

*Hernández, Cecilia Inés*

## **Factores motivacionales y desarrollo profesional médico continuo en el ámbito de la salud pública de Río Gallegos provincia de Santa Cruz**

Maestría en Educación para Profesionales de la Salud

*Tesis 2013*

*Cita sugerida (Vancouver): Hernández CI. Factores motivacionales y desarrollo profesional médico continuo en el ámbito de la salud pública de Río Gallegos provincia de Santa Cruz [tesis de maestría] [Internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano; 2015 [citado AAAA MM DD]. viii; 53; vii p. Disponible en: <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisyt/20160812110203/tesis-hernandez-cecilia.pdf>*



***Factores Motivacionales y  
Desarrollo Profesional Médico Continuo  
en el ámbito de la Salud Pública de Río Gallegos  
Provincia de Santa Cruz***

---

*Factores motivacionales que operan en el Desarrollo Profesional Médico Continuo,  
a nivel individual, organizacional y socio-cultural.*

**por**

**Cecilia Inés Hernández**

Dirigida por la Dra. Vilda Discacciati

Presentado en cumplimiento de los requisitos para la obtención del título de  
Magister en Educación para Profesionales de la Salud ante el  
Instituto Universitario Escuela de Medicina Hospital Italiano de Buenos Aires.

Buenos Aires, Agosto de 2015

## ***Dedicatoria***

*Esta tesis está dedicada  
al Dr. Sergio Pablo Vuckovic,  
Primer Ministro de Salud de la Provincia de Santa Cruz;  
a quien admiro, por su pasión y por su integridad.  
Y al Viento Santacruceño...*

## ***Agradecimientos***

*A mi tutora Vilda Discacciati,  
A Alejandro Wilner por su generosidad,  
A Liliana Coggiola por verme,  
A Isabel Duré por abrirme puertas en la formación de Rhs,  
A mis amigos queridos Darío Galindo y Pablo Ibarra,  
A Roberta Ladhenheim, Gabriela Urman, Marta Del Valle, por ser mi viento,  
A mis maestros de la MEPS y a los buenos compañeros,  
A mi equipo de la Dirección de Capacitación por su apoyo permanente,  
A los médicos que amablemente participaron,  
A los médicos con quienes comparto el trabajo cotidiano,  
  
A mi amiga So por su incondicionalidad,  
A Silvana, Gabriela, Paola y Verónica; mujeres que me inspiran,  
A mi familia por su amor infinito,  
A mi Piedra Preciosa, para él mi agradecimiento mayor;  
Gracias!! no hubiera sido posible sin Uds.*

## Introducción

La Provincia de Santa Cruz se ubica en el extremo continental sur de la República Argentina. La superficie total emergente es de 243.943 Km<sup>2</sup>. Es la segunda provincia en extensión luego de Buenos Aires; tiene 273.964 habitantes según el último censo nacional 2010<sup>i</sup>, contando con una densidad de 1,1 Hab/Km<sup>2</sup>

Si bien se encuentran variaciones climáticas debido a la extensión del territorio provincial y a la variedad de sus límites geográficos naturales (Provincia de Chubut al norte, Océano Atlántico al este, República de Chile al oeste y sur), el clima en general es árido y frío, con temperaturas bajas la mayor parte del año, fuertes vientos, amplitudes térmicas y lluvias insuficientes, determinando el bioma del semidesierto<sup>ii</sup>.

La ciudad de Río Gallegos, es la Capital de la Provincia de Santa Cruz y pertenece al Departamento de Güer Aike. Se ubica en extremo continental sur de la provincia y según los datos del último censo nacional concentra la mayor cantidad de población, contando con 97.256 hab<sup>1</sup>. Si bien los datos del censo no discriminan el lugar de nacimiento de los habitantes, a los fines de esta investigación es muy relevante destacar que este conjunto poblacional está constituido por nacidos y criados en diferentes localidades de Santa Cruz (NyC), y por personas que provienen de otras provincias (migrantes externos); comúnmente llamados venidos y quedados (VyQ).

La ciudad Capital concentra el poder político provincial, encontrándose la Casa de Gobierno y las Casas Centrales de la Obra Social Provincial (Caja de Servicios Sociales), de la Caja de Previsión Social y de todos los Ministerios Provinciales, entre los que se encuentra el Ministerio de Salud, creado el 5 de abril de 2011.

El sistema de salud de la provincia de Santa Cruz, experimentó a partir de 1992 un cambio en su concepción ideológica, pues el gobierno provincial en ese momento definió el acceso a la salud como una cuestión de Estado, como un derecho ciudadano<sup>iii</sup>. En ese contexto se construyeron y remodelaron un número importante de hospitales públicos en toda la Provincia, los que fueron equipados con tecnología de punta. En dicho período se incorporaron profesionales en casi todas las ramas de la atención de la salud bajo el régimen de tiempo completo y dedicación exclusiva

---

<sup>1</sup> Información elaborada por la Sala de Situación de la Provincia de Santa Cruz (<http://salud.santacruz.gov.ar/>)

(conocido como *full time*<sup>2</sup>), con el objeto de lograr un mayor compromiso de los mismos con el sistema público de salud. La Ley Provincial 1795/86 de *Carrera Profesional Sanitaria*, contempla en el *Capítulo VII - Derechos y Obligaciones*, estrategias de capacitación permanente, muy particularmente para los médicos que se desempeñasen en el sistema público. Asimismo, es importante señalar a los fines de esta investigación, que a posteriori se sancionó la Ley Provincial 2036/88<sup>3</sup> de *Fondo de Asistencia Financiera al Sistema Provincial de Salud* (conocida como Ley de Arancelamiento), que permitió y permite a los Hospitales facturar y cobrar, a las Obras Sociales sus prestaciones y prácticas. Las mismas, están definidas por un nomenclador de valores y por lo tanto los aranceles varían en función de las especialidades.

El sistema de atención en salud de la provincia, se organiza fundamentalmente a través de 14 Hospitales Públicos<sup>4</sup>, de distintos niveles de complejidad asistencial, ubicados en los 7 departamentos santacruceños. Asimismo, la provincia cuenta con Centros de Salud y Puestos Sanitarios distribuidos a lo largo del territorio provincial. En la ciudad capital, se encuentra el Hospital Regional Río Gallegos (HRRG), inaugurado en el año 1995, el cual aún reviste el máximo nivel de complejidad<sup>5</sup> en el ámbito provincial. Por esta razón y por contar con aeropuerto comercial<sup>6</sup> en Río Gallegos, el HRRG es centro de derivación de la provincia y a su vez punto de derivación hacia otros centros de mayor complejidad en el país.

---

<sup>2</sup> Full time: Modalidad de contratación provincial, de dedicación exclusiva y con bloqueo de título; inicialmente era de 44hrs. semanales. Actualmente es de 35 hrs. semanales. Por fuera de esa carga horaria, sólo se pueden ejercer tareas docentes incluyendo ámbitos no pertenecientes a la administración pública provincial.

<sup>3</sup> Ley 2036/88: prevé que las prácticas realizadas a los usuarios del sistema de salud con cobertura social, pueden ser facturadas a los financiadores; esta facturación consta de honorarios (que son cobrados por el trabajador de salud) y de gastos (que corresponden al efector sanitario, ya sea del 1° o del 2° nivel de atención).

<sup>4</sup> A la fecha, son 13 Hospitales Provinciales y 1 Hospital Nacional en Red, ubicado en la Ciudad de El Calafate (Sistema de Atención Médica Integral para la Comunidad -SAMIC)

<sup>5</sup> En la Ley Provincial 1795/86, se define que el nivel de complejidad VIII implica: Amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad que incluyen servicios como radioterapia, medicina nuclear y terapia intensiva. El espectro de especialidades que cubre le permite resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas médicos.

<sup>6</sup> Sólo 2 localidades en la provincia tienen aeropuerto comercial: Río Gallegos y Calafate.

Como política de formación profesional dentro del sistema de salud, se destaca el Sistema Provincial de Residencias. En un primer momento se implementaron en el Hospital Regional de Río Gallegos (Medicina General y Cirugía en una primera instancia y a posteriori Pediatría y Tocoginecología) y luego en las localidades de Caleta Olivia y Las Heras. En la actualidad hay 4 sedes de residencias, Río Gallegos y Calafate en zona sur; Caleta Olivia y Las Heras en zona norte. Si bien se han implementado en la Provincia iniciativas de formación de posgrado en vinculación con universidades nacionales y dirigidas a la totalidad del equipo de salud, el sistema de residencias es la estructura educativa con mayor permanencia. Según los datos confeccionados a partir del registro estadístico local, más del 60% de los egresados de las residencias médicas provinciales, se han incorporado a la planta permanente de los distintos hospitales. Cabe señalar que los recursos humanos que integran la planta profesional del HRRG bajo distintas modalidades de contratación, en su mayoría se han formado en otras zonas del país, tanto en el grado como en el posgrado.

Es importante destacar que en la ciudad capital se encuentra la sede de la Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA), que cuenta con carreras vinculadas al ámbito de la salud, como ser Enfermería, Trabajo Social y Acompañante Terapéutico. Asimismo está la sede de la Universidad Tecnológica Nacional (UTN), donde funciona el Centro de Salud Colectiva, desde el cual se han impulsado algunas investigaciones vinculadas a la salud. La provincia no cuenta con carrera de medicina y actualmente no se dictan carreras de salud a nivel de la educación terciaria.

Considerando que Río Gallegos es la Capital de la Provincia de Santa Cruz, que es la ciudad con mayor cantidad de habitantes, que concentra el poder político provincial, que actualmente el HRRG es aún el que reviste mayor complejidad activa, que su población general y los profesionales de la salud en particular, está compuesta por un particular entramado de migrantes externos e internos (NyC y VyQ), esta tesis se desarrolló focalizando específicamente en los médicos que se desempeñan en el ámbito de la salud pública de la citada capital<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> La Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Santa Cruz, tiene registrados 175 médicos en Río Gallegos.

## Resumen

**Marco teórico:** La motivación tiene múltiples aspectos. Existe evidencia que indica que el Desarrollo Profesional Médico Continuo, resulta de un proceso motivacional donde interactúan diferentes factores; personales, organizacionales, socio-culturales.

**Objetivos:** - General: Identificar y describir los factores motivacionales que operan en el Desarrollo Profesional Médico Continuo, en el ámbito de la salud pública de la ciudad de Río Gallegos - Provincia de Santa Cruz., a nivel individual, organizacional y socio-cultural. - Específico: Formular recomendaciones para el diseño de políticas de recursos humanos, que consideren los factores implicados en los distintos niveles.

**Método:** Estudio de tipo transversal, descriptivo, con enfoque cualitativo, que permitió un abordaje integral del problema de investigación, promoviendo la comprensión y análisis de un proceso donde intervienen diferentes factores. Se administraron entrevistas semiestructuradas a médicos del sistema de salud público y se trianguló la información con dos investigadores externos a quienes se les remitieron los resultados de la misma. Asimismo, se realizó relevamiento documental de leyes provinciales.

**Resultados:** Los factores motivacionales están presentes en distinta medida y con diferente impacto, tanto a nivel individual, organizacional y socio-cultural. Los mismos operan sobre el Desarrollo Profesional Médico Continuo, influyendo en el direccionamiento de las acciones. Los programas nacionales y los grupos de trabajo se destacaron como fuente de motivación. Las diferencias salariales por criticidad y por arancelamiento, como la falta de reconocimiento y de control de la calidad de la práctica operan de forma contraproducente. El desconocimiento generalizado de un plan estratégico de salud, torna más incierto el contexto general de trabajo.

**Discusión y Conclusiones:** Los salarios y las condiciones de trabajo son muy importantes para mantener un equipo de trabajo, pero en sí mismos son insuficientes para operar como motivadores. El reconocimiento y el sentimiento de pertenencia a

un grupo o a un proyecto, son más adecuados para influenciar en la motivación y por ende en el desarrollo profesional y en el desempeño cotidiano.

La motivación es un insumo sustancial para el aprendizaje, por lo tanto se recomienda indagar y considerar los factores motivacionales que operan en los distintos niveles individuales, organizacionales y socio-culturales, para la planificación e implementación de políticas de Recursos Humanos.

**Palabras claves:** motivación - factores motivacionales - desarrollo profesional médico continuo.



## Tabla de contenidos

|  |           |
|--|-----------|
| Introducción.....  | iii       |
| Resumen.....   | vi        |
| <b>Capítulo 1: Marco teórico.....</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1. La motivación: Definición y Teorías de la motivación.....   | 1         |
| 1.2. Desarrollo Profesional Médico Continuo: Definición y diferencias con Educación Médica Continua..... | 6         |
| <b>Capítulo 2: Planteo del Problema.....</b>   | <b>8</b>  |
| 2.1. Pregunta de Investigación.....  | 9         |
| 2.2. Objetivo Específico.....  | 9         |
| 2.3. Objetivo Secundario.....  | 9         |
| <b>Capítulo 3: Metodología.....</b>  | <b>10</b> |
| 3.1. Tipo de Estudio.....  | 10        |
| 3.2. Población.....  | 10        |
| 3.2.1. Universo y Población objetivo.....  | 10        |
| 3.2.2. Criterios de Inclusión y Exclusión.....   | 11        |
| 3.2.3. Selección y tamaño de la muestra.....   | 11        |
| 3.3. Selección de la técnica e instrumento.....  | 11        |
| 3.3.1. Sistematización y análisis.....   | 13        |
| 3.4. Consideraciones éticas.....   | 15        |
| <b>Capítulo 4: Resultados.....</b>   | <b>16</b> |
| 4.1. Factores personales y de contexto particular.....   | 16        |
| 4.2. Factores organizacionales.....  | 24        |
| 4.3. Factores socio - culturales.....  | 36        |
| <b>Capítulo 5: Discusión.....</b>  | <b>40</b> |
| <b>Capítulo 6: Conclusiones y recomendaciones.....</b>   | <b>50</b> |
| <b>Anexo 1: Entrevista Semiestructurada .....</b>  | <b>i</b>  |
| <b>Anexo 2: Tabla de abreviaturas.....</b>   | <b>iv</b> |
| <b>Bibliografía.....</b>   | <b>v</b>  |

## Capítulo 1: Marco Teórico

*"...los miembros de una unidad sociocultural forjan una imagen de qué hacen, quiénes son y cómo son las cosas, que suele diferir de lo que hacen y son concretamente..."<sup>iv</sup>*

Hay distintas teorías de la motivación que podrían ser de utilidad, para abordar el problema y la pregunta de investigación que se plantearán en esta tesis. Por la complejidad del fenómeno a abordar, se han seleccionado algunas de ellas con el objetivo de ordenar la exploración y facilitar la sistematización posterior de los datos<sup>xxvii</sup>.

### **1.1. La motivación: Definición - Teorías de la Motivación**

Dependiendo de las teorías psicológicas que las sustenten, hay diferentes definiciones de la motivación. En el contexto del presente trabajo, se considerarán algunas teorías motivacionales desde una perspectiva organizacional<sup>v</sup>, partiendo de la siguiente definición: "*Proceso psicológico resultado de la interacción entre el individuo (necesidades, valores, cogniciones, intereses, metas, etc.) y el ambiente (condiciones de trabajo, tipo de tarea, retroalimentación, presión temporal, etc.)*"<sup>vi</sup>

De lo anterior, resulta evidente que la relación dinámica de los procesos implicados, su carácter subjetivo y la importancia de los factores situacionales juegan un papel central<sup>v</sup>.

El desarrollo de la motivación en cada individuo es el resultado de la interacción entre factores individuales, organizacionales y culturales<sup>vii</sup>. Hay una pluralidad de condicionantes que actúan en forma compleja y que existen en magnitudes e intensidades diferentes a lo largo del tiempo<sup>viii</sup>. Estos factores motivacionales, pueden ser interpretados desde distintas teorías de la motivación<sup>ix</sup>. En función del objetivo exploratorio de la presente tesis, las teorías que se utilizarán se conocen como teorías de contenido<sup>v</sup> y son aquellas que "*...intentan responder a interrogantes relacionados con las necesidades específicas que motivan a las personas y los factores individuales que ponen en marcha conductas orientadas a la consecución de metas.*"<sup>v</sup>. Estas son<sup>v-viii</sup>:

## - Teoría de la Jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow<sup>8</sup> - 1954:

Tradicionalmente se asocia a Abraham Maslow, con un trabajo pionero en el área de la motivación. En 1943 Maslow propone su "*Teoría de la Motivación Humana*" la cual tiene sus raíces en las ciencias sociales y fue ampliamente utilizada en el campo de la psicología clínica. Hasta la actualidad es una de las más utilizadas en distintos ámbitos organizacionales. Maslow identificó cinco niveles distintos de necesidades<sup>v-viii</sup>, dispuestos en una estructura piramidal, en la que las necesidades básicas se encuentran debajo y las superiores o racionales arriba. Estos niveles de necesidades son:

**1) Fisiológicas<sup>v-viii</sup>:** Son las necesidades de alimento, agua, aire y vivienda, constituyen el nivel más bajo de la jerarquía de Maslow. Las personas se centran en satisfacer estas necesidades antes de pasar a las demás superiores. Cuando una persona se encuentra motivada por este tipo de necesidades, sus preocupaciones no se dirigirán al trabajo que realiza. En función de este postulado, para motivar a los empleados se presume que las personas trabajan principalmente por el dinero y que poseen como objetivos estar cómodos y evitar el esfuerzo, entre otros.

**2) De seguridad<sup>v-viii</sup>:** Incluye las necesidades de seguridad, estabilidad y ausencia de dolor, amenazas o en todo caso de alguna enfermedad. Las personas que se centran en la satisfacción de las mismas, en general valoran sus trabajos, sobre todo porque lo ven como una defensa contra la pérdida de la satisfacción de necesidades básicas.

**3) De afiliación, sociales<sup>v-viii</sup>:** Incluye el afecto, la pertenencia, la protección del daño físico y emocional. Surgen cuando son satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad. Este tipo de necesidades son las principales fuentes de motivación, pues los individuos por lo general valoran más un trabajo, cuando lo ven como una ocasión para entablar relaciones con los demás.

**4) De estima, reconocimiento<sup>v-viii</sup>:** Incluye los factores de estima interna como el respeto a uno mismo, la autonomía y el logro, además los factores externos, tales como el estatus, el reconocimiento y la atención.

---

<sup>8</sup> Abraham Maslow (1908-1970)-Psicólogo Estadounidense, uno de los representantes de la Psicología Humanística. Su desarrollo teórico más conocido es la pirámide de necesidades.

**5) De realización personal, autosuperación, autorrealización<sup>v-viii</sup>:** Comprende el empuje del individuo por convertirse en lo que es capaz de volverse, es decir el cumplimiento de los deseos propios.

El soporte de las primeras teorías de la motivación se apoya en un esquema donde el proceso motivacional se origina a partir de la detección de una necesidad. Esa carencia rompe el equilibrio anterior y provoca un estado de insatisfacción e incomodidad en el individuo. Este estado lo lleva a desarrollar un nuevo comportamiento y a realizar una serie de acciones, que le permitan restablecer su equilibrio<sup>v</sup>. Precisamente para Maslow, las necesidades se sitúan de forma jerárquica, de tal modo que los distintos niveles de necesidades que plantea, sólo se activarían después que el nivel previo está razonablemente satisfecho<sup>v-x</sup>.

- **Teoría de Existencia-Relación-Crecimiento<sup>v-ix</sup> (ERC) de Clayton Alderfer<sup>9</sup> - 1972:** Mientras que Maslow afirma que las necesidades no satisfechas motivan y que la necesidad siguiente de nivel más alto no se activa mientras que no se satisfaga la de nivel inferior, la teoría ERC propone que además de este proceso progresivo de satisfacción, opera uno de frustración-regresión. Es decir, que si un individuo se frustra constantemente en sus intentos por satisfacer las necesidades de crecimiento, surgirá nuevamente en estos la necesidad de satisfacer las del nivel inferior en vez de intentar satisfacer necesidades de crecimiento<sup>ix</sup>. En función de esto, sostiene que los grupos de necesidades fundamentales de las personas son<sup>v-ix</sup>:

**1) Necesidades Básicas:** Que son las necesidades materiales, que se satisfacen con el alimento, el agua, el aire, las remuneraciones, las prestaciones y las condiciones de trabajo adecuadas.

**2) Necesidades de relación:** Se satisfacen al establecer y mantener relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo, con los jefes, subordinados, amigos y la familia.

---

<sup>9</sup> Clayton Alderfer (1940): Psicólogo estadounidense. Llevó a cabo una revisión de la Teoría de Necesidades de Maslow.

**3) Necesidades de crecimiento:** Son aquellas que se expresan a través de las tentativas de la persona, a fin de hallar oportunidades para desarrollarse, cuando hace contribuciones creativas o productivas al trabajo.

Lo particular de esta teoría y que la diferencia de la propuesta de Maslow es que Alderfer plantea de modo más contundente, que es posible que estén activas dos o más necesidades simultáneamente. Asimismo, afirma que en el caso de que las necesidades superiores estén insatisfechas, se acentúa el requerimiento para obtener las inferiores. En esta perspectiva no se parte del supuesto de una progresión gradual unidireccional y un tanto rígida de necesidades, sino por el contrario, de un ordenamiento flexible donde es posible transitar por distintas necesidades sin que sean satisfechas totalmente unas para pasar a las siguientes<sup>v-ix</sup>

- **Teoría del Factor Dual de Frederick Herzberg<sup>10- xi</sup>** : Comprobó que los factores que motivan al estar presentes, no son los mismos que desmotivan, por eso dividió los factores en:

**1) Factores Higiénicos (externos):** Son extrínsecos; son la causa principal de insatisfacción cuando no están o están deteriorados. Pueden eliminar la insatisfacción, pero no garantizan una motivación que se traduzca en esfuerzo hacia el logro de resultados, es decir, tienen una capacidad acotada. Son considerados factores higiénicos: las políticas de la organización y de salud, la supervisión, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo, el salario, el status, la seguridad laboral.

**2) Factores Motivadores (internos):** Son intrínsecos; son la causa principal de satisfacción, aquellos cuya presencia o ausencia determina el hecho de que los individuos se sientan o no motivados. Son considerados factores motivadores: los logros, el reconocimiento de los logros, el trabajo en sí, la responsabilidad, la promoción o ascensos, la independencia laboral.

Las distintas teorías dan un marco para la interpretación y la identificación de factores motivacionales y dejan en claro que la motivación sólo puede inferirse a

---

<sup>10</sup> Frederick Herzberg (1923-2000): Psicólogo Estadounidense, especialmente reconocido por su Teoría de los dos factores, también conocida como la «*Teoría de la motivación e higiene*»

través de sus efectos o resultados esperados. El proceso motivacional, aunque interno y psíquico, no puede explicarse si no se tiene en cuenta su íntima unidad con la actividad externa, sus objetos y estímulos<sup>xii</sup>. Los resultados de este proceso psicológico, como consecuencia de la motivación, pueden ser observados con impacto en el comportamiento, en el afecto y en los aspectos cognitivos de los trabajadores de la salud<sup>vii</sup>.

A continuación se presenta un cuadro<sup>11</sup> que esquematiza las teorías citadas, sólo a los fines de un ordenamiento visual y entendiendo claramente a la motivación como un proceso dinámico, singular, multicausal y de ninguna manera unidireccional.

| <b>TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN</b>   |   |   |
|---|---|---|
| <b>A. MASLOW</b><br><b>Jerarquía de Necesidades</b>   | <b>C. ALDELFER</b><br><b>Teoría Existencia-Relación-<br/>Crecimiento (ERC)</b>  | <b>F. HERBERTZ</b><br><b>Teoría de los dos Factores</b>   |
| <b>De Autorrealización Personal</b><br>(cumplimiento de los propios deseos)   | <b>De Crecimiento</b><br>(posibilidades, oportunidades para desarrollarse cuando hace contribuciones creativas o productivas al trabajo).                 | <b>Factores Motivadores Intrínsecos</b><br>(por ej. los logros, el reconocimiento de los logros, el trabajo en sí, la responsabilidad, la promoción o ascensos, la independencia laboral)                       |
| <b>De Estima/Reconocimiento</b><br>(respeto a uno mismo, la autonomía, el logro, el estatus, el reconocimiento y la atención) | <b>De Relación</b><br>(establecer y mantener relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo, con los jefes, subordinados, amigos y la familia). |   |
| <b>De Afiliación/Sociales</b><br>(el afecto, la pertenencia, la protección del daño físico y emocional).                      | <b>De Existencia</b><br>(el alimento, el agua, el aire, las remuneraciones, las prestaciones y las condiciones de trabajo adecuadas).                     | <b>Factores Higiénicos Extrínsecos</b><br>(por ej., las relaciones interpersonales, la supervisión, las políticas de la organización, el status, la seguridad laboral, las condiciones de trabajo, el salario). |
| <b>De Seguridad</b><br>(estabilidad, ausencia de dolor y amenazas)  |   |   |
| <b>Fisiológicas</b><br>(alimento, agua, aire y vivienda)  |   |   |

<sup>11</sup> Cuadro N°1 de elaboración propia.

Es importante destacar que finalmente las acciones y decisiones de una persona, en este caso particularmente profesionales médicos que se desempeñan en el ámbito de la salud pública, no pueden ser explicadas desde una sola teoría, en tanto las mismas devienen de distintas necesidades y ocurren a través de diferentes procesos. La red de necesidades de cada individuo, es muy compleja y afecta el comportamiento en diferentes circunstancias.

## **1.2. Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC)**

*"El DPMC es el período de formación de los médicos que comienza después de la educación médica básica y la formación de postgrado, y a partir de aquí se extiende a lo largo de la vida profesional de cada médico...por tanto, es un imperativo profesional y es al mismo tiempo un prerrequisito para mejorar la calidad de la atención sanitaria"*<sup>xiii</sup>. El DPMC se diferencia en principio de las dos fases formales precedentes de la educación médica, en tanto estas responden a regulaciones y normativas específicas. Implica principalmente actividades de aprendizaje autodirigidas y basadas en la práctica. Además de promover el desarrollo profesional personal, el DPMC implica el mantenimiento y desarrollo de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) del médico, esenciales para adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y de los sistemas sanitarios<sup>xiii</sup>.

Esta fase de la educación médica, incluye al contexto más amplio e implica que la responsabilidad de practicar el DPMC recae en el médico como individuo.<sup>xiii</sup>

La diferencia entre Educación Médica Continua (EMC) y DPMC, más allá de una cuestión de terminología, pone de relieve las divisiones profundas en cuanto a la naturaleza de los conocimientos profesionales, la relación entre los profesionales, organizaciones y grupos externos, como así también el sentido de una práctica efectiva<sup>xiv</sup>.

EL DPMC puede definirse como el auto-desarrollo de conocimientos profesionales que incluye referencia esencial a aspectos personales, sociales y políticos de la medicina y la salud pública. Aspectos particulares del contexto más amplio de formación profesional, de organización, de gestión y de los marcos políticos y culturales y los valores relativos a los supuestos en el sector de la salud<sup>xiv</sup>.

En el DPMC, los profesionales desempeñan un papel activo en la definición de los conocimientos a adquirir, ya que consideran a los mismos como relevantes para sus

necesidades profesionales. Es decir, que muchas decisiones en torno a esto, parten de las propias prácticas, tradiciones y valores. Al comprender cabalmente el contexto de aplicación, la responsabilidad suele recaer sobre los profesionales, al momento de decidir qué cursos, talleres o materiales de enseñanza (presenciales o en línea) se adaptan a sus intereses.

Miller y otros<sup>xv</sup> exploran el desarrollo de la motivación para aprender, entre los médicos que se establecen en la práctica de la profesión. La motivación implica que la conducta humana es resultado de las fuerzas que empujan a un individuo en algunas direcciones. La motivación por aprender implica elementos intrínsecos y extrínsecos, que inician y sostienen un comportamiento de aprendizaje y determinan su intensidad. Los factores desmotivadores, se presentan dentro del individuo o en el contexto de aprendizaje y causan la indiferencia o evitación de las oportunidades de aprendizaje.

Estos autores remarcan que el aprendizaje supervisado y determinado por un programa de la Facultad o de entrenamiento, es distinto del aprendizaje requerido por la práctica independiente y lo que resulta más significativo es que la motivación también es distinta. Claramente, la motivación individual de mantener el aprendizaje, en la situación de la práctica independiente, presenta desafíos especiales<sup>xvi</sup>, pudiendo responder a distintos órdenes o necesidades; intelectuales, cognitivas y materiales<sup>xvii</sup>. Los factores desmotivantes incluyen el aislamiento profesional, la carencia de oportunidades de procesar la experiencia; el agotamiento físico, intelectual y emocional; la influencia del conocimiento de la capacidad decreciente<sup>xvi</sup>. Los factores motivacionales son diferentes mientras una persona es estudiante y cuando luego ingresa al mercado laboral<sup>xv</sup>; son valorados de manera diferente por las personas y son influenciados y afectados por el contexto<sup>xviii</sup>.



## Capítulo 2. Planteo del Problema

Según los valores estimativos del último Censo Nacional 2010 realizado en Argentina, la provincia de Santa Cruz es la que ha tenido mayor crecimiento poblacional en los últimos 10 años; un 38%<sup>i</sup>. Los desajustes en la distribución demográfica y de los profesionales de la salud, están presentes en la provincia, contando con elevada concentración en las zonas de mayor desarrollo económico (Departamentos de Güer Aike y Deseado concentran el 73% de la población)<sup>i</sup>. A esto se suman las características geográficas y climáticas de la provincia y el particular entramado poblacional.

Gran parte del crecimiento demográfico, se debe a la migración desde otras provincias de Argentina. Dicha conformación plantea diferencias culturales, afectivas, de intereses, de identidad, tanto para los que llegan, como para la población receptora. Es decir, se da un *choque cultural*<sup>xix</sup> entre los migrantes y la cultura de la población receptora, con una particular articulación y con un movimiento constante que dificulta el ensamble social<sup>xx</sup>.

La provincia requiere de profesionales en formación permanente, con las competencias necesarias para dar respuestas a las necesidades de esta comunidad cambiante y heterogénea. La educación y el entrenamiento son componentes esenciales para el desarrollo de los recursos humanos<sup>xxi</sup>. Cuanto más lejos esté un médico de un área urbana y un área urbana de grandes recursos en cuanto a cuidados de salud, más preparado, competente e informado debería estar<sup>xxii</sup>.

En este particular contexto geográfico, climático, de un ensamble poblacional conformado por nacidos y criados (NyC) y por migrantes de otras provincias, comúnmente llamados venidos y quedados (VyQ), considerando además mi trabajo en la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud de la Provincia, surgió mi interés por realizar esta investigación. Partiendo principalmente de suponer que los movimientos migratorios le otorgan características particulares a las dinámicas de los grupos-equipos de trabajo y a los aspectos relacionales en general y que esto impactaría de alguna manera en el DPMC. Por lo tanto, sería probable que otros factores motivacionales estuvieran operando en el DPMC, más allá de las barreras conocidas como la accesibilidad y la distancia.

Posicionada desde un lugar de gestión de políticas públicas, mi interés en investigar al respecto, respondió principalmente a una inquietud personal por generar un

insumo de valor para el diseño de políticas de recursos humanos, ya que no hay en la provincia, ninguna investigación al respecto.

### **2.1. Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los factores motivacionales que operan en el desarrollo profesional médico continuo en el ámbito de la salud pública de la Ciudad de Río Gallegos - Provincia de Santa Cruz?

### **2.2. Objetivo General:**

- General: Identificar y describir los factores motivacionales que operan en el Desarrollo Profesional Médico Continuo, en el ámbito de la salud pública de la ciudad de Río Gallegos - Provincia de Santa Cruz., a nivel individual, organizacional y socio-cultural.

### **2.3. Objetivo específico:**

- Formular recomendaciones para el diseño de políticas de recursos humanos, que consideren los factores implicados en los distintos niveles.

## **Capítulo 3. Metodología**

**3.1. Tipo de estudio:** Transversal, descriptivo con enfoque cualitativo<sup>xxiii</sup> dentro del marco de la teoría fundamentada. La elección estuvo basada en que este enfoque permite un abordaje más integral del problema de investigación planteado. Principalmente promueve la comprensión y el análisis de procesos donde intervienen diferentes actores, desde sus perspectivas particulares, su cotidianidad y sus experiencias. Busca describirlos, sin pretensión de encontrar explicaciones acerca de las causas, de determinadas circunstancias, ni tampoco de generalizar estos procesos como universales. También el carácter flexible de este enfoque da la posibilidad de revisar los instrumentos, re-pensar preguntas en función de las respuestas de los sujetos/participantes e incorporar cambios en la medida que sea necesario a fin de enriquecer el trabajo. Por otro lado, la metodología cualitativa resultó apropiada para explorar las singularidades planteadas en este trabajo, en un contexto específico y acotado a una jurisdicción en particular.

### **3.2. Población:**

#### **3.2.1. Universo o población objetivo:**

Médicos con Residencia que trabajan o hayan trabajado en el ámbito de la Salud Pública de la ciudad de Río Gallegos, en distintos efectores de salud<sup>12</sup> del Estado Provincial, independientemente de su modalidad de contratación y considerando su procedencia:

- 1) Médicos con Residencia "*Nacidos y Criados*"<sup>13</sup> (NyC): Son los que nacieron en la Provincia y/o los que hayan cursado el ciclo secundario en establecimientos nacionales, provinciales o privados ubicados en la Provincia de Santa Cruz.
- 2) Médicos con Residencia "*Venidos y Quedados*" (VyQ): Son los que migraron de otras provincias argentinas y se radicaron en la provincia de Santa Cruz.

---

<sup>12</sup> Efectores: son los Hospitales Públicos, los Centros de Salud y los Puestos Sanitarios que hay en la Provincia.

<sup>13</sup> Establecido en la Ley Provincial 1917 - Provincia de Santa Cruz. Disponible en file:///C:/Users/dell/Downloads/decreto\_1284\_y\_corresponde\_ley\_1917.pdf

### **3.2.2. Criterios de inclusión y exclusión:**

- 1) *Criterios de inclusión:* Médicos con Residencia NyC y VyQ, que al momento de iniciar la investigación, tengan como mínimo 3 años de radicación en la Provincia y en el ámbito de la salud pública.
- 2) *Criterios de exclusión:* Médicos NyC y VyQ, sin Residencia y que al momento de iniciar la investigación, tengan menos de 3 años de radicación en la Provincia y en el ámbito de la salud pública.

### **3.2.3. Selección y tamaño de la muestra.**

Para este estudio descriptivo, se utilizó una *muestra de conveniencia*<sup>xxiv</sup>, según criterios de muestreo teórico. Se partió de 2 médicos, en el rol de informantes claves (uno NyC y otro VyC,) y que a su vez fueron disparadores de la técnica conocida como *bola de nieve o muestreo de avalancha*<sup>xxiv</sup>, es decir, se fue ampliando la participación a partir de la referencia entre pares. Se apuntó a obtener una *muestra significativa*<sup>iv</sup>, ya que es una modalidad que permite potenciar la exploración y que no reviste la intención de ser representativa de todas las situaciones que se dan al interior de la estructura pública. Permitió visualizar los factores motivacionales, a partir de diferentes realidades profesionales, como así también de diferentes contextos institucionales.

El rango etario de los entrevistados osciló entre los 36 y los 55 años (3 varones y 11 mujeres), siendo de distintas especialidades médicas. Considerando el lugar de nacimiento, la muestra quedó constituida por 6 NyC y 8 VyQ. Asimismo, independientemente del lugar de nacimiento, se destaca que 7 médicos vivieron sólo en Río Gallegos y 7 vivieron en más de una localidad de la Provincia. El tamaño de la muestra (es decir la cantidad de entrevistas semiestructuradas que se realizaron) quedó determinado por el criterio de *saturación de información*<sup>xxiv</sup>.

### **3.3. Selección de técnica e instrumento de recolección de datos.**

*La técnica* que se utilizó en el proceso de muestreo seleccionado, fue el muestreo de avalancha. La invitación para la muestra inicial se realizó telefónicamente y en algunos casos se hizo el primer contacto por correo electrónico y en segunda instancia por vía telefónica.

*Muestreo de avalancha*<sup>xxiv</sup>: Se basa en la idea de red social y consiste en ampliar progresivamente los sujetos de nuestro campo partiendo de los contactos facilitados por otros sujetos. Es decir, en este caso médicos, que recomendaron a otros médicos. También se denomina muestreo nominado, en bola de nieve o muestreo en cadena. Este mecanismo agiliza el establecimiento sucesivo de contactos, gracias a la presentación que hace el sujeto ya incluido en el proyecto y así resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos participantes; también permite acceder a personas difíciles de identificar. Por último, el investigador tiene menos problemas para especificar las características que desea de los nuevos participantes.

La ventaja de la misma es el compromiso que se genera a partir de la recomendación entre pares, es decir hay un factor vincular de uno a otro que favorecería la predisposición a la entrevista, así como la multiplicación para que acepten o se sumen a participar.

Respecto al tamaño de la muestra no hay criterios ni reglas firmemente establecidas en cuanto al número, determinándose en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante.

*El instrumento* que se utilizó para la recolección de los datos fue una entrevista semiestructurada, que se administró a los médicos que participaron.

*Entrevista semiestructurada*<sup>xxv</sup> (Ver Anexo 1): La entrevista es un instrumento útil para indagar y comprender un problema, y comprenderlo tal y como es conceptualizado e interpretado por los sujetos estudiados, sin imponer categorías previas. En la entrevista semiestructurada se contemplan los objetivos en forma organizada y se realizan preguntas abiertas y cerradas.

Las dimensiones indagadas correspondieron a distintos aspectos y factores involucrados, a nivel individual, organizacional y socio-cultural, organizados a partir del marco teórico elaborado. Se realizó un diseño preliminar de la misma y se la fue ajustando a través de las mismas entrevistas y durante el proceso. Esto llevó a realizar diferentes encuentros/instancias con los entrevistados.

Se implementó la estrategia de *triangulación* como modo de asegurar la validez de la presente investigación. Se procedió a triangular con 2 investigadores, a quienes se remitieron los resultados y cuyos aportes/observaciones fueron discutidos e incorporados al presente desarrollo. Asimismo se procedió al relevamiento documental de las Leyes Provinciales 2036/88<sup>3</sup> y 1795/86<sup>14</sup>.

### **3.3.1. Sistematización y análisis**

*Procesamiento de datos:* La información relevada en este estudio se sistematizó utilizando los procesos de codificación, de comparación, de síntesis, cruzando unidades textuales e interpretándolas contextualmente. El volumen de entrevistas realizadas, permitió realizar el trabajo de forma manual.

*Plan de análisis de los resultados:* A partir de los datos obtenidos, se realizó un pre-análisis de contenido, que consistió en una etapa de lectura general de las entrevistas. Después, utilizando un sistema de codificación abierta<sup>xxvi</sup> se organizó un sistema de categorías, agrupadas a partir de dimensiones que se definieron considerando el marco teórico y que asimismo surgieron de esa primera lectura realizada. Para facilitar el análisis se elaboró una matriz de datos en excel, con las unidades de texto codificadas por entrevistados; organizados por categorías, agrupadas éstas en dimensiones. A posteriori se buscaron relaciones y se interpretaron los resultados para completar el análisis de la información recolectada y confeccionar las conclusiones.

La selección de teorías realizada, respondió a los fines de facilitar el entendimiento de esta complejidad y permitió elaborar interpretaciones más integrales. Ninguna teoría explica el proceso motivacional en su totalidad, aún cuando hay puntos de encuentro entre las mismas. Estas fueron consideraciones importantes, al momento de determinar las categorías de análisis.

---

<sup>14</sup> Ley 1795/86 disponible en:

file:///C:/Users/dell/Downloads/LEY\_N\_1795\_Carrera\_Prof.\_Sanitaria%20(4).pdf

A continuación se presenta el Cuadro N°2, que esquematiza las variables, las categorías y su operacionalización, a los fines de un ordenamiento visual que oriente la posterior lectura de los resultados.

| Variables                              | Categorías                                   | Categorías operacionalizadas   |
|--|--|--|
| Desarrollo Profesional Médico Continuo | Concepciones particulares sobre el DPMC      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligada a lo académico</li> <li>• Ligada a la competencia</li> <li>• Ligada a los intereses personales</li> </ul>  |
| Factores motivacionales                | Factores Personales o de contexto particular | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos - Ventajas</li> <li>• Elecciones-Migraciones</li> <li>• Condiciones de contratación y de trabajo</li> <li>• Concepciones de DPMC</li> </ul>   |
|  | Factores Organizacionales                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de la organización</li> <li>• Equipos de trabajo</li> <li>• Migraciones profesionales</li> <li>• Supervisión/feedback</li> <li>• Beneficios/reconocimiento</li> <li>• Responsabilidad profesional/institucional</li> <li>• Intereses personales/necesidades institucionales</li> </ul> |
|  | Factores Socio-Culturales                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración con la comunidad y redes</li> <li>• Balances</li> <li>• Macro-contextuales</li> </ul>   |

Para garantizar la **credibilidad y fiabilidad**<sup>xxviii</sup> de la presente investigación, trabajé haciendo discusiones y reflexiones con mi tutora, de modo presencial y vía correo electrónico a lo largo de todo proceso; incluyendo el diseño del instrumento; la realización de las entrevistas y su procesamiento; el cambio de opción al momento de pensar la triangulación ya que por la dificultad de reunir a un grupo en un mismo horario, se optó finalmente por otra alternativa; la reflexión en torno a la subjetividad

de los entrevistados y la propia subjetividad en mi carácter de investigadora. Las entrevistas realizadas presencialmente tienen soporte grabado, las que se hicieron por correo electrónico cuentan con una copia digital y además hay notas e intercambio virtual en los casos donde se hicieron repreguntas y ampliaciones.

En cuanto a **aplicabilidad o transferencia**<sup>xxviii</sup> del trabajo, al ser un trabajo exploratorio, descriptivo de un proceso local y por lo tanto específico, que como se aclaró en la introducción, estuvo enmarcado en un contexto provincial de características muy particulares, esto no lo hace extrapolable desde los resultados, aunque puede promover la reflexión en otras localidades y en otras profesiones de la salud. Asimismo puede ser de gran utilidad para enmarcar discusiones acerca de políticas de recursos humanos.

**La dependencia o consistencia**<sup>xxviii</sup>, que representa de alguna manera la estabilidad de los resultados que obtenidos, se garantizó a través de la triangulación de los resultados, habiendo contrastado la perspectiva individual con la perspectiva de otros dos investigadores y también con el relevamiento documental.

### **3.4. Consideraciones éticas**

Este protocolo de investigación fue aprobado por la Referente Provincial de la Red Ministerial de Salud (REMINSAs), a cargo del área de Investigación a nivel Ministerial, Dra. Gabriela Manonelles. Por los aspectos investigados, no se consideró necesario el uso de consentimiento informado. La participación de los médicos fue voluntaria y a cada uno se le explicó que no habría repercusiones si decidían no hacerlo, asimismo se les aclaró que serían anonimizados. Participaron sólo luego de haber sido explicados los objetivos y el procedimiento. En todos los casos se preservó la identidad de los entrevistados y se aseguró la confidencialidad de los datos, que fueron almacenados en una computadora de uso personal y en un disco externo. Al momento de iniciar este trabajo, las autoridades sanitarias de dicho período, fueron informadas sobre esta investigación, constanding una autorización formal, avalada por un Decreto Provincial.



## **Capítulo 4. Resultados**

A partir de las entrevistas realizadas se problematizaron las variables, se definieron las categorías y la operacionalización de las mismas (Cuadro N° 2).

Es destacable que el nivel de aceptación por parte de los entrevistados, para participar en la investigación, fue de un 100%. Asimismo el tema abordado resultó de mucho interés para los médicos entrevistados y promovió la reflexión personal sobre algunos aspectos del DPMC.

Las entrevistas se realizaron de modo presencial (nueve) y de modo virtual (cinco). La aplicación de la modalidad virtual fue una decisión tomada en los casos donde los compromisos laborales no permitieron coordinar un horario y también porque algunos así lo solicitaron y otros no se encontraban en la localidad. En la modalidad presencial, las entrevistas fueron grabadas. En todos los casos se contempló la posibilidad de ampliar o aclarar, por la vía más factible (correo electrónico o un nuevo encuentro presencial). Esta estrategia facilitó adecuadamente la obtención de los datos y generó comodidad en los que participaron.

Asimismo se realizó relevamiento documental de las Leyes Provinciales 1795/86<sup>14</sup> y 2036/88<sup>3</sup>, focalizando en los puntos pertinentes a esta investigación.

A continuación y para facilitar la lectura de los resultados, los mismos se presentarán ordenados de acuerdo a las categorías establecidas previamente. Es decir, aparecen en secciones, aún cuando los mismos estén interrelacionados entre sí. Por esto, se identificarán aspectos en común en distintos momentos de la lectura.

### **4.1. Factores Personales y de contexto particular:**

**Objetivos - Ventajas:** Entre los médicos que provienen de otras provincias, se encontraron diferentes objetivos y razones tenidas en cuenta para radicarse en Río Gallegos - Santa Cruz. Las mismas presentaron variaciones de procedencia, de estado civil y/o familiar (soltero/as, en pareja o con hijos), del grado de formación con el que llegaron (con especialidad o bien con la decisión de obtener la especialidad a través del Sistema de Residencias de la Provincia) y en general estuvieron asociadas a: encontrar mayor seguridad, la posibilidad de una vida más tranquila, la menor distancia entre los distintos lugares (entre el trabajo y los lugares

de actividades de los hijos) y esto sumado a una menor carga horaria laboral (a partir del sistema full time), lo que les permitiría compartir más tiempo con la familia;

*[...]... "vi la posibilidad de realizar la residencia sin tantos inconvenientes, que era mi meta en ese momento y poder hacerlo estando con mi hija más tiempo" (Entrevista, F, VyQ)*

*[...]... "no quería seguir viviendo en Buenos Aires, no me gustaba la idea de desarrollar mi profesión en una gran ciudad... Tuve varias situaciones de inseguridad que me hicieron tomar la decisión con más facilidad. Siempre pensé en construir una familia y no quería que fuera en ese lugar." (Entrevista, F, VyQ)*

En paralelo con estos objetivos o ventajas, se reiteró como factor de atracción el ofrecimiento inicial de un sueldo comparativamente mayor al de sus lugares de origen. En relación a este punto en particular, los NYC también valoraron la posibilidad concreta de inserción laboral en la provincia, como así también la estabilidad económica que esto representaba;

*[...]... "Cuando yo me fui no había residencia...pero durante mi carrera fui papá, tenía toda mi familia aquí y entonces pesaron otros factores. Mi esposa también es de Santa Cruz y cuando me recibí ella había conseguido trabajo aquí. Entonces vine directamente...ni siquiera rendí en otro lugar. Básicamente la ventaja era desde el punto de vista de la organización familiar y lo económico... era mucho más complicado hacer la residencia allá" (Entrevista, M., NYC)*

En los médicos migrantes externos<sup>15</sup>, se reiteró el escaso relevamiento previo sobre las condiciones climáticas, sociales y las posibilidades de desarrollo profesional en la provincia. La promesa/ofrecimiento de un salario mayor, apareció como prioritaria frente a las opciones reales de desarrollo y/o formación, como así también frente a lo climático y geográfico;

*[...]... "Me imaginaba que la formación no iba a ser tan buena, pero cuando me dijeron que tenía el cargo; entre dinero, cargo y formación, tenía las 2 primeras aseguradas". (Entrevista, F, VYQ)*

---

<sup>15</sup> Migrantes externos: Los que vinieron de otras provincias.

En el caso de los médicos NyC, la mayoría siempre contempló la opción de volver a la provincia. Se reiteró la necesidad de conservar la cercanía a la familia y de permanecer en el lugar de origen;

*[...] "...Estudié en Córdoba. Siempre quise volver a mi lugar de origen. Primero porque mi raíz tiraba mucho, nunca pensé en quedarme en otro lado y además siempre con el concepto de que en Gallegos faltan profesionales,... por lugareño, tiraba mucho ser lugareño" (Entrevista, M, NYC)*

*[...]... "Siempre me quise volver y no me pareció que ... por satisfacer las necesidades de estar cerca de mi gente, de mi familia, de mi lugar, yo sacrificaba mi formación" (Entrevista, F, NYC).*

**Elecciones - Migraciones:** Entre los médicos provenientes de otras provincias, se reiteraron y se manifestaron como renuncias: el alejamiento de las familias nucleares, de los afectos, de los amigos de toda la vida. Solamente en un caso, toda la familia nuclear se mudó a Gallegos. Además, casi la totalidad de los entrevistados, no solo migró de su lugar de origen sino que a posteriori migró dentro de la provincia. Estos movimientos internos, se repitieron en varios casos motivados por distintas razones, que en su mayoría también estuvieron vinculadas a la familia:

*[...]...y encima ser nuevos en una ciudad, significó revincular a mis hijas, revincularnos nosotros... el tema de amigos, compañeros, todo éso para nosotros se rompió porque estaba en otro lugar (otra localidad de la provincia)... tuvimos que volver a empezar" (Entrevista, F, VYQ);*

*[...]...donde yo trabajaba, fui "adoptada" por un compañero y su familia. En Rio Gallegos...aún me cuesta integrarme... las contras, estar lejos de la familia y los amigos, en una ciudad hostil (climática y socialmente hablando). No sentí el impacto hasta que fui madre. Ahí se comenzó a complicar porque uno no siente confianza con nadie como para dejar a los hijos y tampoco cuenta con amigos disponibilidad full time para eso." (Entrevista, F, VYQ).*

En cuanto a factores asociados al género, solamente 2 de las médicas entrevistadas, consideraron que ser mujer, madre y profesional, obstaculiza en cierta medida el DP, debido a que la organización general requiere de mayor tiempo y al no contar con la red familiar en la localidad, muchas actividades no pueden ser delegadas en otros (por ej. abuelos, tíos).

Independientemente del lugar de procedencia, el alejamiento de los centros de formación y la distancia de los mismos, fue planteada en la mayoría de los entrevistados, como un obstáculo y no como un impedimento. Vinculado a esto, surgió la necesidad de otro tipo de organización y planificación, que incluye el tiempo de traslado, el dinero de pasajes y estadía, la responsabilidad del cuidado y atención de los hijos. En estos aspectos, no se detectaron marcadas diferencias entre médicos NyC y VyQ, ya que en general tienen los mismos inconvenientes;

*[...] "...ahora es complicado, porque los niños son pequeños y demandan atención. Yo planifiqué y en la residencia no tuve hijos, yo quería aprovecharla completamente. Son elecciones que yo fui haciendo. Ahora es como que estoy abocada a los niños, pero ya estoy planificando para el año que viene porque ya van a estar más grandes. Por ej. podré viajar una vez al mes. Creo que es lo más complicado de estar acá..." (Entrevistada, F, NYC).*

*[...] "...entre que estamos lejos, con niños, tener que dejarla con alguien que se haga cargo cuando aun me necesita, es imposible. Uno puede seguir desarrollándose, pero buscás otras estrategias..." (Entrevista, F, NYC).*

Se encontró cierta ventaja en contar con la red familiar local, principalmente en el reaseguro emocional que ofrece la cercanía de la familia y de los "amigos de toda la vida";

*[...] "...tenemos una grilla horaria que implica a toda la familia..." (Entrevista, M, NYC);*

*[...] "...la familia acompaña...se juega lo local en eso, en tener la familia cerca" (Entrevista, M, NYC).*

**Condiciones de contratación y de trabajo:** La mayoría de los médicos entrevistados mostraron coincidencia en que trabajar en la Administración Pública Provincial tiene sus beneficios, independientemente de las distintas modalidades de contratación vigentes. Entre ellos destacaron: la tranquilidad económica (aún cuando el poder adquisitivo del salario ha decrecido), la estabilidad laboral y la seguridad social.

*[...] "...ventaja es tener esa despreocupación de no tener que ir y pelearla, por si tenés que viajar o te enfermás; mucho o poco tu salario va a ser siempre el mismo, por más*

*crisis que haya, y esa seguridad también determina que uno se quede" (Entrevista, F, VYQ);*

*[...] "...con el full time ya está, tenés tu puesto, tengas o no tengas pacientes, lo vas a tener igual" (Entrevista, F, NYC).*

Otro aspecto destacado, principalmente por los que trabajan con exclusividad en el sistema de salud público, fue la posibilidad de dedicarse plenamente a la profesión, de brindar una atención de mejor calidad al tener las horas laborales concentradas, de mantener una organización horaria bastante estable;

*[...] "...te podés dedicar plenamente a tu formación, a atender y trabajar en tu población, yo nunca trabajé fuera del sistema público. Ahora todo el mundo te dice que te vayas del sistema público...si trabajara afuera haría otro tipo de atención, de distinta calidad creo... es lo que más me gusta del full time" (Entrevista, F, NYC);*

*[...] "...es diferente el tipo de atención que brindás cuando no tenés que preocuparte de otras cuestiones y no tenés que andar a las corridas" (Entrevista, F, VYQ).*

Asimismo hay una coincidencia general, en que esto que pareciera una ventaja, un aspecto ideal del sistema, tiene su contracara negativa en tanto "la exclusividad" no trae aparejado un reconocimiento económico que se vea reflejado en el sueldo;

*[...] "...si uno lo miraba desde el punto de vista rentable, no era rentable para nada, porque era todo para el mismo sueldo, no es que te iban a pagar más porque uno desarrollara algo nuevo o se formara más..." (Entrevista, F, VYQ)*

*[...] "...no te reconocen si vos tenés un posgrado más o un curso que hiciste. Yo presento un certificado y se que queda en mi legajo, pero nunca sentí que eran créditos para mi carrera o tampoco siento que a provincia le interese... con el full time ya está, tenés tu puesto, tengas o no tengas pacientes, lo vas a tener igual" (Entrevista, F, NYC).*

Un aspecto que fue resaltado, es que las mayores ventajas podrían obtenerse si se lograra formar equipos de trabajo. Varios de los entrevistados hicieron mención a la baja carga horaria<sup>16</sup> y a las dificultades que eso conlleva para formar equipos, trabajar en conjunto con otros;

---

<sup>16</sup> Cabe aclarar que desde la firma del Convenio Colectivo de Trabajo, en muchos servicios se trabaja entre 30 y 35 hrs semanales.

[...] "... al final trabajamos re poco, 30 hrs. semanales... no me dan las horas, no llego a hacer todo lo que quiero, es muy poco..." (Entrevista, F, NYC);

[...] "...antes el trabajo era más en conjunto, se podían hacer normas de trabajo, había un servicio, lamentablemente se fracturó todo..." (Entrevista, M, VYQ).

**Concepciones personales de DPMC:** Se encontraron diferentes concepciones que conviven y están interrelacionadas; la división que se presenta a continuación, también responde a los fines de facilitar la lectura:

- *Concepción ligada a lo académico:* la mayoría de los entrevistados señalaron "la actualización" como la acción/palabra que mejor representa al DPMC. Así también se reiteró en las respuestas obtenidas, que el inicio del DPMC tendría un momento cronológico, que comienza a partir de la obtención del título habilitante y particularmente después de finalizada la Residencia. Vincularon la actualización con el perfeccionamiento y la incorporación de nuevos conocimientos. Todos los entrevistados coincidieron en que la misma se realiza a través de cursos, posgrados, lecturas de revistas, asistencia a jornadas y congresos. Se destaca en la mayoría, la aceptación y adherencia a cursos virtuales, siendo una modalidad cada vez más utilizada y una opción viable para la actualización;

[...] "...con el advenimiento de la tecnología y su accesibilidad, se han acortado las distancias, siendo muy valioso para los que ejercemos la profesión, tan distantes de los grandes centros de formación" (Entrevista, F, VyQ)

La educación en línea apareció como una opción cómoda y más a medida, especialmente para las médicas que tienen hijos, ya que esta modalidad permite administrar tiempos y horarios.

[...] "...ahora que tengo una hija, mucho hago de forma virtual. Los cursos que yo puedo hacer son virtuales, en el horario y tiempos que yo puedo...en lo virtual sos sólo vos con tu computadora y por más que existan los foros, no es lo mismo " (Entrevista, F, NYC).

Entre las alternativas concretas que han utilizado, se encontraron cursos en línea elegidos y autofinanciados por los propios médicos y otros ofrecidos de forma gratuita por el Ministerio de Salud de la Nación (Msal), enfocándose estos últimos en

temas prevalentes y generalmente gestionados a través de los representantes locales de alguna Dirección Nacional o de un Programa Nacional<sup>17</sup>. Asimismo la mayoría resaltó la importancia de tener encuentros presenciales a través de congresos y jornadas, siendo el objetivo principal la posibilidad de interactuar con sus colegas, de crear redes y participar activamente en las propuestas;

*[...] "...hace 3, 4 años que no puedo viajar. Está bueno poder compartir con otras personas, otras realidades, las experiencias de otras personas". (Entrevista, F, NYC);*

*[...] "...al menos 1 vez al año te tenés que juntar con esa gente, por ejemplo en el congreso anual de la especialidad es donde más participo, donde coordino una mesa, donde me relaciono con los colegas... es muy importante también, no por el hecho de lo que aprendas académicamente... sino porque te obliga a esforzarte todo el tiempo, a crecer, a no estancarte". (Entrevista, F, VYQ).*

- *Concepción ligada a la competencia:* La mayoría de los entrevistados también consideró que el DPMC se logra en el ejercicio mismo de la profesión, en la práctica diaria y en el trabajo (que no siempre está directamente vinculado con la especialidad). Coincidieron en que principalmente la asistencia y demanda cotidiana van marcando el rumbo de la formación;

*[...] "...se hace ejerciendo la profesión, porque en ese ejercicio se van encendiendo lucecitas..." (Entrevista, M, NYC);*

*[...] "...en el trabajo, cuando yo no tengo respuesta, busco alternativas o sino se lo comento a alguien para ver cómo proceder y que me ayude a buscar una segunda opinión. Es importante conocer las limitaciones de cada uno" (Entrevista, F, VYQ).*

En esta concepción más ligada al trabajo, aparecieron en la mayoría de los entrevistados, componentes de motivación individual y aspectos ligados a la interacción con otros, a la interconsulta con sus colegas, al grupo de trabajo, al servicio de pertenencia; planteados como factores del entorno que influyen en el DPMC (entorno que puede ser estimulante o no). Asimismo estos factores fueron señalados como importantes para el reconocimiento de los propios límites;

---

<sup>17</sup> Programas Nacionales son aquellas acciones programáticas que se desarrollan en el Ministerio de Salud, dependientes del Gobierno Central y que se implementan en la Provincia. Estos programas tienen diferentes niveles de adaptación tanto a nivel provincial como en los niveles locales.

[...] "...en la medicina se interactúa, el profesional debe buscar colegas con miradas distintas, porque si no ahí es donde cometemos los errores..." (Entrevista, M, NyC).

Una minoría de los entrevistados, relacionó el DPMC con la posibilidad directa de beneficiar a los pacientes y brindar una mejor atención en salud. En el otro extremo, la mayoría de los entrevistados apuntaron a la incorporación de contenidos del campo de su especialidad exclusivamente. Otras concepciones individuales, relacionaron el DPMC con la incorporación de contenidos transversales a la práctica, con la necesidad provincial de desarrollar algún área asistencial específica y con la falta de "competencia" en el sentido de ausencia de competitividad con otros colegas;

[...] "...uno con la práctica, con el trabajo y con la relación con los otros se va dando cuenta que necesita complementar esa formación con otras cuestiones que a lo mejor no tienen que ver con tu especialidad pero que son necesarios para este DPC." (Entrevista, F, VYQ).

[...] "... cuando llegué había armado un equipo muy, muy bueno, que había sumado, colegas de diferentes lugares que tenían una meta, un objetivo...Había una sana competencia de querer ser el mejor constantemente en lo profesional y éso hacía que uno estuviera constantemente formándose y tratando de no quedarse atrás. Una competencia intelectual había, constante, sana. Actualmente, no encontré más competencia... entonces es como la liebre y la tortuga... me sentí la liebre y me senté y que gane la tortuga porque no me interesa correr...no encontré equipo" (Entrevista, M, VYQ);

[...] "...son necesarias las discusiones con colegas, pero con opinión científica, no con opinión de opinólogo" (Entrevista, F, VYQ).

- **Concepción ligada a los intereses y satisfacciones personales:** la mayoría de los entrevistados también sostuvo que el DPMC está determinado principalmente por los intereses y necesidades personales que van surgiendo en la práctica asistencial cotidiana con los pacientes, dependiendo en gran parte de la iniciativa de cada uno;

[...] "...es algo propio de superación" (Entrevista, F, NYC);

[...] "...es algo que me hace bien a mí" (Entrevista, F, NYC).



Asimismo, la práctica con los pacientes fue el espacio señalado como aquel donde aparecen las dudas, los cuestionamientos sobre procedimientos, tratamientos; también en otros ámbitos de práctica identificaron nuevos desafíos.

Sólo en 2 de los entrevistados apareció el DPC vinculado a una actitud de agradecimiento a la provincia por las posibilidades que les brindó;

[...] "*...traté de estudiar lo más posible respecto de la tarea que tenía que hacer, porque además era una cuestión de responsabilidad... hice mi mayor esfuerzo para tratar de hacer esa tarea para la cual no estaba del todo preparada de la mejor manera posible, porque entendí que era la necesidad de la provincia y que si la provincia me ponía ahí, como que tenía que estar agradecida de tener un trabajo tan bien pago, a pesar de que no era para lo cual me había formado...*" (Entrevista, F, VYQ)

[...] "*...la sensación de devolución al Estado, de la posibilidad de tener un título y un rol en la sociedad... la sensación de agradecimiento*" (Entrevista, F, NYC).

#### **4.2. Factores organizacionales**

**Política de la organización:** Los entrevistados coincidieron en que el curriculum<sup>18</sup> (capacitaciones, cursos, posgrados) no deriva en diferencias en cuanto al sueldo o en beneficios (becas, pasajes, permisos), o reconocimientos de otra índole. En su totalidad, los entrevistados consideraron que no hay diferencia entre el que hace y el que no hace, el que continua su formación y el que no, como tampoco se reconoce la certificación y recertificación de especialidades;

[...] "*...me permito usar las palabras del maestro Enrique Santos Discepolo: Hoy resulta que es lo mismo ser derecho que traidor... Ignorante, sabio o chorro, generoso o estafador... Todo es igual! Nada es mejor, lo mismo un burro que un gran profesor... No hay aplazaos ni escalafón... ¡da lo mismo que sea cura, colchonero, rey de bastos, caradura o polizón!...*" (Entrevista, M, VYQ);

[...] "*...un escalafón incentivaría y generaría una diferencia coherente*" (Entrevista, F, NYC).

---

<sup>18</sup> La Ley 1795/86 plantea una Carrera Sanitaria cuyos ascensos o cambios de categoría de contratación, están vinculados a la antigüedad y no a la trayectoria formativa. El ingreso a los cargos públicos (también de los médicos), no se realiza a través de una modalidad de concurso; continúan siendo designaciones político/administrativas.

La totalidad de los entrevistados manifestaron su disconfort en relación a la distinción realizada desde el Estado Provincial, entre especialidades médicas críticas y no críticas<sup>19</sup>, como así también en relación a la Ley Provincial 2036/88<sup>3</sup> conocida como "ley de arancelamiento"<sup>20</sup>. Ambas cuestiones fueron señaladas como causantes de grandes inequidades hacia el interior del sistema de salud y con efectos contraproducentes entre los mismos profesionales.

*[...] "...el sueldo es el mismo. Si vos trabajás y te formás, tenés que tener otro tipo de diferencia, pero todo es lo mismo..." (Entrevista, F, VYQ);*

*[...] "...se generan situaciones de inequidad en cuanto a los logros profesionales, tal vez es mejor ser "conocido de" que tener un super curriculum" (Entrevista, F, VYQ);*

*[...] "...yo siempre veo esto como un barco y uno con las cosas que hace está remando y el que no hace no rema... pero hace peso!!! el peso es el que me jode y creo que en algún momento el peso tendría que haber sido castigado de alguna forma. Para eso surgió el arancelamiento, para premiar al que más hiciera y tergiversó todo y hoy no se premia al que más hace. Entonces dentro del sistema público de salud hay inequidad, perdimos la línea, pasamos a tener profesionales de primera, de segunda, de tercera y de cuarta y éso afecta la vida personal... y también económicamente" (Entrevista, M, VYQ).*

En general consideraron que hay falta de interés por parte de las autoridades sobre los recursos humanos en general y aunque reconocieron que la provincia atraviesa un momento político-económico complejo, en su mayoría coincidieron que el problema va más allá de lo económico;

*[...] "...ha impactado, básicamente por las decisiones políticas en torno a la salud pública y hoy se nota y lo ves, por la cantidad de profesionales que se han ido de la provincia y de lo público, médicos y profesionales de la salud en general... no se los*

---

<sup>19</sup> Esta distinción fue establecida en el año 2005 por un Decreto Ministerial. Implica el pago de un monto diferencial sobre el sueldo, para las especialidades declaradas críticas.

<sup>20</sup> El marco jurídico de la Provincia cuenta con una ley de arancelamiento que permite la facturación del sector público a la seguridad social (básicamente la Caja de Servicios Sociales, que asegura a los trabajadores estatales – provinciales y municipales -) y define que parte de lo facturado se pague en forma de honorarios a los trabajadores, mientras otra parte va al efector sanitario.

*ha cuidado... La falta de control, de dirección, ésto va más allá de los sueldos"*  
(Entrevista, F, NYC);

*[...] "Todos dicen que es el factor económico...si no me pagan no trabajo, si no me aumentan no trabajo, pero hubo un cambio de valores, ya que nosotros no estamos en un sector cualquiera, estamos en un sector donde se administra salud. Pero hay una falta de compromiso enorme..."* (Entrevista, F, VYQ)

Solamente 2 de los entrevistados hicieron referencia a la dificultad para obtener permisos para capacitaciones, debido a la falta de cobertura asistencial que generarían las ausencias.

No se encontró en los servicios y direcciones de pertenencia de los entrevistados, planes de desarrollo profesional. Quienes participaron en actividades formativas institucionales, lo hicieron principalmente a través de las capacitaciones ligadas a los Programas Nacionales (en general por ser referentes provinciales de los mismos, o por ser miembro de algún equipo vinculado a los mismos) y en su mayoría a partir de "las ganas" y los deseos personales, ya que no identificaron exigencias al respecto, al menos en el ámbito provincial.

En relación a los programas nacionales en los que habían participado, destacaron que los mismos brindan respaldo, respuestas, claridad de objetivos y lo más importante es que le otorgan un sentido al equipo de trabajo. Estos factores fueron señalados como muy estimulantes para los ambientes laborales.

*[...] "El servicio no cuenta con un plan de desarrollo profesional, pero soy integrante de un Programa X, lo cual me lleva a que deba prepararme, estudiar, lo que es fundamental. Además ser parte del Programa X de Nación, como integrante del equipo de gestión local, para fortalecer la red de Río Gallegos, requiere capacitaciones continuas, contacto con profesionales de Nación, preparación previa...."* (Entrevista, F, VYQ).

No fueron destacadas las actividades formativas internas organizadas por los propios servicios/direcciones, aún cuando hubo iniciativas que se pusieron en marcha, por ej. jornadas, ateneos, discusiones de casos, las mismas fueron identificadas como aisladas y como algo que "ocurría en otros tiempos".

La mayoría de los entrevistados mencionaron a los ambientes de trabajo como un factor contraproducente e incluso desmotivador, describiendo a los mismos como un

lugar donde prevalecen las discusiones administrativas y personales frente a las formativas.

[...] *"En mi lugar de trabajo no hay un ambiente que sea estimulante. Las veces que uno propone, hacer un ateneo, una discusión de un caso, si si.. pero después se va por el lado de lo que falta y la discusión diaria administrativa prima frente a lo formativo... es como un círculo"* (Entrevista, F, NYC).

Se encontró que en general las propuestas se guían por el criterio e interés individual y que estas iniciativas de algunos no prosperan en determinados entornos, dependiendo mucho del grupo, para que la misma encuentre apoyo y se desarrolle. Se destacó en la mayoría de los entrevistados, que las iniciativas personales no tienen *"un marco de sentido"*; sin seguridad a cerca de su pertinencia, ni tampoco a qué tipo de necesidades responden;

[...] *"El proyecto que presenté, yo lo veo como una necesidad, pero no sé si es así para los otros"* (Entrevista, F, NYC);

[...] *"...por ej. yo digo voy a hacer esto, esto y esto y me dicen si hacelo, bárbaro! es decir, por que le pongo pilas...nada más".* (Entrevista, F, NYC).

**Equipos de trabajo:** Fueron identificadas distintas razones para pertenecer a un equipo de trabajo o bien permanecer en él. Entre ellas se destacaron las razones personales; la comodidad que ofrece el sistema hospitalario en cuanto a organización de horarios; las edades jubilatorias que llevan a permanecer en un cargo a la espera de obtener el beneficio previsional para el cual se aportó tantos años. Asimismo la mayoría de los entrevistados destacaron que en los grupos, priman cuestiones más individuales y no tanto los objetivos laborales. Todos los entrevistados coincidieron en que el grupo tiene influencia directa en el DPC. El grupo fue identificado por los entrevistados como fuente de motivación, de exigencia; promotor de sana competencia intelectual;

[...] *"...en función de lo que buscas, tranquilidad o desarrollo, te acercas o te alejas de algunos grupos"* (Entrevista, F, VYQ).

[...] *"...cuando el grupo está motivado, te motiva a seguir aprendiendo y perfeccionándote"* (Entrevista, M, NYC).

En aquellos que trabajan a nivel ministerial y están enmarcados en algún programa nacional, se identificó un sentido de pertenencia más claro, con mención a objetivos, a supervisiones y a la posibilidad de contar con referentes.

También se detectó una distinción en los ambientes grupales, entre aquellos que trabajan dentro del ámbito hospitalario y los que trabajan en los espacios del primer nivel de atención.

*[...] "... en el centro de salud, el trabajo es más humanizado y también las relaciones" (Entrevista, F, VYQ).*

Hubo coincidencia general, respecto a la influencia del entorno grupal/laboral en el DPC, siendo una influencia positiva cuando se comparten intereses. En varios de los entrevistados, esos grupos de intereses no siempre coincidieron con los grupos de trabajo;

*[...] "...me parece que los que forman mi círculo, lo forman porque yo los elijo, porque compartimos intereses. Seguramente de ese círculo profesional con el cual yo tengo más afinidades, después surgirán nuevos intereses" (Entrevista, F, NYC).*

*[...] "...por ejemplo con mis compañeras, pero en realidad son amigas, porque mi entorno pequeño son 2 médicas y con ellas siempre hablamos que tenemos que estar bien, seguir formándonos... Es más influencia de amigas que de grupo de trabajo" (Entrevista, F, NYC).*

Varios de los entrevistados remarcaron que las relaciones interpersonales son muy complejas, apareciendo las distinciones entre amigos y compañeros de trabajo, de modo un tanto extremo en algunas ocasiones;

*[...] "...siempre intenté fomentar la amistad entre todos..." (Entrevista, F, VYQ);*

*[...] "...no soy amiga de aquellos colegas con los que tengo mucho contacto... es una decisión personal..." (Entrevista, F, NYC).*

La mayoría de los entrevistados señalaron las serias dificultades que aparecen cuando en el lugar de trabajo, se superponen las cuestiones laborales con la amistad;

*[...] "Los grupos se desarman... muchos creen que uno tiene que ser amigo de todo el mundo y no es así, tenés que ser compañero...hay cuestiones de piel que no las*

*podes resolver...son las relaciones interpersonales que son complicadas"*  
(Entrevista, F, VYQ);

Un punto que apareció en la mayoría, es la referencia a "los que llegaron" en diferentes momentos, por un lado trayendo posibilidades de enriquecer los espacios, al ser de distintas provincias y con distintas formaciones académicas y por otro lado con objetivos también extremos, desde "cambiar todo" a "trabajar lo menos posible". Se detectó que cuando el entorno laboral es valorado como negativo, surgieron otros entornos, por ej. grupos virtuales con profesionales de otras provincias, grupos por fuera del ámbito de la salud pública, grupos de colegas amigos (no necesariamente de la misma especialidad) y asimismo surgió el desarrollo de otras actividades no vinculadas a la medicina, como espacios donde encontraron posibilidades de "armar algún grupo".

**Migraciones profesionales:** Los entrevistados coincidieron en que los movimientos migratorios en general y de los médicos en particular, tanto externos como internos, impactan positiva como negativamente en las dinámicas grupales y por ende esto repercute en la atención de los pacientes. En relación a los médicos que llegan, destacaron que en general traen ideas nuevas; tienen mayor conocimiento o destreza en prácticas que hacían con más frecuencia; incentivan; traen "energía nueva"; generan relaciones interdisciplinarias útiles. Por otro lado la mayoría de los entrevistados coincidió en que estos movimientos también afectan negativamente la dinámica grupal, ya que se dan retrocesos en equipos de trabajo que habían logrado un buen funcionamiento y sostuvieron que las nuevas incorporaciones también generan desconfianza.

*[...] "...los que vienen de otras provincias pueden ser un estímulo para la formación, pero lo que es el trabajo en sí, a veces uno no los termina sumando porque no sabe si se van a quedar, de hecho no se quedan, no es un miedo infundado. Condicionan la dinámica, no la formación... estamos siempre volviendo a empezar... esa es la sensación" (Entrevista, F, NYC);*

*[...] "... si que impacta, porque la concepción es diferente, las costumbres de cada provincia son diferentes, hacen que se defiendan posturas sin ubicarse en el lugar en el que está y no habiendo aprendido a adaptarse al lugar en el que se está, no es lo*

*mismo hacer medicina en Córdoba que hacerla en Jujuy, que hacerla en Buenos Aires y justamente ahí es donde uno lo nota" (Entrevista, M, NYC);*

Los médicos que llegaron desde otras provincias, trajeron sus costumbres y concepciones y eso en algunos casos dificultó el proceso de integración y en otros casos favoreció el intercambio. Las vivencias en relación a la integración cultural, presentó sus diferencias entre los entrevistados;

*[...] "...siempre estás mirado, te están evaluando... en un momento sentía que yo era el de afuera entre los profesionales, y convivir con eso ha sido bravo...la mayoría eran de otras provincias y entonces yo era el único NYC" (Entrevista, M, NYC);*

*[...] "...somos un grupo de 8 profesionales, todos de diferentes provincias y por lo tanto diferentes formaciones académicas, lo cual es bastante positivo porque permite el intercambio" (Entrevista, F, VYQ);*

*[...] "...es muy difícil ponerse la camiseta de un equipo ya formado, viniendo de afuera..." (Entrevista, F, VYQ).*

En general las primeras relaciones que establecieron los médicos que llegaron de otras provincias y de otras localidades de la provincia, fueron con los compañeros de trabajo. Aparecieron estados afectivos marcados por "la cuestión de piel", los intereses, los posicionamientos políticos, las características personales. Se identificó que los problemas ocurridos a ése nivel generaron, desde cambios dentro de una misma institución (de áreas o de tareas), hasta migraciones internas dentro de la provincia, de ciudad en ciudad;

*[...] "...por años traté de fomentar la amistad entre todos en el servicio, aunque me ha tocado, a mi parecer, un grupo bastante difícil, en este momento al ser una de las personas más antiguas del grupo, gozo de un respeto creería yo, solo por la antigüedad" (Entrevista, F, VYQ);*

*[...] "...no me gusta ser amigo de mi colegas con los cuales tengo mucho contacto, es una decisión personal, creo que influye directamente en la acción de salud, creo que lamentablemente como en otros campos la superposición de la empatía puede llevar a una pérdida de las objetividades necesarias, lamentablemente son las cosas que en los roles hay que elegir, por supuesto terminado o cumplimentado un ciclo laboral uno puede permitirse una relación más estrecha". (Entrevista, F, NYC).*

[...] "...abandoné la mentalidad adolescente de "todos juntos"... tiene que ver con madurar, te das cuenta que si bien uno puede adquirir ideas, "ganas", "energía" de los otros, que puede surgir de lo grupal, termina siendo algo personal, que va a concluir o tener un resultado final si uno le pone energía" (Entrevista, F, NYC).

Varios de los entrevistados hicieron su residencia en el HRRG, y destacaron que la residencia fue un momento que los marcó y que les dió posibilidades de integración entre los NyC y VyQ.

Otro aspecto que remarcaron como positivo, fue que al saber que hay vacancias de especialidades que condicionan la atención (al no tener en el sistema de salud público, algunos especialistas donde hacer derivaciones), esto termina generando mayor responsabilidad en algunas especialidades; más compromiso, más estudio, más exploración.

Vinculados a este tema, consideraron que la estabilidad laboral y económica, junto al proyecto familiar, lideran las prioridades para que a un médico inicialmente le interese radicarse en la ciudad. Ninguno de los entrevistados señaló las posibilidades de desarrollo y crecimiento profesional/laboral que brinda la localidad, como un factor determinante en la decisión de radicación. Sólo en 2 de los entrevistados, la pérdida de la destreza debido a la baja complejidad del lugar de inserción laboral ha sido fuente de frustración.

En relación a los jefes o autoridades, no aparecieron en ningún caso, identificados con liderazgos a destacar.

**Supervisión/feedback:** La mayoría de los entrevistados coincidió en que no hay supervisión de la calidad del trabajo asistencial cotidiano;

[...] "...sé que hago bien mi trabajo, porque mis colegas me derivan a sus familiares... eso significa que confían y que algo estoy haciendo bien" (Entrevista, F, NYC).

La supervisión apareció ligada a los Programas Nacionales<sup>14</sup>, que tienen pautadas evaluaciones trimestrales, cuatrimestrales, dependiendo de la actividad que desarrollen. Los médicos que están vinculados a estos programas, coincidieron en



que esta modalidad genera mayor esfuerzo, preparación previa; incentiva y motiva para la consecución de metas;

*[...] "...por normas establecidas desde el programa, tiene un sentido único y común, eso es muy importante. El programa te ofrece capacitación con normativas, es como si fuera una sociedad científica. Y el estar respaldado por gente, por más que estés en cualquier parte, te da la tranquilidad del respaldo, la tranquilidad de las cosas claras, porque tenés respuestas ante el desconocimiento y la posibilidad de que te aclaren ideas y eso te ayuda a crecer, a uno y al grupo. El respaldo, hace que el ambiente grupal de trabajo sea estimulante" (Entrevista, M, NYC).*

Se reiteró entre los entrevistados, la importancia de conocer las virtudes y limitaciones propias. Por lo tanto, frente a la ausencia de instancias de supervisión formal, se identificaron instancias aisladas: discusión en grupos, autoevaluación informal (toma de conciencia frente al paciente de lo que puede o no, de lo que sabe o no), intercambio entre colegas;

*[...] "... supervisión formal no, todo se conversa en equipo, hoy realmente es una actividad muy libre el trabajo. No quiero exagerar, pero yo podría venir y pasarme todo el día haciendo un trabajo que no tuviera nada que ver con el trabajo y no pasaría nada... no hay una supervisión, en tanto no hay un plan, no hay objetivos, las metas están puestas por nosotros mismos..." (Entrevista, F, VYQ);*

*[...] "...no existe supervisión, la sensación que tengo es que nadie mira mi trabajo. Si lo miran nunca me han dicho nada, ni lo bueno ni lo malo. Por ahí entre colegas uno puede comentar algo, pero es de igual a igual, no es que venga de un superior" (Entrevista, F, NYC).*

**Beneficios/Reconocimiento:** Como beneficios de pertenecer a la administración pública provincial, los entrevistados coincidieron en señalar la estabilidad laboral (planta permanente), la posibilidad de concentrar esfuerzos en un mismo lugar (en el caso de los full time<sup>2</sup>) y la organización diaria que se ve facilitada por los horarios hospitalarios (permite hacer otras cosas por fuera del trabajo). Las cuestiones inherentes al salario, como ser vacaciones, obra social, aportes jubilatorios, lucro cesante, fueron claramente visualizadas como derechos.

Respecto al reconocimiento (profesional/laboral), aparecieron varias aristas del mismo: económico, institucional, de los pacientes. Este último fue el más claramente

identificado (el que les llega de parte de los pacientes). En cuanto al económico e institucional, todos los entrevistados coincidieron en que no aparecen adicionales en el sueldo por certificación y recertificación de especialidad. El sueldo paga el grado y la criticidad<sup>18</sup>. Tampoco reconoce los cargos de gestión pública. Por otra parte el arancelamiento no premia resultados, paga al que hace más prácticas, que no es lo mismo que el que más trabaja;

*[...] "...surgió el arancelamiento, para premiar al que más hiciera y se tergiversó todo y hoy no se premia al que más hace" (Entrevista, M, VYQ);*

*[...] "...hay una indiferenciación de esfuerzos... mucha inequidad" (Entrevista, F, NYC).*

*[...] "...Se confunde baja complejidad con baja calidad y no hay reconocimiento de eso... no saben lo que se hace en el centro de salud... piensan que estás en el centro de salud viendo todos los días mocos y no saben todo lo que se puede detectar en esa instancia, en esa entrada. No está reconocido, se supone que en la pirámide sos la base, la puerta de entrada, pero en la realidad no lo ves así. Por ejemplo el arancelamiento, hace poco gané 67 pesos de arancelamiento" (Entrevista, F, NYC).*

No se detectó que identificaran algún beneficio en particular por ser NyC;

*[...] "...realmente no tenía ningún beneficio ser lugareño; ni económico, ni habitacional, nada... era uno más entre los profesionales" (Entrevista, M, NYC)*

Otra cuestión destacada que surgió en la mayoría de los entrevistados es que no hay "rendición de cuentas", por lo tanto trabajar o no trabajar, continuar o no continuar la propia formación, implican el mismo sueldo. Todos perciben su salario a fin de mes;

*[...] "...pero están estas otras cosas que a uno no le gustan, como el achatamiento profesional. En realidad te podés quedar ahí sin hacer nada y tampoco pasa nada, si es todo igual. En cambio salir a trabajar en el privado, implica una adaptación totalmente nueva, tiempos, ritmos, familia...etc. ...en el hospital tenés todo organizado, tenías consultorio de tal hora a tal hora, te ibas y se terminaba todo ahí (Entrevista, M, NYC);*

*[...] "...certificación y recertificación de la especialidad... ahí debería estar la diferencia, sino yo cobro lo mismo que otro" (Entrevista, F, NYC).*

Algo identificado claramente como un beneficio son las capacitaciones que vienen a través de los Programas Nacionales, aparecen como muy estimulantes, porque están muy bien organizadas y tienen un marco de sentido;

*[...] "... el programa te ofrece capacitación con normativas... te da la tranquilidad del respaldo, la tranquilidad de las cosas claras.... el respaldo hace que el ambiente grupal de trabajo sea estimulante" (Entrevista, M, NYC).*

**Responsabilidad profesional/institucional:** Todos los entrevistados coincidieron en que el desarrollo profesional es primero y principalmente una responsabilidad del profesional. Asimismo, también hubo coincidencia en que hay una responsabilidad del Estado Provincial, en tanto se desempeñan en el ámbito de la salud pública;

*[...] "... el principal responsable del desarrollo profesional es uno mismo, pero véase como una semilla, que para germinar necesita de un terreno fértil y propicio, y es ahí donde un sistema de salud provincial bien aplicado, con políticas claras y equitativas, es un factor preponderante en el desarrollo profesional" (Entrevista, M, VYQ);*

*[...] "...es una responsabilidad del profesional frente al paciente, pero el Estado también tiene una responsabilidad, tiene que controlar..." (Entrevista, F, VYQ).*

En su mayoría coincidieron en que la responsabilidad del Estado está en definir políticas claras, apoyar y colaborar desde lo administrativo y económico; debería controlar y marcar diferencias entre aquel que estudia y continua formándose y actualizándose y el que no lo hace, ya que esto podría funcionar retroalimentando positivamente al sistema;

*[...] "...la provincia tendría que ofrecer un beneficio de algún tipo al que esté estudiando. Porque entonces, desde qué lugar vas a decir algo al que no se capacita, si no hay diferencias... entonces, el que no lo quiere hacer, ¿cómo lo obligas a que lo haga? ¿a que se capacite?." (Entrevista, F, NYC).*

**Intereses personales/necesidades institucionales:** Entre los entrevistados hubo diferentes posiciones. En los médicos que se desempeñan a nivel ministerial se detectó un mejor equilibrio entre intereses personales con las actividades laborales/necesidades institucionales. En otros apareció el deseo de que ambas cuestiones sean compatibles;

*[...] "...uno debe dirigir las inquietudes al lugar donde se encuentran las necesidades, es nuestra obligación intelectual que los conocimientos que podemos adquirir perteneciendo al sistema de salud, tengan un lugar dentro de este para poder ser desarrollados, ahí está la real vuelta de tuerca que el conocimiento debe encontrar" (Entrevista, F, NYC).*

En la mayoría de los entrevistados se manifestó la incompatibilidad entre el perfil de atención y el perfil de profesional; entre las posibilidades económicas provinciales y los intereses de rentabilidad de su práctica del profesional y de hiperespecialización; entre los objetivos de la institución (más vinculados a responder a la demanda social), y las inquietudes del profesional más relacionadas con actividades académicas. Además se detectó inconsistencia entre el modelo de atención que se promueve y el modelo de atención que "se premia";

*[...] "...por ejemplo el modelo médico hegemónico, plantea algunas cuestiones, que para mí que seguí la línea de la salud pública, no son aplicables a Santa Cruz, es decir, la formación continua que el profesional cree que necesita, a veces no se adapta a la necesidad de Santa Cruz en un modelo más comunitario" (Entrevista, F, VYQ);*

*[...] "...no hay coincidencia, entonces hoy me decís actualizarte, en una provincia donde lo único que me ofrece es un 90% de bajo riesgo, que en realidad es muy lindo, pero es muy aburrido, no hay desafío. El egocentrismo médico me hace querer formarme siempre en lo mejor... acá no hay una mentalidad del médico general, de lo primario..." (Entrevista, M, VYQ).*

*[...] " El proyecto que presentamos, yo lo veo como una necesidad, no se si es una necesidad sentida por todos, pero yo lo veo... siento que no hay un recurso público para estas personas... Siento que necesitamos un equipo interdisciplinario...pero muchas veces no tenés la otra parte, no tenés recursos, o bien la desidia general ... entonces trato de ni pensar en eso, yo voy a lo que a mí me hace bien" (Entrevista, F, NYC).*

### **4.3. Factores socio - culturales**

***Integración con la comunidad y redes:*** Se detectaron algunas particularidades y paradojas en la integración social, tanto en Río Gallegos<sup>21</sup> como en otras localidades provinciales por las que estuvieron:

- Dificultades para poner límites entre los pacientes y el profesional (por ej. límites horarios). Esta particularidad apareció más acentuada en los NyC, ya que por ser del lugar, tienen vínculos locales o una red local más ampliada (familiares, amigos, conocidos);

*[...] "...la gente te conoce, tiene tu celular, sabe dónde es tu casa... una vez en el supermercado estaba mirando un precio y veo que por delante me pasan una ecografía..." (Entrevisto, F, VYQ).*

- Personalización del nivel de atención: demanda directa al médico y no a través del sistema de salud, con un alto nivel de exposición profesional, particularmente frente a los errores;

*[...] "...yo creía que un pueblo... era más tranquilo y que iba a tener más tiempo para estar con los chicos, al final estaba menos tiempo que en la ciudad, porque vivía para atender a la gente, conozco la casa de casi todo el pueblo...me llevó a que abandone mucho a mi familia" (Entrevista, F, VYQ).*

- Exigencia de resultados de parte de los usuarios del sistema;

*[...] "...el hecho de ser pocos habitantes, personaliza el nivel de atención y esto acarrea acciones más allá del nosocomio (Hospital), acentuando la necesidad de resultados en el ejercicio de la profesión. Presentando un nivel de exposición aun mayor, en estas comunidades "cerradas". Apareciendo dentro del abanico de acciones medicas, "la presión" familiar", como importante factor en la toma de decisiones medicas" (Entrevista, M, VYQ).*

- Sólo 4 de los entrevistados manifestaron diferencias entre NyC y VyC; en cuanto al trato en el consultorio, en relación a las oportunidades y caracterizando a los NyC de "muy cerrados".

---

<sup>21</sup> Los entrevistados la consideraron una "ciudad chica".

- En el proceso de integración social/laboral, se identificaron instancias bien claras en los VyQ: a) se inicia a través del grupo de trabajo del servicio en el que se integra; b) a través de la persona/familia que les hizo el contacto; c) a través de la residencia, como un momento clave para la adaptación e integración futura (amistades y matrimonios nacieron en la residencia). En el caso de los NyC que han migrado intra provincia, también dieron cuenta de lo costoso que es revincularse dentro de la misma provincia, aún siendo santacruceño.
- Se destacó que los entrevistados recordaron con mayor claridad, el primer lugar donde se radicaron, aquel lugar donde encontraron una red afectiva y pudieron establecer algunos vínculos afectivos que aún hoy conservan.

**Balance:** Entre las razones destacadas a favor, se encontraron las siguientes:

- La estabilidad laboral; aún cuando el poder adquisitivo no es tan bueno como en otras épocas.
- La familia; formaron una familia a la que pueden dedicarle tiempo, ya que la organización horaria les permite tener tiempo para actividades extralaborales. Algunos también, pudieron ayudar económicamente a su familia de origen.
- Lugar físico; la mayoría pudo adquirir o construir su propia casa.
- Lugar simbólico y afectivo; algunos han construido un lugar, un nombre, un círculo de amistades, y se sienten muy a gusto.
- Cambio en el paradigma de la educación presencial; por lo tanto encontraron más posibilidades de educación continua.
- Sistema Previsional; sólo 2 de los entrevistados hicieron referencia a las ventajas del mismo.
- Nuevos proyectos y oportunidades a nivel laboral, funcionaron como motivadores.

Entre las razones destacadas en contra, se encontraron las siguientes:

- La lejanía de los afectos, de los amigos y familiares. Este aspecto está presente tanto en los que han migrado de otras provincias, como en los NyC que tienen sus familias en otras localidades o bien en otras provincias.
- El tiempo y el dinero son 2 variables relevantes ya que para asistir a diferentes instancias de formación, requieren mayor inversión en ambas cuestiones (para

traslados, alojamiento, viáticos). Igualmente aparecieron como un obstáculo y no como un impedimento.

- El deterioro del sistema público; no está claro el concepto y la finalidad de la salud pública, con un cambio en el sistema de valores.
- Límites para la innovación y para el propio desarrollo económico y laboral.
- La exposición profesional pública. La pérdida de la privacidad, del anonimato.
- La migración permanente de profesionales de la provincia y del sistema público, lo cual desestructura los grupos.
- Los frecuentes cambios de autoridades a todo nivel.
- Actividades sociales limitadas y falta de actividades recreativas al aire libre. Sólo 2 de los entrevistados hicieron referencia al clima y al viento particularmente.

**Macro - contextual:** La totalidad de los médicos entrevistados consideró que el contexto político-económico de la provincia influye de manera negativa en el DPC, coincidiendo en su mayoría en que hay una priorización de lo económico, considerando que se debería poner el foco en la gestión de los recursos físicos y humanos, en el cuidado de los mismos, a través de una oferta clara, con posibilidades de desarrollo;

*[...] "... el contexto puede ser expulsivo 100% ... es uno de los principales factores de huída" (Entrevista, F, NYC);*

*[...] "...no siento que sea un recurso humano importante para la provincia..." (Entrevista, F, NYC).*

El total de los entrevistados coincidió en desconocer las características del Plan de Salud<sup>22</sup> que se anuncia como vigente y consideraron que esto también constituye un factor que dificulta el DPC, por la falta de claridad en los objetivos, porque las acciones en general son por azar, por experiencia, por intuición, "a gusto".

La mayoría de los entrevistados coincidieron en que la decisión política debería fortalecer la formación y en que un plan aportaría un norte, sería un incentivo,

---

<sup>22</sup> Disponible en [http://salud.santacruz.gov.ar/descargas/Plan\\_de\\_Salud\\_Santa\\_Cruz.pdf](http://salud.santacruz.gov.ar/descargas/Plan_de_Salud_Santa_Cruz.pdf)

actuaría como un ordenador. En este contexto, los entrevistados coincidieron en que el DPC se ve muy influenciado por los intereses personales del profesional, por los intereses de los grupos, por la retroalimentación de los pacientes;

*[...] "...hacemos por hacer, lo que se puede, como se puede, por ahí estamos apuntando a cosas que no son necesarias o que no corresponden" (Entrevista, F, VYQ).*

El total de estos entrevistados no identificó figuras de liderazgo. En la mayoría de los casos asociaron el liderazgo con las figuras de conducción de los más altos niveles; no se identificó allí un liderazgo claro. Las consideraciones fueron diversas: Dos de los entrevistados hicieron referencia a liderazgos pasados, que [...] *"...daban esperanza" (Entrevista, F, VYQ)* y qué hacían [...] *"... sentirse parte de un proyecto" (Entrevista, M, NYC)*. Otro de los entrevistados consideró que [...] *"... la presencia o ausencia de un líder, puede ser positivo o negativo, dependiente de la actitud individual que cada profesional asuma ante esa situación..." (Entrevista, F, VYQ)*. En varios entrevistados se detectaron "líderes" colegas, de la misma especialidad o de otra especialidad o profesión, que consideran referentes en alguna práctica/área. Dos de los entrevistados, reconocieron líderes en otras áreas, por fuera del sistema público de salud e incluso de la provincia.



## **Capítulo 5. Discusión**

En la presente investigación, se indagó en relación a los factores motivacionales que operan en el DPMC en el ámbito de la salud pública de Río Gallegos - Provincia de Santa Cruz.

El principal supuesto que estuvo presente en este recorrido exploratorio fue, que los movimientos migratorios característicos del entramado poblacional de la Provincia, le otorgan características particulares a las dinámicas de los grupos-equipos de trabajo y a los aspectos relacionales en general y que esto impactaría de alguna manera en el DPMC. Por lo tanto, al partir de estas consideraciones era probable que otros factores motivacionales estuvieran operando en el DPMC, más allá de las barreras conocidas, como ser las limitaciones en cuanto a distancia y accesibilidad.

Por otro lado, no se puede desconocer que desde el año 2011 la situación política-económica de la provincia, causó un impacto directo en el ámbito de la salud, inmerso en reclamos salariales permanentes, paros, renunciaciones de profesionales y cambios de autoridades<sup>23</sup>. Un estudio multicéntrico<sup>iii</sup> realizado en 2012/13 sobre la planificación estratégica en el área de salud de la Provincia, dio cuenta que la base sobre la cual se fundamentaba la programación sanitaria eran las necesidades coyunturales, los planes nacionales<sup>17</sup> (atados a algún reconocimiento económico en función del cumplimiento de metas), las demandas y las intervenciones de los actores políticos, los requerimientos de los servicios de atención de urgencias, la ley de arancelamiento<sup>3</sup> y en algunas oportunidades, la iniciativa de algunos actores relevantes en los servicios de salud.

No es posible hablar de los factores motivacionales que intervienen en el DPMC, sin tener en cuenta este contexto y la situación particular del sistema de salud provincial.

Según la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME), *"El DPMC incluye todas las actividades que los médicos llevan a cabo, ya sea formal o informalmente,*

---

<sup>23</sup> Desde el nacimiento del Ministerio de Salud (05/04/11) a la fecha, han asumido 7 Ministros de Salud. Las autoridades de los hospitales cambiaron en toda la Provincia (sólo 1 de los Directores persiste en su cargo desde hace varios años). Muchos de los profesionales de salud del sistema de salud pública han renunciado y emigrado, del sistema público y también de la Provincia.

*para mantener, poner al día, desarrollar y mejorar su conocimiento, sus habilidades y actitudes, en respuesta a las necesidades de sus pacientes"* <sup>xiii</sup>. Por otra parte, es ineludible tener en cuenta las necesidades propias del médico, donde en general intervienen razones de diferentes niveles y un tanto más complejas que "mantener" <sup>xvii</sup>. Es decir, el DPMC debería responder a las necesidades de otros, sin desatender sus propias necesidades.

El DPMC se diferencia claramente de la educación médica de grado y de la formación médica sistemática de posgrado (sistema de residencias). Mientras esta última modalidad responde a regulaciones y normativas específicas, el DPMC implicaría principalmente actividades de aprendizaje autodirigidas y basadas en la práctica, en lugar de una formación tan estructurada <sup>xiii-xv</sup>. Es decir, la etapa del DPMC estaría caracterizada por la autodirección del aprendizaje; proceso que tiene lugar en un contexto personal, institucional, socio-cultural, con sus características específicas en un tiempo-espacio determinados. Precisamente como señala Miller<sup>xv</sup> la motivación individual para mantener el aprendizaje, en la situación de la práctica independiente (entendida como posterior al grado y al posgrado), presenta desafíos especiales y estos desafíos estarían en parte vinculados a ese contexto particular en el que acontece.

Pareciera entonces que las mayores oportunidades para beneficiarse del DPMC en la actividad diaria, se encuentran y dependen en gran medida de las características del ámbito de trabajo<sup>xiii</sup> y de las posibilidades que allí se generan. Al mismo tiempo, los factores motivacionales (extrínsecos) presentes o ausentes en ese ámbito, condicionan la dinámica. Trabajar en un hospital de alta complejidad, es diferente a trabajar en un centro de atención primaria, a trabajar en la gestión central del ministerio de salud; estos espacios difieren en su dinámica, en su organización, en sus tareas

En términos generales, se encontraron factores motivacionales que operan en el DPMC, en los distintos niveles analizados. Se detectó la presencia de necesidades de distinto tipo; tal como señala C. Aldelfer<sup>9</sup>, diferentes necesidades de distintos niveles, pueden estar activas simultáneamente<sup>v-ix</sup>.

Si hay una necesidad, es porque hay algún grado de insatisfacción. El estado de insatisfacción, no es malo en sí mismo. Se debe tener siempre presente que: *"Una*

*necesidad satisfecha, reduce la importancia de la misma como motivador y a medida que cada una de estas necesidades se satisface sustancialmente, la siguiente se torna dominante*<sup>viii</sup> Es decir, para que existan "fuerzas que empujen" en determinado sentido, es necesaria cierta falta, cierto grado de insatisfacción.

De la exploración realizada se dedujo lo siguiente: El salario y las condiciones laborales (contratación en planta permanente, carga horaria, seguridad social, aportes jubilatorios) son necesidades básicas y de seguridad que, tienen cobertura parcial. En la mayoría de los entrevistados subsistía malestar e insatisfacción al respecto, principalmente por el decreciente poder adquisitivo del salario, lo cual derivó en una insistencia permanente de mejora salarial. Aún así, tanto el salario como las condiciones laborales (principalmente la estabilidad laboral), continúan operando como factores de retención.

En relación a esto es importante considerar que cuando una persona se encuentra motivada por necesidades básicas (de orden material), es bastante improbable que muestre interés en cuestiones vinculadas a su formación o al trabajo que realiza, en general sus inquietudes se dirigirán a otras cuestiones<sup>viii</sup>.

Respecto a esto, serían posibles dos interpretaciones: por un lado, F. Herzberg<sup>9</sup> nos indica que la satisfacción extrínseca de estas necesidades o factores higiénicos, no garantiza "el empuje" hacia el cumplimiento de otras<sup>v</sup>. Es decir, que aún estando altamente satisfechas, eso no garantiza que las acciones se dirijan al cumplimiento de intereses superiores. Desde otro ángulo, C. Alderfer<sup>9</sup> plantea en su teoría, que cuando las necesidades superiores (creatividad, productividad, logros, deseos personales) están insatisfechas, se acentúa el requerimiento para obtener las inferiores, es decir, hay un retorno a las necesidades básicas; una insistencia sobre ellas, que se mantienen dominantes.

Pareciera que el proyecto familiar opera como un factor motivacional muy claro, observándose en todos los entrevistados, la priorización del proyecto familiar por sobre las posibilidades de desarrollo profesional/laboral en el lugar de residencia. Es decir, que se priorizó ofrecer cuestiones de seguridad y estabilidad a la familia, mantener la unión familiar, dedicarle más tiempo a la crianza de los hijos, preservar la cercanía a los afectos de toda la vida.

Este aspecto apareció priorizado por sobre el DPMC, es decir, se privilegiaron las decisiones en beneficio de la familia y el proyecto familiar, operando como un fuerte factor motivacional en general y asimismo como factor de retención cuando la misma ya está instalada en la localidad.

Los factores afectivo-relacionales son claves y en este sentido podría decirse que los NyC tienen ciertas ventajas. "*Ser local*" tiene su peso, en tanto tienen mayor potencialidad para entablar vínculos, por la infancia vivida en el lugar, por los compañeros de colegio, por las amistades y por los lazos familiares. Incluso los médicos NyC que hicieron su formación de grado en otras provincias y que tuvieron la posibilidad de conocer otras realidades, siempre tuvieron "*la idea de volver*".

Fue muy claro ver que, independientemente del lugar en que nacieron, los entrevistados siempre hicieron mención a "un lugar" donde establecieron los vínculos afectivos más fuertes, donde armaron redes de amigos, de compañeros, de familias. En el intento de sostener esos vínculos, ese "primer arraigo" pareciera dilatar los tiempos de integración en los nuevos lugares y más aún para aquellos que tienen "doble desarraigo" (primero de su lugar de origen y que luego también migraron nuevamente dentro de la provincia).

Así lo señala Rozo Castillo<sup>xix</sup> cuando expresa que el duelo migratorio es un duelo parcial, ya que siempre está presente la posibilidad de reencontrarse con eso que se dejó (la provincia, la familia, los amigos). A la vez, se trataría de un duelo recurrente, es decir que se está reabriendo constantemente por el contacto telefónico, vía internet, por los viajes esporádicos, por la visita de los familiares. La persona, oscila entre dos lugares, entre la estima y la desconfianza, entre lo definitivo y lo transitorio<sup>xix</sup>.

En relación a algunas condiciones de trabajo, las ventajas que en apariencia tiene la modalidad de contratación full time, en cuanto a la concentración de la carga horaria y a la dedicación exclusiva, tiene su contraparte altamente desmotivadora, como ser que la baja carga horaria (30/35 hrs. semanales) dificulta la formación de equipos de trabajo y a la vez que el sueldo no refleja esa exclusividad.

La falta de mecanismos administrativos para la progresión en la carrera, como así también la ausencia de concursos para ocupar diferentes cargos en la orgánica

ministerial/hospitalaria<sup>24</sup> y la falta de discriminación entre aquellos médicos que cumplen con la carga laboral y los que no, generan estados de insatisfacción y operan como factores de desmotivación importantes. Se destacó que el tipo de reconocimiento o diferenciación que se espera, no es siempre de orden económico. Es decir, que la indiferenciación, es uno de los factores que genera mayor malestar, excediendo a los planteos económicos.

La falta de rendición de cuentas y de control de calidad de la propia práctica asistencial, operan como factores desmotivadores; generan insatisfacción y además de impactar en la calidad de atención médica brindada, impactan en el ánimo personal (alta o baja autoestima) porque no permite que se visibilice el desempeño. Tal como lo señala Mathauer<sup>vii</sup>, los incentivos no financieros y las herramientas de gestión de recursos humanos, juegan un papel muy importante respecto el aumento de la motivación en los profesionales de la salud.

Se encontraron diferencias en cuanto a los factores que operan en el DPMC, más ligadas al ámbito de trabajo y no tanto a la especialidad. Los médicos entrevistados que integran o trabajan en direcciones ministeriales tienen un sentido de pertenencia más claro (no a la Institución en sí misma, sino al Programa Nacional que representan o coordinan), como así también ven más oportunidades de desarrollo profesional. A este nivel, los programas nacionales o direcciones en los que se desempeñan, les ofrecen un marco más organizado, con objetivos de trabajo claros, con capacitación permanente, además cuentan con referentes a nivel nacional que los acompañan, supervisan y asesoran. Alcanzan un nivel elevado de especialización en temas y áreas específicas. Estas condiciones generan entornos laborales un poco más estimulantes, aún cuando los médicos que se desempeñan a nivel central no cobran el código hospitalario<sup>25</sup>, ni arancelamiento, por lo tanto sus salarios son inferiores a un médico que trabaja en el Hospital. En cambio en aquellos médicos que integran servicios hospitalarios o del primer nivel de atención, parecería no estar tan claro el sentido de pertenencia al mismo; siendo aún más notorio en los que trabajan en el ámbito hospitalario propiamente dicho. Se detectó más bien un

---

<sup>24</sup> Refiere al Organigrama Institucional.

<sup>25</sup> Un ítem que se agrega al sueldo.

gusto/amor por la especialidad y no tanto por el servicio de pertenencia. No se encontraron a este nivel planes de desarrollo profesional formalizados.

Es decir, que las metas claras, la supervisión, el reconocimiento y la posibilidad de capacitación, son factores de empuje, motivadores. Los planes nacionales evidencian su capacidad de determinación sobre la programación de las actividades<sup>iii</sup> fundada en el diseño claro de objetivos y actividades, en la posibilidad de distribuir recursos específicos, en la existencia de una contraparte nacional que monitorea la ejecución en los niveles provinciales y por lo tanto visibiliza el trabajo; generan una estructura de gestión y de responsabilidad que es muy valorada.

Pareciera que cuando el marco institucional de pertenencia inmediata no está bien definido, afloran fuertemente las cuestiones más vinculadas a las relaciones interpersonales. Cuando el trabajo/la clínica no está en el centro de la escena, en tanto la tarea en sí misma no sería lo convocante, priman las discusiones administrativas y las personales y en estos casos habría una vuelta a las necesidades básicas (por ejemplo lo que falta en cuanto a recursos materiales, salariales).

Fue muy interesante en este punto lo detectado en la percepción de los grupos de trabajo. Tal como lo señala A.M. Fernández<sup>xxvii</sup>, el sólo hecho de "juntarse" no constituye un grupo. Es decir, que además son necesarias una determinada actividad en común y cierta forma organizacional. La misma autora señala que el rendimiento de una persona, depende más de la interrelación afectiva que establece con sus colegas y compañeros, que de las mejoras en sus condiciones de trabajo. Es decir, que "lo grupal" <sup>xxviii</sup> cobra peso por distintas razones. Cuando esa interrelación no funciona adecuadamente y además la práctica no está en el centro de la dinámica, se generan en algunos casos movimientos a otros espacios dentro de la misma institución, o por fuera del ámbito público, o bien a otros grupos que no están vinculados a la profesión. Es decir, cuando no funciona el grupo en el ámbito laboral y a esto se suma el deterioro de las relaciones interpersonales, habría una tendencia a buscar (migrar) a otros grupos, en los cuales encontrar un arraigo, una pertenencia; los mismos no siempre coinciden con los equipos/grupos de trabajo y estarían más bien ligados a intereses personales.

Una carencia rompe el equilibrio anterior y provoca un estado de insatisfacción e incomodidad en el individuo y esto obliga a desarrollar un nuevo comportamiento y a llevar a cabo una serie de acciones, intentando restablecer su equilibrio<sup>v</sup>. En este caso, se buscaría restablecer el equilibrio grupal.

Es interesante el efecto que los movimientos migratorios producen en los grupos de trabajo. Se advirtió claramente que hay un proceso de integración tanto de la comunidad receptora, como de los que provienen de otras localidades. En los NyC la necesidad de integración ocurre más bien a nivel de los grupos de trabajo, a los cuáles deben adaptarse, conocer e integrarse y donde en ocasiones tienen la sensación de "ser de afuera". Podría decirse que ocurre preferentemente hacia dentro de la institución. En el caso de los que provienen de otras provincias e incluso de NyC que vienen de otras localidades, el proceso de integración es doble; hacia adentro de la Institución y también hacia afuera en cuanto a la comunidad receptora. Entonces, de aquí se infiere que los grupos de trabajo, atraviesan un proceso de integración laboral/social, independientemente de la procedencia de sus miembros. A este nivel y potenciado por la falta de claridad en cuanto a la definición de las tareas y la ausencia de liderazgos claros, se genera un terreno propicio para cierta indiferenciación entre ser amigos y/o compañeros de trabajo. Es decir, la grupalidad tiene vital importancia en el proceso de socialización. Como señaló inicialmente Maslow<sup>v</sup> <sup>viii</sup>, las necesidades de afiliación y sociales, son las principales fuentes de motivación, ya que en general las personas pueden llegar a valorar más un trabajo, cuando lo ven como una ocasión que permite también entablar relaciones con los demás. Esto parece acentuarse, cuando el trabajo en si mismo no ofrece un marco de organización bien definido.

Podría decirse que frente a la percepción de falta de claridad acerca del proyecto institucional (políticas de salud), en general aparece la incompatibilidad entre las necesidades institucionales y los intereses personales; y también esto tensiona "una vuelta a sí mismo", a las propias necesidades; asimismo se buscan otros grupos o bien surgen otros intereses. Cuando hay una inserción clara, por ejemplo en la Residencia, las necesidades parecen articularse y coincidir, pero cuando no está claro el proyecto al cual se responde, las necesidades empiezan a ser interpretadas como personales y no como institucionales.

Ante el deterioro de lo público, apareció la búsqueda de desarrollo profesional en otros ámbitos, como ser el ámbito privado de la salud, a través de la contratación part time<sup>26</sup>, o bien aparecieron otros proyectos no vinculados a la profesión, e incluso que fueron más allá del rédito económico.

En la exploración realizada, se confirmó que gran parte del DPMC ocurre de manera autodirigida, siendo la propia práctica, ya sea asistencial o de gestión, la que permite visualizar las limitaciones, la necesidad de interconsultas, de discusiones con colegas, de búsquedas bibliográficas, etc. Claramente, es en el trabajo cotidiano con los pacientes o en la gestión de actividades, donde los médicos desarrollan, cambian y mejoran su práctica mediante intercambios de opiniones profesionales y mediante el diálogo con colegas, y no tanto como resultado de procesos formales<sup>xiii</sup>. Si bien se valoran estas actividades, se detectó una añoranza/deseo de actividades más estructuradas. La accesibilidad a las actividades sistemáticas o al menos más formales (presenciales o virtuales), estaría privilegiada por encima de las posibilidades de autodirección del aprendizaje.

La influencia del ambiente laboral apareció claramente. En un contexto general de malestar e incertidumbre, la mirada se focaliza en propuestas mejor estructuradas, en ocasiones aún sin una valoración crítica y objetiva de su aplicabilidad. Los planes y programas nacionales, incluyen un componente de capacitación, y los mismos ofrecen objetivos claros, supervisión, referentes de consulta. Este tipo de propuestas, operan como un factor de motivación importante.

También podría decirse que las actividades más formalizadas, como cursos, posgrados, conferencias, congresos, etc, aparecieron como más estimulantes; probablemente por ser escasas en la localidad, aún cuando son las que ofrecen mayor dificultad en el acceso, debido al costo en tiempo, dinero y cobertura asistencial del lugar de trabajo; a lo cual se agrega como un factor preponderante la organización familiar/laboral.

Si bien las alternativas de formación en línea son muy tenidas en cuenta, habría una valoración mayor de las instancias presenciales (nacionales o provinciales), por la posibilidad del encuentro con otros colegas, el establecimiento de redes y la

---

<sup>26</sup> Part time: Médicos que trabajan en la administración pública provincial, sin bloqueo de título



indiscutible oportunidad de participar activamente en diferentes propuestas (debates, poster, paneles, exposiciones). La evidencia señala que mientras que la informática es capaz de resolver parte de la problemática del aislamiento, el estímulo de las relaciones personales y la comunicación con colegas, mejora la participación en el DPMC<sup>xiii</sup>.

Apareció como una necesidad que insiste, el encuentro presencial con otros (en la provincia o fuera de la provincia) con los que se pueda discutir académicamente, conversar, intercambiar. Precisamente es mediante el proceso continuado de la reflexión sobre su práctica y la de los otros, donde se identifican y clarifican las necesidades educativas<sup>xiii</sup>.

Por otra parte, es muy interesante la mirada que nos aporta en este caso, la teoría de los dos factores, a partir de la cual podemos identificar la ausencia en algunos casos y el deterioro en otros, de factores higiénicos (políticas de la organización y de salud, la supervisión, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo, el salario, el status, la seguridad laboral) a nivel de la organización general del sistema de salud, siendo las causas más claras de insatisfacción. Si bien su presencia tampoco garantizaría médicos motivados para su DPMC, su ausencia promueve la insatisfacción.

En términos generales se identificó que en las prácticas cotidianas los espacios de supervisión y control son prácticamente nulos y que no hay consecuencias relevantes respecto del incumplimiento de las obligaciones y acuerdos que se generan<sup>iii</sup>. Aún así un hecho interesante es que la propia investigación, al entrar en contacto con los protagonistas a través de las entrevistas, generó en ellos una autointerrogación sobre el propio desarrollo profesional y la responsabilidad individual que les cabe; corriendo un poco la responsabilidad puesta en el estado, para ponerla en si mismos.

Si bien hay una responsabilidad individual (inherente a la responsabilidad profesional), de mantener el DPMC a lo largo de la vida, los entrevistados pertenecen a la administración pública provincial, por lo tanto en el contexto provincial presentado, también le correspondería al Estado Provincial una responsabilidad en la trayectoria formativa de los profesionales; habría una responsabilidad compartida. El Estado tiene entre sus funciones velar por la salud de

la población y los beneficios de la formación deberían redundar en una mejor atención y en mejores servicios de salud para la población.

De ninguna manera esta investigación propuso el análisis del funcionamiento del sistema de salud pública de la provincia; asimismo, por las características del diseño metodológico elegido, los hallazgos que se presentarán no pretenden generalizar ni ser interpretados como la realidad de todos los médicos que se desempeñan en Río Gallegos, sino simplemente constituyen la descripción de aquellos factores motivacionales que operan de alguna manera en su desarrollo profesional, a partir de un relevamiento realizado principalmente por medio de entrevistas.

## Capítulo 6. Conclusiones

Considerando que la motivación es un insumo sustancial para el aprendizaje, esta investigación podría constituir un aporte de gran valor para el diseño de una política de recursos humanos, ya que si bien no es posible hacer una generalización de los resultados, al haber identificado factores motivacionales (especialmente los extrínsecos) implicados en el DPMC, esto ofrece un marco posible sobre el cual orientar la discusión y pensar lineamientos de intervención en el ámbito organizacional-laboral de la administración pública provincial. Se identificaron:

- **Factores motivacionales personales o de contexto particular:** Principalmente la estabilidad laboral y el régimen de contratación full time, que fueron considerados como ventajas al momento de volver o migrar a la Provincia, tanto por los NyC como por los VyQ, siguen operando como factores de retención, aunque no operan como incentivos para el DPMC. Si bien hay un insistente reclamo salarial, detrás del mismo apareció un pedido de reconocimiento, es decir, que se reconozca y se pague la especialidad, que se reconozca la formación continua, que se reconozca el cumplimiento de la tarea. Estos serían algunos de los factores ausentes, que probablemente han motivado renuncias de médicos, pedidos de contrataciones part time, desintegración de equipos de trabajo.

Este contexto de malestar, de incertidumbre y de falta de confianza, explicaría en parte la mayor valoración de actividades formativas más estructuradas (por ej. cursos, jornadas, seminarios, capacitaciones nacionales con formato de taller) y una valoración "en menos" de actividades que "están a la mano" en los propios servicios y que podrían estructurarse formalmente. A su vez, aumenta la focalización hacia la propia especialidad (hacia lo más seguro, lo que más se conoce) y no hacia una formación más transversal.

Diferentes instancias y espacios de formación, se sostienen por iniciativas y deseos individuales, como así también la responsabilidad inherente a la profesión médica opera en el mismo sentido.

Se destacó que el proyecto familiar estuvo por encima de cualquier plan de desarrollo profesional.

- **Factores motivacionales organizacionales:** Los factores organizacionales fueron identificados como el foco de mayor insatisfacción. Dentro de los mismos, la necesidad de afiliación y la pertenencia grupal (es indistinto en NyC y VyQ), como así también la necesidad de darle visibilidad al trabajo y obtener por éso una diferencia (no necesariamente económica), son las principales causas de insatisfacción y a la vez son los factores que impulsan "otro tipo de migraciones" (de servicio, de tipo de contratación, de funciones). Esto fue muy interesante ya que las particularidades que otorga el ensamble migratorio, entre médicos que provienen de distintas provincias y también de distintas localidades dentro de la misma provincia, aparecieron con menor relevancia (lo cual no significa que no la tengan) ya que la migración y el desarraigo no se encontraron vinculados necesariamente al lugar de nacimiento, sino más bien hay "desarraigos grupales"/ "migraciones en búsqueda de otros grupos"; "desarraigos institucionales"/ "migraciones en búsqueda de otros referentes"; "desarraigo de un plan de desarrollo"/ "migraciones en búsqueda de otros proyectos".

Las condiciones laborales-organizacionales fueron el factor más desmotivante, y cuando estos factores permanecen en el tiempo, en vez empuje, producen un desgaste y un descreimiento que llevan a poner el foco en otras cuestiones, por ejemplo en las administrativas y netamente asistenciales y no en las formativas.

Se identificaron claros factores de desmotivación, principalmente la ausencia de una carrera profesional sanitaria y de una política de incentivos, que aparezcan ligadas al desempeño y a la formación continua. Igualmente se encontraron escasas propuestas o alternativas para pensar estrategias que colaboren con el DPMC. Se encontró una añoranza, pero no un reclamo concreto por la instalación de espacios de formación.

Entonces, la falta de reconocimiento (no sólo económico), de supervisión y retroalimentación de la tarea, son factores que generan insatisfacción y elevan los niveles de desmotivación. El reconocimiento y el sentimiento de pertenencia son más adecuados para influenciar en la motivación y por ende en el desarrollo profesional y desempeño cotidiano.

La grupalidad es un factor muy importante; el grupo familiar, el grupo de trabajo, el grupo de amigos. En el ambiente laboral especialmente, se ponen en juego las relaciones interpersonales, las rivalidades, los celos, la falta de liderazgos claros y

los límites se tornan a veces muy confusos entre ser amigos, colegas o compañeros de trabajo. ¿Qué ser/hacer para ser parte de un grupo? esta es una cuestión que tiene su peso e impacta en el proceso de desarrollo profesional.

Siguiendo en esta línea, se destacó que la posibilidad de educación en línea y con ello la alternativa de armar grupos virtuales, como también los grupos de amigos aún cuando no compartan la misma profesión o especialidad, operan como factores de empuje al nivel de las necesidades de relación y tienen su impacto positivo en el desarrollo profesional.

- **Factores motivacionales socio-culturales (contexto-macro):** Aún cuando el contexto general del ámbito de salud fue percibido como desfavorable, en general el balance que hicieron los médicos fue positivo; principalmente en cuanto al progreso económico y la estabilidad laboral. En cuanto al desarrollo profesional, se consideraron como favorables las oportunidades presentes y futuras para llevar adelante y consolidar diferentes proyectos; "está todo por hacerse". Asimismo se destacó la necesidad de tener mayor claridad en cuanto a las políticas de salud.

El regimen de tiempo completo y dedicación exclusiva (full time), que fuera oportunamente impulsado con el objetivo de lograr un mayor compromiso de los profesionales con el sistema público de salud, apareció valorado por las ventajas que presenta (concentración de la carga horaria, focalización en determinadas tareas, organización laboral/familiar facilitada). El discomfort manifestado al respecto, no estaría vinculado al sistema en sí mismo, sino más bien a la insatisfacción en otros niveles, que llevó a numerosos médicos a considerar nuevas alternativas laborales y de desarrollo (la posibilidad de armar grupos de trabajo, de tener mejores ingresos, de encontrar una pertenencia).

Los grupos de trabajo, independientemente del lugar de procedencia de sus miembros, atraviesan permanentes procesos de adaptación y readaptación; igualmente los NYC tienen claramente mayores posibilidades de establecer y mantener vínculos; "*la localía pesa*".

## **Algunas recomendaciones**

Al identificar factores que promueven estados satisfactorios y otros que generan insatisfacción, esto permitiría pensar y plantear las estrategias más apropiadas para mejorar la motivación en el desempeño y en el DPMC. Algunas recomendaciones serían:

- Fortalecer el desarrollo del Sistema Provincial de Residencias Médicas como política provincial de formación de recursos humanos. Considerando que las Residencias Médicas de la Provincia y en particular las que funcionan en Río Gallegos, son la estructura formativa más estable y estructurada, que además opera como un tiempo-espacio privilegiado para el aprendizaje y para la integración a nivel profesional y social;
- Diseñar una Carrera Profesional Sanitaria que incorpore el reconocimiento de niveles de formación, como así también el reconocimiento del ejercicio de determinadas funciones;
- Implementar un sistema de incentivos no monetarios, considerando que aún estando desalentados por el salario y las condiciones de trabajo, los médicos pueden ser alentados/motivados por otras propuestas;
- Fortalecer el desarrollo de planes personales de desarrollo profesional y muy especialmente planes de desarrollo profesional en los servicios, apuntando a formar servicios abiertos al aprendizaje y con vistas a la interdisciplinariedad;
- Capacitar a los mandos medios y jefaturas de servicio, en liderazgo situacional y conducción de equipos;
- Profundizar el desarrollo de la Educación en Línea.

Interrogantes para futuros abordajes:

- ¿Los mismos factores operan en otras localidades de la provincia?;
- ¿La cercanía al poder político centralizado en Río Gallegos, tiene algún impacto particular en los factores motivacionales?;
- ¿Qué implicancias tiene el "reconocimiento"? Profundizar en su significado;
- ¿Cómo operan los factores motivacionales basados en el género?.

## **ANEXO 1: Entrevista semiestructurada**

### Datos generales:

- Edad:
- Si es oriundo de otra provincia, ¿cuál? y ¿hace cuántos años reside en Santa Cruz? :

### Dimensiones:

1. ¿Qué entiende por Desarrollo Profesional Médico Continuo?
2. ¿A qué actividades considera que está vinculado? (explique qué tipo de actividades, cursos, congresos, prácticas reflexivas...etc)
3. ¿Cómo está integrado su grupo familiar? Si está en pareja, ¿a qué se dedica su pareja?
4. ¿Cuál es su provincia de origen? Si es de otra provincia, ¿Tuvo otras migraciones de localidad, dentro de Santa Cruz?
5. ¿Cuáles fueron los motivos/objetivos vinculados a la decisión de radicarse en la Pcia?
6. ¿Cuáles fueron los pro y los contra que tuvo en cuenta para tomar esta decisión?
7. ¿Investigó sobre las características, económicas, sociales, climáticas, geográficas de la provincia? ¿Qué peso tuvieron estos factores en la decisión? ¿Hubo alguno más determinante que otro, al momento de decidir?
8. Ahora que ya está establecida/o en Santa Cruz, ¿podría identificar los pro y los contra de su residencia en la provincia? (los beneficios/las renuncias que tuvo que hacer/ las dificultades)
9. ¿Podría describir brevemente el proceso de integración social que tuvo en la ciudad en la que reside actualmente?
10. ¿Cuáles fueron las primeras actividades y los primeros vínculos que estableció en la ciudad?
11. ¿Hace actividades extra laborales?
12. ¿Hacía estas actividades en su provincia de origen? ¿Por qué decidió continuarlas o empezar a hacerlas?
13. ¿Cómo impacta estar lejos de la familia, de sus amigos, en su organización laboral-familiar?

14. ¿Cuál es su modalidad de contratación y cuál considera que son los beneficios de la misma (además de los establecidos por Ley Obra Social, Aportes jubilatorios, Vacaciones pagas) para su Desarrollo Profesional?
15. ¿A qué servicio/s pertenece en el organigrama general de su Hospital? y ¿cuáles son las condiciones de trabajo? (en cuanto a recursos humanos, infraestructura, interconsultas, etc).
16. Su servicio ¿Tiene un Plan de Desarrollo Profesional? Si lo tiene, describa qué actividades de formación incluye. Si no lo tiene, comente que actividades de formación realiza en forma particular.
17. ¿Tiene supervisión/feedback de su desempeño laboral? ¿Quién la realiza? y ¿qué papel cumple en su desarrollo profesional? ¿Recibe algún beneficio o reconocimiento?
18. ¿Podría describir el proceso de integración laboral? (conformación de equipos, rol en el equipo...etc).
19. En términos generales, ¿podría describir la relación con sus compañeros de trabajo y con sus directivos?
20. ¿De qué manera influye su ambiente laboral, en su Desarrollo Profesional?
21. Dentro de su ambiente laboral, ¿Podría identificar los factores que generan satisfacción y los que no?
22. ¿Cuáles considera que son los factores que intervienen en esa dinámica? Económicos, sociales, personales? Describa brevemente.
23. El hecho de ser pocos habitantes, pocos miembros en un servicio, todos se conocen y tienden a superponerse algunas cuestiones. ¿Cómo influyen estos aspectos en su desarrollo profesional? Podría describirlo brevemente?
24. El constante movimiento de personas, que llegan, que se van, ¿en qué aspectos afecta la dinámica laboral y de desarrollo profesional?
25. ¿Quiénes considera que tienen responsabilidad en el Desarrollo Profesional? y cuáles son esas responsabilidades?
26. Sus intereses personales de formación, ¿son compatibles con los intereses institucionales? Explique.
27. ¿Qué oportunidades de Desarrollo Profesional encontró en su localidad/hospital?
28. El Desarrollo Profesional ¿está marcado por un Plan de salud? cuál sería el aporte de un plan, para su desarrollo profesional?



29. La situación política-económica de la Pcia ¿En qué aspectos de su Desarrollo Profesional influye?

30. ¿Puede identificar liderazgos que tengan impacto en su desarrollo profesional? (sin identificar nombres)

## **Anexo 2: Tabla de Abreviaturas**

|      |  |
|------|--|
| NyC  | Nacidos y Criados                      |
| VyQ  | Venidos y Quedados                     |
| HRRG | Hospital Regional Río Gallegos         |
| ERC  | Existencia-Relaciones-Crecimiento      |
| DPMC | Desarrollo Profesional Médico Continuo |
| DP   | Desarrollo Profesional                 |
| Msal | Ministerio de Salud de la Nación       |
| F    | Femenino                               |
| M    | Masculino                              |

## Bibliografía

- 
- <sup>i</sup> Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*
- <sup>ii</sup> Fuente: Guía del Estado: <http://www.argentina.gob.ar/pais/88-santa-cruz.php>
- <sup>iii</sup> Wilner, A., Campos Alvarez, R., Coggiola, L., Hernández, C., et al. (2012) *Descripción del Proceso de Planificación Operativa Sanitaria en localidades seleccionadas de la Provincia de Santa Cruz - Argentina*. Estudio Multicéntrico. Beca Ramón Carrillo Oñativia. Argentina.
- <sup>iv</sup> Guber, R. (2004) *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- <sup>v</sup> Arrieta Salas, C., Navarro Cid, J. (2008) *Motivación en el trabajo: viejas teorías, nuevos horizontes*. Revista Actualidades en Psicología.
- <sup>vi</sup> Latham, G. and Pinder, C. (2004). *Work motivation theory and research at the dawn of the twenty-first century*. Annual Review of Psychology. 2005. This article is online at <http://psych.annualreviews.org>.
- <sup>vii</sup> Mathauer, I. and Imhoff, I. (2006). *Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools*. Human Resources for Health 2006. This article is available from: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/24>
- <sup>viii</sup> Bedodo Espinoza, V., Giglio Gallardo, C. (2006). *"Motivación laboral y compensaciones: investigación de orientación teórica"*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- <sup>ix</sup> Amorós, E., (2007) *Comportamiento Organizacional - En busca del desarrollo de ventajas competitivas*. Universidad Católica, Escuela de Economía. Perú
- <sup>x</sup> Robbins, S. (2004) *Comportamiento Organizacional*. México: Ediciones Pearson
- <sup>xi</sup> Dieleman, M., Viet Cuong, P., Anh, L.V. and Martineau, T. (2003). *Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam*. Human Resources for Health 2003. This article is available from: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/10>
- <sup>xii</sup> Gonzalez Serra, D. J. (2008). *Psicología de la Motivación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

- 
- <sup>xiii</sup> *Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement.* (2003). Copenhagen. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org)
- <sup>xiv</sup> Brigley, S., Young, Y., Littlejohns, P., & McEwen, J. (1997). *Continuing education for medical professionals: a reflective model.* *Postgraduate Medical Journal*, 73(855), 23–26.
- <sup>xv</sup> Miller, J., Bligh, J., Stanley, I. Al Shehri, A. (1998). *Motivation and continuation of professional development.* *British Journal of General Practice.*
- <sup>xvi</sup> *Conference of Medical Royal Colleges, 1993*
- <sup>xvii</sup> Richards, R. and Cohen, R. (1980). *Why physicians attend traditional continuing medical education programs.* *J.of Medical Education* 55: 479-485.
- <sup>xviii</sup> Willis-Shattuck, M. ,Bidwell1, P., Thomas, S. , Wyness, L., Blaauw, D. and Ditlopo, P. (2008). *Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review.* *BMC Health Services Research.*
- <sup>xix</sup> Rozo Castillo, J. (2008). *Efectos del duelo migratorio y variables socioculturales en la salud de los inmigrantes.* En <http://www.psicologiacientific.com>
- <sup>xx</sup> Novick, M. (2006). *Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005-2015.* Washington, D.C: OPS.
- <sup>xxi</sup> Dionne, G., Langlois, A., Lemire, N. (1987). *More on the geographical distribution of physicians.* *Journal of Health Economics* 1987,6(4):365-374.
- <sup>xxii</sup> Curran,V., Bornstein,S., Jong, M. and Fleet, L. (2004). *Stenghtening the Medical Workforce in Rural Canada: The Roles of Rural/Northern Medical Education.* Faculty of Medicine. Memorial University of Newfoundland
- <sup>xxiii</sup> Álvarez-Gayou, J. (2002). *Cómo hacer investigación cualitativa .* Ed. Paidós. p . 22-23.
- <sup>xxiv</sup> Martín Crespo Blanco, M., Salamanca Castro, A. (2007). *El muestreo en la investigación cualitativa.* Nure Investigación n°27. Departamento de Investigación de FUDEN.
- <sup>xxv</sup> Bonilla, E., Rodríguez, P. (1997). *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en las ciencias sociales.* Buenos Aires. Ediciones Uniandes.

---

<sup>xxvi</sup> Strauss, A., Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.

<sup>xxvii</sup> Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V.

<sup>xxviii</sup> Salgado Levano, A., (2007). *Investigación Cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Universidad de San Martín de Porres. Liberbit: Lima (Perú) 13: 71-78. Disponible en: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1729-4827.

<sup>xxvii</sup> Fernandez, A. (1989). Cap.3: La Demanda por los grupos. *El Campo Grupal. Notas para una genealogía (pp. 45-59)*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.