



**Ministerio de
Salud**

Presidencia de la Nación



Alternativas de Formación Elegidas por los Concursantes del Sistema Nacional de Residencias Médicas que Habiendo Aprobado el Examen Único No Accedieron al Cargo.

**Estudio Multicéntrico en las Jurisdicciones de Santa Fe,
Neuquén, Salta y San Juan.
Año 2014.**

ESTUDIOS MULTICENTRICOS- BECAS CARRILLO-OÑATIVIA 2014

INFORME FINAL

Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2015

TÍTULO DEL ESTUDIO

ALTERNATIVAS DE FORMACIÓN ELEGIDAS POR LOS CONCURSANTES DEL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MEDICAS QUE HABIENDO APROBADO EL EXAMEN ÚNICO NO ACCEDIERON AL CARGO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LAS JURISDICCIONES DE SANTA FE, NEUQUEN, SALTA Y SAN JUAN. AÑO 2014.

Coordinadores: **Acevedo Gabriel E**
 Dure Isabel

Becarios:
Dursi Carolina
Cadile María del Carmen
Ciaravino Octavio
Nasini Silvia
Farías María Alejandra

Fuente(s) de financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría multicéntrico, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

ÍNDICE

Resumen y Palabras Clave	3
Introducción	4
Materiales y Métodos	10
Resultados	13
Discusión	26
Relevancia para la Salud Pública	29
Referencias Bibliográficas	30

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: En los últimos años se observa una tendencia creciente a la no cobertura de los cargos vacantes de residencias médicas en ciertas especialidades y regiones del país, desconociéndose qué alternativas de formación adoptan quienes deciden no acceder al cargo, ni las razones por las que no lo aceptan.

Objetivo: Reconocer las alternativas de formación que eligen aquellos médicos concursantes del Examen Único (EU) que, habiendo aprobado el examen, no adjudican un cargo de residencia, y las razones de dichas elecciones.

Metodología: Se diseñó un estudio de carácter cuanti-cualitativo, que se desarrolló en dos etapas. Un estudio descriptivo de corte transversal, donde se aplicó un cuestionario cerrado a una muestra intencional integrada por médicos que se postularon en las jurisdicciones bajo estudio y que, habiendo aprobado el EU, no acceden al cargo. Seguidamente se realizó un estudio cualitativo, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas, donde se abordaron aspectos que pudieran haber influido en la decisión adoptada por los profesionales.

Resultados y conclusiones: Los resultados del estudio arrojan que la Residencia, y en particular la del sector público, es la opción privilegiada por los egresados recientes. Por otra parte, hay oferta suficiente de residencias para que todos los médicos realicen su formación de posgrado. Por lo tanto, el desafío es cómo hacer confluir estos dos hechos en pos de las necesidades sanitarias, teniendo en cuenta las tendencias que ha arrojado este estudio: los jóvenes privilegian el prestigio de las sedes de formación y la cercanía con sus vínculos afectivos.

INTRODUCCIÓN

La formación de médicos especialistas en Argentina

Comprender la estructura y dinámica de la formación de posgrado para médicos en Argentina requiere de una breve contextualización de la organización del sistema de formación de recursos humanos en salud.

La gestión de los servicios de salud es competencia de las provincias. Ellas son las responsables de la planificación, gestión y regulación de sus sistemas sanitarios. Por su parte, el Estado Nacional diseña las políticas de salud que rigen en todo el territorio, que se articulan con las autoridades sanitarias de las distintas jurisdicciones a través del Ministerio de Salud de la Nación y el Consejo Federal de Salud (COFESA) [1].

En todo el país, el título de grado de médico es habilitante para el ejercicio profesional (establecido en la Ley de Educación Superior). Sin embargo, las normas de regulación del ejercicio de la profesión disponen la necesidad de una certificación de la especialidad para aquellos que quieren anunciarse como especialistas. Dichas regulaciones son provinciales y el poder de policía lo ejerce la autoridad sanitaria provincial o es delegado por ella en el colegio médico de la jurisdicción.

El modo más frecuente de formarse como especialista en Argentina es la residencia, Cada año egresan entre 4.800 y 5.500 médicos que se enfrentan a la decisión de continuar o no sus estudios de posgrado y en qué modalidad y especialidad. En este sentido, el sistema de residencias en sus distintas modalidades nacionales, provinciales, y privadas ofrece en conjunto aproximadamente 4800 vacantes anuales [2], lo que en una primera mirada alcanzaría a cubrir las necesidades de formación de toda, o casi toda, la población de egresados recientes [3].

Otras formas de acceder a la especialidad son las “conurrencias” (modalidad en servicio con menor dedicación horaria y no remuneradas) y la modalidad de posgrado universitario, que otorga el título de “especialista universitario” a los profesionales que cursan estas carreras. Estos posgrados se realizan en universidades públicas o privadas y en ambos sectores son arancelados.

La residencia es un sistema de formación con dedicación exclusiva para graduados recientes, al que se accede por concurso público y en el que se establece un contrato de trabajo y formación entre la institución y el profesional. Su principal característica es la posibilidad que brinda de práctica intensiva e inmersión en los servicios de salud. El residente profundiza en un área de conocimientos a la vez que aprende el desarrollo del trabajo real.

La mayor parte de las residencias es financiada por los ministerios de salud provinciales o nacional. Existen también residencias públicas de las fuerzas armadas y de seguridad y en algunas universidades nacionales (Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Nacional de La Rioja). En relación con las residencias públicas encontramos distintas situaciones: hay provincias que únicamente ofrecen cargos nacionales, otras en las que coexisten los nacionales, los provinciales y los municipales y, finalmente, jurisdicciones sin financiamiento nacional (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Neuquén y Ciudad de Córdoba). Respecto de las residencias provinciales, las jurisdicciones cuentan con su propio reglamento para organizarlas y realizan su propio concurso para la adjudicación de los cargos, sobre la base de principios comunes

establecidos a nivel nacional (ver Anexo I. III). Por su parte, las residencias del Ministerio de Salud de la Nación, se desarrollan en los centros de formación dependientes de las provincias o del propio ministerio [4].

A partir del año 2009, se consolida la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación en Salud¹, que tiene como una de sus objetivos la discusión de los lineamientos en materia de formación de especialistas mediante el sistema de residencias, como órgano técnico específico representativo del COFESA.

Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas

El Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU) surge a partir de una propuesta de las seis provincias patagónicas, urgidas de encontrar soluciones o mejoras a sus dificultades de cobertura de las vacantes que ofrecían y de gestión de la prueba de selección múltiple. Hasta el año 2011, los postulantes a residencias rendían en diversas provincias e instituciones, de modo de asegurar su ingreso en alguna de las residencias ofertadas, pudiendo ellos elegir en caso de haber aprobado más de un concurso. Esto ocasionaba, por un lado, una gestión ineficiente al haber multiplicidad de pruebas provinciales, mayor estrés a los postulantes y gastos en traslados que algunos no podían solventar y, por el otro, imprevisibilidad en la cobertura de cargos. El resultado de la experiencia fue exitoso, de modo que año tras año se fueron sumando jurisdicciones.

El EU permite unificar la preinscripción, el cronograma y la prueba de selección múltiple que se requiere para el ingreso a las residencias médicas en las distintas jurisdicciones. También 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. Por otra parte, los profesionales que por su ubicación en el orden de mérito no acceden en una primera instancia a la especialidad y provincia de su elección, pueden participar en la readjudicación para otra especialidad y/o provincia sin necesidad de rendir un nuevo examen, ya que se les respeta el puntaje que obtuvieron en el EU [5].

Si bien la instancia de inscripción y examen se unifica, cada provincia mantiene su reglamentación en relación al proceso completo para el ingreso a las residencias. Es decir, cada provincia organiza su propio concurso de acuerdo a la reglamentación vigente.

Como ya hemos mencionado, el crecimiento del EU ha sido significativo desde su primera edición en el año 2011. Mientras que en esa oportunidad solo participaron las provincias patagónicas, para el año 2013 ya reunía 18 provincias y una institución nacional², número que se ha incrementado, alcanzando a 19 jurisdicciones y todas las instituciones que dependen del

¹ La red es un espacio de encuentro sistemático de acuerdos, asistencia técnica y cooperación entre los equipos de gestión de recursos humanos jurisdiccionales y las áreas responsables del Ministerio de Salud de la Nación. Es el emergente de un modelo de gestión de políticas públicas basado en el consenso y la construcción conjunta, apoyado en diagnósticos y propuestas técnicas comunes.

² En el año 2013 las provincias participantes fueron: La Pampa, Rio Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Catamarca, Jujuy, La Rioja, San Luis, San Juan, Santiago del Estero, Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Salta, Santa Fe (que agrupa 5 concursos), Tucumán y el INAREPS (Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur).

Ministerio de Salud Nacional en 2015. Este crecimiento en los alcances del EU implicó una mayor cantidad de cargos concursados y más postulantes para su cobertura.

En 2013 hubo 2466 preinscriptos para los 1124 cargos ofrecidos en 33 especialidades. 1666 rindieron examen, aprobando el 79,5% de ellos, y finalmente, 715 adjudicaron un cargo.

En relación con la distribución de los postulantes al EU 2013 observamos diferencias significativas en el volumen de aspirantes en las distintas jurisdicciones. Santa Fe y Neuquén fueron las provincias que más aspirantes por cargo registraron. En el otro extremo se ubicaron las provincias más australes. En cuanto a la cobertura de los cargos, se observaron situaciones desiguales. Santa Fe fue la única jurisdicción en alcanzar la cobertura del 100%, seguida por Tierra del Fuego (83%), Tucumán (80%) y San Juan (77%). Las provincias con mayores problemas para la cobertura de vacantes fueron Santa Cruz (17%), Río Negro (31%), Catamarca (33%), La Pampa (34%), Santiago del Estero (37%) y Chubut (37%). (Ver cuadro 1 en Anexo I.I)

En relación con la especialidad de concurso, los volúmenes más grandes de médicos se ubicaron en aquellas especialidades que cubren el mayor espectro de los problemas prevalentes de salud y por tanto, son los que cuentan con mayor oferta de cargos en todos los años: Pediatría, Medicina General o Familiar, Clínica Médica, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología y Tocoginecología. Como caso particular se encuentra Anestesiología, que fue una de las más buscadas a pesar de la escasa oferta. La relación entre postulante y cargo fue muy alta en especialidades como Anestesiología y Cirugía General, y en el otro extremo, muy baja en Terapia Intensiva. A pesar de que en casi todas las especialidades había postulantes para lograr la cobertura total de los cargos, ello solo ocurrió en unas pocas (entre ellas Cirugía General, Anatomía Patológica, Oftalmología, Anestesiología). Algunas quedaron muy lejos de la cobertura esperada, como Medicina General, Terapia Intensiva y Psiquiatría. (Ver cuadro 2 en Anexo I.I)

En la instancia de readjudicación, los postulantes que aprobaron el examen (con 50 puntos o más) pero no lograron ubicarse en el orden de mérito para adjudicar, tuvieron la opción de volver a inscribirse, eligiendo nuevamente una jurisdicción y una especialidad, entre las vacantes que se volvieron a ofrecer. Del mismo modo, se dio la posibilidad de entrar en concurso a aquellos postulantes que había alcanzado entre 40 y 49 puntos. Se inscribieron entonces 310 personas, un número bajo, considerando los 1072 que estaban en condiciones de hacerlo, para los 564 cargos que habían quedado vacantes. Finalmente, solo 155 personas adjudicaron un cargo en esta segunda vuelta. A partir de estos números, podría pensarse que los médicos que no tomaron el cargo deseado en una primera oportunidad, no contemplaron hacer uso de la opción de readjudicar un cargo de esa especialidad elegida en algún otro lugar del país. Y, del mismo modo, aquellos que rindieron para una especialidad determinada tampoco se inclinaron por cambiarla aunque hubiera vacantes en su lugar de interés. Esta es una tendencia que se mantiene en las distintas ediciones del EU. Así, el volumen de cargos que se cubrió en la segunda instancia fue pequeño en relación con los que quedaron disponibles [6].

Justificación del problema de investigación

A pesar de que las plazas para residencias alcanzan para cubrir las necesidades de formación de los médicos que egresan de las universidades año tras año, en los últimos se observa una tendencia a la no cobertura de los cargos ofrecidos en ciertas especialidades y regiones del país (ver cuadros 3 y 4 en Anexo I.I).

En algunas jurisdicciones cuyo número de aspirantes supera al de vacantes, como es el caso de Santa Fe, se plantea qué opción de formación eligieron los profesionales que “quedaron afuera” de la sede y/o de la especialidad elegida y no optaron por tomar un cargo en otra jurisdicción incluida en el EU. Otro caso de diferente signo lo constituyen aquellas jurisdicciones en las que habiendo cargos disponibles para todos los profesionales que han aprobado el EU, quedan cargos sin cubrir. La mayor cantidad de este tipo de casos se registra en las jurisdicciones de Neuquén, Salta y San Juan.

En este contexto, pueden presentarse tres situaciones hipotéticas:

- -Que habiendo aprobado el examen no hubiera vacante en la especialidad y sede elegida y el postulante no estuviera dispuesto a modificar su elección para presentarse al proceso de readjudicación;
- -Que prefiera adjudicar una vacante en otro concurso en que haya participado además del EU (CABA, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza);
- -Que prefiera salir del sistema de residencia y realizar otra modalidad de formación en la especialidad (concurrencia, posgrado universitario);
- -Cualquier combinación posible de las alternativas anteriores.

De allí surgen las preguntas que orientan el estudio: ¿Qué elección alternativa realizan aquellos profesionales que habiendo aprobado el Examen Único no acceden al cargo adjudicado en el marco del Examen único?; ¿Qué características tienen los subgrupos que eligen alguna alternativa diferente en cada una de las jurisdicciones bajo estudio?; ¿Qué razones son las que fundamentan la elección alternativa realizada?

Intentar dar cuenta de cómo construyen las decisiones en relación con su formación como especialistas los jóvenes médicos que se postulan en el EU, implica poner en juego un conjunto de variables individuales, relacionales y contextuales. Es decir, implica considerar tanto la oferta de formación, que en este caso estará centrada en el modo en que se organiza el sistema de residencias y particularmente el EU, como la demanda por parte de los sujetos (punto en el que nos hemos concentrado), que implica mirar sus motivaciones, expectativas, y representaciones socialmente estructuradas pero a la vez estructurantes de los vínculos que mantienen con las instituciones.

El objetivo de esta investigación fue reconocer las alternativas de formación que eligen aquellos médicos concursantes del Examen Único que, habiendo aprobado el examen, no adjudican un cargo de residencia en el marco del EU, y las razones de dichas elecciones. Así, se buscó identificar qué alternativas eligen aquellos médicos que habiendo aprobado el Examen Único no acceden a un cargo; caracterizar a los grupos de concursantes de acuerdo a la alternativa de formación que eligen; e indagar la motivación para la elección de las distintas alternativas de formación.

Marco teórico

La revisión de antecedentes en el tema nos ha llevado a considerar algunos ejes de debate teórico en función de explorar esta “toma de decisión” de los jóvenes profesionales y su elección de especialidad médica.

Un estudio reciente realizado sobre los factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica [7],

permitió observar que no existe un único factor condicionante de la elección de una especialidad sino un sistema pluridimensional cuya relación y/o primacía de alguna de esas dimensiones depende del contexto socio-espacial bajo estudio. El punto de partida teórico de este estudio y que fundamentó la selección de las variables que integraron el cuestionario y la pauta de entrevista, fue que el interés **por el ejercicio** de una especialidad responde a una matriz constituida por el sistema de relaciones institucionales- en sentido amplio- en el que estuvo y está inserto el agente y a sus esquemas de percepción y clasificación estructurados a partir de esta inserción.

Tradicionalmente se ha asociado la categoría de interés a su aspecto económico, vale decir, a un punto de vista utilitarista que solo ve en las elecciones y en las prácticas, la intención consciente de maximizar las utilidades. En este sentido, Bourdieu [8] señala que las prácticas conforman una economía, “siguen una razón inmanente que no puede restringirse a la razón económica, pues la economía de las prácticas puede ser definida en referencia a un amplio espectro de funciones y finalidades. Reducir el universo de las formas de conducta a la reacción mecánica o a la acción intencional vuelve imposible echar luz sobre todas esas prácticas que son *razonables* sin ser el producto de un propósito razonado, y menos aún de un cálculo consciente.”

Otras investigaciones recientes proponen teorías relativas a los factores asociados a la elección de especialidad donde están presentes tres componentes: factores asociados con características de los estudiantes, tipo de escuela y percepciones de los estudiantes de las características de la especialidad médica. La elección de una carrera por parte de un estudiante se realiza cuando este encuentra aquellas características que mejor cuadran con sus propias necesidades [9].

Dorsey plantean que el “estilo de vida de las especialidades” interviene en la toma de decisiones y está definido por las siguientes características: tiempo personal libre para el ocio, familia y aspiraciones vocacionales, control de las horas semanales totales empleadas en responsabilidades profesionales, actividades independientes de la práctica médica y su reflejo en las horas totales trabajadas y el número de visitas nocturnas [10]. En este estudio se encuadran 16 especialidades dentro de un “**estilo de vida controlable**” o “**estilo de vida incontrolable**” y demuestran cómo las elecciones se van inclinando, año tras año, hacia las especialidades de “estilo de vida controlable”, sin distinción por sexo.

Otros investigadores como Newton analizaron las elecciones de especialidad en más de 1300 estudiantes y construyeron categorías para las especialidades en una escala que va desde “estilo de vida amable” hasta “poco amable”, donde las especialidades de Atención Primaria, se encuadraban como un “estilo de vida intermedio”. Tanto el estilo de vida como los ingresos influían crecientemente en la elección de carreras por los estudiantes durante el periodo de estudio. Sin embargo, la preocupación por el estilo de vida y los ingresos no caracterizaban a todas las especialidades, encontrando que los estudiantes que elegían ciertas especialidades, del grupo de las “amables” era más probable que valoraran más el estilo de vida que los ingresos, mientras que otros que elegían las “poco amables” era más probable que valoraran los ingresos por sobre el estilo de vida [11].

Rabadán y López Torres indagaron sobre las características de los estudiantes tales como sexo, edad, estado civil, origen geográfico, origen socioeconómico, entre otras. Sin embargo, año tras año, las preferencias de los médicos/as parecen mostrar que, ninguno de estos factores por sí mismo, demuestran una efectiva y contundente asociación a la hora de elegir [12].

Por su parte Rovere, observa un cambio de subjetividad en los jóvenes médicos: “Esta perspectiva sujeto/a centrada nos lleva a resumir los principales hallazgos en el hecho de que I/Re (aspirantes y residentes) otorgan prioridad a sus proyectos vitales más allá del ejercicio de la profesión, rompiendo con la visión de que la profesión de médico determina la identidad y los planes personales [13].”

En el año 2009 un estudio acerca de las expectativas de los estudiantes de Medicina mostró que entre los estudiantes de la UBA, los resultados obtenidos no permitían conocer cuáles eran las principales motivaciones o influencias para optar por una especialidad, habida cuenta de que entre las más elegidas se encontraban especialidades con una sobredimensión de profesionales, remuneraciones bajas y estilos de vida menos ‘controlables’. Esta asociación entre “estilo de vida” versus “ingresos” que parecería tan obviamente lógica en la investigación de Newton, no pareciera tener su correlato en lo local. En sus conclusiones aclaran sus limitaciones por el escaso tamaño de la muestra y afirman que, en términos generales, *“las características de remuneración, prestigio, estilo de vida, tiempo de formación y demanda laboral parecen no haber influido significativamente en la toma de decisión de los estudiantes encuestados para elegir la especialidad”*. Por lo tanto, dejan suponer que *“otros aspectos sociales, culturales o vocacionales no analizados en este estudio podrían vincularse con las preferencias por una u otra especialidad”* [14].

En síntesis, los antecedentes mencionados parecen coincidir en que los factores relevantes identificados se combinarían en distinto orden, configurando un abanico poco previsible de las elecciones de los jóvenes profesionales. También sabemos que las percepciones que tienen los estudiantes sobre las especialidades, y podemos suponer también que sobre las modalidades de formación, se construyen con información recogida durante sus años de estudios, es decir alejadas, la mayor parte del trayecto del campo de las prácticas. Estas percepciones podrían constituir una de las mayores dificultades a la hora de elegir.

En relación con estos antecedentes, podríamos afirmar que las elecciones y decisiones de los jóvenes médicos se configuran como un sistema pluridimensional en el que se conjugan diversas dimensiones contextuales, institucionales y subjetivas, con primacía de alguna de ellas en cada caso, y no pasibles de ser agrupadas en categorías determinantes que permitan realizar generalizaciones sobre el comportamiento de los médicos/as en la elección de la formación de posgrado. Es decir, las decisiones pueden ser vistas resultado de una matriz construida por un sistema de relaciones institucionales en el que está inserto el profesional, atravesadas por su esquema de percepciones, en el que entran en juego factores instrumentales, emocionales y culturales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio cuanti-cualitativo, que se desarrolló en dos etapas: en la primera se llevó a cabo un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal aplicando un cuestionario semi-estructurado a una muestra intencional integrada por aquellos profesionales médicos que, habiendo aprobado el Examen Único, decidieron no acceder a un cargo; en una segunda etapa, se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas en profundidad a una porción de los médicos encuestados en la primera instancia que manifestaron en la encuesta su aceptación a participar.

De este modo, la población objetivo estuvo integrada por aquellos profesionales médicos que, habiendo aprobado el Examen Único en las jurisdicciones escogidas, no accedieron a ese cargo o a otro ofrecido en el marco del EU. La unidad de análisis quedó entonces constituida por el médico que habiendo aprobado el Examen Único no accedió al cargo en las jurisdicciones del ámbito de estudio. Se tomó el siguiente criterio de inclusión: a) Profesional médico que habiendo aprobado el Examen Único en alguna de las de las jurisdicciones seleccionadas no adjudicó un cargo (concurado o readjudicado); y como criterio de exclusión: a) Profesional médico que habiendo aprobado el en las jurisdicciones seleccionadas no accedió al cargo, y no aceptó participar del estudio.

En relación con la muestra, se tomaron las bases de datos del EU de la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación (DNCHYSO), incluidas en el Sistema Integrado de Información Sanitarias (SISA) del mismo ministerio, y de allí se obtuvieron los datos de la población a ser incorporada al estudio. Se realizó la selección de las unidades muestrales en función de los criterios de inclusión.

Para el relevamiento cuantitativo, se seleccionaron los médicos que habiendo aprobado el EU no hubieran adjudicado cargos por jurisdicción del ámbito de estudio, hasta cubrir la cuota de 30 casos por jurisdicción. Sobre una primera base telefónica de 768 casos se logró una respuesta efectiva de 98 casos para un cuestionario telefónico semi estructurado conformado por 32 preguntas abarcando 5 dimensiones de análisis previamente delimitadas en base a investigaciones preliminares sobre la misma población. En las jurisdicciones de San Juan, Salta y Neuquén no se llegó a cubrir la cuota establecida debido a errores en la base de datos de contactos y la no aceptación por parte de los profesionales médicos a realizar la encuesta. La muestra estuvo compuesta por 98 casos, 36 correspondientes a la provincia de Santa Fe, 22 San Juan, 19 Salta y 21 casos de Neuquén.

La etapa cualitativa de la investigación, profundizo en aspectos tales como expectativas pasadas y actuales, estilo de vida, perspectivas laborales y económicas, que hayan condicionado la elección de una alternativa diferente al acceso al cargo adjudicado en el sistema de Examen Único. De acuerdo con los resultados de las encuestas cuantitativas, se confeccionó un modelo de entrevista en profundidad que fue aplicada a una muestra intencional conformada por aquellos que luego de la encuesta aceptaron participar voluntariamente de la entrevista en profundidad. Por otra parte, se confeccionó un modelo de entrevista que se realizó a los referentes de recursos humanos de las jurisdicciones bajo estudio³.

³ Los tres instrumentos de recolección de datos se pueden consultar en el Anexo I.IV

La muestra cualitativa quedó compuesta entonces por 15 entrevistas en profundidad 3 a los referentes de las provincias de San Juan, Salta y Neuquén y 4 entrevistas de médicos de Salta, 4 de Neuquén y 4 de Santa Fe. Si bien originalmente la muestra iba a ser conformada por 5 casos por jurisdicción en base a criterios intencionales de acuerdo a la riqueza y variedad de las respuestas ofrecidas por los encuestados en la etapa cuantitativa, las dificultades para la coordinación de las entrevistas y la negativa de los encuestados para participar de la segunda fase del proyecto en repetidas oportunidades, concluyeron en que la muestra se armara con aquellos casos que aceptaron ser entrevistados. Ello llevó a que en la provincia de San Juan, por ejemplo, no pudiera tomarse ningún caso para su análisis. Como ya ha sido mencionado, por esta razón, el período de relevamiento cualitativo se extendió en el tiempo más de lo previsto, y no hubo posibilidad de completar la muestra de 20 personas que originalmente estaba planeada. En su lugar se trabajó con una muestra de 12 médicos jóvenes que rindieron el Examen Único en el año 2013 y, aun habiéndolo aprobado, no tomaron el cargo por distintos motivos que iremos analizando en las páginas subsiguientes. A continuación se presenta una tabla resumen conteniendo las variables relevadas.

Tabla 1: Variables analizadas en el estudio.

DIMENSIONES	VARIABLES
1. FAMILIA	1.1. Familiares convivientes y padres
	1.2. Familiares médicos
2. FORMACION	2.1. Decisión de estudiar medicina
	2.2. Universidad de carrera de grado
	2.3. Mudanza por estudios universitarios
	2.4. Trabajo durante la formación
	2.5. Apoyo económico durante la formación
	2.6. Valoración de la institución formadora
	2.7. Formación de posgrado universitaria actual
	2.8. Motivación para posgrado actual
	2.9. Valoración sobre posgrado actual
3. DECISIÓN / EU	3.1. Cargo para el que rindió
	3.2. Motivos para rendir ese cargo
	3.3. Expectativas al momento de rendir el examen
	3.4. Conocimiento sobre la residencia para la que rendía
	3.5. Valoración sobre la residencia que rendía
	3.6. Conocimiento de los colegas que están en la residencia
	3.7. valoración de la especialidad para la que concursó
	3.8. Cambios de provincia o especialidad en readjudicación
	3.9. Motivos para rechazar el cargo del EU

DIMENSIONES	VARIABLES
	3.10. Otros exámenes de residencia en 2013
	3.11. Exámenes de residencia otros años
4. SITUACIÓN LABORAL ACTUAL	4.1. Situación de actividad
	4.2. Lugar de trabajo
	4.3. Principal fuente de ingresos
	4.4. Satisfacción con el trabajo actual
	4.5. Otros trabajos anteriores ligados a la medicina
5. ESTILO DE VIDA	5.1. Actividades que realiza en el tiempo libre
	5.2. Valoración de la ciudad en que vive
	5.3. Opinión sobre un lugar para vivir
	5.4. Opinión sobre un lugar para ejercer la medicina

Para el análisis de los resultados, los datos provenientes de la encuesta cuantitativa fueron exportados a un software de procesamiento estadístico de información (SPSS 21 para Windows). En una primera instancia, se realizó la distribución de frecuencias de las variables seleccionadas. Por su parte, los datos provenientes del relevamiento cualitativo se analizaron utilizando el software Atlas ti como herramienta. Las entrevistas fueron grabadas y procesadas a través de un análisis textual y contextual de cada una de ellas.

RESULTADOS

Los caminos alternativos al EU para la formación de especialistas médicos

De acuerdo con los objetivos que nos hemos propuesto en esta investigación, presentamos los resultados a los que hemos arribado.

La muestra de profesionales entrevistados que aprobaron el EU 2013 y no asumieron el cargo quedó conformada por 98 casos: 59 varones (60,2%) y 39 mujeres (39,8%). Distribuidos de la siguiente manera de acuerdo a las 4 jurisdicciones de seleccionadas para el estudio: 36 de ellos rindieron examen para un cargo de la provincia de Santa Fe (Región Centro), 22 para San Juan (Región Cuyo), 19 para Salta (Región NOA) y 21 para Neuquén (Región Patagónica). En relación con las especialidades, el 41,8% de los encuestados se postuló para especialidades clínicas, el 35,7% para quirúrgicas y el 22,5% para anestesiología⁴. El 42% del total se formaron en las Universidades Nacionales de Rosario y Córdoba. Casi el 60% han superado el máximo nivel educativo alcanzado por sus padres. Más del 70% de los entrevistados relata que desarrollan una actividad rentada y es su principal fuente de ingresos, mientras el 12% tiene a la familia como principal fuente y un 5% a través de becas. En cuanto a vivienda se observa un alto nivel de independencia económica ya que el 43% alquila su vivienda, el 8% es propietario de la misma y solo el 30% viven en casa de sus familiares ascendentes. Otro aspecto relevado que caracteriza el grupo profesional es el ascendente familiar en la medicina: el 63% respondió que no tiene ningún familiar médico, al tiempo que solo el 40% de los padres y madres de los entrevistados alcanzó algún título universitario. (Ver cuadros del 6 al 15 en Anexo I.I)

Una de las variables que se analizaron fue si los aspirantes al EU habían realizado alguna formación posterior a la carrera de grado, antes de presentarse al examen. Ello resultó relevante para conocer los intereses de los encuestados, ya que puede brindar información acerca de su esquema de inversión académica. El 59,1% de los encuestados había hecho alguna formación previa. Esto podría asociarse a una estrategia para estar en mejores condiciones de adjudicar en las provincias más competitivas que evalúan los antecedentes del postulante como parte de los requisitos para el ingreso, tal es el caso de Santa Fe, sobre todo debido a la alto número que señaló haber realizado un curso superior en un colegio médico. (Ver Cuadro 9 en Anexo I.I)

Luego de esta breve caracterización de la población que hemos encuestado, analizaremos las alternativas de formación que han elegido aquellos que, habiendo aprobado el examen, no habían adjudicado un cargo.

Como una primera lista de razones, podemos mencionar las que se presentan en la tabla siguiente.

⁴ El agrupamiento de especialidades es el siguiente: Especialidades Clínicas, contempla Clínica Médica, Pediatría, Medicina General, Cardiología, Cardiología Infantil, Psiquiatría, Diagnóstico por Imágenes, Neurología, Gastroenterología, Genética Médica y Salud Mental. Las quirúrgicas, son Ortopedia y traumatología, Cirugía General, Tocoginecología, Oftalmología, Cirugía Infantil, Urología y Neurocirugía. Anestesiología se presenta aparte.

Tabla 2 Razones declaradas por las que el profesional médico no adjudicó el cargo

Razones basadas en que se priorizó otra opción	37	58%
<i>Adjudicó otro cargo de residencia pública</i>		
<i>Adjudicó un cargo de residencia privada</i>		
<i>Adjudicó un cargo de residencia universitaria</i>		
<i>Prefería adjudicar otro cargo porque le interesaba otra especialidad</i>		
<i>Consiguió un trabajo en el ámbito privado</i>		
<i>Consiguió un trabajo en el ámbito público</i>		
<i>Adjudicó una concurrencia</i>		
Razones basadas en las expectativas respecto del estilo de vida	18	28%
<i>El hospital estaba alejado de donde vive</i>		
<i>La remuneración era menor a sus expectativas</i>		
<i>La carga horaria era incompatible con sus responsabilidades familiares</i>		
<i>La carga horaria resultaba incompatible con otras actividades de formación</i>		
Razones basadas en las expectativas respecto a la formación y la salida laboral	9	14%
<i>Los posibles destinos laborales una vez finalizada la residencia no cumplía sus expectativas</i>		
<i>El hospital sede de la residencia no cumplía sus expectativas</i>		
<i>El equipo de trabajo no cumplía sus expectativas</i>		
<i>No estaba dispuesto a realizar la devolución a la Provincia</i>		
Decidió esperar al año próximo para otros concursos	0	
Total	64	100%

NOTA: Escala con respuestas múltiples.

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas

En el cuadro precedente vemos entonces que los motivos pueden ser agrupados de acuerdo a las razones basadas en que se priorizó otra opción en primer lugar, en las razones basadas en las expectativas respecto del estilo de vida⁵, principalmente asociadas a la lejanía entre el lugar de la formación y su domicilio, y finalmente las expectativas respecto a formación y la salida laboral. Es interesante analizar el peso que tiene el hecho de haber adjudicado otra residencia concursada (pública, privada o universitaria) en lugar de la opción del EU, ya que encabeza la lista de motivos, y nos está mostrando que la residencia es la alternativa que eligen en mayor medida los encuestados.

⁵ La categoría de razones basadas en expectativas respecto del estilo de vida, está muy asociada en este caso a la lejanía de la formación con su domicilio, y mucho menos a cuestiones como el manejo del tiempo libre o el estrés de determinado ejercicio de la profesión, como se podía ver en investigaciones anteriores.

Muy esclarecedor resulta ver este dato a la luz de la pregunta por la ocupación actual (vale decir, al momento de la encuesta). Como se observa en la tabla que sigue (tabla 3) 72 de los 98 médicos manifiesta estar haciendo una residencia (pública o privada). Esto nos muestra que es la residencia el sistema de formación por el que la mayoría opta como alternativa al cargo del EU. Es decir, no se buscan alternativas en la modalidad de formación, sino en la oferta que brinda el sistema de salud en su conjunto.

Tabla 3: Ocupación del profesional médico al momento de la encuesta

	Mujer	Varón	Total
Hace un residencia en el sistema publico	15 <i>39,5</i>	24 <i>40,7</i>	39 <i>40,2</i>
Hace una residencia en el sistema privado	12 <i>31,6</i>	21 <i>35,6</i>	33 <i>34,0</i>
Trabaja en un consultorio privado	7 <i>18,4</i>	3 <i>5,1</i>	10 <i>10,3</i>
Trabaja en servicio de emergencias	3 <i>7,9</i>	5 <i>8,5</i>	8 <i>8,2</i>
Trabaja en centro asistencial estatal		5 <i>8,5</i>	5 <i>5,2</i>
Trabaja en centro asistencial privado		1 <i>1,7</i>	1 <i>1,0</i>
Actividad medica no asistencial	1 <i>2,6</i>		1 <i>1,0</i>
No contesta	1		1
Total	39 <i>100,0</i>	59 <i>100,0</i>	98 <i>100,0</i>

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas

Podemos decir de este modo, que uno de los motivos más importantes que encontramos para explicar las dificultades de cobertura de los cargos del EU es externo a su proceso de funcionamiento y se funda en el hecho de que muchos postulantes se presentan cada año a más de un concurso, para luego optar por la vacante que les resulte más conveniente de acuerdo a sus expectativas de formación. Tanto en la edición 2013 del EU como en otras, muchos de los concursantes también rindieron examen para los concursos de Ciudad de Buenos Aires, provincia de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza (los otros 4 concursos públicos más importantes) y las instituciones privadas. Y muchos de los postulantes que no tomaron un cargo, optaron por adjudicar en estos otros concursos.

De los 98 médicos que conforman nuestra muestra, menos de la mitad había rendido solo para el EU, el resto, habían rendido más de una prueba (ver tabla 4). Como se observa, 40

aspirantes solo rindieron un examen, mientras que 28 aspirantes rindieron 2 exámenes. Del mismo modo podemos dimensionar la variedad de provincias que consideró cada aspirante: el 50% optó por una sola provincia, mientras el 15% optó por 3 provincias distintas. En cuanto a las especialidades, el 82% de los consultados dijeron que solo optaron por una especialidad. Esta serie de datos no debe ser analizada como conjuntos, si no como frecuencias independientes entre sí. Por ejemplo, un aspirante puede haber rendido 2 exámenes para la misma provincia y para distinta especialidad o bien a la inversa, para tres provincias distintas pero con la misma especialidad.

Tabla 4: Exámenes rendidos en simultáneo, según variedad de especialidades y provincias

	Exámenes rendidos		Variedad de provincias		Variedad de especialidades	
1	40	41%	49	50%	80	82%
2	28	29%	33	34%	17	17%
3	19	19%	15	15%	1	1%
4 o +	11	11%	1	1%	0	
Total:	98	100%	98	100%	98	100%

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas

Con el fin de abordar las representaciones de los jóvenes médicos acerca de las alternativas de trabajo y formación disponibles, nos propusimos indagar una serie de atributos. A continuación se presenta un análisis de las percepciones que los aspirantes construyen de las distintas alternativas de formación o ejercicio profesional (ver tabla5).

Tabla 5 Atributos percibidos de las alternativas laborales para los recién graduados

	Residencia universitaria		Residencia hospital publico		Trabajar en Clínica Privada		Concurrencia		Trabajar en Servicio de emergencia		No sabe	
		%		%		%		%		%		%
Mejor remuneración	9	9	54	56	18	19			14	15	1	1
Mejor desarrollo profesional	10	10	55	57	20	21	6	6	3	3	2	2
Disfrute del tiempo libre	5	5	24	25	31	33	13	14	15	16	7	7
Mejor salida laboral	4	4	61	62	24	24	3	3	2	2	4	4
Mayor prestigio profesional	13	13	69	70	10	10	4	4	1	1	1	1
Menor presión	8	8	6	6	33	34	28	29	21	21	2	2
Mejor trato en el lugar de trabajo	3	3	19	19	30	31	13	13	28	29	5	5

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas

Se observa que la residencia en el hospital público obtiene la mejor valoración en 4 de 7 atributos: “Mejor remuneración”, “Mejor desarrollo profesional”, “Mejor salida laboral” y “Mayor prestigio profesional” y obtiene el peor puntaje en los atributos referidos a presión y trato en el lugar de trabajo. Es decir, en comparación con otras alternativas, la residencia se presenta a muchos jóvenes aspirantes como un espacio cargado de estrés y menor calidad en el trato.

Del mismo modo, indagamos por las razones que tuvieron los encuestados para la elección de las especialidades de concurso, como se observa en la siguiente tabla. Las opciones más mencionadas fueron la referida a la salida laboral que ofrece y el prestigio profesional. Es de destacar que no hallamos diferencias significativas entre varones y mujeres al momento de dar sus respuestas.

Tabla 6: Razones que declararon los encuestados por la que escogieron la especialidad

	Mujer		Varón		Total	
Por la salida laboral futura que ofrece	21	57%	36	55%	57	55%
Por el prestigio profesional que otorga	8	22%	15	23%	23	22%
Por las posibilidades económicas que ofrece	5	14%	7	11%	12	12%
Porque tengo familiares que se desempeñan en la misma especialidad	2	5%	5	8%	7	7%
Porque supone menor grado de estrés o presión que otras	1	3%	3	5%	4	4%
Total	37	100%	66	100%	103	100%

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas

Con la intención de profundizar sobre la mirada que los jóvenes médicos tienen sobre las especialidades y los motivos de su elección, les ofrecimos una serie de atributos para que ellos valoraran la especialidad de su interés (tabla 7).

Tabla 7: Motivaciones futuras al elegir una especialidad

	Posibilidades económicas		Desarrollo profesional		Salida laboral		Prestigio profesional		Familiares especialidad		Tiempo libre		Menor estrés		Total
Anestesiología	7	15%	15	32%	16	34%	3	6%	1	2%	4	9%	1	2%	47
Clínica Medica			7	50%	2	14%	2	14%	1	7%			2	14%	14
Diagnóstico por Imágenes	2	0,29	2	29%	2	29%			1	14%					7
Gastroenterología	1	0,25	1	25%			1	25%			1	0,25			4
Medicina General	1	0,13	3	38%	4	50%									8
Neurología	1	0,17	2	33%	2	33%					1	0,17			6
Oftalmología	2	0,2	3	30%	1	10%			1	10%	2	0,2	1	10%	10
Ortopedia y Traumatología	6	0,17	13	36%	9	25%	5	14%	2	6%	1	0,03			36

	Posibilidades económicas		Desarrollo profesional		Salida laboral		Prestigio profesional		Familiares especialidad		Tiempo libre	Menor estrés	Total		
Pediatría	2	0,11	6	32%	7	37%	3	16%	1	5%			19		
Psiquiatría			3	33%	2	22%	2	22%			2	0,22	9		
Salud Mental			1	25%	1	25%	1	25%			1	0,25	4		
Toco ginecología	2	0,14	5	36%	5	36%	2	14%					14		
Urología			1	100%									1		
Cardiología			3	43%	2	29%	2	29%					7		
Cardiología Infantil			2	67%	1	33%							3		
Cirugía General			6	60%	3	30%	1	10%					10		
Neurocirugía			1	50%			1	50%					2		
Total de menciones	24	0,12	74	37%	57	28%	23	11%	7	3%	12	0,06	4	2%	201

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas

Los atributos más frecuentemente mencionados fueron los referidos al desarrollo profesional, la salida laboral y las posibilidades económicas que promete la especialidad. Estas tres categorías podrían estar orientadas en el mismo sentido, asociadas con el rédito económico. Entre las especialidades hallamos diferencias significativas, por ejemplo, el prestigio profesional es valorado por el 29% de los aspirantes a Cardiología, mientras que solo el 6% de los aspirantes a Anestesiología lo señala. La baja frecuencia que se obtuvo en las categorías de Tiempo Libre y Menor Estrés, refuerza la idea que planteábamos previamente acerca de que el estilo de vida está poco asociado a estos tópicos, lo cual debe discutirse en relación con la bibliografía revisada.

Un aspecto citado en investigaciones anteriores sobre la elección de especialidades tiene que ver con las características percibidas de la residencia en hospitales como lugar de trabajo. Si antes analizamos las valoraciones de todas las alternativas de formación, a continuación analizaremos las percepciones sobre la residencia en el sector público, más en detalle, consultándole a los aspirantes que ya tenían algún conocimiento sobre el servicio donde van a ingresar si adjudicaban el cargo que había elegido al presentarse al EU

Tabla 8: Características percibidas del servicio donde se realiza la residencia, según Provincia

	Santa Fe		San Juan		Salta		Neuquén	
	%		%		%		%	
Aporta un buen clima de trabajo	16	80,0	10	90,9	8	100,0	14	87,5
Aporta conocimientos y experiencia en la especialidad	19	95,0	10	90,9	8	100,0	13	81,25
La residencia se realiza en un servicio prestigioso en la provincia	16	80,0	9	81,8	7	87,5	13	81,25
La carga de trabajo es adecuada para los residentes	8	40,0	3	27,3	4	50,0	8	50

	Santa Fe		San Juan		Salta		Neuquén	
		%		%		%		%
Hay igualdad de trato para las médicas mujeres que para los médicos varones	11	55,0	8	72,7	6	75,0	10	62,5
El residente está acompañado en su proceso de formación	15	75,0	8	72,7	8	100,0	10	62,5
La residencia le permitiría mejorar su carrera profesional	17	85,0	10	90,9	8	100,0	13	81,25

Nota: Los valores y porcentajes representan la respuesta "de acuerdo" con la frase propuesta.

Fuente: Elaboración propia con base de datos de encuestas telefónicas

El cuadro precedente representa el grado más alto de acuerdo con cada una de las frases que fueron consultadas a los aspirantes. Aquí respondieron quienes previamente habían afirmado conocer el servicio donde les correspondería realizar la residencia si accedían al cargo, que representan el 56,1% de la muestra. Este número habla del alto grado de conocimiento de los aspirantes de la residencia para la cual se anotan.

Las frases son atributos positivos. Entre las provincias se observan algunas diferencias sustanciales, atributos como "Buen clima de trabajo" y "Prestigio" aparecen con un acuerdo alto en todas las provincias, otros atributos como "carga horaria" tiene una valoración baja en todas las provincias pero especialmente en San Juan. "Igualdad entre varones y mujeres" también muestra variaciones entre provincias, con un extremo en Santa Fe donde el 55% considero que no hay diferencias de trato entre varones y mujeres.

A partir de estos datos pudimos ver que la situación de los postulantes al momento de decidir la inscripción al EU supone dos prioridades: el lugar de formación (jurisdicción) y la especialidad. De este modo, podemos hipotetizar que si están principalmente interesados en una determinada ciudad, aceptarán las especialidades que se ofrezcan en ese lugar. En cambio, si predomina la segunda opción, los postulantes serán más propensos a migrar⁶ allí donde se ofrezca la especialidad de su interés. El proceso de decisión podría ser dinámico e iterativo entre estos dos extremos puros. Como vemos en el cuadro que se presenta a continuación, de la muestra de aspirantes un 64,3% respondió que estaba principalmente interesado en un cargo específico (esto es, una formación particular que se dicta en un lugar determinado), mientras que solo el 32,7% expresó estar interesado en formarse en una especialidad más allá de dónde se realice. Los números presentados por especialidad muestran que los concursantes de anestesiología priorizan en mayor medida la especialidad, mientras que en el resto de las especialidades prevalece el cargo.

⁶ Los datos relevados sobre migración pueden verse en el Anexo I.II

Tabla 9: Interés en el cargo de residente y en la especialidad durante la postulación al EU 2013.

	Interés en el cargo		Interés en especialidad	
		%		%
Anestesiología	7	31,8	13	59,1
Cardiología	3	75,0	2	50,0
Cardiología Infantil	1	50,0	1	50,0
Cirugía General	5	83,3	1	16,7
Cirugía Infantil	1	50,0	1	50,0
Clínica Medica	8	72,7	3	27,3
Diagnóstico por Imágenes	1	50,0	1	50,0
Gastroenterología	1	100,0		
Genética Médica	1	100,0		
Medicina General	3	60,0	2	40,0
Neurocirugía	1	100,0		
Neurología	2	100,0		
Oftalmología	3	75,0	1	25,0
Ortopedia y traumatología	12	85,7	2	14,3
Pediatría	6	66,7	3	33,3
Psiquiatría	3	100,0		
Toco ginecología	5	83,3		
Urología			2	100,0
Total	63	64,3	32	32,7

Nota: Representan a los que respondieron si a cada una de las preguntas

La construcción de las decisiones sobre formación: motivaciones, expectativas y representaciones

El relevamiento realizado en la etapa cuantitativa de la investigación, fue una primera aproximación al modo en que los recientes egresados de la carrera de medicina planifican su formación de posgrado y los sentidos que adquiere de la formación como especialistas en sus proyectos de vida.

A partir de allí, intentamos respondernos algunas preguntas que orientaran la indagación en la segunda etapa. El principal interrogante fue ¿cómo construyen las decisiones en relación con su formación los jóvenes médicos? En relación con la formación como especialistas médicos, que es el tema que nos involucra, nos preguntamos: ¿Cómo eligen su lugar de formación? ¿Qué variables se ponen en juego al momento de elegir entre las alternativas disponibles? ¿Qué lugar ocupa la formación como residentes en sus proyectos de vida y qué lugar tienen otras formaciones en salud? ¿Qué lugar tienen otros proyectos vitales? En definitiva, intentamos dar cuenta de cómo se configura una *economía de las prácticas* respecto de sus elecciones.

En la segunda etapa de la investigación se seleccionaron casos de cada provincia a los fines de conformar la muestra para el relevamiento cualitativo. La tarea no resultó sencilla y finalmente quedó conformada una muestra de 12 aspirantes al EU 2013 que no tomaron el cargo para el que concursaron, tal como fue explicado en el apartado metodológico.

La muestra está conformada por 4 médicos que concursaron para un cargo en la provincia de Salta, 4 en Santa Fe y 4 en Neuquén. Del total, 4 son mujeres y 8 son varones. 5 viven solos, 4 en pareja y 3 con sus familias de origen. Ninguno de los 12 tiene hijos. Todos menos uno migraron de su lugar de origen (o donde estaba radicada su familia de origen) para cursar sus estudios de grado. Posteriormente, al momento de encarar la formación como especialistas y el inicio de su carrera profesional, 4 de ellos volvieron a su ciudad, 6 se quedaron en donde cursaron la carrera de medicina y uno de ellos migró a un tercer lugar. En relación con las especialidades para las cuales concursaron en el marco del EU, 9 de ellos rindieron para especialidades clínicas, 2 para quirúrgicas y 1 para anestesiología. 7 del total están hoy formándose en las especialidades para las cuales rindieron el Examen Único en 2013, mientras que 5 de ellos han cambiado de especialidad respecto de esa elección. Sobre sus lugares de formación como especialistas médicos, 7 se encuentran en un hospital público, 4 en un hospital o clínica privada, y solo una persona cursa un posgrado universitario mientras trabaja en el sector privado.

Si miramos las alternativas de formación de los postulantes, considerando que ninguno tomó el cargo para el que concursó (ya sea por decisión propia o por quedar fuera del orden de mérito) podemos observar que: 6 tomaron el cargo en otra residencia concursada y 5 quedaron ubicados en el ranking en un lugar que nos les permitía acceder al cargo elegido, en estas circunstancias. De estos últimos, 2 prefirieron iniciar la formación para la que habían concursado, pero como adscriptos⁷, ya que era la opción que les ofrecían en la provincia, pensando en concursar para el mismo cargo al año siguiente. Por su parte, los 3 restantes tomaron la opción de seguir otra formación (dos concurrencia y uno residencia privada). Un solo postulante optó por realizar un posgrado universitario, pero solo después de haber transitado por 3 formaciones de residencia que no cumplieron con sus expectativas.

Los 12 entrevistados nos ofrecieron impresiones acerca de sus vivencias en la etapa de formación de grado y posgrado, lo que nos permitió adentrarnos en el universo de representaciones sobre sus expectativas y valoraciones en relación a su formación como profesionales, su futuro laboral, sus otros proyectos de vida, entre otras cuestiones. Y de este modo, tratar de reconstruir las motivaciones en que se fundan sus elecciones.

Caracterizaremos a los jóvenes médicos de acuerdo a las motivaciones que prevalecen para elegir entre las alternativas de formación de posgrado, en 3 grupos: aquellos que *priorizan la mejor formación*; aquellos que *priorizan los vínculos afectivos o el arraigo a un lugar*, y finalmente, los *exploradores*, es decir, aquellos que han contemplado diversas opciones, que incluso han iniciado una o más formaciones, pero que aún no encuentran un trayecto formativo que resulte adecuado a sus expectativas. Es importante aclarar para cualquiera de los casos, que no se trata de categorías que encontramos así expuestas en la realidad social, reflejando un cálculo consciente por parte de los sujetos, sino que son construcciones teóricas, analíticas, a partir de una mirada del sistema multidimensional de variables que intervienen en la toma de decisiones de los médicos concursantes, a partir del cual encontramos motivaciones que orientan con mayor

⁷ La adscripción es un régimen de formación alternativo a la residencia que se ofrece particularmente en la provincia de Salta (ver Anexo I.II)

fuerza las prácticas de los mismos, lo que no quiere decir que las otras dimensiones no estén presentes.

Antes de comenzar el análisis de cada grupo, diremos que independientemente de la alternativa elegida y de las motivaciones para encarar la formación de especialistas, hay una idea que se repite y surge con fuerza en las entrevistas: **la residencia parece ser el camino ineludible para formarse como un buen médico especialista**. Esta evidencia es consistente con los resultados presentados en el relevamiento cuantitativo, a partir del cual pudimos comprobar que la gran mayoría de los profesionales estaban haciendo una residencia cuando los encuestamos. Del mismo modo, en todos los entrevistados está presente la idea de que la mejor manera de formarse como especialista médico es hacer una formación de residencia. En algunos casos esto se explicita verbalmente, mientras que en otros se deja entrever a partir de la imposibilidad de pensar en otros modos de formación, es decir, de la idea de que la residencia es el paso siguiente en la sucesión de formaciones que obligatoriamente debe seguir un profesional de la medicina. Entre los jóvenes egresados persiste con fuerza esta idea, a pesar de que en los últimos años las carreras de especialista universitario han incrementado su matrícula. Una entrevistada lo expresa del siguiente modo:

“...Obviamente yo estoy consciente que si piden trabajo un médico de familia y estoy yo y otro que hizo la residencia obviamente que van a tomar al que hizo la residencia en vez de...”

E: ¿Pero por qué pensás...?

e: Y porque va a tener más experiencia práctica quizás”

(Mujer, Neuquén, Medicina General y/o de Familia)

En los casos en que la alternativa al EU es la concurrencia o la adscripción, persiste la idea de ingresar a una formación de residencia en el futuro cercano, en esa especialidad en la que ya se están formando.

El hecho de que la residencia sea de algún modo la opción más valorada, hace que muchas veces los residentes convivan, aunque no sin conflicto, con condiciones de trabajo/formación adversas. Es generalizada la crítica a la gran cantidad de horas que deben cumplir, los trabajos repetitivos que deben hacer, las tareas que no les corresponden como médicos, los malos tratos por parte de superiores, entre otras cuestiones. Sin embargo, la crítica se hace desde el lugar de la queja sobre una situación que se considera inevitable. Se cuestiona desde el discurso, pero en la práctica cotidiana se vive como una instancia que hay que atravesar pensando en que ya finalizará o que en los años subsiguientes habrá otro residente de primer año haciendo las tareas más pesadas.

“...el hospital este está estratégicamente manejado por residentes, obviamente siempre están los jefes, pero es un hospital que yo siempre digo, si un día se hiciera paro de residentes se darían cuenta de la importancia que tienen los residentes acá, porque, me imagino con lo que es el paso del tiempo, uno pasa tres o cuatro años acá y te vas, es como que todos los baches que hay el que entra los sufre, uno a veces tiene que hacer millones de tareas que no corresponden, papeles, telefonista, etc., y vos lo terminás haciendo porque el hospital tiene que funcionar, entonces me parece, porque es una cuestión que la hacemos todos los días, que vas supliendo pequeños baches y el resto de las áreas que conforman al personal de salud es gente estable, que vos venís acá y tienen diez años, y si ellos no lo hacen lo va a hacer otro y vos te la bancás así tres años, entonces eso hace a que el trabajo se vea muchas veces sobrecargado, no sólo por la parte médica porque siempre hace falta personal sino que me parece que el cincuenta por ciento de la sobrecarga es por

todas la otras actividades que no son netamente por un estetoscopio de paciente, las mayores cosas son con la que uno reniega, vos decís estoy acá y tengo que hacer esto, renegás todo el tiempo con cosas que van más allá del diagnóstico del paciente, por ejemplo, llamar y hablar con la asistente social, conseguir turnos para los pacientes, conseguir la medicación, tener que ir hasta la farmacia vos, sacarle los análisis a los pacientes, llevar los análisis vos, buscarlos vos, y hay diez personas que cobran un sueldo y son las responsables de esas tareas entonces todo se complica un poco más.” (Varón, Santa Fe, Pediatría)

“...te juro que miraba a la chica de limpieza y decía quiero ser de ellas, tener un horario, un sueldo y listo. Es como que te ponés a pensar todo el esfuerzo que hiciste para estudiar para ser como un esclavo y no... no tener descanso, que te hagan limpiar, no es porque uno... te hagan limpiar, pero para eso tiene que estar otra persona.” (Mujer, Neuquén, Medicina General y/o de Familia)

Ahora, caracterizaremos a los jóvenes médicos de cada grupo que hemos conformado de acuerdo a las motivaciones para la elección de sus trayectos de posgrado.

En el grupo de los que han priorizado ir detrás de la que consideraban una “mejor formación” encontramos profesionales que han tomado diferentes exámenes de residencia en un mismo año, para varias jurisdicciones distintas, tal como también constatamos en los resultados de la encuesta. En general, tienen una idea clara acerca de cuáles son los mejores lugares para hacer la residencia en la especialidad elegida. Incluso en algunos casos ello supuso una búsqueda intensiva de distintas formaciones y el contacto con referentes de las mismas para su evaluación y posterior decisión. No olvidemos el 50% de médicos que conocían las características del servicio para el cual se presentaban, como vimos a partir de las encuestas. En estos casos, la motivación para la elección de la formación parece ser de tipo más racional, movida por el beneficio que supone el acceso a una institución o una red de relaciones particulares, como también de conocimientos sobre la especialidad, que se pondrán en juego al momento de finalizar la residencia e iniciar la carrera como profesional especialista. En este sentido, también se evalúan las ventajas de estar en una ciudad grande, que ofrezca opciones de perfeccionamiento, de intercambio con universidades y equipos de trabajo diversos, etc.

“...cuando rendí lo hice en varios lugares siempre y cuando me permitieron los tiempos de examen, había un día de diferencia entre un examen y otro, no soy el único que hace eso, uno va abriendo las posibilidades y va diciendo rindo en esto, esto y esto, y en los lugares en donde puedo, después vos ves y evaluás en cuál quedaste mejor para poder acceder y en base a eso vas eligiendo; es una forma de especular porque el sistema te obliga a eso, si vos rendís en un solo lugar, incluso habiendo rendido bien, tenés altas chances de quedarte afuera, por la cantidad, por la competencia que hay, por el sistema de puntajes que a veces no es el mejor, el sistema de elección no es el mejor por la cantidad también de las plazas que se ofrecen, son un grupo y un factor de cosas muy amplio.” (Varón, Santa Fe, Diagnóstico por imágenes)

Por otra parte, encontramos algunas características comunes en este grupo. Todos ellos eligieron voluntariamente adjudicar un cargo en otra residencia concursada en el año 2013, es decir, no quedaron afuera del cargo concursado en el EU por su posición en el orden de mérito, sino que evaluaron que había otra residencia que cumplía mejor con sus expectativas de formación. Este dato no es menor, ya que podría pensarse que, al menos en estos pocos casos, los que priorizan ir tras la mejor formación de posgrado, también son aquellos que están en condiciones de elegir más libremente entre las distintas alternativas, debido a los resultados obtenidos en el EU (y se deduce que también en el resto de los exámenes que han rendido).

En segundo lugar, tenemos el caso de aquellos concursantes cuya motivación está más ligada a conservar o recuperar la cercanía con sus vínculos afectivos y, en asociación, con los lugares en los que se han criado. La construcción de las decisiones en este grupo supone primero la determinación de que el lugar en que se quiere continuar la formación profesional es aquel en el que vive la familia. En función de eso se toman las decisiones que atañen específicamente a la elección de un trayecto formativo. En todos los casos, no habían logrado acceder a la opción para la cual concursaron y se enfrentaron a la situación de decidir cómo continuar. Con el fin de quedarse cerca de sus familias, tres optaron por hacer una concurrencia o adscripción, aun cambiando dos de ellos la elección de especialidad. Mientras que otro optó por concursar posteriormente para un privado, pero también modificando la especialidad. Vemos de este modo, que en todos los casos mantener la cercanía con sus familiares o su lugar de origen implicó reconsiderar la especialidad de ejercicio, e incluso resignar la remuneración monetaria asociada a la residencia. Eso supone un esfuerzo de la familia para solventar los gastos, o bien, trabajar una gran cantidad de horas, ya que los médicos hacen guardias o trabajan en servicios de emergencias para poder tener algún ingreso, resignando tiempo libre y otras actividades.

La opción de la readjudicación de un cargo en el EU solo se hace visible como alternativa al cambiar la especialidad elegida en primera instancia, ya que el requisito de localidad de formación parece transformarse en la variable inamovible para estos jóvenes. Entonces, en su esquema de decisiones podría ubicarse primero a la familia o el lugar de nacimiento, y luego la inclinación por una especialidad y la motivación económica.

E: Cuando te anotaste para la readjudicación ¿en algún momento pensaste en anotarte en otra provincia que no fuera Salta?

e: No, porque si no hubiera existido la opción de la readjudicación con Ginecología yo hubiera hecho de concurrente en Cirugía, así que ya estaba pensado seguir, pero bueno, como te digo, me llamó la atención y seguí para adelante con Gineco.

E: O sea que priorizabas como quedarte ahí en Salta.

e: Claro, yo había priorizado quedarme acá.

(Varón, Salta, Cirugía General)

Otra característica que encontramos es que estos jóvenes médicos, han vivido sus años de formación de grado separados de sus familias, con un alto costo emocional, ya que han migrado para realizar sus estudios de grado.

“Me gustaba (la carrera de medicina), no me iba mal, pero por épocas me venía a Salta y me quedaba mucho tiempo y no iba a rendir, eso pasaba, porque no quería volverme, porque extrañaba, pero cuando iba, me iba bien, pero lo hacía... me tenía que quedar dos semanas acá en Salta y me quedaba mes y medio, dos meses más o menos, y recién volvía... me costaba después ir.” (Mujer, Salta, Clínica Médica)

Por último, encontramos al grupo que llamamos los *exploradores*. En estos casos prevalece una representación muy arraigada de lo que la especialidad de interés debiera ser para ellos, que choca con la realidad que se encuentran en el ejercicio profesional, lo cual en esa tensión termina configurando un camino errático para alcanzarla. La exploración hace referencia a un período de experimentación, de cuestionamiento y de evaluación de las alternativas al momento de la toma de decisiones sobre la construcción de la propia carrera [15]

Los casos que aquí consideramos son aquellos en los que la construcción de la formación de posgrado no se puede visualizar como una sucesión de escalones hacia alcanzar la meta de la obtención de la certificación de la especialidad, sino que se trata de un camino sinuoso, con entradas y salidas de distintas formaciones con diversas modalidades, en las que siempre persiste una inadecuación entre las expectativas personales y la realidad que se presenta, es decir, donde prima lo subjetivo.

“Porque mi idea de Medicina Familiar era otra, por ahí, era más... ellos por ejemplo íbamos a rotar por Cirugía, etc., y a mí la verdad que lo quirúrgico nada, no me interesa para nada, y... no, sumado a eso, sumado a que tenía que vivir con el pibe este, etc., como que no estaban las condiciones muy dadas... (...) O sea, fui pero no, no, me di cuenta que no iba a aguantar, sobre todo porque tenía que pasar por Cirugía, después me iban a hacer hacer rotaciones, ponerle, ir con los aborígenes en el medio de donde ellos vivían y qué sé yo, y medio que todo lindo pero no, no...” (Mujer, Neuquén, Medicina General y/o Familiar)

Los dos casos que agrupamos bajo esta categoría de la exploración son los únicos dos de toda la muestra que no están realizando una residencia ni una concurrencia. En su lugar, una ha optado por comenzar una especialización universitaria, luego de sendos intentos fallidos de encontrar una formación en servicio que se adecuara a sus expectativas de lo que implica formarse en una especialidad determinada; mientras que la otra ha iniciado un trayecto formativo específico que se ofrece en una provincia de nuestro país sirve como año previo para la realización de otra especialidad. A la par del trayecto de posgrado, ambas trabajan en empresas privadas de medicina laboral, y de allí obtienen su principal ingreso económico. Si bien la exploración implica un cuestionamiento activo y una evaluación de las opciones disponibles y las opciones tomadas, en ninguno de los casos ello derivó en una duda acerca de la especialidad elegida.

“Sí, no, eso digamos siempre supe la especialidad, pero nunca supe bien cómo llegar hasta ella.” (Mujer, Neuquén, Medicina Genética)

DISCUSIÓN

Como hemos visto a lo largo de esta investigación, las decisiones respecto a la formación de posgrado de especialistas médicos se construyen a partir de la interacción entre el contexto que determina los márgenes de posibilidades de los sujetos, el sistema de relaciones institucionales en que está inserto y su esquema de valores, percepciones, motivaciones y expectativas. Intervienen las ideas sobre la modalidad de formación, sobre el ejercicio en determinada especialidad, sobre los lugares de ejercicio (público o privado, entorno urbano o rural); se ponen en juego los aspectos emocionales ligados a la cercanía con los vínculos familiares, la perspectiva de conformar una familia propia en un futuro próximo, la necesidad de encontrar tiempo para actividades que satisfagan otros proyectos de vida; y también se hacen presentes las expectativas ligadas a la satisfacción económica y el status profesional.

En algunos países, como Canadá o México, la planificación de la formación de posgrado está centralizada, de acuerdo con las políticas sanitarias y las características de su sistema de salud. De la misma manera tienen centralizados sus sistemas de residencias, a los que se accede mediante un proceso único de convocatoria estatal. Esta organización reduce el margen de elección de los profesionales, es decir que busca orientar las elecciones con las necesidades de la población. En el caso de Argentina, sin embargo, las opciones para obtener la certificación de especialista médico son muchas. Incluso cuando se trata de una misma modalidad como la formación en servicio, la descentralización del sistema, hace que los profesionales puedan plantearse las alternativas posibles para elegir la formación que mejor se adecua a sus expectativas. Si bien esto parece favorable en una primera mirada, resulta perjudicial para el sistema ya que vuelve más impredecible la realidad de la cobertura de las vacantes.

En el marco de los estudios precedentes, los resultados de esta investigación, nos permitieron conocer qué alternativas de formación eligieron los que no aceptaron cargos en el concurso de Examen Único 2013. Asimismo, mostraron, en sintonía con los debates en la materia, que las decisiones tomadas son complejas, no estructuradas, de gran peso subjetivo y no pasibles de ser agrupadas en categorías determinantes que permitan realizar generalizaciones sobre el comportamiento de los médicos/as en la elección de sus alternativas de formación.

De acuerdo a las hipótesis que nos habíamos planteado previamente, podíamos pensar que las alternativas de formación al EU contemplaban otras modalidades aparte de la residencia, como son la concurrencia, la especialidad universitaria, o bien el aplazo de la continuación de estudios en pos de opciones de trabajo, por ejemplo. Sin embargo, uno de los hallazgos de este estudio muestra que la residencia configura la opción más valorada por la mayoría de los postulantes al EU que no tomaron el cargo de concurso. Como se desprende del relevamiento realizado, el 73,5% de ellos estaban realizando una formación de residencia al momento de la encuesta (entre las públicas y las privadas). La residencia en el sector público resulta valorada positivamente por ellos debido al desarrollo y prestigio profesional, y por las posibilidades laborales futuras que ofrece. La residencia privada aparece como válida cuando se trata de algunas instituciones específicas o bien cuando pesan factores externos como el lugar donde se quiere vivir.

Entonces, en primer lugar es importante elegir una formación que sea considerada de calidad y ofrezca la posibilidad de obtener herramientas para la carrera profesional, tanto en el plano de los conocimientos como de las relaciones profesionales. Considerando que el tema que nos ocupa es la formación profesional, no resulta sorpresivo que la calidad educativa y el prestigio

del lugar de formación sean tomados en cuenta. Para aquellos postulantes que priorizan la calidad de la formación, independientemente de la cercanía con sus afectos, pudimos ver que el proceso de decisión de las distintas opciones de residencia responde a una forma iterativa entre la especialidad elegida como primer elemento, luego el prestigio y la posibilidad de desarrollo profesional en el futuro, y otros factores intervinientes como la distancia de los centros urbanos. En estos casos, el cargo del EU es uno entre tantos que se presentan como posibilidad⁸.

Más sorprendente ha resultado el hallazgo de que al momento de optar por un trayecto formativo, muchos médicos prioricen la cercanía con sus afectos o la vuelta a sus lugares de origen, resignando incluso la especialidad que habían elegido. Aquí podemos ver que existen factores ligados a la emocionalidad que no son explicables como *racionales* de acuerdo a la formación que se busca, pero son *razonables* en el esquema de valores y decisiones de los individuos.

En este sentido, nuestro análisis es coherente con la evidencia previa que indicaba la propensión de los postulantes a adjudicar un cargo en la región en la que nacieron, viven o se formaron. De acuerdo a los datos del EU 2013, esto pasó principalmente en la región central, en la que se concentra el mayor número de postulantes y también de instituciones de formación, seguidas por el NEA y NOA, luego Cuyo y finalmente, la Patagonia, que constituye el caso excepcional, ya que muchos de sus postulantes nacieron en la región centro, residen en ella y la mayoría se forman allí también (ver Tabla 10).

Tabla 10. Región de adjudicación según región de nacimiento, domicilio actual e institución de formación de grado.

Regiones	Adjudicaron en:					
	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia	
Región de nacimiento	93,10%	77,88%	84,11%	84,44%	34,07%	48,35% (Centro)
Región de residencia	97,70%	87,30%	96,03%	91,11%	51,65%	40,66% (Centro)
Región Institución formadora	98,28%	49,21%	94,70%	63,56%	18,68%	65,93% (Centro)
				28,44% (Centro)		

Fuente: Base de Examen Único de Residencias Médicas. Elaboración DNCHySO

Otro emergente del estudio ha sido el lugar marginal que han ocupado las razones netamente económicas en sus decisiones, por ejemplo, optar por las alternativas que ofrecieran mejores remuneraciones, o especialidades consideradas de mayor prestigio y mejor pagas, tal como parecían señalar algunas investigaciones previas. Sin embargo, no descartamos que haya un sesgo que opera entre lo que los concursantes se atreven a declarar en un estudio y lo que realmente los motiva.

⁸ Aquí el tiempo juega un papel importante en el esquema de decisión. Los aspirantes concentran su estrategia en la especialidad o el prestigio del servicio y amplifican la cantidad de opciones inscribiéndose a varios concursos a la vez (entre ellos el EU). Luego tienen un margen de tiempo relativamente breve cuando todas esas opciones se mantienen abiertas ya que el llamado a tomar el cargo ocurre con poco margen de tiempo, se superponen y en muchos caso da lugar a una entrevista en un lugar distante, o un llamado telefónico por sí o por no.

En relación con las distintas clasificaciones de las especialidades que hacen los estudios de Dorsey [16] y Newton [17], basadas en el grado de control que permiten sobre el tiempo libre y el tiempo de trabajo, y su incidencia en la elección de las mismas, notamos que al tomar las categorías de tiempo libre o grado de estrés en el ejercicio profesional para que los postulantes evaluaran las especialidades o los lugares de ejercicio de la medicina no resultaban factores determinantes que incidieran en sus esquemas de decisiones.

En resumen, en este complejo mapa de múltiples dimensiones, los jóvenes médicos encuentran sus motivaciones y construyen sus decisiones, con contradicciones, con idas y vueltas, muchas veces a tientas y sin demasiada orientación por parte de sus colegas con mayor experiencia. Intentar dar cuenta de esta construcción implica un trabajo largo y minucioso en el que puedan emerger las representaciones de los sujetos acerca de sus carreras profesionales, las instituciones de las que participan y sus expectativas personales. En este sentido, en el presente estudio solo nos hemos propuesto brindar un panorama acerca de los factores que prevalecen al momento de considerar las opciones de formación de posgrado en los jóvenes concursantes del EU.

RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

Los resultados del estudio arrojan que la residencia, y en particular la del sector público, es la opción privilegiada por los egresados recientes. Por otra parte, sabemos que hay oferta suficiente de residencias para que todos los médicos realicen su formación de posgrado. Por lo tanto, el desafío es cómo hacer confluir estos dos hechos en pos de las necesidades sanitarias, teniendo en cuenta las tendencias que ha arrojado este estudio: los jóvenes privilegian el prestigio de las sedes de formación y la cercanía con sus vínculos afectivos.

Otra evidencia que surge es que la fragmentación del sistema de residencias facilita a los médicos itinerar por las diferentes opciones de las residencias y otras formaciones en servicio no rentadas, haciendo que prevalezcan sus intereses por sobre el interés público. La confluencia en el EU es aún insuficiente para visualizar y orientar la oferta de residencias, al no estar integrados los distritos con mayor volumen de cargos. También la coexistencia de diversos concursos genera aún inequidades en el acceso por la diversidad de requisitos que sólo pueden ser cumplimentados localmente (antecedentes, adscripciones a servicios, entrevistas).

Desde la perspectiva de las necesidades sanitarias las recomendaciones se orientan al desarrollo de políticas para fortalecer y regular este sistema de formación, acompañadas de una planificación federal e intersectorial para orientar la oferta tanto regional como nacional.

En relación con las residencias, específicamente, se plantea la necesidad de incorporar a todas las residencias de financiamiento público al EU, como un primer paso para avanzar a un concurso unificado para el acceso a las residencias con adjudicación de cargos centralizada y en condiciones de equidad; planificar federalmente la oferta de cargos, en relación con las necesidades de formación de especialistas ligadas al desarrollo del sistema de salud y en consonancia con los procesos de transición epidemiológica y tecnológica que estamos transitando; mejorar la calidad de la formación en las sedes de residencias; y potenciar la formación de acuerdo con las fortalezas de las sedes, regionalizando la oferta y asignando cargos “protegidos” de acuerdo con necesidades por provincia

Respecto de las condiciones de trabajo del residente, cobra importancia el mejoramiento de condiciones de remuneración, vivienda y facilidades para mantener contacto frecuente con los vínculos afectivos, que favorezcan la migración y mitiguen el desarraigo; y mejorar las condiciones de trabajo y las posibilidades de disfrute del tiempo libre.

Asimismo, es importante tener en cuenta la importancia que los jóvenes otorgan a permanecer cercanos a sus afectos y a las representaciones que se consolidan en la etapa de estudio, lo que implica operar sobre la formación de grado, ampliando la oferta de plazas de medicina en los lugares con mayores dificultades para la cobertura de las residencias y jerarquizando durante la formación de grado aquellas especialidades que configuran una prioridad para el sistema de salud pero que muestran una escasa valoración en términos de prestigio. Si bien no ha sido el objeto de esta investigación, no pueden soslayarse los comentarios vertidos por los jóvenes que se encuentran realizando la residencia sobre sus condiciones de trabajo y la naturalización de las mismas como una suerte de rito iniciático a la práctica médica. Estas condiciones deberán ser tenidas en cuenta en los procesos de mejora de calidad de las residencias, sobre todo si se espera alcanzar políticas para la universalización del sistema en un contexto de humanización de las prácticas.

Agradecimientos

A los médicos concursantes del Examen Único 2013 que voluntariamente aceptaron participar de este estudio y con sus respuestas nos permitieron acceder al universo de sus expectativas y representaciones acerca de la formación de posgrado y la práctica médica.

A los referentes de recursos humanos y de residencias de los ministerios de salud de las provincias participantes del estudio Félix Aldana, Mirta Sánchez, Stella Maris Piscitello y Gabriela García, por la buena predisposición que mostraron en todo momento ante nuestras consultas y pedidos, y por su inestimable ayuda para establecer los contactos con los jóvenes médicos.

A los trabajadores de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación por responder nuestras preguntas e inquietudes, especialmente a Walter Caffarena y Valeria Rizzi por la ayuda que nos brindaron para el procesamiento de datos del Examen Único 2013.

A nuestras familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federal de Salud es un ámbito de acuerdos de política y planificación sanitaria, que reúne al Ministro de Salud de la Nación y a los ministros provinciales
2. Fuente: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/lasResidencias/2014-2-7-oferta%20de%20residencias%202013.pdf>
3. Duré, I.; Daverio, D.; Dursi, C. *Planificación y Gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina*, en Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación, 2014
4. Duré, I.; Daverio, D.; Dursi, C. *Planificación y Gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina*, en Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación, 2014
5. Duré, I; Dursi, C; Raffoul Sinchicay, M; Caffarena, W. *Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas. Análisis estadístico del Examen Único 2013* en Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación, 2014
6. Duré, I; Dursi, C; Raffoul Sinchicay, M; Caffarena, W. *Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas. Análisis estadístico del Examen Único 2013* en Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación, 2014
7. Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, Barrionuevo K. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic;5(21):30-37
8. Bourdieu, P. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 2008 (p. 159).
9. Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. Acad Med 1995; 70: 620-41
10. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. JAMA 2003; 290: 1173-8
11. Newton DA, Grayson MS, Thompson LF. The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. Acad Med 2005; 80: 809-14.
12. Escobar Rabadán F, López-Torres H J. ¿Qué determina la elección de una Especialidad en Medicina? Rev Clin Med Fam [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2015 Mayo 02]; 2(5): 216-225. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300005&lng=es.
13. Rovere, M; González M. V; Lauronce, M; López L, S.; Montero O, M; Ramírez, C.; y Verzeñassi, D. Imaginarios y decisiones migratorias de los jóvenes profesionales de la salud; una perspectiva de análisis para la carencia de Recursos humanos especializados en el subsector público. Estudio Exploratorio cuali- cuantitativo. 2014. (p. 21)

Disponible en

http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/Rovere2013.pdf

14. Borracci RA, Pittaluga RD, Manente D, Giorgi MA, Rubio M. Expectativas de los estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre su práctica profesional. *Medicina (B Aires)* 2009; 69: 607-11.

15. Zacarés González, J.; J. Ruiz Alfonso; L. Linares Insa. 2004. "Identidad, orientación hacia el trabajo y proyecto vital de los jóvenes participantes en programas de Garantía Social", en Molpeceres Pastor, M. (Coord.) *Identidades y formación para el trabajo*, Montevideo, CINTERFOR, pp.197-254.

16. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA* 2003; 290: 1173-8

17. Newton DA, Grayson MS, Thompson LF. The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. *Acad Med* 2005; 80: 809-14.