



Ministerio de Educación y Justicia  
Secretaría de Ciencia y Técnica  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

BUENOS AIRES,

6 NOV 1984

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Vd., con el objeto de informarle acerca de la modalidad adoptada por CONICET para el financiamiento de la investigación científica y tecnológica a partir del próximo ejercicio presupuestario.

Con el fin de optimizar la asignación de fondos, permitir la evaluación más precisa y cumplir cabalmente la función de promoción que corresponde a este organismo en el Sistema Científico Nacional, se ha resuelto estructurar la programación en torno a Proyectos de I-D Plurianuales presentados por grupos de investigadores, tanto de CONICET, como Universidades y otras instituciones públicas o privadas sin fines de lucro.

A fin de posibilitar la mayor difusión de esta nueva programación ruégole disponga la entrega de formularios de proyectos a quienes lo soliciten. Dado la escasez de tiempo es imposible enviarle más ejemplares de estos últimos, lo cual deberá ser compensado con duplicaciones a cargo de los solicitantes.

Atentamente.

Dr. Carlos R. Abeledo  
Director a cargo



Ministerio de Salud y Acción Social

BUENOS AIRES, 12 DICIEMBRE 1961

Señor  
Director de CONICET  
Doctor Dn. Carlos Rafael ABELEDO  
S. / D.

Tengo el agrado de dirigirme al señor Director, a efectos de informarle respecto al interés de este Ministerio en el proyecto de investigación "El mercado de trabajo médico y los profesionales de reciente graduación" presentado por el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario, de reconocida trayectoria en nuestro medio.-

El tema reviste importancia para la determinación de políticas de formación y especialización de estudiantes y graduados en medicina, dentro del contexto social de nuestro medio.-

Al agradecer la atención que el mismo merezca a vuestra institución hago propicia la oportunidad para saludar al señor Director con la mayor consideración.

*[Handwritten signature]*  
Ministro de Salud y Acción Social

Nº Recepción:

Comisión Asesora:

Empty rectangular box for reception number and advisory commission.

CONICET

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA FINANCIAMIENTO DE  
PROYECTOS DE INVESTIGACION Y DESARROLLO

-Utilizable también para Subproyectos pertenecientes a  
Proyectos Combinados-

1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO O SUBPROYECTO

1.1. Unidad ejecutora a la que pertenece el grupo de investigadores a cargo del Proyecto o Subproyecto.

Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS)

1.2. Proyecto Combinado al que pertenece el Subproyecto (en caso de Proyectos Simples, no responder).

1.3. Denominación que recibe el Proyecto o Subproyecto propuesto, (la misma no debe superar un máximo de 120 caracteres incluidos los espacios de separación).

Nota: Téngase en cuenta que la denominación, tal como fue formulada, deberá ser empleada, en el futuro, para toda gestión ante el CONICET.

El Mercado de Trabajo Médico y los Profesionales de Reciente Graduación

1.4. Palabras-Clave (ver en instructivo).

Mercado, trabajo, médico, reciente graduación

1.5. Si el Proyecto/Subproyecto es continuación de otro anterior, señalar su denominación.

1.6. Nombre/s del Director/es del Proyecto (o Subproyecto).

Documento	Nombre y Apellido
/1/ / / /6/7/4/4/3/8/4/	Bloch, Carlos
Tipo Número	
/ / / / / / / / / / / / / / / /	
/ / / / / / / / / / / / / / / /	

Tipos de documento: 1. LE. 4. CI.  
 2. LC. 5. PA.  
 3. DNI.  
 Sólo si no tiene DNI, coloque otro tipo de documento.

1.7. Otras Unidades ejecutoras que desarrollan proyectos afines.

Nombre de la Unidad	Reservado
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

1.8. Vinculación del Proyecto a Programas organizados por otras entidades de planeamiento y/o financiamiento. Indicar el nombre del Programa (o Programas) al cual actualmente está vinculado o se considera pertinente vincular el presente Proyecto.

Nota: En caso de Subproyectos, no responder.

Programa	Institución	Estado de (1) la Gestión	Tipo de (2) Vinculación

(1) Vinculación o convenio: acordado, en trámite, no iniciado.  
 (2) Académica, financiera, otra (especificar)

1.9. Resumen Técnico:

Resumir las características de la propuesta, utilizando un máximo de 150 palabras.

Se propone estudiar la dinámica del mercado de trabajo médico (10 últimos años, Municipio Rosario), la particular forma de incorporación del médico joven, la correspondencia entre su formación y las exigencias de la práctica profesional y el conjunto de opiniones y valores sobre el papel del médico y de la medicina en la sociedad como contribución para la elaboración de políticas de formación y utilización del recurso humano en salud ajustadas a las necesidades del país.  
 Implica tres líneas de abordaje metodológico: un estudio de fuente secundaria sobre las características del mercado; una encuesta a una cohorte de médicos de 6 años de antigüedad para el análisis del proceso de especialización e inserción y un estudio de casos para la profundización en aspectos relevantes del mismo proceso.  
 El análisis e interpretación de los resultados conducirá a la integración de los tres enfoques del problema.

## 2.1. OBJETIVOS:

Estudiar la dinámica general del mercado de trabajo médico durante los últimos 10 años en el Municipio de Rosario, la particular forma de incorporación del médico joven a dicho mercado, la correspondencia entre su formación y las exigencias de la práctica profesional concreta y el conjunto de opiniones y valores sobre el papel del médico y de la medicina en la sociedad, a fin de disponer de un conocimiento que permita la elaboración de políticas de formación y utilización del recurso humano en salud ajustadas a las necesidades del país.

- Analizar, en el período 1974-84, las tendencias de la oferta de fuerza de trabajo y de la demanda de los servicios de atención médica en relación con la dinámica poblacional, en términos de:

- . egresados y médicos incorporados anualmente al mercado de trabajo por sexo y especialidad.
- . composición de la fuerza de trabajo según antigüedad, sexo y especialidad.
- . sistema de formación de especialistas (posibilidades y modalidades de capacitación, requisitos para la habilitación, etc.) según especialidad y subsector.
- . capacidad instalada de servicios en los tres subsectores (recursos físicos, particularmente camas disponibles y tecnología y recursos humanos) por especialidad y nivel de complejidad.
- . cobertura de salud de la población por los sistemas de seguridad social y privado.
- . distribución del ingreso por sexo, antigüedad y especialidad del trabajo médico en el Subsector de Obras Sociales.

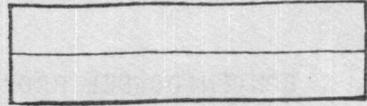
En particular,

- para el recurso médico con 6 años de antigüedad:

- . Analizar el proceso de formación de post-grado y de inserción en el mercado de trabajo desde su egreso hasta el momento de observación y las características de su práctica y condiciones de trabajo resultantes de ese proceso.
- . Indagar si los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos durante su formación de pre-grado lo han habilitado para desempeñarse satis-

factoriamente como médico general en la ciudad de Rosario a su egreso de la Facultad.

- . Indagar e interpretar las posibles contradicciones entre sus concepciones de la práctica médica y aspiraciones de desarrollo profesional y las exigencias de su práctica social concreta conforme a la modalidad particular de su inserción en el mercado de trabajo.



2.4. Descripción del Proyecto o Subproyecto de Investigación

Refiera las características generales del Proyecto o Subproyecto, teniendo en cuenta:

- antecedentes
- preocupaciones que dieron origen a su objetivo
- metodología de la investigación
- procedimiento instrumentales
- toda otra cuestión que haga perfectamente comprensible la naturaleza y sentido de la propuesta.

En caso de que se trate de un Subproyecto, explicar también su vinculación con el proyecto global y la contribución a los restantes Subproyectos.

Nota: Utilice las páginas que considera necesarias.

2. CONTENIDO DEL PROYECTO O SUBPROYECTO

2.1. Descripción, en forma precisa del (los) objetivo(s) general(es). Si se trata de objetivos múltiples, presentarlos en forma desagregada.

2.2. Disciplina científica principal del Proyecto o Subproyecto. Señalar solo una disciplina que, a juicio del Director solicitante, esté en mayor consonancia con los objetivos del Proyecto. Utilizar el código de disciplinas científicas adjunto.

/5/2/9/9/ Ciencias Sociales aplicadas a Salud.

2.3. Otras disciplinas científicas relacionados con el desarrollo del Proyecto.

/3/1/9/9/ Salud Pública

/5/2/1/3/

/5/7/0/6/

## 2.4. Descripción del Proyecto de Investigación

### - Introducción

El mercado de trabajo médico, considerado como relación entre oferta y demanda de profesionales especialmente calificados para el ejercicio de la práctica médica, está sometido en las sociedades modernas de economía de mercado a múltiples determinaciones que le otorgan características peculiares.

Desde el punto de vista de la demanda, es decir, de la consideración de la disponibilidad de "puestos" de trabajo médico, entendidos como lugares donde el profesional puede insertarse para ejercer su práctica, existe un primer nivel de intermediación entre la disponibilidad de fuerza de trabajo y las demandas de atención médica de la población, constituido por todo el complejo sistema institucional que recepciona esa fuerza de trabajo y la canaliza hacia la oferta de servicios. En ese sistema habrá que contabilizar no sólo los establecimientos públicos, privados o de la Seguridad Social (sanatorios, hospitales, clínicas, puestos de salud, centros periféricos, maternidades, salas de primeros auxilios, etc.), sino también las instituciones que regulan la financiación social de las prestaciones y que, por ese hecho, intermedian incluso aquella relación entre médico y demanda poblacional que aparece como más directa: la que se establece en el consultorio del profesional con una práctica relativamente autónoma.

En la conformación de ese sistema institucional que configura y delimita la demanda de fuerza de trabajo médico en una sociedad concreta, influyen una serie de determinaciones histórico estructurales en las que juegan variables económicas, políticas, sociales y culturales, estrechamente relacionadas con la dinámica del conjunto social y las relaciones establecidas entre los diferentes grupos que lo conforman. Relaciones que, en última instancia, se expresan no sólo en diferente capacidad de apropiación de los bienes y servicios producidos, sino también en diferente capacidad de acceso a los canales de decisión, de discernir opciones y consiguientemente de realizar elecciones.

La referencia al proceso de desarrollo de nuestro sistema de atención médica puede dar una idea de la complejidad del problema. Durante las últimas décadas, una combinación de factores de la más diversa índole: algunos vinculados con la lucha por la distribución del excedente, otros relacionados con el avance del conocimiento médico en sus aspectos teóricos y apli-

*Relación de  
demanda  
Papel del  
financiamiento*

cados, otros derivados de las necesidades de legitimación del sistema político o conectados con los modelos socialmente valorados de organización de la práctica médica, han contribuido a modelar un sistema de atención de características muy particulares.

La influencia de ese complejo conjunto de factores ha determinado la configuración de tres subsectores bien delimitados pero no totalmente autónomos: el público, el privado y el de obras sociales, independientes en cuanto a la jurisdicción a la que se adscriben los efectores pero interrelacionados desde el punto de vista de las fuentes de financiación y aspectos vinculados al funcionamiento total del sistema.

De las necesidades de ese complejo sistema depende la demanda de fuerza de trabajo médico, expresado ya sea en un número determinado de cargos en los que el profesional es retribuido mediante un salario, o un número variable de actos médicos, que se expresan en honorarios solventados directamente por la población o de manera indirecta a través del sistema de seguridad social o los seguros privados.

Tanto los cargos o puestos de trabajo médico como las diferentes prestaciones realizadas por profesionales autónomos o semiautónomos no pueden ser abordados desde el punto de vista meramente cuantitativo. Por el contrario, dependen de una compleja escala de estratificación, derivada principalmente de las diferencias en la calidad del adiestramiento indispensable para efectivizar las prestaciones, pero que no se agotan allí, sino que dan lugar a muy diferentes niveles de valoración social de la respectiva práctica y, consiguientemente, muy diferentes escalas de retribución de las mismas.

Ese diferente nivel de adiestramiento que califica la oferta de fuerza de trabajo médico en el mercado resulta de dos componentes de diferente peso según las especialidades: la formación de postgrado que posibilita el acceso al título de especialista y el consiguiente perfeccionamiento, y la antigüedad en la profesión.

Sin embargo, no puede decirse que la capacitación, entendida como posibilidad de resolver los problemas del enfermo, sea el único componente de la diferente valoración de la fuerza de trabajo médico. También influyen una serie de elementos que se originan en pautas culturales y particulares escalas de valores, uno de ellos, muy relevante, es la valoración otorgada al componente tecnológico de la atención, proveniente sin duda de la dependencia de los modelos de práctica originados en los centros donde el desarrollo científico tecnológico ha sido más dinámico y ha contribuido en mayor me

*falta la deler  
reproducción por la  
la f de t.*

*demandas  
económicas  
de f de t. médica*

dida a configurar los servicios de atención médica como un área privilegiada de inversión de capital y realización de beneficios de las industrias subsidiarias, en particular las de medicamentos y equipos.

La resultante sobrevaloración en términos de mercado de las especialidades con alto componente de tecnología aplicada no siempre se traduce en mayores beneficios para el paciente, es decir, en un mejor "resultado" de la práctica médica en relación a calidad de vida. En efecto, buena parte del adelanto tecnológico de los últimos años se ha dirigido en especial a lograr precisiones diagnósticas que no conllevan necesariamente una mayor efectividad en el tratamiento, como lo demuestran las valoraciones realizadas sobre recursos técnicos muy difundidos: unidades de terapia intensiva, tomógrafos computarizados, ecografía, etc.

El impacto tecnológico en determinadas especialidades ha conducido, por otra parte, a una escotomización del campo abordado por el profesional, redundando en un proceso de subespecialización creciente, a costas, por supuesto, del desarrollo del criterio clínico y la necesaria visión integral del individuo enfermo.

Considerando el problema desde el ángulo de la oferta de fuerza de trabajo, es necesario tener en cuenta que la complejización y tecnificación de la práctica y las notorias deficiencias de la carrera de grado han convertido a la formación de postgrado en un requisito indispensable para completar el adiestramiento profesional. En forma paralela el tipo de carrera de postgrado al que el joven profesional puede acceder y la especialidad elegida se convierten en elementos diferenciadores de su posterior integración al mercado de trabajo.

En ello influyen el limitado número de residencias disponibles para los egresados que quieren completar su formación en las condiciones más favorables. Un porcentaje relativamente limitado de las promociones egresadas anualmente de las Facultades de Medicina logra ingresar en una Residencia; esa situación, si bien es privilegiada en cuanto a las posibilidades de adiestramiento, significa tres años de trabajo intensivo, con una remuneración notoriamente insuficiente. El resto de los egresados, aquellos que quedan fuera de esa situación de relativo privilegio, se ven forzados a continuar su entrenamiento a través de las "concurrencias" que proporcionan una formación no sistematizada, de escaso valor práctico, y sin ninguna remuneración.

A estas dificultades para acceder a la formación de postgrado y la especialización se han añadido en los últimos años mayores exigencias por parte de los Colegios Médicos - instituciones que controlan el ejercicio de la

*no son subsidiarias  
mas al revés: la  
práctica médica de las  
industrias  
o no?*

*Aumento del  
costo de la  
inversión en  
"profesionalización"*

profesión por delegación del Estado- para el otorgamiento del título que habilita para el ejercicio profesional como especialista.

La inserción del joven profesional en el mercado de trabajo se ha visto dificultada, además, en los últimos años, por un estrechamiento del mismo, resultado sin duda de la relativa "plétora médica" en los grandes centros urbanos y la crisis financiera que afecta a los tres subsectores, la que a su vez responde a una crisis global del sistema de salud.

El sistema de instituciones de atención médica dependientes del Estado, ya sea nacional o provincial, sufrió un proceso de deterioro durante los años del gobierno militar que se tradujo en reducción de la capacidad instalada, en términos relativos, y del recurso humano, de modo que, lejos de acompañar el proceso de aumento de la demanda de atención, la evolución de los servicios públicos se ha caracterizado por el agravamiento de las insuficiencias en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos y materiales y por el deterioro en la formación y capacitación en servicio del recurso humano.

A pesar de esas deficiencias, el sector público sigue constituyendo un área de formación de recurso humano médico particularmente valorada, y predomina en él un tipo de práctica que ha quedado relativamente libre del sesgo que impuso la mercantilización de la medicina en las instituciones privadas. Desde ese doble punto de vista todavía resulta atractivo como lugar de trabajo para los profesionales jóvenes que buscan canales de inserción en la práctica.

En el subsector privado el estrechamiento de las posibilidades de inserción laboral se manifiesta de manera diferente, ya sea a través de las dificultades existentes para iniciar una práctica relativamente autónoma gracias a la instalación de un consultorio privado o bien por las escasas posibilidades de trabajo asalariado de relativa calificación para el profesional joven que no cuenta con relaciones personales o familiares que faciliten su ingreso en el creciente número de empresas médicas más o menos mercantilizadas. De todo ello se deriva que la forma de trabajo más frecuente para la mayoría de los médicos jóvenes es el desempeño en puestos que exigen muy escasa calificación, obligan a una práctica rutinaria y sin alicientes, y otorgan escasa remuneración.

En lo relacionado con la Seguridad Social, su rol tradicional de asegurar atención médica a la población que se desempeña en relación de dependencia y a buena parte de los sectores independientes, contribuyó en importante medida al mantenimiento de una práctica de tipo neo-liberal, basada en la

Subempleo

Necesidad ↑  
Demanda ↓  
at ↓

¿por qué?

Inversión ↑  
Demanda at ↓

Demanda fct ↓

Demanda fct  
diferenciación según  
nivel de atención

libre elección del médico y el pago por prestación.

La contratación entre el sector privado y las obras sociales para la atención de sus beneficiarios tuvo sin duda un importante peso en el proceso de mercantilización de la práctica y en el carácter dominante que asumió un modelo médico de orientación biologista, curativo, con importante incorporación de tecnología y tendencia a la hiperespecialización.

Ya los análisis de la economía médica en el ámbito de los EEUU han de mostrado convincentemente que el pago por terceros y la regulación de honorarios por acto médico introducen graves deformaciones en la práctica. La sobreprestación que este sistema estimula no siempre debe relacionarse con mala fe o apetencia de lucro del médico, por el contrario, en muchos casos es posible suponer que juega un papel relevante la tendencia intervencionista que domina en la práctica y el deseo de brindar al paciente todos los recursos de que se dispone.

Independientemente de las motivaciones que influyan en la sobreprestación, es indudable que el sistema instituye al Nomenclador como instrumento de regulación del mercado, y le otorga un sensible peso en la definición de las especialidades más rentables y prestigiadas.

Todo esto tiene además consecuencias en el mercado de trabajo médico, más evidentes a medida que el libre juego de la oferta y demanda acentúa a la concentración. Son los profesionales con mayor antigüedad y renombre los que absorben la mayor parte de la demanda de atención, quedando los más jóvenes relegados a un segundo plano, con pocas posibilidades de plena ocupación, por lo menos en las especialidades con mayor concentración de profesionales.

#### - Delimitación del problema

La ciudad de Rosario, una de las principales áreas urbanas del país, con un desarrollo importante del mercado de trabajo médico y una Facultad de Medicina que produce a partir de 1980 más de 500 médicos anualmente, presenta las condiciones para que emerjan en toda su complejidad los componentes del problema.

En los últimos años se han agudizado los conflictos propios de una medicina de mercado lo que trae como consecuencia cambios en las modalidades de producción de servicios médicos. La crisis económico-social que sobrelleva nuestro país ha acentuado los rasgos negativos del sistema de salud imperante: amplios sectores de la población no tienen o ven dificultado su acceso a los servicios de una medicina cada vez más tecnificada y costosa y esta reducción de la demanda de atención determina una subutilización de la fuerza de trabajo médico, situación que se agudiza por el creciente número de médicos que se incorpora anual

De nuevo falta el papel de la reproducción de la función de la fct

Ojo: en ciertos contextos hay que discutir más teoría a cerca de esto

una importante producción industrial

¿será eso?

mente al mercado.

*ojo*

Un elemento de posible distorsión que se agrega a la evolución del mercado en la década precedente es el aumento significativo de la proporción de mujeres en la fuerza de trabajo, que en nuestro medio superaba el 30% en el año 1982.

Teniendo en cuenta algunos antecedentes internacionales y un trabajo anterior realizado en el CESS en 1982, que señalan diferencias en las modalidades del trabajo de las mujeres respecto de los hombres médicos, cabe preguntar en qué medida estas diferencias se han atenuado o agravado en los últimos años y además si las mujeres tienen una práctica deferencial, se adscriben a determinadas especialidades o se insertan de manera particular en el mercado de trabajo.

Simultáneamente con el estrechamiento de la demanda de la fuerza de trabajo por parte de los servicios de atención médica, la irrupción masiva de médicos jóvenes en el mercado de trabajo puede haber empeorado las condiciones en que ejercen la práctica aquéllos que hoy tienen acceso a actividades no calificadas (guardias, atención en consultorios externos de instituciones, etc.).

La división del trabajo en prácticas calificadas y no calificadas ubicando entre las primeras las actividades político-administrativas de gestión y, dentro de la atención médica, la que realizan los especialistas y considerando no calificadas aquellas actividades relacionadas con la atención primaria, guardias, medicina general, etc. se traduce en el mercado de trabajo médico en una auténtica división social del trabajo intelectual, con una suerte de jerarquización de las actividades y una distribución del poder en favor de las categorías de trabajadores en cuya práctica se incluye un mayor componente intelectual. Los profesionales que se desempeñan en actividades consideradas de baja calificación son los que tienen las más bajas remuneraciones, cumplen jornadas de trabajo intensivas y presentan mayores dificultades para lograr una incorporación satisfactoria en el mercado de trabajo.

Dentro de esta perspectiva convendrá estudiar la situación por la que atraviesan las Residencias Médicas, que para muchos jóvenes constituyen el único camino para obtener un reconocimiento como especialista y, en consecuencia, aumentar sus posibilidades de una mejor inserción en el mercado de trabajo. En la práctica, el sistema de Residencias Médicas constituye una de las formas más aberrantes de explotación, donde el médico es utilizado como mano de obra barata, cumple las tareas más rutinarias y poco calificadas, en jornadas extensas y agotadoras, con magras retribuciones, etc., desvirtuándose los objetivos básicos de una Residencia, entendida como mecanismo de formación de especialistas a través

*¿global?  
¿médica?*

*ah!*

*demanda fct ↓  
gerta ↑*

*Descalificación*

*Esto también requiere  
de más discusión  
teórica.  
¿social?*

*¿si?*

*¡cuidado con  
el pamphlet!  
destacar el  
componente  
ideológico  
la diferencia  
entre el  
discurso  
y la  
práctica*

de un sistema de enseñanza-aprendizaje que integre estudio y trabajo.

La no calificación del médico joven parece no residir solamente en su falta de formación como especialista, que es lo que el sistema define como trabajo calificado, sino en que egresa sin una buena formación como médico general, lo que puede impedirle competir desde el inicio de la carrera profesional como médico liberal.

Mientras, desde comienzos de la década del '70 en EEUU, México y otros países de América Latina ha surgido como alternativa la formación del médico general o médico de familia para la atención primaria, en un sistema integrado de servicios por niveles de complejidad, en nuestro medio los recientes intentos y escaso desarrollo de este modelo no parecen haber modificado la valorización de este tipo de profesional.

Surge como interrogante el conocer los valores que predominan actualmente en el médico joven; si es que éstos todavía lo orientan hacia un ejercicio liberal de atención individual y carácter curativo, con estrecha relación entre el desarrollo profesional y la especialización y en qué grado aflora un sentido mercantilista en la prestación de servicio.

A fines de los años '70, adquieren importancia en la ciudad de Rosario las carreras y cursos de postgrado para la formación de especialistas y consistentemente aumentan los requisitos para la habilitación como tales. Pese a ello las oportunidades de formación continúan siendo limitadas en función de la demanda, por lo que cabe preguntarse qué influencia ha tenido esta dinámica sobre el proceso de capacitación de postgrado, sobre la práctica médica y sobre la propia composición del mercado de trabajo.

Una última consideración es la referida a la repercusión que sobre el mercado de trabajo pueden haber ejercido los problemas económicos sufridos por las instituciones privadas, que han llevado incluso al cierre de clínicas de mediana complejidad, como consecuencia de la crisis económico-social, la inflación y el consiguiente deterioro en la economía de las instituciones de la seguridad social, principal fuente de financiación de la medicina privada, fenómeno que aparece y se desarrolla en los últimos 5 años, después de un período de expansión del mercado de trabajo, especialmente en el subsector privado, producto de las políticas imperantes en el momento.

Ojo! se insinúa  
que esto podría  
ser una solución  
Habría que  
discutirlo

¿por qué?  
¿cuál?

incremento  
de brecha  
necesidad  
demanda at.

- Metodología. Procedimientos instrumentales

Los objetivos definidos a los efectos de la obtención y análisis de datos, conducen a la diferenciación de tres abordajes metodológicos y consecuentemente a procedimientos instrumentales particulares.

A - Metodología para el análisis de la dinámica del mercado de trabajo médico en el último decenio.

Este aspecto de la investigación se hará siguiendo la metodología que caracteriza a los estudios de fuente secundaria de datos. Sin embargo en lo referente al sistema de formación de especialistas y a datos recientes sobre recursos de los servicios, al no existir publicaciones específicas ni instituciones que centralicen la información, se hará necesaria la búsqueda activa de datos.

Las principales fuentes a consultar serán, por ejemplo:

- . El Colegio de Médicos, la Facultad de Medicina y el Servicio de Estadística Universitaria de la Universidad Nacional de Rosario, para la obtención de información de egresados y médicos incorporados anualmente al mercado de trabajo médico, por sexo y especialidad.
- . El Colegio de Médicos, a través de los padrones actualizados, de médicos en ejercicio, a 1974 y 1984, para determinar la composición de la fuerza de trabajo en esos dos años, según antigüedad, sexo y especialidad.
- . La Facultad de Medicina, las Sociedades Científicas e instituciones asistenciales que desarrollan cursos formales de post-grado para obtener información sobre programas y/o cursos de formación de especialistas y sus características y requisitos, diferenciando la especialidad y dependencia de la institución formadora.
- . La información del Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud del Ministerio de Bienestar Social corresponde al año 1980. Esta información se complementará con la consulta a documentos y publicaciones disponibles provenientes de la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Rosario, Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe y la Asociación de Clínicas y Sanatorios, a través de solicitudes de inscripciones de sanatorios recién conformados, de autorizaciones para implementar modificaciones en los servicios, incorporar tecnología, etc.
- . El Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) a través de su Sistema de Información Estadística y el Colegio de Médicos mediante sus regis-

*Podría intentarse la construcción de un modelo matemático de experimentación numérica*

tros de empresas médicas de pre-pago o mutuales, proporcionarán la información necesaria para el estudio de la cobertura de salud de la población.

- . El análisis de la distribución del ingreso del trabajo médico en Obras Sociales se circunscribirá a sólo las 66 Obras Sociales con las que tiene convenio la Asociación Médica de Rosario, que implica alrededor de un 70% de la población beneficiaria de las Obras Sociales de la ciudad de Rosario. Esta limitación obedece a que las Obras Sociales no proporcionan este tipo de datos.

- . Población a estudiar

La información tendrá como ámbito de referencia al Municipio de Rosario. La única excepción la constituye el Hospital Escuela de Granadero Baigorria, localidad vecina a Rosario, el que será incluido dentro de los servicios de salud y en lo relativo a la formación de post-grado.

- . Variables

La construcción de indicadores se hará siguiendo los objetivos generales, en función del tipo de datos disponibles, los que a su vez pueden dar lugar a nuevas variables no previstas al presente.

- . Procedimientos e instrumentos

El procedimiento a seguir implicará en primer término una averiguación no estructurada de la información disponible en las distintas instituciones o fuentes de datos, teniendo como guía los objetivos del estudio.

A partir de esta primera información se confeccionarán planillas específicas para cada conjunto de datos, con una disposición a doble entrada: por un lado las diferentes variables pre-codificadas y por otro los años que cubren el decenio a estudiar.

Sobre este tipo de matrices se consignarán todos los datos de la segunda etapa de búsqueda de información. La recolección de datos, a cargo del grupo de investigación, se hará entre abril y agosto de 1985.

- . Plan de análisis

El análisis, básicamente estará orientado a la configuración de series anuales para la década en estudio y a la comparación de tendencias. A los fines de la presentación se efectuarán gráficos lineales sobre los resultados más significativos.

*experimentos con el modelo*

El análisis de la composición de la población médica por antigüedad, sexo y especialidad, conducirá a la construcción de pirámides alrededor de los ejes antigüedad y sexo para los años 1974 y 1984, y la respectiva comparación de porcentajes por sexo para categorías seleccionadas de antigüedad.

El procesamiento de los datos será electrónico y se prevé que su ejecución se extienda entre setiembre de 1985 y febrero de 1986.

## B - Metodología para el estudio del médico de reciente graduación

### 1 - Estudio cuantitativo

#### . Población a estudiar

El estudio particular referido al médico joven se circunscribirá al profesional con 6 años de antigüedad en el año 1985, es decir, egresado de la Facultad de Medicina de Rosario durante el período Setiembre de 1978-Agosto de 1979.

Las consideraciones que llevaron a la elección de este sector de médicos estuvieron orientadas a conciliar dos aspectos. Por un lado, la elección debía hacerse entre los médicos de menos de 10 años de antigüedad, tratando de lograr la mayor aproximación a grupos de reciente graduación, probado como que presentan las mayores dificultades de inserción en el mercado de trabajo a través del estudio realizado por el CESS en 1978. Por otra parte, era necesaria una relativa antigüedad de modo que el sector seleccionado reuniera en sí mismo los diferentes matices que hacen a la capacitación de post-gradado y a la consecuente característica de su práctica profesional. Por otra parte, el hecho que las "residencias" y cursos formales de capacitación de post-gradado tienen, en general, una duración entre 3 y 4 años, y habida cuenta de la posibilidad de un período de latencia entre el egreso y el comienzo de la especialización, todo ello permitió definir al grupo de 6 años como el más apropiado a los fines del estudio.

Operativamente, se seleccionará la totalidad de médicos que figuran inscriptos en el Colegio de Médicos para ejercer la profesión en el ámbito del Municipio de Rosario, que reúnan el antecedente de haber egresado en el período establecido.

La revisión de las inscripciones al Colegio de Médicos estará conducida por la fecha del egreso académico, ya que se prevén inscripciones posteriores al año de producido éste, que corresponden básicamente a médicos que inician su residencia de post-gradado inmediatamente a la terminación de sus estudios y que se registran una vez completada su capacitación. Bajo estas condi-

ciones se incluirá a todo médico inscripto hasta la fecha o período en que transcurra la etapa de recolección de datos.

Información preliminar señala que el grupo de médicos a estudiar puede estar integrado por 250 ó 300 profesionales.

#### Diseño:

El objetivo de analizar el proceso, tanto de formación en una especialidad como de inserción en el mercado de trabajo, define a esta metodología como un estudio retrospectivo de cohorte.

La interpretación de que las modalidades particulares de inserción en el mercado de trabajo, están condicionadas por una parte, por las características bajo las cuales se desarrolla el proceso de capacitación y el "nivel" de especialización alcanzado, y por otra, por el "sexo" del profesional médico, hace que estas últimas variables asuman el papel de variables "independientes" de un "efecto" o "resultado" que está constituido por el nivel de inserción en el mercado de trabajo (desocupación o no inserción, subocupación, ocupación plena).

Esquemático así el diseño, implica identificar como principal factor de clasificación para el análisis al "nivel de inserción en el mercado de trabajo". Dependiendo de la definición que se formule de la variable "nivel de inserción", lo que se traducirá en la configuración de por lo menos tres grupos y no más de cinco, el análisis se orientará a explorar los antecedentes de sexo y los vinculados a la especialización dentro de cada uno de esos grupos.

#### Variables:

Se buscará caracterizar cronológicamente, año a año desde su egreso hasta el momento de observación, las diferentes actividades conducentes a la capacitación en alguna especialidad y las correspondientes al ejercicio profesional.

Las variables que se identifican al presente y que ameritan una definición conceptual y luego operacional a los fines de la recolección de datos empíricos, son, en relación con la formación de post-grado:

- Tipo de especialidad o subespecialidad.
- Tipo de estudios o prácticas de capacitación, formales o informales (cursos académicos, cursos normatizados por sociedades científicas, residencia, concurrencia, etc.).

- Lugar de capacitación: institucional (hospital universitario, público, etc.) y geográfico (Rosario, otras ciudades, del país o del extranjero).
- Nivel de exigencias para el otorgamiento del certificado: simple asistencia o concurrencia, exámenes parciales y finales, monografías, trabajos de tesis, etc.)
- Duración del período de capacitación.
- Inscripción como especialista en el Colegio de Médicos y requisitos cumplimentados.

En lo referente a las características de la actividad laboral:

- Tipo de actividad: profesional y/o no vinculada al ejercicio profesional.
- Subsector/es en que ejerce la práctica profesional: público, privado o de obras sociales y mutuales.
- Instituciones en que ejerce la práctica médica: consultorio privado, clínica de consulta externa, institución con internación, etc.
- Relación de trabajo (práctica médica): dependiente o autónoma, y dentro de ésta relativa o absoluta.
- Forma de retribución (práctica médica): sueldo, salario por hora médica, pago por prestación o por capitación, etc.
- Sistema de contratación (práctica médica): tipo de relación contractual, explícito o implícito.
- Ingresos: provenientes de la actividad profesional y extraprofesional.
- Funciones (práctica médica): médico interno o externo, de guardia, general, especialista, auditor, de control de ausentismo, etc.
- Número de horas semanales de trabajo: de la actividad profesional.

Del mismo modo que ambos conjuntos definidos de variables servirán para el análisis del proceso formativo y laboral, ellos permitirán la caracterización, resultante de dicho proceso, del nivel de capacitación y de inserción alcanzado por los médicos al momento de observación, es decir, cuando llegan a 6 años de antigüedad.

Las modalidades de la práctica médica al momento de observación estarán integradas también por las llamadas "condiciones de trabajo" que favorecen o no el desempeño profesional. Entre ellas se identifican al presente:

- Ambito o lugar físico en que trabaja: su tenencia y condiciones de uso (exclusivo, compartido).

*Ubicación geográfica*

*Señal interesante incluir en tercer comentario caracterizando mejor a la población destinataria de la actividad realizada*

- Disponibilidad de recursos técnicos para diagnóstico y/o tratamiento.
- Riesgos inherentes a la función que desarrolla.
- Estabilidad laboral.
- Cobertura social (jubilación, salario familiar, licencias por enfermedad, vacaciones, etc.).
- Facilidades para su capacitación y/o actualización.

La hipótesis de una posible distorsión entre la formación de pre-grado y el perfil de médico general - conocimientos, habilidades y destrezas que un egresado debe disponer para ejercer la medicina -, será evaluado mediante un listado de prácticas fundamentales, a través del reconocimiento por parte del médico de haber estado o no capacitado para ejercerlas a su regreso académico.

Se identifican entre las prácticas de recuperación, por ejemplo, las prácticas corrientes (venoclisis, sondeo vesical y uretral, aplicación de inyecciones, etc.), atención de un parto normal, de rehidratación en el niño, prácticas de cirugía menor, prácticas más frecuentes de la medicina de urgencia (intoxicaciones, coma, paro cardíaco, etc.). Entre las de prevención se reconocen los componentes psicológicos, preventivos y sociales propios de una atención médica integral.

Atendiendo a la naturaleza retrospectiva del estudio, establecido así para elaborar la historia profesional entre el egreso y los 6 años de antigüedad, será necesario tener en cuenta una distinción entre variables "puntuales" y las que pueden denominarse "de proceso", distinción que vale para la generación de esas variables, la elaboración del instrumento (cuestionario) y el posterior análisis estadístico.

Las variables "puntuales" corresponden a la observación fraccionada del proceso - formativo y laboral - en diferentes cortes: al 1er. año, 2°, etc. hasta llegar al 6° año de antigüedad, momento en que se incorporan las referidas a condiciones del trabajo.

Las variables "de proceso", que habrán de resumir los hallazgos de todo el período en estudio, y que conducen a evaluar e interpretar el nivel de capacitación y de inserción en el mercado de trabajo al 6° año, serán variables complejas (índices) a generar a partir de datos puntuales o globales de dicho proceso.

#### Procedimientos e instrumentos

La información será lograda a través de entrevistas personales, a cargo

de encuestadoras previamente adiestradas, y cuyo número se estima entre 10 y 12. Esto hace que en promedio cada encuestadora tendrá a su cargo la entrevista de 25 a 30 médicos.

El instrumento a utilizar será un cuestionario estructurado con preguntas de selección múltiple de alternativas, precodificadas para facilitar el procesamiento electrónico posterior de los datos. Sin embargo, la indagación de contenidos, vinculados con la historia profesional y del proceso de especialización, se planteará siguiendo un diagrama cronológico. Esto es que a partir del estudio biográfico, orientado a precisar la cronología y duración de las actividades formativas y de la actividad profesional y/o extraprofesional, la información será volcada en un cronograma, diseñado al efecto, que posibilite deducir de él las variables puntuales y de proceso.

Se identifican en el formulario cuatro grandes capítulos: El primero, integrado por los datos personales identificatorios y socio-demográficos, en segundo lugar por la información correspondiente a la situación al momento de observación, en términos de especialización e inserción en el mercado y condiciones del trabajo, el tercero integrado por la historia profesional desde su egreso de la formación de post-grado y de las actividades laborales desarrolladas. Finalmente, el cuarto capítulo, compuesto por las preguntas relacionadas con los conocimientos, habilidades y destrezas que el médico reconozca haber adquirido durante el pre-grado.

A fin de facilitar la tarea en terreno, los formularios serán diseñados incluyendo en su diagramación instructivos referidos a algunas características generales de la encuesta y a la explicitación de los aspectos relativos a cada una de las preguntas.

El personal de apoyo con que se piensa contar para las entrevistas es un grupo seleccionado de asistentes sociales, que ya ha colaborado en otras investigaciones realizadas por el CESS. Este personal, a más de reunir suficiente experiencia en lo relativo a técnicas de entrevista, tiene o ha tenido contactos con el sector salud a través de sus actividades en Obras Sociales, Secretaría de Salud Pública, instituciones asistenciales, etc.

Las encuestadoras recibirán un cursillo teórico-práctico para su capacitación específica en el tema. Se discutirán conceptos y terminología relativos a los diferentes aspectos a estudiar y los contenidos y significado de las preguntas e instructivos del formulario en función de los objetivos del estudio.

Como actividad práctica se simularán entrevistas (role playing) con médicos voluntarios para su observación, análisis y discusión posterior, y habrán

de participar en el pre-test, planeado, además, para poner a prueba la estructura y funcionalidad del formulario de encuesta.

El pre-test se aplicará a un número de médicos igual al disponible de encuestadoras (entre 10 y 12, o sea un caso por encuestadora), los que serán seleccionados del listado de profesionales con siete años de antigüedad (egresados en el primer trimestre de 1978).

Se prevé ejecutar el pre-test 20 días antes de la etapa definitiva de recolección de datos, la que se extenderá a lo largo de un mes (setiembre de 1985), de modo de reestructurar y redefinir el cuestionario en base a dicha prueba preliminar.

El equipo de investigación realizará la supervisión del trabajo de las encuestadoras, a través de la constatación de las entrevistas y de la reiteración de algunas preguntas específicas del cuestionario, sobre la base de una selección aleatoria de dos casos del conjunto asignado por encuestadora.

Como actividad básica de supervisión, se identifica la recepción de formularios que se hará gradualmente de modo de poder hacer una revisión de la completud de los mismos, detectar inconsistencias y salvar dificultades en la interpretación de las preguntas.

#### Plan de análisis

De acuerdo con el diseño esbozado (estudio retrospectivo), los resultados serán analizados tomando como factores de clasificación principal a las características referidas a la práctica profesional, año a año desde el egreso académico, y al nivel de inserción en el mercado de trabajo médico, éste como resultante del proceso a lo largo de los 6 años.

Los tabulados y análisis comparativos que se identifican al presente, son los siguientes:

- Diferentes características de la práctica profesional vs. el antecedente sexo, al 1°, 2°, etc. y 6° años.
- Nivel de inserción en el mercado de trabajo (variable compleja como resultado del proceso) vs. el antecedente sexo,
- Diferentes características de la práctica profesional vs. el antecedente formación de post-grado, al 1°, 2°, etc. y 6° años.
- Nivel de inserción en el mercado de trabajo vs. nivel de especialización alcanzado como resultado del proceso (ambas variables complejas).

- Nivel de inserción en el mercado de trabajo vs. condiciones de trabajo al 6° año.

Si o no? A posteriori del análisis anterior y sintetizando las categorías o modalidades de las variables, se intentará en una especie de análisis factorial dilucidar el peso relativo de los factores sexo y especialización en el nivel de inserción alcanzado al 6° año de antigüedad.

En otra línea de análisis, se plantea estudiar la correlación entre:

- Sexo y proceso de formación de post-grado y nivel de especialización resultante.
- Sexo y condiciones de trabajo al 6° año.
- Nivel de especialización y condiciones de trabajo.
- Sexo, nivel de especialización, nivel de inserción y condiciones de trabajo.

La correspondencia entre los conocimientos, habilidades y destrezas que deben caracterizar a un médico general y aquéllos que fueron adquiridos durante el pre-grado será analizada globalmente. Se establecerá un ranking de puntajes para valorar el nivel de esos conocimientos.

La mayor parte de las variables consideradas, tanto elementales como complejas, por su misma naturaleza, quedarán definidas operacionalmente a nivel nominal o a lo sumo ordinal.

En consecuencia, las distribuciones correspondientes en tabulados o cuadros, quedarán resumidas fundamentalmente en términos de porcentajes y las técnicas más frecuentes de análisis estadístico serán del tipo de las llamadas no paramétricas ( $\chi^2$ , Krushall Wallis, coeficientes de contingencia C, de concordancia de Kendall, de correlación de rangos de Spearman, etc.).

Las escasas variables de tipo cuantitativo, como cantidad de horas semanales dedicadas al ejercicio profesional, número de instituciones o subsectores en que trabaja, etc. , permitirán la adopción de técnicas de mayor potencia para su tratamiento en tanto se cumplan los supuestos teóricos requeridos.

El procesamiento electrónico de los datos requerirá de una serie de pasos o etapas a cumplir, que en líneas generales son:

- . Codificación y diseño de los registros de entrada.
- . Diseño y ejecución de pruebas de validación de consistencia de datos.
- . Diseño para la generación de variables por construcción interna.
- . Programación del análisis por computación.

## 2. - Estudio micro-social

### . Consideraciones generales

El intentar indagar e interpretar las concepciones que el médico tiene respecto de la práctica médica, sus expectativas de desarrollo profesional, la percepción que tiene sobre las exigencias de la práctica concreta en función del lugar que ocupa en el mercado de trabajo, constituyen aspectos subjetivos de difícil cuantificación. Además, por su propia naturaleza subjetiva requieren de un estudio en profundidad, la que de ninguna manera puede alcanzarse a través de un número limitado de preguntas en un estudio extensivo.

Se propone entonces como metodología pertinente un estudio de un número limitado de casos o micro-social. Este tipo de estudio de caso permitirá conectar las concepciones individuales, los procesos de decisión y el comportamiento del médico con los sistemas de relaciones de la medicina y de la sociedad.

La tarea de investigación, bajo esta metodología es intentar descubrir la lógica o sentido de las acciones individuales, en el marco de las relaciones sociales y patrones culturales aceptados en la práctica cotidiana de un grupo social.

El caso se integra así con una contrapartida institucional, es decir con el sistema de relaciones formales e informales y exigencias de la institución a que pertenece el médico, vinculadas con las funciones que le competen dentro de ella.

La realización de un estudio de tipo cualitativo, como el que se propone, no implica contraponerlo como metodología a la encuesta planteada en el punto B1, sino que, por el contrario, se trata de complementar ambos enfoques, aportando cada uno con su nivel particular de análisis.

### . Selección de los casos

La muestra con la que se trabajará, si bien no será estadísticamente representativa, responderá a un diseño que condense las características arquetípicas de la población en estudio (médicos de 6 años de antigüedad). Sin duda los resultados que de su aplicación se deriven no serán generalizables, ni es esa la pretensión del estudio.

La riqueza del material está representada por cada caso en sí mismo (el médico), en tanto en él se manifiesta de manera particularizada y singu-

*Estudio  
antropológico*

lar, la acción de dimensiones y mecanismos sociales de carácter general.

En consecuencia de lo antes considerado, los criterios de selección de los casos, entre 9 y 12 médicos, tomarán en cuenta las modalidades típicas del ejercicio profesional o la forma principal de la práctica médica que realiza (guardia, residencia, especialista, clínico, etc.), cubriendo todas las variaciones posibles.

Cada caso elegido se integrará, según la modalidad de su práctica, con la institución a que pertenece. Se quiere así recuperar los distintos marcos institucionales dentro de los cuales los médicos ejercen su práctica.

#### Referentes temáticos

Con vistas a la operacionalización de la propuesta en este particular aspecto del estudio, se han formulado una serie de preguntas básicas que son las que alimentan la preocupación central del planteo, cual es el indagar e interpretar las posibles contradicciones entre las concepciones del médico joven acerca de la práctica médica y sus aspiraciones de desarrollo profesional y las exigencias de su práctica social concreta, desde una doble perspectiva: la percepción del médico y las relaciones regladas por la institución en que trabaja.

Planteados de manera necesariamente elemental y sintética, tales interrogantes son los siguientes:

- . Cuáles son las contradicciones entre las vivencias y aspiraciones individuales.
- . Cómo se relacionan con su situación actual de trabajo.
- . Cuáles son las relaciones entre formación de pre-grado y sus experiencias de aprendizaje con las actuales necesidades de capacitación en función de las demandas de las tareas que cumple en la práctica profesional.
- . Además de la atención de pacientes qué otras actividades considera como propias a su rol de médico en la sociedad.
- . De qué manera se plantean sus relaciones con la institución en que trabaja (la institución en sí misma, otros miembros del equipo de salud, personal jerárquico, etc.).
- . Qué interrogantes se plantea acerca de las posibilidades futuras de su carrera y de la práctica médica en general y cuáles son las probables vías de solución.

la "cultura"

Trotar de evitar en el diseño y la práctica de esta fase el "racionalizar" (en  
dejar darle características de generalización) la investigación, lo cual  
se hace en la encuesta - Es decir, diferenciar bien lo propiamente  
cultural del comportamiento social

. Cuáles son las condiciones objetivas (relaciones informales, de poder, comunicación, etc.) de la institución que afectan el trabajo del médico joven, en particular los aspectos surgidos de los referentes temáticos anteriores.

#### . Procedimientos

La recolección de información en el estudio de caso está diseñada como proceso temporal (la temporalidad del proceso de investigación es su característica inmanente), lo que implica el "seguimiento" de las unidades de análisis (el médico y personal que trabaja en las instituciones) a lo largo del tiempo.

Se han previsto alrededor de 10 entrevistas por caso, las que directamente estarán a cargo del grupo de investigación. Ello implica alrededor de tres meses para la recolección de información, a razón de una entrevista cada semana (marzo a mayo de 1986).

Las técnicas de recolección de información se basarán en un proceso social de establecimiento de relaciones interpersonales con los informantes (médicos, o personal de las instituciones) que comienza con el "permiso de entrada" (etapa crítica tanto para el investigador como para el entrevistado) y que se desarrolla dentro del marco impuesto por las categorías analíticas (referentes temáticos) que se planteen.

Como técnica útil para la entrevista se reconoce la grabación del diálogo en cintas magnetofónicas.

#### Análisis:

Como la investigación cualitativa se maneja más bien con atributos, circunstancias o caracteres de los fenómenos y tiende a utilizar modelos donde interviene fundamentalmente la interpretación, la metodología de análisis se plantea como proceso de aproximaciones sucesivas cada vez más profundas, con la finalidad de descubrir los sentidos de las percepciones del sujeto, de los procesos de toma de decisiones y de los comportamientos resultantes.

Paralela o temporalmente diferenciado del proceso de trabajo de campo (registro de información) el análisis identifica dos etapas interactuantes cuáles son la construcción del dato y análisis de la información registrada, primeramente, y la de construcción de modelos analíticos.

La primera, de construcción permanente y revisada del dato consistirá en pasar de una descripción superficial de la situación a una descripción

más ordenada y compleja, producto no sólo de la consideración de una mayor cantidad de información sino también de la incorporación a dicho cuadro de lo que se ha podido captar como sentido en las acciones que se estudien.

La construcción de modelos analíticos implica la ordenación del material empírico según los matices, discontinuidades y diferenciaciones que manifieste el sujeto en relación a las dimensiones que se quiere explorar.

Ello conducirá a la construcción de tipos que condensen y hagan inteligibles las relaciones puntuales de asociación, causalidad y sentido de los comportamientos.

La composición de estos modelos o tipos tendrá su apoyatura en el instrumental teórico así como en los resultados empíricos de la encuesta planteada en B1.

C - Las tres metodologías propuestas suponen el abordaje de un mismo problema desde tres perspectivas diferentes: el mercado de trabajo médico, la experiencia particular de una cohorte de médicos de reciente graduación en relación con su formación de post-grado y sus primeras actividades laborales y por último una visión, en mayor profundidad, de algunos de esos profesionales, respecto del grado de adecuación entre sus concepciones acerca de la medicina y de su rol y aspiraciones personales y las exigencias de la práctica concreta.

Un cuarto momento se desarrolla a partir de la necesaria integración de esas tres vertientes, con el objeto de posibilitar la interpretación y comprensión de los mecanismos que articulan la relación entre mercado de trabajo, proceso de formación del profesional médico y sus diferentes posibilidades de inserción laboral.

Esta elaboración interpretativa, complementada por la consideración de los hallazgos de la investigación realizada por el CESS en 1978, permitirá componer un cuadro valorativo de las transformaciones ocurridas en el lapso que media entre aquélla y la presente propuesta.

## B I B L I O G R A F I A

- ABADIE, Juan P. : "Sistema Nacional de Salud, Bases para su discusión y elaboración" - Cuadernos Médico Sociales 29/30 : 77-86, Rosario, 1984.
- ABADIE, J.C. - CANITROT, C. : "La consulta médica a domicilio en la Capital Federal" Medicina Administrativa, 1 (3), 1967. Vol. 1. N° 3, set.-oct. 1967.
- ALARCON, C. - BALMACEDA, S.: "La Práctica Médica: consideraciones sobre su articulación con la realidad social en Argentina" - Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 14 : 123-169. 1979.
- ALEXANDER, Paulo : "¿Crisis en el sector salud?" Cuadernos Médico Sociales 16 : 43-50, 1981.
- ALMENDARES, Juan : La Integración de la Educación Médica - Tegucigalpa, 1977.
- ANDRADE, Jorge : "Marco conceptual de la educación médica en América Latina" Educación Médica y Salud, 12 (1-2-3), 1978; 13 (1), 1979
- ANDRADE, Jorge : "El proceso de diseño del plan de estudios" Educación Médica y Salud, 5 (1), 1971.
- ANDRADE, Jorge: "Integración docente asistencial" Cuadernos Médico Sociales, 8 53-69, 1979.
- BACKETT, Maurice: "La cuestión de la Política de Salud: los cambios más importantes en nuestra actitud frente a los problemas de Salud" Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud XI (1), 1977.
- BANTA, David : "Evaluación de la tecnología Médica" - Cuadernos Médico Sociales 15 : 25-32, 1981.
- BARROS, José Augusto C. : "Medicalización y Salud" - Cuadernos Médico Sociales 28 : 25-32, Rosario, 1984.
- BELMARTINO, Susana; BLOCH, Carlos: "La Política Sanitaria Argentina y las Estrategias de Desarrollo" - Cuadernos Médico Sociales, 14 : 5-26, 1980.
- BELMARTINO, Susana; BLOCH, Carlos; T. de QUINTEROS, Zulema: "El programa de estabilización económica y las políticas de salud y bienestar social" Cuadernos Médico Sociales, 18 : 7-40, Rosario, 1981.
- BELMARTINO, Susana; BLOCH, Carlos: "Políticas Estatales y Seguridad Social en Argentina" - Cuadernos Médico Sociales 23 : 3-22, Rosario, 1982.
- BERDICHEVSKY, Adela: "Elección de una especialidad médica". Cuadernos Médico Sociales, 3 ; Set. 1965.
- BERDICHEVSKY, Adela: "Formación médica y práctica profesional" Cuadernos Médico Sociales, 3; Set. 1965.
- BELLO, Julio : "Política de Salud 1976/81. Aporte para la evaluación de un proceso" - Cuadernos Médico Sociales, 23: 19-38, Rosario, 1983.
- BERLINGUER, Giovanni : Medicina y Política. Ed. Cuarto Mundo, Buenos Aires, 1975.
- BERLINGUER, Giovanni : "La formación del médico" - Cuadernos Médico Sociales, 2: 13-36, 1978.
- BERLINGUER, Giovanni : "La salud en la crisis del Estado de Bienestar" - Cuadernos Médico Sociales, 25, 17-30, 1983.
- BLOCH, Carlos; Torres de QUINTEROS, Zulema; BELMARTINO, Susana: "Estructura y dinámica ocupacional del médico". Rosario, 1978. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 1980.

- BLOCH, Carlos; TORRES de QUINTEROS, Zulema; BELMARTINO, Susana: "Origen social e inserción en el mercado de trabajo médico" - Cuadernos Médico Sociales, 16 : 5-20, 1981.
- BLOCH, Carlos : "Tendencias de la Investigación en Profesiones de la Salud". Reunión sobre Tendencias y perspectivas de las Ciencias Sociales en Salud. Organización Panamericana de la Salud. Cuenca, 1983.
- BOBULA, Joel : "Work Patterns, Practice Characteristics, and Incomes of Male and Female Physicians" Journal of Medical Education, 55 : 823-836, 1980.
- BOLTANSKI, Luc : "Los usos sociales del cuerpo" - Ed. Periferia, Buenos Aires, 1975.
- BORINI, Leopoldo Mario : "Estrategias para la incorporación de tecnología médica en Argentina" Cuadernos Médico Sociales, 29/30: 41-52, Rosario, 1984.
- BOSCH, S.J.: "Los sistemas de atención médica y la formación médica" - Medicina Administrativa. 2 (1), 1968.
- BOZZINI, L.; CONTANDIOPOULOS, A.P.: "La pratique médicale au Québec: mythes et réalités" Sociologie et Sociétés, IX, I.
- BROCKINGTON, Fraser, et al : Preparación del estudiante para el ejercicio de una medicina integral. Mimeo
- BRONSTEIN, Arturo : "La Seguridad Social, su evolución, sus problemas, sus tendencias", Cuadernos Médico Sociales n° 4, Rosario, 1978.
- CAMACHO, E.M. ; ALFARO, M.J. : "La Seguridad Social en Costa Rica y la llamada "deshumanización de los servicios Médicos" - Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 3(8) : 75-96, 1977.
- CARO, Guy : La medicina impugnada, Barcelona, 1972.
- CANITROT, C.H.: "Sistemas de retribución al médico" Medicina Administrativa : 2(1): 96-100, 1968.
- CANITROT, C.H.; ABADIE, J.P.: "Patrones de organización de la atención médica en el área metropolitana de Buenos Aires", Medicina Administrativa, 2(3): 209-216, 1968.
- CANITROT, C.H. ABADIE, J.P.; MERA, J.A.: "Bases para la formulación de una política de atención médica" - Medicina Administrativa, 2(5); 1968 y 3(1.2), 1969.
- CANITROT, C.H.; MORALES, O.J.; PISTORIO, R.H.: "Investigación sobre el ejercicio profesional médico: características de la actividad, la especialización y la remuneración médica en un área urbana", Medicina Administrativa, 4(5.6):155-176, 1970.
- CANITROT, C.H.; ABADIE, J.P.; MERA, J.A. "Marco referencial de una política de financiación de la salud" - VII Jornadas Argentinas de la Salud Pública. Córdoba 1970.
- CANITROT, Carlos: "Tecnología Médica: el advenimiento de un cambio radical en la Medicina" - Cuadernos Médico Sociales 16(21-30), 1981.
- CANITROT, Carlos "Tecnología Médica: el advenimiento de un cambio radial en la Medicina" 2a. Parte. Cuadernos Médico Sociales, 17(5-16), 1981
- COMITÉ d'acción santé: "Contra la medicina liberal, Barcelona, 1970.
- CONFEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA: Jornadas sobre ejercicio profesional y organización de la atención médica. Informe preliminar. Mimeo.
- CONFEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA: "La profesión médica organizada y la seguridad social argentina", Cuadernos Médico Sociales, 17(53, 61), 1981.

- VII CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA SOCIAL, Rosario 1965, Actas.
- VIII CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA SOCIAL, Córdoba 1967, Actas.
- CONTI, Laura: "Estructura social y Medicina" en Medicina y Sociedad, Ed. Fontanella, Barcelona, 1972.
- CORDEIRO, H.; ZAVALETA, H.: "Análisis de la práctica médica actual en América Latina", Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 13(111-141), 1979.
- CORDEIRO, H.: "Prática Médica na América Latina".
- CORDEIRO, Hesio: "Empresas médicas", Saúde em debate 14(22-31), Rio de Janeiro, 1982.
- CHANFREAU, Diana: "Professional Ideology and the Health Care System in Chile" International Journal of Health Services, 9(1): (87-106), 1979.
- CHUCK, Justo; FELD, Simón: Encuesta socioeconómica de los médicos afiliados al Colegio Médico de San Juan, 1964, San Juan, 1965.
- DA SILVA AROUCA, Antonio: O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva, Campinas, 1975.
- DA SILVA AROUCA, Antonio Sergio: "El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención". Cuadernos de Ciencias de la Salud, n° 36. CSUCA.
- DA SILVA AROUCA, Antonio Sergio: "Tendencias de la atención médica en América Latina", Cuadernos Médico Sociales, 27:(23-30), Rosario, 1984.
- DA SILVA PEREIRA, Ana; BIRMAN, Joel: As relações entre o saber e a prática médica. Mestrado en Medicina Social. Universidad Estadual do Rio de Janeiro 1976. Mimeo.
- DA S. GANDRA, Domingo: "Consideraciones sobre la naturaleza y dinámica de la práctica médica" Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 3 (189-194), 1976.
- del FAVERO, Albano : "La formación del médico" - Cuadernos Médico Sociales, 8: (29-52), 1979.
- DELEUDE, D.; GUÉRY, F.: El Cuerpo Productivo. Teoría del cuerpo en el modo de producción capitalista. Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1973.
- DEMLO, Linda K.: "Assuring Quality of Health Care. An Overview" Evaluation and the Health Professions: 6(2):(161-196), 1983.
- DIERCKSENS, Wim. La reproducción de la fuerza de trabajo y la salud. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina, 1979.
- DONANGELO, María C.F.: - Medicina e Sociedade. Livraria Pionera Editora. San Pablo 1975.
- DONANGELO, M.C.F. : Saúde e Sociedade. Livraria Pionera Editora, San Pablo 1976.
- DUARTE NUNES, Everardo: "Tendencias e perspectivas do ensino das Ciências Sociais aplicadas a saúde na América Latina". Reunión sobre: Tendencias y perspectivas de las Ciencias Sociales en Salud. Organización Panamericana de la Salud. Cuenca, 1983.
- DUMET FERNANDES, Josicélia: "Contribuição da equipe multiprofissional nas ações de saúde" Rev. Bras. Enf. DF, 34: 175-181, 1981.
- ELENA, Italo: Las leyes de Obras Sociales y las prestaciones médicas. Buenos Aires, 1973.
- ELENA, Italo: El médico y la organización social de las atenciones médicas. Ed. Agrupación de Médicos Reformistas, 1963.

- EHRENREICH, John, Ed.: The Cultural Crisis os Modern Medicine, Monthly Review Press, New York, 1978.
- ESCUADERO, José Carlos: "La situación sanitaria nacional". Cuadernos de contra-medicina N° 1, Buenos Aires, 1973.
- FASSIER, Clara: "Transformación social y planificación de la salud en América Latina. Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, 1979.
- FEDERACION MEDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: "El médico en relación de dependencia". Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario 1977.
- FERNANDEZ de BUSSO, Nélida P.: "Disponibilidad y requerimiento de recursos médicos". Medicina Administrativa, 2(1) : 1968.
- FERRARA, Floreal: "La Atención Médica en América Latina". VII Jornadas Argentinas de Salud Pública, Córdoba 1970.
- FERREIRA, Roberto: "Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000" Educación Médica y Salud: 17(1): (54-67), 1983.
- FERREIRA, José Roberto: "La cooperación científico-técnica universitaria en América Latina y la respuesta de los organismos internacionales". Educación Médica y Salud, 18(1): (1-8), 1984.
- FIELD, Mark G.: "Evolutions structurelles de la profession médicale aux Etats Unis et en Union Soviétique (1910-1970)" C. Sociol. Démogr. Médic. XI (2): (104-119), 1971.
- FOUCAULT, Michel: "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina.CESS, Rosario, 1977.
- FRENCK, Julio; LOPEZ ACUÑA, Daniel; BOBADILLA, José Luis; ALAGON, Alejandro: "Medicina liberal y medicina institucional en México". Salud Pública de México, 1976.
- FRENK, J.; HERNANDEZ LLAMAS, H.; ALVAREZ K., L.: El mercado de trabajo médico. Universidad Autónoma Metropolitana. México, s/f.
- FRIEDLANDER, Walter: "The Basis of Privacy and Autonomy in Medical Practice" Social Science and Medicine, 16: (170-178), 1979.
- FUCHS, Víctor : "Economics, Health, and Post-Industrial Society" Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, 57(2) : (153-182), 1979.
- GAETE, Jorge y col.: "El desarrollo de las instituciones de atención médica en Chile durante este siglo". Cuadernos de Ciencia de la Salud N° 1, C.S. U.C.A.
- GALENDE, Emiliano: "La crisis del modelo médico en Psiquiatría". Cuadernos Médico Sociales, 23: (53-60), Rosario, 1983.
- GARCIA, Juan César: Medicina y Sociedad, copia mimeografiada, 1977.
- GARCIA, J.C.: "La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social" en La Educación Médica en América Latina. O.P.S. Publicación científica N° 255, 1972.
- GARCIA, Juan César: Medicina Social: aspectos históricos y teóricos. Global editora, 1983.
- GARCIA DIAZ, C.J., "Las Obras Sociales, el Estado y la medicina privada en Argentina". Curso de Seguridad Social. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 1978.
- GETTING, André: La Sécurité Sociale. P.U.F., Paris, 1966.
- GRUPO DE TRABAJO O.M.S.: La formation continue des personnels de santé en tant que facteur de carrière. O.M.S., Budapest, 1978.

- HERROU BAIGORRI, J.: Por una política humanista en salud. Ed. Nueva Senda, Bs. As. 1977.
- HULSHOF, José: Proceso de Industrialización y Desarrollo del Sistema de Salud. El caso de América Latina. México, 1981, Mimeo.
- JELIN, Elizabeth et al: Un estilo de trabajo: la investigación microsocia. Estudios CEDES, Buenos Aires, 1982.
- V JORNADAS MEDICAS DE PUNILLA: Papel de las entidades médicas en el desarrollo del ejercicio profesional. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, 1977.
- KAUFMANN, A.; GUILERA, E.: "Consideraciones sobre la estratificación social a nivel hospitalario (El médico y la enfermera) Revista de Sociología, 12: 1979.
- LARSON, James : "International Measures of Comparative Health Care" - Publ. Health London; 96:(276-287) 1982.
- LAURELL, Cristina: "Medicina y capitalismo en México", Cuadernos Políticos, 5, 1975.
- LAURELL de Leal, Cristina: Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. México, 1976.
- LAURELL de Leal, Cristina; BLANCO GIL, José: "Morbilidad, ambiente y organización social. Un modelo teórico para el análisis de la enfermedad en el medio rural. Rev. Salud Pública Mexicana XVII (4) 1975.
- MAHLER, Halfdan: "La Medicina y los médicos de mañana". Duscursu pronunciado en la conmemoración del centenario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra (Suiza) el 28 de Octubre de 1976. Cuadernos Médico Sociales n° 2, Rosario, 1978.
- Mc GRATH, Ellen; ZIMET, Carl: "Female and Male Medical Students: Differences in Speciality Choice Selection and Personality" Journal of Medical Education: 52:(293-300) 1977.
- MENENDEZ, Eduardo: El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. Mimeo.
- MENENDEZ, Eduardo: "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud" Cuadernos Médico Sociales 21; (25-42), Rosario, 1982.
- MERA, J.A. "Características de la organización de la atención médica", Medicina Administrativa: 2(1), 1968.
- MERA, J.A.: "Número y distribución de médicos en la Argentina. Aspectos educativos y de política sanitaria" Medicina 38:(308-318), 1978.
- MERCER, Hugo: "La Práctica y el Saber Médico Oficial" - U.A.M. - Xochimilco, 1975. Mimeo.
- MERCER, Hugo: "Bases para estudios de recursos humanos para la salud en el área rural" - O.P.S./).M.S. Mimeo.
- MERCER, Hugo: "Tendencias y perspectivas de la sociología de la salud en América Latina". Reunión sobre Tendencias y Perspectivas de las Ciencias Sociales en Salud. Oficina Panamericana de la Salud, Cuencia, 1983.
- NAVARRO, Vicente: "Clase social, poder político y Estado y sus implicaciones en la medicina". Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud 5 (21-91), 1978.
- NAVARRO, Vicente: El subdesarrollo de la salud o la salud del subdesarrollo, 1973, Mimeo.

- NAVARRO, Vicente: "The Crisis of the Western System of Medicine in Contemporary Capitalism", International Journal of Health Services, 8 (2): 179-211, 1978.
- NERI, Aldo: "LAS OBRAS SOCIALES. C.E.S.S., Rosario, 1978.
- NERI, Aldo C.: "Ideas para un Seguro de Salud en Argentina". Cuaderno de Salud Pública: 6 (7) 1970.
- NERI, Aldo C.: "Perspectivas de la atención médica en la Argentina". Relato oficial en Primer Congreso Argentino de la Salud Pública, Santa Fe, 1972.
- NERI, Aldo: "Salud y Política Social", Buenos Aires, 1982
- NERI, Aldo: "Democracia y Salud. Perspectivas para su ejercicio futuro en Argentina", Conferencia dictada en el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, 1° de Octubre de 1982.
- NUNES, Everardo: "Tendencias y perspectivas de la investigación sobre Ciencias Sociales aplicadas a salud en América Latina", Reunión sobre Tendencias y Perspectivas de las Ciencias Sociales en Salud. Oficina Panamericana de la Salud, Cuenca. 1983.
- O.P.S./FEPAFEM: "Primera Reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe" Cuadernos Médico Sociales, 8: (5-28), 1979.
- O.P.S./O.M.S.: Informe del Comité del Programa de Libros de Texto para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de América Latina, en Educación Médica y Salud 9: (211), 1975.
- O.P.S./O.M.S., Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe. Informe final, Washington D.C., 1976.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión de Coordinación de los Programas de Educación Continua y Supervisión. "Conclusiones" Educación Médica y Salud, 18(1):(75-83), 1984.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Informe de un Comité de Expertos. Enseñanza Continua para Médicos, Ginebra, 1973.
- O.M.S. Oficina Regional para Europa. The Education and Training of Public Health Medical Officers, Copenhagen, 1976.
- O.M.S. Planificación de Escuelas de Medicina, Ginebra, 1974.
- PASSOS NOGUEIRA, Roberto: "A força de trabalho em saúde" Revista de Administração Pública: 17(3):61-70, 1983.
- PEREZ ARIAS, E.; FELLER, J.: "Estructura y dinámica del recurso humano médico en la Provincia de Buenos Aires" Cuadernos Médico Sociales, 26: 7-18, Rosario, 1983.
- PINOTTI, J.A. et al.: "Facultades de medicina tradicionales e innovadoras: tentativa de análisis tipológico" Educación Médica y Salud: 8(1):(106-117).
- POLACK, Jean Claude: "La Medicina del Capital", ed. Fundamentos, Madrid 1974.
- PRIMER SEMINARIO SOBRE ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS SOCIALES EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA, Guadalajara 1974: Instituciones y prácticas médicas. Esbozos conceptuales y marco de referencia. Mimeo.
- PROVENZANO, Sergio D. - "Las grandes soluciones de la organización social de las atenciones médicas", VIII Congreso Médico Social Panamericano, Montevideo, 1964.

- PROVENZANO, Sergio D.: "Distribución urbana y rural de los médicos de la República Argentina". VIII Congreso Argentino de Medicina Social, Carlos Paz, 1967.
- PROVENZANO, Sergio; KURLAK, D.: "Situación socio-económica del médico en la República Argentina", IX Congreso Médico Social Panamericano, Lima, 1966.
- PROVENZANO, Sergio: "Fundamentos y bases para un Servicio Nacional de Salud", Revista de la Confederación Médica N° 88, 1959.
- RAMOS PAIM, E.; MEDICI, A.: Estructura e Dinâmica da Força de Trabalho em Saúde, no Brasil, na década de setenta. Ministerio da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, s/f.
- REZLER, Agnes; MARENGO BUCKLEY, Joanne: "A Comparison of Personality Types Among Female Student Health Professionals" Journal of Medical Education, 52: (475-477), 1977.
- RICKETTS, Th. C.; DE FRIESE, G.H.; ROSENFELD, L.S. : "The Hospital and Medical Practice: A Study of Staff Appointments Among Specialists and Generalists", Health Services Research, 18 (1): 75-87, 1983.
- RODRIGUEZ CASTELLS, Horacio - "Organización de la atención Médica en Argentina en los últimos cincuenta años". Revista Argentina de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares, 2 (18-27), 1978.
- RODRIGUEZ TEJEDOR, Antonio "Condicionantes estructurales en el uso y difusión de la Tecnología Médica", Cuadernos Médico Sociales, 19:(21-36), Rosario, 1982.
- ROESKE, Nancy; LAKE, Karen: "Role Models for Women Medical Students", Journal of Medical Education, 52: (459-466), 1977.
- ROEMMER, Milton I.: "La atención médica en Argentina" Cap. VIII del Informe La Atención Médica en América Latina preparado para la Organización de los Estados Americanos, (O.E.A.).
- ROOS, Noralou P. et al.: "Female and Physician: A Sex Role Incongruity", Journal of Medical Education. 52: (345-346) f 1977.
- SANTHIA, Miguel Angel: "Atención Médica en la Provincia de Santa Fe. Recursos en operación" Mimeo.
- SANTHIA, Miguel Angel: "Planificación, administración y organización de los servicios de salud" Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 1: (91-117), 1976.
- SCHWEFEL, Detlefi: "Organización de Servicios Descentralizados de Salud Pública en América Latina. Una Reseña" Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional, Berlín, 1973.
- SEGALL, Malcolm: "Planning and Politics of Resource Allocation form Primary Health Care Promotion of Meaningful National Policy" Social Science and Medicine, 17 (24): 1947-1960, 1983.
- SEMPERTEGUI, F. F.; PEREZ, E.: Salud, poder y estructura social. Una aproximación a la historia de México contemporáneo. U.A.M., Xochimilco, 1974.
- SEPPILLI, Tulio: "La evolución de la relación médico-paciente". Cuadernos Médico Sociales 7: (14-31), 1979.
- SEPULVEDA, O.: "Roles profesionales y salud". Cuadernos Médico Sociales, 1970, Santiago, (Chile).
- SONIS, Abraham - "Bases para la formulación de una política de recursos humanos a nivel nacional" Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, Ottawa, 1973.

- SONIS, A.; PAGANINI, J.: "La atención de la salud, características, tendencias, problemas" en Sonis, A. y colaboradores". Medicina Sanitaria y Administración de Salud, Buenos Aires, 1978.
- STEINWACHS, Dvnaid et al.: "Changing Patterns of Graduate Medical Education Analyzing Recent Trends and Poryecting Their Impact" - The New England Journal of Medicine: 306 (1):(10-14), 1982.
- STEUDLER, Francois: Sociologie Médicale, París, 1970.
- STUHLMAN, Boyer y Veronelli: "Investigación en Atención Médica", Atención Médica (CLAM), 1973.
- STEVENSON, Gelvin: "Social Relations of Production and Consumption in the Human Service Occupations" International Journal of Health Services, 8 (453-464), 1978.
- TERRIS, Milton: "Tres sistemas mundiales de atención médica" Cuadernos Médico Sociales, 14 :(27-36), 1980.
- TRONCOSO, María del Carmen; BLOCH, Carlos: "Bases para la organización de la atención médica en la ciudad de Rosario". Actas VIII Congreso Argentino de Medicina Social, Rosario, 1967.
- U.A.M. - Xochimilco. Perfil de la Carrera de Medicina y del Médico Egresado de la U.A.M.-X. Mimeo.
- U.A.M. - Xochimilco: Seminario: Formación de Recursos Humanos. Maestría en Medicina Social, México 1979. Mimeo.
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO, Facultad de Ciencias Médicas: "La formación de recursos humanos para la medicina en el año 2000" - Cuadernos Médico Sociales, 28: (53-60).
- VARIOS AUTORES: Crisi della Medicina, Editori Riuniti, Roma, 1974.
- VASCO URIBE, Alberto: Salud, Medicina y Clases Sociales, Medellín, 1975.
- VAZQUEZ VIALARD, Antonio: "Relaciones entre las Obras Sociales y los prestadores de servicios médicos", en Jurisprudencia Argentina, 4337-39, 1973.
- VERONELLI, Juan Carlos: Medicina, Gobierno y Sociedad, Ed. El Coloquio, Bs. As. 1975.
- VERONELLI, Juan Carlos: "Hacia dónde va la Seguridad Social Argentina?". Cuadernos de Salud Pública, 10, 1975.
- VERONELLI, Juan Carlos; RODRIGUEZ CAMPOAMOR, N.-"La política sanitaria nacional" - Cuadernos de Salud Pública. N°1, 1968.
- VERONELLI, Juan Carlos: "Los proyectos de transformación del Sistema Nacional de Servicios de Salud en América Latina", 1984, Mimeo.
- VIDAL, Carlos: "Adiestramiento en supervisión: ensayo de marco teórico". Educación Médica y Salud: 15(2): 169-175, 1981.
- VIDAL, Carlos: "Aproximaciones a tecnología y salud" - Boletín Oficina Sanitaria Panamericana: 83(3) : 197-209.
- VIDAL, Carlos: "El desarrollo de recursos humanos en las Américas" - Educación Médica y Salud. 18(1): 9-33, 1984.
- VIDAL, Carlos: "El desarrollo de recursos humanos y el Plan de Acción" Educación Médica y Salud: 18(12): 113-124, 1984.
- WAINSTEIN, Luis:"Salud y Democratización," ed. Villalar, Madrid, 1977.
- WAITZKIN, Howard: "Unidad de Cuidado Coronario: crecimiento y desarrollo de su tecnología" - Cuadernos Médico Sociales, 16 (31-42), 1981.

- WATERMAN, B.; WAITZKIN, H.: "Ideology and Social Control in the Doctor Patient Relationship" en H.M.O. PACKET IV: Ideology and Medicine, New York, 1978.
- WILSON, Robert: "La relación entre el paciente y el médico". Mimeo.
- WILLIAMS, Patricia B.: "Recent Trends in the Productivity of Women and Men Physicians" Journal of Medical Education, 53: 420-422, 1978.
- WRIGHT MILLS, C.: "Les transformations du monde médical" en Le Cols Blancs. Essai sur les classes moyennes américaines. Ed. Mâspero, París, 1966.

2.5. Estado del conocimiento y desarrollo del tema del Proyecto en la Argentina y en el contexto internacional.

La mayoría de los trabajos provenientes de las regiones y países de sarrollados, están dirigidos al estudio de problemas relacionados con la de mografía médica, la especialización, la ideología profesional y la relación médico-paciente en un contexto de sociedades industriales por lo que respon den a realidades socio-económicas, culturales y de organización del sistema de atención médica diferentes a las características de los países subdesa- rrollados.

En el ámbito de América Latina, Brasil, en el que predomina la medi cina de mercado y como práctica médica más importante la atención de benefi carios de la Seguridad Social mediante pago por servicios, donde se eviden cian tendencias de cambio de una medicina liberal a una creciente socializa ción del trabajo médico y consiguiente asalariamiento, una incorporación a- celerada de tecnología sofisticada, etc., la preocupación de los investiga- dores está puesta en la articulación de estos fenómenos con la base organi- zacional de la sociedad.

En este país que presenta grandes similitudes con la realidad Argen tina, grupos de investigadores han hecho verdaderos aportes para una mejor comprensión de la dinámica del mercado de trabajo médico por la riqueza con ceptual de algunos de sus trabajos.

J. de Araujo Oliveira estudia las características particulares que adopta el mercado de trabajo médico en Río de Janeiro a partir del gran de- sarrollo de la atención médica en la Seguridad Social.

Siguiendo la línea de análisis del magnífico trabajo de Cecilia Don- nángelo que señalaba ya una progresiva pérdida de la autonomía profesional absorbido por un trabajo asalariado, la autora constata a través de una en- cuesta especialmente diseñada, que en los últimos años en Río de Janeiro las formas asalariadas de trabajo médico pasan a ser las dominantes (un 92,5% de los profesionales ejercen algún tipo de actividad asalariada, y el 47,5% exclusivamente asalariada) siendo muy bajo el tiempo dedicado a la práctica liberal, lo que se puede ya considerar como una práctica residual.

Esta conclusión puede no ser válida para todo Brasil, porque Río de Janeiro reúne algunas características especiales: una extensa red de servi- cios con gran desarrollo de Empresas Médicas explotadas con criterios capi- talistas y médicos a sueldo, servicios de salud administrados directamente

por la Seguridad Social con todo el personal de salud asalariado, la gran atracción que ejerce esa ciudad sobre los médicos que van en busca, ya sea de trabajo o de capacitación (un tercio de los médicos encuestados se formaron en otra área migrando después de graduado, hecho que se acentúa en los médicos más jóvenes).

El capítulo dedicado a estudiar las condiciones del trabajo asalariado y la actitud de los médicos hacia el mismo, brinda una rica información tanto sobre las malas condiciones de trabajo (multiempleo, horarios prolongados, ausencia de garantías y falta de reconocimiento de los derechos que goza cualquier trabajador) como la persistencia en determinados grupos de la ideología liberal que se expresa en su expectativa de llegar a trabajar exclusivamente en forma autónoma.

En México, Frenk y col. estudian en un primer momento las relaciones de determinación del mercado de trabajo médico y luego los aspectos fundamentales de la evolución histórica del mercado de trabajo médico en México, en particular el peso adquirido por el Estado sobre todo en los últimos 20 años, en la provisión y administración de servicios de salud. La creciente participación del estado en la producción de servicios médicos, no sólo amplió cuantitativamente la demanda sino que además creó una demanda por un nuevo tipo de médico, más orientado a la práctica hospitalaria y a la especialización y cada vez más asimilado al trabajo asalariado.

Reconocen que tanto la demanda como la oferta de capacidad de trabajo médico (entendida ésta como posibilidad o potencialidad, que sólo se realiza como fuerza de trabajo al aplicarse al proceso de producción de servicios médicos) está determinado por una multiplicidad de factores, pero diferencian- do niveles sucesivos y ordenados de determinación. Dedican parte del estudio a un aspecto de la problemática que ha suscitado más de una polémica: las relaciones entre el sistema de atención médica y el de educación médica. Aceptan que es una relación que expresa una compleja red de determinaciones mutuas y si bien admiten que el "sistema de atención médica regula en última instancia a la educación médica", reconocen que en el sistema de educación médica se ubica el principal determinante de la oferta de la capacidad de trabajo médico.

La crisis que marca la política del Estado mexicano a partir de la década del '70, provoca una serie de fenómenos aberrantes en el mercado de trabajo médico que los autores no cuantifican, pero que sí lo resumen en los

siguientes puntos:

- a) Formas de subempleo en condiciones de explotación, con jornadas laborales irregulares, inestabilidad, condiciones de trabajo que no estimulen la capacitación y actualización e incluso dedicación a actividades médicas ilegales.
- b) Dedicación a labores técnicas, de enfermería o de promoción y venta de productos farmacéuticos y equipamiento médico.
- c) Desempleo abierto compensado con actividades laborales totalmente ajenas a la medicina.

Vasco Uribe, A. (Salud, Medicina y Clases Sociales, Medellín, 1975) interpreta, respecto de la especialización, que ella está inscripta en un sistema social regulado por las leyes de un mercado que estimula el desarrollo de determinadas prácticas; debido a ello, cierto sector social con capacidad de compra reclama servicios más complejos y, en consecuencia, crea un mercado nuevo muy estimulante para la profusión de un número cada vez mayor de especialidades. Esta sobreespecialización es, en resumen, el resultado de un doble esfuerzo: el de aprender a dominar al máximo un aspecto de la medicina (factor individual) y el de satisfacer los reclamos, cada vez mayores, de sectores sociales con capacidad de pagar lo mejor para su cabeza, su riñón, su piel, etc., (factor social). Esta sobreespecialización tiene, además, grandes implicancias para nuestras sociedades, alentando la fuga de cerebros y la dependencia tecnológica.

Un trabajo que ha servido de modelo para una serie de otros similares es el de Canitrot y Col. (Bs.As. 1970). El estudio abarcó el análisis de las prestaciones médicas brindadas durante todo un año a los afiliados de las Obras Sociales de dos grandes ciudades de la Provincia de Buenos Aires (alrededor de 200.000 beneficiarios).

En relación a la oferta médica se estudió la proporción de especialistas según rama, antigüedad en la profesión y remuneración recibida medida en pesos facturados. El trabajo abunda en detalles de cómo pesa en la distribución del total de lo facturado el tipo de especialidad y la mayor antigüedad en la profesión. El grado de concentración del pago es particularmente analizado. El estudio muestra que casi el 50% de los médicos (375) recibieron en conjunto sólo el 10% del total de las retribuciones y por el otro lado el 3% (20 profesionales) percibieron casi el 20% del monto total facturado.

Hay suficiente información que demuestra que cuando rigen las leyes de mercado de libre oferta y demanda, se produce una concentración del trabajo en pocas manos. Así, por ejemplo, en el trabajo arriba mencionado, el 50% del total de los honorarios quedó en manos de sólo el 15% de los profesionales.

Este tipo de investigación aporta suficiente información sobre el carácter mercantil de un sistema que pone trabas económicas a la población que pretende acceder a las prestaciones médicas y que sólo beneficia a un grupo reducido de profesionales. Los trabajos de esta índole se limitan a exhibir la situación del profesional, sin tener en cuenta los procesos sociales en los cuales se inserta su práctica médica.

A esta altura del desarrollo de las ciencias sociales, está suficientemente demostrado que si se quiere conocer la evolución sufrida por la práctica médica, determinar causas y descubrir tendencias, es necesario estudiarla en correspondencia con el proceso de desarrollo de la sociedad, más aún cuando los cambios producidos durante las últimas décadas en la estructura socio-económica, han determinado profundas modificaciones en el sistema de oferta y demanda de atención médica.

Si bien el estudio que hace Mera, J.A. ("Medicina", Bs.As. 38:308-318, 1978) sobre el "Número y distribución de médicos en la Argentina" podría encuadrarse dentro de la línea llamada de demografía médica, su análisis de la situación y sus recomendaciones deben destacarse.

Parte de una estimación del número de médicos para fines de 1977, el cuál estaría entre 55.000 y 56.000 profesionales. Acuerda que, aún cuando su propia proyección como la de autores precedentes puedan presentar errores de diversa magnitud ya que se apoyan en diferentes metodologías e incluyen o no distintas variables como emigración de médicos, abandono de la profesión, etc., de todos modos queda firmemente demostrado que se dispone "de una muy abundante mano de obra médica que está concentrada en las grandes ciudades", abundancia que nos coloca en el primer lugar en América y que implica una relación de 1 médico por 500 habitantes, cifra que duplica el índice considerado aceptable por la Organización Mundial de la Salud.

Al analizar los factores de cuya influencia ha resultado la actual "plétora" médica identifica los provenientes del área educacional (ingreso i rrestringido y deficiencias en la formación de pre-grado, no subsanadas por la instauración de las "residencias" médicas, que hacen que el médico carezca

de preparación profesional y de vocación para alejarse de los centros urbanos, y en ellos, de los centros hospitalarios) y los atribuidos al propio Sistema de Salud que no favorecen una práctica médica en el interior del país, en zonas de menor concentración poblacional, ya que una decisión en ese sentido por parte del médico "implica el grave riesgo de no poder regresar a los centros urbanos".

Ello se debe a que el ejercicio médico urbano está configurado por el poli-empleo, la disociación científico-profesional y las carreras hospitalarias cerradas y centradas fundamentalmente en la antigüedad.

En otro orden, los ingresos del médico urbano guardan relación con la realización de prácticas y operaciones y con la utilización de aparatología compleja, lo que desalienta el ejercicio de la clínica general y de la pediatría.

Todo esto reduce psicológicamente la perspectiva científica y de desarrollo profesional de quien se aleja de las áreas urbanas y actúa como barrera de la migración interna.

Aún cuando haya quienes sostengan la inexistencia de plétora mientras subsistan zonas desprovistas de profesionales, como es el caso en nuestro país, el autor asume el exceso de médicos y plantea que esa noción de plétora es relativa al modo en que se organice el recurso médico, que el "número y distribución de los médicos están en íntima relación con las políticas de salud que siga el país y que los cálculos de necesidad de profesionales basados sólo en cantidad de médicos y patología esperable, al prescindir de un factor esencial de la ecuación, están sujetos a un enorme margen de error".

"De allí que, en plan de postular medidas para corregir la plétora médica, pensemos que los pasos más importantes corresponden a la organización del sistema de salud. Así, -además de un régimen de medicatura rural para equilibrar la mala distribución de los médicos-debieran promoverse aquellas acciones mano de obra intensivas, como la atención primaria y la extensión de la cobertura que, además, han probado su eficacia para mejorar las condiciones sanitarias de la población", delimitando los campos entre Salud Pública y Seguridad Social para que cada cual encare las acciones que mejor pueda desarrollar, y estableciendo "un régimen de trabajo hospitalario que aliente la dedicación exclusiva y facilite la relación del médico general ambulatorio con los centros de enseñanza e investigación que son los hos

pítales".

Uno de los trabajos más recientes (octubre 1983), aunque dentro de la misma línea de demografía médica es el de Feller y Pérez Arias que estudian la estructura y dinámica del recurso humano médico de la Provincia de Buenos Aires. Utilizando la información disponible en los registros médicos, encuentran que en una provincia argentina, considerada como el polo de mayor desarrollo y potencialidad productiva, la distribución desigual de médicos (zonas con 1 médico por 150 habitantes o hasta zonas con 1 médico por 2.000 habitantes), es la misma que se observa en el resto del país.

Hay un tímido intento de buscar una explicación a este fenómeno, cuando se destaca la importancia de variables tales como: nivel socio-cultural y económico de la población, patrones epidemiológicos, composición de la población; pero el trabajo se limita a enunciarlos sin establecer relaciones con la estructura social y el modelo de desarrollo capitalista adoptado por el país en las últimas décadas.

Otro de los problemas analizados bajo esta misma línea es el de los cambios que podrían preverse en las modalidades de trabajo y en las características de la práctica médica como consecuencia de la incorporación creciente y acelerada de mujeres profesionales.

El estudio de J.D. Bobula (Work Patterns, Practice Characteristics and Incomes of Male and Female Physicians, Journal of Medical Education, octubre de 1980), señala que las médicas trabajan menos en la denominada práctica tradicional de consultorio o clínica, lo hacen menos horas por semana y menos semanas por año, perciben menores ingresos y más frecuentemente sobre la base de un salario, y presentan una ligera diferencia en la composición de sus pacientes (más jóvenes, mayor proporción de negros, etc.).

Aunque una explicación plausible de las características del trabajo de las mujeres médicas es que históricamente ellas han asumido su práctica profesional sin renunciar a las responsabilidades del hogar y la familia, nada puede aventurarse respecto del futuro. No está claro si las futuras egresadas de la escuela médica habrán de balancear su carrera y las responsabilidades familiares de la misma manera que sus predecesoras. Por el contrario, habría evidencias comparativas con estudios previos que indicarían que las diferencias en los patrones de trabajo e ingresos entre hombres y mujeres tienden a disminuir con el transcurso del tiempo.

El autor, si bien acuerda que sería inapropiado en este momento

inferir que el aporte creciente de médicas puede significar un impacto tanto en la organización de la práctica médica como en la oferta de servicios, señala que las futuras investigaciones sobre el tema permitirían un "monitoreo" de los hallazgos y tendencias observadas en su estudio en la medida que más y más mujeres se incorporen a la fuerza de trabajo médico.

Bloch, Quinteros y Belmartino realizan en 1978 una encuesta que brinda un referente empírico para el estudio de la estructura y dinámica ocupacional del médico en la ciudad de Rosario. (Estructura y Dinámica Ocupacional del Médico, Rosario 1978, Cuadernos Médico Sociales, octubre, 1980). El objetivo general de la investigación fue el de "estudiar las características de las distintas modalidades ocupacionales de los médicos del Municipio de Rosario, en relación con el grupo social de pertenencia, antigüedad en la profesión y especialización".

A partir del marco teórico sustentado (histórico-estructural) se establecieron dos hipótesis: a) que la práctica médica dominante en forma global es la atención a beneficiarios de la Seguridad Social, situación que presenta variantes, en particular cuando entran en juego factores como antigüedad en la profesión y especialización.

b) Que la especialización, oportunidad de acceso a la misma y nivel de capacitación para adquirirla, que depende del grupo social de pertenencia, condiciona el nivel de inserción en el mercado de trabajo.

El gran desarrollo de las Obras Sociales (modalidad particular de la Seguridad Social en la Argentina), trajo como consecuencia que cerca del 80% de la población se encontrara (en la segunda mitad de la década del '70) cubierto por ese sistema. De ahí la hipótesis que resultó luego comprobada por los resultados de la encuesta.

El mecanismo fundamental de relación entre los profesionales y el sistema financiero, es la modalidad de "libre elección" y pago por acto médico. En la encuesta se verificó que de la totalidad de médicos que trabajan con Obras Sociales, sólo el 18,8% lo hace en relación de dependencia exclusiva, manteniendo la gran mayoría una autonomía de carácter relativo. Se trata de un modelo de práctica que los autores denominan neo-liberal, porque ha permitido la supervivencia, a través de un nuevo mecanismo de financiación, de la clásica organización liberal de la atención médica.

El rico material acumulado permitió a los autores establecer perfiles ocupacionales, según los diferentes atributos que caracterizan a una

determinada antigüedad o categoría de especialización. Respecto a esto último, consideran tres tipos de perfiles con netas diferencias: los especialistas puros; la forma combinada (especialistas que trabajan en forma parcial como clínicos) y los que sólo trabajan como clínicos generales. Las evidencias reunidas muestran que un médico que ejerce la especialidad en forma exclusiva tiene una mejor situación laboral (mejor inserción en el mercado de trabajo) que aquél que actúa alternativamente como clínico o especialista y mejor aún que el médico general.

En relación con la ideología de los profesionales de la salud, se distinguen dos tipos de elementos: los que provienen de su pertenencia de clase (los profesionales de la salud se ubican en su mayoría dentro de las capas medias) y los que se conforman en la práctica social y que se conocen como "sistema de valores" de los grupos profesionales.

Algunos investigadores han concentrado sus esfuerzos en el estudio de las actitudes de los médicos hacia diversos aspectos de la práctica profesional. Con el conjunto de hallazgos logrados elaboran "el sistema de valores y creencias de los profesionales de la salud".

Los trabajos de Shufer de Paukin, socióloga argentina, miembro del CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), se orientan en ese sentido. Por ejemplo, su trabajo: "Una muestra de médicos argentinos y su actitud hacia la socialización de la medicina" (Bs.As. 1981), tiene como principal objetivo "medir la actitud hacia la socialización de la medicina y analizar las posibles relaciones entre esta actitud y otras variables que se consideran relevantes".

Después de conjugar una serie de valores sobre la base de una encuesta a 140 médicos con distintas especialidades y variada antigüedad en la profesión, llega a la conclusión que "la mayoría de los médicos encuestados tiene una actitud favorable a la socialización de la medicina, pero sobre todo entre los médicos más jóvenes, que no tienen consultorio particular, que no han ejercido cargos jerárquicos y que tienen ingresos monetarios bajos". ¿Cuál sería entonces la ideología médica de acuerdo a lo que surge de esta metodología?: La salud debe ser una responsabilidad del Estado y la atención médica un servicio público, que una medicina socializada puede brindar buena atención médica a quién no puede costearla ya que no hace diferencias por clases, que los profesionales y los equipos de diagnóstico y tratamiento se distribuyen de acuerdo a las necesidades del país y que en un sistema socializado todos los médicos tienen trabajo, evitándose

la competencia económica entre los mismos.

En relación a la problemática de la ideología surge nítida la diferencia entre el positivismo y el pensamiento histórico estructural. En esta segunda línea teórica, cabe mencionar el trabajo de Diana Chamfren en "Ideología profesional y Sistema de Atención Médica en Chile". Chamfren estudia cómo actuó este factor poderoso de cambio o de mantenimiento del "Statu quo" en la realidad chilena de la década del '70.

La autora sostiene que la ideología de la profesión médica es un sistema de valores, ideas y creencias que derivan en parte de la posición de sus miembros en la estructura de clases y en parte de las agrupaciones médicas. Los médicos como grupo especializado de la sociedad, desarrollaron un conocimiento especializado y crearon un sistema de valores e ideas peculiares a sus miembros.

La influencia decisiva de la profesión médica en la creación del Servicio Nacional de Salud de Chile, se explica entre otras razones por: el prestigio alcanzado por las organizaciones médico-gremiales; el poder político adquirido por los dirigentes médicos ya que muchos de ellos ocuparon importantes cargos gubernamentales y por los valores dominantes en la profesión que se manifestaba en la preocupación por las dificultades de los sectores de bajos ingresos para acceder a los servicios de salud.

Alarcón y Balmaceda (Argentina, 1979), establecen una suerte de jerarquía según el valor cualitativo de la función de los intelectuales: en la cúspide el "gran intelectual", creador de la nueva concepción del mundo en sus diversas ramas (ciencia, filosofía, arte, derecho, medicina) en la escala inferior los encargados de administrar o divulgar estas nuevas concepciones y por último los responsables de la transmisión del conocimiento considerados globalmente como educadores. "Dentro del sector profesional cabe una distinción entre aquellos médicos concientes de su función de "intelectuales orgánicos" que tienen la responsabilidad mayor de la elaboración tanto de las ideologías como de la política y los médicos que, pasivamente, son portadores de esas concepciones y que, en ocasiones defienden objetivos que terminaron afectando sus propios intereses".

Destacan el papel que juegan en la realidad argentina, los sanitarios que formaron parte de los organismos oficiales en diversas épocas y con diferentes gobiernos. Este pequeño grupo de tecno-burócratas es el responsable de elaborar políticas que pretenden dar solución a las crisis de la organización y financiación de la atención médica con criterios tecnocrá

ticos. En buena parte los miembros de este grupo son responsables de las medidas adoptadas en los últimos 30 años en la Argentina.

De éste y otros trabajos sobre el tema se arriba a la conclusión que los rasgos más definidos de la ideología médica serían:

- . El individualismo: Si bien es un rasgo que ya incorpora en su ambiente familiar (por su procedencia social), se acentúa a su paso por la Facultad. Los contenidos de la enseñanza médica acentúan el individualismo. Posteriormente el ejercicio profesional lo reafirma a partir de su práctica social, de la que se considera el eje, el factor fundamental de su actividad, subestimando a las otras profesiones que comparten la responsabilidad de las acciones de salud.
- . La aspiración de ascenso social: Cree firmemente que el título universitario sólo lo logran los mejores y más capaces, que éste le garantiza una posición privilegiada en la sociedad, creencia que se refuerza con aquello de que los más dotados son los que llegan más alto dentro de la jerarquía de su escala de valores de la profesión. El ascenso social por el que tantos médicos hoy se afanan se relaciona con la adquisición de mayor poder y prestigio. Esta preocupación constante por llegar a la "cúspide" explica en parte la actitud escasamente participativa en actividades sociales solidarias. Otra característica es la pasividad y escepticismo frente a las luchas en defensa de sus propias reivindicaciones y la convicción de que sólo de su capacidad, tesón y esfuerzo personal depende su bienestar.
- . La actitud frente al Estado: Visualizan al Estado como una suerte de estructura que se encuentra por encima de los conflictos sociales pero que no cumple adecuadamente su papel de ordenador y árbitro eficiente. Suponen que la acción del Estado está sujeta a las presiones arbitrarias de los diferentes factores de poder, y siendo los médicos un sector con escaso peso o influencia sobre el aparato estatal, son los eternos perjudicados por las acciones del Estado. Otro criterio generalizado es que el Estado es un pésimo administrador con excesivos mecanismos burocráticos que le impiden cumplir con eficiencia la misión. Por ello aceptan el principio de subsidiariedad del Estado que supone la intervención del poder público sólo en aquellas circunstancias

en que la iniciativa privada no esté en condiciones de actuar.

Un área que necesita más desarrollo se vincula al papel que juega la ideología dominante en el proceso de producción del conocimiento, atendiendo a que en definitiva ésta define los temas de investigación, los problemas a estudiar, dispone de los recursos a ser aplicados y las formas de utilización del conocimiento obtenido.

La importancia de la ideología en el proceso de transmisión del conocimiento ha sido ampliamente estudiado por J.C. García (OPS, 1972) en un trabajo ya clásico y recurrentemente citado en la bibliografía sobre el tema. Es de lamentar que el sendero abierto por García no haya motivado nuevas investigaciones sobre el papel de la educación médica en la conformación ideológica del modelo médico. Entendiendo como tal aquél que pone el acento en una medicina biologista, centrado en lo individual y curativo, con uso abusivo de medicamentos y alta tecnología, con tendencia a la superespecialización y que considera a la salud como una mercancía con la que se puede lucrar.

El presente trabajo, inserto en el campo de las investigaciones reseñadas, está orientado a analizar cómo se reflejan las relaciones sociales al interior del mercado de trabajo médico.

De toda la bibliografía mencionada, surge como aporte de mayor riqueza teórica y metodológica el trabajo de C. Donnángelo, que sirvió de base para intentar en nuestro país una aproximación a esta problemática en un momento en que el único antecedente de importancia eran los trabajos de Canitrot, C.H. y colaboradores.

El estudio desarrollado por el CESS en 1978 mostró puntualmente las características de la práctica médica en Rosario y las mayores dificultades de inserción en el mercado de trabajo del grupo de médicos de menor antigüedad y de los no especializados, reflejando a la vez la dominancia de la atención a beneficiarios de Obras Sociales.

En base a ese conocimiento es legítimo suponer que el grave deterioro sufrido por el mercado de trabajo médico en los últimos años debe haber producido su mayor impacto en las camadas de médicos de más reciente incorporación: cada vez más extraños al sistema por retracción de la demanda, aumento de la oferta, inadecuación de la formación de pre-grado para las necesidades del mercado actual y para las necesidades de un mercado potencial que se abre por medio del modelo alternativo de atención por niveles de com

plejidad creciente.

Un estudio profundo ahondará en aspectos no cubiertos tanto por el trabajo anterior del CESS como por los otros estudios analizados; en particular, en la correspondencia entre la formación médica y la práctica social concreta, en el peso de la ideología médica dominante y en el análisis dinámico del proceso de inserción en relación con el de formación del médico joven, entroncado en la dinámica experimentada por el mercado de trabajo médico en la última década.

La política de cambio sectorial definida por las autoridades del Ministerio de Salud y Acción Social está, fundamentalmente, dirigida a una mayor regulación del sistema de atención médica, con miras a la eliminación de las tendencias mercantilistas desarrolladas de manera particular en los últimos años.

Entre las señales de alarma que autorizan una política estatal orientada a intervenir en las modalidades dominantes de la práctica médica cobra especial relevancia la relativa falta de adecuación entre la disponibilidad de recurso humano y su utilización en función de la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Esa inadecuación se expresa, sin duda, en la desigual accesibilidad a los servicios, el encarecimiento de los costos de la atención, la relativa "plétora médica" en los centros urbanos y las crecientes dificultades de los médicos jóvenes para completar su formación e integrarse de manera eficiente en el mercado de trabajo.

Dice el Documento Informativo "Las políticas nacionales de Salud" de la Subsecretaría de Recursos de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, (Bs.As., junio de 1984): "Es propósito fundamental de este gobierno revisar en profundidad los contenidos y la metodología de la formación del recurso médico, para lo cual ha concentrado en las nuevas autoridades universitarias esa tarea que incluye actualmente a la enfermería y prácticas paramédicas".

"Frente a los próximos graduados, el compromiso es muy grande. En efecto: el sistema no puede continuar absorbiendo indefinidamente una producción descontrolada so pena de promover la exportación de profesionales o distorsionar la oferta hasta límites peligrosos. Surge cada vez con más fuerza la necesidad de planificar la formación del recurso, modificar el perfil del egresado, recuperar la figura del médico de familia y promover las carreras cortas con salida laboral".

En la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud (Ottawa, 1973 , Jorge Andrade\* decía: "En la mayoría de los países de América Latina, para la planificación de recursos humanos resulta particularmente importante la inadecuada coordinación entre los sectores salud y educación ... La necesidad de una integración entre la planificación de recursos humanos para la salud y la planificación educacional, plantea el problema del enfoque global de la formación y utilización de recursos humanos calificados".

"En efecto, el planificador no puede desconocer las exigencias que plantea la presión social por educación ni la generada por la necesidad de crear mercados de trabajo. La incorporación progresiva de tecnología moderna hace que los sectores industrial y agrícola disminuyan, en forma relativa, su capacidad de generar empleos, situación que si bien afecta a los servicios -entre ellos los de salud-lo hace en menor medida, de ahí que deba prever que en los próximos años el sector salud de los países latinoamericanos deba afrontar la responsabilidad de asumir un papel cada vez más importante en la expansión del mercado de trabajo".

Once años más tarde, Carlos Vidal, funcionario de la OPS, en un artículo publicado en la revista Educación Médica y Salud (Vol.18 N°1-1984) afirma "la necesidad de enmarcar el problema de los recursos humanos en su triple dimensión: la planificación; la educación y la capacitación y la utilización. En efecto, los recursos humanos son componentes imprescindibles del proceso de desarrollo socioeconómico y están íntimamente relacionados con el tipo de sociedad en que están inmersos. por lo tanto, no será posible planificarlos sin una definición del tipo de sociedad a la que deben atender. En otras palabras, el tipo de sociedad define un tipo de práctica de salud que, a su vez, condiciona el tipo de recursos humanos que la ejecutará. Todo ello, dentro de una perspectiva de cambio, no solo mejora los índices de crecimiento y productividad, sino que redefine funciones del "equipo de salud" para la demanda de una sociedad distinta".

El documento presentado a la IX Conferencia Panamericana de Educación Médica por el Dr. J.R. Ferreyra, Jefe de la División de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud ("Modelos alternativos en atención médica y formación de recursos humanos en Salud"- Buenos Aires, 1982), constituye una importante síntesis de la situación actual y tenden-

---

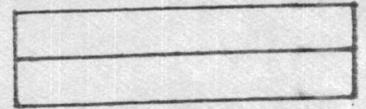
\* Jefe de la Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. (Fallecido en 1976).

cias de la organización de la atención médica y de las funciones del médico, especialmente referida a América Latina.

Más allá de los cambios que se observan al analizar la evolución de la práctica de la medicina, que entrañan una profunda transformación del papel social del médico y de sus condiciones de trabajo: disminución de la práctica liberal y simultáneamente aumento del número de médicos asalariados como empleados de empresas privadas o funcionarios de gobierno, el continuo crecimiento de los sistemas de seguros de salud, privados, paraestatales y estatales, con tendencia a la formación de los sistemas nacionales de salud, la adopción de la atención primaria como estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 implicará la propia redefinición del papel del médico, el uso más racional de los servicios y la evaluación continua de las tecnologías aplicadas.

"La única constante en este planteamiento es la necesidad de formar el médico general y a falta de modelos de comprobada eficiencia, no resta más que volver a plantear algunas de las orientaciones que tendrán que ser consideradas en cualquier intento de llevar a la práctica este objetivo". Es necesaria una clara definición del producto final que se quiere formar, es decir, "contar con un marco de referencia conceptual y explícito que tenga en cuenta el contexto socio-económico y político, la situación de salud, los patrones de la práctica médica y la estructura y normas de funcionamiento de los servicios, no sólo en función de las condiciones actuales, sino también con un sentido prospectivo. Es necesario, igualmente, identificar con gran precisión el perfil educativo de este médico general, basándose en una definición más clara de sus funciones y en el establecimiento de los niveles de competencia que se requieren para su ejercicio".

Un estudio como el que se propone habrá de proporcionar elementos para un mejor conocimiento de la realidad actual del mercado de trabajo médico en un área de gran concentración de profesionales, permitirá evaluar la correspondencia entre esa realidad y las postulaciones a nivel nacional e internacional, lo que contribuirá a una mejor implementación de las políticas de formación y utilización del recurso humano en salud, en el marco de una planificación global del sistema que asegure su efectividad en la resolución de las necesidades de salud de la población.



2.5. Estado del conocimiento y desarrollo del tema del Proyecto o Subproyecto en la Argentina y en el contexto internacional. Señalar los últimos avances alcanzados en el tema, indicando la relación del Proyecto y sus objetivos con aquéllos. Referir el nivel de desarrollo logrado en el país y las particularidades nacionales que presenta el tratamiento del tema. Justificar el papel y aporte del Proyecto en cuanto al desarrollo del tema en Argentina.

Hacer referencia a bibliografía relevante.



2.6. Relación de los objetivos del Proyecto con trabajos previos ejecutados por el grupo de investigación o sus integrantes.

- "Estructura y dinámica ocupacional del médico; Rosario 1978". (Bloch, C.; Quinteros, Z. y Belmartino, S. - Cuadernos Médico Sociales, Número Especial de Octubre de 1980)

Con el objeto de estudiar las distintas modalidades ocupacionales de los médicos del Municipio de Rosario, en relación con el grupo social de pertenencia, antigüedad en la profesión y especialización se efectuó una encuesta a 397 profesionales. La muestra, elegida aleatoriamente de la población médica actualizada a Julio de 1978, se extrajo sobre la base de una estratificación y posterior afijación proporcional por antigüedad, especialización y localización del domicilio profesional.

El procedimiento seguido para la recolección de la información fue el de entrevistas personales mediante un cuestionario estructurado para ello.

Las entrevistas estuvieron a cargo de 10 encuestadoras, en su mayoría estudiantes de la carrera de Estadística. Como requisito para su participación en esa etapa del estudio, debieron asistir a un cursillo teórico-práctico de 25 horas. En él se discutieron los diferentes aspectos que hacen a la dinámica de la práctica médica, incorporando conceptos y el lenguaje propio que la caracterizan y se analizaron los cuestionarios en función de los objetivos del estudio. Como práctica se simuló entrevistas con algunos médicos voluntarios por medio de la técnica de role playing y cada una de las participantes cumplimentó una entrevista personal a algún médico de su conocimiento, previa comprobación de su no inclusión en la muestra.

Esta capacitación del personal unida a la amplia difusión del estudio entre los médicos de Rosario, especialmente ante la inminencia de la fase de recolección de datos facilitó la motivación y participación de los profesionales.

Como mecanismo para supervisar la calidad de la información recogida se estableció una entrega gradual de los formularios, acorde con el ritmo de trabajo de las encuestadoras, y dentro de la semana de efectuadas las entrevistas. De esta manera se evaluó la consistencia interna de cada cuestionario, se resolvieron aspectos no debidamente consignados, etc.).

Fueron reemplazados 30 médicos (8,1%) incluidos inicialmente en la muestra, 28 por traslados fuera de Rosario y 2 por fallecimiento.

Las entrevistas se concretaron en el 95,0% de los casos. Las razones que impidieron la efectivización de la encuesta en 20 de los 397 médicos seleccionados fueron básicamente el rechazo a colaborar en el estudio: 17 obedecen a

esta causa y 3 no pudieron ser localizados.

El rechazo se dió en mayor proporción entre los médicos de mayor antigüedad en la profesión en tanto que entre los más jóvenes los porcentajes fueron sensiblemente menores: 0,9 y 1,9% para los grupos de 0 a 4 y 5 a 9 años respectivamente.

La información fue procesada manualmente. El análisis se orientó fundamentalmente a la estimación de valores poblacionales teniendo en cuenta el diseño establecido y a la comparación de proporciones o valores medios por categorías de antigüedad, especialidad y grupo social de pertenencia del médico.

Sus hallazgos, ya comentados en el punto 2.5, permitieron concluir que la estructura y dinámica ocupacional del médico es expresión del mercado de trabajo. La práctica profesional no hace más que reflejar la multiplicidad de posibilidades de trabajo y de formas de inserción, como también la complejidad de las interrelaciones entre los subsectores, las instituciones y los agentes.

No obstante esa complejidad, a través de las evidencias directas e indirectas proporcionadas por la investigación, surge como práctica médica dominante la atención a los beneficiarios del sistema de Seguridad Social, que responde a un modelo indirecto de organización, donde la principal forma de retribución al médico es el pago por prestación.

Sin embargo, aparece como un fenómeno relevante el trabajo médico asalariado que, aunque de gran importancia en los médicos de menor antigüedad, subsiste en las siguientes categorías etarias. Si se analiza esta situación conjuntamente con el creciente desarrollo de la gran empresa médica, es posible suponer un incremento futuro de la práctica profesional en relación de dependencia.

Los perfiles ocupacionales, configurados empíricamente como aproximaciones a distintos "modelos" ocupacionales, expresan acabadamente las diferentes formas de inserción del médico en el mercado de trabajo.

El "especialista", que ostenta el mejor nivel de inserción, mantiene múltiples vinculaciones laborales relacionándose con los tres subsectores y con un número importante de instituciones. Su relación de trabajo dominante es la autonomía y dispone para su práctica, en calidad de propietario, de recursos complejos de diagnóstico y tratamiento.

Su domicilio profesional principal está ubicado generalmente en el

centro de Rosario y sus jornadas de trabajo le permiten un pleno desarrollo personal. De esta forma, accede a mejores condiciones profesionales, entre ellas, ejerce la docencia universitaria, favorecida por su mayor vinculación con el subsector público y los hospitales universitarios.

El ejercicio exclusivo de la especialidad, característico de estos profesionales, dada su pertenencia al grupo de "especialistas", está relacionado con antecedentes favorables en cuanto a los estudios de post-grado: tienen, comparativamente, una mayor facilidad de acceso a la especialidad y logran un mejor nivel de capacitación respecto de las otras categorías definidas.

Un segundo grupo de profesionales, denominado "combinado", pese a su tendencia a la práctica especializada, experimenta mayores problemas para desempeñarse exclusivamente en un determinado campo médico, debiendo actuar alternativamente como clínico o especialista. Desarrolla largas jornadas de trabajo en un número importante de instituciones para lograr ingresos satisfactorios puesto que, además, sus funciones son de menor jerarquía profesional (guardias, visitas domiciliarias) y mantiene fundamentalmente una relación de dependencia.

Su posición intermedia en cuanto a nivel de inserción - en mejor condición que los "clínicos" pero inferior al "especialista" - proviene de una práctica que combina de manera diferente algunos de los aspectos que caracterizan a los otros dos grupos, práctica que está asociada a una menor facilidad de acceso a la especialidad y un menor nivel de capacitación en relación con los especialistas.

La aspiración por lograr una especialidad se observa también en la gran mayoría de los médicos que ejercen la medicina general en forma exclusiva. Sin embargo, razones de índole económica explican que la mitad de los "clínicos" que intentan especializarse no haya comenzado aún sus estudios de post-grado, y esas razones integran también el conjunto de dificultades para acceder a la capacitación y obtener un buen nivel, detectadas en quienes están especializándose, y que inciden en mayor grado en esta categoría de profesionales.

La práctica de la medicina general es la menos valorada, y el médico que la ejerce es el que se inserta en el mercado en condiciones más desfavorables. El predominio de un trabajo en relación de dependencia, del que proviene la mayor proporción de sus ingresos, con muchas horas diarias dedicadas a la práctica, aplicadas a un solo subsector y a pocas instituciones, básicamente como médico de guardia o haciendo consultas domiciliarias, ubican al "clínico" en el nivel inferior de la escala de inserción definida en el estudio.

- "Origen social e inserción en el Mercado de Trabajo Médico" (Bloch, C.; Quinteros, Z. y Belmartino, S., Cuadernos Médico Sociales, N° 16, Abril de 1981).

Este trabajo es complementario del anterior. En él se intentó demostrar que si bien el nivel de inserción en el mercado de trabajo está condicionado por la especialización (oportunidad de acceso y nivel de capacitación para adquirirla) - relación ya verificada en el estudio aludido - ésta (la especialización) depende a su vez de una serie de factores identificados en la categoría "grupo social de pertenencia".

Sobre la base de los datos de la encuesta antes mencionada los resultados obtenidos permitieron constatar que en el grupo de médicos provenientes del sector social A (de padres de mayores recursos) predominan:

- los llamados "especialistas", según cómo articulan su práctica en el mercado de trabajo y ubicados a partir del estudio anterior, en el nivel más alto de inserción.
- una "mayor" facilidad de acceso a la especialización.
- un nivel "superior" de capacitación.
- ambas condiciones simultáneamente: "mayor" facilidad unida a un nivel "superior" de capacitación.

Además, la consideración del antecedente universitario del padre, que sumada a los sectores económicos identificados permitió establecer cuatro "categorías" sociales, ha servido para reconocer que los médicos pertenecientes al sector A con padres universitarios son quienes reúnen las mejores condiciones para capacitarse en una especialidad e incorporarse satisfactoriamente en el mercado de trabajo.

Sin embargo, de los dos aspectos analizados el "ideológico-cultural" - expresado por el antecedente universitario paterno - parece jugar un papel de menor importancia respecto del "origen social". Así lo prueban los datos resultantes del estudio al verificarse que internamente en cada grupo social, A o B, el antecedente universitario no está asociado con posibilidades diferenciales para el logro de la especialidad o para la práctica médica posterior. En cambio, es el grupo social de pertenencia el que marca diferencias en el desarrollo de la profesión - especialización e inserción - entre quienes proceden de padres no universitarios.

El trabajo anterior puso de manifiesto que la gran mayoría de los médicos, el 87,9%, tiene alguna dificultad para acceder a la especialidad y/o

lograr niveles de capacitación. Para ellos, la procedencia del sector social de mayores recursos constituye un factor favorecedor para su ubicación satisfactoria dentro de la estructura de la práctica profesional ya que se insertan como "especialistas", en mayor proporción que los profesionales originarios del sector B.

Por el contrario, el origen social pareciera no tener importancia en cuanto a las posibilidades de inserción para aquellos médicos que adquieren la especialidad a través de condiciones óptimas de acceso y nivel de capacitación, el alto porcentaje de "especialistas", que en general se observa en este grupo, no experimenta variaciones si se comparan los dos sectores sociales identificados, A. y B.

Finalmente, desde otro ángulo, la relación verificada globalmente, que vincula una "mayor" facilidad y nivel "superior" de capacitación con la pertenencia al sector A y el antecedente paterno universitario, se reitera internamente en el grupo de "especialistas" y en el de "no especialistas", integrado éste por los profesionales llamados combinados y clínicos.

Todas estas evidencias sumadas a las ya discutidas en el primer trabajo conceden a la hipótesis planteada el carácter de verosímil.

- "Empresas de pre-pago de la 2a. Circunscripción de la Provincia de Santa Fe, Año 1980" (Palonsky, I; Bloch, C. y Quinteros, Z., CESS, 1982).

Para las 43 sociedades inscriptas en el Colegio de Médicos al año 1980, se efectuó un análisis de las principales características (tamaño, tipo de sociedad, número de médicos, relación laboral, etc.) de las entidades prestadoras en relación con la población beneficiaria, en los años 1970, 1974 y 1980. Este trabajo fue presentado en el 2° Congreso Argentino de Medicina y Pre-pago Social (Abril 1982) organizado por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).

- "La mujer en la carrera de Medicina y en el ejercicio profesional. Departamento Rosario, Mayo de 1982" (Quinteros, Z. y M. del C. Troncoso).

Este documento, que resume información empírica de los últimos 20 años sobre las tendencias crecientes de la proporción de mujeres en la carrera de Medicina y en el ejercicio profesional, así como su distribución por especialidades en 1982, fue elaborado para su presentación y discusión en el "Primer Encuentro Regional sobre la problemática de las Médicas" organizado por el CESS.

- "Participación de los médicos inscriptos en el Centro de Trabajo en el monto total de honorarios facturados mensualmente por Asociación Médica de Rosario (1982-1984)". (Bloch, C. y Quinteros, Z.).

Sobre la base de las 66 Obras Sociales que administra actualmente Asociación Médica de Rosario y de alrededor de 3000 médicos inscriptos en su Centro de Trabajo, el análisis tenía por finalidad demostrar la desigualdad en la distribución de los honorarios médicos. Las cifras apoyan la existencia de una concentración de los ingresos en pocos médicos: para enero de 1984, un 2,2% de los profesionales percibieron un 27% de los honorarios facturados y, en el otro extremo, un 42,2% de los inscriptos compartían menos del 1% del monto de facturaciones.

Esa relación se mantiene, con ligeras variantes, en las principales especialidades médicas y se confirma que la situación es aún más crítica para el caso de los médicos jóvenes.

Este análisis, comenzado en 1982, periódicamente se actualiza y sus resultados son publicados en el Boletín "Asociación" a los fines de su difusión a la población médica agremiada.

- "El Programa de Estabilización Económica y las Políticas de Salud y Bienestar Social: 1976-1980" - Belmartino, S.; Bloch, C. y Quinteros, Z., CESS Cuadernos Médico Sociales N° 18 - Octubre 1981.

Este trabajo forma parte del proyecto de estudios sobre las políticas de salud y bienestar social implementadas en Argentina en los últimos 40 años y su relación con las diferentes estrategias de desarrollo en el mismo período. La hipótesis que sustenta el estudio es que a cada una de esas estrategias, entendidas como conjunto de medidas de tipo económico y político orgánicamente dirigidas a configurar un tipo particular de organización económica y social, corresponden diferentes modelos de políticas de salud y bienestar social, que dependen de tres condiciones fundamentales:

- 1 - el papel asignado al Estado como normalizador y regulador de la vida social.
- 2 - las diferentes prioridades establecidas en la asignación de los recursos del mismo Estado.
- 3 - las políticas de redistribución del ingreso que el modelo propone y el grado de legitimidad, obtenida a través del consenso, a que el modelo aspira.

En función de la hipótesis planteada, los autores periodizaron la historia argentina correspondiendo el trabajo que se presenta al último período 1976-1980. En primer lugar se analiza la sociedad argentina en la década del

70 y el proyecto económico-político que llevaron las fuerzas armadas al poder en 1976. En relación con el área de Salud Pública, los autores señalan la influencia de la línea de pensamiento liberal privatista en la explicitación de los objetivos y las metas sintetizadas en el principio de subsidiariedad del Estado. El estudio demuestra este aserto a través de un análisis pormenorizado de los discursos oficiales y de la información obtenida de las estadísticas oficiales y de otras investigaciones realizadas por distintos autores. Un capítulo especial se refiere al sector de la seguridad social y los criterios para la reorganización del sistema de obras sociales para, finalmente plantear las políticas efectivas de salud y bienestar: la tendencia del presupuesto en salud como porcentaje del presupuesto general de la Nación (1960-1980); el número de camas por mil habitantes en áreas seleccionadas comparando 1969 con 1978; la distribución de las camas según subsectores en la serie 1955 - 1964 - 1969 - 1978 en todo el país y de camas disponibles según tipo de hospital (emergencias y otros) y especialidad para Rosario. El deterioro que sufrieron los hospitales públicos y en contraposición la incorporación indiscriminada de tecnología de alta complejidad por el sector privado.

- "La Política Sanitaria Argentina y las Estrategias de Desarrollo" - Belmartino, S., Bloch, C., CESS. Cuadernos Médico Sociales N° 14 - Agosto 1980 (pp 5-26).

El objetivo del trabajo es desarrollar la hipótesis que: "es posible afirmar que las "políticas de salud" de los últimos 40 años en Argentina, han estado directamente condicionadas por las diferentes estrategias de desarrollo que ha intentado poner en práctica el Estado. La correlación entre los proyectos más generales y las políticas sectoriales destinadas a reforzarlos aparece, en forma más o menos clara, según los casos, en el discurso producido a nivel institucional...".

Los límites cronológicos del estudio 1943-1952 no son arbitrarios, la década del 40 señala un cambio fundamental en la concepción del Estado y sus funciones. Los autores analizan las políticas distributivas y de salud bajo el primer gobierno peronista partiendo de las transformaciones socioeconómicas del país en el período precedente, analizan el proyecto distribucionista en salud y el papel del Estado en el pensamiento del Ministro de Salud Ramón Carrillo. Los límites a finales de la década, las restricciones en la política sanitaria a fines de 1982 (Segundo Plan Quinquenal). El discurso en salud se vuelve entonces limitativo. El apoyo del Estado a las instituciones privadas ya no es un instrumento de negociación política, sino una imprescindible necesidad para el mantenimiento del orden social, para asegurar la continuidad del pro-

yectos y garantizar la legitimación de la alianza de los líderes".

- "Políticas Estatales y Seguridad Social en Argentina" - Belmartino, S., Bloch, C. CESS. Cuadernos Médico Sociales N° 22, Octubre 1982 (pp.3-22). (relato presentado en la 34ª Reunión Anual de la "Sociedad Brasileña para el Progreso de las Ciencias" Campinas - Brasil - Julio 1982).

Los autores analizan el modelo de cobertura de atención médica en la Seguridad Social definido como un "abierto y heterogéneo conjunto de organismos dedicados a la cobertura de riesgos vitales, especialmente el de enfermedad, a través de mecanismos de solidaridad grupal: las obras sociales".

Para desarrollar un análisis histórico-político se describen los distintos tipos de obras sociales, su estructura y funcionamiento; las condiciones históricas de emergencia del sistema; la política de bienestar social implementada a partir de 1966; los sindicatos y salud bajo el tercer gobierno peronista y el proyecto militar de 1976 y concluyen:

"Se consagran así definitivamente las características principales del "modelo criollo de la seguridad social": falta de universalidad, atención médica no igualitaria y un sistema de cobertura que está dirigido exclusivamente a la población económicamente activa, quedando marginados del mismo a los millones de personas con excepción de jubilados y pensionados".

Cabe señalar que como consecuencia de su escasa capacidad instalada, el sistema se organizó mediante contratación con el subsector privado que vio así asegurada su supervivencia, amenazada por las dificultades de vastos sectores de la población para acceder a la medicina privada en razón de sus elevados costos.

- "Democracia y Salud: Bases para la Formulación de una Política Sanitaria Nacional" - Bloch, C., Belmartino, S., Quinteros, Z., Troncoso M. del C. CESS. Cuadernos Médico Sociales N° 24, junio 1983 (pp 5-19) (Documento de trabajo presentado en el Seminario sobre Realidad Sanitaria Argentina - Sociedad de Salud Pública de Córdoba - Noviembre 1982).

Se describen las bases socio-políticas de una propuesta de salud en las que se analiza el papel asignado a los beneficiarios y al Estado en su carácter de moderador entre intereses sociales divergentes, regulador de los conflictos sociales y garantía del bienestar de todos.

A continuación se realiza una revisión de las propuestas de salud en los últimos años en función de las distintas concepciones existentes en el país, planteando finalmente el camino que abre la democracia como "única vía

para asegurar los derechos y la voluntad de las mayorías" a través de la propuesta de 'participación'.

"Se trata, en síntesis, de una redefinición de las esferas de poder y de los modelos de práctica, y de un traspaso de la posibilidad de decidir en salud desde los organismos del estado, las estructuras corporativas, las empresas y las instituciones científicas al conjunto de la población. De reemplazar la puja distributiva intersectorial por la demanda organizada y responsable del conjunto de la comunidad". De este modo se aseguraría la participación popular en el ejercicio efectivo del poder en salud.

- "Análisis de las Condiciones de Trabajo de los Médicos de Guardia". Subcomisión de Médicos de Reciente Graduación - Asociación Médica de Rosario - Octubre 1981.

Con la asesoría del equipo de investigación del CESS se estudió las condiciones de trabajo del médico de guardias generales en instituciones médicas privadas de Rosario. Para ello se realizó una encuesta a 27 sanatorios de un total de 58 existentes en la ciudad en el momento del estudio.

Se analizaron los aspectos considerados fundamentales en dicha relación de trabajo: remuneración, número de funciones que realiza, número de camas a su cargo, situación contractual, cobertura de riesgos biológicos y sociales y posibilidades de capacitación.

Los resultados fueron presentados en el 1er. Encuentro Regional de Médicos de Reciente Graduación en Paraná. Octubre de 1981.

- "Consideraciones sobre la Práctica Profesional de la Médica en Rosario". Subcomisión de Médicas - Asociación Médica de Rosario. Agosto 1982.

El grupo de investigación del CESS asesoró a la subcomisión de médicas en la elaboración del documento que fue presentado al 1er. Encuentro Regional de Médicas que tuvo lugar en Buenos Aires en agosto de 1982 sobre el tema: "La problemática de la inserción de la médica en el trabajo profesional en relación con su situación en la sociedad y de sus roles como mujer y médica". Posteriormente al encuentro la subcomisión elaboró también con asesoría del CESS, una Encuesta de Opinión a Profesionales Médicas.

- Programa de Educación Continua en Medicina Social

El CESS ha completado al presente el 1er. Curso de Medicina Social integrado por tres ciclos anuales. Un primer ciclo introductorio cuyo objetivo general fue desarrollar los conceptos fundamentales de la Medicina Social

[ ]

2.9. Observaciones sobre la duración del Proyecto:

Indicar si, por las características del Proyecto, por el objeto de estudio, por las relaciones con otras instituciones, o por otras razones es previsible que se registren postergaciones en el inicio o desarrollo del Proyecto.

3. IMPACTO DEL PROYECTO O SUBPROYECTO

3.1. Efectos sobre el Sistema Científico

3.1.1. Sectores del ámbito científico que podrían beneficiarse con los resultados del Proyecto o Subproyecto. Indicar disciplinas y/o líneas de investigación que, a juicio del solicitante, utilizarían como insumos de conocimientos, los resultados obtenidos.

Las Ciencias Sociales aplicadas a Salud se servirán del conocimiento que este estudio aporte sobre la articulación de la práctica médica en una formación social concreta y sobre el funcionamiento del mercado de trabajo médico en relación con el de la sociedad.

El escaso desarrollo de las ciencias sociales en este campo en nuestro país mientras en otros ya se han constituido en disciplinas reconocidas y formalizadas, demanda imperiosamente este tipo de conocimientos.

Finalmente, para la investigación en educación médica, que transita una etapa crítica de cuestionamiento de la enseñanza tradicional, y de desarrollo de la educación continua, será una contribución para la redifinición de las políticas de formación y de cambios curriculares.

[ ]

3.1.2. Beneficios adicionales: valorizar el impacto del Proyecto o Subproyecto en la formación de recursos humanos y en la consolidación de grupos de investigación orientados en la misma línea temática.

En primer lugar, el presente proyecto, además de ayudar a la consolidación del equipo de investigadores del CESS, servirá para acrecentar el desarrollo de una línea de investigación que ha sido preocupación de la Institución desde su creación en 1977.

Además con este proyecto se amplía el carácter interdisciplinario del equipo con la incorporación de investigadores y colaboradores que son profesionales de la Psicología, Sociología y Antropología.

Los auxiliares de investigación en este proyecto, provienen de una experiencia de educación continua en investigación y este trabajo se constituirá en el medio más idóneo para consolidar su aprendizaje.

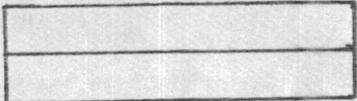
### 3.2. Campo de Aplicación del Proyecto o Subproyecto

3.2.1. Indicar si el Proyecto o Subproyecto está orientado a satisfacer necesidades o solucionar problemas en distintos niveles de la Sociedad (social, económico, sanitario, educativo, etc.). Describir tales necesidades o problemas (actuales o potenciales) aportando información cuantitativa, si es factible.

La investigación que se postula se asocia a un determinado campo de aplicación cual es el de la Planificación en Salud, particularmente en lo referente a la Formación y Utilización del recurso médico a los fines de un mejor aprovechamiento de la fuerza de trabajo, y a la redefinición de políticas operativas relacionadas con la organización y financiación de la atención médica.

En el área de Salud Pública los responsables de elaborar las políticas y los planificadores pueden aplicar los resultados del estudio para dar respuesta a los problemas relacionados con la subutilización del recurso médico, y para introducir las reformas en la organización y financiación de la atención médica de modo de liberar al mercado de trabajo médico de las leyes que actualmente lo rigen, ligadas a las necesidades del complejo médico empresarial.

En lo referente a la formación médica, las instituciones educacionales (Universidad, Facultad, etc.) pueden valerse de este conocimiento para responder a la demanda de cambios en los métodos tradicionales de enseñanza, ajustando el curriculum en función de las necesidades de un sistema de atención que responda a las necesidades de salud de la población y a las experiencias de los médicos actuantes.



3.2.2. Identificación del campo de aplicación principal, según código adjunto:

05/4/10/

3.2.3. Identificación de otros campos de aplicación que podrían aprovechar los resultados:

10/5/4/5/

1/0/2/0/

1/1/1/1/

3.2.4. Indicar los usuarios (organismos públicos, instituciones privadas, empresas, etc.), a los que podrían transferirse resultados aplicaciones o conocimientos derivados del Proyecto o Subproyecto.

a) Transferencia inmediata acordada

b) Transferencia inmediata, aunque no acordada

c) Transferencia no-inmediata (especificar)

En conocimiento de este proyecto han manifestado especial interés el Dr. Aldo Neri, en su carácter de Ministro de Salud y Acción Social, el Decano de la Facultad de Medicina Dr. Carlos Aiello, en relación al proceso de diseño curricular y a la elaboración de programas de post-grado, y la Asociación Médica de Rosario, para incorporar en su programa de acción gremial propuestas y alternativas para posibilitar una mejor inserción del médico joven y mecanismos formativos dentro de un programa de educación continua.

4. PROGRAMACION

4.1. Plan de tareas

Indicar la secuencia de actividades previstas (incluyendo tanto las referidas al desarrollo de la investigación como otras actividades auxiliares) para el logro de objetivos y metas del proyecto o subproyecto.

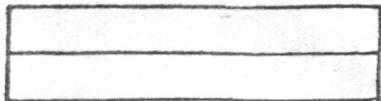
TAREAS:

- A Revisión y actualización bibliográfica
- Metodología A B Búsqueda preliminar de datos
- C Elaboración de planillas para volcado de datos
- D Búsqueda sistematizada de datos
- E Programación del análisis
- F Procesamiento electrónico de datos
- G Análisis e interpretación
- H Informe (Tema A)
- Metodología B<sub>1</sub> I Definición conceptual y operacional de variables
- J Selección de casos
- K Elaboración cuestionarios e instructivos
- L Capacitación encuestadoras
- M Pre-test
- N Ejecución entrevistas
- O Codificación
- P Programación del análisis
- Q Procesamiento electrónico de datos
- R Análisis e interpretación
- S Informe (Tema B<sub>1</sub>)
- Metodología B<sub>2</sub> T Selección de casos
- U Elaboración guía referentes temáticos
- V Ejecución entrevistas
- W Análisis e interpretación
- X Informe (Tema B<sub>2</sub>)
- Metodología C Y Análisis e interpretación global
- Z Informe integrado

Reservado	

4.2. Metas Parciales Definidas como Nodos de Control

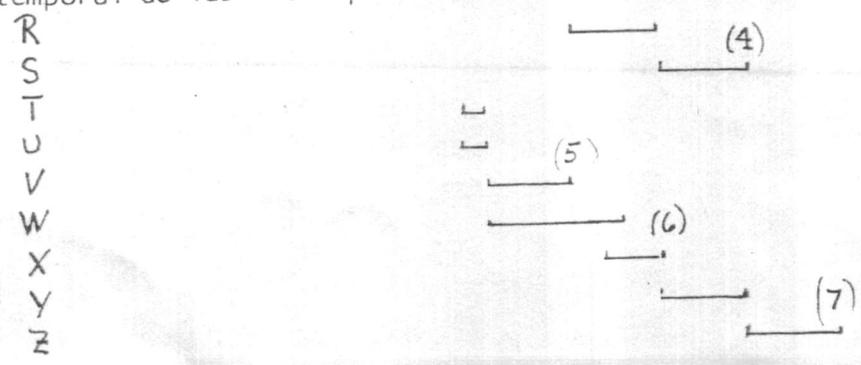

Metas Parciales	Reserv.
1. Finalización recolección de datos (Met. A)	
2. Informe tema A	
3. Finalización recolección de datos (Met. B1)	
4. Informe tema B1	
5. Finalización entrevistas (Met. B2)	
6. Informe tema B2	
7. Informe integrado.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

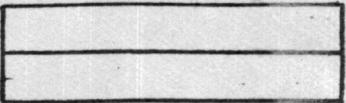


4.3. Cronograma - Ubicar en el Tiempo las Tareas y Metas Indicadas en 4.1. y 4.2.

TAREAS	AÑO PRIMERO		AÑO SEGUNDO		AÑO TERCERO	
	1 Semestre	2 Semestre	1 Semestre	2 Semestre	1 Semestre	2 Semestre
A	┌					
B	┌					
C	┌					
D	┌ (1)					
E	┌					
F		┌				
G		┌				
H			┌ (2)			
I	┌					
J	┌					
K	┌					
L	┌					
M		┌				
N		┌ (3)				
O		┌				

P  
Q  
Señalar mediante un punto, y el número correspondiente; la ubicación temporal de las metas parciales.





4.4. Señalar los condicionantes negativos que podrían retrasar las principales tareas.

La inexistencia de registros centralizados de información podría dificultar el desarrollo del cronograma tentativo planteado para la primera línea metodológica.

5. RECURSOS HUMANOS

5.1. Nómina de Personal Investigador Interviniente en el Proyecto/Subproyecto

Nota: El Personal del CONICET sólo debe consignar el nombre, DNI y el porcentaje de tiempo dedicado al Proyecto.

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	DEPENDENCIA	CATEGORIA	MAXIMO TITULO ACADEMICO OBTENIDO	% TIEMPO DEDICADO AL PROYECTO
1. BLOCH, Carlos	6.744.384 (L.E.)	(CESS)	Director Reserv.	Doctor en Medicina Reserv.	75
2. BELMARTINO, Susana M. MENIN, Ovide	2.271.293(LC) 6.269.101	(CESS) (CESS)	Investigadora Reserv. Investigador	Licenciada en Historia Doctor en Psicología Reserv.	75 50
3. MERCER, Hugo	8.354.106 (L.E.)	(CESS)	Investigador Reserv.	Licenciado en Sociología Reserv.	50
4. TORRES de QUINTEROS, Zulema C.	3.177.430 (L.C.)	(CESS)	Investigadora Reserv.	Estadística Matemática Reserv.	75
5. TRONCOSO, María del Carmen	1.046.520	(CESS)	Investigadora Reserv.	Doctora en Medicina Reserv.	50

\* Sólo si no tiene DNI, indicar otro tipo de documento.

5.2. Director e Investigadores-Jefe

El Director y los Investigadores-Jefe deben presentar un curriculum que contenga, como mínimo, la información siguiente:

Esquema de Curriculum:

- Nombre y Apellido
- Edad
- Títulos Profesionales de Grado, indicando Institución Académica otorgante, y año de obtención.
- Formación de Post-Grado (igual detalle).
- Actividad científica desarrollada (proyectos, instituciones, cargos y tareas académicas; países en los que ha desarrollado su actividad, todo ello periodificado).
- Trabajos publicados, destacando los que tengan relación más directa con el Proyecto/Subproyecto.
- Acciones de transferencia tecnológica: patentes, asesoramiento, etc.

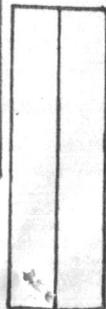
Nota: Se entiende por "Investigadores-Jefe", a aquellos investigadores que sean co-responsables de la dirección o bien de grupos o tareas sustantivos en la ejecución del Proyecto.

Se adjuntan los currícula de los 6 investigadores-jefe.

5.3. Becarios

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD *	TITULO	TIPO DE BECA	PERIODO	INSTITUCION OTORGANTE	% DE DEDICACION AL PROYECTO

\* Sólo si no tiene DNI, coloque otro tipo de documento.

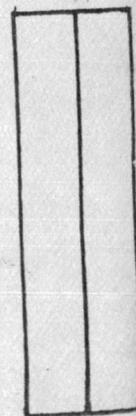


5.4. Personal de Apoyo Interviniente en el Proyecto

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD **	TITULO	DEPENDENCIA *
ENRIA, Graciela M.T.	5.811.357(LC)	Médica	CESS
MANAVELLA, Elena M.	12.720.019	Antropóloga	CESS
VILLAMIL, José Manuel	6.051.232(LE)	Psicólogo	CESS
BARRERA, Marta Elena	10.865.183	Bach.Nacional	CESS

\* Indicar el nombre de la Institución a la cual pertenece.

\*\* Sólo si no tiene DNI, coloque otro tipo de documento.





6. EQUIPAMIENTO ACTUALMENTE DISPONIBLE POR LA UNIDAD EJECUTORA DEL PROYECTO

Detalle el equipamiento disponible (propio o de otras instituciones) para el Proyecto, indicando modelo, estado de conservación y tiempo estimado de empleo. Referir solo a equipos cuyo precio actual de plaza sea superior a los U\$S.3.000.-

DENOMINACION	MODELO	ESTADO DE CONSERVACION (bueno, regular, malo)	TIEMPO ESTIMADO DE USO EFECTIVO (Definir unidad de tiempo)	OTRAS ESPECIFICACIONES
- Mimeógrafo	ADRESSO GRAPH (Año 1974)	Bueno	4 semanas	
- Máquina de escribir	IBM 196/C (Año 1981)	Bueno	1 año	
- Fotocopiadora	SEROX 2600 (Año 1983)	Bueno	3 meses	
- Computadora	NCR 9300 (Año 1984)	Bueno	50 horas	







7.1.2. Personal a Contratar

NOMBRE Y APELLIDO (1)	CATEGORIA (2)	%(3)	ESTIMADO					
			AÑO 1		AÑO 2		AÑO 3	
			CANTIDAD MESES	REMUNERAC MENSUAL (4)	CANTIDAD MESES	REMUNERAC MENSUAL	CANTIDAD MESES	REMUNERAC MENSUAL
1 Médico	Prof.asist.	50	12	43,425	12	43.425		
1 Psicólogo	Prof.asist.	50	12	43.425	12	43.425		
1 Antropólogo	Prf.asist.	50	12	43.425	12	43.425		
1 Auxiliar administrativa	Téc-aux.	50	12	32.570	12	32.570		

(1) Indicar solo en el caso de investigadores (2) Categorías equivalentes a las de CONICET. (3) Estimar el porcentaje de dedicación promedio al proyecto, durante los meses y años previstos. (4) Remuneración mensual incluyendo contribuciones y asignaciones sociales. Para la fijación de la remuneración téngase en cuenta la dedicación promedio del personal al proyecto.

7.2. Adquisición de Equipamiento para el Proyecto de Investigación

7.2.1. Adquisición de equipos nacionales

DENOMINACION	MODELO	TIEMPO PROGRAMADO DE USO (en horas/año)	AÑO PREVISTO PARA SU ADQUISICION	EROGACION (*)

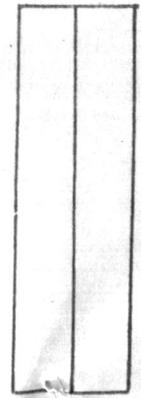
(\*) En pesos argentinos al 31/10/84.

TOTAL

--	--

7.2.2. Adquisición equipos extranjeros.

DENOMINACION	MODELO	TIEMPO PROGRAMADO DE USO (en horas/año)	AÑO PREVISTO PARA SU ADQUISICION	EROGACIONES EN DIVISAS (U\$S)
Grabadores 3	National Panasonic  RQ - 2739	300 hs.  en el 2° año	Diciembre 1985	\$a 168.000
			TOTAL	



7.2.3. Alquiler de equipos (1)

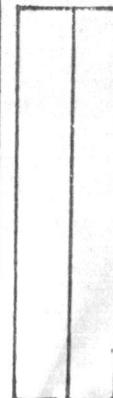
DENOMINACION	MODELO	TIEMPO PROGRAMADO DE USO (en horas/año)	AÑO PREVISTO PARA SU CONTRATACION	EROGACION EN DIVISAS (u\$s) (2)	EROGACION A PESOS ARGENTINOS (2)

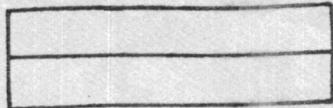
--	--

7.2.4. Adquisición de otros bienes

DENOMINACION	AÑO PREVISTO PARA SU ADQUISICION	EROGACIONES EN * MONEDA NACIONAL	EROGACIONES EN * DIVISAS (U\$S)
Adquisición de mobiliario			
Adquisición de vehículos			
Adquisición de otros			

(\*) Valores monetarios al 31/10/84.





7.2.5. Justifique la necesidad del equipo a adquirir y el tiempo de uso programado. En el caso de aquéllos a adquirir en el exterior, detalle sus características, uso que se proyecta dar al mismo, previsión de su uso posterior y/o de su posible utilización en otros proyectos.

Asimismo, informe si conoce la existencia de esos equipos en otras unidades de investigación del país y especifique su localización.

El estudio de caso y las características que reúnen las entrevistas, requieren el uso de grabadores para mantener la fidelidad de la información durante toda la etapa de análisis.

7.3. Gastos de Funcionamiento

7.3.1. Gastos en material de consumo para el Proyecto/Subproyecto

CANTI- DAD (1)	MATERIAL	C O S T O T O T A L					
		ADQUISICION EN EL PAIS (\$a.)			ADQUISICION EN EL EXTRANJERO (u\$s)		
		AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
20 resmas	papel oficio	18.000	-				
20 "	" carta	7.000	7.000				
24	cassettes x 90'	-	19.200				
1000 hojas	papel computación 12 x 38	1.500	500				
otros	stenciles, biromes, etc.	5.000	5.000				

(1) Especifique unidad de medida. Los materiales de costo y consumo menores, inclúyalos en el rubro "otros".


7.4. Construcciones, refacciones y obras diversas

	DESCRIPCION	Monto total (en \$a.)
AÑO 1		
	SUBTOTAL	
AÑO 2		
	SUBTOTAL	
AÑO 3		
	SUBTOTAL	
	TOTAL	

8. PRESUPUESTO CONSOLIDADO

	EN MILES DE PESOS ARGENTINOS			EN DIVISAS DE EE.UU.		
	COSTOS TOTALES PRIMER AÑO	ESTIMADO AÑOS SUBSIGUIENTES		COSTOS TOTALES PRIMER AÑO	ESTIMADO AÑOS SUBSIGUIENTES	
		2	3		2	3
7.1.2. Personal a Contratar	1.955	1.955				
7.2.1. Adquisición Equipos Nacionales	-	-				
7.2.2. Adquisición Equipos Extranjeros	168	-				
7.2.3. Alquiler de equipos	-	-				
7.2.4. Adquisición de otros bienes	-	-				
TOTAL EQUIPAMIENTO	168	-				
7.3.1. Gastos en Material de Consumo	32	32				
7.3.2. Viajes interiores	-	-				
7.3.3. Servicios Contratados a Terceros	701	92				
7.3.4. Otros Gastos	22	3				
TOTAL GASTOS FUNCIONAMIENTO	755	127				
7.4. CONSTRUCCIONES Y REFACCIONES	-	-				
TOTAL OBRAS	-	-				
TOTAL	2.878	2.082				
CARGOS (A llenar por CONICET)						
7.1.1.1. PERSONAL CONICET						
7.1.1.2. PERSONAL OTRAS INSTITUCIONES						
PORCENTAJE COSTO OPERATIVO INSTITUTO/CENTRO						
COSTO TOTAL PROYECTO						

9. RECURSOS ORIGINADOS EN OTRAS INSTITUCIONES

Debe señalarse expresamente si se está gestionando o no la obtencion de otros recursos.

Enumérense los recursos para este proyecto que provengan de otras fuentes, excluidos los del CONICET, pero incluidos los de la propia Institución. Señálese si se hallan pendientes. Si no hay ninguno, indíquese.

ORIGEN	EN GESTION	ACORDADO	CANTIDAD (*)

(\*) Indicar en pesos argentinos o dólares estadounidenses, según el origen de recursos.



9. RECURSOS ORIGINADOS EN OTRAS INSTITUCIONES

Debe señalarse expresamente si se está gestionando o no la obtencion de otros recursos.

Enumérense los recursos para este proyecto que provengan de otras fuentes, excluidos los del CONICET, pero incluidos los de la propia Institución. Señálese si se hallan pendientes. Si no hay ninguno, indíquese.

ORIGEN	EN GESTION	ACORDADO	CANTIDAD (*)

(\*) Indicar en pesos argentinos o dólares estadounidenses, según el origen de recursos.


7.3.4. Otros gastos del Proyecto

		RUBRO	Costo total(en \$a)
AÑO 1	1	1000 pasajes de ómnibus	22.000
	2		
	3		
	4		
	SUBTOTAL		
AÑO 2	1	150 pasajes de ómnibus	3.300
	2		
	3		
	4		
	SUBTOTAL		
AÑO 3	1		
	2		
	3		
	4		
	SUBTOTAL		
TOTAL			25.300

7.3.2. Viajes dentro del país de miembros del equipo de investigación relacionados al Proyecto.

AÑOS DEL PROYECTO	CANTIDAD DE VIAJES	TOTAL DIAS	GASTOS (EN \$a.)		
			PASAJES	VIATICOS	TOTALES
1º					
2º					
3º					

7.3.3. Servicios contratados a terceros.

DESCRIPCION	MONTO TOTAL		
	EN EL PAIS (\$a.)	EN EXTRANJERO (u\$s.)	
AÑO 1	- 300 encuestas a \$a 1.200 c/u	360.000	
	- 400 hs. programación análisis por computación a \$a 500 c/u	200.000	
	- graboverificación (300.000 digitaciones a \$a 0,07 c/u)	21.000	
	- 40 hs. máquina compartidas a \$a3000 c/u	120.000	
	SUBTOTAL \$a 3000 c/u	701.000	
AÑO 2	- 100 hs. programación análisis por computación a \$a 500 c/u	50.000	
	- 10 hs. máquina compartidas a \$a 3.000 c/u	30.000	
	- 30 hs. dibujante a \$a 400 c/u	12.000	
SUBTOTAL	92.000		
AÑO 3	SUBTOTAL		
	TOTAL	793.000	