

PROVINCIA DE SANTA FE

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES (CFI)

TITULO: Estudio socio-sanitario para la radicación de médicos en el norte santafesino 02. Análisis de los incentivos para la radicación de médicos y becas para estudiantes de medicina en los departamentos de General Obligado, Vera y 9 de julio.

INFORME FINAL

CONTRATO DE OBRA Exp. N° 15941 0601

MAYO 2018

Experto: Virginia Trevignani

Asistentes: Melania Constanza Stehli, Germán Giupponi, Tamara Beltramino

Índice general

RESUMEN	4
AGRADECIMIENTOS	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Objetivos	6
1.2. De la demanda al problema	6
1.3. Estructura del informe	9
2. METODOLOGÍA.....	11
2.1. Tipo de estudio y etapas	11
2.2. Descripción del trabajo de campo.....	12
2.3. Potenciales sesgos del estudio	16
3. DIAGNÓSTICO	17
3.1. Los condicionantes estructurales del norte y su incidencia	18
3.2. Las transformaciones de la profesión médica en las sociedades actuales	25
3.3. La residencia como etapa bisagra del proceso de formación del médico especialista.....	28
3.3.1. El contraste entre lo que se aprende en la universidad y en la residencia	28
3.3.2. El contraste entre espacio de aprendizaje y de trabajo	31
3.3.3. La heterogeneidad de las trayectorias de los residentes.....	33
3.4. Las distintas miradas sobre el problema y su solución	35
3.4.1. El problema: la desigual distribución de médicos en el territorio.....	35
3.4.2. Las soluciones: reales e imaginadas	39
3.5. Conclusiones parciales	41
4. POLÍTICAS PÚBLICAS DEL MSSF PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA	43
4.1. Residencias por cupo jerarquizado	44
4.1.1. La mirada de los residentes	44
4.1.2. La mirada de los instructores y jefes de residencia	47
4.1.3. La mirada de los médicos del norte.....	48
4.1.4. La mirada de los funcionarios centralizados en MSSF	49
4.1.5. El desenlace del proceso de cupo jerarquizado	50
4.2. Dispositivo Intiyaco	52
4.2.1. La mirada de los funcionarios	55
4.2.2. La mirada de los instructores y residentes	56
4.3. Conclusiones parciales	59
5. MODELOS DE SOLUCIONES DE LA DISTRIBUCIÓN DESIGUAL DE MÉDICOS	61
5.1. La situación en la Argentina.....	61
5.2. La situación en Santa Fe	63
5.2.1. El modelo de médico full time	63

5.2.2. El modelo de médico para ámbito rural	64
5.2.3. El modelo Intiyaco	64
5.2.4. El modelo de cupo jerarquizado	65
5.2.5. Los modelos de fomento y de acuerdo	66
5.3. Conclusiones parciales	67
6. CONCLUSIONES	71
7. RECOMENDACIONES.....	75
7.1. De corto plazo	75
7.2. De largo plazo	76
BIBLIOGRAFÍA.....	78
Referencias bibliográficas.....	78
Documentos normativos.....	80
Documentos institucionales.....	80
Fuentes periodísticas	81
Entrevistas y grupos focales	81
SIGLAS.....	84
ANEXOS	85
Anexo 1. Guion de grupos focales para residentes postulados a cupo jerarquizado	85
Anexo 2. Guion de entrevistas a funcionarios del MSSF	86
Anexo 3. Guion de entrevistas a instructores y jefes de residentes	87

Índice de cuadros

Cuadro 1. Selección de casos nacionales y provinciales de soluciones	13
Cuadro 2. Tipo y cantidad de grupos focales y entrevistas individuales	14
Cuadro 3. Tasas de médicos x 10.000 habitantes matriculados en cada departamento.....	22
Cuadro 4. Percepciones subjetivas sobre el problema y su solución según actor relevado	42
Cuadro 5. Tipos de desenlace de la primer camada de especialistas formados por residencias de CJ	52
Cuadro 6. Síntesis de las ventajas y las desventajas de los modelos de soluciones	71
Cuadro 7. Factores a tener en cuenta para una política de movilidad o radicación.....	74

Índices de esquemas

Esquema 1. Abordaje analítico del estudio	9
Esquema 2. Etapas del estudio	12

Índices de imágenes

Imagen 1. Situación de grupo focal (izquierda) y entrevista individual (derecha).....	14
Imagen 2. Efectores de salud de la provincia de los nodos Reconquista y Rafaela.....	20
Imagen 3. Mapa vial del norte santafesino.....	20
Imagen 4. Red de efectores de salud de la provincia de Santa Fe.....	23

RESUMEN

Esta investigación aborda el problema de la distribución de los médicos en el territorio santafesino y propone un modelo de incentivos para movilidad y radicación de médicos en el norte de la Provincia de Santa Fe; combinando información sobre las características estructurales del espacio, los distintos modelos de solución ensayados en el país y la provincia, y el repertorio de motivaciones, expectativas y metas aspiracionales de los potenciales destinatarios.

El análisis se nutre de información proveniente de fuentes secundarias (normativas, periodísticas, institucionales y científicas) y de información primaria cualitativa, recolectada mediante la realización de grupos focales y entrevistas individuales con distintos actores vinculados al sistema de salud de la provincia y del norte santafesino: funcionarios, médicos, instructores y residentes. El trabajo de campo fue desarrollado entre octubre de 2017 y mayo de 2018, realizando 24 entrevistas individuales y 11 grupos focales; participando de este estudio 65 personas. Además, fueron analizados en profundidad 7 casos ejemplares de políticas públicas (del país y la Provincia de Santa Fe) que atienden al problema de la distribución de los médicos en el territorio.

A partir de la información recolectada, analizada y comparada en este estudio, los principales hallazgos dan cuenta de:

- las *características estructurales* del norte santafesino que inciden en el problema y contribuyen a una *representación social* devaluada del espacio;
- variaciones significativas en los *diagnósticos* construidos desde el centro y desde el norte, que resultan en un contraste entre el perfil *deseado* y el perfil *necesitado de médico* para el norte santafesino;
- los cambios en el *patrón de formación académica y profesional* del médico, que explican su distribución en el territorio y la heterogeneidad de trayectorias de formación;
- la existencia de dos *políticas públicas* actualmente vigentes en el contexto provincial, que abordan la problemática de interés y que son evaluadas para proponer mejoras;
- las diferencias entre los *modelos de soluciones* del problema basados en el fomento económico, el fomento profesional y el acuerdo profesional;
- la necesidad de *adecuar* las políticas públicas vigentes a las características del norte, el carácter fluido de las trayectorias y potenciales destinatarios en formación.

AGRADECIMIENTOS

El equipo de investigación agradece a todos los que accedieron a brindar sus testimonios: funcionarios, médicos, jefes e instructores y residentes. Sin sus voces, este estudio no hubiera sido posible. Un agradecimiento especial a: Gabriela García, por facilitar los contactos con los residentes; Yamila Fain, por su apoyo logístico; Mariana Cantarelli, por el acompañamiento sostenido.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivos

El objetivo general que guio este estudio consistió en comprender y analizar el *repertorio variado de motivaciones, expectativas y metas aspiracionales de los médicos especialistas en formación*, para identificar qué aspectos deberían ser tenidos en cuenta en el diseño de un modelo de incentivos exitoso.

Teniendo en cuenta que las percepciones subjetivas de los potenciales destinatarios (qué piensan, quieren y esperan) están moldeadas por un *entramado institucional* y por los *imaginarios* socialmente construidos sobre la vida en sociedad y la profesión médica; fue preciso también dar cuenta de esas dimensiones. Así, los objetivos específicos de investigación son cuatro:

- *contextualizar* las dificultades para la radicación de los profesionales, a partir de la descripción de las características estructurales, las representaciones sociales del lugar y los cambios en los trayectos de formación de los médicos;
- producir información primaria cualitativa sobre *trayectorias profesionales, laborales y familiares* de los médicos especialistas en formación, para acceder a las motivaciones, expectativas y metas aspiracionales de los potenciales destinatarios;
- construir una tipología de *modelos de soluciones* ensayadas en el país y la provincia, que permita su comparación y la identificación del modelo más pertinente para el norte santafesino;
- proponer *criterios y perfiles de destinatarios* que podrían ser tenidos en cuenta en las políticas públicas provinciales que buscan la radicación de profesionales; ponderando el peso que adquieren las condiciones estructurales del norte santafesino frente a otros determinantes (familiares, personales) de la decisión de movilidad y radicación.

1.2. De la demanda al problema

Al inicio de la investigación el equipo realizó dos tareas a los fines de conocer mejor la demanda del MSSF y poder delimitar el objeto de este estudio. Por un lado, se realizó un registro de los antecedentes de políticas públicas y normativas producidas a nivel nacional y provincial, que estuvieran relacionadas con la distribución de médicos en el territorio. Por otro lado, se entrevistó a los funcionarios del MSSF, en tanto informantes clave de la problemática y sus consecuencias para el sistema de salud y la atención de la población.

Estas entrevistas, charlas informales y reuniones de trabajo en el MSSF constituyeron una antesala para especificar mejor la demanda (la necesidad o problema que amerita el pedido de un estudio específico) y reconstruir los antecedentes (es decir,

los intentos -exitosos o fallidos- de resolver la problemática en el pasado o presente) desplegados por el gobierno provincial para la resolución del problema.

Con respecto a las percepciones sobre el problema y sus soluciones, no hay una mirada unificada ni unívoca sobre la “*falta de médicos en el norte*”; sino que se identificaron miradas significativamente diferentes entre referentes del MSSF; entre funcionarios médicos y funcionarios no médicos; entre médicos especialistas y médicos especialistas en formación (residentes). Estas variaciones responden a: la pertenencia o no al espacio geográfico analizado; la profesión (ser o no médicos); la especialidad médica y el grado de avance en la formación de la profesión médica. Frente a esta heterogeneidad de opiniones, este estudio aporta “a poner en evidencia que los lugares *difíciles* (...) son antes que nada difíciles de describir y de pensar, y que las imágenes simplistas y unilaterales deben ser remplazadas por una representación compleja y múltiple, fundada en la expresión de las mismas realidades en discursos diferentes” (Bourdieu, 2013: 9).

Con respecto a los antecedentes vigentes, se identificó un programa ambulante de residentes llamado “Dispositivo Intiyaco”, que provee de servicios de salud en el norte con un equipo de residentes acompañados por un equipo de referentes del MSSF (MSSF-INTIYACO[1], 2017). El segundo antecedente es una resolución ministerial que prevé dos modalidades para las convocatorias a residencias médicas al interior de la provincia, diferenciando “cupos generales” de “cupo jerarquizado” (MSSF-RM N° 0217, 2015) (MSSF-RM N° 0023, 2017). Las residencias por cupo jerarquizado (en adelante CJ) establecen que al finalizar la residencia el profesional especialista debe prestar servicios médicos en un efector público provincial en la zona determinada por la convocatoria. Es decir, aquellos que optan por esta modalidad pueden elegir el lugar de formación, pero al finalizar la residencia deben desempeñarse por un año en las zonas definidas por el MSSF. Además de privilegiar efectores de los diferentes nodos, se otorgan cupos de formación en las especialidades que son demandadas por los equipos de salud locales de los nodos Reconquista y Rafaela (medicina general, traumatología, pediatría, terapia intensiva, entre otras). Ambas experiencias se enfocan en un tipo de profesional específico: *el médico en formación* y en un momento particular de la trayectoria formativa: *la residencia*.

Teniendo en cuenta que los intentos de promoción de la radicación de médicos en zonas adversas¹ toman la forma de modelos de incentivos materiales o económicos destinados a médicos especialistas (como se verá en el apartado 5); estas dos iniciativas

¹ Para adjetivar las zonas en donde hay carencia de médicos se usan los calificativos “vulnerables”, “inhóspitas”, “críticas”, “hostiles”, cuando se refiere a términos utilizados por los mismos actores, que ponen en juego vocabularios y sentidos constitutivos de diferentes espacios políticos nacionales (radicalismo, peronismo, socialismo). En cambio, se usa el calificativo “adversas” u otros afines (“precarias”) cuando la voz que habla es la del equipo a cargo de este estudio, dado que son palabras que permiten referir a las condiciones de vida más difíciles que configuran a esos lugares.

provinciales no fueron visibilizadas por los informantes clave como posibles soluciones al problema, al inicio de este estudio.

Cuatro características específicas del Dispositivo Intiyaco y las residencias por cupo jerarquizado permiten comprender este relativo desconocimiento. *Primero*, el hecho de que ambas iniciativas sean implementadas durante el trayecto de formación médica y, por lo tanto, tengan como destinatarios a médicos especialistas *en formación*. El tipo de destinatario de ambas iniciativas contribuye a su desconocimiento en el marco de un sistema profesional que tiende a *desvalorizar* al estudiante y al residente, tanto por su condición juvenil como por su situación temporal de transición². *Segundo*, estas experiencias no constituyen modelos económicos de incentivos, sino propuestas de sensibilización y ambientación en las problemáticas de salud de zonas especialmente vulnerables. *Tercero*, la temporalidad prevista por ambas experiencias para la posible solución del problema es de mediano o largo plazo, no inmediata. *Cuarto*, estas experiencias no garantizan la radicación de médicos en el norte santafesino, aunque sí su movilidad temporal. Se trata de escenarios potenciales a futuro que pueden (o no) realizarse. La radicación permanente depende de los médicos participantes (los residentes), es decir, de sus complejas motivaciones, expectativas y estilos de vida³.

La existencia de estas dos experiencias en funcionamiento obligó a adaptar los objetivos de este estudio a un destinatario que no había sido identificado en la formulación inicial: los residentes; dejando de lado la búsqueda de información sobre estudiantes de medicina y médicos especialistas (destinatarios potenciales en el proyecto original). Los residentes participantes del Dispositivo Intiyaco y los residentes por cupo jerarquizado de las convocatorias 2015, 2016 y 2017; constituyen una *masa crítica* de médicos especialistas en formación, desempeñándose *actualmente* o en un futuro *inmediato* en localidades del norte santafesino. El hecho de que ambos programas se implementen *durante* una etapa del trayecto formativo tiene la potencialidad de *ambientar* y *sensibilizar* en las particulares y complejas problemáticas de salud del norte santafesino a médicos que aún están *en formación*; transformando la política pública en una “escuela de vida” (como lo definió un médico del norte). La potencialidad de una política pública orientada a médicos especialistas en formación radica en su mayor oportunidad para ajustar *lo que se enseña* con *lo que se necesita* en el norte santafesino.

Al enfocar el estudio en residentes (y no en estudiantes universitarios y médicos especialistas como en la versión original), las dimensiones de análisis también tuvieron que ser adaptadas; sumando, al interés por relevar el *repertorio variado de motivaciones, expectativas y metas aspiracionales* (CFI, 2017), información cualitativa sobre las

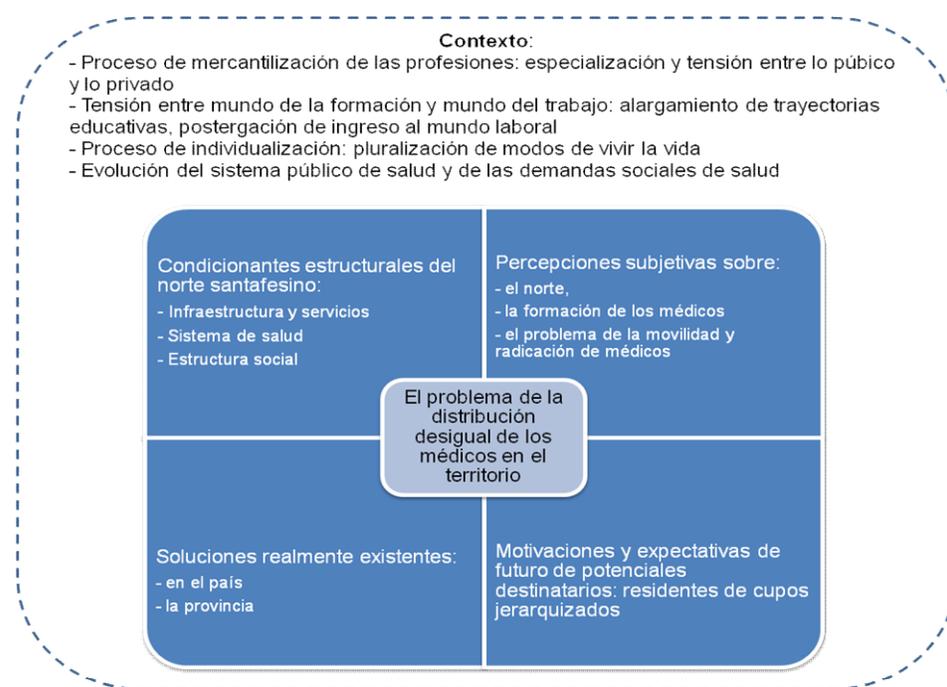
² Esta desvalorización no supone un descrédito del profesional; lo que muestra es la diferencia entre el perfil *ideal* del médico a radicar (formado, especialista, con trayectoria de prestación de servicios en el ámbito público) y la percepción del residente como un *médico en formación* y sin experiencia.

³ Esta dimensión individual, como se verá a lo largo del documento, fue uno de los argumentos más recurrentes de los funcionarios para explicar el fracaso de estas iniciativas, especialmente la falta de adaptación e integración de los profesionales a los nuevos contextos.

trayectorias de formación. Relacionado con las características de este nuevo destinatario *joven* y en *transición* (los residentes), así como también con las transformaciones estructurales e institucionales descriptas en el apartado 3.1; el término *radicación* usado en la formulación original del proyecto tuvo que ser flexibilizado. Teniendo en cuenta que las trayectorias profesionales (así como las familiares, residenciales, educativas y laborales) ya no siguen un patrón homogéneo, lineal ni acumulativo; es preciso complementar dicho término con el de *movilidad*.

Así, este estudio se propone identificar qué aspectos deberían ser tenidos en cuenta en el diseño de un modelo de incentivos exitoso para la *radicación* y *movilidad* de médicos. Es decir, una política pública que promueva la circulación de profesionales en el territorio, y no sólo su radicación definitiva. Aborda el problema de la distribución desigual de los médicos en el territorio santafesino, relacionando las condiciones estructurales del norte con las percepciones subjetivas de distintos actores del sistema de salud y comparando distintos modelos de solución existentes en el país y en la provincia. El abordaje analítico propuesto para este estudio se resume en el Esquema 1.

Esquema 1. Abordaje analítico del estudio



Fuente: elaboración propia

1.3. Estructura del informe

Este documento se organiza en siete apartados, incluida esta introducción en la cual se enunciaron los objetivos, la construcción del objeto de estudio y la estructura del documento.

El *segundo apartado* informa sobre las decisiones metodológicas asumidas para poder abordar los objetivos, las técnicas de recolección de la información (grupos focales y entrevistas individuales) y la identificación de los potenciales sesgos del estudio.

En el *tercer apartado*, abocado a la construcción de un diagnóstico de la problemática de interés, los contenidos se ordenan de lo general a lo particular. Inicia con una descripción de las condiciones estructurales del norte y su incidencia en las representaciones subjetivas sobre el lugar. Continúa con una contextualización general de los principales procesos emergentes que han alterado el patrón de institucionalización de la profesión médica. Luego, se aborda una etapa bisagra de la formación del médico especialista: las residencias; que genera rupturas o continuidades en las trayectorias individuales. Por último, se comparan las distintas miradas sobre el problema y la solución, tomando como insumo las percepciones de distintos actores vinculados al sistema de salud.

En el *cuarto apartado*, se analizan dos experiencias concretas diseñadas por el MSSF y relevadas en los antecedentes, que atienden el problema de la distribución desigual de médicos en el territorio y las particularidades del norte santafesino: el dispositivo Intiyaco y las convocatorias a residencias por cupo jerarquizado.

En el *quinto apartado*, se describen y comparan los antecedentes relacionados con la desigual distribución de médicos en el territorio: los programas, proyectos y actividades desarrollados por el MSSF; el marco normativo (leyes, resoluciones) y los modelos de soluciones propuestos recientemente en el ámbito nacional.

El *sexto apartado* concluye el estudio con una propuesta de solución al problema que recupera las cuatro dimensiones analíticas propuestas: determinantes estructurales, percepciones subjetivas, soluciones existentes y trayectorias individuales.

En el *séptimo apartado*, se sistematizan las principales recomendaciones que emanan de este estudio que pueden servir de insumo para mejorar las políticas públicas existentes para solucionar el problema de la distribución desigual de médicos en el norte santafesino.

El documento se completa con la presentación de las referencias bibliográficas, fuentes documentales (documentos institucionales, normativos), fuentes periodísticas, siglas y anexos metodológicos⁴.

⁴ En todo el documento se usan comillas para citar literalmente una referencia bibliográfica, documento o normativa; así como también para el uso de transcripciones literales de la voz de los entrevistados individualmente o en grupos focales (salvo cuando sean citados párrafos enteros, en los cuales se usa un mayor espaciado a la izquierda para distinguirlo del resto del texto). Se usan cursivas para remarcar o acentuar partes del texto, así como también para el uso de términos o frases de carácter coloquial. El uso del resaltado en negrita queda reservado para títulos, tal y como estipula el apartado VI de los términos de referencia del contrato (CFI, 2017).

2. METODOLOGÍA

En este apartado se informan las decisiones metodológicas tomadas en torno al tipo de estudio, los criterios de selección de los casos, las técnicas de recolección de la información y las de análisis y los potenciales sesgos de esta investigación.

2.1. Tipo de estudio y etapas

El diseño metodológico propuesto es sincrónico (en un momento del tiempo) y cualitativo, es decir, orientado a explorar las percepciones subjetivas de un conjunto de actores vinculados de distinta manera con el sistema de salud provincial y -específicamente- del norte santafesino.

El conocimiento de los actores constituye un insumo crucial para el diseño y evaluación de las políticas públicas, porque son voces cercanas a la problemática que se busca resolver y permiten comprender por qué los resultados obtenidos de las políticas públicas responden de forma efectiva o no a los objetivos buscados.

Las trayectorias de vida de los sujetos, los espacios que habitan y las prácticas culturales de las que participan moldean sus visiones del mundo y permean los roles en los que se desenvuelven. Por eso, cuando un actor social -o un grupo de ellos- *habla*, da cuenta no sólo de sus opiniones, sino también del entramado institucional (y sus tensiones); los imaginarios socialmente construidos con respecto a la vida en sociedad y los significados asociados con la profesión médica.

Analizar información cualitativa involucra un posicionamiento metodológico y uno ético. Los pasos metodológicos para recolectar las percepciones de los actores vinculados a una problemática se pueden resumir en la siguiente secuencia ordenada: ingresar al campo; construir confianza; transparentar objetivos del relevamiento; preguntar con claridad; tener una atención alerta a la conversación; dejar hablar; repreguntar; agradecer. El análisis de la información resultante de esta secuencia está guiado por los siguientes compromisos éticos con los actores que participaron del estudio: garantizar su anonimato; citarlos literalmente cuando hay riesgo de distorsión de un punto de vista; no juzgarlos ni evaluarlos; comunicarles los resultados del estudio. Una secuencia ordenada de pasos para recoger la voz de los participantes y un conjunto de principios éticos que pautan nuestros encuentros con los actores, sumado a una mirada distanciada -neutral- durante el procesamiento de la información; dan cuenta de un análisis de las *posiciones* desde las cuales los actores hablan y no de sus opiniones o puntos de vista, en tanto individuos con un nombre propio⁵.

⁵ Esta aclaración tiene una importancia fundamental en estudios como este, porque se trabaja con información sensible que puede incomodar o producir malestar: las miradas que distintos actores construyen sobre una problemática. El objetivo del análisis es identificar regularidades (miradas similares) y diferencias, desde una mirada externa. La heterogeneidad de miradas sobre un mismo problema no es

Toda investigación cualitativa enfrenta dos dilemas metodológicos: *representatividad* y *generalización*. El primero cuestiona qué tanto representan las voces individuales analizadas al universo de individuos con similares características. El segundo se enfoca en las posibilidades de generalizar los resultados de un estudio de *un caso* a otros contextos con similares problemáticas. Si bien no hay consenso sobre cómo solucionar ambos desafíos, este estudio los recuerda a modo de advertencia metodológica a la hora de interpretar el alcance de los hallazgos.

Las etapas seguidas en el proceso de investigación se sintetizan en el Esquema 2.

Esquema 2. Etapas del estudio



Fuente: elaboración propia

2.2. Descripción del trabajo de campo

Para la descripción, comparación y construcción de tipos ideales de modelos de soluciones realmente existentes, la información cualitativa fue recolectada a partir de la revisión documental y periodística de las normativas y programas existentes en el país y la provincia y relacionadas con la distribución desigual de los médicos en el territorio. De esta revisión exhaustiva fueron seleccionados casos *ejemplares*, es decir, aquellos que resumían de un modo representativo los atributos de todos los casos de similares características. Se trata de casos que permiten aportar al estudio de otros, a partir del conocimiento en profundidad de una experiencia singular (Stake, 1995).

Los criterios para la selección de casos ejemplares son cuatro: a) que fueran mutuamente excluyentes; b) que estuvieran vigentes al momento del estudio; c) que estuvieran institucionalizados en normas o programas; d) que tuvieran cobertura periodística o acceso a fuentes que permitieran una descripción profunda.

El procedimiento metodológico consistió en partir de la descripción de las características de cada caso (modelo misionero, bonaerense, fueguino, médico full time, médico para ámbito rural, dispositivo Intiyaco y residencia por cupo jerarquizado); para luego poder inferir dos tipos ideales (fomento y acuerdo), de los cuales se especifican tres modelos (de fomento económico, de fomento profesional, de acuerdo profesional), tal y como se observa en el Cuadro 1⁶.

interpretada por la sociología como *diferencias entre los individuos*, sino como la expresión de posiciones diferentes ocupadas en determinada estructura social.

⁶ Un tipo ideal es una herramienta metodológica que sirve para la comparación; en este caso, para la comparación de modelos de soluciones al problema de la distribución desigual de los médicos en el territorio.

Cuadro 1. Selección de casos nacionales y provinciales de soluciones

Casos	Institucionalidad	Nombre	Nombre corto	Tipos		Modelos
Misiones	Proyecto de ley	Fortalecimiento Sanitario en Áreas Vulnerables	Modelo misionero			
Buenos Aires	Programa	Quiero ser residente	Modelo bonaerense			
Tierra del Fuego	Convocatoria	Incentivos para la radicación de médicos en cualquier zona de la provincia	Modelo fueguino			De fomento económico
Santa Fe	Proyecto de ley-comunicación provincial	Médico full time	Médico full time	Fomento		
	Ley provincial	Sistema Provincial de Estímulo para los Trabajadores de Salud en ámbitos Rurales	Médico ámbito rural			
	Programa ministerial	Dispositivo Intiyaco	Dispositivo Intiyaco			De fomento profesional
	Resolución ministerial	Concurso de antecedentes y oposición destinado a cubrir cargos de residentes de 1° año e instructores de residentes	Cupo jerarquizado	Acuerdo	De acuerdo profesional	

Fuente: elaboración propia

Para la descripción y análisis de las percepciones subjetivas sobre el norte, la distribución desigual de médicos en el territorio y sus posibles soluciones; la información cualitativa es recolectada mediante la realización de grupos focales⁷ y entrevistas individuales semi-dirigidas⁸ a distintos actores vinculados al sistema de salud de la provincia y del norte santafesino. Mientras que el grupo focal es una técnica más pertinente para trabajar con actores que tienen atributos en común; la entrevista individual sirve para profundizar en una problemática o para recoger la voz de individuos en posiciones jerárquicas.

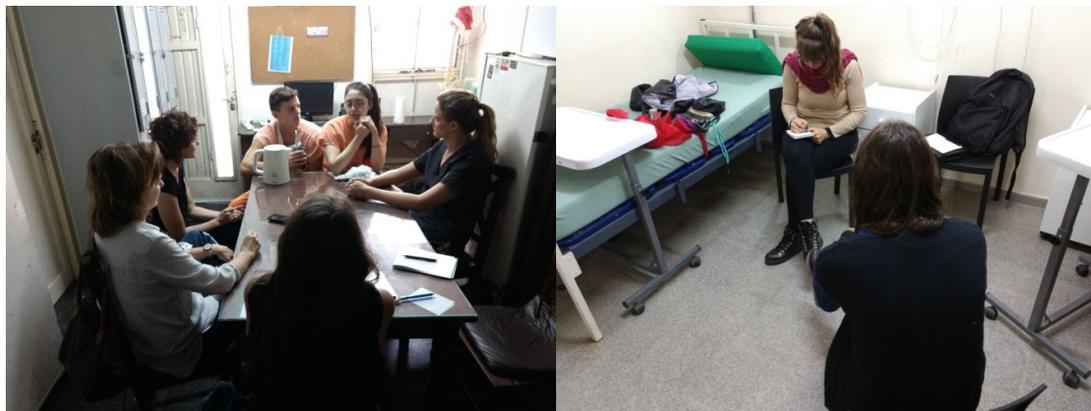
Durante el trabajo de campo se realizaron 24 entrevistas individuales, 11 grupos focales y una 1 reunión colectiva de trabajo (que metodológicamente equivale a un grupo focal); participando de este estudio 65 personas⁹. Las personas entrevistadas individual o grupalmente tienen en común su relación con el sistema de salud provincial, pero se diferencian en función de sus posiciones de jerarquía y el territorio en el cual se desempeñan. Según su jerarquía, se distingue entre funcionarios, médicos, instructores o jefes de residencias y residentes (de CJ). En función del territorio, se diferencia entre los que, al momento del estudio, se localizaban en grandes centros urbanos (Santa Fe y Rosario) o en localidades del norte santafesino (Nodo Rafaela y Nodo Reconquista). En la Imagen 1, se ejemplifican situaciones típicas de ambos tipos de relevamiento.

⁷ El grupo focal es una técnica de relevamiento de información en estudios sociales, que permite obtener una representación colectiva a nivel micro (de los actores) de procesos institucionales y estructurales. Consiste en una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada por consignas, coordinada por un especialista.

⁸ La entrevista individual semi-dirigida es una técnica de recolección de información, que consiste en un encuentro pautado entre dos personas: el entrevistador y el entrevistado. La conversación entre ambos se rige por un guion preestablecido de consignas, que puede ser modificado según el curso de la interacción.

⁹ Dado que los participantes del Dispositivo Intiyaco también son residentes de CJ, en el conteo final de las personas que participaron con sus testimonios se omiten del cálculo a estos entrevistados. Por eso, el número total de entrevistas y participantes de grupos focales es mayor al número de personas.

Imagen 1. Situación de grupo focal (izquierda) y entrevista individual (derecha)



Fuente: elaboración propia

En el Cuadro 2 se detalla el tipo de actor relevado, el lugar, la técnica utilizada, la cantidad de entrevistas individuales o grupos focales realizados y la forma en que se identifica cada entrevista o grupo focal en este documento. Dado el carácter confidencial del relevamiento, se omiten los nombres propios y los cargos específicos y se los identifica con números consecutivos¹⁰.

Cuadro 2. Tipo y cantidad de grupos focales y entrevistas individuales

TIPO DE ACTOR	LUGAR	TECNICA DE RECOLECCIÓN	CANTIDAD	IDENTIFICACIÓN	
Funcionarios centralizados en MSSF	Santa Fe	Entrevista indiv.	4	EI-FUN-MSSF: 1,2,...4	
Funcionarios descentralizados en el norte	Reconquista	Entrevista indiv.	5	EI-FUN-NORTE: 1,2,...6	
	Rafaela		1		
Médicos que trabajan en el norte	Reconquista	Entrevista indiv.	3	EI-MED-NORTE: 1, 2, 3	
Instructores y Jefes de residencia	Reconquista	Grupo focal	1	GF-JEFE-REQ	
	Rafaela	Entrevista indiv.	1	EI-JEFE-RAF	
Residentes de cupo jerarquizado					
Varias especialidades, convocatoria 2015	Santa Fe	Grupo focal	1	10	GF-RESI-SF-2015
Varias especialidades, convocatoria 2016	Santa Fe	Grupo focal	2	10	GF-RESI-SF-2016
Especialidad Clínica, convocatoria 2015/2016	Reconquista	Grupo focal	1	6	GF-RESI-REQ-CLINICA
Especialidad General, convocatoria 2015/2016	Reconquista	Grupo focal	2	11	GF-RESI-REQ-GENERAL
Varias especialidades, convocatoria 2015/2016	Rafaela	Grupo focal	1	5	GF-RESI-RAF
Varias especialidades, convocatoria 2015/2016	Rosario	Grupo focal	2	6	GR-RESI-RO
Dispositivo Intiyaco					
Varios	Santa Fe	Reunión de trab.	1	12	GF-INTIYACO
Instructores y Jefes de residencia	Varios	Entrevista indiv.	2		EI-JEFE-INTIYACO
Residentes CJ que participaron de dispositivo	Varios	Entrevista indiv.	8		EI-RESI-INTIYACO
TOTAL DE PERSONAS PARTICIPANTES			65		

Fuente: elaboración propia

Los funcionarios entrevistados se distinguen entre los que realizan funciones de gestión provincial (centralizados en el MSSF) y los que realizan funciones de gestión en el norte santafesino (descentralizados en el nodo Reconquista de la Región I y en el nodo Rafaela

¹⁰ Algunas fotos utilizadas para ilustrar este estudio fueron sacadas en el transcurso del trabajo de campo por el equipo a cargo del estudio. Otras, fueron enviadas por los residentes entrevistados. En ambos casos, se les informó para qué serían utilizadas. Si bien la confidencialidad está resguardada en la cita de todos los testimonios, es difícil "ocultar" las caras de los protagonistas de un estudio cualitativo como éste.

de la Región II)¹¹. Los *funcionarios centralizados* en el MSSF entrevistados fueron aquellos que podían dar cuenta de los antecedentes (programas, proyectos, actividades, normativas) vinculados con la movilidad o radicación de médicos en el norte santafesino. Los *funcionarios descentralizados y médicos del norte* entrevistados fueron todos aquellos sugeridos por el MSSF y que respondieron a la solicitud de un encuentro. Las entrevistas individuales tuvieron una duración promedio de una hora y media, fueron realizadas por miembros del equipo técnico y registradas en un grabador digital. La conversación giró en torno a un conjunto de preguntas previamente establecidas¹².

Las entrevistas y grupos focales con *residentes, instructores y jefes de residencia* fueron convocadas desde el MSSF y realizadas en la sede territorial de formación. En casi todos los casos, aún para los residentes que se están formando en sedes de la ciudad de Santa Fe, la convocatoria estuvo dirigida a residentes que habían postulado a cupo jerarquizado, en las convocatorias 2015, 2016 y 2017¹³.

Se realizaron tres grupos focales con residentes de cupo jerarquizado, convocatoria 2015 y 2016¹⁴, que optaron por nodo Rafaela o Reconquista para la prestación del año de servicio, y que están actualmente formándose en las sedes de la ciudad de Santa Fe (Hospital Doctor José María Cullen; Hospital Doctor Orlando Alassia; Hospital Doctor José Bernardo Iturraspe) y ciudades cercanas (Santo Tomé: Samco Doctor Nanzer; Recreo: Hospital Protomédico Doctor Manuel Rodríguez; Esperanza: Samco Doctor Daniel Alonso Criado). En estos tres grupos, las especialidades no fueron un criterio para la distribución de los participantes, pero sí el año de la convocatoria. Con esta clasificación de participantes por grupo, se buscó observar variaciones según el tránsito más o menos avanzado en la residencia, así como también cambios en la difusión institucional de la convocatoria año tras año. Sobre ambas cuestiones, no se observaron diferencias significativas entre grupos. La mezcla heterogénea de especialidades al interior de cada grupo, en cambio, permitió observar en la misma dinámica grupal sus diferentes puntos de vista.

¹¹ Esta distinción es muy importante, dado que uno de los hallazgos de este estudio es que esas miradas son significativamente diferentes y están más acentuadas en el caso del nodo Reconquista de la Región I, que en su contraparte rafaquina de la Región II. En general, todas las voces recolectadas en Reconquista (y zonas pertenecientes a este nodo), no solo de funcionarios públicos sino también de médicos, residentes e instructores, resaltan la especificidad de la vida social en el norte y del sistema de salud local.

¹² Para conocer el guion de las entrevistas individuales, ver el Anexo 2.

¹³ Por un error involuntario de comunicación, en varios grupos focales se *colaron* residentes postulados a "cupos generales" (es decir, que no están obligados a prestar servicios en el norte una vez concluida la formación). Este error terminó siendo productivo para este estudio, ya que permitió contar con un *grupo de control*, es decir, tener un parámetro contra el cual comparar las percepciones de los residentes de cupo jerarquizado. Si bien para los residentes de cupo general la movilidad territorial no presenta la misma preocupación perentoria de "tener que cumplir con un contrato", fue tematizado como una posibilidad abierta a futuro.

¹⁴ Los residentes de cupo jerarquizado de la convocatoria 2017 no pudieron ser incluidos en los grupos focales porque al momento del relevamiento no tenían firmados los contratos.

Estas diferencias -muy significativas al contrastar la mirada de los residentes de medicina general contra el resto de las especialidades-, sirvieron para organizar grupos focales por separado en la sede de formación en Reconquista (Hospital Central Doctora Olga Stucky de Rizzi) y mezclando los tres años de convocatoria. Así, en esta sede fueron desarrollados tres grupos focales de residentes de cupo jerarquizado, convocatoria 2015, 2016 y 2017, que optaron por nodo Reconquista para la prestación del año de servicio: dos con residentes de medicina general y uno con residentes de medicina clínica.

En el caso de la sede de formación Rafaela (Hospital Samco Jaime Ferré), el número de residentes de cupo jerarquizado que optaron por nodo Rafaela en todas las convocatorias permitió la realización un único grupo focal, mezclando especialidades y año de postulación.

Por último, en el caso de los residentes de cupo jerarquizado formándose en sedes de la ciudad de Rosario (Hospital Provincial del Centenario; Hospital Provincial de Rosario), se realizaron dos grupos focales con presencia mayoritaria de la especialidad de anestesia.

La conversación grupal con los residentes de CJ duró aproximadamente dos horas y fue registrada en grabador digital. La dinámica de la conversación fue coordinada por un miembro del equipo técnico y giró en torno a un guion establecido de antemano, separado en tres consignas: a) valoración de la formación de grado; b) valoración y vivencias de convocatoria a cupo jerarquizado, motivaciones para postular; c) expectativas a futuro sobre movilidad, radicación¹⁵.

2.3. Potenciales sesgos del estudio

La selección de los actores que participan de este estudio y algunas dificultades experimentadas en el acceso al campo, pueden introducir sesgos que es importante identificar para interpretar correctamente los hallazgos.

Primero, dado que gran parte de la información cualitativa recolectada es de residentes por cupo jerarquizado, que deben prestar temporalmente servicios en el norte santafesino; sus percepciones sobre movilidad y radicación están influidas por ese horizonte cercano, en cual deben cumplir con una obligación contractual. Por esta razón, el análisis sobre incentivos para movilidad y radicación representa mejor a esta modalidad de residencias (en comparación con residencias de cupo general) y a médicos especialistas en formación (con contraste con médicos especialistas).

¹⁵ Para conocer el guion de los grupos focales para residentes ver el Anexo 1 y para instructores y jefes de residencias ver el Anexo 3.

Segundo, las miradas sobre formación, movilidad y radicación relevadas en este estudio representan la voz de los que *ya han optado* por continuar su trayectoria educativa bajo la modalidad de residencias.

Tercero, lo que se denomina como *norte santafesino* (para hacer más ágil la escritura) no es un territorio ni un espacio social homogéneo y compacto. Si bien es posible identificar algunas características estructurales compartidas, las diferencias a su interior son significativas. Por un lado, resalta el contraste entre las percepciones de los actores de la Región 1 (con nodo en Reconquista) y los de la Región 2 (con nodo en Rafaela). Por otro lado, la división centro-periferia¹⁶ (que permitió distinguir variaciones importantes entre las voces de Santa Fe y las de los nodos del norte, tiene un comportamiento *fractal*. Es decir, los actores del *interior* del norte santafesino, reproducen la distinción centro-periferia, identificando *otro interior* (el de la cuña boscosa, el de las localidades fronterizas, el de las zonas de difícil acceso). Los hallazgos de este estudio se corresponden en mayor medida con las percepciones de los actores del nodo Reconquista, que con las del nodo Rafaela y las del *interior del interior*, es decir, de los actores trabajando en efectores de salud de localidades más vulnerables¹⁷. Como señala un residente formándose en el norte:

El nodo Reconquista, no es que sólo es Reconquista, nosotros nucleamos 250.000 habitantes en nodo Reconquista, o sea... con el tema que hablaba... el tema de Florencia, el norte, Los Amores, San Javier, Calchaquí, la Cuña Boscosa... (GF-RESI-REQ)

3. DIAGNÓSTICO

En este apartado se construye un diagnóstico que permite contextualizar la problemática de interés. Primero, se describen las condiciones estructurales del norte y su incidencia en las representaciones subjetivas sobre el lugar. Segundo, se sintetizan los principales procesos emergentes que están transformando las sociedades en las que vivimos, así como también las instituciones que regulan la vida profesional y social de los individuos. Tercero, se reconstruyen las principales problemáticas vinculadas al circuito de formación

¹⁶ La distinción centro-periferia es un concepto clasificatorio vinculado a grados de desarrollo: urbanización, socioculturales, redes viales, medios de comunicación, distribución de servicios públicos, entre otras variables (Germani, 1969; 1976; 1979).

¹⁷ Sin embargo, es posible identificar algunas tendencias. Los residentes de cupos jerarquizados formándose en Reconquista y dispuestos a radicarse definitivamente en ese lugar se mostraron muy preocupados ante la posible situación de que los mandaran a cumplir los servicios previstos por el contrato a localidades pequeñas o alejadas de la ciudad (GF-RCJ-GENERAL-REQ-2015/16/17a, 2017). Por otro lado, un funcionario descentralizado en el norte describió detalladamente lo que imagina como la solución al problema de la falta de médicos en el norte: un plan de “descentralización de la descentralización”, que considera como “superador” del modelo de médico full time para estas zonas. En sus palabras, se trata de distribuir más los recursos materiales de salud (infraestructura, equipamiento) hacia las localidades del interior de Reconquista: “¿para qué quiero un full time en Golondrina, que es un CAPS que no tiene internación, que no tenés para hacer sutura y que me queda a 10km de Intiyaco? ¿Para qué lo querés al full time en Golondrina? Es un gasto inútil de recurso humano” (EI-FUN-NORTE[4], 2017).

de los médicos. Cuarto, se describe la etapa de formación de las residencias. Quinto, se comparan las distintas miradas sobre el problema y la solución, tomando como insumo las percepciones de distintos actores vinculados al sistema de salud.

3.1. Los condicionantes estructurales del norte y su incidencia

En este apartado se recuperan los factores estructurales que inciden en la distribución desigual de médicos y se relacionan con las percepciones subjetivas que los actores construyen sobre el norte. Vincular las características estructurales sociales del norte santafesino con las representaciones sociales construidas sobre el lugar por distintos actores permite conocer las condiciones culturales que convierten al norte provincial en un lugar en el que “faltan médicos”.

De los distintos actores vinculados al sistema de salud entrevistados para este estudio, son los *funcionarios descentralizados* y los *médicos que trabajan en el norte* los que resaltaron en sus discursos la desigualdad entre *centro y periferia*. Defienden el logro de las residencias en efectores de salud locales, identifican la distribución desigual de los recursos públicos y atribuyen responsabilidades políticas ante la ausencia de políticas públicas destinadas a la zona¹⁸. Estas miradas tienen en común la crítica a una gestión en salud que consideran que no toma en cuenta las características y las necesidades específicas del norte provincial. El reconocimiento de una mayor y más sofisticada demanda por parte de la población (“la población ha cambiado, exige especialistas”), sumado al declive del estatus del médico, genera que los problemas asistenciales complejos deban ser atendidos por especialistas.

Si bien los entrevistados señalan que en los últimos años el norte recibió mayor atención por parte de los gobernantes y se observa un mejoramiento de las condiciones infraestructurales y de acceso a la salud, persisten representaciones sociales negativas sobre el lugar. Esto se visibiliza en la crítica a los intentos de replicar en el norte acciones que tuvieron éxito en el sur provincial, sin atender a sus particularidades o destacando que el norte es para los “castigados” (“Si te portás mal, te mandamos a trabajar a Gato Colorado”). Si a estas percepciones negativas se le suman los condicionantes estructurales, se entiende por qué escasean los médicos y por qué sobran cupos para la realización de residencias en el norte.

La incidencia de estos “condicionantes” no sólo se observa en el acceso a la salud en la zona, sino que opera también en la desvalorización del norte como espacio de formación para los futuros profesionales. Entre los aspectos valorados negativamente por los *residentes y los médicos radicados en la zona*, destacan: las dificultades para complementar el trabajo en el ámbito público con el privado, las características de la

¹⁸ Es importante tener en cuenta que esta mirada crítica de los del norte con respecto a la política no es privativa de *estos* actores específicos ni de *este* gobierno particular. Forma parte de un discurso extendido y -durante la dictadura militar, muy combativo- en la población “de los que vivimos arriba de San Justo”, y en un territorio que ha sido históricamente postergado.

infraestructura y de accesibilidad a los espacios, la calidad de la formación durante la residencia en estas zonas por contar con pocos profesionales y por la carencia de oferta formativa por fuera de los hospitales.

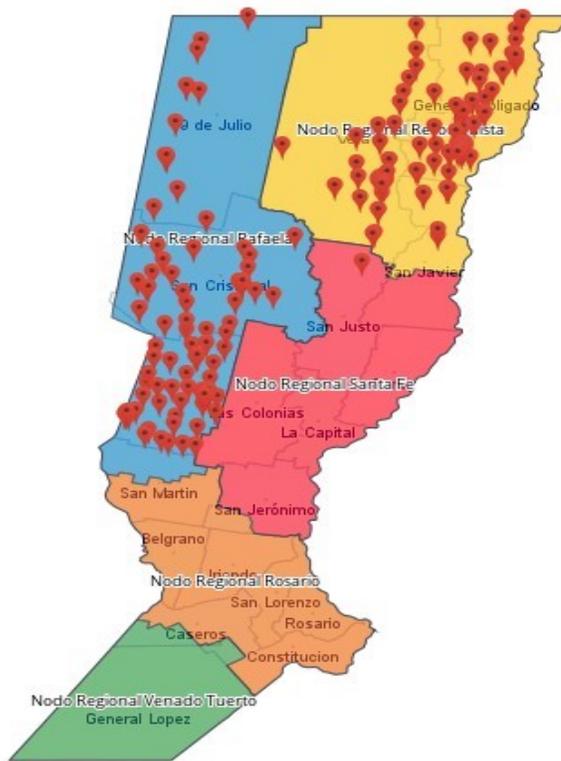
Bourdieu (2013) enseña que *“la estructura del espacio se manifiesta, en los contextos más diversos, bajo la forma de oposiciones espaciales donde el espacio habitado (o apropiado) funciona como una especie de simbolización espontánea del espacio social”* (p.120). En este sentido, las particularidades del norte en cuanto a la inequidad de médicos son un reflejo de las formas en que estructuralmente se ha organizado el sistema de salud, acentuadas a partir de los imaginarios negativos sobre el espacio. “Una parte de la inercia de las estructuras del espacio social se deriva del hecho de que están inscritas en el espacio físico, y de que sólo pueden modificarse a costa de un *trabajo de trasplante*, una mudanza de las cosas y un desarraigo o una deportación de las personas que supondrían transformaciones sociales extremadamente difíciles y costosas” (p. 121). Por eso, para revertir estas desigualdades reificadas tanto en el plano material como simbólico, se requiere de intervenciones que rompan con las formas naturalizadas y que operen de forma radical sobre el espacio.

Los lugares en los cuales se identifica como problemática la distribución de médicos se ubican en el norte de la provincia de Santa Fe, específicamente en los nodos 4 y 5. En particular, el problema adquiere relevancia en tres departamentos de la zona norte: 9 de julio (en el nodo Rafaela); Vera y General Obligado (en el nodo Reconquista). La imagen 2 presenta la distribución de los efectores de salud provinciales en los nodos de Reconquista y Rafaela y la Imagen 3 muestra el mapa vial del norte de la provincia (actualizado al año 2012).

La Imagen 2 permite observar la distancia de ambos nodos de salud con respecto a los principales centros de formación de médicos: la ciudad de Santa Fe (identificada en el mapa como La Capital) y la ciudad de Rosario. Además, muestra que al interior de los nodos se replica la distribución desigual entre las áreas centrales y el interior. En el caso del Nodo Rafaela, los efectores se concentran en el sur del nodo, mientras que en el nodo Reconquista, los prestadores de Salud se concentran en el borde este. La distribución de efectores responde a la accesibilidad del efector por la cantidad de población a cargo; es decir, a la geolocalización o distribución de la población: donde no hay efectores es porque no hay poblaciones o muy pocas familias como para disponer de una infraestructura y equipo humano permanente.

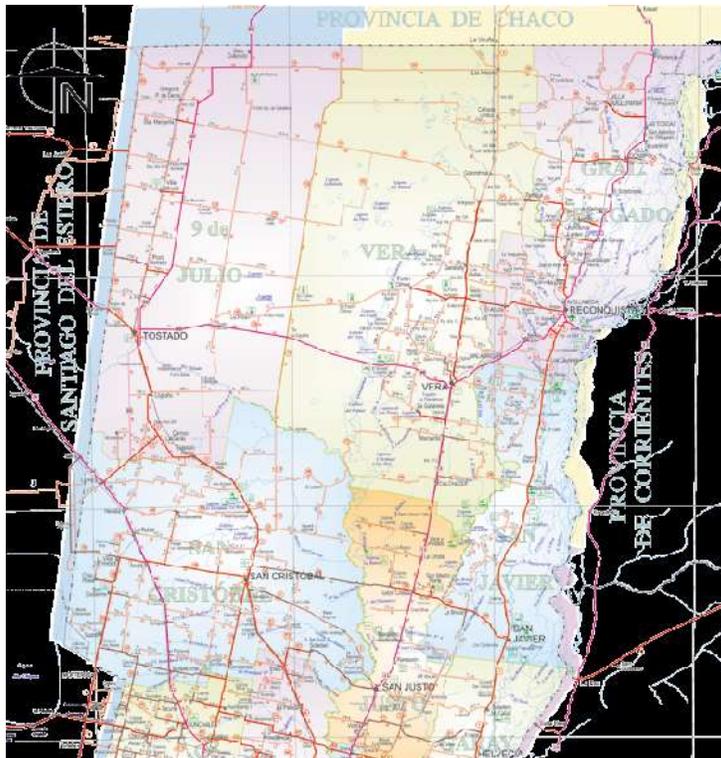
Atendiendo a la infraestructura vial, se observa que los efectores de salud se concentran en zonas cercanas a las vías de comunicación y en los lugares más densamente poblados. Al comparar ambas imágenes, resulta que las zonas donde no hay efectores de salud coinciden con aquellas que exhiben una menor infraestructura vial.

Imagen 2. Efectores de salud de la provincia de los nodos Reconquista y Rafaela



Fuente: Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Disponible en www.santafe.gov.ar

Imagen 3. Mapa vial del norte santafesino



Fuente: www.santafe.gov.ar

La concentración de médicos en ciertas zonas de la provincia y su carencia en otras, trasciende los aspectos estrictamente médicos y se vincula con el modo en que se ha organizado históricamente el lugar y las instituciones que regulan la profesión médica. En este sentido, la distribución inequitativa de médicos al interior de la provincia no resulta de decisiones individuales de los profesionales, sino que es producto de los diseños institucionales (de las universidades, del sistema de salud) que regulan las trayectorias de los residentes o médicos recién graduados.

Además, se observa que la falta de médicos al interior de los departamentos responde a las dificultades de acceso y al aislamiento. Según los actores entrevistados, la presencia del médico en el “interior del norte” es necesaria para tratar las enfermedades “más comunes” y las demandas más concretas; es decir, lo que “falta” en el norte es un perfil específico de médico.

Esta ubicación geográfica del norte estuvo asociada con el *aislamiento* y la *distancia* en las entrevistas y grupos focales, específicamente en los funcionarios, médicos, instructores y residentes desempeñándose en el norte santafesino. En la percepción del norte como una zona *aislada* no sólo influyen aspectos geográficos, sino también sociales, como: “débil inserción en el mercado de trabajo, relegación en un espacio urbano degradado y estigmatizado, tendencia a la socialización en espacios homogéneos, exclusión del acceso a bienes materiales y simbólicos valorados” (Segura, 2006, pág. 6).

En cuanto a la *distancia*, observamos que opera en las percepciones creando un efecto de “lejanía”, que incide en la percepción negativa del lugar. Pero más importante aún, el efecto “lejanía” participa también de la definición misma de un problema de salud. Los problemas de salud que requieren de la atención médica pueden terminar convirtiéndose en “urgencias”, por el tiempo requerido para llegar al lugar donde trabajan los médicos.

El tema es la distancia de la gente, se les hace dificultoso llegar. Cuando estás de guardia, decís “eso no es una urgencia”, pero es gente que viene de la ruta, allá, de 70 kilómetros, todo de tierra, barreando, porque le dolía la muela. No es una urgencia y llegan a las 12 de la noche, pero es la hora que pudo llegar esa gente.

Los entrevistados del norte destacan que bajo condiciones climáticas adversas (lluvias persistentes o de gran intensidad) esta lejanía se agrava, sumando dificultades vinculadas al aislamiento, la dificultad para transitar los caminos o los anegamientos. La insuficiencia de horarios y medios de transporte público; la infraestructura que colapsa en condiciones climatológicas adversas y dificulta el ingreso y la salida de médicos y pacientes; los problemas de comunicación telefónica y de acceso a conectividad digital, son los principales problemas que resaltan los funcionarios descentralizados en el norte.

Los médicos y residentes entrevistados entienden que la radicación en estos espacios afecta negativamente las opciones de formación (no poder acceder a capacitaciones presenciales); laborales (no poder combinar la inserción laboral pública con la privada), así como también la prestación del servicio (por falta de infraestructura o

de equipo). Esto se debe a que, en el contexto actual, la práctica profesional se desarrolla en una variedad de espacios; combinando la inserción en efectores públicos y la prestación de servicios médicos en consultorios privados. Asimismo, coinciden en describir la zona como un espacio “restringido” en relaciones sociales y opciones de vida. Entonces, a la percepción de la devaluación de las trayectorias laborales, se suma también la de las trayectorias familiares y personales.

A partir de la observación de los hospitales visitados (en las ciudades de Rafaela, Reconquista, Santa Fe y Rosario) y de las representaciones que sobre los espacios de trabajo tienen los residentes, se aprecia que la valoración del lugar no se construye sólo en base a la infraestructura y equipamiento, sino principalmente ponderando la calidad de la formación y la antigüedad de los servicios de residencia. Aun cuando a simple vista se observa (en Santa Fe y Rosario) estructuras edilicias antiguas y numerosas personas en las salas de espera, los residentes valoran estas residencias como los lugares donde la formación es mejor.

Este punto es relevante, porque la elección del lugar de formación influye en la posterior inserción profesional de los médicos: existe entre los residentes una jerarquía de instituciones, construida en base a valoraciones que no remiten necesariamente a las condiciones objetivas del lugar (distancia, infraestructura, equipamiento). Para los residentes, el problema no es movilizarse, sino el lugar al cual se espera que se movilicen, debido a los imaginarios construidos sobre el territorio, sus ventajas y desventajas.

En el Cuadro 3, se presenta la distribución de los médicos en diferentes departamentos de la provincia, comparando el año 2008 y 2014. Así, se observa la concentración de médicos en algunos departamentos de la provincia y la menor presencia de profesionales en otros.

Cuadro 3. Tasas de médicos x 10.000 habitantes matriculados en cada departamento

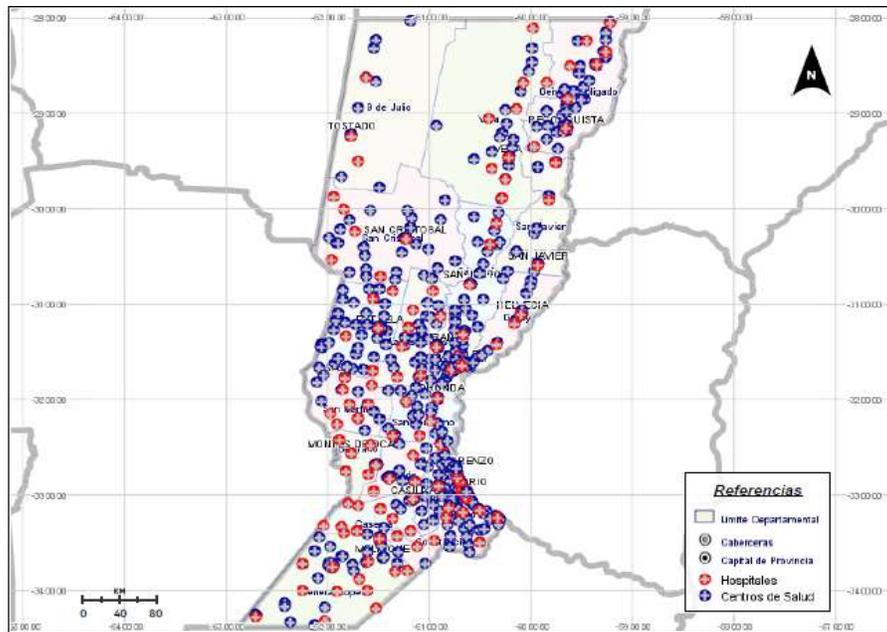
Departamento	Habitantes		Medicos		Medicos/10000	
	2008	2014	2008	2014	2008	2014
Belgrano	43453	44788	72	84	16,57	18,76
Caseros	83014	82100	224	251	26,98	30,57
Castellanos	177032	178092	532	565	30,05	31,73
Constitución	86238	86910	158	190	18,32	21,86
Garay	21866	20890	20	30	9,15	14,36
Gral_Lopez	191074	191024	478	524	25,02	27,43
Gral_Obligado	178392	176410	336	279	18,83	15,82
Iriondo	67730	66675	135	168	19,93	25,20
La_Capital	538257	525093	2292	2763	42,58	52,62
Las_Colonias	102029	104946	209	146	20,48	13,91
Nueve_de_Julio	29123	29832	41	47	14,08	15,75
Rosario	1231109	1193605	8441	10042	68,56	84,13
San_Cristobal	67364	68878	102	95	15,14	13,79
San_Javier	32013	30959	30	33	9,37	10,66
San_Jeronimo	81943	80840	162	122	19,77	15,09
San_Justo	42527	40904	91	91	21,40	22,25
San_Lorenzo	151377	157255	312	412	20,61	26,20
San_Martin	64065	63842	143	161	22,32	25,22
Vera	53945	51494	76	80	14,09	15,54
TOTAL	3242551	3194537	13854	16083	42,72	50,35

Fuente: García y Donnet (2014)

En el norte, no existe una relación significativamente peor a la de otras zonas santafesinas -también adversas- en lo referido a la relación entre la cantidad de médicos y habitantes. Se observa que los médicos se concentran en los departamentos en los que se ofrece formación de grado en medicina (Rosario y La Capital) y en los departamentos vecinos.

Las cifras muestran que el número de médicos en los departamentos del norte es inferior a la prescripta por la OMS, pero hay otros departamentos con menor presencia de médicos (San Javier). En los departamentos General Obligado y 9 de Julio, el problema se profundiza debido a la densidad poblacional de estas zonas y las particularidades de la organización del sistema de salud. La cantidad de efectores, la dispersión espacial de los mismos en el territorio (Imagen 3) y la deficiencia de las vías de comunicación y transporte (Imagen 4) son aspectos estructurales que contribuyen al problema.

Imagen 4. Red de efectores de salud de la provincia de Santa Fe



Fuente: elaboración propia

El modo en que se distribuye espacialmente la oferta de servicios de salud y los centros de formación médica inciden negativamente en las expectativas de movilización hacia el norte; principalmente para aquellos que se han formado en especialidades que requieren de infraestructura (neurocirugía) o que consideran sus especializaciones como más específicas (traumatología, cardiología).

Existen claras desigualdades en la distribución de médicos en especialidades básicas en el territorio de la Provincia de Santa Fe, con acentuadas desventajas de los departamentos norteños. En contraste los departamentos La Capital y más aún Rosario muestran una sobrepoblación relativa de especialistas. Esta situación, común a todas las especialidades estudiadas, es más acentuada en Clínica Médica y menor en Tocoginecología. Medicina General presenta un patrón menos heterogéneo que no se superpone con departamentos más poblados (Moravito, 2013, pág. 66).

La red de salud en estos tres Departamentos se compone por un total de 104 efectores en sus tres niveles (84 del primero; 19 del segundo; 1 del tercero), es decir, por un fuerte predominio de atención primaria de la salud. De ellos, 14 en el Departamento 9 de Julio, o sea, dependientes del Nodo Rafaela; mientras 90 lo son del Nodo Reconquista (26 del Departamento Vera; 64 General Obligado). Otro dato que reviste interés para esta investigación es que en varias de estas localidades no existen efectores de salud privado (Signorelli, 2018).

Además, esta misma fuente destaca que las principales causas de muerte en la zona son las enfermedades cardiovasculares y los tumores. Ambos aspectos (distribución de efectores y prevalencia de enfermedades) muestran que lo se necesita en el norte es un perfil de médico formado en la gestión (para atenuar la tendencia a la derivación) y en la atención preventiva de los problemas de salud, desde una visión integral. La formación en medicina general y familiar parece ser más congruente con los problemas de salud y las necesidades específicas de la zona; también su práctica profesional tiene más afinidad con los desafíos que supone el ejercicio de la medicina bajo condiciones adversas.

La *desigualdad* del norte santafesino resultante de todos estos aspectos estructurales (ubicación geográfica y dificultad de acceso; distribución de médicos y

efectores de salud) se replica en las *desventajas* que tienen los pobladores de la zona que ocupan las posiciones más bajas de la estructura social para acceder a la salud. A medida “que los hogares favorecidos se alejan de la mediana de ingresos de la población, aumenta su propensión a adquirir en el mercado servicios de mejor calidad que los colectivos” (Katzman R. , 2001, pág. 173). Los habitantes del norte que cuentan con recursos económicos se movilizan y usan servicios médicos centralizados en las grandes urbes (o la magra oferta privada existente en la zona); en cambio, los más desfavorecidos se atienden en el servicio público.

3.2. Las transformaciones de la profesión médica en las sociedades actuales

La medicina es tanto una disciplina teóricamente integrada como un campo de aplicación y, como tal, tiene un problema que es práctico: el de la salud. La profesión médica moderna se ha caracterizado por aspectos que son comunes al resto de las profesiones y otros que son específicos. Como cualquier profesión, se institucionaliza en torno al contenido técnico de una función universalmente definida (prevenir o curar de un modo afectivamente neutral); estableciendo mecanismos de reclutamiento e ingreso al campo (basados en competencias técnicas de desempeño, es decir, adquiridas por procesos de formación) y un sistema estable de recompensas y sanciones. A diferencia de otras profesiones, el médico pertenece a una minoría de profesiones que son colectivamente orientadas, es decir, participan de una “ideología que subraya la obligación de poner el *bienestar del paciente* por encima de los intereses personales” (Parsons, 1966). Así, el médico moderno es un experto técnico en virtud de su entrenamiento y experiencia; que por su estatus -institucionalmente validado- está calificado para atender (curar, prevenir) al paciente en una situación institucionalmente definida y cuyas orientaciones de valor están guiadas por el bienestar colectivo (del paciente).

En un escenario de profundas transformaciones sociales como el actual¹⁹, las características de la profesión médica están cambiando. Muchos de los problemas mencionados por los actores relevados en este proyecto, dan cuenta de que el patrón de institucionalización de la profesión médica (reclutamiento, selección, formación y entrenamiento, pertenencia profesional) ya no estaría regulando las trayectorias individuales como lo hizo antes.

Si bien estos problemas surgen en los grupos focales y entrevistas individuales (relevados por este informe) bajo la forma de *opiniones*, valoraciones *personales* o *puntos*

¹⁹ Desde la sociología contemporánea se rechaza la idea de que tal escenario de cambios suponga un nuevo tipo de sociedades (como las llamadas “posmodernas”). Por el contrario, estos referentes hablan de un contexto de “Segunda modernidad” (Beck, 1998), “Modernidad tardía” (Giddens, 1993) o “Modernidad líquida” (Bauman, 2003), en el cual el entramado institucional que surge en la modernidad experimenta transformaciones significativas. Instituciones modernas como la escuela, el trabajo asalariado, la familia nuclear, la división sexual del trabajo -entre otras-, sufren cambios relacionados con la declinación de las figuras de autoridad, la pluralización de trayectorias individuales en esos campos en detrimento de vidas más homogéneas y acumulativas, etc. Las profesiones modernas no son una excepción y la profesión médica tampoco.

de vista; expresan el impacto de las transformaciones estructurales en la subjetividad y en el modo de construir las vidas individuales. Estas transformaciones atraviesan las miradas y percepciones de los actores y permiten acceder a las tensiones derivadas de las múltiples pertenencias institucionales de los individuos (lugar de origen, familia, universidad, profesión, trabajo), con lógicas de funcionamiento, valores y creencias dispares. Esta disparidad entre principios regulatorios institucionales complejiza las decisiones individuales de movilidad y radicación; por eso, es útil sintetizar los procesos que permiten comprender *cómo* y *por qué* está cambiando el patrón moderno de institucionalización de la profesión médica.

En primer lugar, el reciente y creciente proceso de *democratización en el acceso a la educación superior* (Bourdieu & Passeron, 2003), es un telón de fondo que emergió en las entrevistas con actores vinculados al sistema de salud. Como han documentado muchas investigaciones especializadas, los mecanismos de reclutamiento, selección e ingreso a las profesiones están cambiando al compás de la masificación en el acceso a la educación superior (Altbach, 2001). La educación superior pasa de ser un modelo destinado a las elites, a uno que debe atender las expectativas crecientes de movilidad social de las clases medias (y en algunos contextos, también de clases medias bajas). El hecho de que el acceso a la carrera de medicina en muchas universidades de nuestro país mantenga exámenes de ingreso con cupos explícitos o *encubiertos* es un indicador de la resistencia de este campo profesional a la masificación del acceso, haciendo valer el criterio de la *competencia técnica* frente al derecho de la educación *para todos*.

En segundo lugar, el proceso de *mercantilización* de las profesiones (y específicamente de la profesión médica) complejiza el ejercicio profesional, en tanto el mercado y el sistema público de salud tienen lógicas de funcionamiento y valores de difícil articulación (Abbott, 1991). Esta relación debe ser contextualizada en cada caso específico (el norte santafesino), ya que la convivencia más o menos armoniosa entre lo público y lo privado recibe la influencia de la historia y cultura locales. Bajo este contexto, las dedicaciones exclusivas o participaciones excluyentes (ya sea en el ámbito público o privado) pueden desalentar a potenciales interesados en la movilidad territorial temporal o la radicación semi-definitiva²⁰.

En tercer lugar, el sistema educativo actual se encuentra en *tensión* con el mundo del trabajo (para el cual se supone que forma a los individuos). La formación continua y la especialización han permeado todos los mundos profesionales, produciendo un *alargamiento* de las trayectorias educativas y una *postergación* en el ingreso a los mercados laborales (con sus consecuencias para el *ritmo* del resto de las trayectorias, especialmente las familiares). En el caso de la medicina, la formación de grado es una

²⁰Los entrevistados expresaron un elevado grado de interés en radicarse en instituciones de salud del norte, que pudiera ser complementado con el ejercicio de la profesión en el ámbito privado. Pero también manifestaron una gran preocupación por los costos “de ingreso” establecidos por entes privados locales que administran la profesión. El pago de este “derecho de piso” es percibido como demasiado elevado y desalentador para los que tienen expectativas de movilidad o radicación.

instancia articulada con el sistema de residencias, pero a través de una lógica ambivalente: se otorga un título habilitante para ejercer la profesión, pero los individuos se *autocensuran* de hacerlo y se *sienten* obligados a especializarse. El cambio del plan de estudio de la carrera de medicina en muchas universidades de nuestro país, que orienta la formación de grado a un perfil de médico más integral y con un modelo de atención primaria de la salud, recibe valoraciones polarizadas entre los actores relevados en este estudio. Si bien se reconoce este cambio como “superador” del modelo anterior, se identifican debilidades en el aprendizaje de contenidos teóricos específicos y habilidades prácticas concretas. Una política de educación superior que promueva la articulación y diálogo con el mercado profesional y los sistemas públicos de salud es aquella que organiza un sistema de prácticas *durante* la carrera de grado, que permita a los estudiantes formarse en el oficio²¹.

En cuarto lugar, los procesos de *individualización* contemporáneos han impactado en todos los ámbitos de la vida social, así como también en las trayectorias profesionales. Lo que se observa es una pluralización de los modos de construir la vida (y los estilos de vida) que ya no responde a un patrón único. Sumado a esto, los individuos participan de múltiples espacios institucionales que no siempre están armonizados entre sí, lo cual dificulta la articulación entre las expectativas individuales y las necesidades institucionales. Comprender el modo en que se configuran esas expectativas subjetivas en la actualidad permite diagramar programas e instrumentos con mayores posibilidades de éxito y cuidando los recursos estatales desplegados para conseguirlos.

En quinto lugar, las transformaciones experimentadas por los *sistemas de salud pública* son centrales para abordar la problemática de la movilidad y la radicación en general. Como mencionaron muchos de los gestores en salud y médicos de mayor edad entrevistados, este sistema -al igual que el sistema educativo- es uno de los más vulnerables a los cambios globales de la sociedad actual, tanto con respecto al modo en cómo han evolucionado las poblaciones atendidas como al modo en que dichas instituciones se adaptan a los cambios. El *ethos* profesional individualista y la multiplicación de ofertas de trabajo en el sector privado son dos características de difícil articulación con las instituciones de salud pública. Esta situación obstaculiza la construcción de pertenencia y solidaridad al interior del ámbito público de salud y amenaza la retención de profesionales médicos. Más aún, si trabajar en el sistema público de salud supone hacerlo en condiciones más adversas que las del sistema privado: esfuerzos adicionales por sobredemanda, dilación de tiempos para obtener

²¹ Esta apreciación no supone un cuestionamiento a la especialización, ya que no se desconoce que el ingreso a los mercados ocupacionales y laborales actuales depende -en gran medida- de la acumulación de credenciales educativas. Lo que se busca remarcar es que la formación de grado no debe resignar su rol histórico de preparar a los individuos para el mundo del trabajo. Es decir, debe permitir abrir distintos caminos posibles a los individuos: los que quieran y puedan seguir formándose y los que no. Sobre todo, porque esos caminos ya existen (ya están siendo practicados por los médicos recién egresados), pero acontecen sin que la universidad los prepare para eso, lo cual agudiza las desigualdades persistentes (Tilly, 2006).

recursos, contacto con sectores sociales diversificados, lógicas de construcción cooperativa. Es decir, se torna difícil garantizar la permanencia de médicos en territorios adversos, sobre la base exclusiva del ejercicio profesional.

3.3. La residencia como etapa bisagra del proceso de formación del médico especialista

La residencia constituye una etapa formativa situada entre dos transiciones concatenadas entre sí: la carrera de grado y el ejercicio profesional de la especialidad. Una *primera transición* acontece en la finalización de la carrera de grado, a partir de la cual se abren dos cursos de acción posibles: insertarse en el mercado de trabajo con el título habilitante o continuar la formación académica y profesional para obtener un postítulo. Así, la obtención de una especialidad a través de la residencia constituye una *credencial* en mercados competitivos compuestos de *otras alternativas* (como la posibilidad de obtener dinero más rápidamente a través de múltiples opciones provistas por el sistema público y privado). La *segunda transición* acontece al finalizar la especialidad, a partir de la cual se multiplican y diversifican las opciones disponibles.

Al estar ubicada en el *medio* de dos transiciones que abren caminos distintos, la residencia (y específicamente la convocatoria a residencias por cupo jerarquizado que analizamos aquí) habilita a diferentes *lecturas* por parte de los residentes, en función de sus intereses, motivaciones y expectativas de futuro. Dado que este estudio se focaliza en el análisis de dos políticas públicas cuyos destinatarios son residentes, en este apartado se recuperan las miradas que distintos actores vinculados al sistema de salud tienen sobre el *antes* y el *después* de las residencias: la formación de grado y la inserción profesional.

3.3.1. El contraste entre lo que se aprende en la universidad y en la residencia

El trayecto formativo universitario es connotado por todos los actores entrevistados (funcionarios, médicos, instructores y residentes) como un espacio regulado por reglas universitarias (el cursado, la clase, el taller, los turnos de examen), cuyos contenidos son “generales” y donde el acercamiento al saber práctico se realiza bajo la forma parcial de “simulaciones”. En cambio, el trayecto formativo de las residencias se realiza en un espacio social que es un lugar de trabajo (hospital), con un aprendizaje práctico basado en “casos reales”, cuyos contenidos refieren a habilidades concretas (“saber hacer RCP, saber entubar”).

A esta caracterización común, se suman percepciones diferenciadas sobre algunos aspectos. Por eso, a continuación se abordan los singulares puntos de vista de: los funcionarios centralizados; los descentralizados en el norte; los médicos del norte; los instructores-jefes de residencias y los residentes de C.J.

Los *funcionarios centralizados en el MSSF* contrastan, al igual que el resto de los actores, la formación académica (universidad) con la profesional (residencia). Pero, al marcar las diferencias en cada una de las etapas de formación, los funcionarios no cuestionan el plan de estudio por sus contenidos u organización (como sí sucede en el caso de los médicos, residentes e instructores), sino que lo tratan como un asunto de “competencias diferentes”, que deben aprenderse con métodos y en espacios distintos. El carácter formativo de la residencia es argumentado bajo la idea de “ambiente controlado y supervisado”. El residente es “acompañado” por tutores que garantizan que la transferencia de conocimientos y habilidades para tratar casos reales suceda sin tantos riesgos. Si bien la mayoría de los funcionarios entrevistados acuerdan -en términos generales- con esta manera de entender la formación de grado y la de las residencias, los más críticos señalaron la necesidad de algunos cambios (citando el “modelo de Canadá” como uno a seguir). Los funcionarios expresaron preocupación respecto de la formación de los residentes en los nodos Reconquista y Rafaela, destacando el valor de la rotación en diferentes instituciones de salud a lo largo de la residencia como un componente relevante para la formación profesional.

La mirada de los *funcionarios del norte* sobre la formación se centró más en la etapa de la residencia que en la formación de grado. Sus comentarios se enfocan en el reconocimiento de las lógicas de funcionamiento y organización del sistema de salud norteño. Consideran que aquellos médicos destinados al norte de la provincia deberían llevar a cabo experiencias de acercamiento al lugar a lo largo de la residencia (como las que se practican en el dispositivo Intiyaco). Para ellos, la formación actual de un médico no proporciona los aprendizajes necesarios para desempeñarse en zonas adversas o en pequeños pueblos²². Por otro lado, las dificultades y especificidades del norte requieren de una capacidad operativa diferente a la requerida por los grandes centros urbanos. Si esto no se toma en cuenta en la formación de residentes, podría generarse un quiebre en las expectativas de aquellos dispuestos a movilizarse o radicarse. Identifican una transformación positiva en los procesos de formación de los residentes generalistas en los últimos años, principalmente en dos aspectos: un cambio en la relación entre el hospital central y los centros de salud; el incremento del número de médicos de planta, lo que alivia las actividades antes concentradas en los residentes.

Los *médicos* que trabajan en los hospitales del norte identifican en los últimos años transformaciones en el perfil de profesional médico, que relacionan con el cambio de plan de estudio de la carrera de medicina en la universidad. Evalúan el nuevo plan de estudio por los “resultados”, es decir, por la formación que observan en los residentes que reciben en la sede de formación norteña. Por esta razón, consideran fundamental la formación que se produce a lo largo de la residencia, que sirve para “fogonearse con la

²² Como veremos en el apartado 3.3 y en el apartado 6, la distinción centro-periferia fue recurrente en el discurso de los actores del norte santafesino (sobre todo en funcionarios descentralizados y médicos) a la hora de describir sus particularidades.

experiencia y la práctica”, para contrarrestar la formación excesivamente teórica obtenida en las universidades.

En el libro te muestran en el dibujito que hacés así, ponés las manos así. Cuando te toca el tipo tiradito ahí, que tenés que hacerle RCP, te quiero ver. Porque tenés que ir actuando, con el estrés que significa, y recordando todos los pasos. ¿Dónde te sacás ese miedo? Y, la práctica. La residencia (EI-FUN-NORTE[3], 2017).

Si bien este contraste entre formación teórica y formación práctica, usado para comparar universidad con residencia, es similar al descrito en el caso de los funcionarios, los médicos (sobre todo los de mayor edad) agregan comparaciones generacionales. Así, contrastando con sus propias trayectorias, cuestionan que los médicos recién recibidos no valoran la formación profesional en la residencia y ejemplifican esta queja con las vacantes para residentes que quedan desiertas actualmente, en comparación con la “dura y esforzada” competencia de otras épocas (es decir, cuando ellos optaron por su especialidad).

Y lo de las residencias se empezó a sentir de no ocupar los cargos. Hay un problema que para mí es socio-cultural, ahora en este último tiempo cada vez hay menos médicos, y los chicos que salen no quieren formarse. Hace diez, quince años, nos peleábamos por las residencias. Hacer la residencia era duro, era difícil, pero era “¡sí, vamos!”, como un soldado a la guerra, “sí, dale, estoy esperando eso”. Ahora no, ahora a los chicos no les podés levantar la voz, no quieren hacer guardia, no quieren. (EI-FUN-NORTE[3], 2017).

Los médicos entrevistados contrastan su autoimagen -valoración de las oportunidades de aprendizaje y esfuerzo con la tarea- con la representación que tienen de los jóvenes, a quienes describen como actores poco dispuestos a soportar el “rigor” de las residencias o a “sacrificarse” para seguir formándose. Consideran que la residencia compite con otros espacios -como las guardias o el trabajo en zonas adversas- que implican menor dedicación horaria y salarios más altos.

Yo en lo personal creo que son adolescentes con títulos. Ese es mi pensamiento. Son chicos, ¡no se dan cuenta que ya son adultos con título, y la responsabilidad que implica! Hemos tenido una residente de Santa Fe, empezó primer año y renunció porque extrañaba mucho a la familia. Una chica de 28 años. Se ve que uno, que vivió otra etapa... yo todavía no puedo entender, sinceramente, ¡antes nos peleábamos por hacer una residencia! Es más, estabas terminando tu carrera y te ponías a ver la residencia para ver cómo podías hacer para tratar de adelantar para poder ingresar a la residencia (EI-FUN-NORTE[3], 2017).

Los médicos radicados en el norte consideran que los modelos de formación de grado actuales no incentivan a los graduados a seguir formándose. Identifican dos factores: una incongruencia entre la formación de grado y la formación profesional que se despliega en las residencias y la dificultad de la universidad actual para construir expectativas que valoricen la especialización.

Otro de los problemas tematizados por estos médicos se enmarca en el escaso número de médicos en el sistema de salud del norte y la magra disponibilidad de cargos públicos. Ambas evidencias acarrear consecuencias para la formación durante la residencia. Al contar con pocos profesionales, la posibilidad de rotación de los residentes (para asistir a cursos de formación o participar de eventos académicos) se dificulta y esto influye la calidad del aprendizaje.

Al igual que el resto de los actores del sistema de salud, los *residentes* e *instructores* entienden que al culminar la formación de grado los médicos “no están preparados” para desarrollar la labor profesional habilitada por el título. Señalan que la etapa de las residencias es determinante para ser un “buen médico”.

La tematización de la formación de grado entre los *instructores* y *jefes de residencia* articula un conjunto de valoraciones hacia los residentes (falta de voluntarismo, pasión, compromiso, responsabilidad, etc.), similar a la que observamos en el discurso de médicos y funcionarios que además son médicos. Esta cercanía es un indicador de cómo en un breve lapso de tiempo la socialización en los modelos del médico “bueno y malo” es efectiva. Exhiben un claro predominio por la especialización con un sesgo académico, opacando o devaluando otras alternativas de trayectoria profesional.

Los *residentes* describen la formación de grado como un “autoaprendizaje” (especialmente los formados en UNL): aprenden a partir de las lecturas de textos y con casos-problemas, que luego son abordados grupalmente en las tutorías. Este tipo de aprendizaje es contrastado con el abordaje de casos reales que se lleva a cabo en la residencia, acompañado por otros médicos (residentes de años superiores o médicos de planta), que les permite aprender la profesión. Destacan como beneficios de la formación durante la etapa de la residencia: el acceso a un mayor número de pacientes y a una variedad de patologías; la lectura de teorías específicas para los casos abordados; el aprendizaje de las técnicas bajo indicaciones y supervisión de un superior y el tratamiento desde una perspectiva integral y longitudinal, que permite incluir distintas dimensiones y seguir el caso desde el inicio al final.

En cambio, la formación de grado es percibida como más general, destacando que los contenidos son teóricos y abstractos, con materias que perciben como “de relleno” para la formación médica -humanísticas o legales, por ejemplo-, con escasa cantidad de prácticas, desarrolladas en grupos amplios de alumnos y prácticamente sin supervisión.

Se observa un contraste entre aquellos que realizan su residencia en medicina general y los que se encuentran haciendo otras especialidades tales como clínica, neurocirugía o traumatología. Mientras que los primeros valoran positivamente que el plan de estudio cuente con contenidos que trascienden lo estrictamente médico, los segundos sienten que estos tienen menor utilidad. Por otra parte, estos últimos sienten que la formación de grado prepara mejor para la medicina general -en particular los formados en UNL y UNR-, señalando deficiencias en la formación básica para otras especialidades.

3.3.2. El contraste entre espacio de aprendizaje y de trabajo

A pesar de las características estructurales que toman más afín a un residente con un *trabajador* que con un *estudiante* (se realiza en un lugar de trabajo, se desempeña una tarea específica, se obtiene una remuneración, se cumple con jornadas horarias

establecidas); a partir de las entrevistas con los distintos actores se pueden distinguir dos posiciones polares (con sus matices): los que consideran la residencia como un espacio formativo y los que la consideran como un espacio laboral.

Los *funcionarios centralizados* en el MSSF coinciden en señalar la importancia del trayecto formativo de la residencia para el ejercicio profesional y conciben al residente como un “estudiante” y al hospital como una “escuela”. El énfasis puesto por los funcionarios en definir las residencias como un “espacio formativo” no está tan naturalizado para el resto de los actores. Por el contrario, la autopercepción de los residentes es más afín a la categoría de “trabajadores” (con derechos, por ejemplo), así como los médicos que los reciben que les recuerdan sus obligaciones (como trabajadores remunerados) y suelen proponerles officar de “reemplazantes” en su ausencia, lo cual excede una concepción formativa de la residencia.

Los *instructores y jefes de residencia* definen las residencias como “una oportunidad de formación en la que, además, te pagan”, en contraste con la mirada de los residentes que las entienden como un “trabajo” o forma de subsistencia económica. La especificidad de la primera mirada reside en la posición *intermedia* que ocupan esos actores en el sistema de salud: entre las *más altas* de los médicos y las *más bajas* de los residentes. Su posición *a mitad de camino* los vuelve observadores privilegiados del sistema de jerarquías, porque están obligados a *mirar para arriba y para abajo* para poder definirse a sí mismos. Cuando *miran para abajo*, perciben que las obligaciones y los derechos no se encuentran equiparados -entre instructor y residente- por el carácter horizontal que ha adquirido el sistema de residencias (en algunas especialidades más que en otras). La cuestionada paridad es comparada con un sistema ideal más rígido, exigente y jerárquico (etiquetado como un “sistema militar” por los residentes), que es percibido como constitutivo e ineludible en la formación de médicos. Cuando *miran para arriba*, se perciben como “sobrecargados” de funciones y tareas, sin gozar de privilegios.

Los *instructores y jefes de residencia* identifican falta de pertenencia y solidaridad grupal de los residentes y la devaluación de la formación especializada, frente al abanico de opciones que ofrece el mundo médico público y privado para los egresados sin especialidad. Asimismo, comparan las residencias con otros caminos de formación como los posgrados, que se complementan mejor con las guardias rentadas. Así, dan cuenta de un deterioro del sistema de residencia como espacio formador, el cual estaría perdiendo estatus simbólico frente a otras alternativas que exigen menor entrega temporal y emocional por parte de los médicos residentes.

A pesar de que los residentes son los que más describen las residencias como *un* trabajo, cuando se les pidió que comparen las residencias con otras experiencias laborales, resaltan el mismo carácter formativo marcado por los funcionarios centralizados

Prefiero ser residente. Lo que tiene de bueno, es que por ahí sos más libre, vos decidís, es como que sos tu jefe, en tu lugar. Pero no sé, por ejemplo, yo hacía guardias una vez a la semana, vos vas, hacés guardia, al otro día te vas a tu casa y listo, chau. Queda ahí. Si tenés ganas, estudiás. Si no tenés ganas, no estudiás. En cambio, cuando estás en una residencia, todo el tiempo tenés

que estar, te vas actualizando, eso es buenísimo. Todo lo nuevo que sale, vos estás ahí, y capaz que si vos trabajás, y no hiciste nunca una residencia y no creás este hábito de estudio de actualizarte, te vas a quedar siempre en lo mismo. En eso de que “aprendí por experiencia”, no te va a interesar, pienso (GF-RESI-REQ)

Señalan que las residencias son el primer paso de un largo proceso de actualización permanente, que traza un umbral entre el "buen y mal médico".

Si querés ser buen médico, toda tu vida productiva trabajando, tenés que actualizarte, hacer posgrado, o sea nunca descansás de eso. Si te querés estancar y quedarte con lo que saliste de la facultad eso depende lo que vos quieras. (GF-RESI-REQ)

3.3.3. La heterogeneidad de las trayectorias de los residentes

Dado que los patrones de institucionalización de la profesión médica (reclutamiento, selección, formación y entrenamiento, pertenencia profesional) están cambiando; las trayectorias de los médicos especialistas en formación se tornan heterogéneas. En las sociedades contemporáneas, la conformación de una identidad profesional está atravesada por diferentes lógicas: los médicos especialistas en formación, para decidir donde formarse o radicarse profesionalmente, toman en cuenta dimensiones que trascienden lo estrictamente laboral.

Esta variedad de trayectorias, percepciones y expectativas de los jóvenes médicos especialistas en formación contrasta con la mirada de los médicos que se formaron en las décadas previas (y que hoy son funcionarios en los hospitales, jefes de áreas o instructores). Lo que los médicos de mayor edad interpretan como “una pérdida de valores” profesionales o como una actitud “infantilizada” frente la profesión; es producto del quiebre de los modelos que antes guiaban a los individuos (Beck, 1999), que incide en la construcción de expectativas y en la toma de decisiones sobre la formación y la inserción laboral. Así, la identidad laboral compite con otras identificaciones a las que adscriben las personas, lo que trae como consecuencia que en la toma de decisiones ligadas a lo estrictamente laboral incidan otros aspectos (Sennet, 2000).

A partir de las entrevistas con residentes de CJ, se observa que las diferentes etapas de la trayectoria (formación, especialización, inserción profesional) que en periodos previos se diferenciaban claramente, hoy se superponen o no siguen un patrón consecutivo ni acumulativo. En una misma etapa formativa (la residencia), conviven diferentes valoraciones sobre la formación, con expectativas a futuro diversas y que - además- se caracterizan por encontrarse en diferentes etapas de transición a la vida adulta. Algunos se han emancipado económica y residencialmente de sus hogares de origen; han migrado por razones de estudio; han construido pareja o familia; han sido padres o madres (y otros no).

Hablar del futuro con los residentes resultó complejo porque -a diferencia de los otros actores entrevistados- se encuentran en el proceso mismo de construcción de una trayectoria profesional, así como también de otros proyectos personales (pareja, familia). La decisión de postular a las residencias está motivada por un *presente* (formarme) antes que por un *futuro* (trabajar). La incertidumbre sobre el futuro se observa a partir de

respuestas tales como “no sé qué voy a hacer de mi vida”, “no puedo planear nada” o “no tengo idea, depende de tantas cosas”²³. Sin embargo, también hay fuentes de certidumbre que operan dando seguridad y estabilidad a la construcción de una trayectoria y de un proyecto de vida: los aspectos biográficos (el lugar de nacimiento, el lugar de formación), los geográficos (mayor o menor cercanía del espacio laboral respecto de otros lugares), de formación (o recreativos) y los afectivos (el lugar donde se radican los amigos, las parejas, la familia).

La imaginación de futuros posibles y plausibles, permite identificar si los residentes se autoperceben como sujetos móviles que buscan oportunidades o como portadores de estilos de vida más estables y arraigados. Si las motivaciones se dinamizan por intereses materiales o académicos, los sujetos se moverán buscando el mejor contra prestador, soportando menos las condiciones adversas. Si los sujetos están buscando pertenencia, reconocimiento personal, redes de contención y un proyecto de vida; su inserción laboral expresará la búsqueda de una mayor estabilidad y previsibilidad.

De la sistematización de las entrevistas con los médicos especialistas en formación se identifican dos tipos de trayectorias:

- a) *Trayectorias enraizadas*: predominan perfiles apegados al lugar de origen, con familias conformadas o hijos a cargo, que optan por especializaciones generales. La residencia es vivida como una oportunidad de formación, una experiencia laboral o como un momento de cierre de la formación médica. En este sentido, diferencian más claramente la etapa de la formación de la del trabajo. Esta trayectoria responde a una formación en especializaciones generalistas y más tradicionales (medicina general, aunque también pediatría y ginecología).
- b) *Trayectorias fluidas*: son más personalizadas (individualizadas) y predominan los perfiles con mayor disposición a la movilidad motivada por el desarrollo profesional y con expectativas de continuar realizando especializaciones. En este perfil, las diferencias entre las etapas de formación y de trabajo se desdibujan. Son trayectorias con mayor presencia de profesionales de especializaciones más complejas.

La distinción entre ambas trayectorias permite ajustar mejor el destinatario potencial de las políticas públicas que buscan resolver el problema de la falta de médicos en el norte. Ayuda a identificar más precisamente el tipo de médico dispuesto a formarse y movilizarse para trabajar en el norte. Asimismo, estos aportes contribuyen a diseñar mejor los incentivos o políticas necesarias para lograr la llegada de los menos dispuestos -pero necesarios-, de acuerdo a los problemas identificados en el norte.

²³Atendiendo a esta complejidad, las preguntas sobre escenarios a futuro (deseos, aspiraciones, motivaciones, intereses) estuvieron enfocadas en la *proyección a futuro*, usando escenarios *contra fácticos* no atados a una realidad específica.

3.4. Las distintas miradas sobre el problema y su solución

3.4.1. El problema: la desigual distribución de médicos en el territorio

El análisis cualitativo de las entrevistas muestra que no existe un consenso acerca de cuáles son las razones que explican la desigual distribución de médicos en el norte santafesino, ni entre los distintos tipos actores (funcionarios centralizados y descentralizados, médicos, instructores, residentes) ni al interior de cada tipo.

En el caso de los *funcionarios centralizados en el MSSF*, las explicaciones del problema recaen en tres factores: el sistema educativo; las costumbres y prácticas de las pequeñas localidades del norte; y los atributos individuales. Según esta mirada, los médicos de las nuevas generaciones se concentran en la construcción individual de una trayectoria profesional, tienen bajo compromiso con “lo público” y privilegian inserciones laborales vinculadas al “cuentapropismo” o el trabajo independiente (“no les gusta recibir órdenes”). Los funcionarios consideran que es en las sedes de formación de los grandes centros urbanos donde circula el conocimiento y los recursos; en contraste con la escasez y el vacío que perciben en el norte santafesino. Las formas de vida del interior santafesino, caracterizadas como *tradicionales*, son vistas como un obstáculo para los procesos de movilidad y radicación. Los principales problemas que identifican en el norte santafesino son: la articulación entre instituciones; el “personalismo” en las relaciones laborales; las restricciones para el desarrollo de la vida personal y profesional; la escasez de recursos humanos; jornadas excesivas de trabajo. Consideran que el problema de la radicación de médicos en el norte no es el “dinero” (el cargo, el sueldo), sino que el “pedido de los médicos en estos lugares es un pedido de tiempo”. También responsabilizan a los equipos estables del norte ante la falta de acompañamiento de los médicos recién llegados (“la tarea para radicar consiste en hacer más amigable al lugar, ayudar al recién llegado a adaptarse al nuevo ambiente”).

Algunos *funcionarios descentralizados en el norte* están atravesados por una doble pertenencia: la del ejercicio profesional como médicos y la del desempeño de cargos de gestión. Por eso, la mirada de los funcionarios del norte (que además son médicos) es homóloga a la mirada de los médicos del norte (que no son ni han sido gestores). Es decir, la profesión médica unifica estas miradas, opacando el punto de vista del gestor en salud que, en cambio, si está presente en la voz de los funcionarios del norte que no son médicos.

Los funcionarios descentralizados que son médicos muestran valoraciones más positivas del sistema público de salud, porque tienen una larga antigüedad en ese ámbito y porque han desarrollado un sentido de pertenencia y solidaridad que excede un espacio específico (un centro de salud o un hospital). Construyen una visión monolítica de la profesión médica, que permite comprender el cuestionamiento sobre los modos de ejercerla por parte de las generaciones más jóvenes. Los funcionarios que no son médicos, en cambio, construyen una mirada más distanciada de la profesión médica, lo

cual se traduce en la imaginación y diseño de intervenciones más originales y -a veces- disruptivas con el sistema jerárquico que caracteriza el campo médico.

En el caso de los *funcionarios descentralizados* y los *médicos del norte*, las explicaciones del problema se agrupan en cuatro factores: las condiciones de infraestructura y contratación del norte; la tensión entre incentivos para la formación e incentivos económicos; la relación público-privado; y el cambio generacional (este último factor fue más enfatizado por los médicos del norte que por los funcionarios descentralizados).

Estos actores atribuyen la falta de atractivo del norte santafesino a las diferencias de complejidad de los efectores en salud: los médicos especialistas oriundos o formados en centros de alta complejidad no se sienten atraídos a moverse a unos de menor complejidad. La complejidad del efector de salud como atractivo no remite solamente a las posibilidades de acceso a una formación de alto nivel, sino también a lo que perciben como una “sobreevaluación” de entornos culturales urbanos que favorecen estilos de vida más cosmopolitas (“si yo estoy trabajando en un centro de alta complejidad, aunque gane menos, accedo a otras cosas”). Esto ocasiona que los médicos especialistas en formación se movilicen “de Santa Fe a Rosario; de Rosario a Buenos Aires; y de Buenos Aires a Estados Unidos”, como expresó un entrevistado.

Además, los *funcionarios descentralizados* consideran que las condiciones de contratación (remuneración, tipo de contrato, jornada laboral asociada al cargo) es una de las principales problemáticas que explica el fracaso de las iniciativas de movilidad o radicación. La falta de instructores y el “magro” desempeño de funciones de tutoría por parte de los médicos de planta ocasionan una sobrecarga de actividades y funciones en pocos actores, que además tienen jerarquías menores y remuneraciones no compensatorias.

Otra opinión generalizada entre estos actores tiene que ver con la tensión entre el mercado laboral y sus incentivos (guardias bien remuneradas) *versus* la formación académica incentivadas por el sistema de residencias. Atribuyen una doble responsabilidad: las instituciones de educación superior y el gobierno provincial son quienes deberían resolver de manera conjunta el problema. Que los jóvenes no quieran formarse en la residencia, es percibido como la consecuencia del cambio de plan de estudio de las carreras de grado, sumado a cambios generacionales. Las generaciones anteriores se formaban para “ser parte de algo”; en cambio, las generaciones actuales están guiadas por un “interés económico” de corto plazo. Siguiendo este razonamiento, las guardias tienen un atractivo (“cobrar bien y a tiempo”) contra el cual es difícil competir con un sistema basado en esfuerzos, como es la residencia (“no quieren esforzarse, no les gusta y se van”). Pero aun pudiendo identificar este “imán” del incentivo económico, los funcionarios descentralizados y los médicos del norte no pueden comprender por qué los jóvenes no eligen hacer las residencias (“hacer menos guardia, vivir mejor y

formarse”), lo cual es un indicador de los profundos cambios actuales en torno a la profesión²⁴.

Por otra parte, la articulación entre el sistema público y privado de salud será un foco de crítica en los actores del norte, en tanto hay especialidades que se ven más atraídas por el sistema privado y “le escapan” al sistema público de salud (porque tiene más demanda y otros recursos y lógica organizacional). El creciente uso de herramientas legales contra la profesión (juicios por *mala praxis*) es percibido como un nuevo contexto hostil que produce cierto “desamparo” del profesional médico.

Los *médicos del norte* entrevistados perciben a los jóvenes médicos especialistas en formación (residentes) como poco reflexivos en la identificación de fortalezas y debilidades de la inserción en uno y otro espacio. Consideran que, si bien el sector privado “es un camino fácil, un atajo, pero con vida corta”: provee mejores remuneraciones y requiere menos esfuerzo personal, pero no proporciona estabilidad y proyección profesional a futuro, garantizados por el sistema público de salud. La trayectoria profesional del médico público es “un camino largo y esforzado”, pero “siempre se revaloriza con el tiempo”. Según esta mirada, el sistema público de salud se caracteriza por: otorgar prestigio profesional acumulado en el tiempo; suministrar los recursos materiales-tecnológicos para el desempeño profesional; promover la formación continua y de calidad; garantizar estabilidad económica (aunque suponga en el corto plazo resignar dinero); fomentar el trabajo en equipo y la pertenencia institucional (“te tiene que gustar el hospital”).

El análisis de las voces de los *instructores y jefes de residentes* que trabajan en los efectores de salud del norte provincial da cuenta de las transformaciones del sistema público de salud: como institución, como organización y como formadora de vocaciones. En estos actores resalta una mirada crítica de la devaluación de determinadas figuras, roles y funciones (residentes, plantas permanentes, etc.), como así también de ciertos desempeños disfuncionales (escasa formación en gestión en salud, deficiente diagramación y puesta en funcionamiento de dispositivos). Los residentes -según sus instructores- están “más liberados” de ataduras, lo que los hace más móviles y menos predispuestos a entablar obligaciones de largo plazo. Estas características son las que permitirían explicar el abandono o renuncia a las residencias, así como también el rechazo de ofertas que no resultan atractivas.

En el caso de los *residentes*, el problema de la distribución desigual de los médicos en el territorio se reconfigura como un *problema personal* (de decisión), vinculado a: el lugar que otorgan a la profesión en sus aspiraciones y proyectos de vida;

²⁴ Algunos funcionarios se mostraron preocupados por esta problemática. Entienden que el sistema de residencia es exigente, pero no pueden comprender cómo los egresados habilitados prefieren hacer residencias de 24 horas en el sistema privado o público sin formación, en vez de someterse a estas exigencias. Reconocen en las guardias privadas “se cobra todo lo que se hace”, es decir, todas las prácticas, pero aun así resalta el desconcierto entre estos actores.

la propensión a proyectar a futuro en contextos de incertidumbre y el tipo de proyectos escogido. Además, la vacancia de profesionales de una amplia gama de especialidades en los diferentes efectores de salud de la provincia configura una oferta desigual y desbalanceada donde realizar las residencias²⁵.

La formación en las especialidades más demandadas o más redituables²⁶ es ofertada por los efectores de salud donde éstas se encuentran más consolidadas, lo cual coincide con las principales ciudades de la provincia (Santa Fe y Rosario). En cambio, las instituciones de salud pública del norte que carecen de este tipo de especialidades, ofrecen formación en medicina general y clínica. Por esta razón, los residentes que están actualmente en sedes de la zona norte, realizan la especialidad de medicina general o - en menor medida- medicina clínica. En cambio, los residentes que eligieron especialidades de mayor especificidad, hacen sus residencias en sedes de formación centrales (Santa Fe, Rosario). Así, se produce un círculo vicioso difícil de contrarrestar, que desalienta la radicación de los recursos humanos más necesitados por las regiones de vacancia en esas especialidades.

El desbalance en la oferta de especializadas de cada una de las sedes de formación permite comprender también que los residentes más propensos a escoger las especialidades de medicina general o familiar (consolidadas y ofertadas por los efectores del norte), tienden a ser oriundos de las localidades aledañas. Ellos encuentran en la modalidad CJ la oportunidad de formarse más la potencial posibilidad de insertarse en alguno de los efectores del norte²⁷, en el marco de una estrategia personal más amplia de retorno y radicación permanente o semipermanente en localidades cercanas al entorno sociocultural y urbano de origen.

Se identifican dos perfiles diferentes de opiniones de los residentes en torno al tema de la movilidad y la radicación, que no pueden ser relacionados linealmente con la elección de especialidades.

²⁵Esto incluye tanto la vacancia en general como la específica del sistema público. Como mencionaron los funcionarios y médicos consultados, aunque existan las especialidades en las localidades analizadas (por ejemplo, Reconquista o Rafaela), los profesionales que las ejercen no están interesados en insertarse en el sistema público, reclusándose en la atención privada. El resultado es la ausencia de la especialidad en los centros públicos de atención, problemática que da origen, por ejemplo, a la convocatoria de residencias por cupo jerarquizado. La diversificación del propio sistema de residencias depende de la existencia de especialistas a cargo de las residencias, como uno de los objetivos de largo plazo de las convocatorias públicas del Estado.

²⁶Esta afirmación no constituye un juicio de valor, sino que expresa el imaginario de los actores analizados y las clasificaciones jerárquicas que construyen sobre las especialidades. En este sentido, las especialidades más solicitadas o redituables remiten a esas especialidades que escasean (por cupos disponibles, por ejemplo) y que no es posible encontrar en cualquier institución del sistema público de salud -o privado-, lo que implica que el individuo deberá "moverse" para formarse.

²⁷Recordemos que los efectores suponen diversos contextos institucionales de desempeño laboral, desde centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento, hasta hospitales con tres niveles de complejidad.

Un primer perfil de residentes, con prevalencia de intereses que privilegian la formación académica y el crecimiento profesional, por sobre otras dimensiones constitutivas de los proyectos personales. Estos intereses los movilizan a buscar la “mejor opción” y a tomar decisiones que canalicen y potencien el desarrollo de la profesión (“trabajar ahí es como una ventana para que me vean los mejores”). Este perfil de residente se ve atraído por: los mejores entornos de formación académica y profesional; la obtención de poder y estatus (como la posibilidad de monopolizar cargos en una especialidad); y remuneraciones elevadas (ganar mucho dinero, obtener un cargo codiciado). Sin embargo, se observa en este grupo cierta resistencia a proyectar a mediano y largo plazo, lo que permite comprender las críticas esgrimidas por funcionarios, médicos e instructores sobre los residentes (falta de compromiso, de solidaridad, rechazo a asumir obligaciones a largo plazo). Así, organizaciones que premian la antigüedad, la continuidad del trabajo en el tiempo, con dinámicas cooperativas de trabajo y sistemas jerárquicos de roles; no siempre son atractivas para estos perfiles móviles. Ellos son aptos para *moverse*, pero no para *quedarse*.

Un segundo perfil de residentes formula aspiraciones y deseos que no se circunscriben exclusivamente al crecimiento profesional (“voy a donde pueda ejercer y crecer como persona”). Para ellos, el ejercicio profesional se inserta en proyectos de vida más amplios. Valoran la previsibilidad y estabilidad del proyecto personal; por eso, buscan inserciones permanentes en contextos urbanos. Son más permeables a la construcción de pertenencias y lazos de solidaridad en los espacios laborales, y valoran otros aspectos además de la acumulación de credenciales o el rédito económico. Si bien algunos han desarrollado experiencias laborales antes de ingresar a las residencias (en servicios de urgencia o guardias), las valoran negativamente, destacando el miedo, la “parálisis” o la falta de conocimiento para atender los problemas de salud.

3.4.2. Las soluciones: reales e imaginadas

La falta de consenso sobre el problema dificulta el abordaje de la problemática, en tanto no se identifica ni la etapa ni el ámbito sobre el cual intervenir (formación, mercado de trabajo, sistema de salud privado, etc.).

En el caso de algunos *funcionarios centralizados* en el MSSF, se observa un relativo desconocimiento de la implementación de programas relacionados con la problemática, así como también de los canales de comunicación y difusión de las campañas específicas para el reclutamiento de médicos.

Una paradoja que iluminan los funcionarios más conocedores de la problemática es la que surge de comparar las dos soluciones posibles: movilidad o radicación. Por un lado, resaltan que una política de promoción de la movilidad o rotación de médicos, debe implicar “longitudinalidad en los procesos de atención”, que requiere articular las necesidades de seguimiento en los procesos de atención de los pacientes con la problemática de la rotación de médicos. La “longitudinalidad” de los problemas de salud

requiere de equipos estables en el lugar. Sin embargo, identifican que el médico radicado “también es un problema porque naturaliza los problemas que el rotativo siempre ve desde afuera”.

En una reunión colectiva de trabajo (GF-INTIYACO, 2017), se solicitó a varios funcionarios presentes "que nos ayudarán a identificar" potenciales destinatarios de una política de incentivos para movilidad y radicación. De esta conversación grupal surgieron tres perfiles. Primero, un médico recién recibido “podría estar interesado”, pero enfatizaron que “está habilitado, pero no preparado” para el abordaje integral de los determinantes de salud en zonas de difícil acceso. Como una forma de atenuar la falta de formación de este perfil, imaginan que se podría brindar una “capacitación en servicios”, pero no pudieron dar cuenta del *valor real* de esa acreditación (es decir, para qué serviría en un mercado laboral). Sin embargo, el paliativo de una capacitación *ad hoc* no resolvería la necesidad de “acompañamiento” y tutoría que requiere un médico recién recibido. Segundo, los residentes de CJ, que cumplen con los requisitos deseados de formación y acompañamiento (tratado en profundidad en el apartado 4.1). Tercero, un médico sin especialidad, pero no *recién* recibido. Si bien este perfil tiene la misma carencia identificada en el primer perfil, los funcionarios suponen que ha logrado acumular cierta experiencia en la atención de problemas de salud, pero sobre todo no tiene los problemas que le atribuyen desde esta mirada a la juventud. Se trata de un médico “al que se le pasó el tiempo y quiere un trabajo quizás más estable”. Este perfil - que no goza de buena reputación en el discurso de los médicos- también fue nombrado en varias oportunidades por los funcionarios descentralizados en el norte (que no son médicos).

Un debate presente entre los funcionarios centralizados refiere al perfil *deseado* de médico para los efectores de salud del norte de la provincia. El debate gira en torno a si es necesario un médico especialista (formado en los “mejores” hospitales de la provincia, con credenciales académicas relevantes) o médicos generalistas mejor preparados para la gestión en condiciones adversas y dispuestos a abordar la salud desde una perspectiva integral.

Para los funcionarios descentralizados en el norte, la problemática puede resolverse mejorando las condiciones estructurales y laborales de los efectores de salud de la zona. Reclaman como soluciones: proveer mejores condiciones materiales y de recursos humanos; desburocratizar el sistema de salud público; y otorgar más prerrogativas de ejecución a las jerarquías inferiores y específicas (como el rol de director). Sumado a esto, la situación de carencia de especialidades debe resolverse, reconociendo no sólo a los que deciden formarse a través del sistema hospitalario y de instituciones de salud pública, sino los que están interesados en múltiples inserciones. Así, proponen que, a quien “les gusta el hospital”, es preciso retenerlo otorgando remuneraciones acordes; en tanto, a los especialistas que están interesados en los campos de trabajo abiertos, hay que facilitarles la inserción en el ámbito privado.

3.5. Conclusiones parciales

Con respecto a la trayectoria de formación, se observa una significativa desvalorización de la formación de grado y la consecuente devaluación del título habilitante obtenido²⁸. La percepción generalizada es que estar habilitado *formalmente* no es lo mismo que estar preparado *realmente* para el ejercicio de la profesión, lo cual muestra una tensión estructural entre instituciones (universidad y trabajo), expresado subjetivamente como un “problema personal”. Si bien “no sentirse preparado” forma parte de los miedos comunes de cualquier egresado universitario, en el caso de la medicina esta tendencia muestra dos características específicas: la *naturalización* de esta tensión y sus consecuencias en la *temporalidad* de la trayectoria profesional.

Por un lado, la naturalización de un *contrasentido* -un médico recién recibido *no* es un médico- sanciona, invalida, menosprecia o simplemente obtura la imaginación y la comprensión de otros trayectos posibles. Por otro lado, a diferencia de la idea de *formación continua* (por las necesidades de actualización permanente, como puede ser el caso de la profesión de contador o abogado) o de *formación especializada* (como sucede en las ingenierías y en algunas ciencias sociales), los médicos perciben que su trayectoria profesional *empieza después* del grado.

La comparación permanente entre la formación universitaria y la formación de las residencias refuerza aún más la devaluación del título habilitante de grado. Desde el punto de vista de los actores, la carrera universitaria es como una antesala (un “pregrado”, en palabras de los residentes entrevistados) y la residencia constituye el verdadero *punto de arranque* de la trayectoria profesional. Así, la formación universitaria pareciera cumplir con una función más general de ambientación del estudiante en la “cultura profesional” (normas, valores, ética profesional y modelo de médico deseado); y el espacio de las residencias se ocupa de una función más específica, vinculada a la adquisición de habilidades prácticas para desarrollar la profesión médica.

La existencia de diferencias significativas en los modelos de formación médica impacta en la valoración que los actores construyen sobre la carrera universitaria. Se observa un contraste entre dos modelos de formación que se cristaliza en los planes de estudios de las universidades de donde provienen los residentes: el modelo médico *hegemónico* (característico del plan de estudios de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba y de la Universidad Nacional del Noreste) y el modelo de formación basado en problemas que enfatiza la atención primaria de la salud (propuesta por los planes de estudio de las Universidades Nacional de Rosario y del Litoral).

²⁸ Es importante tener en cuenta que la devaluación del título de grado no es una tendencia exclusiva de la carrera de medicina, así como tampoco se restringe al contexto local y nacional. Las investigaciones especializadas han documentado que este proceso es global y afecta la formación universitaria en general y se relaciona con transformaciones estructurales asociadas a la democratización de la educación superior, la mercantilización y especialización de las profesiones (Abbott, 1988; 1991; 2001).

La valoración de estos dos modelos varía mucho según la especialidad elegida por los residentes. Según el discurso de los actores, el modelo hegemónico *prepara* mejor para las especialidades de mayor especificidad (cardiología, neurología, traumatología), mientras que el modelo basado en problemas sería más fértil para aquellas especialidades llamadas "básicas" (clínica, pediatría, ginecología, medicina general y familiar).

Con respecto a la identificación de factores asociados con la potencial movilidad o radicación de médicos, resaltan variaciones significativas entre los actores entrevistados.

Los *funcionarios, médicos e instructores* destacan aspectos vinculados a la gestión institucional, los recursos y el cambio generacional. Resalta una visión compartida sobre el cambio de expectativas de los jóvenes médicos especialistas en formación, que produce desconcierto. Al interior de estas miradas, se identifican variaciones importantes entre la mirada desde el centro (funcionarios centralizados en MSSF) y desde la periferia (funcionarios descentralizados y médicos que trabajan en el norte).

Entre los residentes, la problemática de la movilidad y radicación se cruza con otros aspectos de la vida individual proyectados a futuro: la pareja, la familia, el lugar de nacimiento y el lugar de residencia actual. Pudieron identificarse modelos decisivos complejos en las proyecciones de futuro imaginadas por los residentes, que resultan en perfiles distintos en la manera de abordar la movilidad o radicación.

La especialidad elegida, la importancia que ocupa lo profesional en el concierto de otros intereses, el lugar de nacimiento o residencia actual, la formación de pareja o familia actual; son los principales atributos que permiten identificar dos perfiles. Por un lado, un perfil, orientado al desarrollo profesional y la búsqueda de espacios que permitan potenciarlo. Por otro lado, un perfil, orientado a la construcción de un proyecto de vida personal más amplio, en el cual la profesión no ocupa un lugar privilegiado frente a otras cuestiones que se toman en cuenta (donde quiero vivir, qué vida quiero tener).

En el cuadro 4, se sintetizan las percepciones subjetivas sobre el problema y su solución en los distintos entrevistados.

Cuadro 4. Percepciones subjetivas sobre el problema y su solución según actor relevado

PERCEPCIONES SUBJETIVAS SOBRE			
	EL NORTE	FORMACIÓN	MOVILIDAD-RADICACIÓN
Funcionarios centralizados	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de consenso sobre perfil de médico requerido (especialista vs. generalista; estable versus móvil) * Identifican dificultades en articulación centro-periferia * Entorno tradicional con vida social restringida * Acompañar al residente en adaptación al nuevo contexto 	<ul style="list-style-type: none"> * Carácter formativo de la residencia (residente como estudiante y hospital como escuela) * Necesidad de acompañamiento del residente (estructura jerárquica) * Debilitamiento de mecanismos de selección en residencias (no basados en competencia técnica) 	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de consenso con respecto a causas del fracaso de políticas de movilidad y radicación (formación, cultura del norte, cambio generacional) * Desatención a su rol como actor social relevante

Funcionarios descentralizados	<ul style="list-style-type: none"> * Cuestionan desigual distribución de recursos entre centro y norte * Identifican desconocimiento de realidad local por parte del centro * Nueva demanda social: especialistas y servicios de salud de alta complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> * Necesidad de sensibilizar a médicos que van al norte * Formación en grandes centros urbanos no prepara al médico para trabajar en el norte (ni en gestión ni en atención de problemas de salud) 	<ul style="list-style-type: none"> * Causas de fracaso: infraestructura deficitaria, lentitud de contratación, sobredemanda de trabajo y bajos salarios * Defienden creación de residencias en efectores locales
Médicos del norte	<ul style="list-style-type: none"> * Cuestionan desigual distribución de recursos * Identifican desconocimiento de realidad local por parte del centro * Instituciones y actores del centro desalientan al norte como destino (formación, laboral, cultural, institucional) * Difícil articulación entre sector público de salud e instituciones, lógicas y mecanismos del sector privado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de incentivos para continuar formación * Cuestionan nueva generación de médicos (falta de compromiso, esfuerzo) * Identifican competencia de residencias: guardias, trabajo en sector privado 	<ul style="list-style-type: none"> * Causas de fracaso: deficiente formación, tensión público-privado y cambio generacional
Jefes e instructores	<ul style="list-style-type: none"> * Identifican desconocimiento de realidad local por parte del centro: gestión, equipos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Cuestionan nuevo plan de estudio (teoría versus práctica) * Residencia: una oportunidad de formación remunerada * Cuestionan jerarquías de la residencia 	<ul style="list-style-type: none"> * Causa de fracaso: falta de pertenencia y solidaridad de residentes
CJ generalista	<ul style="list-style-type: none"> * Oportunidad para aprender y oportunidad laboral * Reconocen un perfil profesional específico para zonas adversas: médico no derivador * Identifican desconocimiento de realidad local por parte del centro: gestión, equipos 	<ul style="list-style-type: none"> * Valoración nuevo plan de estudio (integral y enfocado en APS) * Residencia como trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> * Inserción laboral se cruza con otros aspectos: pareja, familia, lugar de nacimiento y residencia * Dos perfiles: búsqueda de desarrollo profesional vs. proyecto de vida
CJ otras especialidad	<ul style="list-style-type: none"> * Restricción de desarrollo profesional y de vida social 	<ul style="list-style-type: none"> * Cuestionamiento nuevo plan de estudios (no aborda casos reales) * Devaluación del título de grado * Residencia como trabajo 	
Aspectos comunes	<ul style="list-style-type: none"> a) Distinción centro-periferia b) Aislamiento y distancia c) Estructura social homogénea 	<ul style="list-style-type: none"> a) Tensión entre competencias del título de grado y las habilidades aprendidas b) Contraste entre formación de grado y formación profesional c) Coexistencia de diferentes modelos de formación médica y su adecuación al sistema de salud, con fuerte impronta de la división por especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> a) Desbalance en la oferta de especialidades entre centro y periferia

Fuente: elaboración propia

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DEL MSSF PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

En este apartado se describen dos políticas públicas del MSSF vigentes al momento de realización de este estudio, que abordan el problema de la distribución desigual de los médicos en el norte. Este apartado se nutre de las entrevistas y grupos focales con funcionarios, médicos, instructores y residentes²⁹.

²⁹ La descripción detallada del marco normativo o del diseño de estas políticas públicas se realiza en el apartado 5, dedicado a comparar distintos modelos de solución al problema de la distribución desigual de

4.1. Residencias por cupo jerarquizado

La convocatoria a residencias por cupo jerarquizado (CJ) surge en 2015, a partir del trabajo conjunto del área jurídica y normativa de las áreas de gestión (nodos). Esta propuesta se plasma en una resolución ministerial que aprueba el reglamento que incorpora esta nueva modalidad a la de cupo general, que existía con anterioridad (MSSF-RM N° 0217, 2015). Se trata de una modalidad de formación en la cual los postulantes, al finalizar las residencias, están comprometidos a prestar servicios en el norte y durante un año, a cambio de puntajes adicionales en el concurso y la inserción laboral posterior.

Aunque el año de creación de los CJ es reciente (lleva tres años en vigencia), la iniciativa comienza a gestarse a partir de la mayor visibilidad que adquiere el problema de la distribución desigual de médicos en el territorio santafesino, con la nueva gestión ministerial que inicia en 2011. Los funcionarios centralizados en el MSSF, consideran que “es una de las políticas existentes para resolver el problema estructural de la falta de médicos en el norte” y estiman que “si esta iniciativa sale bien, el problema de la falta de médicos en el norte estaría resuelto”, dado que son 35 médicos por cohorte formándose para ir al norte en distintos años, por un periodo de un año, con posibilidades de radicación definitiva. Que la experiencia “salga bien”, significa que ha podido articular un proceso de formación -la residencia- con la posibilidad de radicación temporal o semipermanente; es decir, con la construcción de una carrera profesional y un proyecto de vida en un *mismo* contexto (el norte santafesino).

En este apartado, se analizan las percepciones de distintos actores del sistema de salud (funcionarios, médicos, instructores, residentes) sobre esta política pública. En el caso de funcionarios y médicos, las dimensiones relevadas fueron: conocimiento de la iniciativa; su importancia como solución al problema; fortalezas y debilidades; desafíos a futuro. En el caso de residentes, las dimensiones relevadas fueron: la convocatoria y su difusión; las motivaciones para postular; la información específica que tienen sobre las particularidades del contrato; las valoraciones sobre la experiencia; y las expectativas a futuro respecto a la movilidad o radicación.

4.1.1. La mirada de los residentes

Entre los 48 residentes de CJ que participaron de los grupos focales, existe un conocimiento vago e incierto de los detalles de la convocatoria a la que postularon (y en la cual fueron elegidos y firmaron un contrato). Esta situación -generalizada en todos los grupos y en las distintas sedes de formación-, es un indicador de la falta de información específica sobre las características del programa y del contrato firmado: de los términos

los médicos en el territorio. En este apartado, se describen ambas experiencias a partir de las miradas de distintos actores vinculados al sistema de salud santafesino.

técnicos y legales (por ejemplo, muchos residentes no sabían que quería decir un “cargo interino”); de las obligaciones; de las temporalidades y los plazos.

Si bien muchos residentes reconocieron que “no habían leído el contrato” y solo tenían una idea vaga de que deben “estar un año en un lugar que aún no sé cuál es”³⁰, la falta de información no es atribuible exclusivamente a la *inmadurez* derivada de la edad (queja reiterada en los funcionarios y médicos de mayor edad). La aparente actitud dispada de los residentes con la convocatoria y sus pormenores, contrasta con los complejos modelos decisorios de los que supieron dar cuenta a lo largo de las conversaciones grupales compartidas.

Como todo contrato, la residencia por CJ pone en relación (obliga) a dos partes: los convocantes (MSSF) y los postulantes (residentes). Dado el carácter *relacional* del contrato firmado, es imposible comprender sus resultados sin tomar en cuenta ambas partes de la relación. Los concursos para cubrir plazas de residencias son una institución consolidada y de larga data en la producción de médicos de nuestro país. Por lo cual, cuenta con mecanismos organizacionales de difusión, implementación y evaluación que *funcionan casi solos*, es decir, con la *inercia* característica de las instituciones consolidadas en el tiempo. Esto permite que los convocantes *descansen* en la existencia de estos mecanismos, con la certeza de que *no se necesita más* para que el sistema funcione. De la misma manera, el conocimiento de estos mecanismos por parte de los destinatarios forma parte de la *cultura profesional* que se transmite desde los primeros pasos de una trayectoria médica (la universidad). Los postulantes *saben mucho* de las residencias (por eso tienen interés en postular, por ejemplo), pero *saben poco* del cupo jerarquizado, porque *no necesitan* contar con esa información específica para el dilema de “entrar en una residencia”.

Ambas partes -involuntariamente- están igualmente *ciegas* a la hora de reconocer la necesidad de un *conocimiento específico* sobre la nueva modalidad de la convocatoria a residencias. Así, la escasa circulación de información específica y de reuniones informativas entre las partes es la contracara de la actitud displicente de los residentes con sus contratos.

La falta de información *oficial* circulante promueve lecturas diferentes de una *misma* convocatoria y un *mismo* contrato; los residentes *ajustan* la interpretación a sus propios intereses y expectativas³¹, *rellenando* los vacíos de información específica en base a rumores o lo que “me dijo otro residente”. Algunos residentes afirmaron no saber

³⁰ Resulta llamativa la poca claridad que tienen los residentes sobre las tareas y el horario a cumplir una vez concluida la residencia y tengan que prestar servicios en el nodo. La mayoría se refirió a que pensaban “viajar una vez por semana” al norte para cumplir “con las 24 horas de servicio, como si fuera una guardia”.

³¹ Este proceso de ajuste en la lectura e interpretación del contrato por parte de los residentes ha sido documentado extensamente por investigaciones sociológicas, al estudiar las formas de pensar y ordenar el mundo desde el pensamiento de sentido común (o razonamiento práctico). Así, la administración estatal - con su lógica burocrática y administrativa- usa una jerga específica, caracterizada por la generalidad, opacidad y ambigüedad. Esto ocasiona que los individuos, al encontrarse con los registros y documentos públicos, *rellenen* los detalles que faltan y *ajusten* la generalidad a *su caso particular*.

cómo eran las condiciones a las que estaban sujetos a futuro (a pesar de haber firmado un contrato al momento de la adjudicación de su residencia); ninguno pudo dar cuenta de la cantidad específica de horas que debían cumplir durante la prestación de servicios en el norte; desconocían por completo el tipo de cargo potencialmente ofrecido por la convocatoria, así como también las características sociales y territoriales del norte santafesino. Por ejemplo, muchos residentes creen que la prestación de servicios en el norte se parecía a una “guardia de 24 horas”, lo que permitiría “ir y volver en el día”; lo cual muestra un profundo desconocimiento de las distancias geográficas que separan a Reconquista de Santa Fe (por no mencionar localidades del norte a las que a la distancia se suma la dificultad de acceso).

El objetivo a mediano y largo plazo de la convocatoria por CJ es “promover la retención de aquellos que egresan de la residencia en la provincia que se capacitaron de acuerdo a las necesidades del territorio provincial” (MSSF-RM N° 0217, 2015). Pero a corto plazo, posibilita que los médicos recién recibidos se postulen buscando conseguir una “oportunidad”, dada la competencia en algunas especialidades. Así, observamos que los perfiles de postulantes a la convocatoria se diferencian en función de un conjunto de factores que inciden en la decisión de postular al cupo jerarquizado: origen social, lugar de residencia, especialidad escogida y planificación de un proyecto de vida.

Un primer perfil de postulante privilegia exclusivamente la oferta de realización de la especialidad (el corto plazo), percibida como un producto escaso en un mercado competitivo; poniendo poca atención en los restantes detalles de la convocatoria (la prestación de servicios por un año, el potencial cargo posterior, es decir, el mediano y largo plazo). Para ellos, preocupados por la formación académica profesional, la convocatoria por CJ ofrece un *atajo* o una “oportunidad” privilegiada. Este perfil es mayoritario entre los residentes entrevistados en las sedes de formación de la ciudad de Santa Fe y Rosario, y muestra dos situaciones específicas: los que postularon porque la especialidad elegida sólo se abría bajo la modalidad de CJ; los que postularon “para ir a lo seguro”, es decir, los que identificaron que esta opción los “libraba” de una competencia mayor.

Un segundo perfil de postulante articula las motivaciones de la postulación con un conjunto de aspectos: especialidad + oferta laboral + retorno región de origen + estilo de vida deseado; combinando una preocupación por el corto, mediano y largo plazo. Ellos no están orientados exclusivamente por el interés en la formación académica y profesional, sino también por estrategias de retorno a su lugar de origen o la planificación de un proyecto de vida más amplio. Si bien este perfil fue más típico entre los residentes de las sedes del norte (Reconquista y Rafaela), no es menor la cantidad de residentes de la sede de la ciudad de Santa Fe que presentan estas características. Este segundo perfil identificado es el que presenta mayores afinidades con los objetivos de la convocatoria a residencias por cupo jerarquizado, y es en el cual debería enfocarse la política pública.

Los oriundos de localidades del norte tienen más claro que el resto la opción a largo plazo de quedarse en el lugar; por eso, la promesa de la oferta laboral para en este grupo resulta sumamente atractiva. Sin embargo, dado que el contrato establece que el lugar de realización de la residencia no debe ser el mismo donde se realiza la prestación de servicios, una preocupación importante para este grupo es tener que irse a una localidad alejada del nodo o con condiciones materiales de vida precarias.

Para los que postularon sin tener certeza sobre lo que querían hacer en el futuro, moverse de los grandes centros urbanos no parece ser una opción atractiva, lo toman como algo circunstancial con un principio y un fin. Para los que están haciendo especialidades más complejas, la opción de radicación en otro lugar no se descarta, pero enfatizaron mucho en las condiciones de equipo profesional e infraestructura para tomar este camino. Asimismo, los residentes con parejas estables o hijos, se enfocaron en aspectos familiares a la hora de hablar del futuro.

4.1.2. La mirada de los instructores y jefes de residencia

La mirada de los jefes e instructores de residentes es crucial para comprender la complejidad de las residencias por CJ. Estos actores son observadores privilegiados del sistema de salud, porque ocupan posiciones intermedias y desempeñan roles de mediación entre los médicos de mayor edad y los residentes. El hecho de tener mayor antigüedad en las instituciones, haber construido una pertenencia y lazos de solidaridad, los torna agudos observadores también de las deficiencias de las instituciones de salud y de los problemas de las residencias. Pero, en simultáneo, la cercanía generacional con los residentes les permite construir miradas menos distantes (que la de los médicos de mayor edad) de las necesidades y fortalezas de los residentes.

Los instructores consideran que los residentes que escogen el norte (ya sea como sede de formación o como lugar de prestación de servicios) son principalmente aquellos oriundos de la zona, que ven en el CJ la posibilidad de retorno. Si bien entienden que haber nacido o residido en un lugar no garantiza el deseo de volver, consideran que el conocimiento anterior del norte facilita la integración a la vida local y la construcción de un proyecto de vida. Pero son críticos al respecto: jerarquizar a los *locales* requiere una diagramación, organización y articulación institucional que no es la que presenta la convocatoria actualmente.

La inserción en el sistema público de salud luego del año de prestación de servicios al que están obligados los residentes por CJ es una posibilidad que los instructores perciben como difusa, ambigua o inexistente (“es que los cargos que prometen directamente no existen, ¡no existen!”), que atenta contra el cierre del círculo temporal (a corto plazo: formación; a largo plazo: radicación), propuesto por la normativa.

Así, los residentes vernáculos del norte (visualizados como potenciales destinatarios), conviven con la incertidumbre de no saber si podrán seguir desempeñándose en un efector de salud del norte. Al diagnóstico crítico que los

instructores hacen de las deficiencias del sistema de salud (escasez de cargos de planta; de contratos a corto plazo), se suma la dificultad de ingresar al sistema privado de salud del norte santafesino.

En síntesis, los instructores y jefes de residencia identifican dos dimensiones del problema: una individual (centrada en los residentes) y otra institucional (que apunta tanto a la gestión centralizada como descentralizada en el norte). Por un lado, resalta la incertidumbre con respecto al futuro inmediato entre los residentes de CJ, que atribuyen a “ambigüedades”, “descuidos” u “olvidos” del diseño del contrato. Por otro lado, consideran que las “promesas” del contrato (cargo interino) no son creíbles en un contexto de escasez de cargos disponibles. Pero, aún si esto se cumpliera, consideran que las instituciones del sistema de salud del norte no están en condiciones de dar respuesta, es decir, no tienen una planificación para absorber esos recursos humanos.

4.1.3. La mirada de los médicos del norte³²

Los médicos sostienen que, pese a la existencia de esta nueva modalidad de residencias (CJ), siguen quedando vacantes las residencias ofrecidas en los efectores de salud del norte, en el marco de lo descrito en el apartado 3.1, como un proceso de democratización en el acceso a la formación profesional de los residentes. Sostienen que las plazas abiertas no se cubren porque en la actualidad los médicos recién graduados “ya no piensan en hacer una residencia”; dado que los nuevos planes de estudio de las carreras de medicina no los incentivan. La lectura crítica de los médicos se extiende al primer mecanismo de reclutamiento y selección de la profesión médica: la actual formación universitaria del médico.

Por esta razón, los médicos tienen una *mirada crítica* sobre esta política pública, aunque este cuestionamiento no se centra en su diseño sino en los potenciales destinatarios. Cuestionan su pertinencia en una coyuntura caracterizada por la heterogeneidad de trayectorias profesionales; consideran que la postulación “jerarquizada” no incentiva la competencia (percibida como positiva, como motor del “mejoramiento profesional”).

Consideran que la radicación de médicos podría fortalecerse brindando mejores condiciones salariales y de equipamiento, pero sobretudo agilizando la tramitación de cargos, percibida como muy “burocrática y lenta”, por el retraso en los plazos tanto para el nombramiento como para el pago.

³² En este caso se omiten las voces de los funcionarios descentralizados en el norte, dado el relativo desconocimiento de la relación entre esta modalidad de residencia y los problemas de carencia de médicos su zona. Si bien el guion de entrevistas incluyó preguntas específicas sobre esta política pública, las respuestas fueron vagas (“mirá, lo sentí nombrar. Nunca profundicé el tema, o sea que no conozco muy bien como para charla, lo escuché así nomás”). Incluir la mirada específica de estos actores sería forzar el análisis sobre algo que desconocen. Sin embargo, el diagnóstico construido por los funcionarios descentralizados en el norte con respecto a la movilidad y radicación (en general, es decir, no vinculado específicamente con el C.J) quedó expuesto en profundidad en el apartado 3.2.

4.1.4. La mirada de los funcionarios centralizados en MSSF³³

Estos entrevistados también mostraron preocupación por las plazas que quedan vacantes en las convocatorias para residencias en el norte y por las renunciaciones de residentes concursados. Las razones que esgrimen para el caso particular de CJ son las mismas que identifican para cualquier política de movilidad y radicación, analizadas en el apartado 3.2 (formación de grado, cultura del norte y cambio generacional).

Algunos funcionarios entienden que la ampliación de cupos para las residencias debilita los mecanismos selectivos, habilitando el acceso de graduados con una formación más deficiente. Más aún cuando el acceso a las residencias a través de mecanismos de selección que incluyen criterios no basados en la competencia técnica, como sucede en la convocatoria de cupo jerarquizado.

Los funcionarios que participaron como *protagonistas* directos en el diseño de dicha herramienta normativa, anticiparon el principal problema que podía desencadenarse llegado el momento del cumplimiento del año de servicio de la primera cohorte de residentes de CJ: “que no quieran cumplir” lo estipulado por el contrato, a pesar de las sanciones (“si no cumplen con ese año tienen que devolver el dinero, alrededor de 40 mil pesos”). Este miedo está fundamentado en algunos antecedentes³⁴; los funcionarios creen “que a pesar de que hay algo legal firmado, los conflictos se van a dar”. Saben que los postulantes “no leen las condiciones, que con tal de entrar hacen cualquier cosa y, en general, se presentan estudiantes con bajos promedios”, lo cual quedó evidenciado en los grupos focales con residentes.

Estos funcionarios reconocen la importancia de una “labor pedagógica que hay que hacer”; entienden que en “cualquier política de radicación en lugares hostiles, hay que mostrarles que irse no es un problema, que no es para tanto”, aunque a juzgar por la incertidumbre detectada en los grupos focales de residentes y sus instructores, pareciera que esa labor pedagógica no ha tenido los resultados esperados.

Dado que los residentes de CJ eligen el nodo, pero no el lugar específico (la localidad, el efector de salud) para cumplir con la prestación de servicios, otro foco de preocupación es “qué va a pasar cuando estos nuevos residentes lleguen en 2018, porque en el norte no los acogen muy bien”. Identifican los mismos problemas tematizados en los grupos focales de residentes formándose en el norte: “los médicos locales ven la llegada de los nuevos como una posible reducción de trabajo, no como una oportunidad para conformar mejores equipos de trabajo”. Los funcionarios no se

³³ Dado el relativo desconocimiento de la relación entre esta modalidad de residencias y los problemas de carencia de médicos en el norte por parte de muchos funcionarios centralizados, en este apartado se recuperan las voces de los funcionarios a cargo de áreas relacionadas con la formación y la residencia. En este sentido, sus voces no necesariamente representan a las del resto de funcionarios entrevistados para este estudio.

³⁴ Relatan un “conflicto muy grave” en el pasado con un residente que terminó acudiendo a la Defensoría del Pueblo, argumentando que “los obligaban a irse”.

muestran optimistas con respecto a las posibilidades de transformación de los procesos sanitarios, sociales, culturales, recreativos de la región norteña; señalan que los médicos de planta “se mueven como patrones y ven a los residentes como médicos multiuso y no como becarios en formación”, pero que al estar “administrados por la comunidad, especialmente en los SAMCO, tienen mucho poder”.

4.1.5. El desenlace del proceso de cupo jerarquizado

Las residencias por cupo jerarquizado no son sólo una instancia de concurso, sino un proceso con distintas fases. Después de la evaluación de los candidatos y de la formación en las residencias, implica una última etapa, a la cual se puede llamar *desenlace*.

El desenlace está ocurriendo al momento de cerrar este estudio (mayo de 2017). La primera camada de residentes por cupo jerarquizado debe concretar el compromiso que asumió hace tres años, cuando firmó el contrato. El desenlace, así, implica a todos los primeros especialistas que hicieron sus residencias bajo esta modalidad, que ahora tienen que cumplir con el año de servicio pautado en los distintos efectores de salud del norte santafesino (nodo Rafaela y nodo Reconquista).

Este desenlace no siempre se logra como consecuencia directa de las responsabilidades asumidas por ambas partes (MSSF y residentes) en la firma del contrato. Por eso se recurre a otro recurso: el *diálogo*. El diálogo gira en torno a las condiciones complementarias que conducirían a concretar el compromiso asumido inicialmente; es entablado entre los residentes de CJ y las autoridades del MSSF; ocurre con un encuentro cara a cara, mediante el envío de una carta o a través de un llamado. Las *condiciones complementarias* alrededor de las cuales gira el diálogo se componen de “otras mejoras” adicionales, demandadas por los residentes u ofrecidas por las autoridades.

El incentivo enunciado en el contrato consiste en la posibilidad de obtener un cargo de planta luego de cumplir el año de servicio en una zona adversa. En este incentivo estaban concentradas las esperanzas de los funcionarios con respecto a esta modalidad: conseguir nuevos médicos que quisieran radicarse en el norte santafesino. Para esta primera camada de residentes que culminan con la formación de tres años, el cargo de planta se efectivizaría en el 2019. Durante el año que dura la prestación del servicio, los especialistas mantienen una relación de monotributistas con el MSSF, es decir, la prestación de un servicio por el cual se “factura”.

La idea es empezar a hacer esto [el año de servicio] para que, el año que viene, si está todo bien, si estamos todos de acuerdo, poder tener el cargo que nos ofrecen. En el caso de las chicas [otras residentes], el cargo de médicas de planta, de internación, o lo que sea que ellas arreglen para lo de pediatría. Y lo mío sería de guardia (El-RESI-INTIYACO: 4).

El desenlace muestra un carácter personalizado y flexible. Se trata de una interacción entre las partes, en donde se procura encontrar una solución adecuada a situaciones y necesidades individuales de los residentes. A veces, les plantean “ayudarlos a aportar” a

su caja de seguridad social; otras, le dan la posibilidad de elegir las horas y los días de atención, como un modo de cumplir el año de servicio viajando al territorio en vez de radicarse.

Lo que nos dijeron en ese momento es que hagamos una contrapropuesta de cómo nos gustaría trabajar. Qué cargo quisiéramos tener, si quisiéramos viajar; si, por ejemplo, si fuera un cargo de 24 horas, hacer 24 horas seguidas o si lo dividís en tres días. Cómo lo harías, básicamente (EL-RESI-INTIYACO: 2).

En los casos examinados, los residentes no siempre se van a ir a vivir al territorio; en ocasiones, van a movilizarse allí durante un año. Por ejemplo, así como hay especialistas que están asentados en Reconquista y que están por cumplir su año de servicio en localidades cercanas; también existen otros que están asentados en las grandes ciudades (Santa Fe y Rosario) y que están por viajar semanalmente a los nodos. Por otro lado, la zona de ejercicio puede no ser la dispuesta en un comienzo. En algunas situaciones, los residentes van a ir a atender a otros lugares, diferentes a los cuales se inscribieron. De forma ilustrativa, se encuentran especialistas que se anotaron para Santa Fe; pero que están por ir a hacer guardias a Rafaela.

El diálogo y su desenlace muestran principalmente tres cuestiones. Primero, que el acuerdo original puede ser reforzado con otro *arreglo*, que surge de una instancia de diálogo. Segundo, para concretar el compromiso asumido inicialmente, a veces se necesita el cumplimiento de al menos una condición más a las pactadas en un comienzo; concretamente, de un *beneficio personalizado*. En definitiva, lograr que los médicos ejerzan en zonas adversas de Santa Fe, en ocasiones, requiere de algo más que una norma ministerial: de una *práctica política*

Esta flexibilidad y personalización ilustran un proceso puesto en marcha por los funcionarios del MSSF, que da cuenta (sin proponérselo) de los principales hallazgos de este estudio. Primero, procura resolver *anticipadamente* una posible situación ya prevista por los funcionarios: el miedo a que “no van a querer cumplir” (descrito en el apartado 4.1.4). Segundo, este desenlace personalizado y flexible supone una *reflexividad* por parte los funcionarios que atiende a las características cambiantes y heterogéneas de las trayectorias juveniles, impactadas por transformaciones recientes (descriptas en el apartado 3.1 y 3.3). Tercero, supone una *ruptura* con las expectativas originales de la resolución que origina las residencias por CJ (lograr radicar médicos nuevos en el norte), generada por la ambigüedad en la selección de los postulantes (descripta en el apartado 4.1.1).

En el Cuadro 5 se sistematizan los tipos de desenlaces para algunos casos a los que se pudo acceder, teniendo en cuenta que este proceso está aconteciendo al momento de cerrar este estudio. Es importante advertir que -dado el carácter provisorio de esta información-, los casos son reconstruidos de manera aproximada, en base a entrevistas con funcionarios y residentes. La utilidad de esta información -aunque incompleta y parcial- radica en su potencialidad para pensar un rediseño de la actual convocatoria de residencias de CJ.

Cuadro 5. Tipos de desenlace de la primer camada de especialistas formados por residencias de CJ

Tipo de desenlace	Condiciones que lo posibilitan	Casos que lo expresan	
Fallido	Incumplimiento del compromiso asumido en el contrato	Imposibilidad de diálogo	Hasta ahora, ninguno
	Concreción directa del compromiso asumido en el contrato	*Residir en el mismo lugar asignado para el año de servicio	Residente generalista CJ, Santa Fe-Recreo * Guardias de 36 horas, distribuidas entre sede de formación y barrio carenciado
		*Promesa de efectivizar el cargo ofrecido *Cambio de lugar donde realizar el año de servicio * Reducción de carga horaria *No incompatibilidad entre cargo y otras inserciones	Residente generalista CJ, Santa Fe-Santo Tomé *Bonificación de aportes a caja de seguridad social *Guardias de 24 horas en Rafaela
		*Promesa de efectivizar el cargo ofrecido *Cambio de lugar donde realizar el año de servicio *Residir en la zona asignada	Residente generalista CJ, Reconquista *Atención primaria 36 horas, distribuidas en dos comunas del norte *No reside en la zona asignada, pero le permiten viajar y elegir días y horas de servicio
Exitoso	Concreción del compromiso mediado por un diálogo (cambios, mejoras, flexibilidad)	*Promesa de efectivizar el cargo ofrecido *Residir en la zona asignada	Residente generalista CJ, Reconquista *Atención primaria y guardias de 36 horas *Bonificación de aportes a caja de seguridad social *Facilitar transporte
		*Promesa de efectivizar el cargo ofrecido *Cambio de lugar donde realizar el año de servicio *Interés en retorno residencial *Expectativa por nuevo hospital Reconquista en construcción	Residente pediatría CJ, Rosario *Flexibilidad horaria para compatibilizar año de servicio con capacitación
		*No incompatibilidad entre el cargo y otras inserciones	Residente cardiología, CJ Santa Fe *Pago de viáticos y transporte *Agrupar horas en días consecutivos
		*No incompatibilidad entre el cargo y otras inserciones	Residente traumatología, CJ Santa Fe *Agrupar horas en días consecutivos

Fuente: elaboración propia

4.2. Dispositivo Intiyaco

En este apartado se describe el dispositivo Intiyaco a partir de distintas fuentes. Por un lado, los documentos institucionales de inicio y finalización de la experiencia, que detallan el diseño, objetivos y metodología (MSSF-INTIYACO[1], 2017) y el diagnóstico sociosanitario resultante, la identificación de fortalezas y debilidades (MSSF-INTIYACO[2], 2017). Dentro de los documentos consultados para analizar el dispositivo, se incluye la ponencia presentada por un grupo de residencias a un congreso, que narra la experiencia (Arón, Delgado & Quiroz, 2017). Por otro lado, las entrevistas con funcionarios, instructores y residentes que participaron del dispositivo.

El dispositivo surge en junio de 2017, a solicitud de la subsecretaria de gestión de primer y segundo nivel de salud, para atender “la emergencia hídrica que tuvo lugar en los meses previos en el norte de la provincia, lo que dificulta la accesibilidad de la población a los servicios de salud” (MSSF-INTIYACO[2], 2017). Implicó cuatro meses intensivos de trabajo del equipo, iniciando en agosto de 2017 y culminando en diciembre

del mismo año³⁵. El equipo de trabajo -de carácter “ambulante” y rotativo- está compuesto por 15 residentes³⁶ de distintas sedes de formación (Santo Tomé, Recreo, San Justo, Reconquista, Santa Fe), acompañados por un tutor (instructor o jefe de residencia). Si bien el dispositivo no tiene un marco legal o normativo para su funcionamiento, cuenta con un detallado diseño metodológico y planificación de actividades calendarizadas, que incluye: formulación de objetivos y propósitos; justificación; descripción de la implementación; sistematización; monitoreo y evaluación; difusión de resultados y posibilidades de replicación.

Según el documento institucional que da origen al dispositivo (MSSF-INTIYACO[1], 2017), el objetivo general de este programa consiste en realizar un “diagnóstico aproximado de la situación local de la salud de la población” en localidades especialmente vulnerables del norte santafesino (Los Tábanos, Golondrinas y Colmena). Dicho diagnóstico busca brindar “datos actualizados” al MSSF sobre “comunidades que históricamente sufren inundaciones, limitaciones en la accesibilidad a los servicios de salud” y sobre las cuales no hay información.

Los objetivos específicos son siete: “estimular un rol activo de residentes de medicina general y familiar; propiciar el intercambio entre residentes de medicina general y familiar de las diferentes sedes; constituir equipos interdisciplinarios de trabajo en terreno; brindar asistencia sanitaria a la población; priorizar acciones de salud en base a la situación local de la salud; identificar las instituciones locales y propiciar la articulación entre las mismas (redes) para favorecer la participación en salud y promover la investigación como práctica necesaria en la formación médica de postgrado”. Esta variedad de objetivos puede ser agrupada en tres ejes: la formación de residentes, la atención de los problemas de salud locales y el diagnóstico final.

Por un lado, la participación de los médicos especialistas en formación es justificada como “obligaciones de residentes ante situaciones de catástrofe” y los días que dura la estancia (más el tiempo destinado a viajes de ida y vuelta) exime a los residentes de asistir a sus lugares habituales de trabajo. Por otro lado, el diagnóstico y atención de los problemas de salud locales son abordados desde el “perfil de la medicina general y familiar”. La estancia en terreno no se limita a recabar datos y atender problemas de salud, sino que también insta a los residentes participantes a “organizar capacitación para los equipos de salud presentes en estas comunidades y, en lo posible, algún taller para el resto de la comunidad, luego de haber identificado necesidades particulares”, así como

³⁵ Si bien el documento institucional consultado prevé la finalización en el mes de noviembre de 2017 (MSSF-INTIYACO[1], 2017), en la reunión colectiva de trabajo se menciona el mes de diciembre de 2017 como la finalización y difusión del plan de trabajo elaborado (GF-INTIYACO, 2017). Asimismo, en la reunión de trabajo se menciona junio de 2017 como mes de inicio de la experiencia (y no agosto de 2017 como dice el documento).

³⁶ Esta cifra fue mencionada en la reunión colectiva de trabajo. Sin embargo, la cifra que resulta del cálculo de equipos propuestos en el documento institucional consultado es mayor (asciende a 32 residentes). Dado que la reunión fue posterior al documento, se consigna la cifra menor.

también concertar “reuniones con otras instituciones de las comunidades estimulando la participación en todas las actividades propuestas”.

La implementación del dispositivo consiste en la formación de 8 grupos de trabajo y la planificación de un esquema de viajes a terreno. Los grupos están compuestos por un residente de cada sede participante (Esperanza, Reconquista, Santo Tomé, Santa Fe, San Justo); dos residentes de 3° año; dos residentes de 2° año, los cuales son acompañados y coordinados por un instructor o jefe de residentes. El esquema de viajes a terreno contempla la estancia de los grupos durante dos días, por un periodo de ocho semanas; “hacen núcleo en Intiyaco y de ahí se mueven a otras localidades de difícil acceso” (GF-INTIYACO, 2017). Durante la estadía “dos residentes se dedicarán a la atención sanitaria, y dos a la construcción del ASIS³⁷. Cada equipo viajará un total de dos veces a la misma comunidad”.

El dispositivo también incluye la sistematización de las actividades realizadas por cada grupo mediante la carga en un sistema informatizado (SICAP³⁸). Asimismo, los diagnósticos (ASIS) construidos para cada una de las localidades de cobertura del dispositivo se construyen colectivamente mediante la creación de documentos compartidos en *google drive*, a los cuales acceden cada uno de los participantes. La dinámica de construcción colectiva mediante una plataforma virtual consiste en que “cada grupo que viaje semanalmente deberá leer esos archivos para informarse sobre lo ya realizado y planificar las actividades que irán a realizar. Posterior al viaje, el compromiso será que vuelquen en los archivos explicitados toda la información recogida y las actividades que realizaron” (MSSF-INTIYACO[1], 2017)

Las tareas de monitoreo y evaluación del dispositivo están organizadas mediante objetivos a cumplir mensualmente, en base a un calendario fijado de tareas que cubre cuatro meses en total (de agosto a diciembre de 2017). En el primer mes (agosto), se realizan tareas de reconocimiento de instituciones y recursos locales y se describe lo existente. En el segundo mes (septiembre), se construye una caracterización socio demográfica de la población y se identifican los principales riesgos. En el tercer mes (octubre), se analiza la participación de la población en la identificación y solución de los problemas de salud. En el cuarto mes (noviembre), se elabora un plan de acción basado en el diagnóstico de la situación de salud en la comunidad.

³⁷ Refiere a los “Análisis de Situación de Salud”, definidos como “procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud” (OPS, 1999)

³⁸ Refiere al Sistema de Centros de Atención Primaria que “permite la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en los Centros de Atención Primaria de Salud tales como: carga de historia clínica familiar y otorgar turnos programados, registro de pacientes vacunados, etc. El sistema fue desarrollado por la Sectorial de Informática, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe” (MSSF, 2017)

El dispositivo también planifica actividades de difusión de la experiencia, tanto en ámbitos del sistema de salud (“presentación del ASIS a los equipos de salud de las comunidades involucradas y a representantes de la macro gestión”, que forma parte de las actividades del quinto mes), como en eventos y publicaciones del ámbito científico.

4.2.1. La mirada de los funcionarios

En la reunión de trabajo compartida con funcionarios y parte del equipo de instructores y residentes que participaron del dispositivo, se menciona que el programa “ha sido especialmente diseñado para atender la problemática de salud, en el primer nivel de complejidad, de localidades especialmente vulnerables que no contaban con atención médica” (GF-INTIYACO, 2017). Es decir, si bien en el resto de la conversación grupal los otros objetivos aparecen mencionados (formación y diagnóstico), el objetivo de la atención en salud es el utilizado para describir el programa. Relatan que la iniciativa se sustenta en un “diagnóstico” sobre la situación de salud en esa zona.

Si bien no aparece mencionado en el documento institucional (MSSF-INTIYACO[1], 2017), los funcionarios resaltan que el dispositivo “busca ser replicado en otros lados de la provincia, usando la misma metodología” (GF-INTIYACO, 2017). En esta posibilidad de replicación de la experiencia -no institucionalizada aún- radican las mayores esperanzas de los funcionarios a cargo, con respecto a atender al problema de la desigual distribución de médicos en el territorio³⁹.

Con respecto a las fortalezas, los funcionarios destacan que se trata de un programa de formación que “sensibiliza” a los médicos especialistas en formación en las problemáticas de zonas adversas. Resaltan la importancia de este tipo de prácticas para poder realizar un relevamiento de las demandas y necesidades específicas del espacio y -al mismo tiempo- desnaturalizar las representaciones construidas sobre el norte santafesino.

Ahí trabajamos con residentes en medicina general donde dos días a la semana iban a hacer un diagnóstico de la situación de salud, vivían ahí, dormían, veían cómo era la escuela, cómo es el efector de salud, cómo es la red, con quién se referenciaban y con quien se contra referenciaban. La gente de medicina general volvió diciendo que esa experiencia fue sumamente importante y potente. Cuando uno lleva a los residentes a estos lugares hay muchos procesos naturalizados, quizá porque como Estado no les dimos las respuestas apropiadas (Diario Uno, 17/12/2017).

Una segunda fortaleza es el abordaje de los problemas de salud desde la atención primaria, mediante la conformación de equipos de residentes que se están formando en la especialidad de medicina general. Consideran que la experiencia llena un *vacío* de la formación de grado (“desde el sistema universitario promocionan prácticas en hospitales y no en centros de salud”, “lo que se enseña a un médico son problemáticas de alta complejidad de un hospital y la atención de 1° nivel está devaluada”). Esta fortaleza es muy importante porque alude al perfil de médico deseado para el norte santafesino, en el

³⁹ Al momento de cerrar este estudio, un funcionario entrevistado informa que se está planificando un “Dispositivo San Javier”, con similares objetivos y metodología.

cual no hay consenso entre los funcionarios relevados por este estudio. El debate descrito en el apartado 3.2 tiene dos frentes con respecto al perfil de médico que se necesita en el norte: un perfil con formación generalista, que pueda atender una diversidad de problemas de salud (aunque no sean expertos en ciertos tipos de técnicas); un perfil que resuelva la creciente demanda de complejidad en la atención por parte de la población. En el diseño del dispositivo Intiyaco, parece haber una clara posición frente a este debate que privilegia el primer perfil.

Una tercera fortaleza mencionada reside en el acompañamiento centralizado de la experiencia (desde el MSSF), bajo la idea de “no dejar solos” a los residentes y a los equipos de salud del norte. Los funcionarios consideran que un médico recién egresado tiene miedo de equivocarse y “no ser respaldado por una institución ante casos de mala praxis”. Sostienen que la clave del éxito de los programas que involucren a residentes, es el equipo que los acompaña. Los funcionarios consideran que la tarea de acompañamiento debe estar centralizada, para evitar que se “naturalicen los problemas”, como sucede en los equipos locales. Esta fortaleza puede ser problematizada a la luz de los hallazgos del resto de apartados de este estudio. La necesidad de “centralizar el equipo de coordinación” se asienta sobre un diagnóstico crítico de los equipos de salud del norte, que “no tiene capacidades de gestión ni de acompañamiento”. Ya se vio que, del otro lado del espejo (el norte), la mirada es muy distinta.

Con respecto a las debilidades, identifican el problema de la “rotación” de médicos (el equipo *ambulante*) que atenta contra el seguimiento de los problemas de salud de la población. La “longitudinalidad” de los problemas de salud se agudiza aún más en zonas que carecen de equipos locales estables; consideran que toda propuesta móvil tiene que poder resolver ese problema para no crear consecuencias no deseadas.

Es un problema cuando van dos meses y luego abandonan: ¿cómo resolver esto con la rotatividad de nuestra propuesta? Para resolver el problema de la longitudinalidad, lo que se hace es encargar siempre un equipo estable, pero ese es el problema del norte, que el equipo estable parece no servir (GF-INTIYACO, 2017).

4.2.2. La mirada de los instructores y residentes

Las voces de los residentes por CJ de medicina general y familiar y las de los instructores y jefes de residentes que participaron en el Dispositivo Intiyaco tienen en común una mirada enfocada en el terreno y en la puesta en funcionamiento del programa. Por eso, sus percepciones sobre la experiencia son tratadas conjuntamente en este apartado.

Reconocen como primer aporte del dispositivo su impacto en la *formación profesional* de los médicos residentes. Consideran que es un mecanismo de enseñanza del trabajo en equipos interdisciplinarios en el terreno y de la construcción de redes interinstitucionales (MSSFb, 2017:4), requisito necesario del proceso de relevamiento de información implicado en el ASIS y de la longitudinalidad de los procesos de atención de la salud. El trabajo mancomunado con otros efectores de salud (centros de salud, servicios de atención hospitalaria de otros nodos y regiones) y su necesaria articulación

con instituciones de la sociedad civil, favoreció la aplicación de los saberes “teóricos” aprendidos en torno a la gestión en salud en este tipo de contextos específicos.

Un segundo aporte reconocido por instructores y residentes es la oportunidad que brinda el dispositivo para conocer “otras realidades” (sociales, urbanas, culturales, económicas, sanitarias), que desafían el ejercicio de la profesión en condiciones que “no son las ideales” y complementan la formación provista por el grado⁴⁰ y las residencias. Según esta mirada, la especificidad de un trabajo en terreno remite tanto a la posibilidad de aplicar “lo que dice la teoría”, como a desempeñarse en un contexto en el cual condiciones materiales no son óptimas para la atención médica. Esta función pedagógica del dispositivo contribuye a visibilizar problemáticas sociales y sanitarias que son características de contextos adversos; enseñando a identificarlas, registrarlas, relacionarlas y buscar soluciones en base a “la clínica”. Reconocen que estas “circunstancias de aprendizaje” también son frecuentes en los centros de salud de los grandes centros urbanos; espacios habitualmente ocupados por las especialidades que participaron del dispositivo. En este sentido, los residentes entienden que este tipo de experiencias están destinadas a ellos, en tanto “es lo que aprendimos a hacer”.

Los instructores y residentes entrevistados resaltan en sus testimonios la importancia de replicar el dispositivo en otros territorios (como señalan los funcionarios), pero también abrirlo para otras especialidades. Específicamente, refieren a que las especialidades de tocoginecología, pediatría, cardiología y endocrinología suelen ejercerse en ámbitos organizacionales altamente regulados (como el hospital), que producen una “enajenación” del profesional médico: un distanciamiento de los entornos que producen las enfermedades y de las limitaciones de los pacientes para comprender y hacerse cargo de los tratamientos médicos que derivan de la atención.

Excepto medicina general, el resto son especialidades de medicina hospitalaria, entonces sería bueno que también participaran, porque (en el hospital) se enajenan de la realidad, entonces muchas veces se olvidan que hay personas analfabetas que les das una receta y no saben cómo leerla, hay personas que llegan a la casa y no tienen ni para tomar ni para comer y vos le estás diciendo que “tienen que tomar amoxicilina cada 8 horas para su neumonía”. Entonces, cuando vos te enajenas de eso, te pones en un lugar muy distante del paciente o del usuario, en esas especialidades de formación hospitalarias ayudaría a volver a sentar los pies en la tierra (EI-RESI-INTIYACO: 7).

En muchas zonas periféricas de las grandes y medianas ciudades o así también en los entornos periurbanos (de escasa urbanización) los principales usuarios de centros públicos de salud suelen pertenecer a los sectores populares, con niveles elevados de pobreza y bajo nivel educativo. Más allá de eso, la crítica a “la falta de realidad” de algunos especialistas por parte de los residentes remite a determinada formación implicada en la medicina tradicional hegemónica, “deshumanizada y objetiva”. Así, identifican una paradoja interesante: la experiencia vivida en Intiyaco ambienta en un tipo

⁴⁰ Cuestionan que en la carrera de medicina faltan contenidos referidos a “Medicina Rural” (Arón, Delgado & Quiroz, 2017).

de atención de *menor complejidad* médica que la atención hospitalaria, pero de *mayor complejidad* social que las situaciones atendidas en un hospital.

Los instructores y residentes identifican que el dispositivo Intiyaco tuvo tres objetivos: formación, atención primaria de la salud y el relevamiento de información (ASIS). Si bien tienen una mirada positiva del primer objetivo, son críticos con respecto a los dos restantes. Perciben que el dispositivo fue diseñado “unilateralmente” y que surgió por la necesidad concreta de hacerle frente a una “emergencia hídrica” (MSSF, 2017c). Así, los objetivos del dispositivo van tomando forma *una vez iniciada* la intervención y *según las necesidades que iban surgiendo en el terreno* y concluye con la formulación de tres grandes objetivos: formación, atención médica y diagnóstico de salud de las zonas implicadas (MSSF, 2017b).

Ya leyendo el ASIS te das cuenta que no condice con este dispositivo, para nada. Porque tenemos por un lado las necesidades de las personas reales y por el otro los objetivos del dispositivo, que no, no, no encastra. Se hizo el camino inverso, se presentó algo como propuesta y después se conocieron las problemáticas reales. Entonces vos después ves las dos cosas y decís “no, no”. Para hacer una planificación tenés que estar conociendo cuál es la realidad, porque si no, no se puede (EI-RESI-INTIYACO: 3).

Esta indefinición inicial es percibida por los instructores y residentes como la principal causa de las dificultades que experimentaron en terreno. Si bien entienden que el carácter “experimental” del dispositivo explica esta falta de claridad inicial, consideran que esto provocó no se aprovecharan los recursos humanos calificados para hacer frente a cada uno de los objetivos propuestos (MSSF, 2017c: 26). Reconocen que las demandas más estructurales con las que se encontraron en terreno (falta de profesionales para la atención cotidiana, magro desempeño de los profesionales existentes), no pudieron ser satisfechas. Por lo cual, los objetivos de relevamiento y atención se superponían, dada la alta demanda de la población local en vista de la presencia de los jóvenes.

Instructores y residentes remarcaron la necesidad de contar con acompañamiento, para que estas experiencias cumplan con el doble objetivo de atender los problemas de salud y, en simultáneo, aprender de eso. Participar del dispositivo les permitió comprender la importancia del liderazgo, como condición de eficacia de dispositivos de intervención en terreno. La ausencia de figuras que coordinaran, organizaran los grupos y distribuyeran las tareas a desempeñar por los residentes, fue recurrente en las entrevistas con estos actores.

La vez que más me sirvió fue la vez que fuimos con una jefa de residencia, porque la chica esta nos organizaba. Entonces, es como que estaba bueno porque nos dividió más la función, nos decía “bueno tenemos que buscar esto, esto y esto”. Entonces, si hubiese sido así desde el principio hubiese sido más aprovechable para todos, y los resultados hubiesen sido distintos también, de la ASIS y demás, pero bueno no fue así (EI-RESI-INTIYACO: 5).

El tipo de metodología utilizada en el dispositivo y la experiencia en terreno “sensibiliza” en las problemáticas y las condiciones del norte de la provincia, cumpliendo con el objetivo de formación académica y profesional de los residentes. Sin embargo, la falta de claridad en los objetivos, las dificultades de “gestión en salud” y las dificultades de articulación institucional con las que se encontraron en terreno resulta en un balance final

marcado por el desaliento con respecto al potencial de la intervención y la desconfianza en la metodología implementada y en los referentes institucionales del MSSF.

La percepción de los instructores y residentes es que el funcionamiento institucional general de las localidades se encuentra atravesado por cuestiones de índole “política”, afectando el desarrollo de las actividades y -especialmente- la gestión de la atención primaria de la salud (MSSF, 2017c: 25). La formulación de objetivos “sobre la marcha”, derivó en dificultades para organizar los equipos y las tareas individuales. Los entrevistados reconocen la relación entre las residencias en el sector público y “la política”; una relación especialmente estrecha en la especialidad de medicina general y familiar. Aluden que la presencia de lógicas institucionales dispares puede afectar el desempeño de los objetivos y explican la dificultad del trabajo en redes e intersectorial en torno a problemáticas socioeconómicas y culturales como también familiares o conyugales dentro de la comunidad, por ejemplo, violencia de género (MSSFc, 2017:26,27).

Las diferencias de ideologías se convierten en obstáculos para el trabajo en red y la formación de equipos a nivel local, lo que en definitiva siempre termina perjudicando a la población que queda en el medio (2017:13).

Una preocupación de los residentes es la falta de continuidad en el tratamiento de las problemáticas sociosanitarias que el dispositivo debe resolver en la comunidad donde está destinado. Cuestionan que los “beneficiarios” de estas intervenciones tengan que resignarse a una ayuda “rotativa” de corta duración. Por el contrario, afirman que estas poblaciones necesitan contar con equipos estables de profesionales (locales o radicados) que se ocupen y garanticen las condiciones mínimas de funcionamiento. El tiempo destinado al relevamiento y a la atención parece no haber sido suficiente para resolver problemas estructurales, que son previos al conjunto de estrategias desplegadas. Consideran que, si bien un equipo rotativo puede ser bueno para cubrir áreas de vacancia (por ejemplo, para atender el “mal de chagas”), debe contar con una estructura estable por detrás que planifique y coordine estas intervenciones puntuales. Como resume una entrevistada, “tienen el centro de salud, lo que no tienen son equipos” (EI-RESI-INTIYACO: 4).

4.3. Conclusiones parciales

La opción de realizar la residencia por CP (y la movilidad territorial propuesta) es *vivida* de manera diferente por los residentes. Esta heterogeneidad bien conocida por los residentes (porque la *viven*); también es identificada por el resto de actores analizados (porque la *sufren*: las vacancias, las renunciadas). Las variaciones de *lectura* y *uso* de una misma convocatoria (de un mismo contrato) dan cuenta de distintos perfiles de residentes. La convocatoria a residencias por CJ permite lecturas ambivalentes, según el perfil de residente que la use: algunos la leen como una vía de acceso fácil a la especialización, otros como una alternativa de retorno a sus lugares de origen con un trabajo asegurado (“quiero volver, formado y con cargo”).

Para los perfiles interesados en la formación continua (académicos) y en revalorizar el título, la convocatoria de residencias de CJ constituye una vía de acceso a la especialización en un contexto de competencia. Así, la convocatoria puede ser *cooptada* por un perfil cuya motivación principal para postular reside en su facilidad de acceso, pero no están interesados en la movilidad ni en la radicación. Este perfil no constituye un destinatario *deseado* por las residencias de CJ, pero es su consecuencia *no deseada* (una externalidad). Para los que privilegian proyectos de vida más *tradicionales* (estables, arraigados), la convocatoria por CJ se presenta como una alternativa atractiva, porque articula la especialización con otras expectativas no estrictamente profesionales.

Estos hallazgos muestran que una política pública que promueve la movilidad o la radicación temporal o definitiva debe estar enfocada en actores interesados en mundos *más estables*, que vean esta oferta como *algo más* que una oportunidad de formación profesional o de percepción momentánea de una renta. Ese *plus* (vida tranquila, redes de contención afectivas, proyecto de construcción de familia) que solo pueden valorar aquellos residentes para los cuales el desarrollo profesional es *una entre tantas* otras expectativas por lograr a futuro.

El análisis también enseña que es importante que los destinatarios de estas convocatorias puedan *visualizar* con más claridad que lo que se ofrece no es sólo una oportunidad individual -formación académica, dinero o formación profesional-, sino una pertenencia institucional + crecimiento profesional + mantenimiento de los vínculos personales y familiares. En otras palabras: un proyecto de vida planificado *a partir* de una inserción laboral.

Delimitar con mayor claridad el perfil de médico *deseado* para el norte y *necesitado* por el norte, permitiría afinar más la *puntería* en los procesos de selección de las convocatorias, desalentando perfiles oportunistas que hacen perder un *tiempo* y un *dinero* que son públicos. Como lo expresó muy bien un funcionario descentralizado en el norte, los ofrecimientos de “irse a vivir” a zonas desaventajadas ya no estarían siendo tan atractivos, ni siquiera bajo el formato de médico full time.

Te explico, te vuelvo a repetir lo mismo, porque acá cuando hay un ofrecimiento, es irte a vivir. Te dicen “¿querés irte a trabajar a Intiyaco?”, ya se imaginan dónde tenés que vivir. Eso es lo que quiero hacer sacar de la cabeza en mi gestión, yo les propongo te hago laburar dos días, te doy una habitación con aire acondicionado, una mucama que te cocine al mediodía y a la noche, dos días. E: *¿Y ahí, conseguiste atraerlos, por lo menos?* Y, por lo menos me están trabajando (EL-FUN-NORTE[4], 2017).

Así, los residentes oriundos de localidades históricamente desaventajadas (como las del norte) y los residentes atraídos por estilos de vida estables y arraigados a un territorio son los que presentan un mayor potencial, porque sus motivaciones y deseos son *más afines* a las exigencias y necesidades que la política busca satisfacer.

5. MODELOS DE SOLUCIONES DE LA DISTRIBUCIÓN DESIGUAL DE MÉDICOS

En este apartado se describen tres modelos concretos de incentivos para la radicación de médicos en zonas adversas, que sin ser exhaustivos constituyen tipos ideales⁴¹, que permiten su comparación con las soluciones identificadas en la Provincia de Santa Fe.

5.1. La situación en la Argentina

El *problema de la distribución desigual de médicos* afecta tanto a Santa Fe (Donnet & García, 2014) como a las demás provincias de la Argentina. Las zonas del país que carecen de médicos no sólo son los departamentos santafesinos menos poblados, como General Obligado, Vera y 9 de julio; sino también, por ejemplo, las ciudades de la frontera de Misiones con Brasil, los municipios del interior de Buenos Aires y la mayoría de las localidades de Tierra del Fuego. En estos y otros casos (Corrientes, Córdoba, Neuquén), los médicos que más se necesitan son los especialistas; desde los más genéricos (generalistas, clínicos) hasta los más específicos (ginecólogos, obstetras, pediatras, anestesistas, cirujanos, terapistas, cardiólogos, oftalmólogos).

Por eso, en otras provincias de la Argentina también hay *modelos de soluciones para el problema*. Los de Misiones, Buenos Aires y Tierra del Fuego son claros ejemplos de sistemas orientados a la radicación y el ejercicio de los médicos en zonas adversas del país.

En el 2014, el diputado provincial de *Misiones* por la Unión Cívica Radical, Walter Molina; presentó en la legislatura de su provincia un proyecto de ley para la creación de un programa de “Fortalecimiento Sanitario en Áreas Vulnerables” (FOSSAV). Este proyecto da incentivos: ofrece mejoras en la vivienda y el trabajo del médico que se radique y ejerza en una zona vulnerable misionera. Concretamente, plantea atraer al especialista con un alojamiento y una mayor remuneración: con que va a tener una casa y ganar más. Según el mismo texto del proyecto, se brindan tres fortalecimientos. A) La “asignación de un adicional por ‘zona desfavorable’ incluido en los haberes mensuales, equivalente a un salario mínimo vital y móvil”. B) “Un estímulo extraordinario inicial para su traslado y radicación de su grupo familiar, correspondiente al equivalente a dos salario mínimo vital y móvil”. C) La “facilitación de acceso a una vivienda con el IPRODHA (Instituto Provincia de Desarrollo Habitacional)” (Molina, 2014).

Dos años después, en el 2016, el Ministerio de Salud de *Buenos Aires* conducido por Cambiemos lanzó un programa llamado “Quiero ser residente” (QSR). Como el proyecto de ley anterior, este programa da incentivos; es decir, ofrece mejoras en la vivienda y el trabajo del médico. Pero no apunta al profesional ya especializado, sino al

⁴¹Un tipo ideal es una herramienta metodológica que sirve para la comparación. Si bien es un constructo teórico, se nutre de las características y rasgos de casos empíricamente existentes. Un tipo ideal condensa estas características y rasgos acentuando los más típicos y específicos (Weber, 1973).

graduado. Y, aunque en última instancia busca que después se radique y ejerza como especialista en una zona interna de la provincia, lo persigue indirectamente; otorgando estímulos para su especialización allí y esperando que tras ello permanezca en el lugar. Más precisamente, plantea atraer al graduado a una residencia tanto con un alojamiento y una mayor remuneración como con una mejor formación y una alta estabilidad futura. O con que va a tener una casa y ganar más, y también saber más y al final tener un cargo. Teniendo la expectativa de que posteriormente continúe viviendo y atendiendo en el lugar. O sea, de que no se vaya. Acorde con la propia Ministra de Salud de Buenos Aires, se brindan cuatro fortalecimientos. A) “Calidad formativa”; al “sumar instructores, nuevas tecnologías” y mediante “la posibilidad de que realicen cursos”. B) “Una vivienda para afincarse”. C) La “inserción laboral posterior”. D) “Un plus salarial con fondos propios más allá del sueldo que cobran de la Provincia”. Lo primero se cubriría con fondos de la provincia y lo restante con el presupuesto de los municipios (La Verdad, 2016).

Hace once meses, en el 2017, el Ministerio de Salud de *Tierra del Fuego* dirigido por el Frente Tierra de Unión abrió una convocatoria. Al igual que los modelos previos, esta convocatoria da incentivos; esto es, ofrece mejoras en la vivienda y el trabajo del médico. No obstante, apunta de nuevo al profesional ya especializado, y no al graduado. Además, vuelve a buscar directamente que el médico se radique y ejerza como especialista en cualquier zona de la provincia. Lo que plantea es atraer al especialista tanto con un alojamiento, una mayor remuneración y una alta estabilidad como con una mejor jubilación. O bien, con que va a tener una casa, ganar más y tener un cargo, aparte de poder retirarse antes. Conforme al propio Ministro de Salud de Tierra del Fuego, se brindan cinco fortalecimientos. A) “Un sueldo” alto; “de hasta 75 mil pesos” o “de entre 60 mil y 75 mil pesos”: “varía según la cantidad de guardias activas o pasivas que hagan los profesionales”. B) “La estabilidad de la planta permanente”. C) “Un ‘interesante’ régimen jubilatorio”; “al que se puede acceder a los 55 años”. D) “Un plus habitacional”; “de \$6.500 por seis años”. E) “La tramitación para el acceso a una vivienda, a mediano plazo, a través del Instituto Provincial de la Vivienda” (Infobae, 2017).

Aunque sean impulsados para provincias diferentes por actores distintos, los modelos misionero, bonaerense y fueguino tienen una característica común: para la radicación y el ejercicio del médico en una zona adversa de la Argentina, le dan incentivos. Y estos incentivos son mejoras en su vivienda y su trabajo. Es por eso que se puede plantear que estos modelos son modelos *de fomento*, en general, y modelos de fomento *económico*, en particular.

La siguiente parte del informe se ocupa de relacionar estos tres modelos de otras provincias de la Argentina con los de Santa Fe. Principalmente, para identificar las diferencias y las semejanzas entre ellos y, en definitiva, analizar sus respectivas ventajas y desventajas.

5.2. La situación en Santa Fe

En Santa Fe, los *modelos de soluciones para la distribución desigual de médicos* no son nuevos. Se remontan, al menos, doce años atrás; cuando en el 2006 el Ministerio de Salud de la provincia conducido por el Partido Justicialista, particularmente por Silvia Simoncini, implementó un sistema que se orientó en ese sentido: la convocatoria para cargos full time (GSF, 2006-2007). Las estrategias, no obstante, no se han conservado idénticas. Han ido cambiando con la dirección del Ministerio de Salud por el Partido Socialista; concretándose principalmente en otros dos recursos, que son el concurso de cupo jerarquizado (MSSF-RM N° 0217, 2015) y el dispositivo Intiyaco (MSSF, 2017). En el transcurso, además, las metodologías se han ido reconfigurando. Por ejemplo, hace más de tres años, el senador provincial por Las Colonias y el Partido Justicialista, Rubén Pirola; presentaba otro proyecto que se encaminaba a la misma problemática y que al final fue sancionado como ley: la Ley N° 13.520, de Creación del Sistema Provincial de Estímulo para los Trabajadores de Salud que se desempeñan en ámbitos Rurales (SPETSR) (LEY-CSSF N° 13.520, 2015). Incluso, hace apenas dos meses, en su rol actual de diputada provincial Simoncini presentó un proyecto de ley-comunicación que recupera el método del cargo full time (Simoncini, 2018).

5.2.1. El modelo de médico full time

Como los modelos de Misiones, Buenos Aires y Tierra del Fuego de hoy, en Santa Fe la convocatoria para cargos full time da *incentivos*: ofrece mejoras en el *trabajo* del médico que se radique y ejerza en una zona inhóspita del norte de la provincia. Concretamente, plantea atraer al *especialista* (preferentemente, al generalista o al clínico) con una plena estabilidad y, así, una máxima remuneración: con que va a tener un cargo a tiempo completo y, por eso, ganar mucho más.

Seis meses después de la apertura de la convocatoria, en el 2007, diecisiete médicos asumieron en cargos full time; con dedicación exclusiva y de 44 horas semanales. De esta forma, “las localidades de La Sarita, Villa Ana, Arroyo Ceibal, Florencia, Villa Guillermina y El Arazá del departamento General Obligado”; “Garabato, Los Amores, Tartagal, La Gallareta, Golondrina, El Toba, Intiyaco y Fortín Olmos, en el departamento Vera”; y “Pozo Borrado, Gregoria Pérez de Denis y Villa Minetti, en 9 de Julio”; pasaron a tener cada una un médico full time (GSF, 2006-2007). Hoy en día, el proyecto de ley-comunicación presentado en la legislatura se orienta en ese mismo sentido.

La Cámara de Diputados veía con agrado que el Poder Ejecutivo, por intermedio del organismo competente, garantice la permanencia de un equipo de salud que tenga al menos un médico full time, dos enfermeras y un promotor de salud, que cubra los requerimientos de atención en la localidad de Golondrina, El Támano y Cañada Ombú, del Departamento de Vera (Simoncini, 2018).

5.2.2. El modelo de médico para ámbito rural

Al igual que el modelo de médico full time; la ley de desempeño para el ámbito rural da *incentivos*; es decir, ofrece mejoras en el *trabajo* del médico que se radique y ejerza en una zona rural de Santa Fe. Pero no plantea atraer al *especialista* (concretamente, al generalista) necesariamente con una plena estabilidad y, así, una máxima remuneración; sino al menos con una alta estabilidad y una mayor remuneración, y también con una mejor formación y una gran movilidad. O con que va a tener un cargo y ganar más, aparte de saber más y poder irse a otro lugar.

Aunque, según la ley, el cargo que se adjudique puede llegar a ser full time: “para el SPETSR, los cargos son de 44 horas semanales de carga horaria con y sin dedicación de tiempo completo” (LEY-CSSF N° 13.520, 2015: artículo 7). En cualquier caso, la bonificación que se suministre deberá variar en la medida en que la zona rural sea más o menos inhóspita.

4) Bonificaciones especiales:

a) Zonas rurales inhóspitas y semi-inhóspitas: los profesionales radicados en zonas inhóspitas o semi-inhóspitas, determinadas previamente por el Poder Ejecutivo a propuesta del Ministerio de Salud, tendrán la siguiente bonificación:

Zona rural inhóspita: el 70% del sueldo que perciba el trabajador.

Zona rural semi-inhóspita: el 35% del sueldo que perciba el trabajador (artículo 13).

En ambos escenarios, es necesaria la “actualización y capacitación”; mediante “becas para cursos de post-grado”, “rotaciones por establecimientos de mayor complejidad” y “programas de formación continua” (artículo 10). Además, se requiere la “posibilidad de traslado hacia centros de mayor complejidad”; lo cual es “optativo a partir de los 10 años de prestación de servicios” (artículo 11).

A tres años de su sanción, la ley de médico para el ámbito rural aún no se ha implementado por no estar reglamentada.

5.2.3. El modelo Intiyaco

De idéntica forma que los modelos de médico full time y médico rural; el dispositivo Intiyaco da *incentivos*; esto es, ofrece mejoras para el médico. No obstante, no apunta al profesional ya especializado, sino al *residente*. Más que concentrarse en su trabajo, lo hace en su *carrera*. Y, si bien en última instancia busca que después se radique y ejerza como especialista en zonas críticas del norte de Santa Fe, lo persigue indirectamente; otorgando estímulos para su *movilización* allí y esperando que tras su especialización se instale en uno de los lugares. Más precisamente, plantea atraer al médico residente (concretamente, al generalista) a una tarea itinerante con una mejor modalidad de formación. O sea, con la práctica de la medicina y de su investigación en lugares exigentes; y el intercambio en ellos con otros médicos (generalistas y no generalistas), una vez a la semana, durante dos días, a lo largo de dos meses. Teniendo la expectativa

de que posteriormente regrese a vivir y atender en las localidades. O bien, de que vuelva y se quede.

Aun así, acorde con los actores, la movilización puede llegar a ser en sí misma una forma de afrontar el problema. De hecho, permitiría una asistencia primaria en Intiyaco, Golondrinas, Los Tábanos y Colmena. En todo caso, el proyecto que fundamenta al dispositivo sostiene que sus objetivos específicos son: a) “estimular un rol activo de residentes de medicina general y familiar”, en estas cuatro localidades; b) “propiciar el intercambio entre residentes de medicina general y familiar de las diferentes sedes”, de Santa Fe, Reconquista, Santo Tomé, Esperanza y San Justo; c) “constituir equipos interdisciplinarios de trabajo en terreno”, en territorios que históricamente son precarios; d) “brindar asistencia sanitaria a la población”, según el escenario; y e) “promover la investigación como práctica necesaria en la formación médica de postgrado”, particularmente en la residencia (MSSF, 2017).

De cualquier manera, el dispositivo Intiyaco no es el único modelo que hoy es impulsado por el Ministerio de Salud. A su lado, y aún con más fuerza, está el concurso de cupo jerarquizado.

5.2.4. El modelo de cupo jerarquizado

A diferencia de los modelos de médico full time, médico rural e Intiyaco; el concurso de cupo jerarquizado no se caracteriza por dar incentivos. Más bien, lo que lo distingue es asumir un *compromiso*, esperando que después sea retribuido. De manera semejante al modelo de Buenos Aires, la responsabilidad que toma no apunta al profesional ya especializado, sino principalmente al *graduado*. Y, de modo parecido al modelo Intiyaco, la obligación que contrae se concentra menos en el trabajo del egresado que en su *carrera*. Lo que le ofrece son mejoras en su trayectoria, si decide especializarse. Sin embargo, a la vez le demanda como *compromiso* que después, como especialista, se radique y ejerza en una zona crítica de Santa Fe un período mínimo. Más exactamente, plantea atraer al graduado o al especialista básico a una residencia con una mejor y mayor posibilidad de formación y una alta estabilidad futura. O la prioridad para elegir dónde hacer la residencia; y un cargo en el lugar precario, tras la misma. Y, en el caso de haber nacido, hecho la secundaria y/o tener el domicilio en el territorio; dos puntos más en la evaluación de sus antecedentes para concursar la residencia. Pidiéndole a cambio que posteriormente viva y atienda en la región al menos un año. O que vuelva y se quede, aunque sea durante ese tiempo.

La resolución que reglamenta el concurso define al cupo jerarquizado como “cupos especiales de residencias que serán priorizados territorialmente”; y que buscan “que quienes sean formados por el Sistema de Residencias de la Provincia, ejerzan posteriormente la especialización concursada y aprobada durante el período de formación, en el territorio” (MSSF-RM N° 0217, 2015: 4). Para eso, se dispone que el cupo jerarquizado implique algunos beneficios y también un compromiso. Por un lado,

conlleven “la prioridad de acceder a un cargo de carácter legal”; “en efectores dentro del territorio de la Región de Salud a la cual se inscribió una vez concluido el período de formación” (p. 4-5). Por otro lado, acarrear un “compromiso de desempeño del egresado de la residencia en la Región de Salud a la cual se inscribió y concursó” (p. 5); con “una duración de un año” y la posibilidad de que sea “sin límite de tiempo”, “en forma interina” (p. 7). A quien, además, presente dos de tres certificados: “de nacimiento en la Región a la que se postula”, “de estudios secundarios en Establecimientos Educativos” y de “domicilio real actual” allí; se le adjudican dos puntos a sus “antecedentes” (p. 12). Y, ante aquellos que optaron por “cupos generales”, la “prioridad de acceder a las sedes disponibles según la especialización en la cual concursan” (p. 15).

El concurso de cupo jerarquizado, junto al dispositivo Intiyaco, la ley de médico rural y el proyecto de ley-comunicación de médico full time; son los cuatro modelos que hoy tienen mayor o menor vigencia en Santa Fe. Tras la descripción que se acaba de hacer de ellos, a continuación, se plantea una forma de clasificarlos desde la herramienta sociológica de los *tipos ideales*.

5.2.5. Los modelos de fomento y de acuerdo

Los *modelos de médico full time, médico rural e Intiyaco*, para la radicación y el ejercicio del médico en una zona adversa de Santa Fe, le dan incentivos. En este punto se asemejan a los sistemas de Misiones, Buenos Aires y Tierra del Fuego. Y, en línea con lo que se planteó antes, en general se pueden llamar modelos *de fomento*. Porque buscan activar, animar, empujar, al médico.

El modelo de *médico full time* ofrece mejoras en el trabajo del médico ya especializado que se radique y ejerza en una zona inhóspita del norte de Santa Fe. Plantea una plena estabilidad y, así, una máxima remuneración. Por su parte, el modelo de *médico rural* ofrece mejoras afines en el trabajo del médico ya especializado que se radique y ejerza en una zona rural. Lo que plantea es una alta estabilidad, una mayor remuneración, una mejor formación y una gran movilidad. Ambos modelos, por eso, se asemejan a los sistemas de Misiones, Buenos Aires y Tierra del Fuego en otro punto más: se concentran en el trabajo, la labor, la actividad, del médico ya especializado. Entonces, en la misma línea que se viene siguiendo, en particular se pueden llamar modelos de fomento *económico*.

El modelo *Intiyaco*, en cambio, no sería de este tipo particular. Lo que ofrece son mejoras en la carrera del médico residente que se movilice a zonas críticas del norte de Santa Fe; buscando que después se radique y ejerza como especialista allí. En el presente, aquello que plantea es una mejor modalidad de formación. Por tanto, deviene un sistema en algo diferente. Al cual se podría llamar modelo de fomento *profesional*. “Profesional”, en el sentido de que se concentra en la carrera, la trayectoria, el recorrido, del médico residente.

El modelo de *cupo jerarquizado*, para la radicación y el ejercicio del médico en una zona crítica de Santa Fe, asume un compromiso con el graduado para su especialización; esperando que después, como especialista, lo retribuya permaneciendo en el lugar precario. En el ahora, lo que ofrece es una mejor y mayor posibilidad de formación y una alta estabilidad futura; y lo que demanda es una posterior continuación de la vida y la atención en el territorio. Este es un punto que lo distingue de todos los sistemas anteriores: brindarle mejoras al médico, pidiéndole a cambio una acción de devolución. En consecuencia, de forma amplia se lo podría llamar modelo *de acuerdo*. Además, se lo podría precisar como un modelo de acuerdo *profesional*. Dado que, al estilo del modelo Intiyaco, se concentra en la carrera del médico graduado.

5.3. Conclusiones parciales

A partir de la tipología de los cuatro modelos de soluciones para la distribución desigual de médicos vigentes en Santa Fe, a continuación, se analizan sus *ventajas y desventajas relativas*.

5.3.1. Las ventajas y las desventajas de los modelos de fomento

Los *modelos de fomento* (médico full time, médico rural, Intiyaco) tienen una *fortaleza* central: dan incentivos para la radicación y el ejercicio del médico en una zona adversa; buscando animar su anhelo de vivir y atender allí: en definitiva, persiguiendo activar su *deseo*; uno de los motivos más dinámicos de su vida y de la vivencia de una persona en la sociedad contemporánea. Hoy, la vida social se configura más por lo que los individuos deciden bajo las condiciones de su entorno; y menos por aquello que las instituciones les imponen independientemente de sus preferencias. Y estos modelos se orientan en el primer sentido.

Los modelos de fomento *económico* (médico full time, médico rural) tienen otra *fortaleza* clave: los incentivos que dan al médico son mejoras en su vida *material*; uno de los órdenes principales de la vivencia de una persona en la sociedad contemporánea. Las mejoras que ofrecen en la remuneración del médico (un sueldo máximo o una bonificación) refieren a un aspecto básico de su experiencia: su salario.

En cambio, el modelo de fomento *profesional* (Intiyaco) es *fuerte* principalmente porque los estímulos que otorga al médico son fortalecimientos en otro plano preeminente de la vida social de hoy: la vivencia *educativa*. Los fortalecimientos que brinda en la formación del médico (una práctica en un lugar exigente) remiten a su oficio; que es otro rasgo elemental de su experiencia.

Ahora bien, tanto los modelos de fomento *económico* como los de fomento *profesional* tienen una *debilidad* crucial; a saber, que los incentivos que dan al médico son mejoras *sólo* en su vida material o educativa. Es decir, ignoran que los fortalecimientos en su trabajo o su carrera no son los únicos que favorecerían su vivencia. Ante todo, desconocen que también lo harían los avances en su experiencia relacional, en sus

socializaciones con otras personas. Por ejemplo, no consideran ofrecer mejoras en sus interacciones cotidianas. Entre otras cosas, brindándole una mayor posibilidad de radicarse en la zona adversa con su familia. No sólo proveyéndole un alojamiento, sino también facilidades para su pareja y/o sus hijos; como acceso a actividades laborales, escolares o recreativas⁴².

En cualquier caso, los modelos de fomento *económico* tienen una *oportunidad* decisiva; que se relaciona con los incentivos que dan al médico como remuneración. Estos estímulos dependen de que este tenga el deseo de mejorar su *ganancia*. Y tal anhelo, según los actores, es fuerte en el profesional de la Argentina. Ganar más sería una meta prioritaria del médico del país.

Por su parte, el modelo de fomento *profesional* es *oportuno* en especial por otra razón. Las motivaciones que proporciona al médico como formación casi no han sido implementadas en la Argentina, pero pueden llegar a tener *éxito*. Sus participantes suelen sostener que este sistema ayuda al profesional a saber cómo trabajar bajo las condiciones desafiantes de las zonas adversas del país.

Hay otra oportunidad importante para dos de estos modelos (*médico para ámbito rural, Intiyaco*): los incentivos que dan se enfocan en el *generalista*; el especialista que, al menos por su formación, más se interesaría en aportar a la salud en una zona adversa. Su especialización se apoya en la comprensión del ambiente de los pacientes y en la valoración de sus derechos como personas.

Es muy oportuno respecto a dos de los modelos (*médico full time, médico para ámbito rural*) otro aspecto; que es que los estímulos que otorgan, de ser exitosos, demandarían un *corto* plazo para avanzar en la solución del problema; un tiempo que facilitaría su concreción antes de un posible cambio de gobierno. El primer modelo (*médico full time*) ya ha sido un claro ejemplo de ello (en menos de un año, diecisiete médicos se radicaron en zonas adversas del norte de Santa Fe).

Y es sumamente oportuno, a propósito del último modelo (*Intiyaco*), otro rasgo más; a saber, que las motivaciones que proporciona como formación demandan *menos*

⁴² En una entrevista reciente al ex-ministro de salud de La Pampa se propone la adecuación del modelo de fomento económico a los proyectos de vida familiares, para "que los médicos se instalen en interior de provincia". Señala que el problema no es la "falta de especialistas sino de médicos generalistas que se quieran instalar en el interior de la provincia". Y propone: "la estrategia no es ofrecer un trabajo sino un proyecto de vida a una familia, no solo al médico. No lo definimos para toda la vida, sino que es progresivo, arrancan en el interior de la provincia y luego poco a poco se van mudando a centros de mayor complejidad, si lo desea el profesional. Cuando te decía que ofrecemos un proyecto de vida significa ofrecerle también un trabajo a la pareja, ofrecer una solución habitacional, que puedan capacitarse en forma permanente en otros centros, que puedan hacer guardia en centros de mayor complejidad, que tengan la posibilidad de hacer vínculos con otros profesionales de otros hospitales, para poder derivar a una persona determinada y no a un hospital. Además plantea la necesidad de dar un marco estable a la relación laboral: "Durante años ocurría que estaban con contratos temporarios, que debían renovarse cada dos o tres meses. Ahora nosotros lo que hicimos fue darle regularidad a todos estos médicos, damos un cargo en planta permanente y eso hace que los que tienen que mudarse con su familia sus hijos a la escuela e instalarse, lo hace con un cargo y no viendo a ver si se le renueva contrato. Eso nos permitió contar con médicos que se instalen en el interior de la provincia (Ojuez, 2017).

dinero; un monto más fácil de erogar por el Estado en una coyuntura de desafíos presupuestarios. Las necesidades de Santa Fe son varias y el gobierno debe costear unas sin descuidar otras.

Los modelos de fomento *económico* se encuentran ante una *amenaza* esencial. Los incentivos que dan al médico como remuneración son implementados constantemente en la Argentina, aunque *sin éxito*. El ejemplo más claro es el de Neuquén; en donde a comienzos del 2017 se impulsó un modelo centrado en el alojamiento y la remuneración, y a fines de año prácticamente no había progresos (Río Negro, 2017).

Por su lado, el modelo de fomento *profesional* es *amenazado* sobre todo por otro motivo. Los estímulos que otorga al médico como formación dependen de que este tenga el deseo de hacer una *residencia*. Ocurre que tal anhelo, acorde con los actores, hoy es débil en el profesional de la Argentina. Especializarse no sería un horizonte primario del médico del país.

Existe otra amenaza relevante en cuanto a dos de estos modelos (*médico para ámbito rural, Intiyaco*): no son modelos enfocados en el médico *oriundo* de la zona adversa; el profesional que, al menos por su origen, más valoraría la vida allí. Por el contrario, se trata de una normativa y un programa orientados al médico en general, con independencia de su lugar de origen.

Es bastante amenazante en torno a dos de los modelos (*médico full time, médico rural*) otra dimensión; que al ser médicos a tiempo completo hay desgaste, imprevistos, etc.

Es suficientemente amenazante en lo pertinente al último modelo (*Intiyaco*) otra faceta más. Las motivaciones que proporciona, de ser exitosas, demandarían un *mediano* plazo para avanzar en la solución del problema; un tiempo que dificultaría su concreción antes de un posible cambio de gobierno.

Y no son menos amenazantes, en lo referido al primer modelo (*médico full time*), otros tres factores más. Primero, los incentivos que da no se enfocan en el *generalista*. Segundo, tampoco lo hacen en el médico *oriundo* de la zona adversa. Tercero, estos estímulos que ofrece constituyen una suma de dinero tan grande que pueden crear cierto *recelo* en el profesional no beneficiado; un resquemor que podría llegar a dificultar el funcionamiento del propio sistema de salud en el lugar. Para el médico que gana menos, no es fácil ver con buenos ojos que otro cobre mucho más.

Por último, amenaza a todos estos modelos no dar incentivos que sí son valorados para la vida del médico por los actores. Más que nada, el *acompañamiento*: su estar en compañía de otras personas. La carencia de acompañamiento facilita el agotamiento del profesional. Lo cual es aún más amenazante en el primer modelo (la falta de otros médicos, sumada a un cargo a tiempo completo, predispone todavía más para un cansancio intenso).

5.3.2. Las ventajas y las desventajas del modelo de acuerdo

El modelo de acuerdo (cupos jerarquizado), en sentido amplio, tiene una *debilidad* fundamental: asume un compromiso para la especialización del médico graduado, buscando que este interiorice la responsabilidad de posteriormente radicarse y ejercer en una zona adversa un período mínimo. De esta forma, persigue que subjetive una *exigencia* (es la que se tuvo en cuenta en los diálogos descritos en el apartado de desenlace). La cual, como se insinuó, a diferencia del deseo es uno de los motivos menos dinámicos de su vida y de la vivencia de una persona en la sociedad contemporánea. Otra debilidad se relaciona con que no se proponen facilidades para la ambientación y radicación en una zona adversa (trabajo para la pareja, residencia familiar, etc.).

En sentido preciso, el modelo de acuerdo profesional tiene una *fortaleza* medular, que es que el compromiso que asume con el médico implica mejoras en su vida *educativa*; que, como ya se dijo, es uno de los órdenes principales de la vivencia de una persona en la sociedad contemporánea. Otra fortaleza es la *estabilidad* a largo plazo (dado el cargo interino propuesto por el contrato), en el caso que el médico especialista acceda a radicarse y ejercer en la zona adversa.

Además, el modelo de acuerdo profesional se topa frente a una *amenaza* sustancial. El compromiso que asume con el médico para su formación depende de que este tenga el deseo de hacer una *residencia*. Pero tal anhelo, como se acotó anteriormente, hoy sería débil en el profesional de la Argentina. Si le faltaran las ganas de especializarse, no tendría sentido brindarle mejoras para que lo haga y pedirle a cambio una acción de devolución. Es un modelo aplicable sobre quienes terminan el grado y los cupos vacantes son muy pocos.

Hay otras dos amenazas importantes en lo tocante a este modelo, que conducen a aspectos que se abordaron con anterioridad. De un lado, el compromiso que asume no se enfoca en el *generalista*; que es el especialista que, al menos por su formación, más se interesaría en aportar a la salud en una zona adversa. El modelo de CJ actúa sobre especialidades anémicas en las zonas adversas. Del otro lado, esta responsabilidad que toma, de ser exitosa, demandaría un *mediano* plazo para avanzar en la solución del problema; un tiempo que dificultaría su concreción antes de un posible cambio de gobierno. En última instancia, amenaza al modelo no asumir compromisos que sí son valorados para la vida del médico por los actores. Por encima de todo, en lo que hace al *acompañamiento*.

De cualquier manera, el modelo de acuerdo profesional tiene una *oportunidad* vertebral; que se conecta con el compromiso que asume con el médico para su formación. Este compromiso casi no ha sido implementado en la Argentina. No obstante, como los incentivos del modelo de fomento profesional (Intiyaco), pueden llegar a tener

éxito. El ejemplo más claro es el de algunos especialistas que participaron del sistema y que quieren concretar su propio compromiso.

Existen otras tres oportunidades relevantes en lo que atañe a este modelo, que también llevan a rasgos que se trataron más arriba. En primer lugar, el compromiso que asume se enfoca en el médico *oriundo* de la zona adversa; el profesional que, al menos por su origen, más valoraría la vida allí. En segundo lugar, la responsabilidad que toma para la formación demanda *menos* dinero; un monto más fácil de erogar por el Estado en una coyuntura de desafíos presupuestarios. En tercer lugar, esta misma obligación implica una suma de dinero que, no siendo tan grande, permite renegociar con el médico lo *material*; un intercambio que podría persuadirlo a cumplir con su propio compromiso, en el caso de que no quisiera concretarlo. Cuando lo profesional en sí mismo no alcance a seducirlo, sumar lo económico quizás sí lo haga.

Como síntesis de este apartado del informe, se puede plantear lo siguiente. En Santa Fe, los ejes que podría recuperar un *nuevo modelo de solución para la distribución desigual de médicos* son principalmente dos. El carácter de *fomento*, más que de acuerdo. Y el perfil no sólo económico o solamente profesional, sino más ampliamente *social*.

Los distintos modelos, sus ventajas y desventajas son sistematizados en el Cuadro 6 que se muestra a continuación.

Cuadro 6. Síntesis de las ventajas y las desventajas de los modelos de soluciones

Modelos de soluciones		Ventajas	Desventajas
1. <i>Fomento</i> (De incentivos)		- Buscan activar el deseo	
1.1. <i>Económico</i> (Para el trabajo)	Médico full time	- Da mejoras en la vida material - El médico tendría un deseo fuerte de mejorar su ganancia - Demandaría un corto plazo	- No da mejoras en la vida relacional - Otros como él no tienen éxito - No se enfoca en el oriundo - Puede crear recelo
	Médico rural	- Da mejoras en la vida material - El médico tendría un deseo fuerte de mejorar su ganancia - Se enfoca en el generalista - Demandaría un corto plazo	- No da mejoras en la vida relacional - Otros como él no tienen éxito - No se enfoca en el oriundo - Demandaría bastante dinero - No da acompañamiento
1.2. <i>Profesional</i> -Intiyaco (Para la carrera)		- Da mejoras en la vida educativa - Puede llegar a tener éxito - Se enfoca en el generalista - Demandaría menos dinero	- No da mejoras en la vida relacional - No se enfoca en el oriundo - Demandaría un mediano plazo - No da acompañamiento
2. <i>Acuerdo profesional</i> -Cupo jerarquizado (De compromisos alrededor de la carrera)		- Da mejoras en la vida educativa - Puede llegar a tener éxito - Se enfoca en el oriundo - Demandaría menos dinero - Permite renegociar lo material	- Busca la subjetivación de una exigencia - No da mejoras en la vida relacional - Demandaría un mediano plazo - No da acompañamiento

Fuente: elaboración propia

6. CONCLUSIONES

En este estudio se abordó el problema de la distribución de los médicos en el territorio santafesino, desde una perspectiva *multidimensional* que combina la dimensión estructural (características del espacio y del sistema de salud), normativa-institucional

(diseño de reglas) y subjetiva-simbólica (representaciones sociales sobre el norte; motivaciones, expectativas y metas aspiracionales de los potenciales destinatarios).

Teniendo en cuenta que cada apartado de este documento culmina con conclusiones parciales, este numeral se enfoca en la *finalidad* del estudio: proponer un modelo de incentivos para movilidad y radicación de médicos en el norte de Santa Fe, que permita mejorar las políticas públicas existentes y que tome en cuenta esas tres dimensiones.

La descripción de las características estructurales del norte y del funcionamiento de salud en esa zona, sumado al análisis de las distintas miradas que los actores entrevistados tienen sobre el problema y su solución; muestran la necesidad de *combinar en el perfil de médico requerido* dos tipos de competencias profesionales: a) poder atender a una variedad de problemas de salud desde un enfoque preventivo e integral; b) saber gestionar recursos que permitan el ejercicio de la profesión bajo condiciones adversas.

El análisis de las residencias como etapa bisagra de las trayectorias de los residentes y el balance que los actores entrevistados hacen de las experiencias de residencias de cupo jerarquizado y Dispositivo Intiyaco; indica la *potencialidad* que tienen las políticas públicas orientadas a médicos especialistas en formación. Porque permiten formar al profesional en las competencias y habilidades requeridas para su desempeño en zonas con distintas características.

El análisis de las ventajas y las desventajas de los cuatro modelos de solución vigentes en Santa Fe permite identificar los aspectos que podría recuperar un *nuevo modelo de solución para la distribución desigual de médicos*: a) el carácter de *fomento*, más que de acuerdo; y b) las mejoras no sólo económicas o profesionales, sino también *sociales* (incentivos para facilitar la vida cotidiana y familiar en un nuevo contexto)⁴³.

La exploración de los distintos *desenlaces* ensayados con la primera camada de residentes de CJ, que deben cumplir un año de servicio en efectores de salud del norte santafesino, con posibilidades de radicación en el futuro; ilustra cómo un modelo de *acuerdo* puede transformarse en uno de *fomento*. El desafío consiste en plasmar esas alternativas -personalizadas resultantes de un diálogo y una práctica política-, en el diseño de la convocatoria a concurso. *Institucionalizar* la flexibilidad lograda por los diálogos del desenlace, permitiría afinar los criterios de selección de los destinatarios (para ajustarlo al perfil de médico requerido por el norte y evitar la postulación oportunista) y proporcionaría mayor certidumbre a los postulantes.

En el cuadro 7 que se muestra a continuación, se detallan los aspectos que podrían ser tomados en cuenta en una posible revisión de los diseños de ambas

⁴³ Para el caso de La Pampa, se conoce -por la entrevista a un ex-ministro de salud- una propuesta de solución semejante al de fomento social propuesta aquí. Sin embargo, el modelo pampeano no pudo ser incluido en el análisis porque no se encuentra suficientemente institucionalizado en normas o programas; sino sólo cubierto periódicamente.

experiencias. El cuadro distingue distintas "soluciones" según la especialidad, recuperando las principales motivaciones para postular de los residentes; la formación clave que debieran recibir en la residencia; la obligatoriedad de la participación en dispositivos de intervención (como el de Intiyaco); las variaciones que debieran tenerse en cuenta para el cumplimiento del año de servicio y las chances de radicación definitiva o semi-definitiva.

Cuadro 7. Factores a tener en cuenta para una política de movilidad o radicación

Especialidad	Motivación	Formación durante la residencia		Año de servicio como periodo de prueba	Movilidad o radicación
		Formación general	Participación obligatoria en dispositivos de intervención		
Medicina General y Familiar	<p>*Oriundo del lugar: posibilidad de retorno</p> <p>*Oportunidad de formación por características del trabajo en zonas adversas</p> <p>*Acceso a especialidad en un contexto de competencia</p>	<p>*Gestión</p> <p>*Atención integral</p>	<p>*Sensibiliza</p> <p>*Enseña a ejercer en condiciones adversas</p> <p>*Permite aplicar conocimientos teóricos adquiridos en contextos específicos y adversos</p> <p>*Enseña a gestionar articulando niveles e instituciones</p>	<p>*Centros de salud</p> <p>*Compatibilizar con capacitación continua</p>	<p>*Mayores chances con oriundo del lugar</p> <p>*Mayores chances con proyectos de vida arraigados, estables o tradicionales</p> <p>*No oriundos, radicación permanente: cargo estable + inserción en centros de salud + capacitación continua + facilidades a la familia</p>
Otras especialidades	<p>*Oriundo del lugar: posibilidad de retorno</p> <p>*Oportunidad de formación por facilidad de acceso</p> <p>*Acceso a especialidad en un contexto de competencia</p>	<p>*Técnicas específicas</p>	<p>*Sensibiliza</p> <p>*Enseña a ejercer en condiciones adversas</p> <p>*Favorece el acercamiento a efectores de menor complejidad</p>	<p>*Hospitales</p> <p>*Flexibilizar horario</p> <p>*Compatibilizar con capacitación continua</p>	<p>*Mayores chances de radicación con oriundo del lugar</p> <p>*Mayores chances de radicación con proyectos de vida arraigados, estables o tradicionales</p> <p>*No oriundos, movilidad o radicación semi-definitiva: cargo estable + incentivos económicos + capacitación continua + facilidades a la familia + posibilidad de "ascender" a otros niveles de complejidad al cumplir x años de servicio en zona adversa</p>

Fuente: elaboración propia

7. RECOMENDACIONES

A lo largo de este estudio se identificaron los factores que operan en la distribución desigual de los médicos al interior de la provincia -en los departamentos 9 de julio, General Obligado y Vera-. Atendiendo a que la desigualdad es un problema relacional e involucra a diversos actores e instituciones (Tilly, 1998), la transformación de las dinámicas que crean las desigualdades es una vía interesante para influir en su reproducción. Siguiendo esta línea, las recomendaciones se enfocan en las *innovaciones organizacionales* requeridas, y no en los cambios individuales (de preferencias, actitudes y valores).

7.1. De corto plazo

Para mejorar las residencias de CJ:

- Facilitar el acceso a información oficial completa sobre las características de la convocatoria a residencias de CJ (para evitar la circulación de rumores y desalentar postulaciones oportunistas).
- Incluir actividades vinculadas al lugar donde se realizará el año de servicio, durante las residencias de CJ; prácticas en efectores de salud de la zona a través de rotaciones cortas; participación en dispositivos de intervención focalizados (Intiyaco o similares). Para los más dispuestos a una radicación definitiva o semi-definitiva, este acercamiento podría operar como un factor atrayente. Para los menos dispuestos, sería una oportunidad para ambientarse en las condiciones de trabajo del lugar asignado para el año de servicio. Estas actividades pueden tener un rol significativo sobretodo en el último año de la residencia, donde esta más claro el proyecto de vida de los residentes de cupo jerarquizado (para llegar a la fase de acuerdo)
- Agilizar y adecuar los procesos de contratación de los profesionales destinados a esta zona. Replicar los contratos o dedicaciones propias de lugares donde no escasean los profesionales, es un problema en contextos donde la provisión del servicio funciona diferente. Las dilaciones de los nombramientos y del cobro del primer salario (propios de sistemas administrativos y de gestión de varios ministerios), dificultan la atracción de profesionales y estimulan la huida de los dispuestos a movilizarse.
- Flexibilizar racionalmente la distribución de tareas y la organización horaria, durante las residencias de CJ, para adecuar las rutinas de trabajo a las condiciones del lugar.
- Dialogar individualmente los desenlaces, para empatar las necesidades del MSSF con las del profesional dispuesto a movilizarse. Esta personalización refiere a *lo negociable* del acuerdo: la cantidad de horas de dedicación al cargo público, la mayor

concentración o dispersión de estas horas en la carga semanal, el pago de viáticos o de los gastos de transporte hacia el lugar.

Para mejorar los dispositivos focalizados de intervención (Intiyaco):

- Diseñar un protocolo de intervención genérico y adaptable a distintos contextos específicos, lo cual agilizará la etapa de diseño de cada dispositivo y consolidará una línea de abordaje común para cada experiencia que permita evaluaciones periódicas y cambios de acuerdo al diagnóstico realizado en terreno.
- Clarificar los objetivos de la intervención antes de la llegada a terreno, especificando el rol del ministerio, de los equipos establecidos en la zona a intervenir, de los instructores y de los residentes.
- Aprovechar los dispositivos para formar en gestión a los residentes de medicina general y familiar, articulando con los distintos niveles y efectores de salud.

7.2. De largo plazo

- Mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales dispuestos a movilizarse: atender a la dedicación horaria y la organización de los turnos de trabajo, dado que la radicación permanente es percibida negativamente y que el modelo de médicos full time no funcionó de forma eficiente.
- Atender a las particularidades del contexto y aceitar la organización burocrática de acceso a los cargos. Así como se crearon condiciones de acceso excepcionales para las residencias, es necesario también desburocratizar el nombramiento de los profesionales, agilizando las condiciones de acceso a los cargos. Dado el alto recambio de profesionales, es necesario agilizar el primer pago los salarios y los nombramientos, revalorizando el trabajo de los médicos dispuestos a movilizarse.
- Desplegar dispositivos específicos de intervención en las zonas adversas (como el Dispositivo Intiyaco), para acercar y fortalecer vocaciones vinculadas al desarrollo de la salud pública. Esto fortalecería el trabajo de los médicos que prestan servicio de forma permanente con intervenciones periódicas de otros profesionales. Además, permitiría el reconocimiento -a partir del diagnóstico- y el acompañamiento de los médicos allí asentados al funcionamiento del sistema de salud del norte.
- Descentralizar las actividades de formación profesional y el desarrollo de ateneos en espacios cercanos a las zonas donde se radiquen los profesionales.
- Desnaturalizar los imaginarios negativos sobre el norte -en paralelo al efectivo mejoramiento de las condiciones de los servicios- a partir de la resignificación subjetiva del espacio. Una propuesta a largo plazo podría ser la radicación de carreras ligadas a la atención de la salud con un perfil de médico público, que favorecería la formación de médicos de la zona, que entre los entrevistados son los que muestran

mayor interés en prestar sus servicios en la zona. La existencia de centros universitarios en Reconquista y Rafaela (cabeceras de los nodos sobre los cuales se ha desarrollado esta investigación) se presenta como una oportunidad en este sentido. Un paso intermedio podría ser ofertar carreras cortas o formaciones complementarias que además colaboren en el fortalecimiento de los profesionales ya radicados en la zona.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas

Abbott, A. (1991). The future of professions. *Research on the sociology of organizations*, 8, 17-42.

Abbott, A. (1988). *The system of professions*. Chicago, USA: The University of Chicago Press.

Acevedo, G. (2016). Formación elegida por médicos que aprobaron el examen único de residencias y no accedieron al cargo. *Revista Argentina de Salud Pública (RASP)*, 7 (28), 19-25.

Altbach, P. (2001). *Educación superior comparada. El conocimiento, la universidad y el desarrollo*. Buenos Aires: Universidad de Palermo, Cátedra UNESCO de Historia y Futuro de la Universidad de Buenos Aires.

Arón, F., Delgado, L., & Quiroz, A. (2017). En lo profundo de la Cuña Boscosa. Primeros pasos de un ASIS en Intiyaco. *XXXII Congreso*. Mar del Plata: Federación Argentina de Medicina General.

Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Beck, U. (1999). *Hijos de la libertad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

Bourdieu, P. (2013). *La miseria del mundo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (2003). *Los herederos: los estudiantes y la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Donnet, M., & García, G. (2014). *Distribucion de profesionales médicos en especialidades básicas en la provincia de Santa Fe. Año 2014*. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, Argentina: Inédito.

Dubet, F. (2015). *¿Por qué preferimos la desigualdad aunque digamos lo contrario?* Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Dubet, F. (2007). El declive y las mutaciones de la institución. *Revista de Antropología Social*, 16, 39-66.

Germani, G. (1976). La ciudad, el campo social y la gran transformación. En G. Germani, *Urbanización, desarrollo y modernización* (págs. 9-69). Buenos Aires: Paidós.

Germani, G. (1969). *Sociología de la modernización. Estudios teóricos, metodológicos y aplicados a América Latina*. Buenos Aires: Paidós.

Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.

- Giddens, A. (1998). *La transformación de la intimidad*. Madrid: Cátedra.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Herrera, A. (1995). Los determinantes sociales de la política científica en América latina. Política científica explícita y política científica implícita. *Redes*, 2 (5), 95-115.
- Katzman, R. (2001). Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la CEPAL*, 75, 171-189.
- Lahire, B. (2007). Infancia y adolescencia: de los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples. *Revista de Antropología Social*, 16, 21-38.
- Marx, K. (1974). Trabajo asalariado y capital. En *Obras escogidas. Tomo I* (págs. 145-178). Moscú: Ediciones Progreso.
- Molina, W. (2014). *Proyecto de Ley de Fortalecimiento del Sistema Sanitario en Áreas Vulnerables*. Misiones: Cámara de Diputados de la Provincia de Misiones.
- Moravito, A. (2013). Desigualdades en la distribución de médicos en especialidades básicas en la Provincia de Santa Fe (Argentina) en 2008. *Investigación en Salud*, 10 (1), 59-68.
- Ozlack, O., & O'Donnell, G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes*, 2 (4), 99-128.
- Parsons, T. (1966). Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. En *El sistema social* (págs. 274-283). Madrid, España: Revista de Occidente.
- Segura, R. (2006). Segregación residencial, fronteras urbanas y movilidad territorial. Un acercamiento etnográfico. *Cuadernos del IDES*, 9, 3-24.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Signorelli, G. (2018). *Informe final. Estudio socio-sanitario para la radicación de médicos en el norte santafesino. Diagnóstico contextual de los Deptos. Gran Obligado, Vera y 9 de Julio en relación con el sistema de salud de la Provincia de Santa Fe*. Buenos Aires: CFI.
- Stake, R. (1995). *The art of case study*. California: Sage.
- Tilly, C. (2006). *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Manantial.
- Trevignani, V. (2006). *La construcción de la comunidad como utopía y distopía. Dos observaciones empíricas: Villa del Parque y Campo Herrera (Argentina) (Argentina, 1967-1999)*. México: Plaza y Valdéz.
- Weber, M. (1944). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weber, M. (1973). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Documentos normativos

LEY-CSSF N° 13.520 (2015). Creación del Sistema Provincial de Estímulo para los Trabajadores de Salud que se desempeñan en ámbitos Rurales. Santa Fe: Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe.

MSN-RM N° 1993 (2 de Noviembre de 2015). Anexo 1. Reglamento básico general para el sistema nacional de residencias del equipo de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

MSSF-LEY N° 13.520 (6 de Enero de 2016). Creación del Sistema Provincial de Estímulo para los Trabajadores de Salud que se desempeñan en ámbitos Rurales (SPETSR). Santa Fe: Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe.

MSSF-RM N° 0023 (26 de Enero de 2017). Reglamento para el concurso de antecedentes y oposición destinado a cubrir cargos de residentes para el 1° año del año lectivo 2017-2018. Santa Fe: Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

MSSF-RM N° 0217 (19 de Febrero de 2015). Aprobación del Reglamento para el concurso de antecedentes y oposición destinado a cubrir cargos de residentes de 1° año e instructores de residentes para el año lectivo 2015-2016. Santa Fe: Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Simoncini, S. (2018). *Proyecto de ley-comunicación de permanencia de un equipo de salud en el departamento de Vera*. Santa Fe: Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe.

Documentos institucionales

CFI (2017). *Presentación del proyecto. Estudio socio-sanitario para la radicación de médicos en el norte santafesino 02*. Buenos Aires: Consejo Federal de Inversiones (Inédito).

Colegio de Médicos de la Provincia de Misiones (29 de Abril de 2014). *Proponen incentivos para médicos provinciales*. Recuperado el Diciembre de 2017.

GSF (noviembre de 2006). *El Ministerio de Salud seleccionará médicos para que se desempeñen en zonas inhóspitas y seminhóspitas*. Obtenido de Gobierno de la Provincia de Santa Fe: www.santafe.gov.ar

GSF (2016). *Plan del Norte*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2017, de Gobierno de la Provincia de Santa Fe: www.santafe.gov.ar

GSF (16 de mayo de 2007b). *Simoncini pondrá en funciones mañana en Vera a los primeros médicos full time con dedicación exclusiva para zonas inhóspitas*. Obtenido de Gobierno de Santa Fe: www.santafe.gov.ar

GSF (19 de Mayo de 2007a). *Simoncini puso en funciones a la nueva directora del Hospital Reconquista y a 17 médicos full time con dedicación exclusiva para zonas inhóspitas*. Obtenido de Gobierno de la Provincia de Santa Fe: www.santafe.gov.ar

MSN (2008). La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos. *Ministerio de Salud de la Nación*. Buenos Aires.

MSSF (2017). *Sitio web del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe*. Recuperado el 29 de Enero de 2018, de www.santafe.gov.ar

MSSF-INTIYACO[1] (2017). Diseño del Dispositivo en salud "Intiyaco". *Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe* (pág. 3). Santa Fe: Inédito.

MSSF-INTIYACO[2] (2017). *Análisis de Situación de Salud. Intiyaco, Golondrina, Colmena, Los Tábanos. Dispositivo de Intervención*. Santa Fe: Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

OPS (1999). *Definición de los Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. Organización Panamericana de la salud.

Fuentes periodísticas

Diario La Verdad (28 de Julio de 2016). Buscan revertir la falta de médicos con un plan para la radicación de jóvenes profesionales. *La Verdad*.

Diario Río Negro (19 de octubre de 2017). Ofrecen sueldos de \$57.000 y alquiler pero los médicos no aparecen en Neuquén. *Río Negro*.

Diario UNO (17 de Diciembre de 2017). *Hoy los equipos de salud tienen que ser hechos a medida del lugar donde van a intervenir*. Obtenido de Diario UNO: <https://www.unosantafe.com.ar/santa-fe/hoy-los-equipos-salud-tienen-que-ser-hechos-medidas-del-lugar-donde-van-intervenir-n1525591.html>

INFOBAE (27 de Junio de 2017). Tierra del Fuego sale a la búsqueda de médicos. *Infobae*.

Ojuez, R. (2 de diciembre de 2015). La salud que se viene. Canal 2, CPETv. La Pampa.

Ojuez, R. (31 de agosto de 2017). Más médicos para La Pampa. Canal 3. La Pampa.

Entrevistas y grupos focales

EI-FUN-MSSF[1] (31 de Octubre de 2017). Entrevista a funcionario centralizado en Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-FUN-MSSF[1] (31 de Octubre de 2017). Entrevista a funcionario centralizado. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-FUN-MSSF[3] (10 de Noviembre de 2017). Entrevista a funcionario centralizado. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-FUN-MSSF[4] (14 de Noviembre de 2017). Entrevista a funcionario centralizado. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-FUN-NORTE[1] (29 de Noviembre de 2017). Entrevista a funcionario descentralizado en el norte santafesino. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-FUN-NORTE[2] (29 de Noviembre de 2017). Entrevista a funcionario descentralizado en el norte santafesino. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-FUN-NORTE[3] (29 de Noviembre de 2017). Entrevista a funcionario descentralizado en el norte santafesino. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-FUN-NORTE[4] (29 de Noviembre de 2017). Entrevista a funcionario descentralizado en el norte santafesino. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-FUN-NORTE[5] (1 de Diciembre de 2017). Entrevista a funcionario descentralizado en el norte santafesino. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-FUN-NORTE[6] (4 de Diciembre de 2017). Entrevista a funcionario descentralizado en el norte santafesino. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-JEFE-INTIYACO[1] (2 de Mayo de 2018). Entrevista a jefe de residentes en Medicina General y Familiar que participó en Dispositivo Intiyaco. Reconquista.

EI-JEFE-INTIYACO[2] (2 de Mayo de 2018). Entrevista a jefe de residentes en Medicina General y Familiar que participaron del Dispositivo Intiyaco. Santa Fe.

EI-MED-NORTE[1] (29 de Noviembre de 2017). Entrevista a médico del norte santafesino. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-MED-NORTE[2] (29 de Noviembre de 2017). Entrevista a médico del norte santafesino. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

EI-RESI-INTIYACO[1] (3 de Mayo de 2018). Entrevista a residente de Medicina General y Familiar que participó en Dispositivo Intiyaco. Reconquista .

EI-RESI-INTIYACO[2] (4 de Mayo de 2018). Entrevista a residente de Medicina General y Familiar que participó de Dispositivo Intiyaco. Reconquista.

EI-RESI-INTIYACO[3] (3 de Mayo de 2018). Entrevista a residente de Medicina General y Familiar que participó de Dispositivo Intiyaco. Santa Fe.

EI-RESI-INTIYACO[4] (3 de Mayo de 2018). Entrevista a residente de Medicina General y Familiar que participó de Dispositivo Intiyaco. Santo Tomé.

EI-RESI-INTIYACO[5] (3 de Mayo de 2018). Entrevista a residente de Medicina General y Familiar que participó de Dispositivo Intiyaco. Esperanza.

EI-RESI-INTIYACO[6] (3 de Mayo de 2018). Entrevista a residente de Medicina General y Familiar que participó de Dispositivo Intiyaco. Esperanza.

EI-RESI-INTIYACO[7] (2 de Mayo de 2018). Entrevista a residente de Medicina General y Familiar que participó de Dispositivo Intiyaco. Santa Fe.

EI-RESI-INTIYACO[8] (4 de Mayo de 2018). Entrevista a residente de Medicina General y Familiar que participó de Dispositivo Intiyaco. Reconquista.

GF-INTIYACO (6 de Noviembre de 2017). Reunión de equipo de Dispositivo Intiyaco.

GF-JR-REQ (29 de Noviembre de 2017). Grupo focal con jefes de residencia e instructores en Reconquista.

GF-RCJ-CLINICA-REQ-2015/16/17 (29 de Noviembre de 2017). Grupo focal con residentes cupos jerarquizados de medicina clínica, que optaron por nodos del Norte, formándose en Reconquista, convocatoria 2015, 2016 y 2017.

GF-RCJ-GENERAL-REQ-2015/16/17a (29 de Noviembre de 2017). Primer grupo focal con residentes cupos jerarquizados que optaron por nodos del Norte, de la especialidad medicina general, formándose en Reconquista, convocatoria 2015, 2016 y 2017.

GF-RCJ-GENERAL-REQ-2015/16/17b (29 de Noviembre de 2017). Segundo grupo focal con residentes cupos jerarquizados de medicina general, que optaron por nodo del norte, formándose en Reconquista, convocatoria 2015, 2016 y 2017.

GF-RCJ-RAF-2015/16/17 (4 de Diciembre de 2017). Grupo focal con residentes cupos jerarquizados que optaron por nodos del Norte, de distintas especialidades, formándose en Rafaela, convocatoria 2015, 2016 y 2017.

GF-RCJSF-2015 (21 de Noviembre de 2017). Grupo focal con residentes cupos jerarquizados que optaron por nodos del Norte, de distintas especialidades, formándose en Santa Fe, convocatoria 2015.

GF-RCJSF-2016a (21 de Noviembre de 2017). Primer grupo focal con residentes cupos jerarquizados que optaron por nodos del Norte, de distintas especialidades, formándose en Santa Fe, convocatoria 2016, primer grupo.

GF-RCJSF-2016b (21 de Noviembre de 2017). Segundo grupo focal con residentes cupos jerarquizados que optaron por nodos del Norte, formándose en Santa Fe, convocatoria 2016, segundo grupo.

GF-RESI-RO (27 de Abril de 2018). Grupo focal con residentes de cupos jerarquizados que optaron por el norte, formándose en sedes de Rosario.

SIGLAS

APS	Atención Primaria de la Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
CFI	Consejo Federal de Inversiones
CJ	Cupo jerarquizado
CSSF	Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe
GSF	Gobierno de la Provincia de Santa Fe
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
MSSF	Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe
RM	Resolución Ministerial
SAMCO	Servicio de Atención Médica para la Comunidad
SICAP	Sistema de Centros de Atención Primaria
UNC	Universidad Nacional de Córdoba
UNL	Universidad Nacional del Litoral
UNR	Universidad Nacional de Rosario

ANEXOS

Anexo 1. Guion de grupos focales para residentes postulados a cupo jerarquizado

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad, ciudad origen, localidad donde realizó la formación, cantidad de años en que realizó la carrera.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Percepciones sobre el proceso de formación (grado y residencia), dificultades y fortalezas.

Tipos de trayectorias que privilegian y perfiles de formación.

Elección de la especialidad e imaginario sobre residencias (las posibles, accesibles, las rentables, espacios institucionales privilegiados, hospitales *versus* centros de salud, etc.)

Instancias de vinculación con mercado de trabajo (pasantías, etc.) durante la formación.

CONVOCATORIAS

Acceso a la información sobre becas y bolsas de trabajo (canales institucionales, colegio de médicos, instituciones públicas, organismos).

Percepciones sobre la convocatoria, dificultades y fortalezas, ponderación con otras alternativas, temporalidades y requisitos.

Motivaciones para postulación. ¿Por qué optó por este camino? Explorar el peso de distintos factores en la decisión motivacional para la postulación: desempeño académico; lugar de origen; autopercepción de competencias y habilidades.

Indagar sobre la tensión entre lo que premia la academia (desempeño académico) y lo que premia el mercado profesional (desempeño profesional). ¿Qué es lo que se espera de ellos y qué están preparados para dar?

Indagar posibles tensiones durante el proceso decisorio con otros proyectos en curso (personales y/o familiares, laborales, etc.).

EXPECTATIVAS

Expectativas a futuro sobre la obligatoriedad de ir al norte estipulado en el contrato de residencia de cupo jerarquizado: miedos, promesas.

Expectativas sobre qué esperan encontrar o con qué recursos piensan que pueden contar (condiciones materiales de trabajo, regímenes horarios, recursos humanos, posibilidades de formación, acompañamiento institucional por parte de tutores, instructores, autoridades). Indagar si la residencia es percibida como posibilidad de formación o si la proyectan -de forma abierta- como una oportunidad laboral a largo plazo.

Expectativas a futuro sobre fin de obligatoriedad a tres años, año de ejercicio profesional obligatorio. ¿Qué quieren hacer después? ¿En qué se ven trabajando?

Indagar por ejercicio en el ámbito público (cargos en planta permanente, obtención de cargos, etc.) y en el ámbito privado (sanatorio, consultorio, clínica) y posibles tensiones entre esos dos sectores.

Expectativas de desarrollo personal y profesional: proyectos familiares, profesionales, académicos (pos-especialidad). Formas de armonización, articulación y negociación entre el mundo de la familia y el del trabajo.

En caso de que no sean asignados a lugar de origen, ¿qué expectativas tienen sobre el traslado a ese lugar? Indagar representaciones en torno a contextos geográficos y socioculturales diferentes.

CONTRAFÁCTICAS

Mundos ideales: ¿cómo sería una buena formación de grado en medicina? (¿qué saberes, habilidades y capacidades debería enseñar?; ¿cómo debería ser la relación con la práctica?; ¿qué tipo de tareas profesionales debería habilitar el título de grado?).

Mundos ideales: ¿cómo sería una buena formación en especialidades? (residencias, posgrado, etc.).

Mundos ideales para el ejercicio profesional (subespecialidades, posgrados, clínica privada, cargos en planta permanente, regiones, etc.).

Anexo 2. Guion de entrevistas a funcionarios del MSSF

PASADO

Socio historia de la problemática: momento en que se reconoce o comienza a registrar el problema.

Principales factores asociados al problema. Diagnóstico y definición del problema.

Reacciones o actitudes de la población afectada.

Antecedentes de propuestas de soluciones al problema

Relación con el Estado provincial, negociaciones con Ministerio.

Relaciones con Centros privados de salud y Colegios de Médicos.

PRESENTE

Convocatorias y dispositivos: debilidades y fortalezas. Valoración sobre las dos modalidades de convocatoria de las residencias: cupo jerarquizado y cupos generales. Diferencias y aspectos en común, expectativas asociadas a cada una de las modalidades.

Perfil de médico zonas inhóspitas: médicos que sirven y médicos que no. ¿Cuáles son los posibles destinatarios? ¿Qué tipo de cualidades, habilidades, y saberes precisa un médico dichas zonas? ¿Recién egresados? ¿Médicos especialistas?

¿Qué tipo de médico piensa que puede radicarse de forma permanente? ¿Qué posibilidades de trabajo y formación se ofrecen?

Puesta en funcionamiento. Relaciones con Ministerio y con grupos gestores responsables. ¿Cómo reaccionan o reciben los médicos locales a los recién llegados?

FUTURO: Expectativas sobre convocatorias y radicación de médicos

¿Piensa que la/s convocatoria/s va/n a resolver el problema? Tiempo de resolución de la problemática. ¿Qué cosas no van a cambiar y cuáles sí?

¿Qué cambiaría o modificaría si pudiera para resolverlo?

¿Qué tipo de medico querría radicarse de forma permanente y porque? ¿Qué le parece que habría que hacer para que ocurra?

Anexo 3. Guion de entrevistas a instructores y jefes de residentes

Rol y funciones de los actores intervinientes: función de los instructores. Residentes, demandas, descontentos y malestares. ¿Cuáles son los principales problemas que reconoce en las residencias? Relaciones y condiciones laborales.