar mediante Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N°. 2084/10.

La FAMG no otorga Títulos sino Certificados de Especialistas en Medicina General y/o Familiar. (Especialidad reconocida por Resolución N°. 1923/06 del Ministerio de Salud de la Nación).

Ninguna de las dos asociaciones médicas ha sido reconocida aún por el MSAL como autorizada para extender títulos de especialistas con validez nacional. En la actualidad, ambas federaciones reúnen aproximadamente 2.500 médicos de familia y generales de los cuales se desconoce realmente cuántos cuentan con título de especialista.

La Federación Argentina de Medicina General (FAMG) es definida desde la propia institución, como Asociación Civil sin fines de lucro de carácter científico-académica, integrada por Asociaciones provinciales de San Luis, La Pampa, Santa Cruz, Chubut, Santa Fé, Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires (y área metropolitana), Santiago del Estero, Tucumán, Chaco y Río Negro. Quedan agrupados en ella los Médicos Generales, Familiares, Rurales y/o Comunitarios de la República Argentina, y toda persona, profesional o no profesional, que se desempeñe en el Primer Nivel de Atención de la Salud. Definen una misión y visión caracterizada por la promoción de la especialidad Medicina General, fomentar la organización de Jornadas, Congresos y Cursos de la especialidad, para el

Equipo de Salud, promover el acercamiento y apertura de todos los integrantes del Equipo del Primer Nivel de Atención de la Salud, favorecer el trabajo interdisciplinario en salud, promoviendo la discusión y acuerdo de objetivos comunes al Equipo, revisando los modelos formativos, las modalidades técnico-administrativas desde cada rol profesional para intentar alternativas reales transdisciplinarias.

Además, promueve la Jerarquización del Primer Nivel de Atención de la Salud. En la página web de la FAMG, caracteriza y define al médico especialista en Medicina General Integral como “parte de un equipo interdisciplinario que tiende a tratar al individuo de manera integral y personalizada, teniendo en cuenta su entorno social y sanitario estando capacitado para comprender otras realidades sociales y sanitarias donde deba desempeñarse en el futuro”. “Este 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 los individuos de esa comunidad que enferman, en forma continuada e integral, y 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 especialistas en el momento adecuado, buscando siempre la contrarreferencia y el ya mencionado seguimiento del paciente. Entiende que el proceso SALUD-ENFERMEDAD es un fenómeno continuo, dinámico e histórico donde no existen definiciones absolutas sin hacer referencia a los aspectos sociales, culturales, económicos, biológicos, psicológicos y ambientales de cada comunidad en particular y en un momento dado de su evolución.” Página web de la FAMG

Probablemente una respuesta a la pregunta inicial, sea la brindada por la misma FAMG.

Si bien ambas se inician casi paralelamente (Asociación Argentina de Medicina Familiar y Asociación Argentina de Medicina General) entre 1984 y 1985, no existió un acuerdo programático para compartir el mismo espacio y “la desconfianza mutua fue (y sigue siendo) una barrera infranqueable, con argumentos cruzados de uno y otro lado en relación a los objetivos y fines de cada organización”. (FAMG, página web). Mientras que las residencias de Medicina General se reprodujeron en hospitales públicos, las residencias de Medicina Familiar comienzan a gestarse en instituciones privadas como el Hospital Italiano, Francés y el CEMIC (sistema hospitalario, técnico y de atención médica financiado por un sistema prepago). El perfil poblacional es diferente, pero lo es también la base de la defensa de lo “público”, además del rol del Estado, de considerar a la Salud como un Derecho, de considerar la situación de las poblaciones más desfavorecidas.

Los mismos médicos generalistas se encargan de resumir la historia de los médicos de familia:

“El médico de familia nace en la década de los 60's en EEUU, en un sistema de salud con base en los seguros privados que se contratan a tal efecto. No hay desde sus inicios relación alguna con los servicios públicos de salud que en EEUU brindan prestaciones limitadas a un público muy marginal, excluidos del mercado laboral formal y de los seguros médicos que tienen una estructura similar a nuestros sistemas de prepago y que, de acuerdo con la cuota que se abona, brindan una determinada y, muchas veces, limitada cobertura.” (FAMG; página web).

La internacionalización y el tipo de asociaciones con la cual se han relacionado también es diferente. Mientras que la AAMF desde su origen tiene relación con la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), organismo Internacional que nuclea a las asociaciones de Medicina Familiar de España, Portugal, Región Andina, México, América Central, Brasil, Paraguay, Chile y Argentina, la AAMG se ha relacionado con colectivos sociales latinoamericanos como ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) otros movimientos sociales y comunitarios que aparecieron en simultaneo a principios de los 80 y posteriormente con diferentes movimientos entre los que se destaca el Movimiento para la Salud de los Pueblos, otros de pueblos originarios, y más recientemente pueblos fumigados, y entre diversas instituciones sociales pro derechos de diferente tipo.

Un dato no menor, es que el CIMF se ha incorporado a WONCA (World Organization of National Colleges, Academies or World Organization of Family Doctors) como la sexta región. La WONCA, entonces, nuclea a los médicos de familia en el mundo.

[Análisis de investigaciones anteriores relacionadas](#)

Estudios previos sobre condicionantes para la elección de la especialidad de Médico Generalista en Argentina

En el estudio de Kremer y Daverio (2014), sobre factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica, que tomó en cuenta a dos grupos diferentes: aquellos preinscritos a residencias médicas a partir de 2012 y los médicos que iniciaron sus residencias en Medicina General o Familiar entre 2001 y 2004 en 4 provincias: Santa Fé, Neuquén, Tucumán y Jujuy.

En el primer grupo, de alta prevalencia femenina (67,4%), el 83,2% provenía de instituciones formadores públicas, pero entre los candidatos a Medicina General, esta proporción ascendía al 90%.

La principal motivación para la elección general de especialidad era la del compromiso social, luego la afinidad por la investigación, cuidado del tiempo compatible con otras actividades de la vida, bienestar económico y prestigio social. Los menos valorados fueron la oferta de cargos y la tradición familiar. Entre aquellos que seleccionaron la Medicina General como especialidad, el compromiso social acumuló un 44% de la motivación (en el grupo general de especialidades esta era un tercio), seguido del tiempo necesario para otras actividades. Entre aquellos candidatos a ocupar plazas de medicina familiar y/o general, el bienestar económico se encontraba en lo menos seleccionado.

En las especialidades como Neurocirugía, Anestesiología, Anatomía Patológica, el prestigio social como motivación fue mas valorado. La Medicina General además puntuó alto en el hecho de la valoración entre la oferta y la demanda de plazas o cupos para seleccionar la especialidad (probablemente por especulación por las chances de poder conseguir un cupo). Al mismo tiempo, tanto medicina general como pediatría consideraron importante la selección en cuanto el campo o espacio geográfico de desempeño laboral, especialidades pensadas para el trabajo en áreas diferentes a sus hogares e incluso en el ámbito rural. En el caso de la investigación, los aspirantes a medicina familiar y general y pediatras, figuraron como quienes menos señalaban esto como motivación.

Especialidad	Casos	Bienestar económico	Prestigio social	Compromiso social	Razones geográficas	Oferta de cargos	Investigación	Compatibilidad de tiempos	Tradicón familiar
		Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
Gastroenterología	11	8,64	8,64	28,18	8,18	0	20	15,45	6,82
Hematología	12	7,5	6,67	32,92	6,67	5,42	13,75	6,67	1,67
Gastroenterología (posbásica)	14	6,07	10	15,71	4,29	1,43	29,64	21,79	0,79
Fisiatría (medicina física y rehabilitación)	14	7,86	6,43	38,57	4,71	3,57	18,57	13,93	0,71
Neurología	16	12,31	8,75	37,06	3,19	1,25	15,63	9,63	2,19
Cirugía Infantil (Cirugía Pediátrica)	18	7,06	7,83	38,94	8,39	3,11	13,44	8,06	3,33
Neonatología (posbásica)	18	13,44	7,83	35,00	7,83	3,94	13,61	6,17	6,94
Epidemiología	18	9,44	6,11	38,33	2,78	4,44	28,89	8,06	0
Clínica Pediátrica	18	8,06	8,89	33,61	10,28	5,83	13,33	7,5	0,89
Neurocirugía	20	13,1	11	24,65	5,25	0,25	15,5	4	8,5
Neonatología	21	10,48	8,57	46,67	4,76	2,86	8,1	7,62	5,24
Otorrinolaringología	23	8,48	3,7	33,04	8,7	1,74	10,43	25,65	0
Salud Mental	25	3,64	2,84	54,2	5,64	3,84	13	6,24	1,6

Anatomía Patológica	25	9,4	11,2	15,6	5,4	3	30,4	13,2	0,04
Terapia Intensiva	27	11,52	8,19	25,59	5,96	3,89	13,7	6,3	0,41
Dermatología	28	10,89	11,96	21,61	4,82	1,25	16,71	20	6,79
Oftalmología	52	16,81	7,21	24,52	3,85	2,23	8,08	22,69	2,23
Diagnóstico por Imágenes	56	14,73	7,05	20,89	5,32	1,7	10,36	23,21	5,21
Psiquiatría	57	8,54	5,56	42,56	5,05	1,14	12,02	13,56	0,7
Cardiología	70	12,77	9,29	33,07	5,23	2,24	10,44	12,41	3,5
Ortopedia y Traumatología	112	11,83	12,77	25,85	6,12	2,86	9,82	9,71	3,3
Tocoginecología	237	10,2	7,16	40,25	4,59	2,6	9,63	8,75	1,29
Cirugía General	252	10,86	10,42	35,95	5,69	1,83	11,65	6,68	2,25
Anestesiología	362	15,54	11,68	24,16	6,04	3,15	9,91	13,4	3,45
Medicina General y/o Medicina de Familia	372	6,51	4,59	44,17	9,5	5,71	9,48	12,83	0,84
Pediatría	385	6,65	4,98	44,91	5	3,6	8,86	10,22	3,59
Clínica Médica	414	8,82	8	35,59	6,15	3,51	13,48	10,32	1,77
Total	2.821	9,93	8,05	35,37	6,15	3,25	11,55	11,38	2,38

Tabla n° 12. Motivación para la selección de las especialidades. Tomado de Kremer y col (2014).

Cuando se indagó acerca de la visión de terreno, es decir, lugar de desempeño donde los médicos se visualizaban ejerciendo finalizada la residencia, se obtuvo lo siguiente:

Expectativa laboral luego de ocho años	Total		Generalista	
	n	%	n	%
Practicando la especialidad en la cual se inscribe, en el mismo lugar	1.187	42,1	176	47,3
Practicando la especialidad en la cual se inscribe, en otro sitio	466	16,5	74	19,9
Practicando una subespecialidad	907	32,2	66	17,7
No lo sabe	209	7,4	47	12,6
Practicando otra especialidad	45	1,6	7	1,9
Trabajando en gestión o administración de servicios	6	0,2	2	0,5
Total	2.821	100	372	100

Tabla n° 13. Perspectiva de trabajo futuro de los preinscripto. Tomado de Kremer y col (2014).

Si bien las perspectivas de cambio de domicilio para el ejercicio profesional es baja en médicos generalistas y en el resto, el porcentaje que quisiera realizar una sub especialidad (super especialización) es muy bajo entre los generalistas, lo cual concuerda con la visión de este tipo de formación médica.

Este trabajo, tiene como conclusiones más relevantes:

- ✓ Los preinscriptos 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.
- ✓ Los problemas económicos relacionados con la baja remuneración de la especialidad de Medicina General condicionan el abandono de la práctica.

- ✓ La base de preinscriptos refleja que la feminización de la práctica es extrema en el caso de quienes seleccionan la Medicina General (76% de mujeres)
- ✓ No hay una relación significativa entre la elección de la especialidad y los antecedentes de profesionales médicos en la familia primaria; lo mismo se observa en el análisis de los preinscriptos.
- ✓ Al momento de elegir la especialidad, una gran parte de los aspirantes desconoce el campo de incumbencias de la Medicina General.
- ✓ Los residentes de Medicina General suelen preinscribirse en varias especialidades, sin que parezca haber una elección definida al egresar de la facultad.
- ✓ En la mayoría de los casos, los entrevistados constituyen la primera generación de universitarios en la familia.
- ✓ En el caso de las mujeres, la posibilidad de compatibilizar horarios y vida familiar tiene un peso importante para permanecer en la especialidad.
- ✓ Existe una percepción común en cuanto a la desventaja de prestigio, de potencial desarrollo profesional y de expectativas de renta de esta especialidad frente a otras.

En este trabajo de Kremer y cols (2014), se deja en claro que se debe trabajar en el grado, en cada una de las universidades para el logro de un mayor diálogo y articulación entre los Ministerios de Salud y Educación y entre los mismos y las instituciones universitarias (al menos públicas), para que la formación universitaria en Medicina coincida con la visión general esperada, acercando la formación de grado a las necesidades de la sociedad en cuanto a la cobertura del recurso humano necesario, especialmente en regiones desprotegidas.

Para este trabajo, y a partir de revisiones de la literatura efectuados en el tema, he tomado además la idea y concepciones del capital cultural de Pierre Bourdieu.

El capital cultural es una serie de activos sociales que una persona puede poseer, como la educación, el intelecto o la manera de vestirse o comportarse. Este capital cultural permite el movimiento social de una clase a otra en las sociedades que están estratificadas. A diferencia de otras teorías que ponen el marco referencial principal en el aspecto económico como sustento de movilidad social, el capital cultural tiene que ver más con cuestiones intangibles, difíciles de medir, pero que según el autor, impactan en los modos de práctica y desarrollo de una persona a lo largo de su vida.

Bourdieu y Passeron (2013) identifican tres formas principales de “capital”:

- Capital económico, similar en algunos aspectos a la teoría Marxista, relacionándolo con los recursos financieros, económicos, dinero, activos de las personas y familias.
- Capital social, refiriéndose al acceso y pertenencia a redes sociales poderosas que otorgan ventajas en la vida de las personas.
- Capital cultural, refiriéndose a las características de una persona que le dan una ventaja en el momento de adquirir una posición mejor o ventajosa en la sociedad y en su comunidad.

Para este último, suele subdividirse al capital cultural en tres formas distintas, llamadas incorporado, objetivado e institucionalizado, que se unen para dar origen a las condiciones de vida de una persona que le pueden ayudar a conseguir una posición mejor en la jerarquía y estratos sociales. El capital cultural incorporado hace referencia a todo el conocimiento que las personas adquieren, de manera consciente o inconsciente, mediante socialización y tradición; no se puede intercambiar, se adquiere gradualmente, cuando la persona lo va incorporando a su habitus, es decir, su personalidad y su manera de pensar. (Bourdieu, P. y Passeron JC; 2018). El capital cultural objetivado se refiere a las propiedades de las personas, que pueden ser intercambiadas por beneficios económicos; es algo que le otorga un determinado estatus y simboliza el conocimiento de una persona en sus formas de expresarse y sobre la sociedad donde vive. El capital cultural institucionalizado se relaciona con el reconocimiento de las instituciones del capital cultural de los individuos, ya sea por los títulos de estudios universitarios “heredados” de sus padres, relaciones laborales que le otorgan mayor estatus social o su rol de pertenencia a determinadas asociaciones.

Es en este sentido que incorporamos las variables dentro de la encuesta relacionadas con la identificación social de los padres, en el sentido de cuales fueron los niveles de estudio alcanzados por los mismos y si alguno de ellos es médico, cual es la especialidad que practican.

Autores como Escobar Rabadán y Lopez – Torrez Hidalgo (2008) describen diferentes determinantes e influencias en la elección de a especialidad:

- a. Tipo de facultad, misión y estructura
- b. Composición del profesorado
- c. Admisión
- d. Currículum
- e. Características y valores de los estudiantes al ingreso
- f. Factores que afectan a los valores de los graduados

- g. Necesidades que satisfacer
- h. Percepción de las especialidades

Según Block et al (1998), explicita que las facultades o escuelas de medicina tienen un gran impacto en la decisión de la práctica de medicina general, en sus palabras, “la facultad tiene un papel socializante” que influye en las actitudes de los estudiantes hacia la elección de carreras de atención primaria (Block, SD., Clark Chiarelli, N. and Singer JD.;1998). En este mismo sentido demuestran que uno de los predictores mas potentes para el desarrollo de la APS como especialidad es el registro histórico de la facultad en cuanto a producción de médicos generalistas o de familia (Escobar Rabadán, F. y Lopez Torres Hidalgo, J.; 2008). En este sentido, los graduados de facultades públicas tienen 2 veces mas probabilidades de generar residentes en medicina general y/o familiar que aquellas del ámbito privado.

En cuanto a la composición del profesorado, la mayoría de los docentes no tienen experiencia personal en atención primaria, por esto, es importante que el porcentaje de profesores relacionados con esta estrategia de APS sea elevado. Es importante recalcar que en el estudio de Escobar Rabadán y col (2008), una tercera parte de los estudiantes de medicina de un curso particular habían recibido calificaciones negativas de la medicina familiar y/o general de sus docentes, calificándolos de incompetentes, “que no puede saberse todo”, “eres demasiado inteligente como para ser médico de familia”.

Por estas cualidades específicas relacionadas con la trayectoria del estudiante en la Carrera de Medicina de la UNLaM que pretendemos vincular en esta Tesis de Maestría la elección con las características propias de la carrera, con el número de docentes dedicados a la medicina general y /o de familia, o al menos con trabajo en sector público emparentado con la APS.

Si bien el contacto temprano de los estudiantes con los docentes de medicina general no se asocia con un aumento de la elección de esta como especialidad, si lo es fuertemente en los últimos años, al igual que la presencia de un profesor consejero acerca de la misma, desterrando cualquier error de apreciación que pueda existir sobre esta especialidad en general.

Otro punto no menor, es que universidades que tienen medicina como carrera han desarrollado hacia adentro de sus paredes un departamento especial de medicina general y/o de familia, lo que fortalecido la mirada curricular y del campo donde se desempeñan los estudiantes.

En cuanto a la admisión, en nuestro país no existe con algunas salvedades, en las carreras de medicina del conurbano bonaerense el “cupó protegido” para estudiantes provenientes de zonas

alejadas o ámbitos rurales o que quieran desempeñarse como médicos rurales o generalistas. En Estados Unidos, un 40% de las facultades que tienen índices elevados de graduación y especialización en medicina general daban preferencia en la admisión a aquellos que solicitaban y afirmaban tener un alto interés por la práctica generalista o familiar (Escobar Rabadán, F. y López Torres Hidalgo, J.; 2008). El trabajo de Bowman et al (1996) demuestra que es más fácil tener este cupo protegido que incentivar o persuadir a los estudiantes una vez que ya han ingresado a la carrera.

En cuanto al currículo, la existencia de asignaturas relacionadas con la atención primaria y/o rotaciones clínicas en el primer nivel de atención se relacionan con un mayor interés por especialidades de atención primaria, pero no está demostrado que la elección se efectúe en los dos primeros años de la carrera, sino más bien al promediar y finalizar la misma. La existencia de asignaturas electivas también estuvo relacionada con mayor posibilidad de elección de especialidad relacionada con APS.

Con respecto a las características y valores propios de los estudiantes retornamos al concepto de capital cultural de Bourdieu. En Estados Unidos aquellos procedentes de niveles socio económicos más bajos o que pertenecen a minorías étnicas desarrollan su especialidad luego en sectores desfavorecidos, mientras que los hijos de médicos tienden a elegir especialidades que no se relacionan con la atención primaria. El estatus económico, social, el mayor o menor conocimiento de la especialidad, el estatus propio de la medicina general dentro del ámbito médico parece influir en las decisiones. Aquellos estudiantes provenientes de escuelas con preparación más amplia, con actividades extracurriculares es más probable que elijan actividades relacionadas con mayor interacción médico paciente y por lo tanto, con la medicina familiar y/o general. La menor orientación hospitalaria, menor interés económico, mayor edad, la menor población en la comunidad donde el estudiante había completado su formación también servían positivamente para esta elección de médico generalista (Dale A., Newton, MD., Grayson, MD., and Whitley, T.; 1998).

Uno de los temas que en Argentina y muchos países de Latinoamérica no son condicionantes específicos, es el nivel de endeudamiento que adquieren los estudiantes que desarrollan su formación en facultades privadas o donde la educación superior es generalmente privada. Al tener deudas hipotecarias que en algunos casos superan los ochenta mil dólares al graduarse, estos se inclinan por especialidades cortas y de impacto económico elevado a corto plazo. (Rosenblatt, RA., and Andrilla, CA; 2005).

En cuanto a la socialización ya tratada de las facultades de medicina, se observa una disminución de la orientación humanística a lo largo de la carrera y aumento del hedonismo, siendo al final del trayecto de estudiantes mayor la orientación a las condiciones laborales y a la profesión que al cuidado de los pacientes (Lynch, DC., Newton, DA., Grayson, MS. and Whitley, TW.; 1998).

Por último, aquellos estudiantes que eligen especialidades relacionadas con la APS, tienen un mayor deseo de contacto con los pacientes y sus familias y comunidades, se encuentran más interesados a servir a mayor heterogeneidad de poblaciones, menos preocupados por la medicina hospitalaria por los ingresos o el prestigio, que aquellos estudiantes que dedicarán su vida profesional a especialidades no generales (Abdulghani, HM. Et al; 2013). La percepción errónea sobre las mismas especialidades juega un rol particular. Se trata de una percepción que traen desde el ingreso a las carreras, pero que van incrementando a lo largo de la misma, con el contacto con opiniones de sus pares o sus profesores, al mismo tiempo que se va incrementando la mirada biologicista de la medicina con la presentación de casos clínicos o ateneos donde la participación comunitaria, los condicionantes sociales no son tomados en cuenta (Gutierrez Cirlos, C., Naveja, JJ. Y Sánchez Mendiola, M.; 2017).

Algunos autores como Dorsey et al (2003), hablan de “estilo de vida de las especialidades”, haciendo referencia a aquellas llamadas con estilo de vida “controlable” (medicina urgencias, anestesia, otorrinolaringología, radiología, patología, dermatología, etc) y aquellas “incontrolables” como medicina general y familiar, gineco obstetricia, cirugía ortopédica, urología, pediatría y medicina interna.

Es necesario que, desde la formación del grado en cada provincia y municipio, se generen estrategias para garantizar la cobertura de médicos generalistas en regiones distantes, de mayor necesidad. Algunas ideas en este sentido, es garantizar el cupo protegido de los ingresantes a la Carrera de Medicina de aquellos aspirantes que residen en zonas distantes, cuyo objetivo sea retornar a dichos sectores; pero para esto, también cada ciudad y municipio, debe garantizar el apoyo financiero, de capacitación permanente y residencia que cualquier ser humano necesita y merece para desempeñarse en el subsector público, para la gente.

Resultados

La 1era cohorte de graduados de la carrera de medicina de la UNLaM está conformada por 53 médicos, 50 de los cuales finalizaron su exámen final en diciembre de 2017 y los 3 médicos restantes en marzo de 2018. De esta 1ra cohorte 44 ingresaron al sistema de residencias o concurrencias en nuestro país, es decir, un 81% se encuentra realizando su especialidad y el 100% de éstos, han respondido la encuesta para la presente Tesis de Maestría.

La 2ª cohorte de médicos se graduó en diciembre de 2018. Se trata de 36 egresados, de los cuales 31 optaron para hacer su especialidad a través del sistema residencia/concurrencia (86,1%) y de estos, 28 han respondido la encuesta (83,87%).

El cambio radical fue con la 3era cohorte. La graduación ocurrió según lo esperado entre los meses de diciembre de 2019 a marzo de 2020. Pero sobrevino la pandemia COVID 19 que obligó a retrasar los exámenes para ingreso al sistema de residencias y concurrencias médicas que recién se efectivizó en el mes de septiembre de 2020, con lo cual los datos fueron obtenidos más tardíamente. De cualquier modo, se observó que, de 75 médicos graduados en esta 3ª cohorte, 57 ingresaron por examen a la realización de especialidad, un 76%, un número elevado comparado con otras instituciones, pero el más bajo desde la primera graduación. De estos ingresantes al sistema, el 100% respondió las preguntas de la encuesta. La explicación se resume en la tabla n° 14.

Año Graduación UNLaM	N° egresados	N° ingresantes a residencia y/o concurrencia	Relación ingresantes especialidad / egresados	N° contestó encuesta	% que realizan especialidad y contestaron encuesta	% que contestó la encuesta del total de egresados por año
2017	53	44	81%	44	100%	83%
2018	36	31	86,1%	28	83,87%	77,7%
2019	75	57	76%	57	100%	75%
	164	114		129		

Tabla N° 14. Resumen de los médicos graduados de las tres cohortes (2017 a 2019) y porcentaje de respuesta a la encuesta de quienes ingresaron al sistema de residencia médica para especialidad.

Dado un tamaño muestral total equivalente a 164 graduados en las tres cohortes, y con un IC 95% y un error alfa menor 5% se requería un número de 116 encuestados, lo que fue superado ya que el n de esta Tesis de Maestría fue de 129 encuestados.

Por supuesto, si sólo hubiésemos tomado a los 132 graduados que se encuentran realizando la especialidad seleccionada, entendiendo que esta tesis trabaja sobre condicionantes para la selección de especialidad, sólo se requería un n de 89, ampliamente superado por el n=129 de este trabajo.

Descripción Básica Demográfica de los encuestados

La edad promedio de los encuestados es de 28,3 años, con una mediana de 26 años (Rango de edades entre 24 y 64 años)

Edad	Para el total encuestados (en años)	1ª cohorte (en años)	2ª cohorte (en años)	3 cohorte (en años)
Promedio	28,3	28,30	28,41	28,2
Mediana	26	26	26	26
Rango	24 – 64			

Tabla n° 15. Resumen de edad en las tres cohortes de médicos graduados UNLaM

En la 1ra cohorte el promedio de edad fue de 28,30 años. En la 2ª cohorte de 28,41 años y en la 3er cohorte de 28,28 años. En los tres casos la mediana fue de 26 años. No hay diferencias significativas en cuanto a la edad de los encuestados en las tres cohortes.

Género

Como se observa en forma general, predomina el género femenino entre los encuestados: un 72,09% (93 encuestados) y sólo 27,91% (n=36) de género masculino.

Género	Para el total encuestados	%
Femenino	93	72%
Masculino	36	28%
total	129	100%

Tabla n° 16. Resumen de género de médicos graduados UNLaM

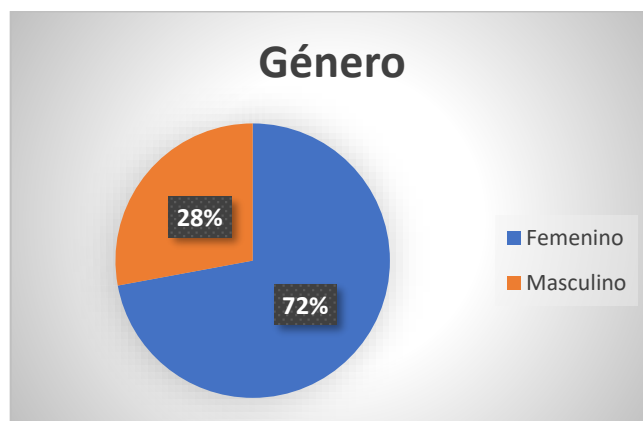


Gráfico n° 12. Distribución por género

La distribución del género en función de las cohortes resultó:

	Masculino	%	Femenino	%	Total
2017	16	38%	28	66,6%	42
2018	6	21%	22	78,5%	28
2019	14	24,5%	43	75,4%	57
totales	36		93		129

Tabla n° 17. distribución del género en función de las cohortes

Nacionalidad, lugar de nacimiento

El 100% de los encuestados es de nacionalidad argentina.

El 87,6% (n= 113) nació en la Provincia de Buenos Aires, un 10,85% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=14), dos nacieron en Córdoba y Formosa respectivamente.

	n° encuestados	%	1ª cohorte 2017	2ª cohorte 2018	3ª cohorte 2019
Buenos Aires	113	87,6	37	25	51
CABA	14	10,85	7	3	4
Córdoba	1	0,78	0	0	1
Formosa	1	0,78	0	0	1
Total	129	100	44	28	57

Tabla n° 18. Jurisdicción de nacimiento total y por cohortes

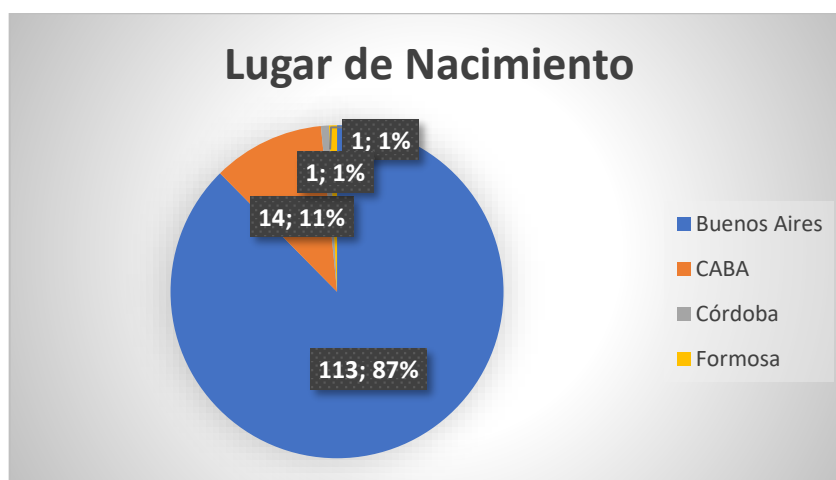


Gráfico n° 13. Gráfico de torta que muestra la distribución de lugar de nacimiento

Residencia al momento de elegir especialidad

La localidad de residencia al inicio de la carrera de medicina para las tres cohortes era (contestaron 128):

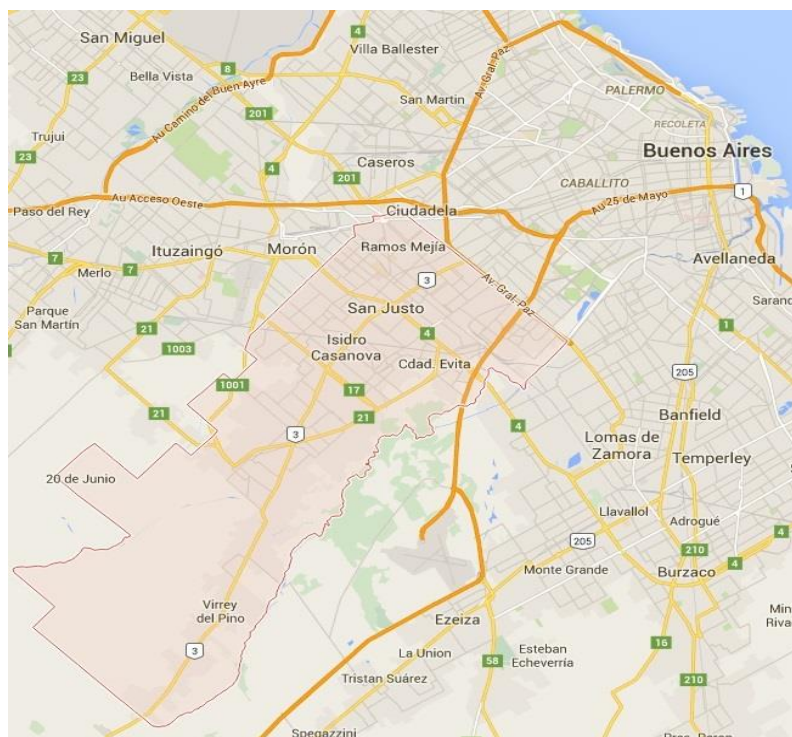


Gráfico n° 14. Mapa de la “geografía general” por lugar de residencia

Lugar de La Matanza	número	Otras localidades	número
La Matanza (no descrito sitio exacto)	15	Santos Lugares (Partido de 3 de Febrero)	1
Gregorio de Laferrere	2	San Miguel	1
Isidro casanovas	5	Lomas de Zamora	3
Lomas del Mirador	1	Ituzaingó	3
Villa Madero	1	Merlo	2
Rafael castillo	1	Morón (Morón / Castelar / Haedo)	20
Ramos Mejía	8	Moreno	1
San Justo	5	Mar del Plata	1
Villa Luzuriaga	7	Olivos	1
Virrey Del Pino	1	Burzaco (AlmiranteBrown)	1
		Casbas (Partido de Guaminí, BS As)	1
		Colonia Tirolesa (Córdoba)	1
		CABA	46
Total	46 (36%)		82

Tabla n° 19. Lugar de residencia en Región Sanitaria XII (La Matanza) y en otras localidades

Específicamente 46 vivían al iniciar la carrera en La Matanza, 43 en CABA (42 no especifican sitio, 1 de Palermo, 3 de Liniers), 1 del Partido de 3 de Febrero, 20 en Morón (14 cabecera de Moron, 3 en castelar y 3 en Haedo), 2 de Lomas de Zamora, 2 de Merlo, 1 de Mar del Plata, 1

de Olivos (Pcia de Buenos Aires), 1 de Córdoba (Colonia Tirolesa), 1 de Guaminí (Pcia de Buenos Aires), 1 de Almirante Brown (Burzaco), 1 de San Miguel, 1 de Moreno, 3 de Ituzaingó y 1 de Las Lomitas (Pcia de Formosa).

Estado Civil de los encuestados

	n° encuestados	%	1ª cohorte 2017	2ª cohorte 2018	3ª cohorte 2019
Soltero/a	114	88,37	39	24	51
Unión de hecho	6	4,65	2	3	1
Casado/a	5	3,88	1	1	3
Divorciado/a	3	1,55	2	0	0
Viudo/a	2	1,55	0	0	2
Total	129	100	44	28	57

Tabla n° 20. Estado civil diferenciado por cohortes

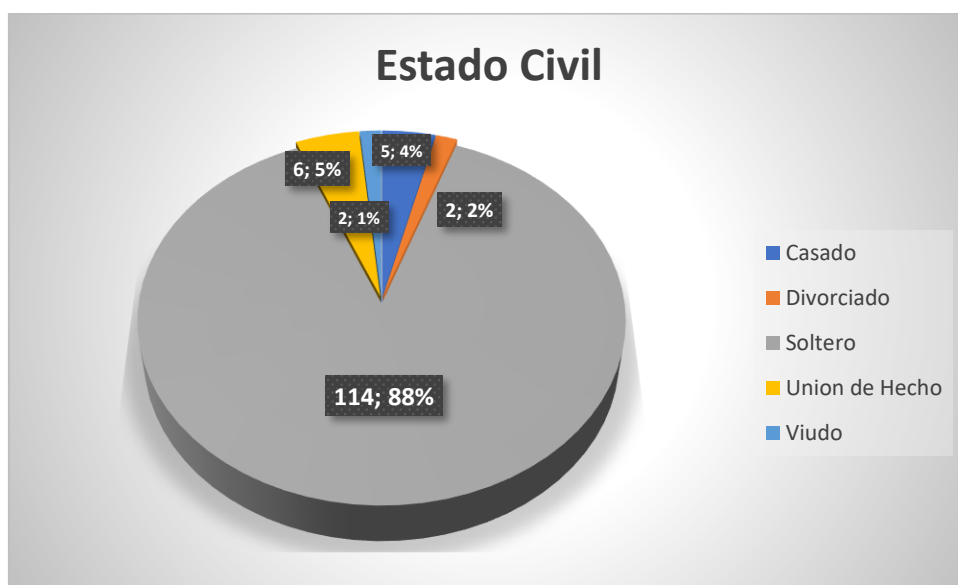


Gráfico n° 15. Estado civil en forma general en las tres cohortes

Situación paterna / materna:

El 92,25% no tienen hijos (n=119) y el 7,75% (n= 10) si tienen hijos.

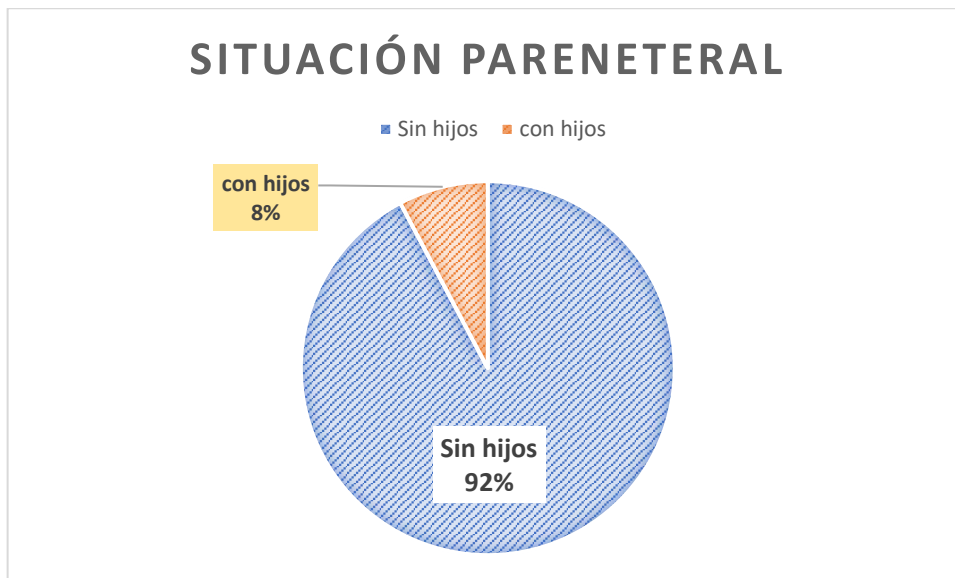


Gráfico n° 16. Gráfico que resume que el 92% de ellos médicos graduados no tiene hijos

Del total que respondieron que tienen hijos, el 100% (n=10) son mujeres que estudiaron y se han graduado en la UNLaM.

Niveles de escolaridad Primario y Secundario

El 68,9% de los graduados de las 3 cohortes 2017 a 2019 (n=89) realizaron su escuela primaria en el ámbito privado y el 31% (n=40) en ámbito público.

escolaridad Primaria		
ámbito	total	%
Público	40	31
Privado	89	69

Tabla n° 21. Tipología de escuela (pública / privada)

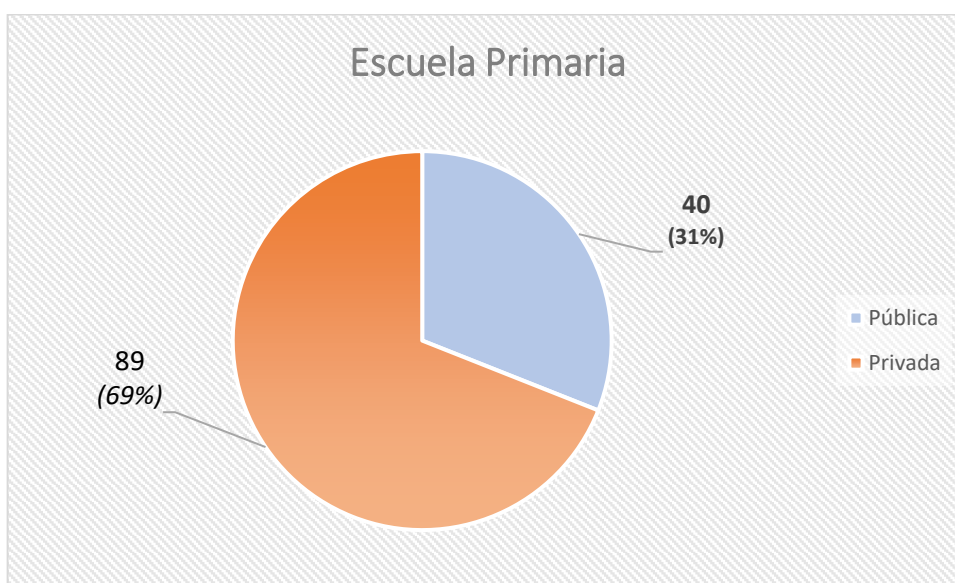


Gráfico n° 17. Muestra que casi 70% de los encuestados asistió en su escolaridad inicial a escuelas privadas

En cuanto al Colegio Secundario (educación media), un 70,54% (n=91) concurrió a establecimientos privados y un 29,4% (n=38) a establecimientos públicos.

escolaridad Secundaria		
	total	%
Pública	38	29,4
Privada	91	70,54

Tabla n° 22. Tipología de colegio secundario (pública / privada)

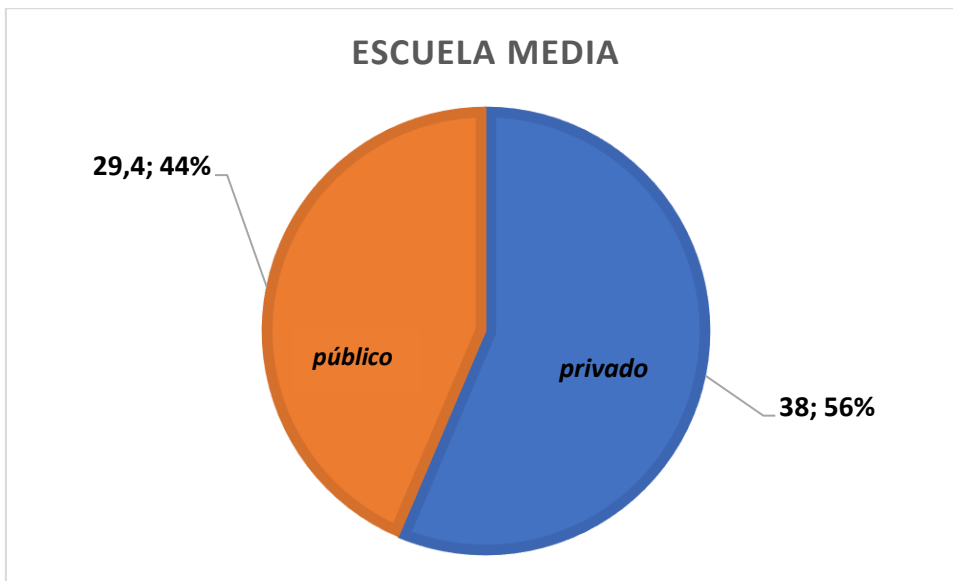


Gráfico n° 18. Muestra que el 56% de los encuestados asistió en su escolaridad media privada

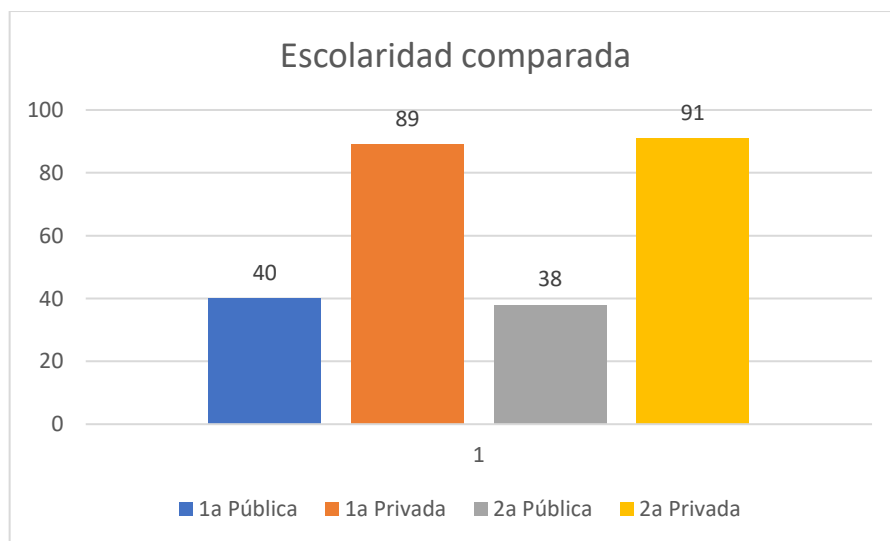


Gráfico n° 19. Gráfico comparativo de escolaridad inicial y media, pública y privada. El 68,9 % asistió a establecimientos privados en su escolaridad inicial y el 70,5% en escolaridad media

Si diferenciamos por cohortes y escolaridad, tenemos:

	Primaria Pública	Primaria Privada	totales
2017	11 (25%)	33 (75%)	44
2018	8 (28,5%)	20 (71,4%)	28
2019	21 (36,8%)	36 (63%)	57
total	40	89	129

Tabla n° 23. Tipo de establecimiento separado por cohortes. La diferencia no es significativa entre las 3 cohortes (no existen diferencias significativas en el ámbito de la escolaridad primaria ($\chi^2 1,73$) y tampoco en el ámbito del colegio secundario ($\chi^2 0,78$))

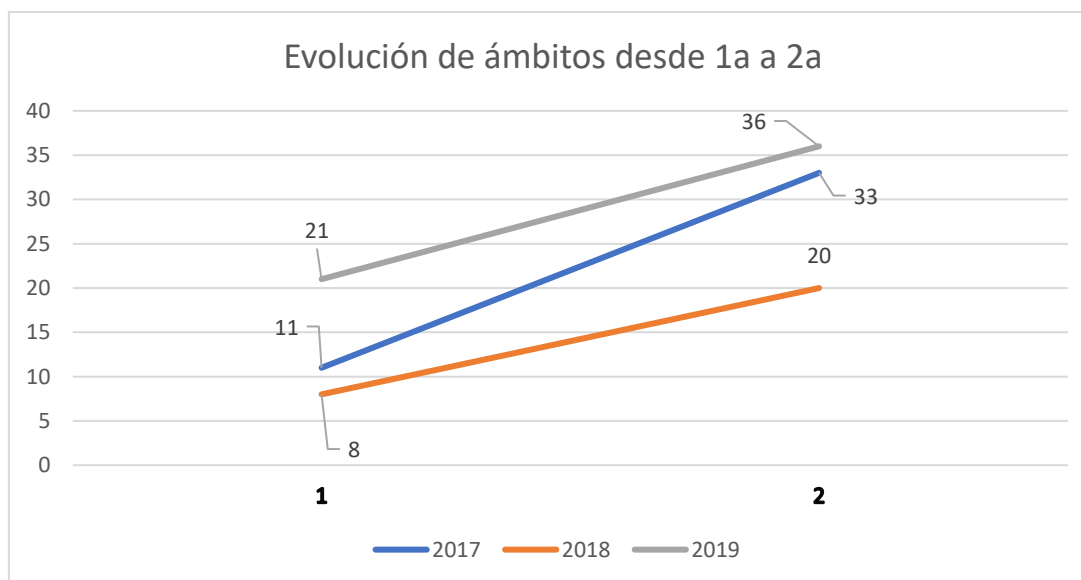


Gráfico n° 20. En este gráfico se observa que hay una tendencia, no significativa, al pasaje de escolaridad inicial pública a privada en las tres cohortes

Nivel de estudios alcanzados por los padres

Nivel estudio alcanzado por el padre

Como se observa en la tabla siguiente, el 17,5% (n=22) de los padres tiene título universitario. Un 10% (n=13) alcanzó a transitar al menos un tiempo en la universidad (desconocemos si se trata del ingreso o de años avanzados). El 11% (n=14) tiene terciario completo, el 20,16% (n=26) escuela media (secundaria) completa. La disparidad entre aquellos que llegan a finalizar la secundaria y luego acceden a la universidad, podría deberse a diferentes mecanismos alternativos que ha ofrecido el sistema educativo argentino a acceder a ciertas carreras cursadas en la universidad, sin título secundario completo.

Estudio	Número encuestados	porcentaje
1º incompleto	6	4,65
1º completo	14	10,85
2º incompleto	31	24,03
2º completo	26	20,16
3º incompleto	3	2,33
3º completo	14	10,85
Universitario incompleto	13	10,08
Universitario completo	22	17,05
Total	129	100

Tabla n° 24. Solamente el 17% de los padres completó estudios universitarios y un 10,8% tiene terciario completo.

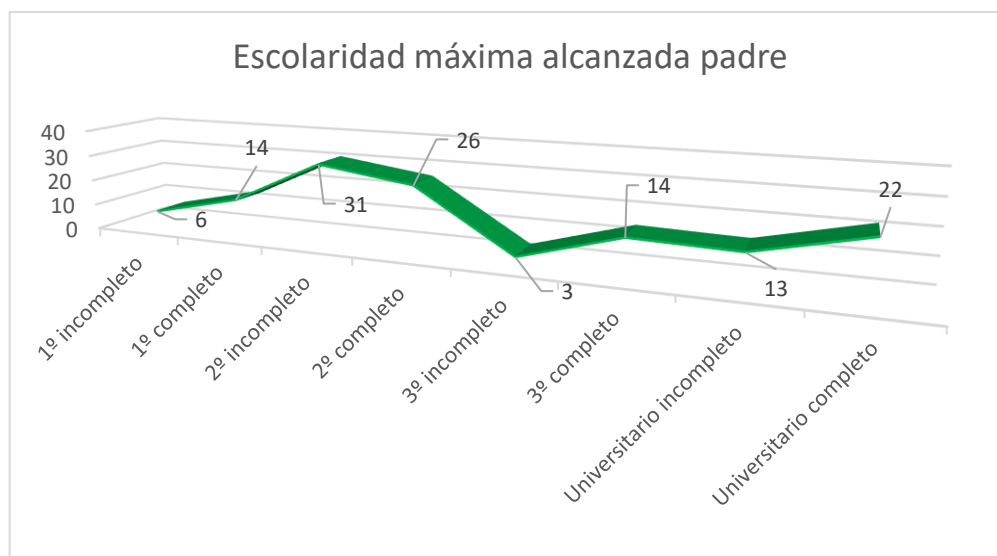


Gráfico n° 21. Matriz lineal que muestra en valores absolutos el nivel de estudio de los padres.

Nivel estudio alcanzado por la madre

Según observamos, un 19,38% (n=25) de las madres de los graduados en medicina de la UNLaM tienen un título universitario, un 6,98% (n=9) han transcurrido pero no completado la universidad. Además, un 23,2% (n=30) tienen título secundario y 19,38% (n=25) un título terciario.

Estudio	Número encuestados	porcentaje
1º incompleto	5	3,88
1º completo	10	7,75
2º incompleto	20	15,50
2º completo	30	23,26
3º incompleto	5	3,88
3º completo	25	19,38
Universitario incompleto	9	6,98
Universitario completo	25	19,38
Total	129	100

Tabla n° 25. En el caso de las madres de los médicos graduados UNLaM, el 19% finalizó estudios universitarios y un 19 % estudios terciarios.

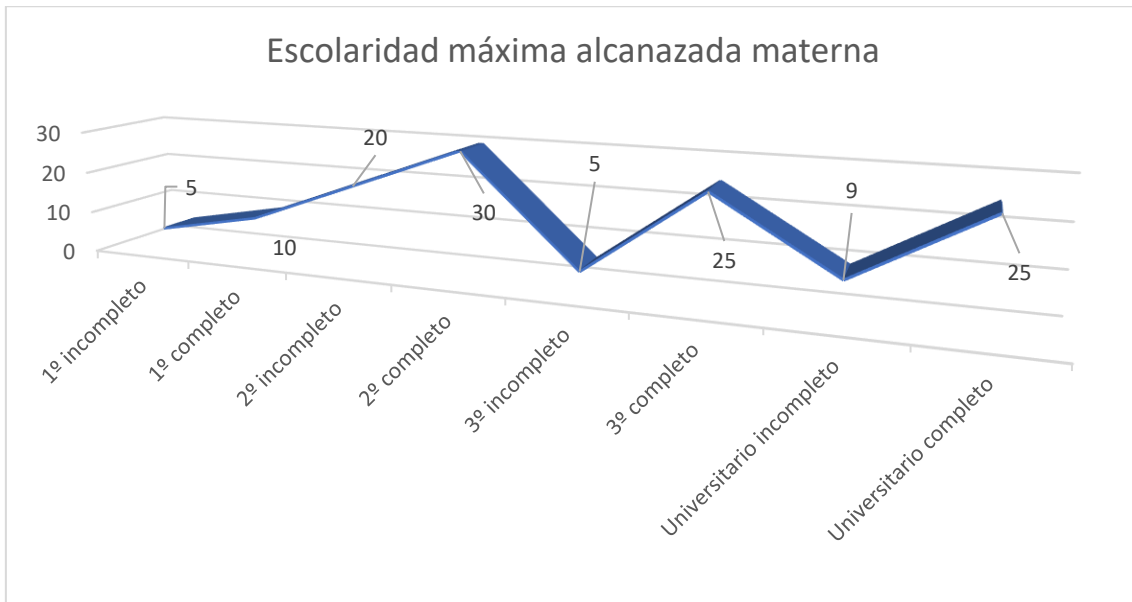


Gráfico n° 22. Matriz lineal que muestra en valores absolutos el nivel de estudio de las madres

En la siguiente tabla se observa el porcentaje para cada progenitor, para cada nivel o grado de titulación en las 3 cohortes de graduados UNLaM:

	1ª incompleta	1ª completa	2ª incompleta	2ª completa	Terciario incompleto	Terciario completo	Universitario incompleto	Universitario completo
Padre	4,65%	10,85%	24,06%	20,16%	2,33	10,85%	10,08%	17,05%
Madre	3,88%	7,75%	15,5%	23,26%	3,88	19,38%	6,98%	19,38%

Tabla n° 26. Como el impacto mayor en la literatura esta en el proceso final de los estudios paternos (terciario y muy especialmente universitario), observamos que solamente un 27,9% de los padres finalizó estos estudios y un 38,7% en el caso de las madres.

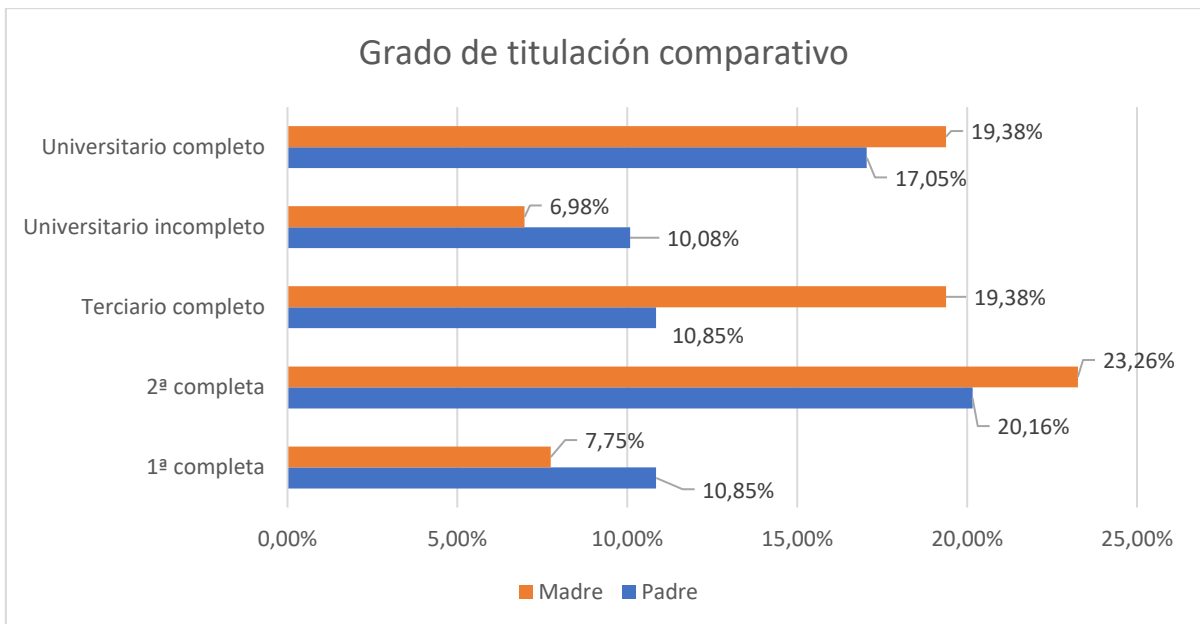


Gráfico n° 23. Gráfico similar a lo expresado en tabla 26, donde se observa que en el caso de las madres el porcentaje que finalizó estudios terciarios y universitarios es similar (19,3%) y en el caso de los padres, estos porcentajes son menores (10,8% y 17% para terciario y universitario respectivamente).

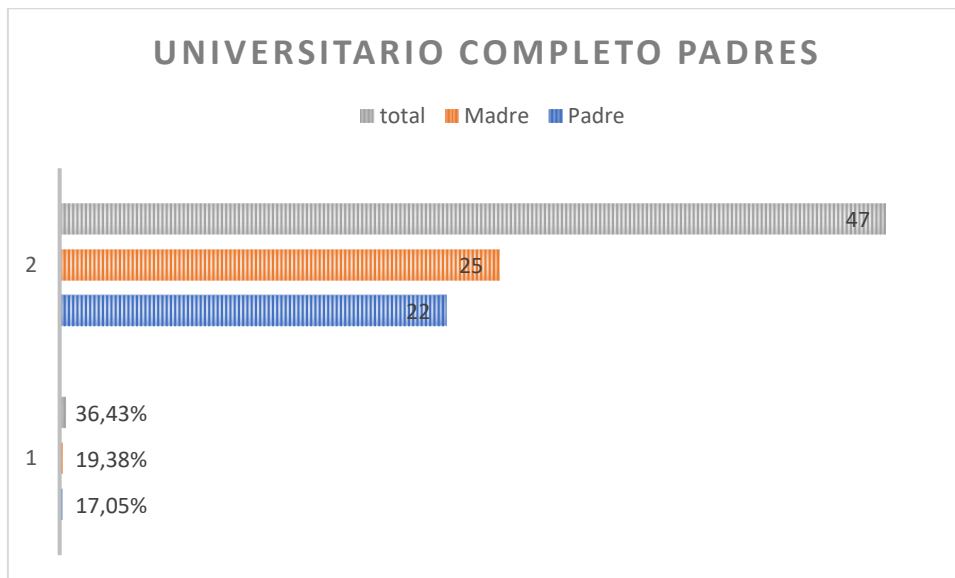


Gráfico n° 24. Análisis comparado del total de padres y madres que finalizaron estudios universitarios.

El análisis de la posibilidad de profesión médica entre los padres de los médicos graduados arroja que esto se da en 7 casos, 3 donde el padre es médico únicamente en la familia parental directa y 2 donde ambos progenitores lo son, lo que da un 3,88% nada más. El 96,12% (n=124) no tiene progenitores médicos.

	Número absoluto	Porcentaje
Ambos padres	2 casos	1,55
Padre únicamente	3 casos	2,33
Madre únicamente	Ningún caso	0
Ningún padre profesional médico	124 casos	96,12
Total padres con profesión médica	7	3,88

Tabla n° 27. Se observa que el 96,1% de los graduados no tiene en su familia padre o madre de profesión médica.

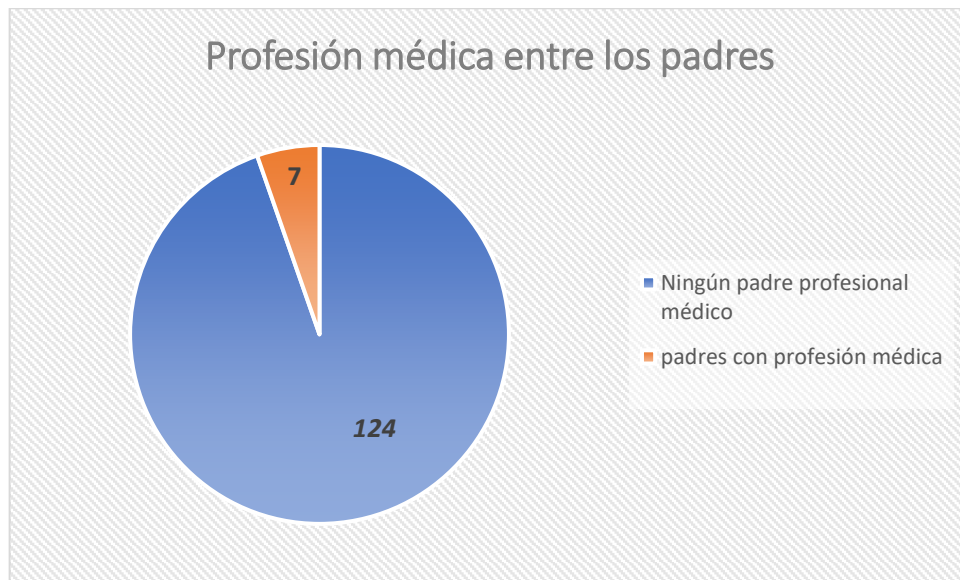


Gráfico n° 25. En números absolutos, 124 graduados no tienen en sus padres patrón de espejo en la profesión médica.

	2017	2018	2019
Ambos padres	1 encuestado	1 encuestado	
Padre únicamente	1 encuestado	1 encuestado	1 encuestado

Tabla n°28. Separado por cohortes, muestra que solamente 1 padre/madre en cada cohorte básicamente tiene como profesión de base medicina.

Las especialidades encontradas entre los padres profesionales médicos son: dermatólogo, neumólogo, pediatra y psiquiatra. Al analizar la especialidad médica de las madres de los graduados encontramos 1 ginecóloga y 1 psiquiatra. Una no específica especialidad.

	Encuestados padre	Encuestados madre
Dermatología	1 encuestado	
Neumonología	1 encuestado	
Pediatría	1 encuestado	
Psiquiatría	1 encuestado	1 encuestado
Ginecología		1 encuestado
No especificada		1 encuestado

Tabla n° 29. Solamente 7 de los padres de los médicos graduados son médicos. Las especialidades de los mismos se encuentran descriptos en esta tabla.

Descripción de los resultados según los objetivos específicos planteados

- a) Describir la especialidad elegida por los graduados de las primeras tres cohortes de médicos de la UNLaM y los factores que llevaron a dicha elección, como momento de la carrera en el que tomó la decisión, factores económicos sociales, de estatus, tipo de práctica específica, feminización)

Especialidad elegida por los graduados de las 3 primeras cohortes (2017 a 2019) de médicos de la UNLaM

De los 129 encuestados, 114 (88,37%) han elegido realizar la especialización a través del sistema de residencias médicas, 6 (4,65%) a través del sistema de concurrencias médicas y 9 (6,9%) especializarse pero bajo ninguna de estas modalidades (pueden hacerlo a través de curso superior de especialistas en algunos casos, cuyos títulos son avalados por Colegios Médicos y las prácticas hacerlas en hospitales o instituciones pero no como residentes ni concurrentes).

Sistema elegido para especialización	Número encuestados	porcentaje
Concurrencia médica	6	4,65
Otro sistema	9	6,98
Residencia médica	114	88,37

Tabla n° 30. El 88% de los graduados ha elegido completar su especialización a través del sistema de residencias médicas.

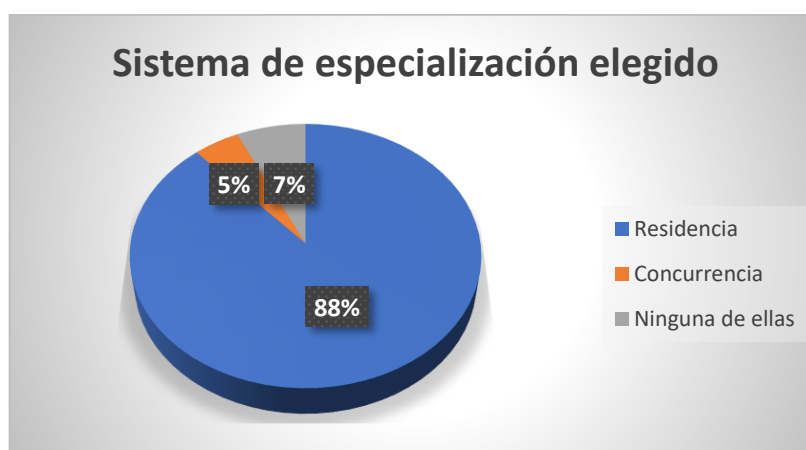


Gráfico n° 26. Valores porcentuales aproximados. El 93% eligió al sistema de residencia o concurrencia para completar su especialidad

Aquellos que optaron por hacer su especialidad bajo la modalidad de concurrencia médica (sistema no pago, con día menos de concurrencia al trabajo o día liberado) se parece en las tres cohortes.

La mayor parte de los médicos graduados ha elegido la modalidad de residencia para la especialización (sistema pago-becado, de tiempo completo) (n=114 graduados).

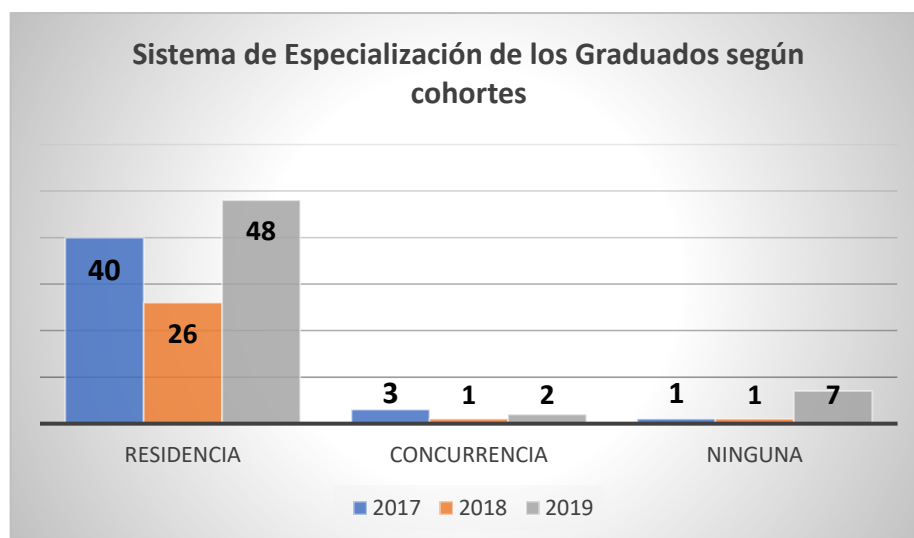


Gráfico n° 27. Se observa lo planteado anteriormente en el texto, la homogeneidad de selección de la residencia como mecanismo de completar su especialidad en las 3 cohortes (las 3 cohortes son grupos homogéneos en sus características básicas de edades, género etc.) El gráfico está en valores absolutos.

Análisis de Factores condicionantes en la selección de la especialidad

Se abordarán los resultados en cuanto a especialidad elegida por los médicos graduados de las tres cohortes. Se mostrarán luego los resultados en formato general y extendido inicialmente para luego dar paso al análisis específico por cohorte y por condicionante respondido en la encuesta a la hora de elegir estas especialidades.

Especialidad Seleccionada	N° de graduados	%
Totales	129	100
Clínica Médica	28	21,7
Pediatría	20	15,5
Clínica Quirúrgica	15	11,6
Medicina General y/o Familiar	13	10
Tocoginecología (incluye obstetricia y ginecología)	8	6,2
Anestesiología	7	5,4
Ortopedia y Traumatología	7	5,4
Neonatología pediátrica	5	3,8
Diagnóstico por imágenes	5	3,8
Emergentología	5	3,8

Unidad de Cuidados Intensivos	5	3,8
Cardiología	3	2,3
Ginecología	3	2,3
Neurocirugía	2	1,5
Endocrinología	1	0,7
Psiquiatría	1	0,7
Urología	1	0,7

Tabla n° 31. El 21,7% de los médicos ha seleccionado como especialidad clínica médica (n=28), 15,5% pediatría (n=20), 11,6% clínica quirúrgica (n=15) y 10% medicina general (n=10). Entre estas cuatro especialidades básicas, está casi el 60% de los médicos graduados inscriptos.

Como se observa en la tabla anterior la especialidad más elegida por los graduados en forma general (en las 3 cohortes) ha sido clínica médica (21,7%; n= 28). Seguido se encuentra pediatría con 15,5% (n=20), clínica quirúrgica con 11,6% (n=15), Medicina general y/o Familiar con 10% (n=13) y luego tóco ginecología con 6,2% (n=8), Ortopedia y traumatología y anestesiología con 5,4% cada una (n=7), y neonatología pediátrica y emergentología, unidad de cuidados intensivos y diagnóstico por imágenes con un 3,8% cada uno (n=5). Las otras especialidades fueron cardiología y ginecología (2,3%; n=3), neurocirugía (1,5%; n=2) y 0,7% para urología y psiquiatría cada una (n=1).



Gráfico n° 28. Se observa en valores absolutos las especialidades seleccionadas por los graduados.

Análisis de elección de especialidad por cohorte: 2017, 2018 y 2019

Ahora se procederá a mostrar la selección de especialidad dividida por cohortes 2017, 2018 y 2019

Especialidad Seleccionada	Cohorte graduados 2017 (n=44)	%	Cohorte graduados 2018 (n=28)	%	Cohorte graduados 2019 (n=57)	%	total	%
Anestesiología	2	4,5	2	7,1	3	5,2	7	5,4
Cardiología	1	2,2			2	3,5	3	2,3
Clínica Médica	10	22,7	5	17,8	13	22,8	28	21,7
Clínica Quirúrgica	6	13,6	1	3,5	8	14	15	11,6
Diagnóstico por imágenes	2	4,5			3	5,2	5	3,8
Emergentología			2	7,1	3	5,2	5	3,8
Endocrinología					1	1,7	1	0,77
Medicina General y/o Familiar	4	9	5	17,8	4	7	13	10
Neonatología pediátrica	1	2,2	2	7,1	2	3,5	5	3,8
Neurocirugía	1	2,2			1	1,7	2	1,55
Ortopedia y Traumatología	3	6,8	3	10,7	1	1,7	7	5,4
Pediatría	9	20,4	4	14,2	7	12,2	20	15,5
Psiquiatría	1	2,2					1	0,77
Unidad de Cuidados Intensivos	1	2,2	2	7,1	2	3,5	5	3,8
Toco ginecología (incluye obstetricia y ginecología)	3	6,9	2	7,1	6	10,5	11	8,5
Urología					1	1,7	1	0,77
Totales	43		28		57		129	100

Tabla n° 32. Elección de especialidad dividida por cohortes en valores absolutos y porcentuales

Elección de especialidad de la 1ª cohorte de graduados de la UNIAM (año 2017)

En la 1er cohorte de médicos graduados (año 2017), clínica médica es la especialidad más elegida (n=10) con 22,7% e los graduados de esa cohorte. Le siguen pediatría (n=9) con 20,4%, clínica quirúrgica con 13,6% (n=6) y luego Medicina General y/o Familiar con 9%, Ortopedia y traumatología y toco ginecología con 6,8% cada una (n=3), seguidos de anestesiología, diagnóstico por imágenes con 4,5% cada una, cardiología, neonatología pediátrica, neurocirugía, psiquiatría y cuidados intensivos con 2,2% (n=1) en cada una de ellas.

Especialidad	n	%
Clínica Médica	10	22,7
Pediatría	9	20,4
Clínica Quirúrgica	6	13,6
Medicina General y/o Familiar	4	9
Ortopedia y Traumatología	3	6,8

Tocoginecología (incluye obstetricia y ginecología)	3	6,8
Anestesiología	2	4,5
Diagnóstico por imágenes	2	4,5
Cardiología	1	2,2
Neonatología pediátrica	1	2,2
Neurocirugía	1	2,2
Psiquiatría	1	2,2
Unidad de Cuidados Intensivos	1	2,2
Totales	44	100

Tabla n° 33. Elección de especialidad seleccionada por la 1a cohorte de graduados (año 2017)

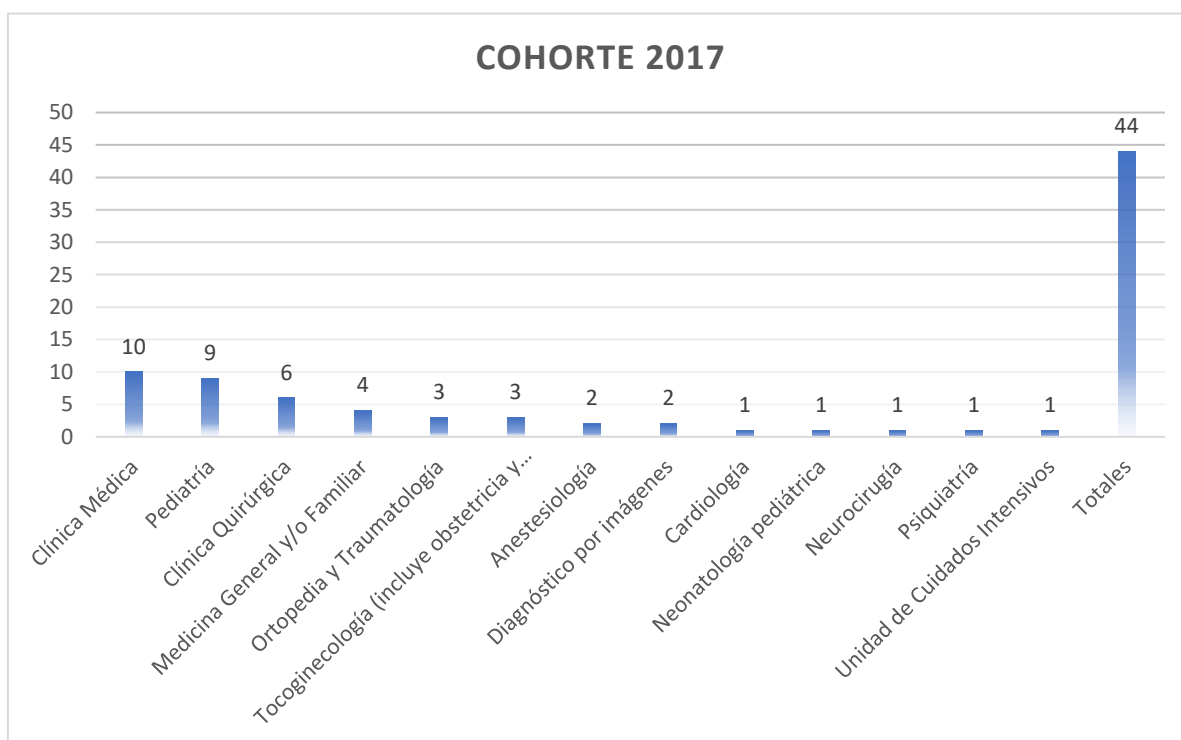


Gráfico n° 29. Se observa en valores absolutos las especialidades seleccionadas por los graduados de 1ª cohorte.

Elección de especialidad de la 2ª cohorte de graduados de la UNIAM (año 2018)

En el caso de la 2ª cohorte de graduados (2018), nuevamente la principal especialidad elegida es clínica médica, pero comparte con Medicina General y/o familiar un 17,8% de los graduados (n= 5 cada una de las especialidades). Luego siguen pediatría con 14% (n=4), ortopedia y traumatología con 10,7% (n=3) y luego con 7% (n=1 en cada una) anestesiología, emergentología, neonatología pediátrica, unidad cuidados intensivos. Estas van seguidas por clínica quirúrgica (cirugía general), ginecología y toco ginecología (n=1) con 3,5%.

Especialidad	n	%
Clínica Médica	5	17,8
Medicina General y/o Familiar	5	17,8
Pediatría	4	14,2
Ortopedia y Traumatología	3	10,7
Anestesiología	2	7,1
Emergentología	2	7,1
Neonatología pediátrica	2	7,1
Unidad de Cuidados Intensivos	2	7,1
Clínica Quirúrgica	1	3,5
Ginecología	1	3,5
Tocoginecología (incluye obstetricia y ginecología)	1	3,5
Totales	28	100

Tabla n° 34. Elección de especialidad seleccionada por la 2a cohorte de graduados (año 2018)

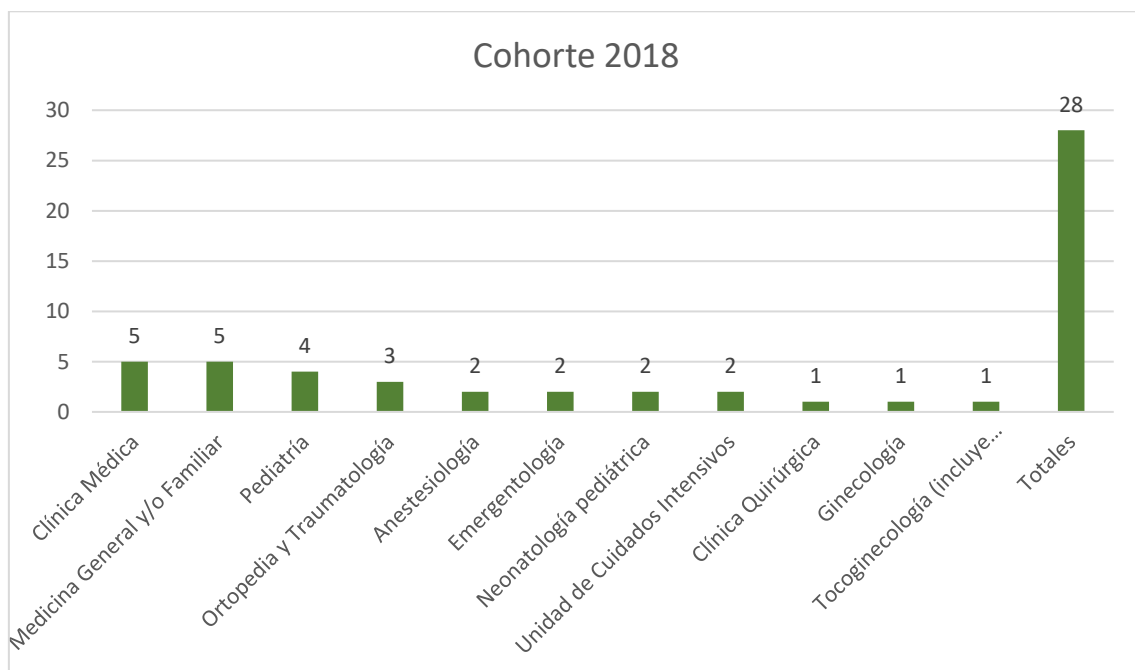


Gráfico n° 30. Se observa en valores absolutos las especialidades seleccionadas por los graduados de 2ª cohorte.

Elección de especialidad de la 3ª cohorte de graduados de la UNLaM (año 2019)

En la 3era cohorte de graduados (año 2019), clínica médica vuelve a ser la especialidad más elegida con el 22,8% de los graduados (n=13) seguida de clínica quirúrgica con 14% (n=8), pediatría con 12,2% (n=7) y luego Medicina General y/o familiar, toco ginecología con 7% (n=4), anestesiología y diagnóstico por imágenes con 5,2% (n=3) y luego cardiología, ginecología, neonatología pediátrica y unidad de cuidados intensivos con 3,5% (n=2). Mas atrás

queda endocrinología, neurocirugía, ortopedia y traumatología y aparece urología con 1,7% cada una (n= 1).

Especialidad	n	%
Clínica Médica	13	22,8
Clínica Quirúrgica	8	14
Pediatría	7	12,2
Medicina General y/o Familiar	4	7
Tocoginecología (incluye obstetricia y ginecología)	4	7
Anestesiología	3	5,2
Diagnóstico por imágenes	3	5,2
Emergentología	3	5,2
Cardiología	2	3,5
Ginecología	2	3,5
Neonatología pediátrica	2	3,5
Unidad de Cuidados Intensivos	2	3,5
Endocrinología	1	1,7
Neurocirugía	1	1,7
Ortopedia y Traumatología	1	1,7
Urología	1	1,7
Totales	57	100

Tabla n° 35. Elección de especialidad seleccionada por la 3a cohorte de graduados (año 2019)

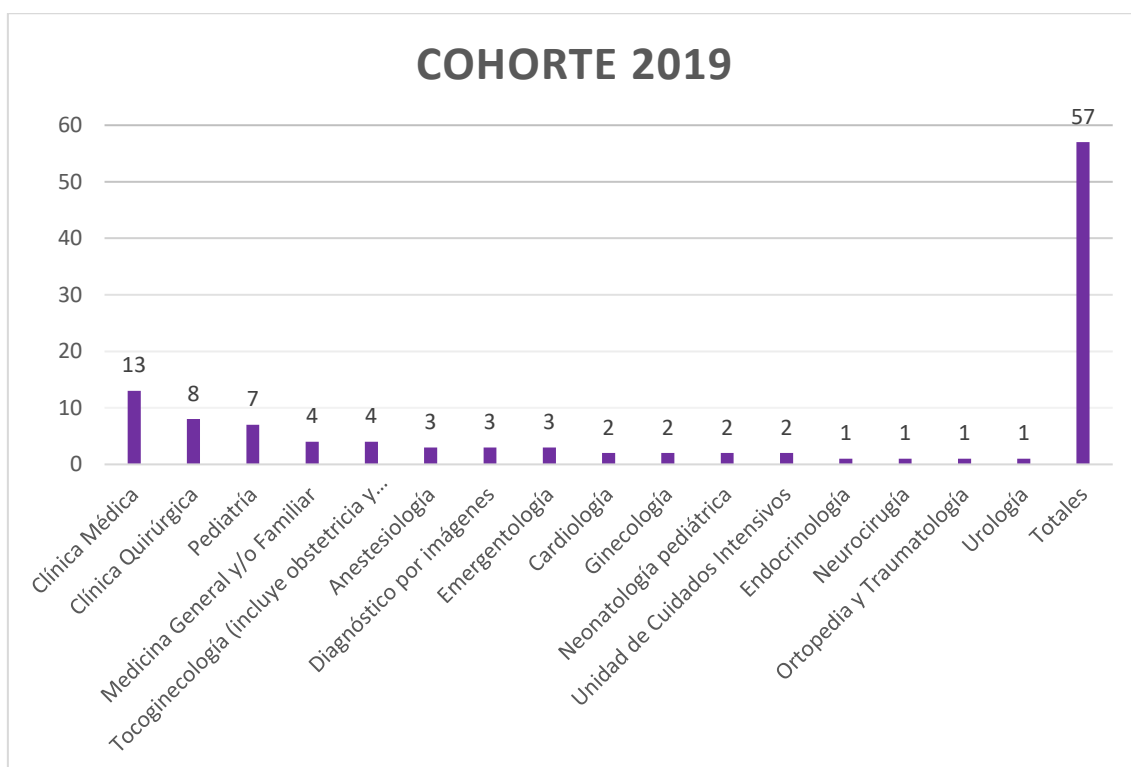


Gráfico n° 31. Se observa en valores absolutos las especialidades seleccionadas por los graduados de 3ª cohorte. (año 2019)

Tipo de Institución elegida para realizar la especialización

Como se observa en la siguiente tabla, las tres cohortes realizan su especialización preponderantemente en instituciones públicas: 84% (n=37), 82,1% (n=23) y 89,4% (n=51) respectivamente para 1ª, 2ª y 3ª cohortes. Es decir que, de los 129 encuestados, 111 graduados de medicina de la UNLaM (86%) han preferido instituciones públicas y 18 graduados (14%) instituciones privadas. Si tomamos por cohortes, la 2ª cohorte (2018) es la más alta en elegir instituciones privadas proporcionalmente, pero las diferencias no son significativas.

Cohorte	Gestión Pública	Gestión Privada	Total
2017	37 (84%)	7 (16%)	44
2018	23 (82,1%)	5 (17,9%)	28
2019	51(89,5%)	6 (10,5%)	57
Total	111	18	129

Tabla n° 36. En valor porcentual, se describe que la gran mayoría de los graduados en las tres cohortes ha elegido establecimientos sanitarios de gestión pública para realizar su especialización.

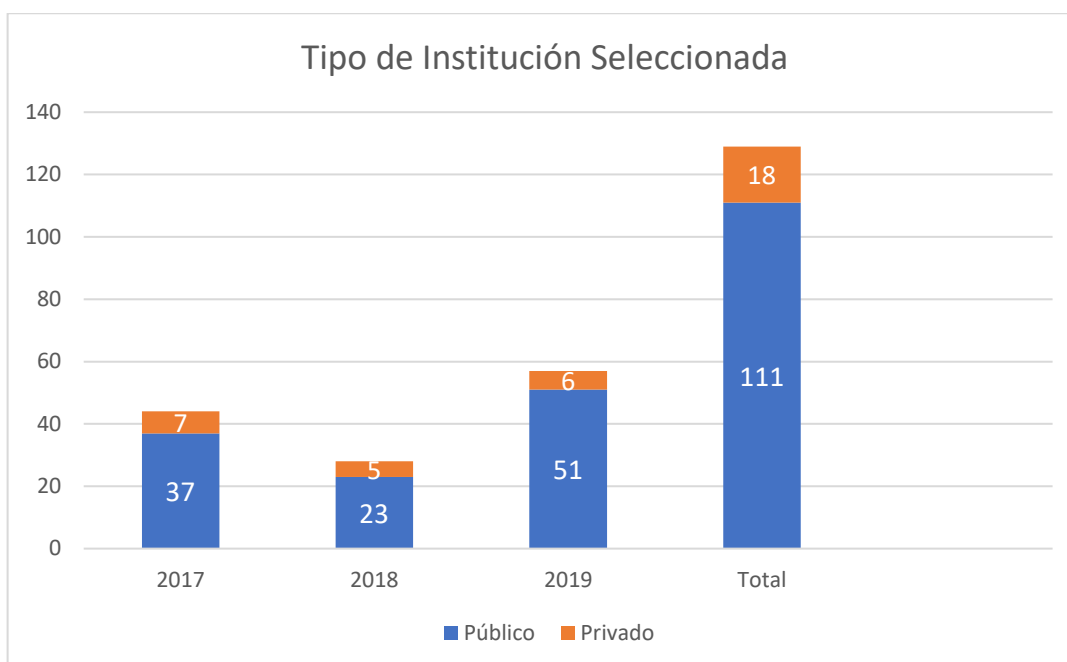


Gráfico n° 32. Se observa en valores absolutos que la gran mayoría de los graduados en cada cohorte (2017 a 2019) ha elegido establecimientos públicos para su residencia y/o concurrencia

Ámbito de escolaridad primaria de los graduados de las tres cohortes

Como se observa en la tabla siguiente, casi el 69% de los graduados realizó su escuela primaria en el ámbito privado (n=89) y el 31% en ámbito público (n=40). Si desgranamos por cohortes, en el caso de la cohorte 2017, el 75% (n=33) realizaron su escolaridad en ámbito privado y 25% (n=11) privado. En el caso de la cohorte 2018 (n= 28), el 71,4% (n=20) la realizó en ámbito privado y 28,5% en ámbito público (n=8). Para la cohorte 2019 (n= 57), el 63,1% realizó la escuela primaria en ámbito privado (n=36) y el 36,8% (n=21) en escuela pública. Las diferencias no fueron significativas entre las tres cohortes.

Cohorte	Gestión Pública	Gestión Privada	Total
2017	11 (25%)	33 (75%)	44
2018	8 (28,6%)	20 (71,4%)	28
2019	21 (36,8%)	36 (63,1%)	57
Total	40 (31,01%)	89 (68,9%)	129

Tabla n° 37. Casi el 70% de los graduados asistió a establecimientos de escolaridad inicial privada

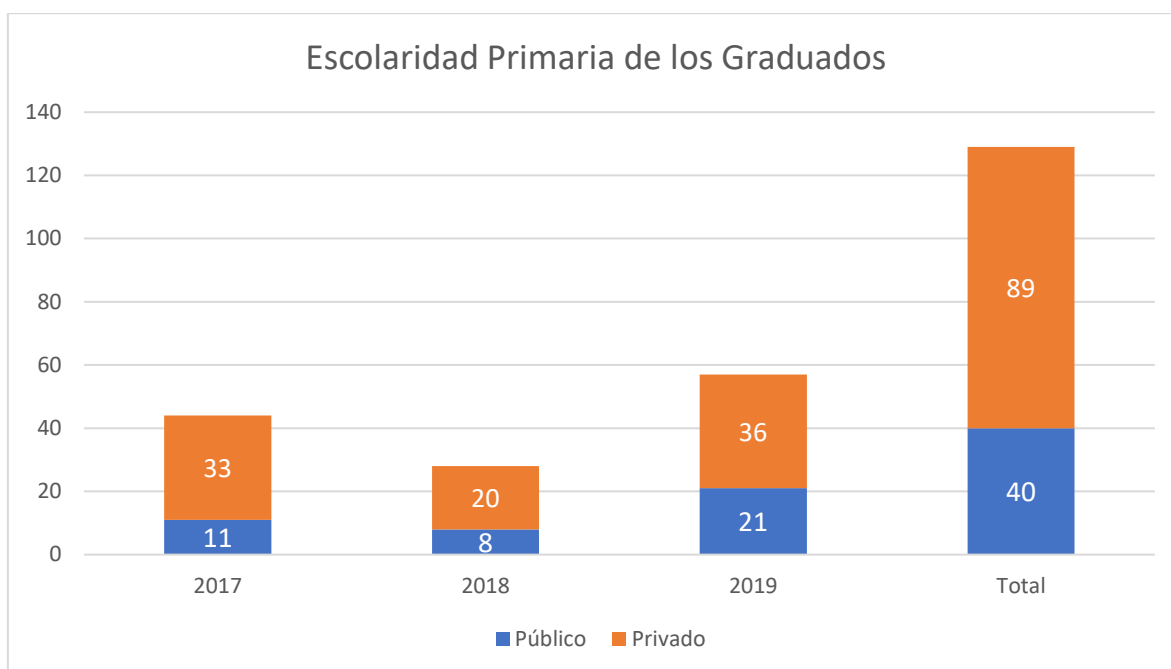


Gráfico n° 33. En las tres cohortes de graduados, se repite el mismo esquema de concurrencia a escolaridad primaria inicial del ámbito privado

Ámbito de escolaridad secundaria de los graduados de las tres cohortes

En el caso del colegio secundario, de los 129 encuestados el 70,5% (n=91) realizó el mismo en instituciones privadas y el 29,4% (n=38) en instituciones públicas. En este caso, los graduados de la 1ª cohorte (año 2017), el 72,7% (n=32) lo hizo en colegios privados y el 27,2% (n=12) en ámbitos públicos. Para la 2ª cohorte (2018), el 75% (n=21) la realizó en ámbito privado y 25% (n=7) en ámbito público. En el caso de la tercera cohorte (2019), el 66,6% (n=38) la realizó en ámbito privado y el 33,3% (n=19) en ámbito público).

Cohorte	Gestión Pública	Gestión Privada	Total
2017	12 (27,2%)	32 (72,7%)	44
2018	7 (25%)	21 (75%)	28
2019	19 (33,3%)	38 (66,6%)	57
Total	38 (29,4%)	91 (70,54%)	129

Tabla n° 38. El 91% de los graduados asistió a establecimientos de escolaridad media privados

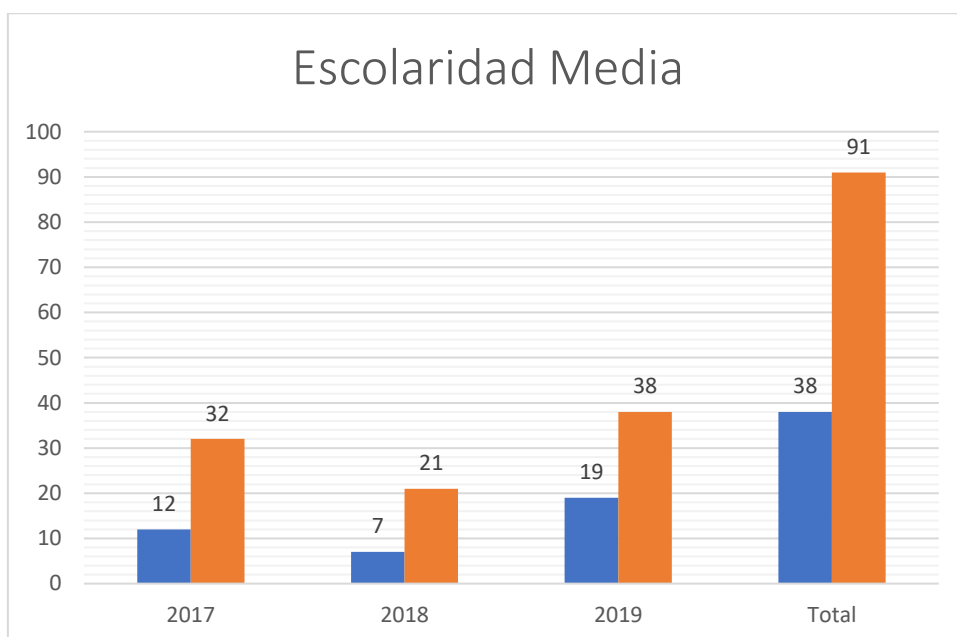


Gráfico n° 34. En las tres cohortes de graduados, se repite el mismo esquema de concurrencia a escolaridad media del ámbito privado (expresado en naranja ámbito privado y en valores absolutos)

Relación entre especialidad de graduados y padres relacionados con la profesión médica

La siguiente tabla muestra que de los 129 médicos graduados en las tres cohortes, solo 3 de ellos tienen en su familia directa a un padre médico (2,33%) y sólo 2 (1,55%) ambos padres médicos. El resto, un 96,12% (n=124) no tiene padres relacionados con la medicina.

Cohorte	Sólo padre médico	Sólo madre médica	Ambos padres médicos	total
2017	1 (2,27%)	0	1 (2,27%)	2
2018	1 (3,57%)	0	1 (3,57%)	2
2019	1 (1,75%)	0	0	1
Total	3 (2,33%)	0	2 (1,55%)	5

Tabla n° 39. Solamente un 2,3% tiene en su familia padre de profesión médica

De aquellos estudiantes que tienen padres médicos, sólo en un caso de cada graduación es el padre el de profesión médica y de los que tienen ambos padres médicos perteneces a las dos primeras cohortes (2017 y 2018).

En las tablas siguientes se encuentran la especialidad médica ejercida por los padres. En el caso del padre, las especialidades son: dermatología, neumonología, pediatría y psiquiatría.

Cohorte	Especialidad médica de los padres
2017	pediatría
2018	Neumonología / psiquiatría
2019	Dermatología

Tabla n° 40. Describe la especialidad de los tres padres médicos

En el caso de las madres medicas, la especialidad de las mismas son: ginecología y psiquiatría

Cohorte	Especialidad médica de los madres
2017	ginecología
2018	psiquiatría
2019	Ninguna madre médica

Tabla n° 41. Describe la especialidad de los dos madres médicos

Condicionantes para la elección de la especialidad

1. Compromiso Social

Todos los análisis de resultados que siguen deben recordarse se obtienen de la tabla 14 donde se da cuenta del elevado porcentaje de médicos graduados de las 3 cohortes que contestó la encuesta (que para las cohortes 2017 y 2019 fue del 100% y mas del 80% en la cohorte 2018).

cohorte	Total encuestados	Porcentaje sobre el total que ingresó a alguno de los sistemas de especialidad
2017	44	100%
2018	28	83,7%
2019	57	100%
total	129	

Repetición de tabla n° 14. Que muestra el numero de encuestados a tener en cuenta en el análisis subsiguiente a este apartado

La siguiente tabla evidencia que de 129 médicos graduados y que han seleccionado su especialidad futura, el compromiso social como determinante para dicha selección fue tomado en cuenta por 67 de ellos como 1er motivo (51,9%), 21 de ellos como 2° motivo de relevancia (16,28%), 13 de ellos (10%) como 3er motivo, 10 de ellos dividido entre 4° y 5° motivo (7,76%) y 2 de ellos (1,16%) como últimos motivos.

En el análisis del compromiso social como condicionante para la elección de especialidad encontramos lo siguiente (se colocan solamente los primeros tres motivos para su mejor comprensión):

Año graduación	1er motivo	%	2° motivo	%	3° motivo	%	Total entre los primeros 3 motivos	Total como 1er motivo
2017	19	43,1	6	13,64	3	6,82	28 (63,3%)	43,1%
2018	15	53,57	4	14,29	3	10,7	22 (78,6%)	53,57%
2019	32	56,1	11	19,30	7	12,2	50 (87,7%)	56,14%
total	67	51,9	21	16,2	13	10	100 %	

Tabla n° 42. La mayoría de los graduados (en las 3 cohortes) ha seleccionado al "compromiso social" como 1er motivo de selección de la especialidad

Al tomar el compromiso social como 1er motivo separado por especialidad elegida, resulta:

	1er motivo elección	2° motivo elección	3er motivo elección
Anestesiólogos (7)	1	1	0
Pediatría artic neonatología (4)	3	1	1
Cardiología (3)	0	0	1
Clínica Médica (28)	20	5	0
Clínica quirúrgica / cirugía general (15)	6	2	4
Diagnóstico imágenes (5)	0	0	1
Emergentología (5)	2	0	0
Endocrinología (1)	1	0	0
Medicina gral y/o familiar (13)	12	1	0
Neurocirugía (2)	0	1	0
O y T (7)	3	2	0
Pediatría (20)	12	3	3
Psiquiatría (1)	0	1	0
Terapia Intensiva (5)	2	0	2
Tocoginecología (11)	4	4	1
Urología (1)	1	0	0
Totales	67	21	13

Tabla n° 43 El compromiso social es un condicionante fuerte en las especialidades básicas como clínica médica, medicina gral y/o familiar, pediatría y en menor medida en clínicas quirúrgicas y tocoginecología

El 92,3% de los que eligieron hacer medicina general y /o familiar, 71,4% de los que eligieron clínica médica, 40% de los que eligieron clínica quirúrgica, 60% de los que eligieron pediatría, 25% de los que eligieron tocoginecología y 36,3% de los que seleccionaron ginecología, han tomado el compromiso social como 1er condicionante para la elección de dichas especialidades.

No existe una especialidad seleccionada donde el compromiso social no figure entre los primeros tres motivos de selección de dicha especialidad.

Afinidad por la investigación

Al investigar como condicionante la afinidad por la investigación como motivo de la selección de su especialidad, los resultados son los siguientes:

	1er motivo elección	2° motivo elección	3er motivo de elección
Anestesiólogos (7)	0	1	3
Cardiología (3)	1	1	0
Clínica Médica (28)	1	5	5
Clinica quirúrgica / cirugía general (15)	1	3	2
Diagnóstico imágenes (5)	2	0	0
Endocrinología (1)	0	1	0
Medicina gral y/o familiar (13)	0	6	3
Neurocirugía (2)	0	0	1
O y T (7)	0	2	0
Pediatría (20)	1	8	2
Terapia Intensiva (5)	1	3	0
Tocoginecología (11)	1	1	0
Urología (1)	0	1	0
total	8 (6,2%)	32 (24,8%)	16 (12,4%)

Tabla n° 44. La afinidad por la investigación no es un condicionante fuerte en ninguna de las especialidades seleccionadas en las tres cohortes, mostrando una tendencia en pediatría, medicina gral y clínica médica como segundo condicionante.

La afinidad por la investigación fue seleccionada como 1er motivo por el 6,2 % de los médicos graduados de las 3 cohortes (n=8). Si consideramos dentro de los primeros 3 motivos este condicionante es del orden de 43,4% (n=56).

El 40% de los que eligieron Diagnóstico por imágenes, son los que más han seleccionado como 1era opción este condicionante de la investigación. Aparece aquí en varias especialidades que la investigación no fue parte de la selección de especialidad en las primeras tres opciones (emergentología, neonatología)

Cuidado del tiempo para otras actividades

Cuando se evaluó el cuidado del tiempo para realizar otras actividades como condicionante para la selección de la especialidad los resultados obtenidos son los siguientes:

	1er motivo elección	2° motivo elección	3er motivo elección
Anestesiólogos (7)	1	0	1
Cardiología (3)	0	0	2
Clínica Médica (28)	0	2	3
Clinica quirúrgica / cirugía general (15)	0	1	2
Diagnóstico imágenes (5)	0	3	0
Emergentología (5)	1	2	0
Medicina gral y/o familiar (13)	1	3	7
Neurocirugía (2)	0	0	0
O y T (7)	1	0	0
Pediatría (20)	0	4	5
Terapia Intensiva (5)	0	0	0
Tocoginecología (11)	1	0	1
Totales	5 (3,87%)	15 (11,6%)	21 (16,27%)

Tabla n° 45. El cuidado del tiempo para otras actividades tiene su peso o tendencia más elevada recién como tercer condicionante y entre los que realizan la residencia de medicina gral y /o familiar y en pediatría

Este condicionante es elegido como 1era decisión a la hora de seleccionar especialidad por el 3,87% de los médicos graduados (n=5). Si tomamos este condicionante dentro de los primeros 3 motivos, constituye el 31,8% del total de graduados (n=41).

Aquí endocrinología, psiquiatría, terapia intensiva, urología, neurocirugía y ginecología no han seleccionado esta opción del cuidado del tiempo para otras actividades dentro de las primeras tres opciones.

Si se observa mas fuertemente como 2° motivo entre los que eligieron diagnóstico por imágenes (60%), 40% entre os que seleccionaron emergentología, y mas fuerte es como tercera opción entre los que eligieron medicina familiar y/o general 53,8%.

Bienestar económico

	1er motivo elección	2° motivo elección	3er motivo elección
Anestesiólogos (7)	3	2	0
Pediatría artic neonatología (1)	0	1	0
Cardiología (3)	0	1	0
Clínica Médica (28)	0	1	4
Clinica quirúrgica / cirugía general (15)	1	3	4

Diagnóstico imágenes (5)	0	0	1
Emergentología (5)	0	0	1
Endocrinología (1)	0	0	1
Neurocirugía (2)	0	0	1
O y T (7)	1	0	1
Pediatría (20)	0	0	2
Terapia Intensiva (5)	0	1	0
Tocoginecología (11)	0	3	4
Urología (1)	0	0	1
Totales	5 (3,87%)	12 (9,3%)	20 (15,5%)

Tabla n° 46. El bienestar económico no ha sido un condicionante fuerte entre las primeras tres elecciones de condicionantes seleccionados por los graduados de las tres cohortes en general

El bienestar económico es seleccionado como 1er motivo a la hora de elegir especialidad por un 3,87% del total de médicos graduados (n=5), y es un 28,6% (n=37) dentro de los primeros tres motivos de selección de especialidad.

Cuando se evalúa el bienestar económico como 1ª opción o condicionante para elegir especialidad, encontramos que es importante en un 42,8% de los anestesiólogos, pero en el resto es un condicionante de muy baja capacidad de operación sobre la elección. Cuando se observa el mismo como 2ª opción en la selección los anestesiólogos lo han tomado como condicionante en un 71,4%. Si tomamos a este bienestar económico dentro de las 1as tres opciones, el 53,3% de ellos cirujanos y el 63,6% de los toco ginecólogos lo han considerado como una opción predominante.

Prestigio Social

	1er motivo elección	2° motivo elección	3er motivo elección
Anestesiólogos (7)	0	1	1
Clínica Médica (28)	0	3	1
Clinica quirúrgica / cirugía general (15)	0	2	1
Neurocirugía (2)	2	0	0
O y T (7)	0	1	0
Pediatría (20)	0	1	1
Tocoginecología (11)	1	0	0
Totales	3 (2,32%)	8 (6,2%)	4 (3,1%)

Tabla n° 47. El prestigio social no se encuentra como tendencia fuerte entre los primeros tres condicionantes seleccionados por las tres cohortes en general

Al tomar como condicionante el prestigio social de la especialidad como motivo de selección de esta, se obtienen valores muy bajos: un 2,32% (n=3) selecciona a este condicionante como

1ra opción y dentro de los primeros tres motivos lo eligen el 11,62% (n=15). El 100% de los que han elegido especialidad neurocirugía lo selecciona como 1er condicionante.

Mayor oferta de cargos

Al indagar si la mayor oferta de cargos para los postulantes a residencias es un factor condicionante, un total de 3 graduados (2 que están en residencia y 1 en concurrencia) lo citaron como primer motivo (n= 3; 2,33% de los graduados)

La distribución por especialidad es la siguiente:

	1er motivo elección	2° motivo elección	3er motivo elección
Clínica Médica (28)		2 (7%)	3 (10,7%)
Clinica quirúrgica / cirugía general (15)			2 (15,3%)
Pediatría (20)		2 (10%)	3 (15%)
Emergentología (5)	1 (20%)		
UTI (5)	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)
Toco ginecología (11)	1 (9%)		
Totales	3 (2,33%)	5 (3,88%)	9 (5%)

Tabla n° 48. La presencia de mayor oferta de cargos a especialidades en el sistema de residencias médicas, es un condicionante relativo como 1ra opción entre los que seleccionaron toco ginecología, terapia intensiva y emergentología.

Tradición Familiar

En cuanto a la tradición familiar (un especialista específico en la familia dedicado a la misma especialidad seleccionada), esta resultó que fue muy baja, sólo dos graduados la señalaron como motivo de elección (1 como 1er motivo y el otro como segundo motivo). Las especialidades distribuidas arrojó lo siguiente:

	1er motivo elección	2° motivo elección	3er motivo elección
Emergentología (5)		1 (20%)	
Diagnóstico por imágenes (5)	1 (20%)		
Totales	1	1	

Tabla n° 49. La tradición familiar, como era de esperar, fue un condicionante “blando” a la hora de ser seleccionado por las tres cohortes. Esto remite a que un porcentaje extremadamente bajo de los graduados de las primeras tres cohortes tiene tradición familiar paterna de médicos en sus familias

Razones geográficas

	1er motivo elección	2° motivo elección	3er motivo elección
Clínica Médica (28)	2 (7,14%)	5 (17,8%)	
Clínica quirúrgica / cirugía general (15)	5 (24%)	2 (15,3%)	
Pediatría (20)	6 (30%)	1 (5%)	1 (5%)
Emergentología (5)	1 (20%)	1 (20%)	
Anestesiología (7)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)
Cardiología (3)	1 (33%)	1 (33%)	
Diagnóstico por imágenes (5)	1 (20%)	1 (20%)	
Ortopedia y Traumatología (7)	1 (14%)	2 (28%)	
Medicina Gral y/o familiar (13)		2 (15,3%)	
Neurocirugía (2)		1 (50%)	
Toco ginecología (11)	1 (9%)	3 (27%)	
Totales	19	20	2

Tabla n° 50. Las razones geográficas tienen un peso especial al ser elegido como primer condicionante entre pediatras, emergentólogos, cardiólogos, diagnóstico por imágenes, clínica quirúrgica y ortopedia traumatología. Esto podría estar relacionado con especialidades donde las guardias medicas son un medio fuerte de “modelo” económico de vida

Cuál es la expectativa laboral al finalizar la residencia

El 63,2% de los graduados refiere querer continuar trabajando en el mismo hospital de formación durante su residencia / concurrencia (n= 81). Esto es similar en distribución en las tres cohortes de graduados.

Ciento tres graduados (103) refieren querer hacer una subespecialidad (80%). Esto es similar en distribución en las tres cohortes de graduados.

Dieciséis graduados quisieran trabajar en gestión y / o administración hospitalaria (12,4%)

Dos graduados quisieran realizar docencia universitaria (1,5%)

Momento de la carrera de medicina en UNLaM donde tomó la decisión de realizar la especialidad actual

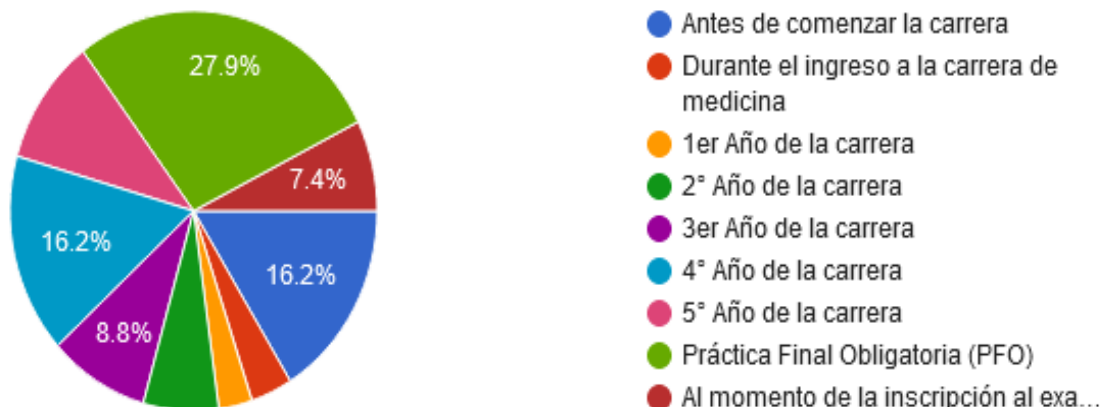


Gráfico n° 35. El momento crucial de toma de decisión de especialidad ha sido en la práctica final obligatoria, seguidos por el 2° y 4° año de la carrera de medicina en la UNLaM

Casi el 28% tomó la decisión de su especialidad en el último año de la carrera, durante la Práctica Final Obligatoria, es decir, 36 graduados. Un 16,2 % lo tenía definido antes de comenzar la carrera (21 médicos graduados) y otro 16,2% (21 graduados) se definió en 4° año de la carrera. Un 8,8% (11 graduados) la seleccionó en el 3er año de la carrera y un 9,2% (12 graduados) en 5° año de la carrera. Resumiendo, un 53,4% (69 graduados) de los graduados definió la selección de especialidad durante el ciclo clínico de la carrera (4° a 6° año). Un 30,4% (39 graduados) lo hizo en el ciclo inicial (1° a 3er año de la carrera).

La especialidad que usted está realizando, ¿es diferente a la elección que tenía en mente al comenzar la carrera?

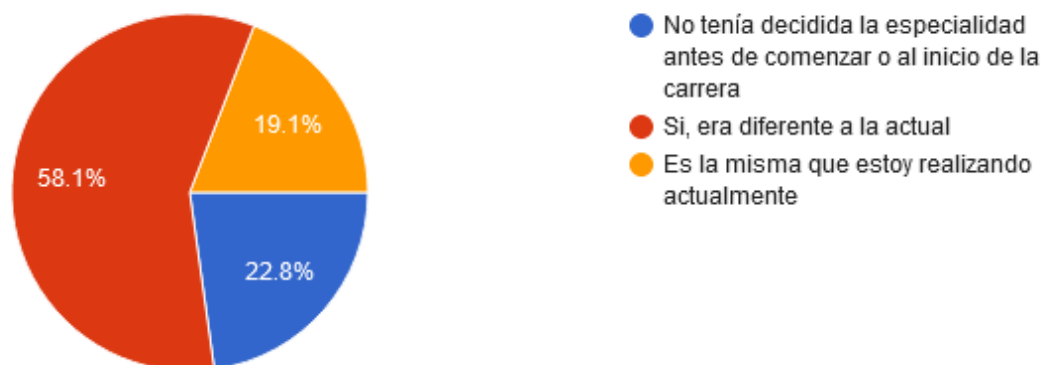


Gráfico n° 36. Casi el 60% de los graduados eligió una especialidad diferente a la que tenía en mente al inicio de la carrera

Si la especialidad que usted lleva adelante en su residencia actualmente es diferente a la que deseaba al inicio de la carrera, indique cual o cuales fueron los motivos del cambio de elección.

consideraciones e influencias de familiares	2	1,55%
Necesidad de mayor y rápido beneficio económico al finalizar la carrera	4	3%
influencias de compañeros de estudio	5	3,90%
Otros motivos	21	16,20%
Necesidad de mayor estímulo intelectual	26	20%
Experiencias negativas durante alguna asignatura, escenario o rotación en la carrera	31	24%
influencias de profesores durante la carrera	40	31%
Total	129	99,65%

Tabla n° 51. La influencia de profesores durante la carrera (31%, n=40) y experiencias negativas durante alguna asignatura o escenario (24%, n=31) son las dos razones esgrimidas en primer lugar para el cambio en la elección de la especialidad

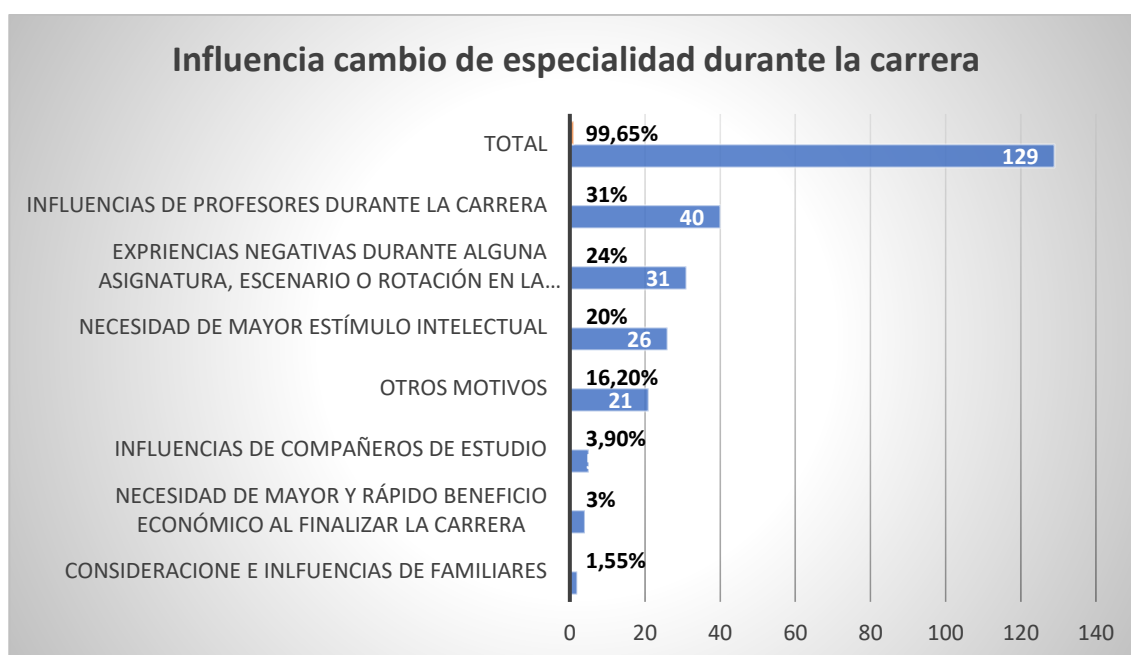


Gráfico n° 37. Grafico que evidencia la influencia para el cambio de especialidad durante la carrera de medicina UNLaM

Existió clara influencia de profesores, docentes, tutores, para la selección de su especialidad

	N° graduados	porcentaje
Si	89	69,10%
NO	40	30,9%

Tabla n° 52. Casi el 70% se sintió influenciado por profesores o tutores para la selección especialidad

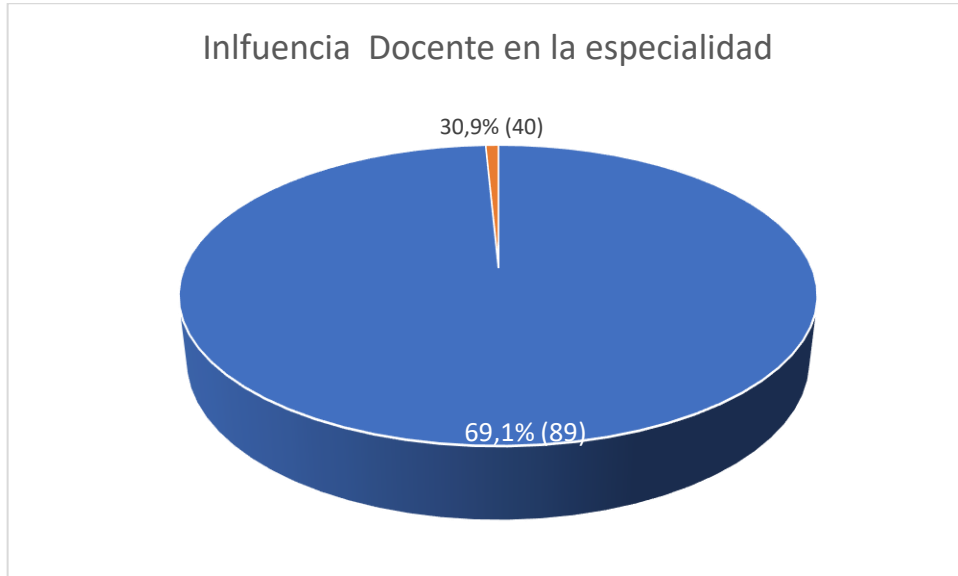


Gráfico n° 38. Casi el 70% se sintió influenciado por profesores o tutores para la selección especialidad

¿Cuáles fueron las 2 asignaturas electivas que realizó durante la carrera de medicina de la UNLaM? NO indique las materias transversales como inglés o computación

136 respuestas

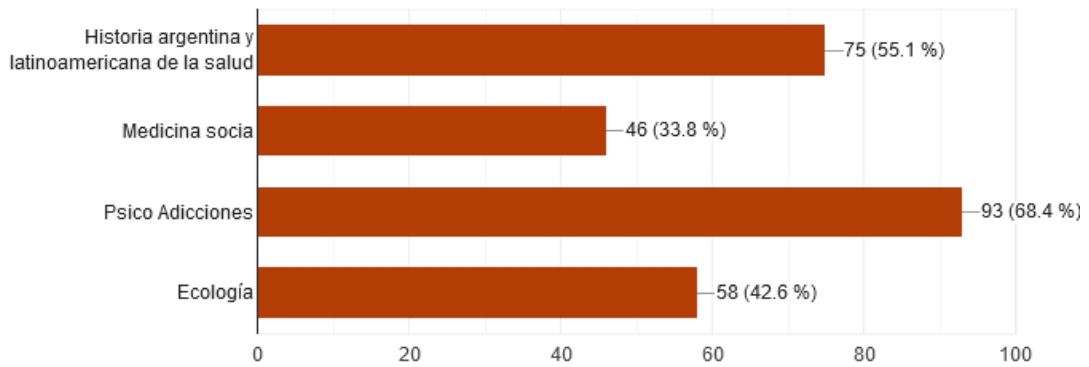


Gráfico n° 39. Las dos materias electivas (de 4 en total), psico adicciones e Historia argentina y latinoamericana de la salud son las que mas han asistido las tres cohortes de graduados

Tuvieron alguna incidencia las asignaturas electivas por usted señalada en la pregunta anterior, en la elección de la especialidad.



Gráfico n° 39. Las asignaturas electivas antes mencionadas no tuvieron influencia en la decisión de especialidad

Algunas consideraciones explicitadas en las respuestas por los médicos graduados en medicina UNLaM fueron las siguientes:

- ξ *Cuando empecé la carrera justamente lo que no quería hacer es pediatría, por miedo al sufrimiento de los niños si cometía un error.*
- ξ *Inicie esa residencia, pero renuncié por una mal experiencia*
- ξ *El espacio de campo, y la orientación social de la carrera en su conjunto me motivaron a seguir otra especialidad*
- ξ *No conocía exactamente la rama de la ortopedia y traumatología, la cual logró atraparme al momento de la cursada*
- ξ *motivo fue la saturación de demanda de asistencialismo que demanda clínica médica, falta de pasión por lo que hacía. Necesidad de otras responsabilidades e interés por otro tipo de conocimientos.*
- ξ *Al principio me interesaba cirugía general, pero en las rotaciones en hospitales me di cuenta que no podría trabajar de eso toda mi vida. Me di cuenta que quiero trabajar en consultorios y otros ámbitos con más relación médico-paciente. Algo que está currícula más humanitaria me transmitió.*
- ξ *Inicié la carrera queriendo ser Infectólogo, luego consideré que sería mejor tener una fuerte base clínica previa que no me daba un solo año de rotación por clínica médica en infectología.*
- ξ *Mi primera elección era terapia intensiva. Sin embargo, la modalidad laboral de guardias luego de la residencia me llevó a la elección de clínica médica en la*

que las modalidades de trabajo pueden ser variadas si continúo con mi formación (guardias, sala, consultorios, etc.).

- ξ *Ninguna otra especialidad me permitía abordar a las personas de manera tan integral y en distintos escenarios.*
- ξ *Inicialmente deseaba ser cirujana cardiovascular. No me sentí cómoda en mis rotaciones por quirófano, no me gustó el ambiente laboral alrededor de la cirugía en general, y no sentí la motivación y felicidad que sentí al estudiar cardiología y aplicarla, o al estudiar pediatría y neonatología y atender niños.*
- ξ *El rotar tempranamente por los servicios permitió saber cuál era el lugar donde podía verme en el futuro y cuales eran mis gustos*
- ξ *Me di cuenta de que me aburre la clínica médica (la tarea diaria en sí, no el contenido. Además, siento que al faltar tantos recursos quedan muchos "baches" una vez que el paciente es dado de alta, como que se pierde todo el esfuerzo que se hizo durante la internación).*
- ξ *Hasta quinto año de la carrera estaba convencido que iba a rendir para Medicina General en la provincia de Neuquén, para adjudicar en alguna de las sedes rurales. Sin embargo, a medida que se fue desarrollando la PFO, que experimenté el día a día de Medicina General (aunque en un ámbito marcadamente diferente al de Neuquén) que evalué el impacto de esa decisión en mi vida y las consecuencias que tendría (principalmente el desarraigo de mi ámbito familiar y social), realicé un nuevo análisis de lo que quería en mi vida profesional, en mi día a día, y a que no quería renunciar en mi vida extra profesional, y terminé inscribiéndome en Clínica Médica en el distrito de CABA + PBA + Hospitales Nacionales.*
- ξ *Pensaba originalmente seguir pediatría porque me gustaba la atención ambulatoria. Decidí hacer medicina general para trabajar en atención ambulatoria en todas las edades y de forma más amplia e integral.*
- ξ *La especialidad que elegí era totalmente diferente a lo que imaginaba. La rotación en la PFO me ayudó a conocer la especialidad y a interiorizarme.*
- ξ *Yo quería hacer Diagnóstico por Imágenes para realizar ecografías, pero al informarme bien acerca de la residencia, descubrí que, en casi todos los hospitales, lo que a mí me interesa que es ecografía, y más específicamente Salud materno fetal, era muy poco lo que se veía. Por ese motivo, y para poder*

pasar más tiempo con mi hija (1 año y medio) decidí hacer los cursos de ecografías respectivos a mi área de interés.

ξ *Personalmente considero que las especialidades médicas hoy en día se pueden dividir de dos maneras entre otras: aquellas que acompañan a el paciente durante la enfermedad (apuntando más a enfermedades crónicas) y aquellas que se dedican a resolver problemas puntuales. Personalmente me inclino más por el segundo grupo. además, me gusta las cosas prácticas y siempre me gusto la cirugía.*

ξ *Mi comentario es principalmente de agradecimiento y orgullo por haberme formado como médica en la UNLaM. Considero que la formación en la UNLaM fue excelente, siento que las bases como medica son muy sólidas, nutridas por conocimiento científico, pero también con una cuota muy importante de compromiso social, de mirada y pensamiento crítico. La mirada integral del paciente, su entorno y circunstancias, el objetivo en la promoción y prevención de la salud creo que van a ser las principales bases que guiarán mi labor como médica, y sin duda creo que eso será posible por haberme formado en la UNLaM. Realmente me siento orgullosa de haberme formado allí.*

Discusión de Resultados y Conclusiones según objetivos planteados

Como citáramos en la presente Tesis de Maestría, las evidencias actuales del funcionamiento de los sistemas de salud en el mundo y su repercusión en el proceso salud – enfermedad de las comunidades requiere pasar del modelo asistencialista biologicista al modelo integral, estructurado en medidas de promoción y prevención de la salud en todos los niveles de atención, primer, segundo y tercer nivel.

La carrera de Medicina de la UNLaM inició en el año 2012. En el presente análisis tomamos la referencia de las primeras tres cohortes de médicos graduados, del 2017 al 2019.

Del total de 129 médicos que contestaron la encuesta, el promedio de edad es de 28,3 años. Si consideramos por definición la tasa neta de graduación fue para las tres cohortes de:

- ξ 2017 (inicio 2012); 0,39
- ξ 2018 (inicio 2013): 0,25
- ξ 2019 (inicio 2014): 0,38

Este dato habla de aquellos estudiantes residentes de duración teórica¹ probablemente con un valor similar a la media de las carreras universitarias en Argentina, que para el anuario estadístico de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del 99 al 2003, daba cuenta de que los estudiantes en Educación Superior tardan 60% más de lo establecido en tiempo para graduarse. Sólo el 29,6% egresa en tiempo teórico (universidades estatales 25,7% y privadas 41,5%).

El proceso de feminización

Tal como se observa en la bibliografía, la amplia mayoría del alumnado universitario hoy es de género femenino. En nuestro caso de manera similar, se observa que más del 66% de la 1ª cohorte de graduados y más del 75% de la 2ª y 3er cohortes son médicas graduadas.

La participación de las mujeres en la población estudiantil de pregrado y grado para el año 2019 es de:

- ξ 58,6% de estudiantes mujeres
- ξ 58,4% de nuevas inscriptas mujeres
- ξ 61,2% de egresadas mujeres

¹ Aquellos que terminan la carrera en tiempo igual o menor al determinado por el Plan de estudios.

Cuando observamos la separación de especialidades por género, encontramos:

Especialidad	Género Femenino	Género Masculino
Anestesiología	2 (2,1%)	5 (13,8%)
Cardiología	1 (1%)	2 (5,5%)
Clínica Médica	18 (19,3%)	10 (27,7%)
Clínica quirúrgica	12 (12,9%)	3 (8,3%)
Diagnóstico por imágenes	4 (4,3%)	1 (2,7%)
Emergentología	5 (5,3%)	
Endocrinología		1 (2,7%)
Toco ginecología	10 (10,7%)	1 (2,7%)
Medicina General y/o Familiar	10 (10,7%)	3 (8,3%)
Neurocirugía		2 (5,5%)
Ortopedia y Traumatología	6 (6,45%)	1 (2,7%)
Pediatría	20 (19,3%)	5 (13,8%)
Psiquiatría	1 (1%)	
UTI	3 (3,2%)	2 (5,5%)
Urología	1 (1%)	
Total	93	36

Tabla n° 53. En el caso del género femenino la especialidad mas elegida fue pediatría y luego clínica médica, en el caso del género masculino la selección fue a la inversa, sumándose anestesiología

En el caso del género masculino (n=36), la distribución de especialidades ha sido clínica médica, anestesiología, pediatría, clínicas quirúrgicas y medicina general y/o familiar. En el caso de las mujeres (n=93), han sido pediatría, clínica médica, clínicas quirúrgicas, toco ginecología, medicina general y/o familiar, ortopedia y traumatología, emergentología y diagnóstico por imágenes.

La nacionalidad de los graduados médicos de la UNLaM, que podría constituirse como sucede en muchos casos, especialmente en universidades privadas en Argentina con matrícula extranjera elevada, en el caso de la presente tesis, el 100% de los médicos graduados es argentino. La terminación de la carrera suele ser el puente de regreso a sus países de origen y validar el título universitario en ellos, o frecuentemente también, no sólo finalizar la carrera sino también la especialización en nuestro país.

Para el año 2019, Argentina tiene un total de tan sólo 4% de sus estudiantes extranjeros (pregrado y grado), lo que significan 87.122 estudiantes extranjeros en universidades argentinas, estatales y privadas. El 95,2% proviene de países de Latinoamérica.

El lugar de residencia podría constituir otro factor de selección de especialidad según área geográfica de residencia. Casi el 36% de los graduados reside dentro del Partido de La Matanza, el 36% en la CABA y un 15% en el Partido de Morón. El 100% de los encuestados optó por realizar su residencia en instituciones sanitarias de CABA, La Matanza y Morón.

El 88% se encuentra soltero (n=114) y la distribución proporcional por cohortes es de similar valor.

Solo 11 graduados (8,5%) están casados (5; 3,88%) o en unión de hecho (6; 4,6%).

Especialidad	casado	Unión de hecho
Clínica Médica	2	
Clínica quirúrgica	1	1
Emergentología	1	
Medicina general y/o familiar	1	2
Diagnostico por imágenes		1
Ortopedia y traumatología		1
Pediatría		1
total	5 (3,88%)	6 (4,65%)

Tabla n° 54. Muestra el escaso porcentaje de graduados en relación estable casado o en unión de hecho

Además, de los 10 médicos graduados que tienen hijos (7,7%), estos eligieron como especialidad:

Especialidad	hijos
Clínica Médica	1
Clínica quirúrgica	1
Medicina general y/o familiar	2
Diagnostico por imágenes	1
UTI / emergentología	4
Pediatría	1
total	10

Tabla n° 55. Los graduados con hijos eligieron como especialidad UTI/emergentología y luego medicina gral/familiar

El 80% de los médicos graduados con hijos ha elegido su especialidad teniendo al compromiso social como primer condicionante. Uno de ellos lo ha hecho por tradición familiar y solamente uno tomo en cuenta el tiempo dedicado para otras actividades. Cuatro de ellos, han elegido especialidades de emergencia o terapia intensiva y cuatro de ellos esgrimen como 2° condicionante de elección de especialidad la afinidad por la investigación.

En conclusión, ni el género, ni la situación paternal / maternal han tenido injerencia decisiva en la elección de especialidad.

Algunas conclusiones relevantes son que del total de aquellos graduados que hacen su especialización en medicina general y/o familiar (n=13; 10%), el 77% son mujeres (n=10). Si tomamos las 5 especialidades básicas cuyas prácticas replican en la PFO (6° año de la carrera, a excepción de salud mental), tenemos que de 93 medicas graduadas, 70 (75,2%)

han elegido alguna de estas especialidades. En cambio, para los hombres, 22 han seguido estas especialidades básicas (61,1%).

Entendiendo que el capital cultural y simbólico se traslada con diferentes herramientas a las generaciones posteriores, podemos decir que en nuestro caso muy pocos graduados tienen padres de profesión médica o inclusive, del ámbito general de la salud. Hay dos casos donde ambos padres son médicos y dos casos donde uno de ellos lo es (clínica médica y cardiología fueron las especialidades de esos padres). Representan un porcentaje muy bajo de graduados que tienen familiar de primer grado médico.

Con respecto a la escolaridad 1ª, del total de 89 graduados que concurrieron a establecimientos escolares del sector privado (69%) y 40 al público (31%), observamos que:

Especialidad	privado	Público
Anestesiología	5 (5,6%)	2 (5%)
Cardiología	3 (3,3%)	
Clínica Médica	14 (15,7%)	14 (35%)
Clínica quirúrgica	12 (13,4%)	3 (7,5%)
Diagnóstico por imágenes	2 (2,2%)	3 (7,5%)
Emergentología	3 (3,3%)	2 (5%)
Endocrinología		1 (2,5%)
Toco ginecología	11 (12,3%)	
Medicina General y/o Familiar	6 (6,7%)	7 (17,5%)
Neurocirugía	1 (1,1%)	1 (2,5%)
Ortopedia y Traumatología	5 (5,6%)	2 (5%)
Pediatría	22 (24,7%)	3 (7,5%)
Psiquiatría		1 (2,5%)
UTI	4 (4,4%)	1 (2,5%)
Urología	1 (1,1%)	
Total	89	40

Tabla n° 56. *Pediatría, clínica médica, clínica quirúrgica y toco ginecología fueron las especialidades más elegidas de quienes asistieron a escolaridad inicial privada. Clínica médica y medicina gral/familiar son las más elegidas entre quienes asistieron a escolaridad inicial pública*

La escolaridad primaria no tiene incidencia en la selección de especialidades para el caso de medicina general y/o familiar, clínica médica, pero si se observa una mayor incidencia en especialidades como cirugía, pediatría, toco ginecología y anestesiología donde predominan aquellos que han realizado su escuela en establecimientos privados. Medicina general y/o familiar aparece elegida en mayor cantidad por aquellos que asistieron a escuelas públicas que privadas.

Para el caso de la escuela media, 91 graduados concurren al ámbito privado (70,5%) y 38 al público (29,4%).

Especialidad	privado	Público
Anestesiología	5 (5,5%)	2 (5,2%)
Cardiología	3 (3,2%)	
Clínica Médica	13 (14,2%)	15 (39,4%)
Clínica quirúrgica	13 (14,2%)	2 (5,2%)
Diagnóstico por imágenes	1 (1%)	4 (10,5)
Emergentología	3 (3,2%)	2 (5,2%)
Endocrinología		1 (2,6%)
Toco ginecología	11 (12%)	
Medicina General y/o Familiar	7 (7,7%)	6 (15,7%)
Neurocirugía	2 (2,1%)	
Ortopedia y Traumatología	5 (5,5%)	2 (5,2%)
Pediatría	24 (26,3%)	1 (2,6%)
Psiquiatría	1 (1%)	
UTI	3 (3,2%)	2 (5,2%)
Urología		1 (2,6%)
Total	91	38

Tabla n° 57. Las especialidades pediatría, clínica médica, clínica quirúrgica y toco ginecología son las más elegidas entre los que asistieron a escuelas medias privadas. En el caso de los que asistieron a establecimientos públicos, clínica médica y medicina general/familiar han sido las más elegidas.

Se vuelve a observar que aquellos que asisten a colegios privados eligen con tendencia mayormente pediatría, toco ginecología, clínicas quirúrgicas. No así para clínica médica, medicina general y/o familiar donde la distribución entre aquellos que asistieron a establecimientos privados / públicos es homogénea.

Síntesis del análisis de factores condicionantes para la selección de especialidad

En base a los resultados obtenidos de todos los factores condicionantes existen dos (2) que han sido ampliamente los más seleccionados y que han traccionado la elección de la especialidad:

- ξ Compromiso social
- ξ Razones geográficas

El compromiso social fue seleccionado como primer motivante o condicionantes por 67 graduados (52%) y por 101 graduados (78,2%) como uno de los tres principales motivos a la hora de elegir una especialidad.

Dentro de este motivo seleccionado en 1er lugar, como citamos anteriormente en los resultados, incluye a las especialidades básicas: clínica médica, clínicas quirúrgicas, medicina general y/o familiar, pediatría y en menor medida tóco ginecología.

El 45% de los graduados que asistieron a la escuela media privada eligen al compromiso social como 1er motivo y lo hace el 65,7% de los que asistieron a establecimientos públicos. A pesar de este porcentaje, son ampliamente el primer motivo ampliamente seleccionado por los graduados de ambos tipos de gestión.

También el compromiso social representa el condicionante más seleccionado en cada una de las tres cohortes.

Hay un dato relevante al cruzar el compromiso social como motivo principal de elección de especialidad y el tipo de institución adjudicada para realizar la etapa de formación como residentes. Solo 8 graduados (44%) cuya residencia la están realizando en el ámbito privado tienen a este condicionante y 58 (52,2%) de los que realizan residencia médica en establecimientos asistenciales de salud públicos lo han seleccionado. La diferencia entre ambos no es significativa desde el punto de vista estadístico.

En el caso del compromiso social, 88 graduados (68,2%) refieren que existió influencia de algún profesor, docente o tutor para la selección de especialidad.

Cuando se cruzan datos sobre el compromiso social como 1er motivo y el momento de la carrera donde se decidió por una especialidad, observamos que 19 graduados (14,7%) lo hicieron durante la PFO, 11 (8,5%) en 4º año de la carrera y 11 (8,5%) antes del inicio de la carrera.

En la PFO, 26 graduados (20,1%) elige la especialidad teniendo el compromiso social entre los primeros tres motivos.

El 2º condicionante fueron las razones geográficas. Este condicionante fue elegido como 1er motivo en la selección de especialidad por 19 graduados (14,7%) y por 41 graduados (31,8%) como uno de los tres primeros motivos.

Como primer motivo de elección, la razón geográfica, el sitio de cercanía desde su lugar de residencia o domicilio hasta el hospital o centro de salud donde efectuara la especialización es un fuerte factor especialmente durante el 1er y 2º año de las carreras universitarias, cuya intensidad de cursada regular, presencial, intensidad de trabajo en terreno condiciona altas horas de estadía institucionalizada.

Son pediatría y clínica quirúrgica donde mas se observa esta elección. Aunque no se visualiza de forma directa en los datos, dentro de pediatría están aquellas subespecialidades con alta carga horaria de intensivismo (neonatología, UTI pediátrica, etc).

El género femenino eligió esta razón de distancia con un porcentaje mas elevado que el masculino: 16,13% (15 graduados) versus 8,33% (3 graduados), diferencia significativa.

Esto ocurre fundamentalmente también con las cohortes 2017 y 2019 y en menor medida en la cohorte 2018. La razón geográfica no parece estar relacionada con el ideario de ejercer la especialización posterior a la residencia en el mismo lugar de formación como especialistas. Para este condicionante no se han encontrado otras variables de correlación como influencia de docentes, compañeros, asignaturas o espacios donde se desarrolló la carrera.

Síntesis de conclusiones relacionadas con los condicionantes para le elección de Medicina General y/o Familiar

Como ya hemos visto e intervenido en esta Tesis de Maestría, en nuestro país, medicina general y/o familiar adquiere varias denominaciones diferentes y su cosmovisión, visión de desarrollo de la especialidad en sí misma tiene también diferentes matices especialmente en el modo de trabajo asistencial, investigar la realidad, etc. A veces pueden constituirse como mundos separados, contrapuestos.

De cualquier manera y tal como lo planeamos en los objetivos (objetivos b y c), podemos sintetizar los hallazgos de la siguiente manera:

Del total de 129 encuestados, 13 (10%) se encuentran en formación en Medicina General y/o Familiar. Son la 4ª especialidad elegida por los graduados de la UNLaM entre las cohortes 2017 a 2019, teniendo por delante a clínica médica con 28 graduados (21,7%), pediatría con 20 (15,5%) y clínica quirúrgica con 15 graduados (11,6%). Separados por cohortes tenemos:

Medicina general y/o familiar	2017	2018	2019
	4	5	4
	9%	17,8%	7%

Tabla n° 58. Porcentajes de graduados por cohorte que eligieron a medicina general y/o familiar como su especialidad

El 77% (n=10) son mujeres. Este dato coincide con el trabajo de Kremer y Daverio (2014). Este dato solo es contrastable con el número de mujeres graduadas que eligieron pediatría que es de un 16,2%. Para el resto de las especialidades básicas, el porcentaje es menor.

Especialidad	Género femenino	%
Clínica Médica	18	13,9
Clínica quirúrgica	12	9,3
Toco ginecología	10	7,7
Medicina General y/o familiar	10	7,7
Pediatría	21	16,2

Tabla n° 59. Las mujeres eligieron mas frecuentemente medicina gral y/o familiar como especialidad

La edad promedio es de 31 años. De los 13 médicos en formación en Medicina General, 7 de ellos (53%) realizaron la escuela primaria en ámbito privado y 6 (47%) en público.

Gestión Escolar	Escuela 1a	Escuela 2ª
Público	7	6
Privado	6	7
Total	13	13

Tabla n° 60. Muestra la relación entre aquellos que han elegido medicina general y/o familiar y el tipo de establecimiento inicial y medio al que han asistido

Ninguno de ellos tiene antecedente familiar de primer grado medico en su familia.

Los 13 realizan su residencia en establecimientos de gestión pública.

Doce de ellos (92,3%) nacieron y residen en la Provincia de Bs As y uno nació en la Provincia de Formosa, con residencia actual en la provincia de Bs As.

Cuatro de los 12 nacidos en Bs As., nacieron y residen en La Matanza (casi 31%), 2 en CABA, 2 en Ituzaingó, 1 en Merlo y 2 en Morón.

Lugar de nacimiento	
La Matanza	4
Mar del Plata	1
Ituzaingó	2
Merlo	1
Formosa	1
CABA	2
Morón	2
total	13

Tabla n° 61. Muestra el lugar de nacimiento de los graduados que se especializan en medicina general y/o familiar

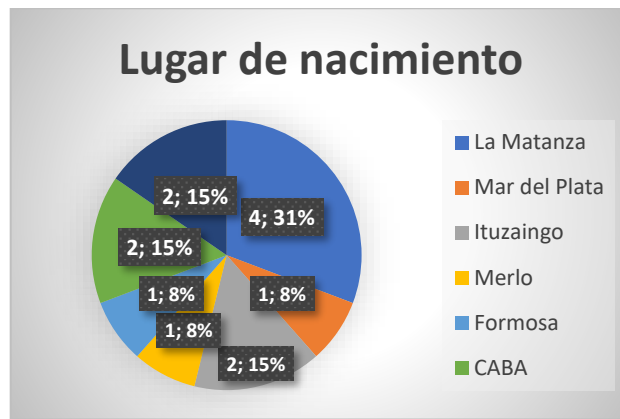


Gráfico n° 40. Gráfico que muestra la distribución por nacimiento de aquellos graduados que eligieron medicina general como especialidad

Estado civil y paternidad / maternidad

El 61% están solteros y solamente dos tienen hijos.

Estado civil	Total
Soltero	8
Unión de hecho	2
Casado	1
Viudo/a	1
Divorciado	1

Tabla n° 62. Estado civil de los que han elegido medicina general como especialidad

Lugar de formación de la especialidad

Lugar de formación en Medicina General y / o familiar	N° de residentes
Hospital Italiano de Buenos Aires (San Justo, La Matanza)	1
Hospital General de Agudos Dr Teodoro Álvarez (CABA)	1
Hospital Municipal Angel Marzetti (Cañuelas)	1
Región Sanitaria VII	1
Centro de Salud n° 5 (Hospital Santojjani) (CABA)	3
Centro de Salud n° 6, Loma Hermosa (General San Martín)	1
Centro de Salud n° 7 Dr Eizaguirre (Villa Celina)	3
Unidad Sanitaria Florencio Molina Campos (Moreno)	2

Tabla n° 63. Lugar elegido para realizar la especialización en medicina general y/o familiar

Cuando se indaga acerca del momento donde han tomado la elección por esta especialidad, obtenemos:

Año	N°
1er	2
2°	2
3°	1
4°	0
5°	2
6° / PFO	2
Al momento de inscribirse al examen de residencia	2
Antes de comenzar la carrera	1
Durante el ingreso a la carrera	1

Tabla n° 64. El momento de elección de la especialidad en medicina gral y/o familiar esta uniformemente distribuido en los primeros y últimos 2 años de la carrera

Cuando se indaga acerca de si tuvieron incidencia al momento de elegir la carrera algún profesor, docente, tutor, doce (12; 92%) dijo que sí, lo que parece ser uno de los condicionantes o favorecedores de la selección en esta especialidad. Transcribimos as opiniones de los residentes de Medicina General y/o Familiar graduados de la UNLaM acerca de estos profesores:

Profesores que tuvieron influencia en la elección de especialidad de Medicina General y/o Familiar
Dr Mario Acuña †, Dr Javier Falcone
Sin lugar a dudas Mario Acuña† fue, es y será un referente para mí en esta especialidad. En el momento que lo conocí anhelé ser un médico cómo él en lo profesional y humano. Y claramente tuvo una profunda incidencia en la selección de la especialidad. La cual luego se vio nutrida por los aportes del Dr. Javier Falcone en el trabajo en terreno y de la Dra. Karin Kopitowski en el momento crucial en que dude de seguir este camino, quien con sus palabras logró encender mi pasión por esta especialidad y de cuya elección me siento agradecido.
Mario Acuña†, Mario Rovere, Mario Elmo, Julio Fernández, Carolina Fraga, Karin Kopitowsky
Mario Acuña.† Viviana Visus. Julio Fernández
Mario Rovere y Mario Acuña†
Mario Acuña†, Mario Rovere, Viviana Mazur
Mario Rovere y Mario Acuña†
Muchísimos! pero la principal fue Viviana mazur, tutora de campo los dos primeros años de la carrera
Mario acuña, Viviana Mazur, Claudio Berardi (aunque no realizó la especialidad tiene una mirada similar)
Mario Rovere y Eduardo del Cerro

Tabla n° 65. Docentes que tuvieron influencia en la selección de medicina gral y/o familiar en los graduados

Cuando se indaga acerca de si hubo materias electivas que incidieran en la elección de la especialidad:

Año	N°
Ninguno	8
Historia de la Salud Argentina y Latinoamericana	3
Medicina Social	1
Ecología	1

Tabla n° 66. No hubo en general influencia de las materias electivas en la selección de medicina gral y/o familiar en los graduados

Nivel de educación de los padres

Nivel educativo	Máximo nivel alcanzado padre	Máximo nivel alcanzado madre
1° incompleto	2	
1° completo	5	1
2° incompleto	3	3
2° completo		4
3° completo	1	2
Universitario incompleto	1	1
Universitario completo	1	2

Tabla n° 67. La influencia de los padres que finalizaron y obtuvieron título universitario no es predominante entre aquellos que eligen medicina general y/o familiar

Entrevistas a médicos graduados de la UNLaM que se encuentran haciendo la especialidad de Medicina General y/o Familiar

Género: casi el 90% de los médicos es de género femenino

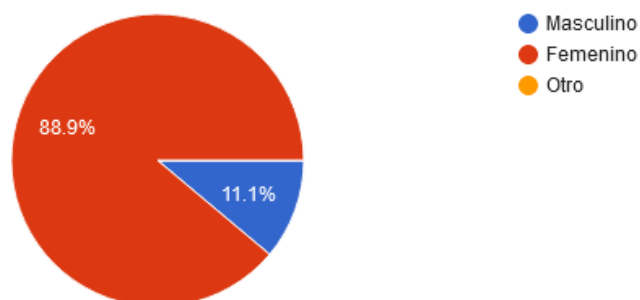


Gráfico n° 41. Casi el 89% de los graduados entrevistados es de género femenino

Año de graduación / Cohorte

Como se observa, de los 9 médicos que han respondido la encuesta, 2 son de la cohorte 2017, 4 de la 2018 y 3 de la cohorte 2019.

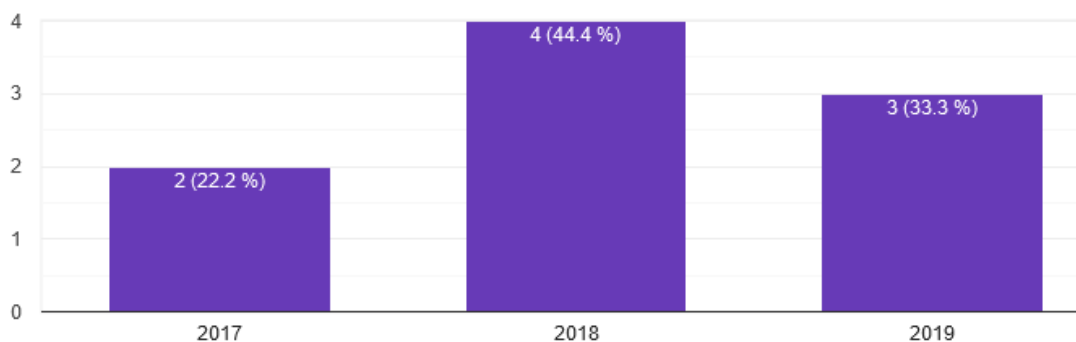


Gráfico n° 42. Distribución de los entrevistados que realizan medicina general entre las 3 cohortes

Edad de los encuestados

ξ Promedio de edad: 33 años

ξ Mediana: 29 años

¿Cuál es el nombre exacto de la especialidad?: en este caso 8 entrevistados se encuentran haciendo su especialización en medicina general y/o familiar y 1 en medicina general

Medicina General y/o Familiar	8
Medicina General	1

¿Dónde realiza su formación actual como residente / concurrente? (Indique el hospital, centro de salud, etc específico?)

Institución	N° médicos
Centro de Salud N°7 "Dr. Eizaguirre" de Villa Celina, La Matanza, Provincia de Buenos Aires	3
Hospital Ramón Carrillo, San Martín de los Andes, Provincia de Neuquén	1
Unidad Sanitaria Florencio Molina Campos, Moreno, Provincia de Buenos Aires	1
Hospital Alvarez (CABA)	1
Hospital Municipal Ángel Marzetti, Cañuelas, Provincia de Buenos Aires	1
CeSAC 5 - Htal Santojanni (CABA)	1
Centro de Salud N 6. Caseros, Tres de Febrero, Provincia de Buenos Aires	1

Tabla n° 68. Lugar de especialización en medicina general y/o familiar de los entrevistados

Describe el motivo o los motivos y condicionantes que lo llevaron a tomar la decisión de querer tener como especialidad la medicina general y/o de familia? Involucra aspectos de cercanía con el lugar de trabajo, compromiso social, prestigio, valor económico, padres con igual trayectoria, etc.

“Decidí realizar la especialidad en dicho centro de salud ya que vivo, crecí y tuve la posibilidad de estudiar en La Matanza. Creo que la MG me permite entender la salud desde un concepto amplio y poder acompañar a lxs pacientes de una forma más cerca, y con un compromiso hacia la salud pública y la estrategia de la APS.”

“Prestigio y perfil del egresado”

“La posibilidad de acompañar el proceso de salud enfermedad en todas las etapas vitales de una población”

“Elegí esta especialidad por la visión integral que tiene de los procesos de salud-enfermedad-atención. Me gusta el trabajo en el consultorio porque permite pensar al paciente clínicamente y utilizar el razonamiento clínico, así como también favorece la relación medico paciente, fundamental para abordar los problemas de salud que tratamos. Otra de las razones es me gusta poder tratar a todos los grupos etarios, conociendo las diferencias y particularidades de cada uno. En conclusión, esta especialidad es la que más se alinea con mi visión de la medicina y mi ideal de médica.”

“Compromiso social y feos de trabajar desde la salud en equipos de promoción, prevención y educación para que el derecho a la salud sea real.”

“La mirada de abordaje integral. La posibilidad de acompañar a las personas a lo largo de todas las etapas de la vida. El trabajo en territorio, a través del trabajo comunitario junto con otras disciplinas. La versatilidad de los espacios que se transitan a lo largo de la formación y las posibilidades de trabajar a futuro.”

“Siempre me intereso la atención primaria de la salud y el trabajo en consultorio en el sector público. Considero al centro de salud como el lugar con el cual la población tiene un primer contacto y un espacio en el cual se le puede brindar una atención integral a los pacientes”

“Dentro de los motivos o condicionantes de mi elección de la Especialidad de Medicina General y/o Familiar se encuentran el interés por realizar consultas ambulatorias dentro del Primer nivel de atención, el compromiso social, la posibilidad de realizar actividades comunitarias, la oferta de realizar una atención variada (acompañar al paciente y su familia en diferentes etapas de su vida y en el transcurso de diferentes patologías). A su vez la forma en que se desarrollan las Residencias de Medicina General (guardias diurnas de 12hs, horarios, forma de trabajo sin verticalismo, etc) se ajustan con mis expectativas de vida e intereses.”

“La decisión fue en primer año, cuando rote por los centros de salud y puede valorar el trabajo de los médicos generales, su compromiso con los pacientes con un mirada íntegral. Además de trabajar en el primer nivel de atención hace que se puedan resolver la mayoría de las problemáticas de la gente, descentralizando el nivel hospitalario. Fomentando la prevención y la promoción. Si bien la especialidad en Clínica médica me gustaba, la carga horaria de la residencia fue un punto muy fuerte que hizo la descartara como opción.”

¿Cuál es su percepción actual acerca de la medicina general y/o de familia en nuestro contexto socio sanitario?

“La MG permite que en este contexto sanitario particular se pueda tener un abordaje territorial de la pandemia, sosteniendo las actividades tanto asistenciales como comunitarias propias de cada efector.”

“En la actualidad se ve a la especialidad como un gran tapa bache lamentablemente y no valoran el verdadero valor de la especialidad, pero cuando se conoce la formación es valorada por pares y otros miembros del equipo”

“Me parece muy necesaria para poder abordar los problemas de la población de una forma integral .”

“Creo que hay mucho camino por recorrer. Todavía los médicos generalistas no encuentran su lugar en sistema de salud ya sea por desconocimiento de la especialidad de las personas que gestionan los servicios de salud (publicos y privados) o por desconocimiento de los pacientes respecto a la especialidad. Esto ocurre principalmente en CABA y conurbano, donde al haber disponibilidad de clínicos, pediatras o ginecólogos son ellos quienes terminan realizando el trabajo de consultorio. Muchas veces a los pacientes les lleva tiempo entender la especialidad, aunque luego generalmente quedan muy satisfechos con la atención.”

“Que la atención Primaria de la salud debe ser un eje prioritario en la gestión pública.”

“Habiendo atravesado el contexto de pandemia, creo que destacó nuevamente la mirada hospitalocentrica de la salud. A nivel sociedad, todo se centró en el hospital y en el asistencialismo (que fue necesario) pero se dejó de lado otros aspectos que también hacen a la salud de las personas. Nuestro trabajo en el centro de salud fue muy importante, no solo orientado a la atención de personas con síntomas de covid o dengue, sino también para garantizar la atención en todos los otros aspectos de la salud que en muchos lugares se dejó de lado”

“Considero que en nuestro contexto es una especialidad muy necesaria, sobre todo para trabajar sobre la prevención en salud. Al ser una especialidad que abarca todas las edades y una gran diversidad de patologías, resolvemos la gran mayoría de las consultas frecuentes de la población.”

“En el actual contexto socio sanitario considero que la Medicina General es fundamental para dar respuesta a las necesidades cotidiana de la población.”

“Creo que todavía la especialidad de medicina general está muy desvalorizada. Aun la salud/enfermedad está concentrada en el nivel hospitalario, desde recursos humanos a recursos no humanos. Aún sigue siendo una especialidad desconocida por la gente y se la confunde con un médico clínico/pediatra/ginecólogo También es muy desconocida por trabajadores del sistema de salud (médicos, administrativos, enfermeros)”

¿Cuál cree que es la mirada "ajena" o de otras especialidades acerca de las funciones y del ejercicio de un médico generalista y/o de familia?

“Creo que generalmente no se tiene conocimiento del rol de médico generalista dentro de la estrategia de la APS. Esto genera en muchos casos que la inserción laboral no sea desde esa perspectiva sino más enfocada a la atención ambulatoria solamente.”

“Depende de cuanto conocen de la especialidad con respecto a pediatría y clínica médica somos valorados en la forma de resolución y acompañamiento de los pacientes incluso como Inter consultores. Con respecto a ginecología al tener diferentes criterios de actuación la aplicación de la medicina basada en la evidencia, por momentos es ríspida”

“Que solo estamos para derivar pacientes a los especialistas”.

“Hay mucho prejuicio por parte del resto de las especialidades, principalmente por desconocimiento, que se ve principalmente en médicos de mayor edad o en especialidades quirúrgicas. El tipo "sabe un poco de todo y mucho de nada", incluso me han llegado a decir que no era una especialidad. Algunos profesionales se sienten amenazados por sienten que vamos cumplir su rol sacándoles el trabajo. Generalmente todos estos prejuicios desaparecen cuando empezamos a trabajar juntos y reconocemos mutuamente nuestras fortalezas y debilidades, entendiendo que los médicos generalistas tienen muchos para ofrecer al resto de las especialidades y viceversa. Una vez que se logra esto aprendemos juntos y nos nutrimos mutuamente. Rotando por diferentes especialidades del hospital también me han dicho "no se cómo hacen para saber tantas cosas diferentes, yo no podría". Al trabajar con nosotros y conocernos, respetando nuestras diferencias, se forman dinámicas de trabajo muy enriquecedoras para todos”

“Se la minimiza en gran parte entre colegas (derivólogos, que saben un poco de todo)8, pero la sociedad valora positivamente y nota la diferencia cuando es atendida por un médico generalista.”

“Es variable. A lo largo del recorrido me encuentro con personas que saben de qué se trata y con las que se trabaja en red y otras personas no están al tanto, incluso no la conocen como especialidad.”

“En muchas ocasiones me encontré con personas que consideran que es una especialidad muy amplia, que muchas veces no logra resolver el problema de los pacientes, por lo cual es necesario consultar con otro especialista y que no es redituable en relación a lo monetario, en comparación con otras especialidades, sobre todo las quirúrgicas”.

“Creo que otras especialidades no conocen las implicancias de la Especialidad, lo que genera que consideren que nuestro trabajo es menos relevante y que sólo nos encargamos de derivar a los pacientes a otras especialidades. También consideran que por no realizar actividades hospitalarias y guardias de 12 hs no estamos correctamente formados.”

“Hay muchos profesionales que no conocen la especialidad y desprestigian la gran tarea que se hace en el centro de salud, se piensa que nuestro rol es solo social y poco de asistencia médica, además se cree que el médico general solo deriva. El que conoce y ve como trabaja el

médico general se dan cuenta que es una de las especialidades más difíciles que existen, por el compromiso, por las condiciones laborales y territoriales, etc.”

Las especialidades a veces son elegidas por determinados condicionantes de vida y muchas veces, las mismas especialidades condicionan formas, estilos e ideales de vida. ¿Cuál cree que fue el aporte de la especialidad de medicina general y/o de familia a su vida? ¿qué cambió en su forma de mirar la realidad, la vida de los que lo rodean?

“En mi caso en particular, creo que mi forma de ver la realidad fue el aporte que pude hacer a mi formación. Mi recorrido en espacio precioso hizo que pueda elegir esta especialidad e ir aportando mi mirada a la formación que me brindan en mi residencia.”

“El estilo de vida que brinda la especialidad es fundamental, te permite continuar con tus vínculos y generar nuevos”.

“Me permite formarme en todas las áreas de la medicina de una forma amplia”.

“El ejercicio de la medicina general me hizo llevar a la práctica todo lo aprendido en las materias "sociales" de la carrera. Me hizo entender que la medicina también es una ciencia social, que no alcanzan con los conocimientos biomédicos, y que al fin y al cabo todos los problemas de salud son psicosociales. También me hizo ver, aunque sea un poco frustrante, que desde el consultorio solo podemos hacer un pequeño aporte. Los cambios estructurales en la salud de la comunidad se logran a través de la gestión y las luchas populares. De nada sirve saber indicar medicamentos si la persona no puede comprarlos o no puede acompañar su tratamiento con cambios en el estilo de vida. Me ayudó a visualizar que existen realidades muy diferentes a la mía, muchas desigualdades, personas que sufren mucha vulnerabilidad. Para mejorar la salud de la población es necesario mejorar las condiciones sociales y esos cambios no se logran trabajando solamente dentro del consultorio”

“Mi historia de vida y mi adolescencia setentosa no me permitirían elegir otra especialidad. Empatizar con el paciente y los otros”

“Me ayuda a ampliar la visión de la salud. Me lleva constantemente a replantearme lo que considero como salud, como un proceso dinámico, y profundamente influenciado por el contexto. También a generarme interrogantes”

“En mi caso en particular, teniendo en cuenta el contexto de la población con la que trabajo, muchas veces se nos presentan en las consultas casos complejos, los cuales nos permiten analizar una diversidad de factores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado, y estos a su vez permiten que amplíemos nuestra mirada de la realidad y a pensar en las distintas realidades que vivencian las personas.”

“La Especialidad me brinda la posibilidad de continuar con mi estilo de vida y mis proyectos personales (emprendimiento personal, vida social, logros económicos, tranquilidad de cumplir actualmente mi deseo de maternidad sin la discriminación que ocurre en muchas de las Residencias hospitalarias). Modificó mi visión sobre diferentes problemáticas (sociales,

económicas, salud sexual, violencias, educativas, ambientales, etc). Me enseña día a día a acompañar al paciente, realizar una escucha empática, tratar patologías y ofrecer consuelo y apoyo cuando se requiere, comprender otras realidades, dejar de lado el prejuicio, trabajar en equipo, formar lazos con la comunidad y aportar mi experiencia y propuestas para planificar estrategias de abordaje.”

“Al estar en contacto con personas muy vulnerables, me hizo valorar más pequeñas cosas de la vida y ser agradecido por las oportunidades que uno tiene”

¿Cree que deberían hacerse cambios a la formación en el grado universitario para fortalecer la mirada integral de la salud y del proceso salud / enfermedad? ¿Cuáles serían esos cambios? Por ejemplo, mayor dedicación a las materias de medicina general en la trayectoria curricular, mayor trabajo en terreno, aspectos relacionados con competencias propias de la especialidad, etc

“En mi formación en la UNLaM considero que se fortaleció la mirada integral de la salud y del proceso salud/enfermedad. Considero que fue suficiente la perspectiva que se tuvo desde la carrera en cuanto a la formación de médicos generalistas”.

“Desde mi formación en UNLaM me sentí muy respaldada por mi formación a la hora de afrontar la residencia, pero esto mismo no sucede con otras formaciones”

“Creo que la formación de médicos con un currículum innovado, como lo es medicina en la UNLaM, ayuda a obtener una mirada integral de la salud / enfermedad en la población”.

“En la curricula de la UNLaM se brindan todas las herramientas necesarias para desempeñarse como médico generalista. No haría cambios en la curricula (al menos en la que curse yo, sé que hubo cambios desde ese momento a ahora). Todos mis compañeros de residencia son recibidos de la UBA y siempre admiran la curricula de la UNLaM cuando les cuento. Haber hecho la carrera en la UNLaM me dio una base muy sólida para mi desempeño en la residencia por diferentes motivos: conocimiento de guías y programas del ministerio, conocimientos de epidemiología, salud pública y gestión, cursada de medicina general extensa y amplia, herramientas para planificación de actividades comunitarias.”

“Creo que mi Universidad de origen debería mantener vivo sus ideas fundacionales”.

“Siento que la cursada en la facultad me brinda muchas herramientas que me sirven para la formación en la especialidad. Se podría complementar con profundizar algunas competencias específicamente en las materias de medicina general”.

“En nuestro caso en particular, considero que en la carrera de medicina de la UNLAM se trabaja de manera adecuada en relación con la atención/mirada integral de la salud y del proceso salud/enfermedad”

“Con respecto a esta pregunta considero que durante los años que me formé en la Universidad la carrera estuvo orientada en los aspectos mencionados”.

“Con la UNLaM se nota una gran diferencia con los graduados de otras universidades, al tener contacto con el primer nivel de atención desde primer año, salís de la facultad entendiendo con es el sistema de salud en Argentina. Cuando hice la carrera los últimos dos años se dejó de ir a los centros de salud, porque se supone que las materias aumentaban de complejidad y debíamos hacer prácticas a nivel hospitalario...en mí opinión rotaría por ambos niveles hasta el último día”.

¿Cree que deberían hacerse cambios a la formación en el posgrado en residencias de medicina general y/o familiar? Solo referido a la formación como especialistas en residencia y/o concurrencia si corresponde

“Creo que debería fortalecerse la inserción territorial de los residentes en la sede dónde realicen la residencia, además de romper con el hospitalo-centrismo, en relación con las numerosas rotaciones dentro de la formación de la especialidad, ya que el conocimiento y la formación también se construyen en otros espacios”.

“Si creo que deben ser más uniformes ya que vería mucho de una residencia a otra. Ya que no todas tienen formación en los 4 ejes básicos de la especialidad”.

“No”

“La formación de los médicos generalistas es muy diferente dependiendo del contexto en el que se ejerce. Si bien considero que la formación debería ser más homogénea, entiendo que el poder adaptarse al contexto también es una virtud. Todas tienen diferentes fortalezas debido a los diferentes perfiles que van construyendo. Tengo entendido que uno de los problemas que se presenta en la mayoría de las residencias es la ausencia de estructura de planta ejercida por médicos de familia (generalmente es ejercida por clínicos o pediatras) y esto si me parece un dato importante a modificar en el futuro”

“Si. Muchos.”

“La formación en las residencias es bastante variable porque suele ser autogestionada, si bien en CABA tenemos una coordinación general que "unifica" algunos aspectos. Siempre estamos actualizándonos y reflexionando para ir modificando aspectos de la formación”.

“No, considero que la manera en la que esta planificada es adecuada”.

“Estoy de acuerdo con la formación en la Especialidad ya que aborda los diferentes ejes temáticos necesarios”.

“Si, debería haber una unificación de las residencias, si bien hay un programa de medicina General hay una gran diferencia entre las residencias de CABA y PCIA. También hay pequeñas diferencias entre las de PCIA. BS.AS.”

Hemos llegado al final. Le agradezco mucho su participación. Sólo le pedimos que escriba y describa aquí en forma libre, todos los aspectos que crea conveniente realizar sobre la especialidad, su reflexión acerca de la misma en estos tiempos que corren. Muchas Gracias otra vez

“Creo que la especialidad de MG debe estar englobada en una estrategia pública y nacional de priorizar el primer nivel de atención, en un sistema de salud fragmentado en OS, prestadores privados y atención pública, con el eje de la salud puesto en los Hospitales; pensar la salud desde la territorialidad o desde la comunidad permite mejorar la accesibilidad”

“Es fundamental destacar que es una de las especialidades que cumple con el reglamento de residentes, la forma de aprendizaje no basado en castigos. Saludos y éxitos”

“Si bien hay momentos difíciles o frustrantes, creo que la medicina general ofrece una mirada del paciente, de la medicina y de la vida que no ofrecen otras especialidades. No me imagino ejerciendo otra especialidad. Incluso para luego realizar subespecialidades, te da una visión tan integral del paciente que siempre aportará de forma beneficiosa. Agradezco a la UNLaM por haberme presentado esta hermosa especialidad y por haberme dado modelos a los cuales admirar y tomar de ejemplo. Encontré lo que no sabía que estaba buscando”.

“Me gustaría explayarme, pero se me hace tarde para cumplir con una actividad a horario. Parece que tenemos poco tiempo extra los residentes”.

“Creo que la mirada integral no debería ser propia de la especialidad, y eso es algo que se aprende en la formación de grado. Nuestra especialidad nos permite acompañar a las personas en la comunidad donde se desarrollan. Quisiera que fuera más conocida por las personas y por otras especialidades, porque el reconocimiento es uno de los aspectos necesarios para poder trabajar en red”.

“Al momento actual estoy muy contento de haber elegido esta especialidad, considero que se trabaja mucho en relación con la prevención en salud y sobre una gran diversidad de patologías frecuentes, por lo cual es una especialidad muy necesaria. Así también, considero que haber transitado la pandemia dificultó el aprendizaje de los residentes debido a que se restringió la atención de algunas patologías que se atendían frecuentemente, o había que cubrir otros espacios, pero es algo sobre lo cual se está trabajando para mejorar”.

“Como mencioné previamente es una Especialidad que considero relevante en la situación actual, que abarca situaciones que otras Especialidades no logran por la distancia con la comunidad. Es una Especialidad que, por poseer menos carga horaria y una visión integral, no es menos importante que otras. Permite obtener una amplia salida laboral al finalizar la Residencia y brinda aprendizajes, herramientas y valores que si hubiese elegido otra Especialidad no sé si hubiese obtenido”.

“Es una especialidad hermosa, la elegiría una y mil veces, la especialidad es imprescindible para el sistema de salud y es gratificante en el día a día”.

Entrevistas a docentes de la UNLaM, médicos generalistas y/o de familia

Edad

El promedio de edad de los docentes es de 47 años

La mediana de edad es de 45 años

Género

El 71,4% de los encuestados es de género masculino

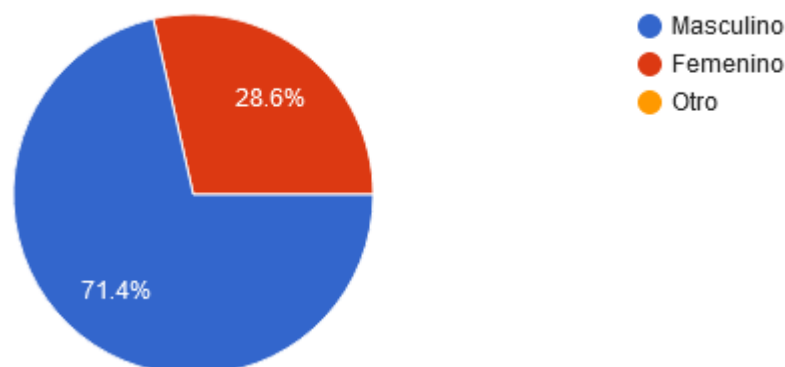


Gráfico n° 43. El 71% de los docentes médicos generalistas y/o de familia es de género masculino

¿En qué asignatura se desempeña actualmente como docente en la UNLaM?

<i>Asignatura / escenario</i>	<i>Año de la carrera</i>	<i>N° médicos docentes</i>
Articulación Básico Clínico Comunitaria 2 y 3 (laboratorios de habilidades clínicas y Campo)	2° y 3er año	3
Medicina General I y II	4° y 5° años	1
Programas de Salud	4° año	1
Aprendizaje Basado en Casos y PFO	3er año y 6° año	2

Tabla n° 69. Asignatura donde se desempeñan los médicos generalistas entrevistados en la carrera de medicina de la UNLaM

¿A qué año de la carrera pertenece la materia / asignatura /escenario en el que usted es docente de Medicina de la UNLaM?

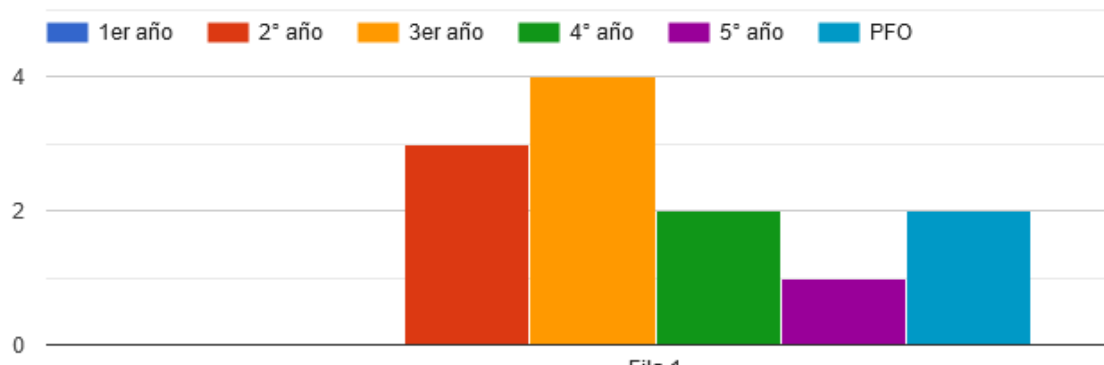


Gráfico n° 44. Año de la carrera donde dictan su materia los médicos generalistas entrevistados

Años de graduados como médicos

Años	N°
5	1
11	1
16	3
31	1
36	1

Tabla n° 70. Número de años de recibidos de ellos docentes entrevistados

¿En qué universidad se graduó como médico? (cómo médico, NO como especialista)

Universidad	N°
Universidad de Buenos Aires (UBA)	6
Universidad Abierta Interamericana (UAI)	1

Tabla n° 71. 86% de los docentes entrevistados realizó su carrera en la UBA

¿Cuál es el nombre exacto de la especialidad?

Medicina General y/o Familiar	6
Medicina General	1

Tabla n° 72. 86% de los docentes entrevistados es médico general y/o de familia. Uno solo es médico generalista

Describe el motivo o los motivos y condicionantes que lo llevaron a tomar la decisión de querer tener como especialidad la medicina general y/o de familia? Involucra aspectos de cercanía con el lugar de trabajo, compromiso social, prestigio, valor económico, padres con igual trayectoria, etc. Es libre de responder esta pregunta.

“Valoración integral de las personas, la dimensión holística y el gran campo de acción que tiene. A su vez el compromiso social que comenzó en pregrado trabajando en barrios en tareas de promoción y prevención.”

“Mi motivación tuvo que ver con observar lo fragmentada que era la atención de las personas. Que las personas no tenían un medico que lso conociera. De confianza. Me parecía que la medicina como la veía practicar durante la carrera no contextualizaba los problemas de los pacientes. Que estaba claro que un solo médico puede resolver idóneamente lo que la pasa en la salud a las personas a lo largo de la vida en un alto porcentaje. Que la continuidad y longitudinalidad eran esenciales. También influyó que me gustaban muchas cosas que no quería resignar. La ginecología de atención primaria, atender niños, la obstetricia. me estaba metiendo en una especialidad que las personas cuando tienen un MF valoran y mucho (lo compruebo hace 30 años) pero que socialmente no. Mi papá es psiquiatra. Y me gustaba también. Pero yo pensaba en aquel entonces: los psiquiatras (yo creía eso después la vida me mostró que no) ya tienen una inclinación humanística y una aproximación integral a los pacientes. Yo creía que eso era necesario "exportarlo" al médico que los pacientes consultan por cualquier situación”

“compromiso social”

“Elegí la especialidad, porque es aquella que facilita el acceso de las personas al sistema de salud, desde la atención sobre todo en el primer nivel, el cual siempre me pareció sumamente importante jerarquizar, con especialistas formado para trabajar en él. También es la especialidad que integra la atención de las personas, y pondera el trabajo interdisciplinario para mejores logros de la atención”.

“elegí esta especialidad porque quise formarme y eventualmente ejercer la profesión desde la visión integral que aporta respecto a las personas, sus redes de allegados y las comunidades donde están, la elegí (y elijo) también porque su sitio de desempeño principal es en el primer

nivel de atención, que es donde más me agrada trabajar y donde más aportes considero que puedo dar”

“Compromiso Social e identificación con los valores y principios médicos y éticos propuestos por esta especialidad”

“La posibilidad de interacción diaria y cercana con la comunidad, el trabajo en terreno el trabajo, en equipo y el antecedente de familiares que trabajaron en atención primaria.”

¿Ejerció o ejerce la especialidad?

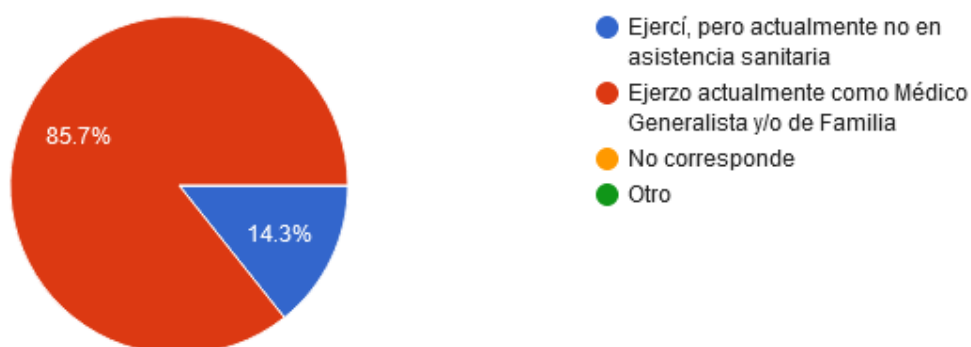


Gráfico n° 45. El 86% de los docentes entrevistados ejerce actualmente como médico generalista y/o de familia

¿Dónde ejerció o ejerce la especialidad?

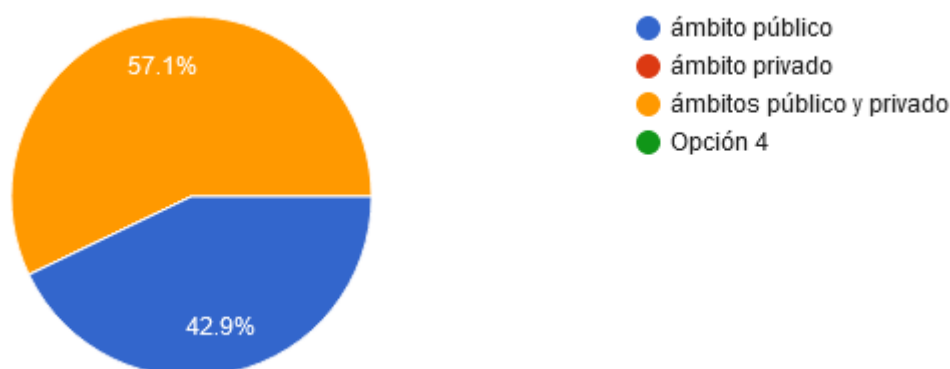


Gráfico n° 46. El 57% ejerce su especialidad en establecimientos públicos y privados, el otro 43% en establecimientos públicos solamente

¿Dónde ejerció o ejerce la especialidad (Indique el hospital, centro de salud, específico)?

Institución	N° médicos
Centro de Salud N°7 "Dr. Elizaguirre" de Villa Celina, La Matanza, Provincia de Buenos Aires	2
CeSAC N° 8 Área Programática del Hospital J M Penna, CABA	1
Hospital Italiano de Buenos Aires y Centro de Salud San Pantaleon (Boulogne, Partido de San isidro, Pcia de Buenos Aires)	1
Área programática de salud (SAPS) del Hospital Balestrini	1
Centro de Salud 24 CABA	1
Centro de Salud Municipal de Ituzaingo, Prov. de Bs As	1

Tabla n° 73. Lugar de ejercicio de la medicina general y/o familiar de los docentes entrevistados

¿Cuál es su percepción actual acerca de la medicina general y/o de familia en nuestro contexto socio sanitario?

“Es un especialidad que tiene un rol importante desde la década del 70 en nuestro país, sobre todo en el interior, aún infravalorada en regiones del AMBA, si bien en los últimos años fue cobrando importancia. El compromiso de los generalistas en el ámbito público es cada vez mayor y muchos tienen cargos de gestión. Eso facilita en ocasiones la comunicación hablar un mismo lenguaje, tener una misma mirada”.

“Reconocida desde lo discursivo” hay que fortalecer la atención primaria” desvalorizada en la vida real. Heterogeneidad en la formación. Falta de proyecto académico en muchos casos. No ocupa el lugar que debiera. Sobre todo no ocupa el lugar que merecen los pacientes. Toda persona debiera tener el derecho a tener un médico de familia. Justo recientemente se publica un paper (ya lo sabíamos pero este paper es impactante) acerca de la disminución de la mortalidad proe l hecho de tener un médico a lo largo de la vida. A veces me parece que se quieren inventar cosas raras y que ya están inventadas. Ya se sabe que la organización del sistema en base a un sistema de salud familiar disminuye la mortalidad. No termino de entender bien por qué no ocurre...”

“Es una especialidad imprescindible para el sistema de salud, pero la organización del mismo no la promueve y dificulta su extensión.”

“Creo que hay un desconocimiento de las comunidades acerca de las competencias y habilidades del médico general, desde la concepción que no somos especialistas. En el ámbito del sistema de salud, veo que se muchos decisores, ponderan las habilidades de gestión de los MG, y ello lleva a que estos ocupen estos espacios, cada día más ampliamente”.

“Creo que el rol del médico generalista en un contexto de pandemia, con sus consecuencias sociosanitarias vastamente conocidas es potencialmente central en el sentido de la articulación no solo de la detección y abordaje de casos de COVID sino también de las situaciones tanto de índole social como psicológica en las que ésta acarreó. El médico generalista también tiene un rol potencial central en la continuación del acompañamiento del resto de las situaciones de salud cuya falta de acceso se vio afectada en lo que va de la pandemia (ECNT, niñez, adolescencia, salud de la mujer y de las personas gestantes por dar ejemplos). Remarco que estos roles son potenciales ya que no conozco ninguna gestión que haya puesto en valor el rol o la capacidad real de abordaje que podrían haber tenido los y las profesionales de esta especialidad durante la pandemia.”

“Considero imprescindible nuestra especialidad en el contexto actual aunque observo que no se le da la importancia que requiere desde los ámbitos actuales de Poder y Política en la actualidad en nuestro país”.

“Que debería cumplir un rol muy importante en el sistema de Salud, sobre todo en atención primaria, brindando accesibilidad a la sociedad”.

¿Cuál cree que es la mirada "ajena" o de otras especialidades acerca de las funciones y del ejercicio de un médico generalista y/o de familia?

“La población en general tiene, en muchos sectores, desconocimiento acerca del alcance de la especialidad. No tanto en provincias o áreas rurales. En ámbitos urbanos se privilegian especialidades lineales, a veces por desconocimiento a veces por desconfiar de los médicos que hacen clínica general como nuestra especialidad Las otras especialidades, en general, miran a nuestra especialidad como una especialidad de menor rango, y desconfían de los alcances y de las funciones. Lentamente se empieza a vislumbrar un cambio. También en esta infravaloración hay responsabilidad de nuestro sector, ya que en muchos lugares la formación es deficiente, y la actualización de conocimientos a través de cursos se hace difícil por la

sobrecarga laboral. Por otra parte, la política de salud, madre de todas las batallas, no privilegia la especialidad como de vanguardia, está tentada por la lógica del mercado. Eso hace que entre otras cosas no tengamos los mejores sueldos.”

“Es variable. En mi metro cuadrado que es el hospital italiano luego de 30 años de existencia, el resto de las especialidades nos respeta muchísimo. Reconocen nuestro know how, reconocen que somos valiosos, nos buscan para cuestiones en las cuales ellos creen que nosotros tenemos más expertise. No hay "internas" con pediatría o gineco. Nos respetamos y valoramos mutuamente. No creo sea la situación general. Creo que para los especialistas lineales, la medicina general es una especialidad de segunda y que creen que un paciente con diabetes lo mejor que puede tener como médico es un diabetólogo...un paciente con cardiopatía isquémica; un cardiólogo y así. Esto que se dice que somos "todólogos" despectivamente o "asistentes sociales con sello"...hay mucho de eso todavía, creo”

“Se lo visualiza como "no especialista", derivador, o generador de barreras de accesibilidad”

“Otros especialistas, creen que los generalistas somos simplemente "derivologos", y que, al atender tantas patologías diversas, perdemos la especificidad en la atención”.

“Depende de si la conoce o no. En principio la mirada ajena en muchos casos se da desde un lugar de desconocimiento de la especialidad y eso da rienda a la suposición o a la imaginación antes que a la averiguación real. En esos casos, y a partir de argumentos con base en la ignorancia la visión de otros especialistas veo que suele ser negativa o bien condescendiente. Cuando se habla con profesionales que tienen una visión que incluye a la APS como un modelo de gestión creo que independientemente de la especialidad se reconoce y se pone en un valor alto el trabajo, el rol y las competencias específicas del médico generalista. En definitiva, no creo que sea una cuestión de especialidades ni de especialistas, la mirada creo que está atravesada por conocer de manera fáctica o no lo que uno hace”

“Considero que sigue siendo una mirada en la cual se considera de menor "Prestigio" nuestra especialidad en comparación con el resto”.

“Muchas veces se los cataloga de "médicos derivologos" por especialidades de hospitales o segundos/terceros niveles de atención. Sin embargo cuando otras especialidades trabajan en APS la mirada es de par en el equipo de salud.”

Las especialidades a veces son elegidas por determinados condicionantes de vida y muchas veces, las mismas especialidades condicionan formas, estilos e ideales de vida. ¿Cuál cree que fue el aporte de la especialidad de medicina general y/o de familia a su vida? ¿qué cambió en su forma de mirar la realidad, la vida de los que lo rodean?

“La especialidad en mi caso particular vino a reafirmar conceptos que venía trabajando desde el pregrado, mi verdadera formación comenzó ahí, viendo las realidades de los barrios del conurbano. La medicina general, como especialidad me aportó conocimientos técnicos, y el trabajo cotidiano a su vez ha hecho que uno tome conciencia que no es a través de una especialidad médica como la nuestra, la forma en que se transforma la realidad. La mirada

cambia, se idealiza mucho en los primeros años de la residencia. Hay actores sociales, vínculos que hay que generar en el ámbito de trabajo , redes que se arman y se rearmen”.

“me di cuenta de que la vida de las personas está excesivamente medicalizada...de la gente que me rodea. me parece un horror. Adentro del consultorio me pasó lo mismo. Yo, personalmente, tuve una vida desmedicalizada...(y la sigo teniendo) y no podía creer los asuntos que las personas llevaban a los consultorios. Cosas que se resuelven en familia, con los amigos. Me parece y me sigue pareciendo que el sistema médico ha anulado el sentido común de las personas..”.

“Me permitió entender a la salud como derecho y tener una mirada integral de la atención de la salud que considere los determinantes sociales”.

“La especialidad me llevó a conocer una realidad que me era ajena, sobre todo pensando en los condicionantes que determinan los procesos Salud - Enfermedad de cada comunidad, y como actuar al respecto”.

“Al ser una especialidad que se constituye dentro de un equipo de salud y deconstruyendo de esa manera la idea del "servicio" médico creo que cambió mucho mis dinámicas de trabajo en equipo, de escucha y afectó mucho mis relaciones interpersonales en el sentido de que me enseñó entre otras muchas cosas la importancia de aprender a ceder como paso necesario para enriquecerme en la otredad. La visión integral que aporta la especialidad también constituye un ejercicio constante de la empatía por las situaciones de salud/enfermedad de las personas y esto sin ninguna duda creo que se extrapola a los ámbitos por fuera del ejercicio profesional”

“Me permitió incluirme de lleno en la realidad de mis pacientes, conociendo de manera completa sus familias, sus creencias y sus problemáticas socio-comunitarias obteniendo de esta manera información más completa para poder asistirlos de manera más completa y efectiva. Claramente el hecho de conocer en profundidad las realidades que atraviesan los pacientes me permitió también tener una idea más clara de la realidad en la que vivimos todos los integrantes de esta sociedad”.

“En mi caso reafirmó muchos valores preestablecidos, reafirmó el compromiso con la asistencia y la ayuda así una determinada comunidad”.

¿Cree que deberían hacerse cambios a la formación en el grado universitario para fortalecer la mirada integral de la salud y del proceso salud / enfermedad? ¿Cuáles serían esos cambios? Por ejemplo, mayor dedicación a las materias de medicina general en la trayectoria curricular, mayor trabajo en terreno, aspectos relacionados con competencias propias de la especialidad, etc

“Creo que deberían fortalecerse las prácticas en terreno. El pregrado puede aportar desde las materias teóricas, pero la vivencia es distinta. Las prácticas preprofesionales tempranas, la

visión de la realidad con los propios ojos, y no poner toda la energía únicamente en las actividades de promoción (talleres, charlas)”.

“Pienso que mayor dedicación a medicina general y más contacto con el trabajo del MF sería algo positivo. Pero creo que, si el objetivo es la cuestión integral, eso debe atravesar toda la carrera (Planes de estudio como UNLaM y ahora desde hace 4 años el IUHI) favorecen esa mirada. Si no que da entre paréntesis una cosa que pasa en medicina general pero no permea a otras especialidades. debe ser algo transversal...en mi opinión”

“En el grado universitario es necesario ampliar la participación de especialistas en medicina general como docentes en todas las materias y sobre todo en los espacios curriculares de la práctica”

“Me parece que habría que tener en la materia MG, horas practicas, en centros de salud (preferentemente), y bajo tutoría de Medic@ generalistas”

“Creo que las currículas tanto "clásicas" como de currículas innovadas incluyen a la especialidad en sus respectivos programas, así como también incluyen un perfil de graduado orientado hacia la mirada integral de las situaciones de salud. Creo que en la praxis en ambos casos esto difiere de la realidad. No creo que sea tanto una falta de tiempo curricular que se invierte sino más bien una cuestión cualitativa: En las materias denominadas "medicina general" no se ve medicina general sino cuestiones generales a la práctica médica occidental como medicina basada en la evidencia o bien análisis de evidencia científica. Un primer cambio que considero necesario es que aumenten el nivel de coherencia entre el programa y los contenidos, pudiéndose trabajar entre otras el abordaje de situaciones complejas en salud, el rol del médico en el equipo de salud interdisciplinario, en las acciones territoriales, la gestión dentro del primer nivel de atención, la formación de redes de referencia y contrarreferencia, la planificación estratégica aplicada a demandas comunitarias específicas por mencionar algunas. Creo que si bien en las currículas innovadas se incluyen experiencias prácticas en el primer nivel de atención en los primeros años de la carrera abocadas a la promoción y prevención en salud sería esencial además de la coherencia de contenidos que mencioné previamente que durante el pregrado se tengan experiencias prácticas con equipos de salud integrados en parte por médicos y médicas generalistas, o bien experiencias prácticas con residencias de la especialidad”

“Creo que la currícula implementada por la Carrera de Medicina de UNLaM cumple adecuadamente con esta mirada pero el problema está en las otras Universidades o carreras que no forman los estudiantes de carreras de salud con estos paradigmas relacionados con APS y una mirada Integral de la salud y también en los responsables de garantizar la implementación de políticas de salud en todos los ámbitos de la política en general.”

“Si. Justamente trabajo en terreno desde los comienzos de la carrera, acercamiento a la APS y el trabajo con la comunidad; junto con una currícula que incluya teoría y prácticas relacionado con el mismo.”

¿Cree que deberían hacerse cambios a la formación en el posgrado en residencias de medicina general y/o familiar? Solo referido a la formación como especialistas en residencia y/o concurrencia si corresponde

“Siempre hay que ir revisando la currícula de la residencia, la realidad ha cambiado, y la epidemiología por lo tanto también. Hay un déficit en la formación en cuanto a la realidad actual, y la formación sigue siendo hospitalaria. Debe haber vínculo con el hospital. Sin embargo, el vínculo con la población a través de los centros de salud u hospitales de área rural es otro, y se deberían privilegiar esos espacios. En cuanto a la epidemiología, no veo que haya preocupación con respecto a fenómenos vinculados a la salud mental (Ejemplo suicidios adolescentes), adicciones, malnutrición, y enfermedades vinculadas a la alteración sistemática del medio ambiente. Somos trabajadores de salud y esas áreas son también nuestros problemas. Y cuando se abordan son únicamente desde el aspecto clínico de consulta individual”

“Si. Definitivamente. la mayoría de los Programas se forman "rotando" con especialistas lineales y hay menos de entrenarse con otro MF. En muchos lugares la Residencia no tiene estructura de médicos de planta. Es la residencia un poco sola con un jefe a lo mejor un instructor y rotando por todos lados. ese esquema me parece deficiente. el mejor docente de un generalista es otro generalista y tomar de las especialidades lineales competencias y habilidades específicas. No es bueno que un generalista aprenda a manejar hipertensos con un cardiólogo o hipertensólogo. En esta lógica subyace, creer, la idea que lo mejor para un paciente con cierta condición es el especialista en esa condición...pero bue...si no se puede; que lo atienda un MF. Cuando mi posición es que un MF es el mejor recurso humano para atender la enorme mayoría de los problemas de salud, aun estando accesible y a la mano el especialista. (hay biblio que respalda esto, no es sólo mi creencia)”

“Es necesario fortalecer centros de salud como base de la formación, ampliando sus capacidades asistenciales como docentes, de manera de permitir la formación integral en en los mismos”

“Respecto a la formación de posgrado, creo que sería importante unificar el criterio entre residencias CABA/ PROV/NAC respecto a las sedes de las residencias, teniendo que ser ellas con base en primer nivel de salud, y no hospitales, estableciendo redes de atención y derivación entre efectores”.

“Si bien la heterogeneidad en la formación es inherente a la especialidad (Ya que su formación proviene en una medida significativa del territorio en donde ejerza y los territorios son por naturaleza heterogéneos) creo que algunas situaciones deberían estar dentro de un lugar común como lo es fortalecer que el lugar de formación principal del médico generalista es en el primer nivel de atención. Un cambio que considero necesario es la progresión de las residencias con sede en el segundo nivel hacia el primero (Lo que requiere lógicamente articulaciones municipales adecuadas y estructura, y en muchos casos reestructuraciones incluso, acordes a esta intención) Creo que esto fortalece la idea de trabajar en equipo de salud, la visión comunitaria y la deconstrucción de la idea de servicio, además de que aporta profesionales al primer nivel de atención y lo pone en valor”

“Por la experiencia que tengo en Residencias de este tipo considero que están bien implementadas aunque creo que quizás de podrían asignar más y mejores recursos para que estas Residencias o Especialidades cuenten con más difusión o publicidad o incentivos. Asimismo, pienso que de nada servirían estos incentivos si no se acompañan de políticas o modificaciones en el Actual Sistema Nacional de Salud que fortalezcan la APS y una mirada más integral de la Salud.”

“Si. Quizás que todas tengan cierta formación en guardia, tanto de APS como de hospitales”.

Hemos llegado al final. Le agradezco mucho su participación. Sólo le pedimos que escriba y describa aquí en forma libre, todos los aspectos que crea conveniente realizar sobre la especialidad, su reflexión acerca de la misma en estos tiempos que corren. Muchas Gracias otra vez

“Durante la pandemia COVID-19, al menos en mi micro mundo de la villa 21-24, el equipo de salud y eso incluye nuestra especialidad junto con organizaciones sociales hemos hecho un trabajo intenso, para que la comunidad no pierda accesibilidad con la atención sanitaria. Fue un trabajo intersectorial, interinstitucional como nunca yo había experimentado. No obstante, el trabajo realizado en el primer nivel de atención no fue visibilizado”.

“Tener un MF no debiera ser un lujo. Debiera ser un derecho. Y habría, como todos los derechos, garantizarlo. Hay muchísima evidencia empírica acerca de que los países con sistemas fuertemente orientados a la APS tienen mejores indicadores sanitarios (y esto no está relacionado con la riqueza o el PBI del país) mencioné antes que tener un mismo médico a lo largo de la vida BAJA LA MORTALIDAD GLOBAL. No conozco muchas intervenciones médicas que bajen la mortalidad global...me aparece fácil en la cabeza ayudar a la gente a dejar de fumar...pero intervenciones médicas clásicas que bajen la mortalidad global...no me aparecen muchas rapidito en la cabeza. De manera que creo que hay que salir de la cuestión

discursiva y avanzar hacia una Medicina familiar/general que esté en el centro de la escena. Que se reconozca la gran complejidad de la tarea...que no es una medicina primitiva, sino que es prioritaria. Que la complejidad es infinita en términos humanos...a la baja complejidad de tecnología (que se ve en la medicina de especialidades lineales) se le contraponen una enorme complejidad (que también está medida) y la entrevista del MF tiene una complejidad (medida como inputs por unidad de tiempo) que excede al de otras especialidades. hay que garantizar que la formación de MF tenga los más altos estándares científicos y académicos y que esos médicos así formados puedan tener su población a cargo y ser resolutivos. hay que trabajar muy fuerte en la formación de ese profesional que no es la sumatoria de los cachitos que "le saca a cada especialidad" sino que es "otra cosa". En mi caso, hace 30 años que trabajo para que la especialidad sea valorada, reconocida, tenga un cuerpo de conocimientos y competencias que le sean propios, en motivar estudiantes y los seguiré haciendo. Sería muy bueno que el Estado (con todas las dificultades por ser la Argentina un país Federal) acompañe esta cuestión...obvio si es que el Estado está convencido. Gracias por esta encuesta”

“Creo que es necesario recuperar el valor social de los médicos generalistas con un fuerte trabajo sobre la comunidad, para que se valore el significado de la integralidad y la continuidad de la atención en la salud de las personas”.

“La verdad, es que elegí y volvería a elegir la especialidad. Creo que la atención de las personas por parte de MG es prioritaria para ordenar sobre todo a aquellos que presentan condiciones crónicas que lo llevan a deambular por el sistema de salud. La riqueza que brinda la atención interdisciplinaria, pocas especialidades la contemplan. Si bien la demanda de MG por parte del sistema es cada vez mayor, ello no se ve reflejado en el pago de las consultas (no nos pagan como especialistas, muchas veces). Ofertas laborales tenemos un montón, por esta gran capacidad de atención y adaptación al trabajo en equipo. Mucha Suerte! Saludos cordiales”

“Creo que en estos tiempos más que nunca el rol del médico generalista tiene una potencialidad central que no fue capitalizada ni por las gestiones ni por nosotros mismos como colectivo generalista (Más allá de las múltiples construcciones individuales de innumerables equipos de salud conformados en parte por médicos de esta especialidad y de las que he tenido la suerte y el honor de formar parte). La falta de capitalización tiene múltiples aristas entre las cuales la falta de reconocimiento de la especialidad por los pares es una. Una medida para paliar esto en el mediano y largo plazo y poder a futuro aportar a la mejora cualitativa del sistema de salud de manera globalmente significativa es también generar un salto cualitativo en la formación de pregrado por un lado, a través de la coherencia interna respecto de los contenidos (Si cuando alguien se forma en el pregrado no entiende en qué consiste la especialidad lo tendrá que deconstruir, o no, durante su ejercicio profesional) y la formación de postgrado por otro, a través del fortalecimiento de la identidad del especialista, trabajando en el lugar para cual está pensado que intervenga y se desempeñe”

“Sin lugar a duda, la nuestra es una especialidad completa, integral a través de la cual podemos intervenir en la sociedad asistiendo a los pacientes y colaborando también en el mejoramiento de su calidad de vida, de sus familias y del resto de la comunidad en la que nos

desempeñamos, siendo este momento de nuestro país muy necesarias este tipo de intervenciones desde el ámbito de la salud. Solo espero que aquellos que están en condiciones de realizar cambios profundos desde la Política en general logren comprender la necesidad de legislar e implementar medidas de cambios profundos para se pongan en marcha lo ya estipulado desde Alma-Ata en relación con la asignación de recursos principalmente para APS como base de un desarrollo adecuado de los Sistemas de Salud”.

“La medicina general enmarcada en la APS es fundamental para el sistema de Salud. En estos tiempos de crisis socioeconómica, la cercanía de efectores de Salud a la comunidad es de vital importancia y muchas veces es el único recurso que los pacientes tienen, por tal motivo, tiene que elegirse tanto por profesionales como por autoridades con poder de decisión”.

Conclusiones

A lo largo de las últimas décadas, muchos países han reconocido a la salud como un derecho humano y entre las políticas y estrategias que han explicitado y llevado a cabo son la de planificar y ejercer gobernanza de los recursos humanos, con la intención de disponer de estos, en todo momento y en los lugares verdaderamente necesarios. La idea es disminuir toda brecha cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos en salud.

La mayor parte de los países exigen desequilibrios en el recurso humano, las especializaciones y los lugares de desarrollo de la ocupación profesional.

La Unión Europea presenta inconvenientes similares. Por ejemplo, Inglaterra para el año 2003 mostraba 1264 plazas vacantes sin cubrir de médicos de hospital y dentistas, Francia 3000 médicos en el sector público, Alemania similar (Hope Study Group; 2004)

Los factores condicionantes para la elección de especialidad son numerosos y diferentes trabajos han tomado muchos de ellos, pero hemos intentando en esta Tesis de Maestría reunir la mayor parte de ellos en categorías deslizables y aplicables a nuestro país.

En el estudio de las variables que intervienen en la oferta y demanda de profesionales de salud (Navarro Pérez, P.; 2015), se resumen factores que determinan las formas en que la actividad médica contribuye a la provisión de atención. En este estudio, se destaca que los elementos que inciden en el ingreso de médicos al sistema depende de tres variables principales que son el volumen de nuevos estudiantes de medicina y la cifra anual y la distribución de plazas de residencias médicas, además de las vías alternativas que adoptan a la especialización y el proceso de inmigración profesional.

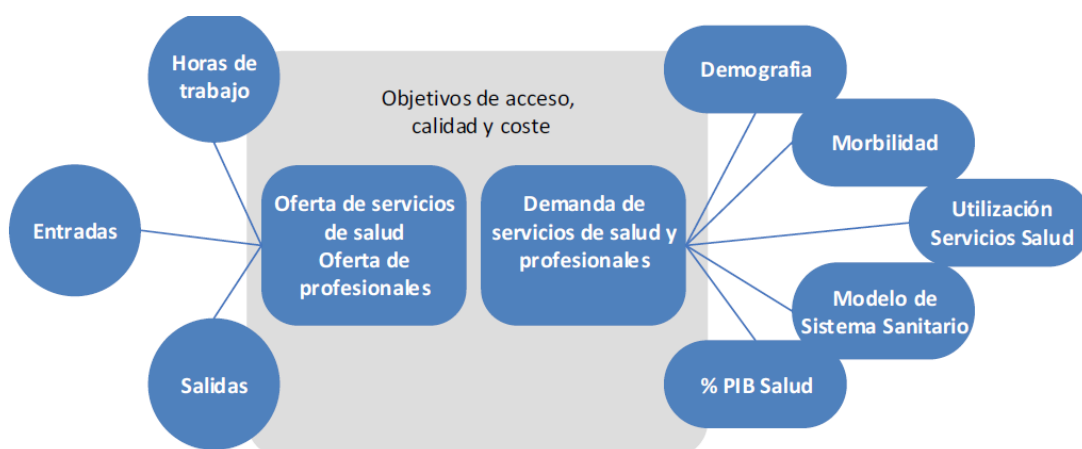


Gráfico n° 47. Variables de oferta y demanda entre los profesionales de la salud (Tomado de Navarro Pérez, P.;2015).

La pregunta de cuál es el número de médicos necesario no tiene una respuesta única. Esto variará de la visión del sistema sanitario del cual estemos hablando, del modelo de prestación de servicios. AL mismo tiempo, el recurso humano profesional médico podría condicionar la provisión sanitaria y por lo tanto la infraestructura que se desarrolle y arme en las diferentes jurisdicciones. También se debe soslayar que el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, son también tópicos que pueden hacer modificar las demandas de la población y no sólo el aumento cuantitativo general.

En el caso argentino, nuestro país tiene una extensión de 3.761.274 Km², con estructura federal organizada en 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), concentrando el 67% de su población en Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fé y Mendoza). AL mismo tiempo de esta división jurisdiccional política, Argentina tiene tres subsistemas de salud que se encuentran pobremente integrados que son el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado².

Así como explicitamos la pobre identificación y organización correspondiente entre los tres subsistemas, al interior de los mismos se observa una fragmentación interna, ya que por ejemplo, son con excepciones las provincias las responsables de la planificación, gestión y regulación de sus sistemas de salud y coexisten efectores y trabajadores de la salud con dependencia nacional, provincial y municipal. El subsector público se fragmenta a su interior en sus niveles Nacionales, Provinciales y Municipales. Cubre al 36,1 % de la población, brindando atención a través de los hospitales y centros de salud públicos, que garantizan de cualquier modo la posibilidad de acceso al 100% de la población que lo requiera en un momento determinado.

Si a esto sumamos que casi el 64% de la población tiene cobertura de obras sociales nacionales, provinciales o de medicina prepaga, se observa la problemática en mayor expresión.

Los indicadores epidemiológicos de salud en Argentina, aunque han mejorado sustancialmente en las últimas décadas, hay algunos de ellos que no lo crecido lo suficiente, como la tasa de mortalidad materna, que igualmente tiene variaciones provinciales.

Por todo esto existe un desafío de parte del Sistema Sanitario de sus Ministerios y Secretarías de Salud en planificar ¿qué médico necesita el país, dónde lo necesita y qué especialidades

² El sector público lo constituyen por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Por su parte el sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción.

verdaderamente obedecen a la construcción de un sistema sanitario de equidad, eficiencia y solidario? Hablamos de una mirada de la medicina preventiva, de la atención primaria en primer lugar, de evitar hospitalizaciones innecesarias y re-hospitalizaciones, el uso adecuado de la tecnología, las bio imágenes y los estudios complementarios.

La distribución del recurso humano (o capital humano) en nuestro país es inequitativa. Existen sectores con una oferta de médicos y especialistas médicos que supera la demanda ampliamente y otros donde existen sectores de la población sin acceso local regional al sistema de salud, debiendo trasladarse las personas por sus propios medios largas distancias para hallar atención profesional.

Al mismo tiempo, el perfil de profesional de la salud que exige el país, se pone en tensión frente a las demandas cada vez más relevantes de las sociedades médicas, colegios de médicos, en otorgar un estatus distinto a las especialidades, fragmentar aún más el sistema con una avalancha de “especialidades y subespecialidades” que, aún en los sectores donde la oferta de las mismas supera a la demanda, no han descendido las tasas de mortalidad en las patologías prevalentes y que requieren en realidad, tamizaje poblacional, prevención primaria y cuidados de promoción de la salud.

La crisis en el sistema de salud no es actual, pero para los pacientes y los familiares es acuciante. La pandemia COVID 19 puso de manifiesto un aumento de patologías diagnosticadas en estadios más tardíos, un déficit de acceso a las instituciones de salud. Pero también ha puesto de manifiesto que se trata no solo de desequilibrio expectativas y demandas, sino también una crisis por la que aún, no hay acuerdos de que cosas son prioritarias y si estos factores pueden trasladarse a todo nuestro extenso país.

En el Plan Nacional de Garantía de la Calidad del Ministerio de Salud de la Nación, los expertos pudieron identificar los principales retos:

- ξ la fragmentación en el abordaje de la calidad, con predominio de programas verticales en detrimento de un abordaje integral y sistémico;
- ξ un enfoque de acceso y cobertura de los servicios de salud sin énfasis en la calidad;
- ξ baja capacidad resolutoria de los servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención;
- ξ dificultades en la implementación y el control de normas de calidad;
- ξ contextos que no favorecen la cultura de calidad;
- ξ inadecuada disponibilidad, capacidades y educación continua de los recursos humanos de salud;

- ξ limitado acceso a medicamentos y otras tecnologías de salud;
- ξ financiamiento insuficiente e inadecuado.

Además, el 45% de la población utiliza los servicios de emergencias para situaciones que pueden ser atendidas en el primer nivel de atención, con deficiencias en la calidad del primer nivel, y el 75% tiene dificultades para recibir servicios del primer nivel durante los fines de semana. Sumamos a esto que, 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria, siendo prevenibles los daños hasta en un 80%. La mayoría está relacionado con el diagnóstico, las prescripciones y el uso de medicamentos. La falta de articulación del sistema se observa también en que la tasa de mortalidad atribuible a la baja calidad de la atención en la Región es alta, si bien varía de forma considerable entre los países, con un rango entre 47 y 350 defunciones por 100.000 habitantes en el 2014.

Si observamos lo anterior, la distribución del capital humano en salud, la educación médica tiene un lugar preponderante en el presente y futuro de la organización del sistema sanitario.

El problema de la hiper especialización, que fue citado por algunos colegas en las encuestas realizadas para la presente tesis, parecería ir en contra del proceso de mejora en la atención del equipo de salud. Al fragmentar la “visión” del mundo, la “visión” de la salud, el cuerpo y la mente, en numerosas especialidades, es el paciente quien se encuentra solo, articulando a los diferentes especialistas, y no el sistema que colabora para sanar al paciente.

Tenti Fanfani (2021) explicita en su texto “La escuela bajo sospecha”, que las clases dominantes tienden a acumular cada vez más el conocimiento, la suma de títulos y certificados, como mecanismo de empoderamiento económico. Si calificamos a la cultura como capital, una riqueza que produce riqueza, debemos repensar cuál es el significado de capital cultural en nuestra sociedad, ya que está claro en principio, que los estamentos de poder en materia de salud pública no dejaron de tensionar el campo de la salud en pos de una mejora en la salud de la población, sino de su propio beneficio. Tenti Fanfani dice que el conocimiento que vale en las sociedades capitalistas – la nuestra lo es claramente y sin remiendos – es el conocimiento utilitario, el de la eficacia, “el conocimiento que sirve” para aumentar los medios económicos, la producción. Todo queda debajo de este paraguas. La tecnología, lo que ocurra dentro de los muros de los hospitales y los profesionales de la salud, valdrán en función de lo que produzcan económicamente. Esta es la sociedad del conocimiento que quieren imponer. No es el de la investigación en ciencias básicas y aplicadas, el de la mejora de los procesos de calidad y

seguridad del paciente en las instituciones de salud por el deber moral y humanitario que dio origen a la medicina.

En la evolución del campo de los recursos humanos en salud en nuestro país, esas tensiones en el proceso de regulación del ejercicio de la medicina están relacionadas a las demandas que se articulan alrededor del reordenamiento de las especialidades vigentes y el reconocimiento de nuevas especialidades. Las demandas de reconocimiento de nuevas especialidades son permanentes, tensionan el campo aún más y puede verificarse en el incremento de las especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud para Medicina, que de reconocer cuarenta y dos especialidades básicas y cinco dependientes en 2001, pasó a ser en la actualidad de setenta especialidades médicas.

La pregunta es si en estos procesos existe por delante del capital cultural “moderno” una lógica sanitaria y sustentable, que configure el desarrollo de las especialidades del equipo de salud acorde las necesidades del sistema de salud.

Además, como vimos en los resultados y conclusiones de la presente Tesis, se debería garantizar la permanencia de aquellos profesionales que han seleccionado medicina general y/o familiar como especialidad, ya que como cita el trabajo de Kremer y cols. (2014), “después de unos años de práctica, la baja valoración económica y simbólica de la especialidad, las condiciones de trabajo y el techo en el desarrollo profesional fomentaron la emigración hacia otra actividad”.

Cuestiones finales y propuestas

Viendo que la propuesta de un perfil de graduado con visión general de la salud y de la enfermedad, con fundamentos sólidos en prevención primaria, seguridad y calidad, creo indispensable poner en práctica recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud en cuanto a la formación del recurso humano en salud:

- ξ Cupos protegidos a poblaciones socialmente vulnerables y alejadas de los centros de formación académico tradicionales.
- ξ Aumento de la carga horaria de profesionales de la salud vinculados a la promoción de la salud y la prevención primaria
- ξ Formación de equipos básicos de salud con salarios adecuados, posibilidad de traslado familiar en sitios alejados, educación permanente y continua.
- ξ Especificar y llevar adelante los cambios planteados por el Ministerio de Salud de la Nación en cuanto a la denominación nueva de especialidades, generando otras

denominaciones para especialidad dependiente, multiprofesionales y capacitaciones especializadas (ver glosario).

- ξ Fomentar la visión del perfil profesional con visión integral del ser humano en todas las asignaturas del Plan de Estudios de todas las carreras del Departamento de Cs de la Salud, con prácticas multiprofesionales desde el primer año, prácticas de simulación multiprofesionales numerosas que den garantía de una modalidad de trabajo que no debería haberse perdido nunca.
- ξ Fomentar la formación de posgrado en las especialidades básicas que incluyan de manera explícita a la medicina general y/o familiar como elemento transversal de funcionamiento de los sistemas de salud.
- ξ Intervención universitaria como misión simbólica en la educación media (explicado más adelante)

Las clases dominantes siguen con la idea de la acumulación del capital cultural, del conocimiento, y tienen fácil acceso a dicho capital. EL resto, se para en un taburete y proclama tres sentidos diferentes al menos: por un lado, los que creen que ese capital cultural es intransferible, “nadie te va a quitar lo aprendido” nos decían algunos padres en nuestra infancia y adolescencia para convencernos del “bien material que representa la educación”. En otro lugar, los amantes del título de especialista “en la pared”, que servirá para su traslado a un sector reducido de la población, un olvido de los contenidos, objetivos, misión y visión que tenía la universidad que lo formó y que no tendrá impacto en indicadores de salud en el país. Hay una tercera posición. Sigue relacionada con la escuela francesa sociológica. Si bien, como ocurre en forma general con la mayor parte de las carreras impartidas en la UNLaM, los estudiantes graduados suelen ser primera generación de universitarios en el ámbito familiar, es bien conocida para esta escuela francesa el hecho de la transmisión no intencional de los miembros de las propias familias de los estudiantes junto con sus relaciones sociales de la escuela y la educación media que influyen en la toma de decisión no solamente de la carrera, que en este caso es medicina, sino de los valores involucrados en el título profesional de “médico” y en la visión que estas formas lingüísticas y de acciones familiares y sociales ponen en juego para ser determinantes y condicionantes a la hora de seleccionar carrera y especialidad dentro de ella. Por eso, la influencia que pueden tener los condicionantes seleccionados y conocidos, no sólo van en lo económico (capital de renta o económico), sino también en el capital simbólico de lo que significa el “ser médico” y el prestigio social que conlleva tener dicho título. La intervención universitaria en la educación media en este sentido podría ser de ayuda para

romper con algunos de los lazos simbólicos permanentes y conocidos y generar a través de charlas, foros y presencia en los colegios públicos y privados, el reconocimiento y la revalorización de la profesión médica y del equipo de salud que pretendemos.

Como hemos visto en este trabajo de Tesis de Maestría, el 51,9% de los graduados de tres cohortes de medicina de la UNLaM, elige su especialidad teniendo como primer condicionante el compromiso social. El compromiso social entendido como volver a pensar el rol de la formación académica de grado para lo que el colectivo país necesita. Es también involucrarse en una especie de “resistencia” a los procesos dictados desde los países centrales para generar independencia académica, evaluación autónoma para crecer como humanos y como sociedad y encontramos con las grandes temáticas que se articulan con el rol profesional hoy: seguridad del paciente, calidad de atención, mirada profunda en los determinantes sociales, las ciencias básicas y aplicadas como un todo.

GLOSARIO

Calidad: Grado en que un conjunto de rasgos diferenciadores inherentes a la educación superior cumplen con una necesidad o expectativa establecida. En una definición laxa se refiere al funcionamiento ejemplar de una institución de educación superior. Propiedad de una institución o programa que satisface criterios previamente establecidos por estándares y normas nacionales e internacionales.

Capacitaciones Especializadas: Se denominan así a aquellas acciones formativas orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes de los especialistas de las profesiones de salud. Están relacionadas directamente con una o varias Especialidades o Especialidades dependientes que profundizan en un área específica de las mismas y se relacionan frecuentemente con el avance de la ciencia y/o la tecnología. Aplican idénticos criterios que para las ESPECIALIDADES DEPENDIENTES en términos de definir su autonomía. Las capacitaciones especializadas requieren un alto volumen de pacientes y/o prestaciones para mantener las competencias y, por lo tanto, deben implementarse en centros de referencia. Atento a la alta especificidad, requerirá de procesos especiales de recertificación y educación continua, los cuales podrían ser delegados en los colegios, sociedades científicas o universidades.

Capital humano: Cantidad de conocimientos técnicos y cualificaciones que posee la población trabajadora de una nación, procedente de la educación formal y de la formación en el trabajo.

Carrera: Conjunto de estudios universitarios, repartidos en cursos, que capacitan para el ejercicio de una profesión y conducen a la obtención de un grado. Puede incluir distintos niveles, pero refiere siempre a estudios de pregrado o grado y no de postgrado.

Ciclo biomédico: Se dicta en los primeros dos a tres años de las carreras y tiene como objetivo comprender la estructura y función del hombre sano en los niveles biológico, psicológico y social, a través de disciplinas como: Anatomía, Histología, Biología Celular, Embriología y Genética, Ciencias Fisiológicas, Bioquímica, Salud Mental, etc. En las universidades con currículo tradicional y asignaturas como articulación básico clínico comunitaria, Promoción y educación para la salud, Interculturalidad, etc, para las carreras de medicina con currículo innovado.

Ciclo clínico: Se dicta en los dos a tres años finales de la carrera y su principal objetivo es que el alumno sea capaz de prevenir, diagnosticar y formular esquemas de tratamiento y rehabilitación para las diversas patologías. Para ello aborda el estudio de, por un lado, las cinco clínicas fundamentales y sus especialidades: Clínica Médica, Pediatría, Tocoginecología, Cirugía, Psiquiatría- y, por el otro, Salud Mental, Salud Pública, Atención Primaria de la Salud y Medicina Legal entre otras asignaturas.

Condicionante de elección de especialidad: razones / motivos que llevan a elegir una determinada especialidad por sobre otras alternativas de formación en las residencias nacionales.

Conocimiento: Acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural. ² (EcuRed) Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad son dos facetas de un mismo proceso histórico, que se condicionan y se penetran recíprocamente.

Creencias: Están constituidas por los conocimientos aceptados por cada persona sobre una determinada cuestión. Pueden ser correctas o incorrectas, pero la persona siempre tiene la convicción de que su creencia es verdadera. A menudo, se acompañan de emociones; se podría decir que son los aspectos cognitivos de las actitudes. Las más estudiadas son. 1) Expectativas de resultados, 2) Expectativas de autoeficacia y 3) Normas sociales percibidas y presión de los iguales.

Cultura económica: Se refiere a los valores y actitudes que determinan la manera de llevar a cabo las actividades económicas de los individuos, las empresas y otras instituciones.

Currículo: Conjunto interrelacionado de conceptos, políticas, lineamientos, proposiciones y estrategias educativas que norman y conducen explícitamente los procesos de enseñanza-aprendizaje, para el desarrollo y la formación integral de los estudiantes en el ámbito de la educación superior. Es el conjunto de actividades, cursos, acciones que forman parte de la vida del estudiante o profesor y por lo cual acumula créditos.

Educación superior: Tercer nivel del sistema educativo que se articula habitualmente en dos niveles, grado y postgrado, en otros sistemas denominados pregrado y postgrado. La educación superior se realiza en instituciones, entre las cuales se mencionan las universidades, los colegios universitarios e institutos tecnológicos. Sinónimo: Educación terciaria. Programas de estudios, formación o formación para la investigación posteriores a la enseñanza secundaria, impartidos por universidades u otros establecimientos que estén habilitados como instituciones de enseñanza superior por las autoridades competentes del país y/o por sistemas reconocidos de homologación.

Egresado: Persona que sale de un establecimiento docente después de haber terminado sus estudios. Término que se aplica a la persona que ha completado sus estudios universitarios. En algunos países se refiere a estudiantes que han completado satisfactoriamente los cursos de su carrera; en otros, adicionalmente, se utiliza para designar a estudiantes que habiendo concluido los cursos de su plan de estudios, no han realizado su trabajo final de carrera, por lo que no han recibido el título correspondiente. Establece la relación de una persona recién titulada con su institución, no tanto con el tipo de título que ha obtenido u obtendrá o con su especialidad.

Especialidad: Es un área específica de una disciplina de las profesiones del equipo de salud definida en relación con criterios anatómicos, patológicos, funcionales, relativos a ciclos de vida, complejidad de la atención y cuidados, de abordajes/enfoques/ metodologías diagnóstico-terapéuticos, y/o de estructura que profundiza en forma vertical en el conocimiento teórico práctico de la formación de grado universitario para el abordaje de las condiciones de salud de las personas, la familia y la comunidad, y agrega competencias a las adquiridas en esa formación.

Su reconocimiento en tanto tal se encuentra directamente ligado a la aprobación de un ciclo de formación reconocido por las autoridades sanitarias y educativas. Dicho ciclo puede compartir algún trayecto formativo con otras especialidades, pero será considerada especialidad autónoma

en tanto su trayecto formativo específico sea proporcionalmente mayor al trayecto común con otras especialidades

La formación de un especialista le permite desempeñarse en diversos ámbitos del quehacer profesional.

Especialidades multiprofesionales: se denominan así aquellas especialidades que pueden ser ejercidas por distintas profesiones del equipo de salud. Cada especialista ejercerá su especialidad dentro del marco regulatorio de su profesión y bajo las incumbencias de su titulación.

Especialidad dependiente: Son ramas o áreas del ejercicio profesional que profundizan el conocimiento y agregan competencias diferenciadas en un área focalizada de una especialidad. Requieren que el profesional cuente con una especialidad en forma previa o que en el proceso de formación de la especialidad dependiente se establezca un trayecto común que supere el 50% del contenido de la especialidad sobre la que se profundiza el conocimiento y agregan competencias. Se basan en el reconocimiento de que existen poblaciones específicas de pacientes que se beneficiarían de los conocimientos y habilidades altamente enfocados. La especialidad dependiente debe tener un cuerpo de conocimiento único que no se puede incorporar completamente a la especialidad de la que depende, una específica aplicabilidad para ser practicada en una forma que sea distinta a la misma y contribuir a la generación académica de nueva información.

Gestión Educativa: Preespecialidad denominada como: Proceso de recuperación de lo humano en las organizaciones considerando las necesidades de los sujetos involucrados en el proceso organizacional como uno de los elementos del marco multidisciplinar de la realidad que le concierne. // conjunto de procesos para dirigir la acción educativa que desarrollan los actores involucrados en las acciones pedagógicas, personales, políticas y administrativas que se producen en la dinámica escolar.

Habitus: Estructura interna que se compone de nuestras competencias y motivaciones que hacen a un sujeto capaz de actuar en el mundo objetivo

Nivel Grado: Título que se otorga una vez cumplido un plan de estudio con una carga horaria mínima de 2600 horas reloj (o su equivalente) en la modalidad presencial, y la carga horaria se desarrolla en un mínimo de 4 años académicos y un máximo de 7 años académicos de duración.

Nivel Posgrado: Título que requiere un título de grado previo. La duración de la Especialidad y de la Maestría abarca de uno a cuatro años y el Doctorado un máximo de siete años.

Nivel Secundario: Tiene por objeto profundizar los saberes, habilidades y valores en función de las áreas de conocimiento del mundo social y del trabajo, así como habilitar para cursar el nivel superior. Constituye una unidad pedagógica obligatoria destinada a adolescentes, jóvenes y adultos que hayan aprobado el nivel primario. Tiene una duración de 5 o 6 años (en el caso de la educación técnica). Consta de dos ciclos: Ciclo Básico: con contenidos curriculares comunes y Ciclo Orientado: de carácter especializado según las distintas áreas del conocimiento y del mundo del trabajo.

Porcentaje de retención: la proporción de alumnos matriculados al final de un ciclo/año/grado lectivo (matrícula final), en un año calendario dado, en relación con el total de alumnos matriculados en el mismo ciclo/año/grado lectivo en el mismo año calendario.

Práctica Final Obligatoria (PFO): actividad curricular prevista para capacitar en servicio a los estudiantes de la carrera de Medicina que hubieran concluido el cursado de los cinco primeros años de la carrera y hubieran aprobado todas las materias previstas en el mismo. Es una asignatura de duración anual correspondiente al 6° año de la carrera de Medicina

Prevención: Puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales en virtud evitar un riesgo. Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una hecho considerada negativa.

Responsabilidad / MISIÓN social universitaria: Resultado de la misión de las instituciones de educación superior por el lugar que ocupan en el entramado social. Requiere de políticas académicas para lograr los objetivos de desarrollo propuesto, garantizando las mejores decisiones en los objetivos a alcanzar en la formación de ciudadanos responsables cuya formación y los conocimientos alcanzados favorezcan su solidaridad y compromiso por lograr lo que muchos reclaman: que “un mundo mejor es posible. Transmisión de la cultura, los

valores, cualidades y actitudes necesarias para el desempeño ético, responsable, solidario y transformador

de los profesionales, reconociéndolo como sujeto activo y como sujeto de derechos. Por consiguiente, debe estimular la integración y la participación en los ámbitos: económico, político, social y cultural.

Salud: La constitución de la OMS de 1948 define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente gratificante y productiva.

Tasa bruta universitaria: Proporción de estudiantes de pregrado y grado universitario, independientemente de la edad, sobre la población total del país de entre 18 y 24 años, en un año determinado. Esta tasa da cuenta del nivel de participación general del sistema de educación universitaria del país.

Tasa neta universitaria: Proporción de estudiantes de pregrado y grado universitario de entre 18 y 24 años de edad sobre la población total del país de entre 18 y 24 años, en un año determinado. Esta tasa da cuenta del nivel de participación del sistema de educación universitario del país para la población específica de entre 18 y 24 años.

Fuentes de referencias

Bibliografía

Abdulghani, HM., Al-Shaikh, G., Alhujayri, AK., Alohaideb, NS., Alsaeed, HA., Alshohayeb, IS., Alyahya, MM., Alhaqwi, A. & Ahamed Shaik, S. (2013) What determines the selection of undergraduated medical students to the speciality of their future careers? Lib. Of Health Sci Univ. pp25 – 30 DOI: 10.31009/0142159X.2013.765548

Alconada Magliano, JP. Y Pracilio, HO. (s.f.) La educación médica centrada en la comunidad. 30 años de Educación Médica Centrada en la Comunidad. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. 47 N° 380. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Becker, H. (2010) Trucos del oficio. Cómo conducir una investigación en ciencias sociales. Siglo XXI editores

Becker, H. (2018) Datos, pruebas e ideas. Porque los científicos sociales deberían tomárselos más en serio y aprender de sus errores. Siglo XXI editores

Block, SD., Clark Chiarelli, N. and Singer JD. (1998) Mixed messages about primary care in the culture of U.S. medical schools. Acad Med. 1998 Oct;73(10):1087-94.

Borges, NJ., Manuel RS., Duffy, RD., Fedyna, D., Jones, BJ. (2009) Influences on speciality choice for students entering person – oriented and technique – oriented specialities. Med Teach. 31: 1086-8

Bottinelli, M. M. y col. (2003). Metodología de Investigación: Herramientas para un pensamiento científico complejo. Buenos Aires: el autor.

Bourdieu, P. y Passeron JC. (2013) Los herederos: los estudiantes y la cultura. 3ª edición. Buenos Aires, Siglo XXI Editores

Bourdieu, P. y Passeron, JC. (2018) La reproducción. 1ª edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Bowman, MA., haynes, RA., Rivo, ML. And Davis, PH. (1996). Characteristics of medical students by level of interest in family practice. *Fam Med*. 1996 Nov-Dec;28(10):713-9.

Caminal, J., Starfield, B., Sánchez, E., Casanova, C., Morales, M. (2204) The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*. Pp 246-251

Casado Vicente, V. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. *AMF* 2018;14(2):79-86

Cea D'Ancona, M. A. (2009). La compleja detección del racismo y la xenofobia a través de encuesta. Un paso adelante en su medición. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*,125, 13 – 42.

Cobo, E., Muñoz, P. y González, J. A. (2007). *Bioestadística para no estadísticos*. Barcelona: Elsevier Masson.

Dale A., Newton, MD., Grayson, MD., and Whitley, T. (1998). What Predicts Medical Student Career Choice? *J GEN INTERN MED* 1998;13:200–203

Davini, M. C. (1995). *Bases Conceptuales y Metodológicas para la Educación Permanente en Salud*. OPS/PWR Argentina, Pub.Nº 18,1989;Davini,M.C.,Educación Permanente en Salud, Serie PALTEX Nº 38, OPS/OMS, Washington.

Davini, C. (2003) *Las residencias del equipo de salud : desafíos en el contexto actual 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS.Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires,Secretaría de Salud.UBA.Instituto Gino Germani.*

Dorsey, ER., Jarjoura, D. and Rutecki, GW. (2003). Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA*. 2003 Nov 26;290(20):2666

Duré, I. (2015) *Residencias Médicas en Argentina*. *Revista Argentina de Medicina*. Vol 3. Nº5, mayo de 2015. Pag. 2-4

FAMG. Página web de la Federación Argentina de Medicina General. <http://www.famg.org.ar/index.php/institucional/famg/que-es-un-medico-general>

Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin number 4. New York, USA.

Gibson, OR., Segal, L., McDermott, RA. (2013) A systematic review of evidence on the association between hospitalization for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. Health Services Research. 2013, 13: 336

Franco-Giraldo, Á (2015) El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS) Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3): 414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11

Gual, A., Núñez, JM., Argullós, JP y Oriol-Bosch, A. (2013) Declaración de Edimburgo, ¡25 años! FEM: Revista de la Fundación Educación Médica. vol.16 no.4 Barcelona dic. 2013 <http://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322013000600001>

Gutierrez Cirlos, C., Naveja, JJ. Y Sánchez Mendiola, M. (2017). Factores relacionados con la elección de una especialidad en medicina. Inv. Ed. Med. pp.1-9

Haq, C., Ventres W., Hunt, V., Mull, D., Thompson, R., Rivo, M. y Johnson P. (1996) Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. Boletín Oficina Sanitaria Panamá. 120 (1); 44-57

Hernández Sampieri R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, MdP. (2010). Metodología de la Investigación. Ciudad de México, Mc Graw Hill / Interamericana Editores, S,A.

HOPE's Study Group on Workforce Issues. The healthcare workforce in Europe: Problems and solutions. Final report. Brussels: Standing Committee of the Hospitals of the European Union. 2004.

Indicadores Básicos OPS (2018) Informe de Indicadores Básicos de la República Argentina del año 2018. Organización Panamericana de la Salud, OMS.

Informe Dawson (1920). INFORME DAWSON sobre EL FUTURO DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y AFINES, 1920. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines
Kmietowicz, Zosia (2006) Primary care. A century of General practice. BMJ, 332; 39-40

Kremer , P., Daverio, D., Pisani, O. , Nasini, S., García , G. , Bossio , P. , & Barrionuevo , K. . (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, 5(21), 30–37. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/249>

Lynch, DC., Newton, DA., Grayson, MS. and Whitley, TW. (1998). Influence of medical school on medical students' opinions about primary care practice. Academic Medicine. 73(4):433–5, APR 1998

Macinko J, Montenegro, H., Nebor Adell, C. Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007) La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev. Panam. Salud Pública. 2007, 21 (2/3): 73-84

Magliano, A. (2013) “La enseñanza de la Salud Pública en la Formación de grado”. Trabajo Final Integrador en la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria de la Universidad Nacional de La Plata. Docente Director: Horacio Pracilio.

Ministerio de Salud de la Nación. Garantía de calidad de la atención médica. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica> (cita de febrero de 2022)

Navarro Pérez, P. (2015). Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina. OPS y Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Observatorio federal de Recursos Humanos en Salud (2019). Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/datos/formacion/residencias>

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/evolucion_de_cupos_por_especialidad._especialidades_priorizadas_2004-2018.pdf

OPS (2018) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud / Análisis de Salud, Métricas y Evidencia: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2018

PAHO (2002) Pan American Health Organization. Health in the Americas (Vols I and II). Washington, DC: PAHO, 2002..

PAHO (2007) Pan American Health Organization Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, D.C: PAHO.

Pinzón, CE. (2008) Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Acta Médica Colombiana. Vol. 33 N° 1, enero marzo.

Rey Lennon, F. y Piscitelli Murphy, A. (2003). Pequeño manual de encuestas de opinión pública. La crujía ediciones.

Rosano, A., Abo Loha, C., Falvo, R., va der Zee, J., Ricciardi, W., Guasticchi, G. and de Belvis, AG. (2012). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. The European journal of Public Health. May 29.

Rosenblatt, RA., and Andrilla, CA. (2005). The Impact of U.S. Medical Students' Debt on Their Choice of Primary Care Careers: An Analysis of Data from the 2002 Medical School Graduation Questionnaire. Academic Medicine, Vol. 80, No. 9 / September 2005

Tenti Fanfani, E. (2021) La escuela bajo sospecha. 1ª edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

Vallese, MC. Y Roa R. (2005) Primer Censo de Residencias de medicina familiar y general en la república Argentina. Archivos de Medicina Familiar y General. Vol1. N°2 pp25-39

ANEXO A Modelo de Encuesta sobre Factores Condicionantes para Elección de Especialidad en Médicos

Graduados de la UNLaM

Género:	Edad:
Lugar de nacimiento (barrio/ localidad):	nacionalidad:
Estado civil : soltero, casado, divorciado, viudo, unión de hecho	
¿Tiene hijos?: Si / NO	
Año de Graduación Médico UNLaM	
Realizó Escuela Primaria en ámbito: público o privado	
Realizó Escuela Secundaria (Nivel Medio) en ámbito público o privado	
¿Cuál es el nivel de estudio máximo alcanzado por su padre? Categorías: analfabeto, primaria, secundaria, terciario, universitario completos o incompletos en cada caso.	
¿Cuál es el nivel de estudio máximo alcanzado por su madre? Categorías: analfabeto, primaria, secundaria, terciario, universitario completos o incompletos en cada caso.	
¿Alguno de sus padres es médico? SI / NO	
¿Cuál? Padre / madre	
¿Cuál es la especialidad médica que ejercen o ejercieron sus padres?	
¿Se encuentra usted realizando la especialización a través del sistema de residencias o concurrencias médicas?	
¿Cuál es / fue la especialidad elegida por usted para realizar residencia médica?	
Año de ingreso a la residencia / concurrencia médica	
¿Cuál es el nombre de la Institución donde realiza la residencia médica?	
La institución donde realiza la residencia / concurrencia médica es del ámbito público o privado?	
¿Realizó anterior a la residencia actual una especialidad diferente a la actual?	

¿Cuál fue la principal motivación para su elección de especialidad medica? Le solicitamos que coloque en orden numérico cronológico, las diferentes opciones, donde 1 significa el principal motivo de su elección, 2 el motivo que sigue en importancia para usted, y así sucesivamente.

Compromiso Social

Afinidad por la Investigación

Cuidado del tiempo para otras actividades de ocio / recreativas

¿Cuál es la expectativa laboral luego de realizada y completada la especialización en su residencia médica?

Practicar la especialidad elegida actualmente en el mismo lugar

Practicar la especialidad elegida actualmente en un lugar diferente al que estoy realizando la misma

Realizar una sub especialidad posterior

Practicando otra especialidad diferente a la actual

Trabajando en Gestión o Administración de Servicios

¿En qué momento de la carrera de medicina en la UNLaM, tomó la decisión de realizar la especialidad actual?

Antes de comenzar la carrera

Durante el Ingreso a la Carrera de medicina

1er año

2° año

3er año

4° año

5° año

Práctica Final Obligatoria (PFO)

Al momento de la inscripción al examen de residencias médicas

¿Existió durante la Carrera de Medicina una rotación particular, asignatura, escenario que lo motivó a interesarse por la especialidad elegida por usted? Indique cuál o cuáles.

¿Existió durante la Carrera de Medicina un profesor, docente, tutor que haya tenido incidencia en la elección de su especialidad? Indique cuál o cuáles.

¿Cuáles fueron las 2 asignaturas electivas que realizó durante la carrera? NO las transversales como computación o Inglés.

La especialidad que usted lleva adelante en su residencia, ¿es diferente a la elección que tenía en mente al comenzar la carrera?

1. No tenía decidido antes o al comenzar la carrera
2. Si, era diferente a la actual
3. No, es la misma que estoy realizando actualmente

Si la especialidad que usted eligió actualmente es diferente a la elegida al inicio de la carrera, indique cual o cuales fueron los motivos del cambio de elección

1. Consideraciones familiares
2. Influencia de profesores
3. Influencia de compañeros de estudio
4. Experiencias negativas durante alguna asignatura, escenario o rotación
5. Necesidad de mayor estímulo intelectual
6. Necesidad de mayor y rápido beneficio económico al finalizar la carrera
7. Otro: especifique todo lo que usted desee