Características de ingresantes al Sistema de Residencias del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus modificaciones a lo largo de 20 años

Resultados de un estudio de cohorte retrospectivo

ISBN 978-987-24004-7-7

9 789872 400477

Características de ingresantes al Sistema de Residencias del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus modificaciones a lo largo de 20 años / Laura Antonietti... [et al.].- 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, 2019.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: online
ISBN 978-987-24004-7-7

1. Residencias. I. Antonietti, Laura.
CDD 610.7

Jefe de Gobierno
Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno
Diego Santilli

Jefe de Gabinete de Ministros
Felipe Miguel

Ministra de Salud
Ana María Bou Pérez

Subsecretario de Planificación Sanitaria
Daniel Ferrante

Directora General de Docencia e Investigación y Desarrollo Profesional
Laura Antonietti

Dirección: Laura Antonietti

Equipo de trabajo:

María Julia Giorgi*

Alicia Maggiani*

Laura Finkelstein

Patricia Rodríguez*

Isabel Duré[§]

Javier Mariani[§]

** Dirección General de Docencia, investigación y Desarrollo Profesional, Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

[§] *Consultores independientes*

Tabla de Contenidos

RECONOCIMIENTOS **6**

INTRODUCCIÓN **7**

Las residencias en Argentina 8

Las Residencias públicas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 8

La gestión de las residencias en la Ciudad 10

OBJETIVOS **11**

Objetivo General: 11

Objetivos específicos: 11

MATERIAL Y MÉTODOS **12**

Recolección de datos 12

Análisis estadístico 15

Consideraciones éticas 15

RESULTADOS **16**

Características demográficas y de formación 16

Tendencias temporales 19

Tendencias de género 22

Residentes de nacionalidad extranjera 23

DISCUSIÓN **24**

Modelo pedagógico de las residencias 25

Dinámicas y contextos socio - históricos de las residencias en la CABA 27

Perspectiva de género en la formación de residencias 30

Sobre el fenómeno de migrantes en las residencias 34

FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO ..... ¡Error! Marcador no definido.

CONCLUSIONES **36**

REFERENCIAS **37**

RECONOCIMIENTOS

A Alfredo Berto, coordinador administrativo del área residencias de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional , que diseñó y llevó adelante durante más de 20 años las bases de datos administrativas que permitieron este análisis.

A Juan Lucas Pereyra, Coordinador Nacional de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS), quien colaboró con la consistencia de datos.

Al equipo de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, por mantener el compromiso con la gestión de la formación profesional en el ámbito público.

A la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por facilitar la colaboración técnica para el fortalecimiento de la Gestión del Conocimiento en el ámbito del Ministerio de Salud de la Ciudad

INTRODUCCIÓN

La formación de residencias en ámbitos de salud constituye una modalidad de posgrado caracterizada por un entrenamiento intensivo en servicio, rentado, para profesionales de reciente graduación de diversas disciplinas vinculadas al sistema de salud.[i]

El Régimen de Residencias dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es un actor clave en el campo de los recursos humanos del ámbito de la salud, dada el vasto número de residencias y la coexistencia de residencias multi-profesionales que se desarrollan en él.[ii]

Transitar una formación a través de una residencia conlleva una experiencia enriquecedora para profesionales de reciente graduación, que implica profundizar su formación en un ámbito laboral. Esto implica la combinación de un saber académico sumado a los saberes individuales y grupales surgidos de la experiencia, y la integración de teoría y práctica orientada a la resolución de problemas surgidos en el quehacer cotidiano.[iii]

Desde sus inicios a mediados del siglo pasado, el régimen de residencias se ha modificado tanto en los perfiles de profesionales, como en las dinámicas de aprendizaje y modalidades de funcionamiento, al ritmo de los cambios sociales y culturales. Conocer la evolución y las dinámicas de la demografía de las residencias permitiría diseñar programas más eficientes, para lo cual es imprescindible dar cuenta de las modificaciones producidas en los últimos años en los perfiles de estudiantes en las universidades. Algunos cambios en la configuración demográfica de ingresantes a las carreras universitarias se reflejan en quienes ingresan al sistema de residencias, y se observan también en el sistema de salud en general, más allá de las profesiones.[iv] Un ejemplo es el incremento del índice de feminidad entre la totalidad de graduados/as en general y de carreras de salud en particular. Además de este cambio, otros ejemplos a considerar son aquellos vinculados a la representación de extranjeros/as, a la participación de la educación privada y a la migración interna desde otras regiones del país.

Estos fenómenos se reflejan también en el sistema de residencias. Algunos estudios han detectado que el predominio femenino resulta un aspecto relevante al momento de gestionar dicho sistema. Las prolongadas jornadas laborales, las guardias

periódicas, los tratos diferenciales entre géneros y la duración del proceso formativo, pueden explicar la decisión de tomar caminos diferentes en el caso de las mujeres que están próximas a terminar su período de formación de grado, ya que se les presenta la disyuntiva de optar por realizar la residencia o una formación de posgrado alternativa, como la especialidad universitaria o la concurrencia, que implican cargas de trabajo menores.[v]

Las residencias en Argentina

El origen de las Residencias en nuestro país se ubica en la década del 40'. Podemos identificar una primera etapa asociada a lo que se conoce como "proto-residencias". Las mismas se organizan en vinculación con centros universitarios y asistenciales de renombre. En la etapa siguiente, que tiene lugar hasta fines de los años 50', se consolidan las características de las residencias que conocemos hoy en día: es un régimen de aprendizaje rentado, de dedicación exclusiva y de aprendizaje mediante la realización de prácticas profesionales complejas bajo supervisión. Aquí es cuando la modalidad se extiende y se instala como la opción más valorada para la formación de posgrado en salud.[vi]

En las décadas de los 60' y 70´ se consolida el sistema y se avanza en su formalización a través de la creación de marcos normativos. En los 80', se incrementa la oferta y se incorpora a otras profesiones del campo de la salud, como psicólogos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, trabajadores sociales y enfermeros. En la década del 90' ocurre con las residencias el mismo fenómeno que con las formaciones universitarias de grado: un crecimiento anárquico del sistema, asociado a los designios de centros privados y con poca intervención del Estado.

A partir del año 2000 el Estado recupera su función de rectoría, intentando fortalecer la formación hacia la estrategia de Atención Primaria de la Salud.[vii] Algunas medidas adoptadas fueron la promoción del cupo en especialidades priorizadas en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), la creación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) y la consolidación de la experiencia del Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU).[viii]

Las Residencias públicas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El Régimen de Residencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) constituye un sistema de formación de dedicación exclusiva para graduados recientes, al cual se accede anualmente mediante un concurso único abierto. Cada año se ofrece un número de cargos y la adjudicación se realiza por orden de mérito. Se establece un contrato de formación rentada entre el GCABA y cada profesional, que puede tener una duración de entre dos y cinco años según lo que el programa de formación, e incluye derechos previsionales y laborales.

Las residencias del sistema público de la CABA se clasifican en 9 categorías (Tabla 1). En el Sistema de Salud de la CABA las residencias se rigen normativamente por la Ordenanza 40.997 sancionada en el año 1985 y sus modificatorias, las cuales se enmarcan dentro de la Ley N° 153/99 Básica de Salud de la Ciudad y establecen la rectoría del Estado sobre la formación de profesionales de los equipos de salud. [ix] La estructuración del sistema de residencias a través de dichas normas permitió asignar valor a esta formación para la inserción de sus egresados/as en la carrera profesional hospitalaria.

Tabla 1. Clasificación de las residencias en CABA (según Ordenanza 40997)

RESIDENCIA	CARACTERÍSTICAS
Médicas que no requieren básica previa	Duración entre 3 y 4 años
Médicas básicas	Duración entre 3 y 4 años
Médicas básicas con orientación	Clínica o Quirúrgica + especialidad. Duración 4 y 5 años
Médicas articuladas	Formación en pediatria y luego en Neontatología o terapia intensiva. Duración 5 años
Básicas interdisciplinarias	Llaman a concurso dos o más disciplinas. Duración de 3 y 4 años
Del equipo de salud	Profesiones o disciplinas no médicas que conforman los equipos de salud. Duración de 3 y 4 años
De Apoyo al Equipo de Salud	Residencias destinadas a profesionales que brindan apoyo al trabajo de los equipos de salud. Duración de 3 años
De Enfermería	Duración de 3 años
Posbásicas	Pueden ser generales, pediátricas, pediátricas de áreas críticas, clínicas, quirúrgicas, interdisciplinarias. Duración 2 y 3 años

Fuente: Elaboración propia

Aunque el funcionamiento de las residencias mantiene una lógica basada en la formación práctica, establecida desde sus inicios en la década del 50, la diversificación de especialidades y los sucesivos cambios en la normativa dan cuenta de su ampliación y complejidad creciente.

En 2019 el Ministerio de Salud de la CABA cuenta con 3.043 residentes, de los cuales 2.078 son médicos/as (68,30%). Los escenarios de formación de las residencias están distribuidos entre Hospitales Generales de Agudos, Centros de Salud Mental, Centros Odontológicos Infantiles, Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), Centro Especializado de Medicina Ambulatorio de Referencia (CEMAR) y Hospitales Especializados. De acuerdo al plan de salud de la Ciudad, los niveles de complejidad de los efectores asistenciales donde se desarrollan las prácticas de las residencias son:[x]

Primer nivel de atención:

1. CeSACs: Con equipos básicos de salud (especialistas en Medicina General y/o Familiar y en Pediatría, enfermero/a y asistentes sociales) con “responsabilidad

nominal" y los profesionales asociados a dichos equipos (especialistas en Clínica Médica y/o Tocoginecología, fonoaudiólogos, psicólogos y otros profesionales), con proximidad y a cargo de un número definido de vecinos, con foco en la APS y la tarea interministerial para mejorar los determinantes sociales de la salud.

2. CEMAR: Con estudios complementarios de resolución ambulatoria y especialidades de uso frecuente.

Segundo nivel de atención:

3. Hospitales de mediana complejidad: Generales de Agudos, Pediátricos y Especializados integrados a la red y con perfiles definidos según la complementación requerida por la red y sus áreas programáticas.
4. Hospitales de Alta Complejidad: Cerrados al público y de atención directa a la red.

Por otro lado, las instituciones mencionadas en el punto 3 se clasifican en polivalentes (hospitales generales de agudos que brindan asistencia a la salud en clínica médica, pediatría, traumatología, cardiología, dermatología, ginecología, obstetricia, cirugía, especialidades y guardia las 24 hs los 365 días del año), y especializados monovalentes (que brindan asistencia a la salud en diferentes especialidades: Gastroenterología, Infectología, Maternidad, Odontología, Oncología, Oftalmología, Quemados, Rehabilitación psicofísica, Rehabilitación respiratoria, Salud mental, Zoonosis).[xi]

La gestión de las residencias en la Ciudad

La Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (DGDIyDP), dependiente de la Subsecretaria de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA es la responsable de la gestión de las residencias en el ámbito de Ciudad. Su propósito es asegurar una estructura formadora- capacitación de posgrado en servicio- articulada en los diversos ámbitos de desempeño con los que cuenta el Sistema Público de salud de la Ciudad.

La DGDIYDP cuenta con un equipo de coordinadores/as generales de residencias de las diferentes especialidades, conformado por profesionales de diversas disciplinas, cuyas funciones son las de elaborar y gestionar los programas docentes generales, monitorear los procesos formativos, evaluar la capacidad formadora de cada una de las sedes, así como también intervenir en el concurso público anual de ingreso.

En cada efector donde se desarrollan las Residencias funciona un Comité de Docencia e Investigación (CoDeI), responsable directo de la actividad formativa que se desarrolla en su efector, ya que uno de sus roles centrales es organizar localmente las actividades de capacitación en articulación con los servicios y la DGDIyDP.

La DGDIYDP tiene entre sus funciones coordinar tanto los aspectos pedagógicos como administrativos de las residencias, por lo que dispone de bases de datos administrativas en las que se registran las designaciones de residentes, las novedades en cuanto a promociones anuales, finalizaciones y renuncias.

La disponibilidad de datos administrativos utilizados para las designaciones de residentes y el seguimiento para la certificación de finalización de la residencia ofrece la oportunidad de utilizar esta información para analizar la dinámica de las variables demográficas a través del tiempo que puedan impactar en el sistema de residencias y anticipar posibles cambios a futuro. Así, analizar la evolución de distribución de cargos por especialidades permitiría generar conocimiento útil para la toma de decisiones informadas a la hora de planificar la oferta en función de las necesidades del sistema de salud.

Con esa fundamentación, en el marco del Convenio de Colaboración con la Organización Panamericana de la Salud para fortalecer la gestión del conocimiento en el ámbito del Ministerio de Salud de la CABA, la DGDIYDP lideró en 2018 un proyecto de investigación sobre la demografía de las residencias del subsector público de la CABA, cuyo informe se presenta a continuación.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir las características de profesionales ingresantes al sistema de residencias del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires entre 1997 y 2018 respecto de su edad, sexo, nacionalidad y formación.

Objetivos específicos:

- Comparar el proceso de feminización según profesión del residente y la especialidad elegida.

- Describir la evolución de los profesionales ingresantes al sistema de residencias del GCABA según nacionalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo utilizando la base de datos de administrativos (BDA) de la DGDIyDP sobre contratación y seguimiento de residentes.

Recolección de datos

Recolección de los datos

Se utilizó la base de datos administrativa (BDA) perteneciente a la DGDIYDP y se incluyeron registros de profesionales que ingresaron a residencias del subsector público de la CABA desde 1997 a 2018, inclusive.

Para evitar duplicación de datos, solo se consideró la última sede en la que se adjudicó la residencia.

Fuentes de datos

La BDA contiene información demográfica que incluye el género, la edad y la nacionalidad, la universidad de origen y el título de grado obtenido. Además contiene datos sobre la fecha de ingreso a la residencia, el cargo adjudicado, la sede de adjudicación, las renuncias y las re-adjudicaciones a otra sede dentro de la CABA.

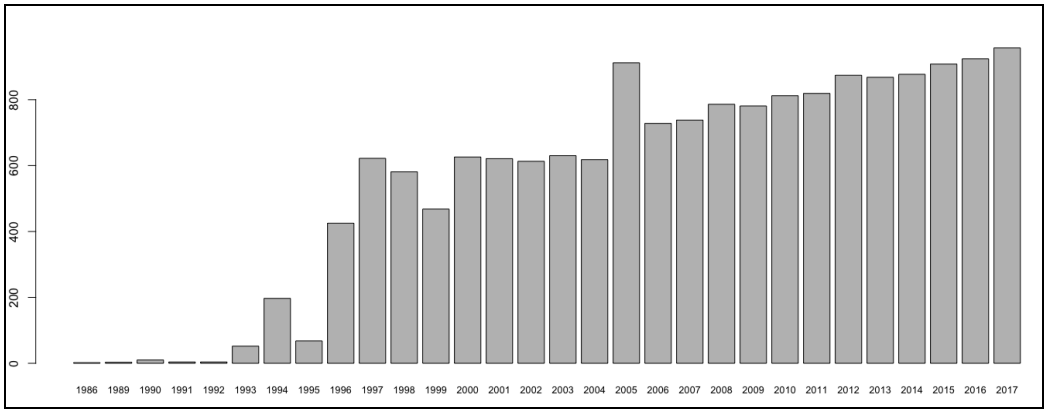
Esta base de datos consiste en tablas que contienen información parcial y se encuentran relacionadas por un identificador único para cada residente.

Utilizando los identificadores únicos se generaron consultas en la base de datos, la cual está construida en MS Access®. A partir de este procedimiento, se generó una tabla con toda la información disponible. En la tabla final cada residente está representado por un solo registro (una fila).

Si bien existen registros desde el año 1986 (Figura 1), los datos son estables a partir del año 1997, por lo que se utilizó esa fecha para realizar los análisis. Al momento de analizar los datos, la última cohorte con datos disponibles era la de 2017. Tras la construcción de la tabla, se procedió a la consistencia de los datos disponibles.

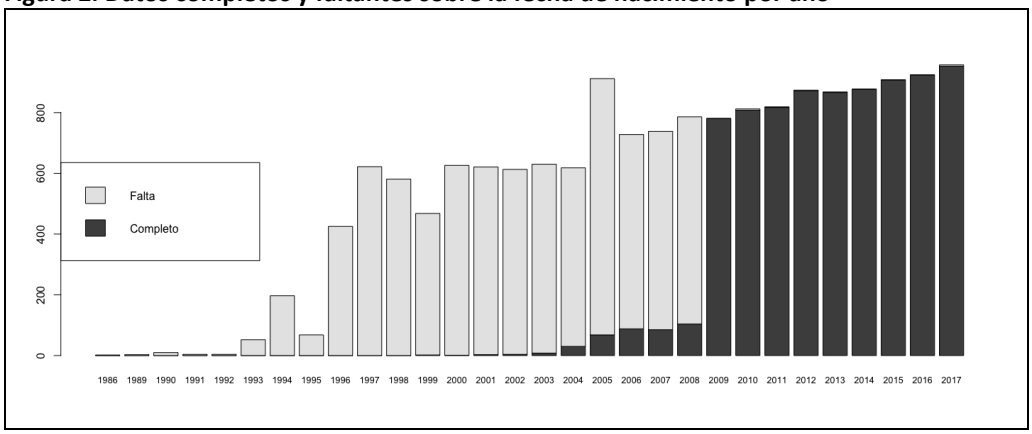
Se realizó un cruce con la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) para verificar consistencia de datos.[xii]

Figura 1. Registros en la base de datos administrativa (residentes ingresantes/año)



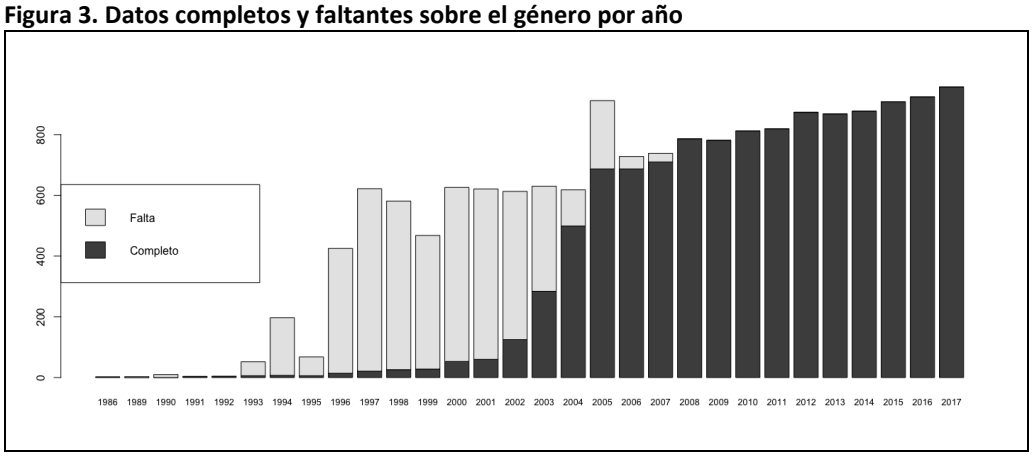
Fuente: Elaboración propia con datos de la BDA

Figura 2. Datos completos y faltantes sobre la fecha de nacimiento por año



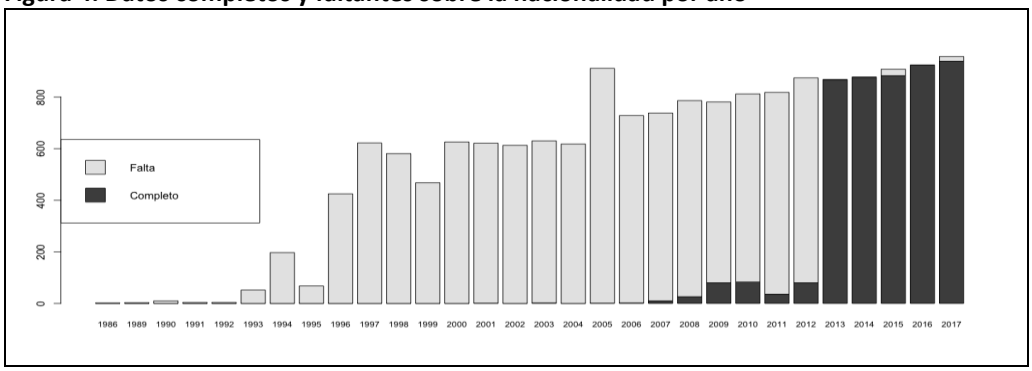
Fuente: Elaboración propia con datos de la BDA

Figura 3. Datos completos y faltantes sobre el género por año



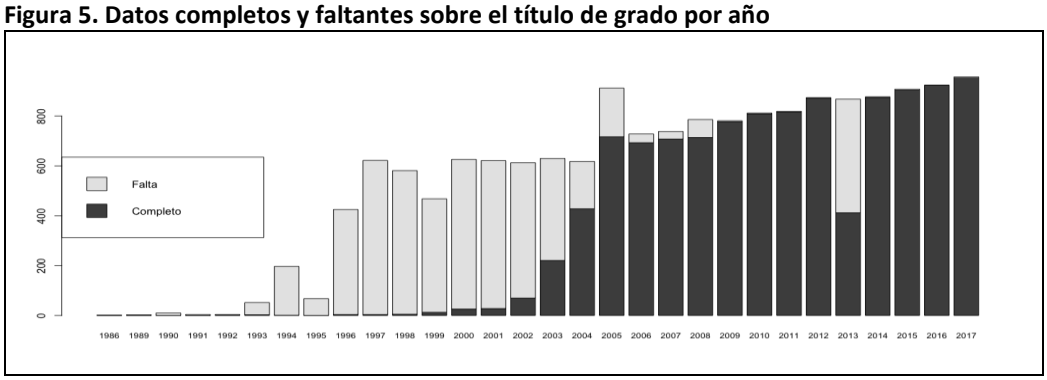
Fuente: Elaboración propia con datos de la BDA

Figura 4. Datos completos y faltantes sobre la nacionalidad por año



Fuente: Elaboración propia con datos de la BDA

Figura 5. Datos completos y faltantes sobre el título de grado por año



Fuente: Elaboración propia con datos de la BDA

Variables

Se analizaron el género, la edad, la universidad de origen, la nacionalidad, la sede de adjudicación, el tipo de residencias, el nivel (básicas –aquellas que no requieren una residencia previa-, y post-básicas –requieren una residencia previa), el año de ingreso al programa de residencia, los centros formadores y la provincia de matriculación más reciente (indicadora del lugar de asentamiento del profesional).

Para el análisis de los tipos de residencias, a los fines de simplificar y ordenar los datos disponibles, se categorizaron como médicas (todas las residencias que requieren el título de médico como requisito de ingreso) y no médicas (las que no requieren título de médico para ingresar). Esto, y la división que seguidamente se presenta, se fundamenta en que casi el 70% de los/as residentes corresponden a especialidades médicas.

Las residencias médicas a su vez fueron subdivididas como clínicas (especialidades que no realizan procedimientos quirúrgicos mayores como centro de su actividad) y quirúrgicas. Además, dentro de las especialidades médicas se identificaron y analizaron aquellas especialidades de particular interés en función de las dificultades de cobertura, como las de unidades cerradas (terapia intensiva de adultos y pediátrica, neonatología y emergentología), y las vinculadas principalmente a la atención primaria de la salud (APS). En la categoría de residencias vinculadas a APS se incluyeron las

residencias que desarrollan su actividad predominantemente en Centros de Atención y Salud Comunitaria- CESAC, sea como sedes permanente de la residencia o como sedes de rotación.

Datos faltantes

Los datos faltantes fueron analizados y descriptos como tales, no se emplearon estrategias basadas en algoritmos de simulación para tratarlos.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se analizaron como números y porcentajes, y las variables numéricas como medias y desvíos estándar (DE) en caso de distribución sea normal, y como medianas y rangos intercuartilos (RIQ) en caso contrario. El supuesto de normalidad fue evaluado mediante la prueba de Shapiro-Wilks. Para evaluar la asociación entre variables categóricas se utilizó la prueba de Chi^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher, según correspondía. La asociación de datos continuos entre grupos fue evaluado con la prueba T de Student o con la prueba U de Mann-Whitney, según la distribución. En caso de análisis de variables continuas en más de dos grupos (por ejemplo, la edad a través de bienios) se utilizó la prueba de ANOVA para datos de distribución normal, o la prueba de Kruskal-Wallis, en los casos de variables no normales. La evolución en el tiempo de las variables demográficas se describió en bienios.

La evolución en el tiempo fue analizada utilizando modelos de regresión lineal, logística o multinomial, utilizando al tiempo como variable predictora. Para evaluar las diferencias en la evolución temporal de las características demográficas y de formación entre géneros y entre nacionalidades, se crearon modelos de regresión lineal, logística o multinomial con el tiempo, el género (o el indicador de la nacionalidad) y una término de interacción entre ambos. Un valor de $p<0.05$ se consideró como estadísticamente significativo. Todas las pruebas fueron a dos colas. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico R: a Language and Environment for Statistical Computing versión 3.5.1 (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria).

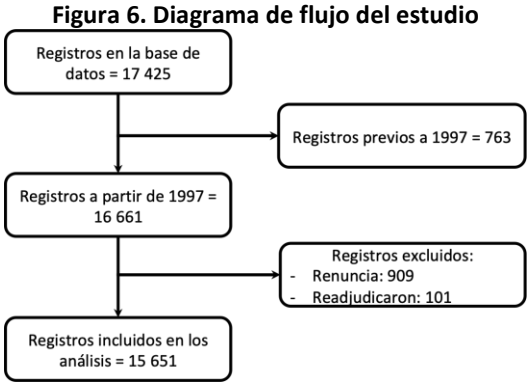
Consideraciones éticas

El proyecto fue previamente evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Juan Fernández (Acta 820/2019). De acuerdo a la legislación vigente en Argentina[xiii] y tratándose de una propuesta que no implicó intervenciones sobre la salud de sujetos, se consideró una investigación de riesgo mínimo por lo que no se requirió firma de consentimiento. Todos los datos fueron de-identificados y no se contactó a ninguna de las personas existentes en los registros para obtener información adicional.

RESULTADOS

Entre 1997 y 2018 ingresaron a las residencias de la CABA 17.111 postulantes, de los cuales 909 renunciaron al cargo y 101 cambiaron a otra sede dentro del sistema, sin renunciar. De los 909 que finalmente renunciaron, hubo 213 que previamente habían cambiado de sede, quedando 15.651 registros únicos para los análisis (figura 2). El número de cargos de residencias tomados aumentó de 1.199 en 1997-1998 a 1.797 en 2017-2018.

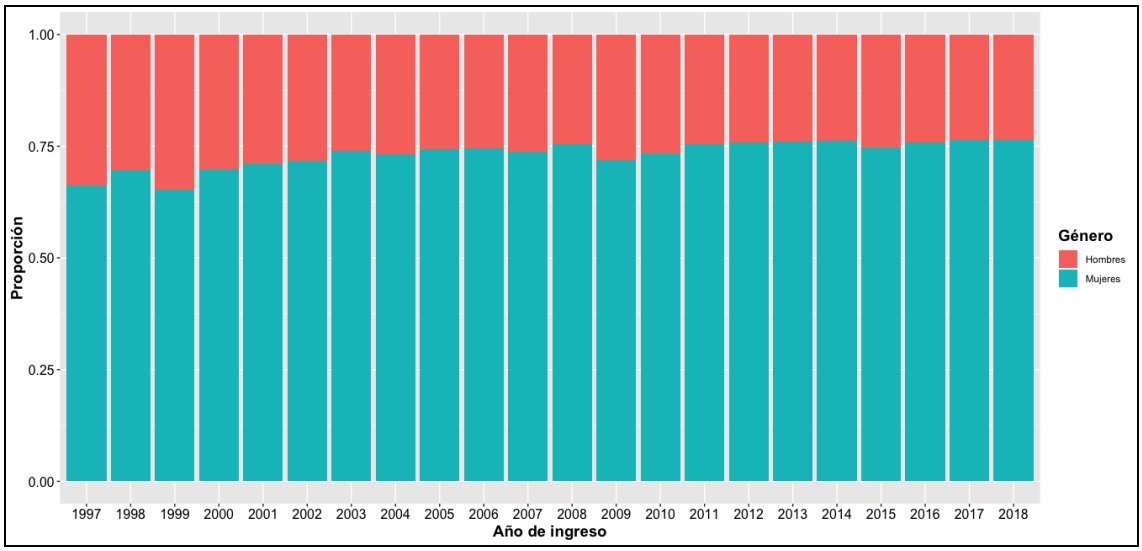
Figura 6. Diagrama de flujo del estudio



Características demográficas y de formación

A lo largo de todo el período de análisis hubo mayor frecuencia de género femenino (73,6%) entre residentes ingresantes (Figura 7).

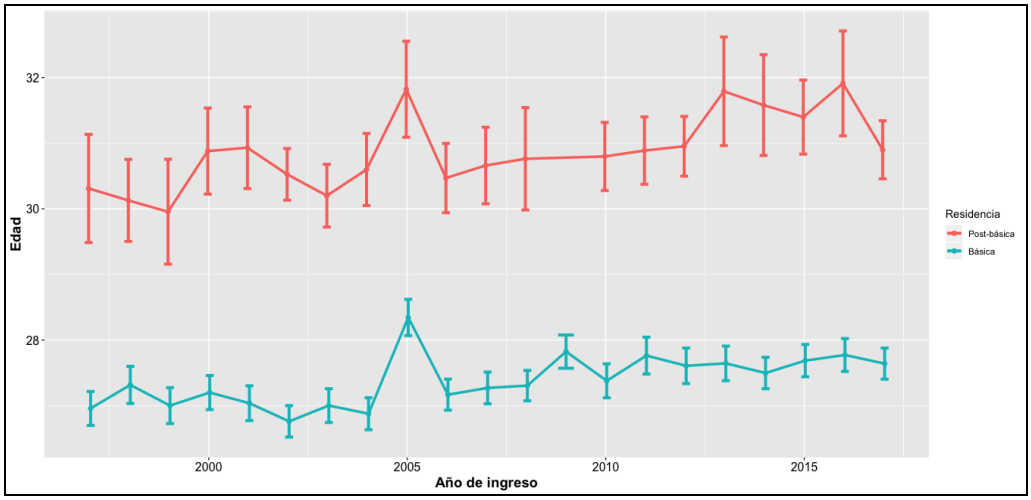
Figura 7. Proporción de géneros por año entre ingresantes a residencias



Fuente: Elaboración propia

La mediana de edad al ingreso fue de 26,8 años (RIQ 25,7 a 28,9) y, como era de esperar, fue mayor en las residencias post-básicas que en las básicas (Figura 8).

Figura 8. Edades al ingreso según residencia básica/post-básica



Fuente: Elaboración propia con datos de la BDA

La mayoría de los/as residentes eran de Argentina, y un 4,2% de otros países de Latinoamérica. La mayoría fueron graduados/as de la Universidad de Buenos Aires (UBA) u otras instituciones públicas de Argentina y el 72,0% egresaron de una Facultad de Medicina.

Tabla 2. Características generales de residentes ingresantes 1997-2017

Variable	
Sexo femenino, n (%)	11523 (73.6)
Edad, mediana (RIQ)*	26.8 (25.7 – 28.9)
Básicas	26.6 (25.6 – 28.3)
Post-básicas	30.5 (29.3 – 31.8)
Región de origen, n (%)	
Argentina	13950 (95.2)
Latinoamérica	613 (4.2)
Otras	97 (0.6)
Nacionalidad, n (%)†††	
Argentina	13950 (95.2)
Bolivia	252 (1.7)
Ecuador	87 (0.6)
Colombia	67 (0.5)
Brasil	34 (0.2)
Chile	28 (0.2)
EE.UU.	24 (0.2)
Uruguay	22 (0.2)
Paraguay	20 (0.1)
Otras	176 (1.2)
Universidad de origen, n (%)**	
Univ. Buenos Aires	10,564 (71.9)
Otra pública	2,039 (13.9)
Privada	1,721 (11.7)
Extranjera	359 (2.5)

Profesión, n (%)* **	
Medicina	11064 (72.0)
Psicología y psicopedagogía	1033 (6.8)
Enfermería	585 (3.8)
Bioquímica	455 (3.0)
Kinesiología	461 (3.0)
Obstetricia	294 (1.9)
Sociología y Servicio Social	254 (1.6)
Fonoaudiología	254 (1.6)
Nutrición	253 (1.6)
Odontología	247 (1.6)
Otros	473 (3.1)
Centro formador, n (%)	
Gutiérrez	1655 (10.6)
Argerich	1419 (9.1)
Durand	1227 (7.8)
Elizalde	1148 (7.3)
Fernández	1141 (7.3)
Ramos Mejía	1128 (7.2)
Santojanni	892 (5.7)
Piñero	871 (5.6)
Pirovano	776 (5.0)
Alvarez	684 (4.4)
Rivadavia	591 (3.8)
Penna	575 (3.7)
Tornú	534 (3.4)
Garrahan	424 (2.7)
Vélez Sarsfield	323 (2.1)
Sardá	317 (2.0)
Muñiz	210 (1.3)
Alvear	174 (1.0)
Otros	1562 (10.0)
Especialidades, n (%)** **	
Clínicas	8804 (56.3)
Quirúrgicas	2238 (14.3)
Psicología	998 (6.4)
Kinesiología y rehabilitación	775 (4.9)
Enfermería	602 (3.8)
Bioquímica	449 (2.9)
Nutrición	312 (2.0)
Obstétricas	298 (1.9)
Trabajo social	292 (1.9)
Odontología	239 (1.5)
Otras	620 (3.9)
Tipo de especialidad, n (%)** **	
Médicas	11042 (70.7)
No médicas	4585 (29.3)
Tipo de residencia, n (%)†	
Básica	14385 (91.9)
Post-básica	1266 (8.1)
Terapias intensivas, n (%)** **	430 (2.7)
Orientación a APS, n (%)** **	4476 (2.9)
Número de ingreso por bienios, n (%)	
1997-1998	1199 (7.7)
1999-2000	1093 (7.0)
2001-2002	1234 (7.9)
2003-2004	1233 (7.9)
2005-2006	1582 (10.1)
2007-2008	1423 (9.1)
2009-2010	1424 (9.1)
2011-2012	1534 (9.8)
2013-2014	1546 (9.9)
2015-2016	1586 (10.1)
2017-2018	1797 (11.5)

Fuente: Elaboración propia

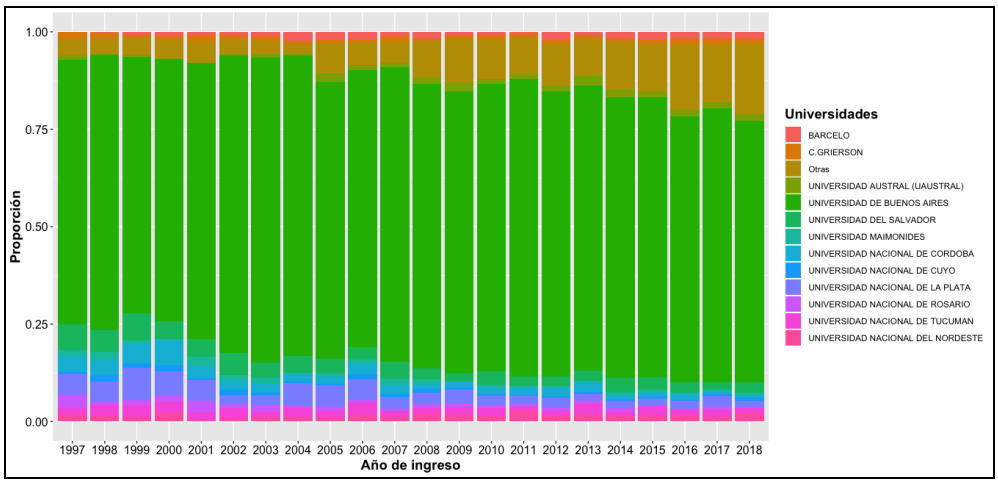
***14763 registros con datos.**
****14683 registros con datos.**
*****15373 registros con datos**
******15627 registros con datos.**
†14750 registros con datos.
††Sin pediatría.
†††14660 registros con datos.

Tendencias temporales

Desde el inicio del período de observación hubo un incremento en el número de mujeres en las residencias (desde el 67,9% en 1997-1998 al 76,5% en 2017-2018; p<0.001) (Tabla 3).

La proporción de residentes extranjeros aumentó desde el 3,0% y 1,7% en los dos primeros bienios al 8,9% y 9,9% en los dos últimos (p<0.001), la mayoría de los cuales provenían de países de Latinoamérica. Consistentemente con esta observación, la proporción de egresados de universidades extranjeras también aumentó. Aunque la mayoría egresó de la UBA, hubo fluctuaciones, con un incremento de la proporción de egresados de esta universidad entre 2001-2002 y 2013-2014 (73,6% y 72,5%, respectivamente), y menores proporciones al inicio y final del período de observación- 69,2% y 68,7%, respectivamente (Figura 9).

Figura 9. Universidades de egreso de residentes ingresantes/año



Fuente: Elaboración propia

Se registró un incremento en la proporción de residencias no médicas (desde 28,1% a 30,3%), en las residencias post-básicas (del 7,3% al 10,9%) y en las especialidades de cuidados intensivos (del 1,3% al 2,7%).

Además, se observó un aumento en las especialidades orientadas hacia la APS entre 2005-2006 y 2015-2016 (15.8% y 15.6%, respectivamente) en comparación con el inicio y final del periodo de observación (12.6% y 12.7%, respectivamente).

En relación al tipo de centro en el cual se realizó la residencia, se registró un aumento en los centros polivalentes (la mayoría de ellos de tercer nivel de complejidad) y en la categoría “otros” (los cuales son centros de baja complejidad, con una mayoría de programas de residencias no médicas), mientras que se observó una disminución en los centros monovalentes (especializados en un tipo de patologías o poblaciones específicas, esto es, pediatría, obstetricia u otras).

Tabla 3. Evolución temporal de las características demográficas y de formación de residentes

Variable	1997-1998	2017-2018	p
N	1199	1797	
Sexo femenino, n (%)	814 (67.9)	1374 (76.5)	<0.001
Edad, mediana (RIQ)	26.3 (25.4-28.4)	27.1 (25.8-29.5)	<0.001
Edad, mediana (RIQ)			
Básicas	26.1 (25.4-27.7)	26.8 (25.6-28.8)	<0.001
Post-básicas	30.0 (29.0-31.1)	30.5 (28.8-31.7)	<0.001
Nacionalidad, n (%)			<0.001
Argentina	1071 (96.2)	1446 (89.8)	
Latinoamérica	33 (3.0)	160 (9.9)	
Otras	9 (0.8)	5 (0.3)	
Universidad, n (%)			<0.001
UBA	763 (69.2)	1136 (68.7)	
Otras públicas	206 (18.7)	221 (13.4)	
Privadas	124 (11.3)	187 (11.3)	
Extranjeras	9 (0.8)	109 (6.6)	
Especialidad, n (%)			<0.001
Médicas	853 (71.9)	1252 (69.7)	
No médicas	334 (28.1)	545 (30.3)	
Especialidades, n (%)			0.526
Clínicas	663 (55.9)	972 (54.1)	
Quirúrgicas	190 (16.0)	280 (15.6)	
Bioquímica	39 (3.3)	46 (2.6)	
Enfermería	49 (4.1)	71 (4.0)	
Kinesiología	49 (4.1)	97 (5.4)	
Nutrición	29 (2.4)	35 (1.9)	
Odontología	23 (1.9)	26 (1.4)	
Psicología	72 (6.1)	108 (6.0)	
Trabajo social	24 (2.0)	36 (2.0)	
Obstétricas	22 (1.9)	37 (2.1)	
Otras	27 (2.3)	89 (5.0)	
Tipo residencia, n (%)			<0.001
Básica	1112 (92.7)	1602 (89.1)	
Post-básica	87 (7.3)	195 (10.9)	
Cuidados intensivos, n (%)	16 (1.3)	49 (2.7)	0.045
Residencias APS, n (%)	149 (12.6)	228 (12.7)	<0.001
Centros, n (%)			<0.001
Polivalentes	756 (63.1)	1081 (65.7)	
Monovalentes	395 (32.9)	506 (28.2)	
Otros	48 (4.0)	110 (6.1)	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Evolución temporal de acuerdo al género

Variable	1997-1998	2017-2018	P*
Edad, mediana (RIQ)			0.498
Mujeres	26.2 (25.4–28.1)	26.9 (25.6-29.3)	
Hombres	26.5 (25.6-28.8)	27.6 (26.1-29.9)	
Edad, mediana (RIQ)			
Básicas			
Mujeres	26.0 (25.3-27.4)	26.7 (25.6-28.6)	0.363
Hombres	26.4 (25.5-28.4)	27.2 (26.0-29.3)	
Post-básicas			
Mujeres	29.8 (28.5-30.7)	30.3 (28.8-31.5)	0.323
Hombres	30.5 (29.7-31.5)	31.4 (29.3-33.3)	
Nacionalidad, n (%)			0.163
Mujeres			
Argentina	723 (97.2)	1110 (91.4)	
Latinoamérica	14 (1.9)	101 (8.3)	
Otras	7 (0.9)	4 (0.3)	
Hombres			
Argentina	348 (94.3)	336 (84.8)	
Latinoamérica	19 (5.1)	59 (14.9)	
Otras	2 (0.6)	1 (0.3)	
Universidad, n (%)			
Mujeres			
Univ BsAs	539 (72.8)	888 (70.9)	Ref.
Otras públicas	114 (15.4)	167 (13.3)	<0.001

Privadas	85 (11.5)	132 (10.5)	0.641
Extranjeras	2 (0.3)	66 (5.3)	0.008
Hombres			
Univ BsAs	224 (61.9)	248 (62.0)	
Otras públicas	92 (25.4)	54 (13.5)	
Privadas	39 (10.8)	55 (13.8)	
Extranjeras	7 (1.9)	43 (10.7)	
Especialidad, n (%)			0.706
Mujeres			
Médicas	531 (65.6)	888 (64.6)	
No médicas	278 (34.4)	486 (35.4)	
Hombres			
Médicas	322 (85.2)	364 (86.1)	
No médicas	56 (14.8)	59 (13.9)	
Especialidades, n (%)			
Mujeres			
Clínicas	453 (56.0)	722 (52.5)	Ref.
Quirúrgicas	78 (9.6)	166 (12.1)	<0.001
Bioquímica	33 (4.1)	39 (2.8)	0.677
Enfermería	26 (3.2)	64 (4.7)	<0.001
Kinesiología	45 (5.6)	81 (5.9)	0.393
Nutrición	27 (3.3)	34 (2.5)	0.937
Odontología	20 (2.5)	23 (1.7)	0.554
Psicología	61 (7.5)	102 (7.4)	0.808
Trabajo social	24 (3.0)	36 (2.6)	0.363
Obstétricas	22 (2.7)	36 (2.6)	<0.001
Otras	20 (2.5)	71 (5.2)	0.986
Hombres			
Clínicas	210 (55.6)	250 (59.1)	
Quirúrgicas	112 (29.6)	114 (27.0)	
Bioquímica	6 (1.6)	7 (1.7)	
Enfermería	23 (6.1)	7 (1.7)	
Kinesiología	4 (1.1)	16 (3.8)	
Nutrición	2 (0.5)	1 (0.2)	
Odontología	3 (0.8)	3 (0.7)	
Psicología	11 (2.9)	6 (1.4)	
Trabajo social	0 (0.0)	0 (0.0)	
Obstétricas	0 (0.0)	1 (0.2)	
Otras	7 (1.9)	18 (4.3)	
Tipo residencia, n (%)			0.720
Mujeres			
Básica	747 (91.8)	1221 (88.9)	
Post-básica	67 (8.2)	153 (11.1)	
Hombres			
Básica	365 (94.8)	381 (90.1)	
Post-básica	20 (5.2)	42 (9.9)	
Cuidados intensivos, n (%)			0.586
Mujeres			
Hombres	5 (0.6)	37 (2.7)	
	11 (2.9)	12 (2.8)	
Residencias APS, n (%)			0.386
Mujeres	133 (16.4)	207 (15.1)	
Hombres	16 (4.2)	21 (5.0)	
Centros, n (%)			
Mujeres			
Polivalentes	467 (57.4)	880 (64.0)	Ref.
Monovalentes	306 (37.6)	411 (29.9)	0.265
Otros	41 (5.0)	83 (6.0)	0.237
Hombres			
Polivalentes	289 (75.1)	301 (71.2)	
Monovalentes	89 (23.1)	95 (22.5)	
Otros	8 (1.8)	27 (6.4)	

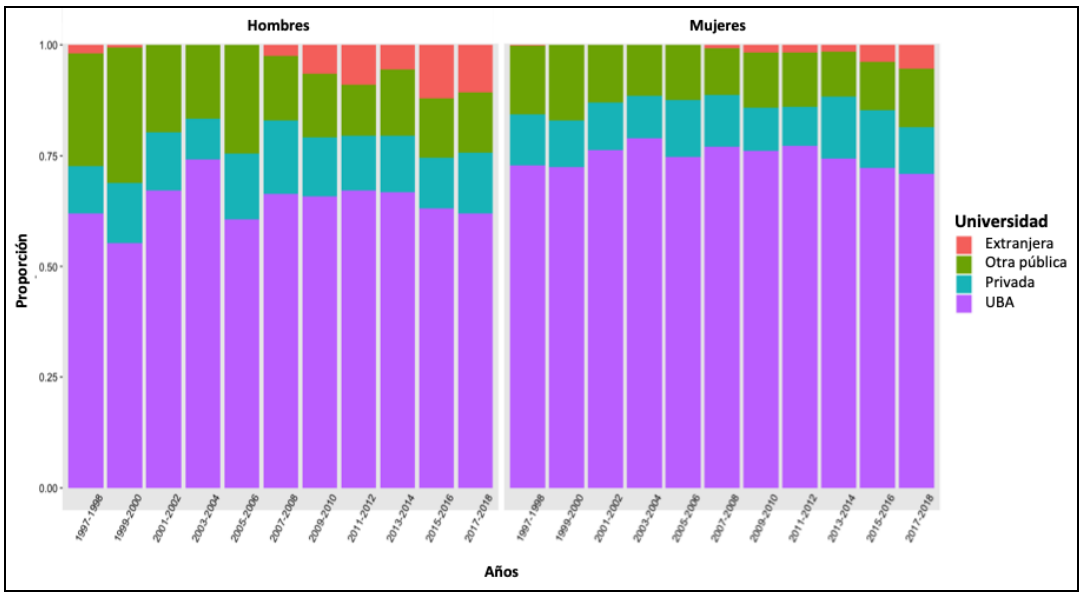
Fuente: Elaboración propia

Tendencias de género

La edad al ingreso aumentó desde el inicio del período de observación en ambos géneros, sin diferencias significativas entre ellos (p=0.498), esta situación fue similar en residencias básicas (p=0.363) como post-básicas (p=0.323). El número de residentes extranjeros se incrementó en ambos géneros sin diferencias significativas (p=0.163). Sin embargo, en términos absolutos, en el primer bienio hubieron más extranjeros varones, mientras que a partir del bienio 1999-2000 hubo más mujeres, con una diferencia creciente, al punto que en 2017-2018 casi duplicaron a los varones (Tabla 4).

La mayoría de los/as ingresantes habían egresado de la UBA durante todo el período, sin embargo hubo más egresadas mujeres de la UBA que varones (Figura 3). Las tendencias muestran una reducción marcada de varones provenientes de otras universidades públicas (p<0.001) y un incremento de los provenientes de universidades extranjeras (p=0.008).

Figura 10. Evolución temporal de las universidades de origen por género



Fuente: Elaboración propia

En relación al tipo de residencia, alrededor de un tercio de las mujeres y un 15% de los hombres realizaron residencias no médicas, sin diferencias entre los géneros en las tendencias en el tiempo (p=0.706). En las especialidades quirúrgicas fue mayor la cantidad de hombres, aunque se registra una tendencia a un aumento en las mujeres y una reducción en hombres (p<0.001). A partir del bienio 2009-2010, en términos absolutos, las mujeres ingresantes son más numerosas que los hombres.

Además, se registraron incrementos entre las mujeres en las residencias de bioquímica sin cambios relevantes entre los hombres (p<0.001). No se observaron diferencias

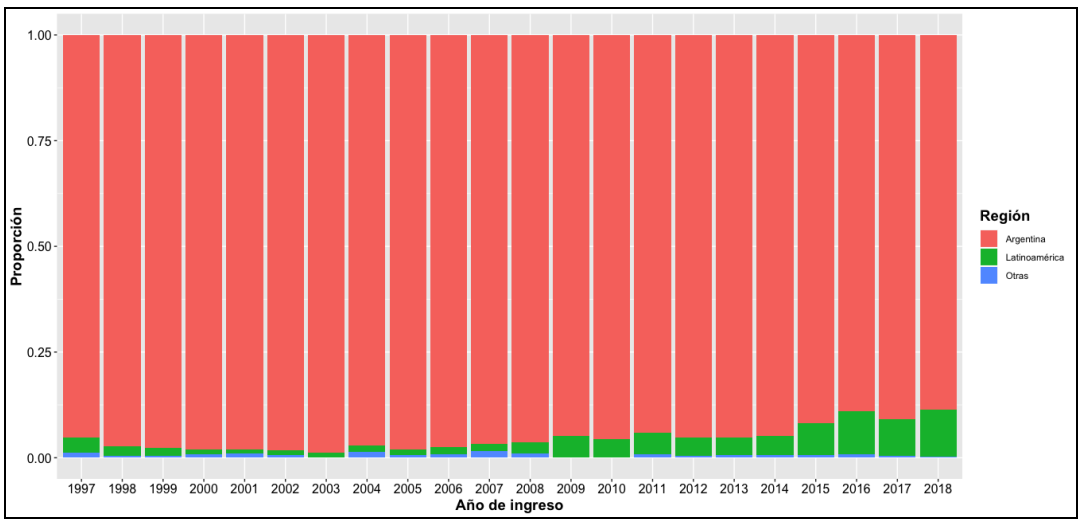
significativas entre géneros en el aumento de las residencias post-básicas (p=0.720). Tampoco se registraron diferencias estadísticamente significativas en las tendencias entre hombres y mujeres en relación a los puestos de residencias orientados a la APS (p=0.386) ni de cuidados intensivos (p=0.586). Durante todo el período, 3 de cada 4 residentes de especialidades orientadas a los cuidados críticos y 9 de cada 10 de las orientadas a la APS, fueron mujeres (Tabla 4).

No se observaron diferencias significativas en las tendencias entre géneros en las características de los centros donde se realizaron los programas de formación, durante todo el período hubo más mujeres (en términos relativos y absolutos) en centros monovalentes y más hombres (en términos relativos) en centros polivalentes.

Residentes de nacionalidad extranjera

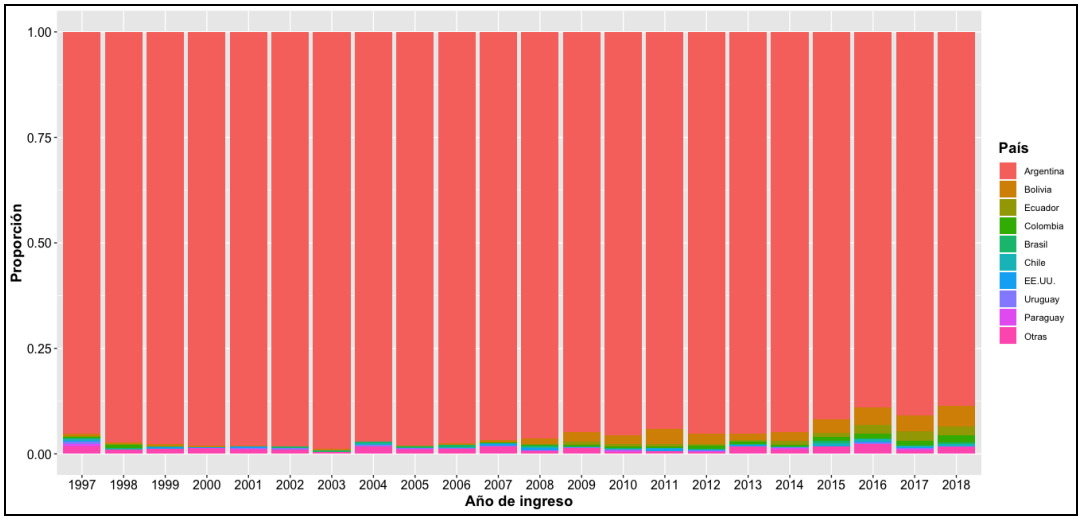
La proporción de profesionales de nacionalidad extranjera en las residencias se incrementó desde el 3.0% y 1.7% en los dos primeros bienios al 9.6% y 10.2% en los dos últimos (p<0.001). La mayoría provenía de países de Latinoamérica (Fig. 11 y 12).

Figura 11. Región de origen de residentes ingresantes/ año



Fuente: Elaboración propia

Figura 12. País de origen de residentes ingresantes/ año



Fuente: Elaboración propia

El primer pico en la proporción de residentes extranjeros/as en el bienio 2009-2010 para continuar estable hasta un segundo pico en el bienio 2015-2016 continuando la tendencia en ascenso, pasando del 3,8% en el primer bienio hasta representar el 10,2% de los residentes en 2017-2018, lo que se evidenció en mujeres de 2,8% en el primer bienio a 8,6% en el último bienio y en hombres de 5,7% en el primer bienio a 15,2% en el segundo bienio (Tablas 3 y 4).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente análisis muestran las características de un gran número de residentes de especialidades médicas y no médicas del subsector público de la CABA, y la evolución de estas variables a lo largo del tiempo. Entre las observaciones más relevantes de nuestros análisis podemos destacar:

- el aumento de la edad al momento del ingreso a las residencias
- la elevada proporción de mujeres que ingresan en el sistema y que se encuentra en continuo crecimiento
- el aumento de la edad al momento del ingreso
- el incremento de residentes extranjeros en el sistema
- el aumento en las residencias no médicas, en los programas post-básicos y la mayor participación en los programas de centros formadores de menor complejidad.

Los cambios que ocurrieron en las matrículas universitarias se trasladaron a las profesiones de la salud que concursan y adjudican cargos de residencias en el sistema público, y el análisis de la BDA del subsector público de la CABA permitió analizar la evolución temporal durante un espacio de más de 20 años de las características demográficas de los residentes de todo el sistema público en la CABA.

Para profundizar el análisis de los fenómenos vinculados a la formación de residencias, es pertinente repasar algunos conceptos nodales del modelo pedagógico que abordamos, y relacionar los datos obtenidos con el contexto socio-histórico en que se ubican.

Modelo pedagógico de las residencias

La dinámica de la formación consiste en encontrar formas para cumplir con ciertas tareas para ejercer un oficio, una profesión o un trabajo. Está íntimamente relacionada con la profesionalización y la inserción en el mundo laboral u ocupacional.[14] En el proceso de formación se destaca el papel del propio individuo que se forma, hay un desarrollo personal que se desenvuelve a través de diversas mediaciones con situaciones, objetos y sujetos. Quienes forman son mediadores humanos pero también los y las profesionales se forman a través de las lecturas, las circunstancias, la relación con otros en determinados contextos.

Existe consenso respecto del reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, que fortalece no sólo la formación del personal de salud sino también el desarrollo de los servicios en los que dicho proceso se inserta. Por ello resulta inevitable la aproximación de los procesos de formación al mundo de las prácticas, en los propios contextos de la acción. Así, cada una de las situaciones que a diario deben enfrentar los y las profesionales en el ejercicio de sus prácticas se convierte en instancias de reflexión y valoración del proceso de trabajo en el que esas prácticas ocurren. Por tratarse de procesos grupales, se valoriza el aporte de cada integrante del equipo de salud para la resolución de esos problemas.[15]

Las residencias brindan oportunidades de formación en diversas disciplinas y profesiones con actividades programadas insertas en los procesos de trabajo de las unidades de servicios de salud en el sistema de salud. Justamente por esta dinámica,

es inherente al proceso formativo la existencia de tensiones, algunas propias de cualquier formación, como el que se establece entre la reproducción o refuerzo de lo existente y la innovación o producción de nuevas prácticas. En la formación de residencias se suman tensiones específicas derivadas de las demandas del sistema de salud - en particular en residencias con una fuerte impronta asistencial como las residencias médicas- y las necesidades de formación. En los últimos años se observan otras tensiones surgidas de un empoderamiento de los y las jóvenes profesionales, que interpelan y demandan dinámicas y espacios de formación acordes a otros intereses, vinculados a cambios sociales y generacionales. [16]

Según Bourdieu y Passeron, la educación es un proceso social en el que se pueden distinguir dos dimensiones que coexisten y tensionan en forma dialéctica: la de la reproducción social del status quo de clases dominantes y la de la posibilidad transformadora de la práctica reflexiva. Los conceptos "instituido-instituyente" se relacionan con esta visión y hacen referencia a la dinámica que pueden asumir los procesos de formación dentro de las organizaciones de salud.[17]

Esta tensión se expresa en la oferta de formación que brinda la residencia tanto en el tipo de especialidades y disciplinas como en la cantidad y tipo de centros formadores. Así, el 90% de los residentes se formaron en centros asistenciales de mediana y alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A su vez, en cada centro de atención predomina la atención médica especializada en el segundo nivel de atención por sobre las especialidades de atención primaria en salud y del equipo de salud. En consecuencia, el porcentaje mayor de cargos se ofrecen en especialidades médicas, y entre éstas predominan las clínicas: el 70,7% de los cargos fueron en especialidades médicas (más de la mitad en especialidades clínicas) y menos del 3% de los cargos fueron de residencias de residencias orientadas a la APS. Eso podría significar que lo instituyente sigue reforzando lo instituido y deja por fuera la posibilidad de transformación.

Una perspectiva dinámica de la formación de profesionales invita a incentivar la reflexión como medio de aprendizaje. Ante la tensión "academia"- "saber práctico" se propone una relación dialéctica entre la lógica de la formación y la lógica del trabajo a

través de la reflexión sobre la propia práctica. Schön plantea que se trata de "*pensar en la acción y para la acción*".[18]

En la residencia tiene lugar el proceso de conformación de la identidad profesional asociado al aprendizaje de las pautas culturales de la organización. El proceso de socialización profesional es un proceso por el cual, las personas, selectivamente adquieren valores y actitudes, intereses, habilidades y conocimientos de un grupo profesional directamente ligada a la cultura dominante en las organizaciones en las que trabajan. En este proceso están incluidos no sólo los conocimientos teóricos, conceptuales y procedimentales que definen a una profesión sino los valores, los supuestos, las percepciones y los significados atribuidos a hechos y situaciones. Se internalizan roles con aspectos explícitos e implícitos. Esto implica que muchas veces, lo no dicho y lo no escrito tienen un peso importante en la configuración del rol profesional.[19]

Dinámicas y contextos socio - históricos de las residencias en la CABA

Con respecto a las vacantes ofrecidas, es clara una tendencia incremental sostenida. Durante todo el período estudiado puede observarse un aumento continuo de los cargos ofrecidos, excepto al inicio del mismo: de 654 en 1997, descendieron a 575 en 1998, para con posterioridad aumentar sustancialmente a 670 en 2005 (95 vacantes más), y luego continuar con el incremento progresivos de entre 8 y 30 cargos en cada salto, con un ritmo más acelerado a partir del bienio 2007-2008, para llegar a 910 cargos en 2018.

En relación a la creación de nuevas residencias, puede observarse que el sistema de residencias se fue diversificando y enriqueciendo. En los últimos 20 años se crearon algo más de 40 nuevas residencias, insertas tanto en efectores como en el nivel central del Ministerio de Salud.

Decisiones frente a problemáticas emergentes

En el año 1997, por la Ordenanza N° 51.475/97 y el Decreto reglamentario 752/97, se tomó una iniciativa tendiente a facilitar el acceso a la formación en las especialidades,

acortando la duración de la formación total resultante de la suma de una residencia en clínica médica o cirugía, más una especialidad a posteriori, que incluía además una nueva instancia de evaluación para acceder a esta segunda residencia. En este sentido, se modificó el sistema de ingreso a residencias post-básicas clínicas y quirúrgicas, con requisito de residencia básica previa, y se crearon las residencias médicas clínicas y quirúrgicas con orientación. Estas residencias médicas clínicas y quirúrgicas con orientación forman una unidad integral de capacitación de postgrado en la especialidad en la que el profesional concursa, que facilita la incorporación a la misma al simplificar el ingreso y al reducir la duración total de la formación.

Dos ejemplos paradigmáticos: Anestesiología y Cuidados Críticos:

En el año 2007, la Ley 228/07 declaró la emergencia de los servicios de Anestesia de los efectores del subsector estatal de salud de la Ciudad de Buenos Aires, por un año, prorrogable a dos años, y estableció que en el ciclo lectivo 2007 el número de vacantes para residencias en la especialidad no debía ser menor a 50. En cumplimiento de esta ley, y en respuesta a una necesidad del sistema, se aumentaron las vacantes (de 670 a 700) y se asignaron 50 vacantes a la residencia de Anestesia durante los años 2007 y 2008, un aumento considerable teniendo en cuenta que en 2006 las vacantes habían sido 20. También se aumentó la duración de la residencia de 4 a 5 años, y se trabajó conjuntamente con la Facultad de Medicina de la UBA y la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires en la reformulación conjunta del Programa Docente de la Residencia.

En 2009, superado el período establecido por la ley, las vacantes bajaron y volvieron a sus números históricos. Quedaría pendiente hacer una evaluación pormenorizada de los resultados de esta iniciativa, tanto sobre la formación de los residentes como de la contribución de esta estrategia para la normalización de los servicios de Anestesia de los hospitales. Podrían plantearse aquí algunos interrogantes: ¿Se resolvió la crisis del área de anestesiología? ¿Influyó positivamente en esta situación la decisión tomada con respecto a la residencia? ¿Fue la estrategia más acertada para resolver el problema? El impacto de las modificaciones implementadas en la residencia de Anestesiología ¿fue positivo o negativo para la residencia como sistema de formación?

Otro caso de particular interés es el de especialidades en cuidados críticos. Al analizar la distribución y redistribución de vacantes en los sucesivos concursos puede observarse claramente una dificultad en la cobertura de cargos correspondientes a Terapia Intensiva - tanto de adultos como pediátrica- y Neonatología. Reiteradamente quedaban vacantes sin cubrir en la adjudicación, por lo que ante la imposibilidad de cubrirlas, esos cargos son redistribuidos y asignados a otras especialidades en la readjudicación.

Frente a la gravedad creciente de la situación, en particular en las áreas de cuidados intensivos pediátricos, con un potencial impacto sanitario en términos de mortalidad

infantil, en el año 2015 surgió la iniciativa de crear dos residencias pediátricas de modalidad articulada: la residencia médica articulada de Neonatología (3 años de Pediatría más 2 años de Neonatología) y la residencia médica articulada de Terapia Intensiva Infantil (3 años de Pediatría más 2 años de Terapia Intensiva Infantil), certificándose ambas áreas de formación al completar los 5 años. El atractivo de esta modalidad está dado por la oportunidad de ingresar a un programa para formarse en dos especialidades, con la posibilidad de acreditar ambas al cabo de los 5 años de formación. Siendo una innovación relativamente reciente, habría ahora que evaluar sus resultados en término de demanda de vacantes por parte de los postulantes y de cobertura de las vacantes ofrecidas. En estos primeros años de implementación, los primeros resultados dan cuenta de un creciente interés por parte de los postulantes.

Más aun, frente al análisis sanitario de necesidad de profesionales formados en neonatología, en el concurso 2019 se duplicó el número de vacantes de residencias articuladas de neonatología y se ofrecieron 14 cargos para la modalidad articulada, que alcanzaron una cobertura del 100% en la primera adjudicación.

Algunas reflexiones e interrogantes que surgen frente a este análisis:

Cuáles son los criterios tenidos en cuenta para la solicitud y para la asignación y distribución y redistribución (cargos no cubiertos) de vacantes entre distintas residencias y distintas sedes?

Cuáles son los criterios tenidos en cuenta para creación de nuevas residencias? ¿Cuál es su relación con los planes y políticas de salud? ¿Cómo puede resolverse la tensión entre el sistema hospitalario que tiende a reproducir el funcionamiento del sistema de salud, con una impronta importante del peso simbólico de los hospitales en la formación médica, ya acuñada desde la formación de grado?

Ante las dificultades para cubrir los cargos en áreas críticas o prioritarias:

¿Por qué razones los postulantes no eligen las áreas críticas?

¿De qué manera se puede incentivar la elección de las residencias de interés prioritario? ¿Qué posibilidades de inserción en el sistema se les ofrece a los residentes al finalizar su período de formación?

¿Cómo pueden resolverse las tensiones entre la capacidad formadora de los distintos efectores, las necesidades asistenciales actuales del sistema, las necesidades futuras del sistema en función de la planificación sanitaria, la capacidad del sistema de incorporar el recurso humano formado y las características y necesidades actuales de los profesionales que acceden al sistema de residencias?

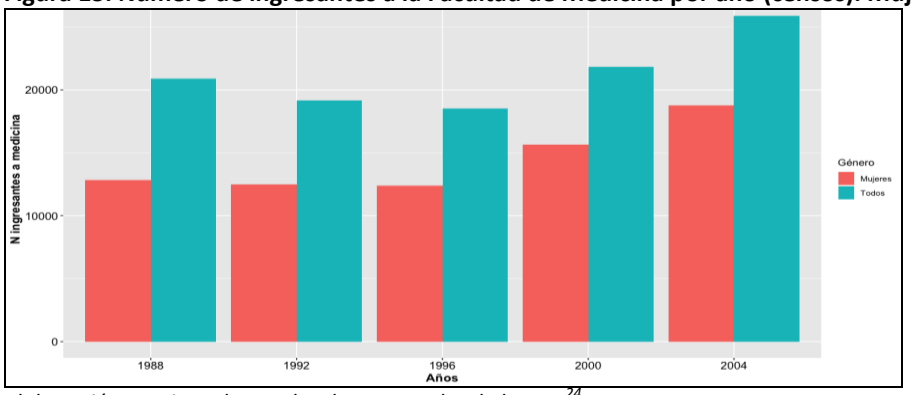
Es inevitable observar que la mayor parte de las residencias funcionan en centros de alta complejidad y solo una minoría están orientadas a APS, lo que coincide con lo que ocurre a nivel nacional y regional.[20] En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud ha llamado la atención sobre las tensiones existentes entre la necesidad de contar con profesionales entrenados para fortalecer la estrategia de APS, que compite con el énfasis puesto en la atención del tercer nivel y la diversificación excesiva en oferta de especialidades.[21] Sin dudas tiene una mayor relevancia en el caso de las residencias públicas de la CABA, considerando que el financiamiento es estatal y que no siempre tiene relación con una planificación racional de lo que necesita el sistema, tanto en perfiles de especialidades como en el número asignado a cada especialidad. Esto requerirá mayor profundización a la hora de planificar el número y distribución de cargos de residencias en el subsector público, en línea con las recomendaciones internacionales, especialmente si se pretende mejorar la capacidad de respuesta del primer nivel de atención.[22]

Perspectiva de género en la formación de residencias

Las transformaciones económicas -el avance de la mujer sobre el mercado de trabajo en varias áreas antes exclusivas o predominantemente masculinas- políticas, culturales y subjetivas de los últimos años, han modificado los modos de relacionarse entre varones y mujeres, los lugares que cada uno de ellos ocupa, lo cual no implica que los obstáculos materiales y simbólicos para la construcción de relaciones más igualitarias entre los géneros hayan desaparecido. Estos contextos invitan a considerar fuertemente la variable “género” en la población de las residencias del GCABA.

A partir del análisis de la evolución de esta variable durante el período de observación, los datos indican que hubo un incremento en el número de mujeres en las residencias (desde el 67.9% en 1997-1998 al 76.5% en 2017-2018; $p<0.001$) (Tabla 3). La tendencia a una mayor presencia de mujeres en el área médica se corrobora no solamente en el ingreso a las residencias, sino que también tiene su correlato en la carrera de Medicina. Esto significa que no se trata solamente de la feminización de las residencias, sino también de la carrera.[23] Si se contemplan las modificaciones que se produjeron en los últimos años en los perfiles de alumnos/as que ingresan y se gradúan de las facultades de ciencias de la salud (por ejemplo, el índice de feminidad muestra un incremento entre todos los graduados en general y en las carreras de ciencias de la salud en particular).

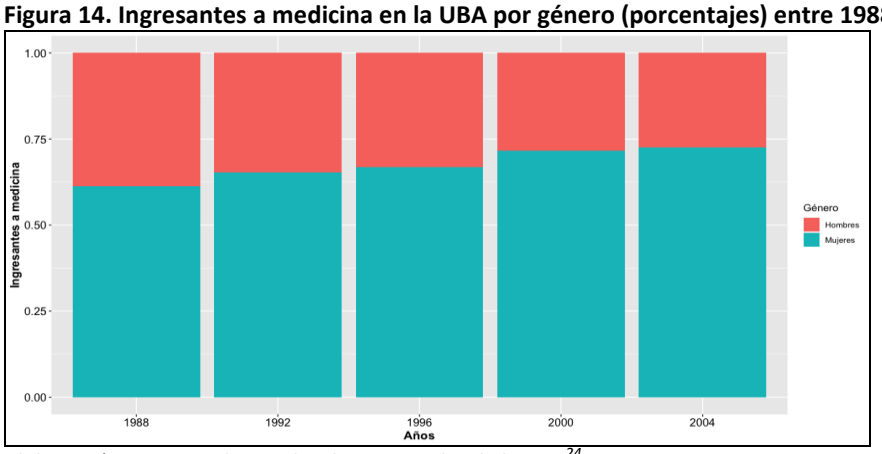
Figura 13. Número de ingresantes a la Facultad de Medicina por año (censos). Mujeres y totales



Elaboración propia en base a los datos censales de la UBA[24]

La Figura 13 muestra en términos relativos la representación de géneros entre los inscriptos a medicina en la UBA desde 1988 a 2004. Si bien en los datos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires se verifica que el porcentaje de ingreso a la carrera se mantiene más o menos constante en 70/30, ha variado significativamente el porcentaje de mujeres/varones egresados (59/41 en para el bienio 1999/2000 a 68/32 en el bienio 2017/2018).

Figura 14. Ingresantes a medicina en la UBA por género (porcentajes) entre 1988 y 2004.



Elaboración propia en base a los datos censales de la UBA[24]

Estos datos reflejan los aportes de los estudios de género donde se evidencian que las condiciones sociales y laborales de las mujeres son el resultado de una construcción histórica, cultural, ideológica, económica y política. Históricamente, el ingreso de las mujeres a la universidad tuvo dos etapas claramente diferenciadas: la primera, donde unas pocas accedieron en forma excepcional o disfrazadas de hombres; en la segunda llamada proceso sistemático, donde se produce el acceso de la mujer libremente, a las universidades. No es casualidad que el inicio de la historia de las mujeres en la universidad haya sido en la carrera de medicina. El proceso que se inició en el siglo XIX se caracterizó por un debate y una fuerte reacción al acceso de las mujeres a la universidad.[25]

A medida que iban siendo admitidas en las universidades, la discusión pasó por el tipo de estudios que mejor se correspondía con la naturaleza femenina. Por eso, el cuidado y el rol maternal que representaba la medicina, eran considerados adecuados para la mujer. La otra explicación es que, inicialmente, las carreras más prestigiosas y que podían implicar el acceso a niveles de poder, eran reservadas para los hombres.

Situándonos nuevamente en los datos que muestran que ha aumentado la cantidad de mujeres que egresan de la facultad de Medicina, no puede dejar de relacionarse con el profundo cambio social de las últimas décadas respecto a las posiciones feministas y el constante trabajo de las corrientes de mujeres por lograr la democratización de roles en el hogar.[26] Esto nos abre a nuevos interrogantes: ¿son los cambios sociales y legales los que han permitido que hoy la mujer pueda finalizar en mayor porcentaje la carrera médica y profundizar su inserción en el mercado formativo/laboral público? ¿Tienen estos datos alguna relación con la evolución de los salarios en salud que hacen que los hombres dejen este espacio para ir hacia aquellos mejor remunerados? ¿Podemos preguntarnos también acerca de los cambios que arrastra la feminización profesionalizada en las estructuras de las carreras universitarias?– las mujeres históricamente tuvieron y tienen una menor representación en el ámbito académico, como así también gremial y profesional.

De acuerdo a la evidencia disponible, fundamentalmente en formación médica, tanto la elección de optar por especializarse en una residencia como la opción de una especialidad en particular se asocia a diversos factores (socio-demográficos, culturales, ámbitos de exposición académica, entre otros). El género, en particular el género femenino, ha sido descripto como un indicador y en algunos casos un predictor en la elección de la especialidad.[27] [28] [29] [30] [31] La dinámica de funcionamiento de las residencias se caracteriza por un orden jerárquico vertical, usualmente más marcado en algunas especialidades médicas, que se ha vinculado incluso con situaciones de violencia, acoso laboral y burn-out. [32] [33] Es decir que el nivel de exigencia característico de la residencia implicaría mayor carga de tensión emocional para las mujeres. En ámbitos de salud se han identificado que las mujeres tienen mayores dificultados que los varones para encontrar mentores y modelos a seguir, algunos estudios muestran

también peores indicadores de bienestar, mayor probabilidad de estar expuestas a hostigamiento y discriminación, y mayor tendencia a abandonar la residencia. [34 35 36 37]

La incorporación de cada vez más residentes mujeres a los servicios -en particular aquellos tradicionalmente constituidos por hombres- también es un desafío para la planificación de las actividades, jornadas laborales y adecuaciones estructurales, así como para asegurar igualdad de condiciones en posiciones académicas y de gestión, una vez finalizada la formación.[38]

En cuanto a la variable "tipo de residencia", en nuestro estudio observamos que en las especialidades quirúrgicas siempre fue y es mayor la cantidad de hombres, aunque se registra una tendencia a un aumento en las mujeres y una reducción en hombres ($p<0.001$). A partir del bienio 2009-2010, en términos absolutos, las mujeres ingresantes son más numerosas que los hombres. Caben aquí dos lecturas posibles: 1. ¿era decisión de las mujeres no optar por estas especialidades? 2. ¿o es la hegemonía masculina la que dificultaba o dificulta el acceso de las mujeres a ciertas disciplinas?.

Para el primer interrogante, parecería ser un hecho que las mujeres eligen trabajar jornadas más cortas debido a su rol social, principalmente para conciliar la vida laboral con la familiar (¿elección o mandato patriarcal?). Contrariamente a esta posición, otros autores argumentan que la elección de trabajar menos horas obedece más a una cuestión generacional (generación Y o millennials) que a una de género. Por consiguiente, consideran que tanto los varones como las mujeres que se dedican a la Medicina buscan obtener cada vez más un equilibrio entre su vida personal y laboral, de modo tal que en este aspecto estarían en igualdad de condiciones.[39 40]

Esto invita al menos a revisar qué modificaciones o adecuaciones será necesario encarar especialmente en las dinámicas de las residencias que en su programa de formación tienen requisitos de guardias, emergencias, horarios no previsibles (tocoginecología, traumatología, etc.), lo que podría contribuir a que sean cada vez menos elegidas por los/as profesionales jóvenes.

Para el segundo interrogante, los estudios de género revisados nos hacen pensar que a lo largo de los años y pese a grandes avances logrados en el campo social en relación a la visibilización de temas de género, en algunos ámbitos se mantienen ciertos prejuicios y estereotipos de género, que dificultan el ingreso de las mujeres a ciertas residencias. Éstos apuntan sobre todo, a la forma de ser, actuar y pensar de manera distintiva los hombres y las mujeres, generando una cultura de desconfianza hacia las capacidades de las mujeres. La maternidad y el cuidado del hogar, la fuerza y destrezas son otras variables que ponen en juego las culturas organizacionales con modelos patriarcales más consolidados, en las que aún no permean los nuevos discursos o al menos no se traducen en acciones. Las mujeres profesionales aun deben abrirse camino en el ámbito público a la vez que deben sostener su mundo privado, lo cual implica un tránsito simultáneo por códigos diferentes, por prácticas sociales que

exigen autonomía y otras que requieren dependencia.[41] En las residencias, esta tensión entre mundo profesional- mundo privado se agrega a las tensiones inherentes al sistema, en particular en algunas especialidades, lo cual implica sumatoria de adversidades que deben enfrentar las residentes mujeres. En un sistema con una proporción cada vez mayor de mujeres que mantiene estructuras, prácticas y ordenamientos jerárquicos patriarcales, es de esperar que en la medida que la sociedad avances hacia la equidad de género, surjan nuevas tensiones hacia dentro del propio sistema.

Las brechas observables en el histórico respecto a las especialidades vinculadas a mayor remuneración (por ejemplo anestesiología y cirugías) son importantes en tanto que siempre estuvieron altamente masculinizadas. Mientras que pediatría, ginecología y neonatología son especialidades con predominancia de mujeres. Como se expresó antes, estando el aprendizaje en las residencias ligado estrechamente a las pautas culturales de la organización, es alentador pensar que la mayor presencia femenina en ciertas disciplinas que antes suponían un terreno masculino casi exclusivo, estimulen a deconstruir los estereotipos mencionados. Sin embargo, es probable que esa deconstrucción implique nuevas tensiones y costos que deberá afrontar el mismo sistema de salud y sus protagonistas, en la medida que se sostengan pautas que no se adecuan a las nuevas generaciones de residentes.

Sobre el fenómeno de migrantes en las residencias

La migración de profesionales de la salud adquiere relevancia en actuales contextos de globalización. El trabajo en salud, a diferencia de otros sectores, y debido a su complejidad, emplea mano de obra intensiva, por lo que no exhibe una tendencia a la reducción de personal asociada al dinamismo e innovación tecnológica. Si bien se configura como un ámbito tecnológico-dependiente, los procesos de trabajo no tienden a la automatización, sino que a medida que se incrementa la sofisticación tecnológica, también aumenta la necesidad de incorporación de nuevos especialistas.

En nuestro país la migración internacional más significativa actualmente es intrarregional, denominada sur-sur, favorecida por la vecindad geográfica, la proximidad cultural, y la normativa vigente favorecedora de la integración con pueblos y estados de América del Sur.[42] Según se estableció en el último censo realizado en el año 2010, el porcentaje de extranjeros en Argentina es del 4,5%, con una importante concentración de inmigrantes en áreas urbanas, especialmente el AMBA.[43]

En el ámbito del sistema de residencias de la CABA, en el año 2002 se registró un 2% de médicos inmigrantes aspirantes al concurso, cifra que se incrementó en sucesivos concursos, registrándose en el año 2010 un 25 % de médicos inmigrantes *inscriptos*, pero sin embargo, sólo un 3% de ellos accedió a una residencia.[44] [45]

En nuestro estudio encontramos una proporción creciente de profesionales migrantes, la mayoría de los cuales estudiaron en universidades extranjeras, eran médicos/as (más del 80%), mujeres (más del 60%) y provenientes de otros países de América Latina. Estas tendencias, también en evolución, plantean desafíos importantes al sistema sanitario y de residencias. Por una parte, la presencia de residentes extranjeros incrementa la base cultural de la atención médica y podría ofrecer atención culturalmente adecuada a grupos étnicos que habitan en el país. Por el otro, es necesario generar las condiciones propicias para facilitar la adaptación de los profesionales migrantes, dado que esta condición predispone a situaciones negativas como el hostigamiento (*bullying*) y temores e inseguridades vinculados a sus conocimientos y a la aceptación por parte de sus pares y los pacientes.[46] Sin embargo, su incorporación trae aparejados desafíos desde el punto de vista formativo debido a que algunas barreras puedan afectar la capacidad de aprendizaje (al menos durante periodos de adaptación) y se deben asegurar competencias académicas, comunicacionales y actitudinales, adecuadas al sistema en el cual se incorporan.[47] Finalmente, en el caso de migrantes que terminada su formación regresan a sus países de origen, podrían exponer carencias futuras en algunas especialidades.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La principal fortaleza de este estudio es la utilización de una gran base de datos que contiene información de residencias médicas y no médicas durante 20 años en uno de los principales distritos formadores de recursos humanos en salud de Argentina. Sin embargo el análisis de esta información plantea desafíos vinculados, fundamentalmente, a la naturaleza de los datos: al tratarse de información recopilada para fines administrativos, las variables que no son imprescindibles para estos objetivos contienen una gran cantidad de datos faltantes que es necesario recuperar. Una segunda limitación también vinculada a la naturaleza de los datos es que la información que no es imprescindible para fines administrativos es pasible de contener errores de cargado, por lo que fue necesario vincular los datos de esta base con otras bases de datos disponibles, a fin de reducir las limitaciones existentes.

A pesar de las limitaciones mencionadas, el análisis global de la información sobre la evolución temporal de un gran número de residencias, médicas y no médicas (y dentro de aquellas, de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas) constituye una oportunidad novedosa (en general, la bibliografía está limitada a algunas especialidades, períodos más breves, número de residentes más pequeños), para la planificación y gestión de los cargos destinados a la formación del capital humano en el subsector público de salud de la Ciudad.

COMENTARIOS

En 2010, la CABA se incorporó al Examen Único de Residencias y el ingreso de postulantes se llevó a cabo mediante un Concurso Unificado, junto con la Provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Es de esperar que este nueva etapa en la historia de la gestión de las residencias en la Ciudad promueva nuevos análisis y estrategias para una planificación estratégica de la formación de profesionales para el sistema de salud.

CONCLUSIONES

En el régimen de residencias del subsector público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires se observa una insuficiente oferta de especialidades y disciplinas orientadas a la APS, que daría cuenta de que triunfa lo instituido sobre lo instituyente, y un cambio en los perfiles de profesionales ingresantes en los últimos 20 años. La evolución temporal de ingresantes a las residencias muestra una progresiva feminización en todo el espectro de especialidades y áreas de conocimiento, incluso en las residencias quirúrgicas, y un incremento sostenido de profesionales migrantes. Estas modificaciones en los perfiles demográficos plantean desafíos que será necesario estudiar con mayor profundidad para abordar los desafíos que plantea la formación de profesionales acorde a las necesidades de la población y del sistema de salud.

REFERENCIAS

[i] Residencias del Equipo de Salud, Documento Marco/2011. Dirección Nacional de Capital Humano, 2011. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf
(acceso 8 de junio 2019)

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

[iii] Davini C. *Educación Permanente en Salud*, Serie Paltex para Ejecutores de Programas en Salud N° 38, pág 25, Organización Panamericana de la Salud, 1995.

[iv] Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ª ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD, 2018.

[v] Duré, I; Daverio, D. y Dursi C. Planificación y Gestión del Sistema de Residencias en Argentina, Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

[vi] Silberman, F. (2010) "Educación médica de posgrado Residencias médicas", en Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol. v.75 n.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./mar. 2010.

[vii] Ministerio de Salud de la Nación, Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud, 2011, disponible en:
http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf

[viii] Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación. - 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2014.

[ix] *Ley N°4.702* (modificación de los incisos a, b, c y d del artículo 26 de la Ordenanza 40.997/86-Tipo de relación contractual, horarios y guardias); *Ordenanza N°52.475* (modificación de la Ordenanza 40.997/86), *Decreto 1.519/07* (se modifica el Decreto1.167-MCBA/86-edad de ingreso a la residencia-); *Decreto N°110/11* (se delega al/la Ministro/a de Salud la facultad de contratar a residentes con intervención de la DGDIyyDP); *Decreto N°92/12* (se encomienda al/la Ministro/a de Salud la determinación de la duración de las residencias y la convocatoria al concurso de las mismas); Decreto *N° 383/13* (Se delega al/la Ministro/a de Salud la creación y/o modificación de la residencias y la designación de Jefes de intructores de residentes); *Resolución 2.036/MSGC/14* (Reglamenta la concurrrencia y deroga resoluciones anteriores)

[x] https://cursospaises.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=485&section=2(Acceso: 08 octubre 2019)

[xi] https://www.buenosaires.gob.ar/salud/hospitales-generales-de-agudos (Acceso: 08 octubre 2019)

[xii] Disponible en: http://www.msal.gob.ar/observatorio/index.php/archivo/220-medicos-en-argentina-red-federal-de-registros-de-profesionales-de-la-salud (acceso 10 enero 2019).

[xiii] R.M. 1480/11 Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:
http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/Resolucion_1480-2011.pdf (acceso 07 julio 2019)

[14] Ferry G. Pedagogía de la formación. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Formación de formadores. Serie Los documentos. Edición Novedades Educativas. 1997

[15] Abramzón et al. Articulación entre la formación de grado y posgrado en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral. Análisis en dos escenarios: Ciudad de Buenos Aires y Municipio Rosario. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Documentos de Trabajo Nº 62. Septiembre 2012. ISBN 978-950-29-1383-4

[16] Eckleberry-Hunt J., Tucciarone J. The Challenges and Opportunities of Teaching ''Generation Y''. Journal of Graduate Medical Education 2011, Dec. 458-461.

[17] Bourdieu, Passeron. La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Ed. Laia. Distribuciones Fontamara. Barcelona 1998.

[18] Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones." Ed. Paidós. Barcelona, 1992.

[19] Andreozzi M. Las prácticas profesionales de formación como experiencias de pasaje y tránsito identitario. Archivos de Ciencias de la Educación 2011. Vol. 5 N°5.

[20] Organización Panamericana de la Salud. Las residencias médicas en América Latina. Washington, D.C.: OPS, © 2011 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Nº 5). ISBN: 978-92-75-31633-7

[21] Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, 29o Conferencia Sanitaria Panamericana 53.o Consejo Directivo de la OPS, 69.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 25 al 29 de septiembre de 2017; Washington, D.C.

[22] Scheffler R, Cometto G, Tulenko K, Bruckner T, Liu J, Keuffel EL, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2016 (Human Resources for Health Observer Series, 17). Disponible en: http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/ (Último acceso: 02 octubre 2019)

[23] Estudiantes universitarios en la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis por sector de gestión. 2014. Informe de Resultados. Centro de Estudios para el Desarrollo Económico Metropolitano (CEDEM)-Dirección General de Estadísticas y Censos. Ministerio de Hacienda. GCABA.

[24] www. uba.ar/institucional/contenidos.php?id=194

[25] Palermo A. I. El acceso de las mujeres a la educación universitaria-Revista Argentina de Sociología, vol. 4, núm. 7, noviembre-diciembre, 2006, pp. 11-46 - Consejo de Profesionales en Sociología-Buenos Aires, Argentina.

[26] Editorial - Eiguchi K. - La feminización de la Medicina - Rev Argent Salud Pública, 2017; 8(30): 6-7

[27] Acevedo G, Farías MA, Dursi C, Cadile M, Duré MI - Formación elegida por médicos que aprobaron el examen único de residencias y no accedieron al cargo Rev Argent Salud Pública, 2016; 7(28): 19-25

[28] Ng-Sueng LF, Vargas-Matos I, Mayta- Tristán P, Pereyra-Elías R, Montenegro-Idrogo JJ, Inga-Berrospi F, et al. (2016) Gender Associated with the Intention to Choose a Medical Specialty in Medical Students: A Cross-Sectional Study in 11 Countries in Latin America. PLoS ONE 11(8): e0161000.

[29] Scanlan GM, Cleland J, Stirling SA, et al. Does initial postgraduate career intention and social demographics predict perceived career behaviour? A national cross-sectional survey of UK postgraduate doctors. BMJ Open 2019;9: e026444.

[30] Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Swiss residents' speciality choices--impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. BMC Health Serv Res. 2006;6:137.

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

[32] Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. (2018) Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 13(11): e0206840.

[33] Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos: informe de investigación. Coord. Dursi C; Millenaar V, Dir. Antonietti L.; García Diéguez M - 1a ed. - La Plata : Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2017.

[34] Raj K.Well-Being in Residency: A Systematic Review. Journal of Graduate Medical Education, December 1, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-15-00764.1

[35] Edmunds LD, Ovseiko PV, Shepperd S, Greenhalgh T, Frith P, Roberts NW, Pololi LH, Buchan AM. Why do women choose or reject careers in academic medicine? A narrative review of empirical evidence. Lancet. 2016;388:2948-2958.

[36] Gifford E, Galante J, Kaji A et al. Factors Associated With General Surgery Residents' Desire to Leave Residency Programs: A Multi-institutional Study JAMA Surg. 2014;149(9):948-953.

[37] Khoushhal Z, Hussain M, Greco E et al. Prevalence and Causes of Attrition Among Surgical Residents A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Surg. 2017;152(3):265-272.

[38] Shanon G, Jansen M, Williams K, Cáceres C, Motta A, Odhiambo A, Eleveld A, Manell J. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? Lancet 2019; 393: 560–69

[39] Aaron M, Levenberg P. The Millennials in Medicine: Tips for Teaching the Next Generation of Physicians. Journal of Academic Ophthalmology 2014;7:e17–e20

[40] Eckleberry-Hunt J, Tucciarone J. The Challenges and Opportunities of Teaching ''Generation Y''. Journal of Graduate Medical Education Dec. 2011; 458-461

[41] Fernández AM. La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres. 1ª ed. 5ª reimp.- Buenos Aires. Paidós, 2012. 272 p. ISBN 978-950-12-7024-2

[42] International Organization for Migration. World Migration Report 2018. ISSN 1561-5502 Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf Acceso 04 de octubre de 219

[43] Cerrutti M. Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina. En: Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población, Secretaría de Interior, Ministerio del Interior. Disponible en: http://www.mininterior.gov.ar/poblacion/pdf/Diagnostico_de_las_poblaciones_de_inmigrantes_en_Argentina.pdf Acceso 04 de octubre de 2019

[44] Neuman M, Questa U, Kaufman R. Concurso de residencias médicas en la ciudad de Buenos Aires: importancia del género y Universidad. Educación Médica 2004; 7(2): 90-96

[45] Eiguchi K y col. Accesibilidad a residencias médicas en la Ciudad de Buenos Aires: importancia de la universidad de origen y otros resultados. Presentado en la XI Conferencia Argentina de Educación Médica- CAEM 2011.

[46] Rajani R, Haghshenas V, Abalihi N, Tavakoli EM, Zelle BA. Geographic Differences in Sex and Racial Distributions Among Orthopaedic Surgery Residencies: Programs in the South Less Likely to Train Women and Minorities. J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev. 2019;3:e004.

[47] Ayyala MS, Rios R, Wright SM. Perceived Bullying Among Internal Medicine Residents. JAMA. 2019;322:576-578.