

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

La disputa por la especialización: la competitividad en las residencias médicas del AMBA en el presente.

Octavio Bramajo.

Cita:

Octavio Bramajo (2015). *La disputa por la especialización: la competitividad en las residencias médicas del AMBA en el presente. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/778>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

El sistema de residencias: experiencias autopercptivas sobre diferentes aspectos de la formación de los médicos en la actualidad.

Autor: Octavio Bramajo

Institución: Universidad de Buenos Aires

onbramajo@gmail.com

Palabras Clave: Salud, Extranjeros, Residencias médicas, Gestión, APS

Resumen: el presente trabajo, de carácter netamente exploratorio, consistió en interrogar con entrevistas en profundidad a jóvenes médicos argentinos de ambos sexos - que viven en el AMBA- que han dado el examen de residencia y que actualmente están especializándose, tanto como residentes u otras figuras participantes del sistema (concurrencias, becarios). Estas entrevistas a los jóvenes especialistas en desarrollo tuvieron tres ejes principales: su percepción general sobre el sistema de residencias, su percepción de la situación de competir y relacionarse profesionalmente con un creciente número de médicos provenientes de otros países y su visión sobre el incipiente paradigma de la Atención Primaria de la Salud (APS) que está siendo impulsado desde el gobierno nacional. Por otra parte, también se analizaron datos publicados por el MSAL y el GCBA en torno al sistema de residencias médicas para complementar, la opinión de los entrevistados. Pero no sólo eso, sino que las voces de los médicos entrevistados profundizan y permean otras cuestiones que los números no dicen.

Sobre los médicos argentinos y el sistema de residencias:

Egresan en Argentina entre 4800 y 5500 médicos por año. La salud de los ciudadanos, salvo algunas excepciones, responde a la jurisdicción de las provincias y los municipios. Las residencias son financiadas por los diferentes ministerios de Salud, tanto los provinciales como el Nacional. Un informe publicado por el MSAL en 2011 estimó que, de 5116 egresados, el 79% provino de la región Central, donde se encuentran la Ciudad de Buenos Aires, la Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. La segunda región en cuanto a cantidad de graduados fue el Noroeste, con tan sólo un 6,5% de egresados, lo cual habla de una notoria disparidad regional.

Los jóvenes médicos, cuando eligen especializarse, apuntan a inscribirse en los concursos que ofrece el Ministerio de Salud, y participan en los diferentes exámenes en los lugares que se les ocurran para la especialidad que les interese, tanto en el ámbito de la salud pública como privada. Estas especializaciones tienen sus propias reglas y su propia dinámica que trasciende el plano educativo. Dicha dinámica es fundamental para entender la formación de recursos humanos en Salud en este país y la composición para el financiamiento y formación de dichos recursos humanos. La formación de grado de los médicos y la necesidad por especializarse para ejercer en determinada área de interés o en búsqueda de una posición económica mejor, entre otras razones, los obliga a formar parte de este sistema.

Aún más, cuando los médicos aplican para las residencias, al no existir restricciones sobre las aplicaciones, la gran mayoría intenta acceder a alguna institución en la región donde se concentra la mayor cantidad de egresados. No sólo los médicos de la propia región central, sino también los médicos de otras regiones y otros países se inscriben en los exámenes de residencia para especializarse en CABA y Provincia de Buenos Aires, los principales destinos de inscripciones. Concurso Municipal, Único, Provincia, Hospitales de Colectividades y Privados son las principales categorías donde los médicos se inscriben.

Argentina como destino educativo para los extranjeros y la formación de recursos humanos en Salud:

Argentina es conocida por proveer un sistema educativo universitario abierto y gratuito no sólo para los habitantes de dicho país, sino también para los estudiantes extranjeros que desean formarse en el exterior. El caso de la Salud es uno de los más emblemáticos en ese sentido. No sólo vienen a estudiar carreras de grado, sino también, aprovechando ciertas ventajas comparativas que ofrece el país (por acción u omisión) también se les posibilita el estudio de una especialización, rentada. Como el sistema es abierto, compiten en igualdad de condiciones que los Médicos Argentinos.

Según la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de Argentina, se estima que el país tiene más de 50000 alumnos extranjeros en carreras de grado. El doble que en el 2007, donde el SPU estimaba que el número era cercano a los 24000. Esto sin contar a los que están cursando posgrados, aunque las cifras exactas aún no han sido publicadas. Pero se estima que el 30% de estudiantes extranjeros de Buenos Aires provienen de Colombia¹

No es un misterio que una de las principales razones por las cuales se produzca una afluencia tan importante responde a una cuestión de costos: tomemos como ejemplo a Colombia, principal proveedor de estudiantes extranjeros hoy día.. Sin ir muy lejos, una nota publicada en el periódico Colombiano *El espectador* sugiere que un estudio de posgrado en una universidad pública de Colombia cuesta el doble o incluso más que uno en Argentina, donde la educación es considerada también de calidad. Asimismo, los acuerdos del Mercosur y las facilidades a la hora de conseguir una residencia o un empleo (o mejor dicho, la relativa falta de dificultades burocráticas en comparación a otros países) incentivan a que los estudiantes extranjeros prueben suerte en Argentina. Es un fenómeno que no responde solamente a nuestro país. Según la UNESCO², entre el 2000 y el 2010 la cantidad de estudiantes extranjeros se incrementó en un 100% en las Universidades del mundo. La extranjerización de los estudiantes no es un fenómeno nuevo, pero sí es un fenómeno creciente que está llegando a nuevas dimensiones y al que se le debe prestar atención, sobre todo en la formación de recursos humanos.

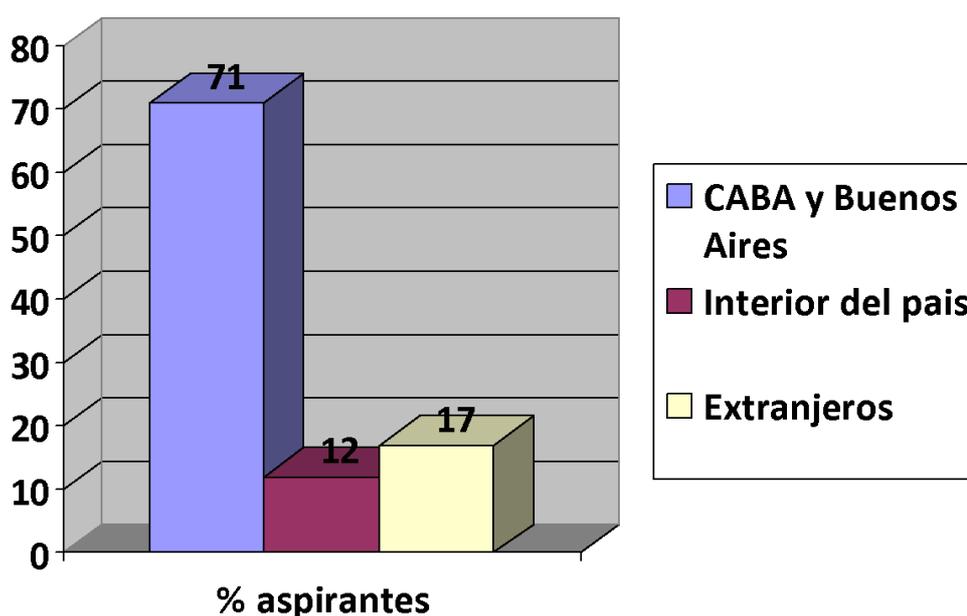
¹ Datos obtenidos por el Observatorio de Comercio Internacional de Buenos Aires (OCI) que responde al GCBA.

² Datos del OCDE e IEU. Panorama de la Educación 2012. p368.

La competencia en “Muni”

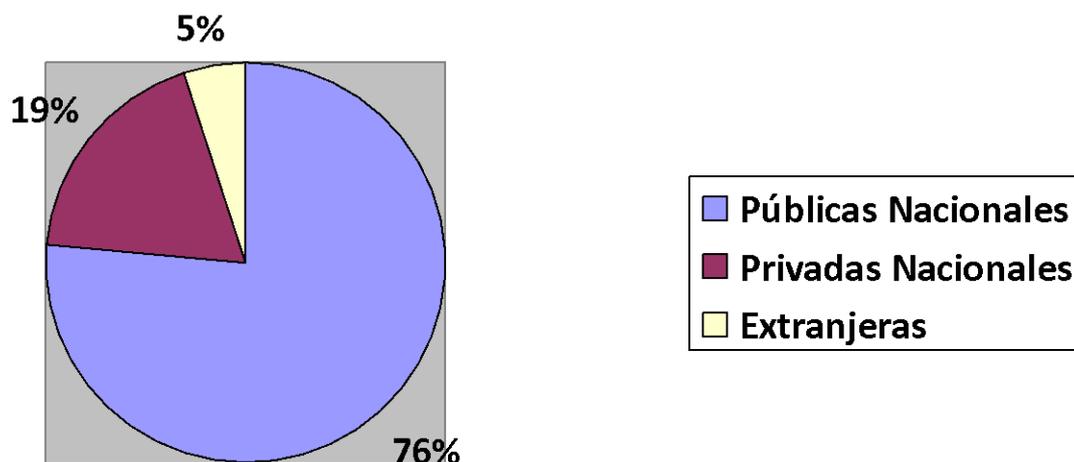
En lo que respecta a los hospitales municipales de la Ciudad de Buenos Aires, en el último año se ofrecieron cerca de 530 vacantes en posiciones médicas, y sumando las posiciones médicas y no médicas el número de vacantes fue de 838. Para estas vacantes, hubo 3438 postulantes. El 18% de estos postulantes fue de origen extranjero. No obstante, sólo el 4% de los ingresantes a las residencias fueron no argentinos, en comparación (4,7% para cargos sólo médicos). Asimismo, el 4,1% de los postulantes extranjeros logró ganar una vacante en un concurso municipal de CABA. Por otra parte, el 12% de los aspirantes proviene del interior y en este caso, la proporción es levemente favorable para ellos en comparación a los aplicantes extranjeros: el 4% del total de los ingresantes a las residencias municipales proviene del Interior. El 71% restante del padrón de aspirantes proviene de CABA y la Provincia de Buenos Aires, que en combinación componen el 92% de los cargos seleccionados (Eiguchi, 2015). De estos cargos, el 76,5% proviene de Universidades Nacionales Públicas, el 4,9% de Universidades Extranjeras (de cualquier tipo) y el 18,6% restante proviene de las Universidades Privadas del país.

Tabla 1: Aspirantes a los cargos médicos municipales en CABA según procedencia.



Fuente: Prof. Dra. Eiguchi, K. Informe del GCBA. 2015.

Tabla 2: Ingresantes a los cargos médicos municipales en CABA según Tipo de Universidad.



Fuente: Prof. Dra. Eiguchi, K. Informe del GCBA. 2015.

Es cierto que cada institución le da un punto adicional “a los suyos”; esto es, sumando 1 punto sobre un total de 50 si provienen de una Universidad en el mismo distrito que el hospital a aplicar, como en los exámenes de Municipalidad a los egresados de la UBA o los de Provincia a los de la UNLP. Pero los médicos entrevistados perciben que *“No hay ningún puesto reservado para nadie”*. Por lo cual la competencia a la hora de dar el examen de residencia para un puesto específico se amplía muchísimo porque *“vienen de todos lados para hacer las residencias acá”*. Cuando fueron consultados, los médicos dijeron que no sentían una presión adicional por competir con extranjeros per se, pero si sienten que *“si los de las privadas ponen promedios altos porque les pinta, no ganamos nada”* (en referencia a los criterios de desempate por distrito). Aunque como vimos en el cuadro 1, sólo el 18,6% de los estudiantes de las privadas accede a cargos de residencia médica en la CABA. Pese a estas quejas, lo cierto es que la principal competencia para las residencias se da entre los médicos provenientes de la Universidad de Buenos Aires.

Los que no entran

De los 3463 postulantes para cargos, el 42,2% proviene de la UBA, quien con 366 ingresantes, supone el 71,5% del padrón de accesibilidad. De hecho, por cada vacante en un área médica hay 2,5 estudiantes de la UBA que compiten por ella. De hecho, el 75% de los estudiantes de la UBA inscriptos a cargos médicos no accede a las residencias en su propia municipalidad. Si bien están los concursos y llamados para cubrir vacantes en Provincia, el Examen Único y los hospitales Privados y de Colectividades, lo más probable es que quienes accedan a los cargos en el examen Municipal también sean los que ganen los concursos en las otras dependencias, por lo cual sólo en el momento de las reasignaciones se puede estimar un mapa definitivo del ingreso a las residencias, para la cual no hay datos oficiales. Sin embargo, los médicos sienten que la rotación durante el período de readjudicaciones es escasa, en parte por el miedo que tienen algunos residentes a perder su puesto de trabajo:

-“En mi hospital en particular ocurre que pueden echar residentes y becarios cuando les plazca (y de hecho ocurre, este año echaron a uno de Cirugía y uno de clínica), por lo que más que readjudicación lo que existe es la posibilidad de llamar a alguien en cualquier momento para cubrir esa vacante. En Muni no es así, solo se pueden incorporar nuevos residentes en la readjudicación, que es una fecha en particular y muchos no van porque están laburando en su residencia y saben que si van y no consiguen readjudicar después los mandan a la mierda donde estaban. En Muni igual no echan a casi nadie, pero si pasa que algunos dejan la residencia por algún motivo y ahí ese agujero queda”.

En lo que sí coinciden los médicos entrevistados es que parte de este problema de la oferta y demanda es inherente a la disposición actual del sistema de residencias:

-“en provincia había muchísimos cupos, como 100, y se que quedaron bastantes vacíos por ahora, porque el sistema esta mal planteado entonces hay gente que adjudica primero en tal lugar y después le confirman en otro y se va, y ese puesto queda libre hasta la readjudicación que es en dos meses pero que tampoco acomoda mucho”.

Sin embargo, una cosa es segura: hay más médicos aspirantes que vacantes a ofrecer, independientemente de las falencias de la herramienta de readjudicaciones y otros métodos de selección en caso de la partida de un residente. Lo cual resulta llamativo con lo que afirman otros expertos. Por ejemplo, el ex ministro de Salud, Ginés González García, junto a otros investigadores, estima que cerca de 3000 médicos que se reciben declinan hacer el examen de residencia (González García et al, 2012) prefiriendo hacer trabajos temporarios y guardias médicas alejadas. Se recibieron 5116 médicos en 2014 pero sólo 2954 rindieron el examen de residencia. Recordemos que este número está compuesto por médicos recibidos ese año pero también por médicos de años anteriores que no habían quedado o aplicado al examen y médicos extranjeros. Consideran que si bien poseen el título de médicos, no disponen de algunas herramientas necesarias para desempeñar con suficiencia su profesión por lo cual es deseable que se especialicen en una residencia médica. Esta visión es compartida por la gran mayoría de los especialistas de la materia.

Ahora bien, si el sistema único de residencias no es capaz de incluir a buena parte de los médicos recibidos, a su vez que se le pide o se recomienda a dichos graduados que no tienen cabida que se especialicen, hay un problema en la formación de médicos desde el momento que se reciben (o ya durante su estadía universitaria de grado, según como se lo quiera ver). Es cierto que existen especialidades que tienen más demanda que oferta: el decano de la facultad de Medicina, Alfredo Buzzi, señala que dos casos a modo de ejemplo de esto son la Anestesiología y la Neonatología. Sin embargo, en el caso de la Anestesiología aplicaron 278 postulantes para 26 vacantes (si bien es cierto que no todas las vacantes son cubiertas a nivel país) y en Neonatología 7 aplicantes para 14 posiciones (Eiguchi,2014). No sólo eso, los datos del Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO) nos muestran que la abrumadora mayoría de los aspirantes aprueban el examen de residencia, pero por otros factores que conforman el puntaje quedan excluidos del acceso a los cargos. Por ejemplo, en clínica médica, se concursaron 316 cargos en todo el país. Rindieron examen 196 y el 96% lo aprobó (más tarde nos concentraremos en la falta de postulantes para los cargos).

Dicho de otra forma, la brecha entre no residentes y vacantes es muy amplia como para que se considere a la falta de oferta de médicos como un problema clave, y los médicos efectivamente están capacitados porque la gran mayoría aprueba los exámenes. El problema no es que hay médicos que no concursan algunos cargos. La falta de oferta de residencias de calidad es lo que condena la formación de los profesionales, aunque también es posible que la frustración de no entrar a algún lugar específico los desaliente. Una residente de pediatría entrevistada lo plantea así *“si no entraba acá, o en los lugares donde apliqué, no se si me hubiese bancado el ir a provincia o a otro lado, pero por una cuestión de orgullo más que nada”*

Sobre los Residentes extranjeros y Becarios

Sobre la composición de la competencia de los postulantes, según la percepción de los médicos entrevistados, los médicos señalan la participación de los extranjeros en los concursos

-“Siempre hay gente de otros países rindiendo, la mayoría de Colombia aunque también hay muchos de Ecuador, y algunos de Bolivia y Perú. En los lugares donde sólo se entra con examen, sin entrevista, no cambia en nada el hecho de que sean extranjeros.”

De más está decir que aplican para especializarse en la región central (CABA y Provincia, principalmente). Pero no sólo los extranjeros, sino también los médicos provenientes de otras regiones de país. Lo cual supone un doble vaciamiento: no sólo se gradúan en mucha menor cantidad que en comparación a la región central, sino que los médicos de otros lugares también quieren especializarse en la región con mayor concentración de graduados.

-“Hay extranjeros, pero también rinde mucha gente de otros lugares del país, que tiene condiciones poco atractivas para hacer la residencia en sus lugares (de origen)”.

De hecho, si contrastamos los datos del 2011 del MSAL con los de los aplicantes del GCBA, la tendencia diría que el 27,3% de los graduados de otras regiones

(excluyendo a Córdoba y Rosario) aplican para el examen de residencia de CABA. Sumemos al 18% de aspirantes extranjeros en el total de cargos médicos, y al 4,1% de dicho grupo que accede a un cargo municipal.

Pero entonces, ¿qué ocurre con los extranjeros que se anotan en los exámenes y no aprueban? Lo cierto es que buena parte de ellos es absorbido por el sector privado, o por la figura del Becario. En el sistema de especializaciones médicas, esta categoría funciona al revés que en otros lugares: es el becario quien debe pagar al hospital una suma para poder especializarse y realizar sus prácticas. No todos los centros de salud disponen de un sistema de becas, pero otros sí. Queda a criterio de la institución el establecer la existencia y el cupo de Becarios. El nuevo flujo de especialistas médicos extranjeros de los últimos años encontró su lugar allí. Los médicos entrevistados no hacen otra más que confirmar esto: -*“Incluso se que hay lugares donde hay becarios que no dieron el examen porque consideraban que no tenían chances”*.

Esto aplica a instituciones tanto públicas como privadas. Otros médicos que no pudieron aprobar el examen de residencia, fueron absorbidos por el sector privado. Las concurrencias, de alguna forma los aprendices ad-honorem, son reservadas en su mayoría para médicos nativos, pero tanto los concurrentes como becarios presentan dificultades en completar su formación pese a, teóricamente, disponer de menor carga horaria en comparación a los residentes:

-*“En mi hospital los becarios no pagan pero tienen horario de residencia full time sin día libre, y el 100% son extranjeros, y en muchos casos abandonan por la dificultad de hacer todo a la vez”*.

En cuanto a los médicos residentes/becarios extranjeros, los médicos entrevistados no dicen tener problemas con sus colegas no nativos: La convivencia con los residentes extranjeros no es problemática, más allá de algún que otro roce, pero no producto del origen de los aprendices.

-*“A veces la verdad que algunos colombianos en mi servicio hacen las cosas a un ritmo bastante lento que no siempre es compatible con los tiempos de la residencia, y en esos casos he tenido problemas. Pero también los he tenido con argentinos que tengan esas mismas características. Lo que no hay es rencor por “haberle quitado el puesto a un*

argentino" ni nada por el estilo, y al menos en mi hospital eso no pareciera ser el caso con ningún residente extranjero."

De todas formas, dejan entrever situaciones donde los extranjeros pueden ser sometidos a situaciones xenofóbicas, particularmente en los centros donde hay entrevistas de admisión:

-“En los que tienen entrevista, ahí ya depende de quien les toque que los entreviste. Hay tanta xenofobia en el mundo de la medicina como en cualquier otro ámbito. Es decir, bastante. A algunos no les gusta que los extranjeros se especialicen acá, vuelvan a su país y se llenen de plata”

Atención Primaria de la Salud, ¿paradigma vigente?

En 2008, el Consejo Federal de Salud expresó su preocupación por la dificultad para incorporar residentes en algunas especialidades que consideró prioritarias: las reconocidas como pilares en la Estrategia de APS y el primer nivel de atención (Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología) y las especialidades de área crítica (Terapia Intensiva Infantil y de Adultos, Neonatología y Anestesiología). Este análisis no surge de la nada: desde hace algunos años ya, comenzó a ampliarse el material teórico que sugiere que un modelo de Atención Primaria de la Salud es más eficiente que un modelo Hospitalario, que es el que se llevaba a cabo en nuestro país. La idea de este cambio de paradigma aspiraba a incorporar más profesionales de carácter “generalista” que se ocupasen del primer chequeo, para luego en caso de ser preciso derivarlos a algún especialista hospitalario. Gofin y Gofin (2007) señalan que el APS es un paradigma, pero que tampoco se puede aplicar en abstracto, sino que hay que adaptar un modelo compatible, por lo que sugieren el de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que encaja en este sistema de APS.

Esto no sólo llevaría a ahorrar costos en salud, sino también a proveer un sistema de mayor eficiencia y calidad, no sólo de manera teórica, sino también efectiva. En el concurso de 2014, se ofrecieron 29 cargos para Medicina General y/o Familiar, 38 para Tocoginecología, 100 para Pediatría, 28 para Cirugía General y 62 para Clínica Médica.

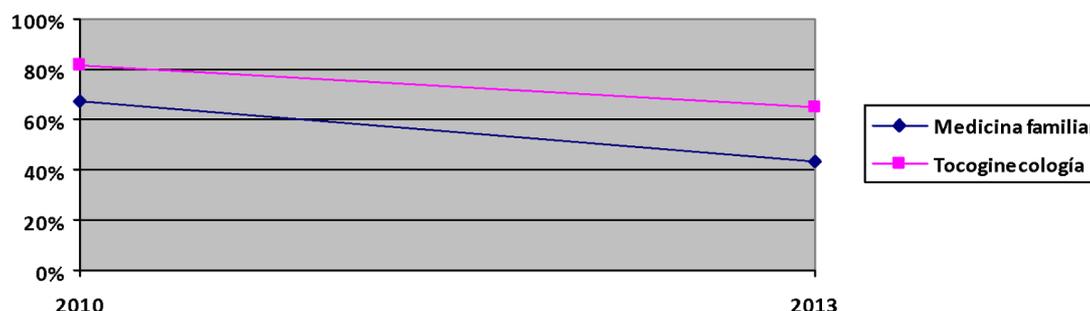
Por lo tanto, el 48% de los cargos médicos concursados en la Ciudad de Buenos Aires estuvieron orientados a especialidades vinculadas con la idea de APS. La pregunta que tenemos que hacernos entonces es: ¿cuántos médicos especialistas son suficientes para poder involucrarse de lleno en este paradigma de atención? ¿Son suficientes los cargos ofrecidos? Siete años después de dicho informe y en un contexto donde los propios organismos oficiales (MSAL Y GCBA) ya hablan de la existencia de un paradigma vigente orientado a la APOC, se interrogó a los médicos sobre su percepción del advenimiento de dicho perfil.

En este sentido es interesante que varios de los médicos entrevistados aún no perciban la orientación propuesta por los organismos de Salud:

-“Para nada, la verdad es que la APS sigue sin ser el verdadero paradigma vigente, y eso determina un excesivo y mal controlado gasto en salud. En otros países, se determina la cantidad de plazas para cada especialidad teniendo en cuenta los médicos que se necesitan, y de esa forma un gran porcentaje son médicos de familia, pediatras, clínicos, ginecólogos o cirujanos (especialidades básicas), y solo una minoría de puestos se reservan para las especialidades. Aquí no es así para nada, y no hay coordinación ni desde las instituciones de salud ni desde las educativas con el sistema de residencias para fomentar el cambio.”

Pero ¿cómo es que los médicos perciben esto, si casi uno de cada dos cargos está efectivamente orientado al funcionamiento de un modelo de APS? Esta respuesta puede ser otorgada por los datos provistos por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO): En un informe señalan que en 2013 se ofrecieron 316 cargos para la especialidad de Medicina Familiar, pero sólo fueron cubiertos 136. O sea, sólo un 43% de los cupos fue cubierto, en comparación al 67% de cobertura que presentaba en 2010. O en Tocoginecología, que pasó de tener una cobertura del 81,8% de cargos en 2010 a tener un 65,6% en 2013. Sin embargo, es para destacar como se da esto, teniendo más postulantes solamente ya desde en el concurso municipal (170) que vacantes a nivel público nacional (137 en 2013). Esta deserción o falta de cobertura en parte puede explicar por qué los médicos no sienten que haya sido efectiva la inserción del paradigma.

Gráfico 3: Porcentaje de cobertura de cargos a nivel nacional según especialidad, período 2010-2013

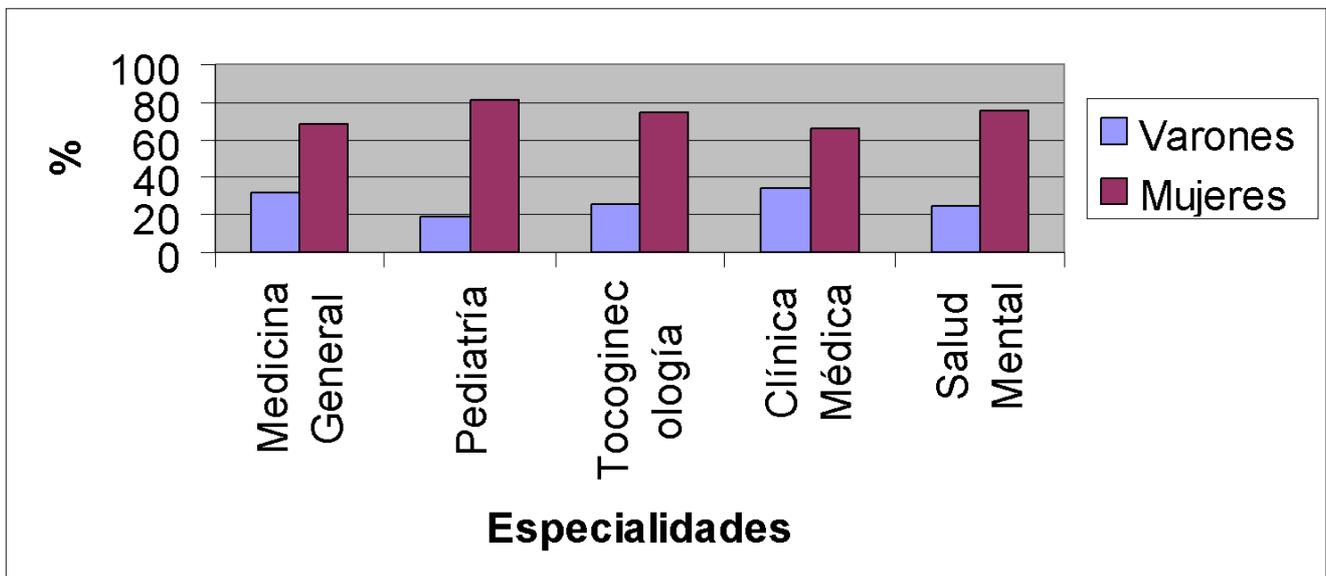


Fuente: DNCHySO, 2014.

O sea que no solamente con establecer más vacantes o cupos en especialidades orientadas a la APS, sino que es preciso un trabajo de coordinación, de conservación de los cupos y también un trabajo para hacer entender que la importancia del paradigma al médico de hoy y que un médico sin especialización no es lo mismo que un médico especialista en medicina familiar en un paradigma de atención primaria. Hay que darles facilidades a los médicos no especializados para que puedan formarse en otros lugares o instituciones, algo que el sistema único no hace al día de hoy. Entre CABA y Bs As ostentan el 67% del total de cargos a cubrir en el país.

Otra pregunta que vale la pena hacerse es si la incipiente feminización de la carrera de medicina incide en las especializaciones que se eligen, y esto de alguna forma puede atentar con la elección de vacantes orientadas al APOC. Esto también queda desmentido. El MSAL señala que en todas las especialices orientadas a la atención primaria la mayoría de las postulantes son mujeres, y por un amplio margen.

Gráfico 4: Especialidades según sexo 2001-2012. Total país.



Fuente: DNCHySO, 2014

Hay concurrentes, becarios y vacantes en un sistema que podría tener médicos residentes, tanto argentinos como extranjeros. Pero también, un paradigma orientado a la APS tiene más sentido en un sistema descentralizado. Lo que tenemos en la práctica es un sistema concentrado de residencias en los grandes centros urbanos. Por eso en parte los médicos que hacen su residencia en la CABA aún quizás no perciban el incipiente cambio de paradigma:

-“El médico generalista en el interior es la primera puerta en la guardia y en el primer nivel de atención, en Buenos Aires llegamos a una especialización tal que ahora uno ya no concurre al general, cuando debería hacerlo. Desde mi punto de vista, desde lo que veo en mis amigos, fueron ellos los que eligieron esa especialidad por placer, no por pensar en un modelo de Atención Primaria de la Salud o porque algo se haya modificado en la formación para que se incentive eso.”

Conclusiones y observaciones:

Comencé este ejercicio con curiosidad para saber cómo vivían los residentes argentinos el proceso competitivo de selección para las residencias. Es un examen fundamental en sus carreras, para la cual incluso hay institutos que ofrecen una capacitación – paga, por supuesto- para poder rendirlo. Con el advenimiento de un número inédito de estudiantes extranjeros me preocupé por la percepción del proceso competitivo por una vacante para especializarse.

No obstante, lo cierto es que los extranjeros son quienes en la mayoría de los casos deben pagar para poder especializarse. Si tuviese que esbozar una hipótesis con la información recolectada, diría que **la falta de organización y planificación en algunos aspectos en el sistema de APOC que funciona en el país conlleva a que los médicos perciban que el paradigma de APS en realidad no se aplica en el país, pese al interés oficial en que esto suceda.**

En este sentido, cuidar y pulir el modelo de APS es un objetivo que no es nuevo tampoco. Así como no es nueva la propuesta de incentivar económicamente a los lugares de trabajo críticos. De hecho es el corolario de la obra de González García, Madies y Fontenla. En la actualidad se trata de un modelo centralizado en los grandes centros urbanos que tiene dificultades muy notorias para federalizarse. Pero no sólo con financiamiento nodal para posiciones claves se llega a un modelo, sino también dinamizando el sistema de readjudicaciones, becas y concurrencias, y convenciendo realmente a los médicos y otros profesionales de la salud que pueden (y les resulta conveniente) formarse para desenvolverse en este paradigma. Gofin y Gofin en este sentido dicen que para la aplicación verdadera de un paradigma de APS se requiere *“una mayor capacitación, no sólo de los médicos, sino también de los otros profesionales relacionados con la salud”* (2007). Los equipos de trabajo no solamente son clínicos, sino que es clave desarrollar habilidades de gestión y de ciencias sociales para incorporarse en este nuevo sistema, no sólo para satisfacer a las necesidades de los pacientes, sino también de los profesionales.

Bibliografía:

Duré I, Daverio D, Dursi C. *“Planificación y gestión del sistema nacional de residencias en Argentina”*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, MSAL 2013

Eiguchi, K. *“Visión actual del sistema de Residencias Médicas en el GCBA”*. Informe publicado por el Ministerio de Salud del GCBA. 2014

González García G, Madies C, Fontenla M *“Nuestros médicos: la salud de una profesión”* Ed I Rojo 2012

Gofin J, Gofin R. *“Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria”* Revista Panamericana de Salud Pública. N°21 2007, pps 177-185.

Martínez D.M. (et al.) *“Evaluación de APS y de Redes de Servicios de Salud: Dos miradas de la situación.”* Comisión Nacional Salud Investiga 2007

Varios autores. Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales (DGEyEL) , *“Situación Ocupacional de los trabajadores del sector Salud 2002-2013”* Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO) 2014

<http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/prefieren-estudiar-argentina-articulo-417358>