

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

Ana Carolina Godoy¹; Humberto Jure²

1. *Cátedra de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.*

2. *Universidad Nacional de Villa María, Córdoba, Argentina.*

Enviado: 22 de junio de 2023

Aceptado: 10 de octubre de 2023

Autor de correspondencia: Ana Carolina Godoy. E-mail: anacgodoy@yahoo.com.ar

RESUMEN

Introducción: El Estado ha favorecido la formación en medicina familiar y general (MFYG) para fortalecer el primer nivel de atención (PNA), pero la cantidad de cargos adjudicados no ha variado, y muchos egresados migran a otras especialidades. La escasa remuneración y prestigio han sido razones citadas. Teniendo en cuenta que los primeros años de ejercicio profesional son claves, conocer las trayectorias de los especialistas en MFYG en esa etapa es relevante. **Objetivo:** describir características que influyen en la inserción laboral de estos especialistas para proponer soluciones a esta crisis de recursos. **Metodología:** se realizaron entrevistas en profundidad a egresados de residencias de MFYG de más 5 años de práctica, que residían en Córdoba. Se analizó el contenido para identificar y comprender las categorías de análisis, con ayuda del software Atlas Ti. **Resultados:** Se encontró que el capital social ganado durante la formación fue lo más relevante para acceder a un trabajo. La realidad de las mujeres está condicionada a las tareas de cuidado que realizan en sus hogares. Se observan consecuencias del proceso de descentralización. Se describen influencias positivas de las políticas públicas orientadas al PNA. **Conclusiones:** Pensamos que la clave está en pensar una forma de producir salud teniendo en cuenta qué trabajadores existen para esa tarea.

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

Employment Placement Process of Graduates of Family and General Medicine Residency in Cordoba, Argentina, 2018.

ABSTRACT

Introduction: The State has promoted training in family and general medicine (FGM) to strengthen primary care (PC), but the number of allocated positions has not changed, leading many graduates to migrate to other specialties. Low remuneration and prestige have been mentioned as reasons for this. Considering that the early years of professional practice are crucial, it is essential to understand the career paths of FGM specialists during this stage. **Objective:** To describe the characteristics influencing employment placement of these specialists and suggest solutions to this resource crisis. **Methodology:** In-depth interviews were conducted with FGM residency graduates with over 5 years of practice who lived in Cordoba. Content analysis was performed to identify and understand the categories of analysis, using Atlas Ti software. **Results:** It was found that the social capital acquired during training was the most relevant factor to get a job. The reality of women is influenced by caregiving responsibilities they have at home. Consequences of the decentralization process were observed. Positive influences of public policies aimed at primary care were described.

Conclusions: We believe the key lies in considering how to produce health taking into account the workforce available for this task.

Keywords: Family and Community Medicine; General Medicine; Human Resources; Labor Market; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la estrategia Atención Primaria de la Salud (APS) para alcanzar la equidad en salud, requiere de trabajadores con perfiles adecuados(1). La medicina familiar y general (MFYG) se presenta como una buena especialidad para ese fin, dadas las competencias que se asocian a su formación. Pero la escasez de estos especialistas es una preocupación desde hace años.

En Argentina se aumentó la oferta de cargos de formación en MFYG, pero la adjudicación de los mismos se ha mostrado estable (2). Una revisión de estudios desde 1993 a 2001 en Norteamérica indicó que las bajas remuneraciones (comparadas con otras especialidades) y el bajo prestigio de la MFYG desaniman a los profesionales (3). Otro estudio realizado en nuestro país muestra, al contrario, que el prestigio no es una razón de peso para considerar el ingreso a la formación (4). Sin dudas, las razones del problema de los cargos vacantes escapan a características propias de la especialidad de MFYG, dado que el déficit en los ingresos a programas de residencias se extiende hacia otras especialidades.

Se ha descrito que después de algunos años de ejercicio de la MFYG, un porcentaje variable de estos médicos realiza otra especialidad (5,6). Pero hasta el 80% permanecen en la especialidad, en general combinando su ejercicio en diversos subsectores del sistema. Los trabajadores del subsector público, según muestra un estudio realizado en Buenos Aires, tienden a permanecer en el lugar donde realizaron la formación de residencia si existe esa posibilidad (6). Otro elemento característico de la fuerza de trabajo del sector salud es la feminización creciente. La bibliografía indica que las mujeres optan por especialidades con estilos de vida más controlables, como la MFYG (7). Es relevante destacar que la falta de perspectiva de género en muchas investigaciones obstaculiza que se revelen razones más profundas respecto a los trabajos que eligen las mujeres (8).

En Córdoba hay numerosos centros formadores de MFYG, pero los programas de formación no están unificados. Además, la historia del sistema sanitario en la provincia se encuentra atravesada por un proceso denominado descentralización (9), que implicó el traspaso del primer nivel de atención, desde la responsabilidad de la jurisdicción provincial hacia los municipios. Este proceso ha creado diferencias marcadas de infraestructura, presupuesto y capacidades de gestión entre municipios en lo que

respecta a la salud.

Los primeros años de trabajo profesional resultan claves para la carrera laboral médica (10). La mayor movilidad laboral entre los universitarios ocurre en los primeros años de trabajo, y pasados unos cinco años, el proceso se estabiliza (10).

Todos estos aspectos podrían influir, en mayor o menor medida, en el proceso de inserción laboral de los especialistas en MFYG. No hemos encontrado evidencia sobre los motivos que podrían afectar la inserción laboral de estos especialistas en nuestro país. Consideramos que entender las vivencias de los primeros años de ejercicio laboral podría colaborar en el diseño de políticas públicas más efectivas. Por esto, el objetivo de este estudio fue comprender las características del proceso de inserción laboral de los egresados de MFYG de la provincia de Córdoba, a partir de entrevistas realizadas durante el año 2018.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas. La población de estudio fueron los médicos de familia con certificado de especialidad, radicados en Córdoba y con seis o más años de trabajo continuado contando desde el momento en que fueron especialistas.

El muestreo fue por conveniencia, combinando muestreo teórico y la estrategia de bola de nieve. Se procuró que la cantidad de varones y de mujeres fuera similar, aunque no se realizaron análisis específicos por género. Se tomó contacto por correo electrónico o teléfono, y se concretó una fecha para la entrevista (todas ocurrieron entre 2017 y 2018).

Se garantizó el anonimato de los participantes, así como también la confidencialidad de la información. Las personas participantes firmaron un consentimiento informado.

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

Se elaboró la guía de entrevista en relación con la revisión de la bibliografía, dividiendo las preguntas en temas y subtemas. Se utilizó el criterio de saturación del discurso para determinar la cantidad de entrevistados.

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

Las transcripciones fueron analizadas utilizando el software Atlas Ti (versión 7).

Las categorías consideradas para este estudio fueron:

género, edad, carga familiar, itinerario laboral, vivencias en el mercado laboral general, modelo de formación, capitales para el ingreso laboral, mercado laboral médico, diferencias de género en el mundo laboral y el mundo doméstico, impacto de las políticas públicas en las vivencias laborales.

RESULTADOS

Se realizaron 17 entrevistas, 8 a mujeres y 9 a varones. Uno de los varones solicitó, retirar su testimonio del estudio, quedando 16 entrevistas para el análisis. La media de edad fue de 38 años (DE: 5,36). La mitad tenía hijos, y 14 tenían pareja. Ocho de los entrevistados indicó que al menos uno de sus padres alcanzó estudios terciarios o universitarios, y ninguno de ellos era médico.

Se desarrollan los resultados por cada categoría (o grupo de categorías) estudiada. Se tomaron expresiones de los entrevistados en los títulos de cada apartado, que figuran en cursiva.

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

En general, el proceso de inserción laboral ocurrió rápido. Quince de los entrevistados ya tenía trabajo al momento de rendir la especialidad, incluso antes de terminar la residencia. Ninguno relató experiencias de desempleo o subempleo, ni preocupación por esa posibilidad. Los primeros años se caracterizan por contratos precarios, con marcada movilidad entre trabajos. Hay tendencia a emplearse en zonas del interior de la provincia, aunque sin radicarse y por poco tiempo. Catorce de los entrevistados lograron alcanzar, luego de unos años, un empleo principal, en relación de dependencia, y uno o dos trabajos secundarios con contratos temporales.

Aún en el caso de los que luego de varios años continúan con un ejercicio autónomo de la profesión con contratos temporales, existe la sensación de estabilidad laboral. En todos los casos relataron la posibilidad de acceder a empleos en relación de dependencia. Algunos rechazaron por preferir mayor libertad en sus horarios.

El capital que operó con mayor fuerza para el acceso a un trabajo fue el capital social. Durante la residencia se conocieron a las personas que los pusieron en contacto con sus primeros trabajos. Incluso en los casos en que existieron entrevistas de selección de personal, los entrevistados se habían enterado por algún contacto. La totalidad de los entrevistados accedió a sus primeros empleos por recomendación

de un colega, en general del espacio de formación. También indicaron que el lugar de formación tenía peso a la hora de que se confirme una posibilidad laboral.

Lo público y lo privado: “(...) y yo estaba en la Muni porque, para mí, yo estudié Medicina Familiar para trabajar en Atención Primaria”

Los entrevistados diferencian varios aspectos entre el subsector público y el subsector privado y de las obras sociales. Se reconocen reglas de juego diferentes, y muchos de ellos trabajan en ambos sectores. En cuatro entrevistados el trabajo principal se desarrollaba en el sector privado, en el resto era un complemento para cumplir objetivos financieros específicos.

En cuanto al subsector público, se describen como el lugar en donde puede desarrollarse la APS en sentido pleno. Sin embargo, es también en donde se describen más dificultades que entorpecen la tarea profesional: desorganización del sistema, la precariedad de los contratos (sobre todo los primeros años) y déficits severos de infraestructura. Estas dificultades no fueron referidas respecto al sector privado. Otra característica del sector público es que el ejercicio de la actividad sindical es casi una generalidad.

Existen diferentes puntos de contactos (rotaciones, eventos científicos, etc.) durante la residencia entre médicos formados el sector público, y el sector privado. Estas experiencias fueron muy valoradas, ya que posibilitaron conocer diferentes escenarios de prácticas, y conocer más opciones a la hora de elegir donde trabajar en el futuro.

En el caso de los entrevistados con trayectoria en el subsector público, aparecen referencias a programas nacionales y provinciales que facilitaron el desarrollo de sus trayectorias laborales. Se nombran programas de fortalecimiento a la APS, cursos nacionales de formación de médicos generales y comunitarios, créditos para planes de acción municipales vinculados a la APS. El más nombrado es el Programa de Médicos Comunitarios. Si bien la valoración de estos programas es muy positiva, se marcan como debilidades el fin de los proyectos, el déficit de articulación entre jurisdicciones, la precarización del trabajo o el cambio de intención política de los mismos. Indican, también, que más allá de esos proyectos, se han desarrollado mejoras generales en el PNA.

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

de Córdoba

La Municipalidad de la Ciudad de Córdoba aparece en los discursos de los entrevistados como uno de los principales empleadores de los especialistas en MFYG. Todos han trabajado o trabajan para ese empleador, o han considerado incorporarse en algún momento. Por eso es interesante hacer un análisis diferenciado de estas experiencias. El ámbito de trabajo son los centros de atención primaria dependiente de la Dirección de Atención Primaria (DAPS) se encarga de las tareas de coordinación y administración del primer nivel de atención en la ciudad.

El salario alcanzado luego de algunos años dentro del sistema de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, resulta un incentivo importante. Sin embargo, existe un tiempo de espera de varios meses para que se inicie el ciclo de pagos. Los primeros años son vividos como un sacrificio necesario, y compartido entre pares, para alcanzar luego la estabilidad preciada:

“Cobrábamos cada seis meses, y seguíamos trabajando. Hasta que nos organizamos, y nos juntamos como 80 personas, y hacíamos retención de servicio para que nos paguen. Firmábamos entrada y salida, y no trabajábamos. El grupo se llamaba “los insolventes de la DAPS ”...” (Femenino 4)

Se escucha que el deterioro edilicio es padecido por quienes trabajan allí, aunque se reconocen mejoras en los últimos años. También se indica que el crecimiento poblacional de la ciudad no ha sido acompañado por un crecimiento de la capacidad instalada.

Elegir entre centro y el interior: “pero en los pueblos lamentablemente la salud es en todo el interior de Córdoba muy muy mala, muy desorganizada”

Existe una dimensión vinculada a elegir entre trabajar (y vivir) en la capital o en el interior. En los casos que se hacía referencia al interior, se nombraron a “pueblitos”. Esta elección que cinco entrevistados se planteaban tenían que ver con el modo de vida, pero las opciones laborales son pocas, mal pagas y sin posibilidades de crecimiento. La mayor dificultad que se relata responde a la mala organización del sistema sanitario en esos lugares.

Los entrevistados relataron que reciben ofertas con frecuencia, pero con escasos equipos y mucha carga de guardias. Pero, además del poco atractivo laboral, aspectos referidos al estilo de vida en los lugares del interior (como las “pocas opciones” de recreación o

de educación para los hijos) son un elemento de peso a la hora de elegir.

Otros especialistas: “no nos reconocen, ni nuestros colegas, no saben lo que hacemos”

Al indagar sobre el vínculo con otros especialistas, algunos entrevistados revelaron que hay una tendencia a sentirse en inferiores condiciones de trabajo (ya sea por remuneración o por reconocimiento social). En el caso del PNA del sistema público, se repiten relatos referidos a competencia entre distintas especialidades. Esta tensión es regulada, al parecer, por el direccionamiento que hace la gestión sanitaria del momento.

Relataron que hay baja comprensión sobre lo que se hace en APS. En algunos relatos, indicaron que no importaba tanto que especialidad se ejercía, sino como se concebía a la APS y cómo se comprendía al sistema sanitario.

Aspectos de la formación: “si hay algo que tiene esta especialidad es que tiene muchos lugares en donde nos podemos insertar”

La valoración general de la formación recibida fue muy positiva. Se destacó la relación entre la residencia y sus contactos para la inserción laboral. El aprendizaje de la integralidad respecto al abordaje de la salud o la variedad de escenarios fueron elementos de valor.

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

Hay cierta concordancia entre la formación recibida y las posibilidades laborales futuras. Esto queda muy claro en el caso de un centro formador, en donde rotaban por las especialidades de pediatría, clínica y medicina familiar. En ese lugar, a pesar de haber recibido el título de especialistas en MFYG les ofrecían a los egresados cargos para otras especialidades.

Género e inserción laboral de médicos de familia y generales: “Ahora, mi marido aprendió a cocinar gracias a mi trabajo actual, que me demanda más horas”

En cuanto a cuestiones del hogar, la mayoría de los entrevistados con pareja de otro género (14 de los 16) describió que las tareas de su hogar estaban divididas entre ambos. Algunos relatan que la división equitativa es algo que se ha modificado con el tiempo, y que antes era la mujer la que tenía más responsabilidades en esas tareas.

En cuanto al ingreso laboral, hay diferencias percibidas marcadas en cuanto a género. En las entrevistas de ingreso laboral a cinco de las mujeres se les preguntó sobre sus intenciones de tener hijos en el caso de que no los tuviera, o sus deseos de formar una familia. Esta experiencia fue vivida como una molestia y un obstáculo por las mujeres. Ninguno de los varones vivió algo similar.

En el desarrollo de la carrera seis de las mujeres relataron cuestiones referidas al equilibrio que tienen que desarrollar entre las tareas del hogar y las tareas del trabajo. En el caso de los varones entrevistados, solo uno hizo referencia al esfuerzo que le supone compatibilizar la vida doméstica y la laboral. En el caso de las mujeres, las responsabilidades en el hogar son el principal condicionante de la actividad profesional. Equilibrar los aspectos domésticos y profesionales es una carga extra en las mujeres. Esto se acentúa cuando los contratos son precarios.

También se describieron diferencias, en todos los casos a favor de los varones, en cuanto a los arreglos económicos alcanzados en algunos puestos, más posibilidad de elegir entre trabajos, y mejor trato en las entrevistas. Estas experiencias fueron relatadas tanto por hombres como por mujeres.

DISCUSIÓN

En nuestra población de estudio, la inserción laboral se desarrolló con rapidez, y en estrecha vinculación al capital social. Este capital social estuvo compuesto casi exclusivamente por personas conocidas durante la residencia. En general, se percibió que la solidaridad es un valor significativo en este grupo, y jugó un rol importante a la hora de acceder a los empleos. Esto coincide con otros estudios que también indican que el capital social es un elemento importante a la hora de insertarse en el mercado laboral (10). El desempleo no fue un problema entre nuestros entrevistados. La rápida inserción, principalmente en el subsector público, puede ser reflejo de un escenario de valoración positiva de esta especialidad médica.

En nuestra muestra, los egresados generalmente refieren pocas opciones de elección de un trabajo. Los espacios formadores marcaron, de algún modo, el camino a seguir. Esto se diferencia de otros estudios que plantean una lógica de elección más individual respecto al futuro laboral (6). A diferencia de otros estudios, el entorno familiar y social previo al ingreso de la residencia tuvo poca influencia en la obtención de trabajo (10).

La mitad de los entrevistados era hijo de personas sin estudios terciarios. Otros trabajos consultados no indagan sobre el origen social de los médicos de familia y generales, aunque podría ser de interés para futuras investigaciones. Algunos autores indican que el origen social tiene impacto en el desarrollo profesional futuro de las personas (11), sobre todo a la hora de especializarse dentro de un campo profesional. Por tanto, sería muy relevante analizar este fenómeno en el campo particular de la salud, en donde la súper especialización es una característica (12,13).

Respecto a la función del Estado en el fenómeno estudiado, observamos que las políticas públicas implementadas en las últimas décadas han tenido un fuerte impacto en las historias laborales de los especialistas. Esto coincide con lo indicado por otros autores, que destacan el rol de programas nacionales y provinciales en el tema del capital humano en salud (6). Otros, en cambio, señalan que los caminos de las reformas sanitarias han puesto menos energía en pensar en la gente que está dentro de los sistemas (los trabajadores) que en la gente que está fuera (los usuarios) (4) Con nuestros resultados podemos decir que esa afirmación es relativa, ya que si bien con limitaciones, algunas experiencias de intervención estatal han dejado marcas en las historias laborales.

Los entrevistados describieron un sistema de salud en donde hay grandes contrastes: entre el sector público y el sector privado o de las obras sociales, por un lado; y las regiones rurales y urbanas, por otro. El Modelo Médico Hegemónico (14) describe cierta priorización social relacionada a la enfermedad y los dispositivos de curar, y podría explicar la tendencia a trabajar en lugares centrales, o en cierto subsector. Si bien no puede dejarse de lado la cuestión del desarrollo del sistema de salud cordobés y su descentralización, la cuestión de los sentidos sobre lo más valorado y lo menos valorado, aporta también a la comprensión.

Para nuestros entrevistados es muy positiva la contratación de planta permanente. La bibliografía indica sobre la jerarquización social del empleo en función del tipo de contrato: tiene más valor social el empleo permanente y a tiempo completo (15). Incluso, en muchos casos (particularmente en los que trabajan en la Municipalidad de Córdoba) se toleran situaciones de precarización por varios años con el fin de alcanzar el contrato de planta permanente. Esta valoración positiva se ha descrito en otros estudios (6,16).

La cuestión de la remuneración apareció como un elemento importante a la hora de permanecer en un trabajo, aunque no único. Se sabe que la política estatal de ingresos a los trabajadores de salud impacta en los resultados sanitarios. Si bien el incentivo económico es importante, existen otros factores que inciden con fuerza a la hora de definir los espacios de trabajo entre los médicos (4). En nuestro caso, los entrevistados indicaron que otras condiciones no monetarias eran las causantes que los hacían elegir y mantenerse en sus puestos laborales.

Por un lado, los entrevistados revelan con frecuencia que el trabajo en centros de APS es clave para el desempeño de su rol como médicos de familia. Otros trabajos han revelado la valoración positiva de los especialistas en MFYG hacia el sector público. Entre otros aspectos, indican que es sólo en este sector en donde pueden hacer actividades de promoción de la salud (5).

Los lugares de trabajo en el sector público se describen como edificios empobrecidos, dañados, pero que con el paso del tiempo se han ido mejorando sus condiciones edilicias. Esto puede reflejar el trabajo del Estado para fortalecer la estrategia APS. Entre las dificultades descritas en el sector, también se nombran las malas condiciones de contratación, sobre todo en los primeros años, lo que coincide con otros autores (12). El empobrecimiento descrito no sólo es edilicio, sino también de recursos para ofrecer atención médica de calidad. Otros sondeos regionales también muestran que la falta de recursos (así como la desvalorización y escasa remuneración) son realidades habituales entre los médicos del país. Para tres entrevistados, estas malas condiciones fueron determinante para abandonar puestos. En los restantes, si bien es una realidad reconocida, es tolerada y forma parte de la cotidianidad de su trabajo.

Los efectos de la descentralización se reflejan en los relatos, al dar cuenta de las diferencias de capacidades entre municipios (17). Los que peores condiciones ofrecen son los municipios del interior de la provincia, lo que explicaría la tendencia a emplearse en zonas más centrales. Sumado a las remuneraciones, es importante reconocer que las formas de vida difieren entre el interior y la capital, y esto abona a la inequidad de distribución de médicos. Si bien el sector privado es descrito como el principal empleador en salud (18), en el caso de nuestra muestra la preponderancia de trabajo en el sector público es notoria. Probablemente, esto

se vincula con que es una especialidad con fuerte orientación a la estrategia APS. Si bien se nombra la cuestión de desprestigio comparado a otras especialidades, no es algo tan marcado como otros estudios (5).

Un estudio multicéntrico mostró que la mayoría de los egresados considera útil su entrenamiento para la actual tarea (19). La bibliografía indica que los programas de formación en MFYG en Córdoba son bastantes homogéneos en cuanto al modelo de atención centrado en la persona, y que combinan como escenarios de prácticas el PNA y el segundo nivel (principalmente guardias) (20). Las diferencias son notorias, en cambio, en cuanto al ejercicio de medicina basada en evidencias y el desarrollo de aptitudes en epidemiología (22). Nuestros entrevistados indicaron que hay aspectos que diferencian a los estilos de formación, sobre todo respecto al abordaje comunitario, lo cual coincide con la bibliografía (22).

La feminización es un proceso ampliamente descrito en el campo de la salud: cada vez hay más mujeres médicas, y las tendencias en ingreso de la carrera indican que este proceso se acentuará. Este proceso da cuenta de lo nombrado como *feminización profesionalizada* en la bibliografía (18).

En algunas mujeres, se vinculaba la existencia de un trabajo único, en relación de dependencia, como el modo de compatibilizar la profesión con la vida doméstica y el cuidado de hijos. Otros autores han señalado casos donde las mujeres eligen residencias de esta especialidad cerca de sus domicilios (5). Algo muy descrito en trabajos anteriores muestra que a irregular distribución del trabajo no remunerado en perjuicio de las mujeres (8) (18), lo que se cumplió ampliamente en nuestro estudio. Tres entrevistados describieron que las mujeres están más preparadas naturalmente para la profesión médica, y establecieron una relación directa entre la capacidad de cuidar de un hogar con la capacidad de desarrollar la profesión médica. Otros autores remarcan que, si bien el ejercicio continuo de cuidar permite desarrollar algunas habilidades, no está establecido a priori de qué género es el encargado de hacerlo (8).

CONCLUSIONES

Si bien las políticas públicas han propuesto a la medicina familiar como la especialidad idónea para la estrategia APS, en la práctica se encuentran

dificultades. Mostramos que los empleos a tiempo completo, y períodos indefinidos, son los más valorados socialmente en muchos de los entrevistados.

Resulta todo un desafío encarar proyectos de mejora sanitaria en la provincia, que involucren la combinación de todos estos factores a la hora de mejorar el perfil de distribución del talento humano para el primer nivel de atención. Pensar la descentralización sin rectoría conduce a malos resultados sanitarios, en donde la inequidad de distribución de talento humano es una variable de peso.

Las vivencias vinculadas al género han demostrado, en nuestro trabajo, ser un elemento muy importante a la hora de moldear las trayectorias laborales, y encontramos diferentes modos de transitar el trabajo entre varones y mujeres.

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

Consideramos que algunos resultados de nuestra investigación pueden tener una utilidad en el campo de la salud: conocer las percepciones de los especialistas en MFYG respecto a su inserción laboral puede dar pistas para crear políticas más efectivas en torno al capital humano para el primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal [Internet]. [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55657>
2. Silberman P, Calbano AG, Godoy AC, Zamora AC, Perrotta MC, León RCFP de. Análisis del programa de becas en Medicina Familiar y General según Estratos Sociosanitarios de la República Argentina. Rev Salud Pública [Internet]. 15 de abril de 2016 [citado 20 de junio de 2023];20(1):17-24. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/12385>
3. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review. J Am Board Fam Pract [Internet]. 1 de noviembre de 2003 [citado 20 de junio de 2023];16(6):502-12. Disponible en: <https://www.jabfm.org/content/16/6/502>
4. Gonzalez García, Ginés. Médicos: La Salud de una profesión Catalogue en ligne [Internet]. [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://catalogo.unpaz.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=494
5. Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, et al. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 1 de diciembre de 2014 [citado 20 de junio de 2023];5(21):30-7. Disponible en: <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/249>
6. L'hopital C. Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado. Arch Med Fam Gen [Internet]. 24 de octubre de 2017 [citado 20 de junio de 2023];14(1). Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/27>
7. Borracci RA, Salazar AI, Arribalza EB, Borracci RA, Salazar AI, Arribalza EB. El futuro de la feminización de la medicina en Argentina. FEM Rev Fund Educ Médica. 2018;21(3):113-8. [Internet]. [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_

- arttext&pid=S2014-98322018000300002
8. Faur E. Mujeres y varones en la Argentina de hoy. Géneros en movimiento. [Internet]. [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/37369383/Mujeres_y_varones_en_la_Argentina_de_hoy_G%C3%A9neros_en_movimiento
 9. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colect [Internet]. 4 de abril de 2009 [citado 20 de junio de 2023];5(1):27-47. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/229>
 10. Rey R. La inserción laboral de los médicos: los primeros años de ejercicio profesional y la incidencia del capital social. 2004 [citado 20 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27159>
 11. Bourdieu P, Passeron JC. Los Herederos [Internet]. 15.a ed. Siglo XXI; 2010 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.todostuslibros.com/libros/herederos-los_978-968-23-2755-1
 12. Belmartino Susana. La atención médica del siglo XX. Instituciones y procesos. 2da ed. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
 13. Gollan D et al. ¿Qué hacer en salud? [Internet]. Ediciones Colihue |; 2014 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.colihue.com.ar/fichaLibro?bookId=31483>
 14. Menéndez EL. Morir de alcohol [Internet]. Cuadernos del ISCo. [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/8>
 15. Maruani M. De la Sociología del Trabajo a la Sociología del Empleo. Política Soc 2000. 1 de enero de 2000;34.
 16. Maceira D, Palacios A, Urrutia M, Espinóla N, Nievas M. Descentralización y estructura de las remuneraciones médicas en Argentina: un análisis comparado en cinco jurisdicciones. Rev Argent Salud Pública [Internet]. marzo de 2017 [citado 20 de junio de 2023];8(30):26-32. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1853-810X2017000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 17. Ase I. La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. Salud Colect [Internet]. 4 de agosto de 2006 [citado 20 de junio de 2023];2(2):199-218. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/66>
 18. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Aportes para el desarrollo humano. 2018; 9. p 116. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-salud-feminizacion-brechas-laborales.pdf>
 19. Silberman P, Gonzalez Calbano MA, Godoy AC, Perrota A. Aprovechamiento de las becas de capacitación en Medicina Familiar y General del Ministerio de Salud de la Nación para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Un estudio descriptivo en nueve residencias de siete provincias de la Rep. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación.; 2013.
 20. Peona MG, Palmieri HJ. Variabilidad en los programas de formación de residencias en Medicina Familiar y General de la ciudad de Córdoba Argentina. Rev Exp Médica [Internet]. 2016 [citado 21 de junio de 2023];34(2). Disponible en: <https://www.experienciamedicahp.com.ar/2016/34/2/variabilidad-en-los-programas-de-formacion-de-residencias-en-medicina-familiar-y-general-de-la-ciudad-de-cordoba-argentina.html>