

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Maestría

Autora: Ana Carolina Godoy

CARACTERIZACIÓN Y MOTIVOS DE DESERCIÓN DEL PLAN CORDOBÉS DE RADICACIÓN DE MÉDICOS EN EL INTERIOR DE CÓRDOBA

2026

Directora de Tesis: Ana Cristina López

Citar como: Godoy, A. C. (2026). Caracterización y motivos de deserción del plan cordobés de radicación de médicos en el interior de Córdoba. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Resumen

La distribución inequitativa de médicos constituye uno de los principales desafíos estructurales del sistema de salud argentino. En la provincia de Córdoba, la descentralización del primer nivel de atención hacia municipios y comunas profundizó heterogeneidades territoriales en la disponibilidad de profesionales, particularmente en el interior provincial. En este contexto, en 2019 se implementó el Plan Cordobés de Radicación de Médicos en el Interior, orientado a promover la formación en medicina familiar y el arraigo profesional mediante incentivos económicos, acompañamiento académico y compromiso de servicio posterior.

Esta tesis tuvo como objetivo caracterizar la deserción del plan entre 2019 y 2023 y analizar los motivos asociados al abandono. Se desarrolló un estudio con metodología mixta. En una primera etapa se realizó un análisis descriptivo de las bases de datos del programa (n=122 ingresantes), incluyendo procesos de depuración, validación y construcción de indicadores de permanencia. En una segunda etapa se aplicó una encuesta a quienes registraron baja voluntaria, complementada con análisis factorial exploratorio y análisis cualitativo de contenido.

La tasa global de desgranamiento fue del 48,4%, concentrándose principalmente en la etapa de formación y predominando las bajas involuntarias por incumplimientos académicos o asistenciales. Las bajas voluntarias representaron el 18,6% del total de abandonos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por género ni por grupo etario, aunque el abandono involuntario se asoció a mayor edad promedio. Los departamentos con menor densidad médica previa no mostraron mayores tasas de abandono voluntario. Entre quienes abandonaron por decisión propia, los motivos se vincularon principalmente con condiciones laborales: sobrecarga asistencial, desgaste emocional, desequilibrio entre vida laboral y personal, conflictos en el entorno de trabajo y expectativas incumplidas respecto del programa.

Los hallazgos sugieren que el problema de la radicación médica no puede abordarse exclusivamente mediante incentivos económicos o ampliación de cupos formativos. La retención requiere intervenciones estructurales que mejoren las condiciones laborales,

fortalezcan el acompañamiento institucional y articulen la formación con una planificación integral del talento humano en salud.

Palabras clave

Fuerza laboral en salud; Atención primaria de salud; Internado y residencia; Distribución de médicos

Abstract

The unequal distribution of physicians is one of the main structural challenges of the Argentine health system. In the province of Córdoba, the decentralization of primary health care to municipalities deepened territorial heterogeneities in the availability of professionals, particularly in rural and inland areas. In this context, in 2019 the Provincial Program for the Settlement of Physicians in the Interior was implemented, aimed at promoting training in family medicine and professional retention through financial incentives, academic support and a subsequent service commitment.

This thesis aimed to characterize dropout from the program between 2019 and 2023 and to analyze the reasons associated with abandonment. A mixed-methods study was conducted. In the first stage, a descriptive analysis of the program databases was performed (n=122 participants), including data cleaning, validation and the construction of retention indicators. In the second stage, a survey was administered to those who voluntarily withdrew, complemented by exploratory factor analysis and qualitative content analysis.

The overall dropout rate was 48.4%, mainly concentrated in the training stage and mostly related to involuntary withdrawals due to academic or service non-compliance. Voluntary dropout represented 18.6% of total withdrawals. No statistically significant differences were found by gender or age group, although involuntary dropout was associated with a higher mean age. Departments with lower previous physician density did not show higher voluntary dropout rates. Among those who left by personal decision, the reasons were mainly related to working conditions: excessive workload, emotional exhaustion, imbalance between professional and personal life, conflicts in the workplace, and unmet expectations about the program.

These findings suggest that physician retention in underserved areas cannot be addressed only through financial incentives or expansion of training positions. Sustainable retention requires structural interventions that improve working conditions, strengthen institutional support, and align postgraduate training with comprehensive health workforce planning.

Keywords

Health Workforce; Primary Health Care; Internship and Residency; Physicians Distribution

Índice

Tema6

Planteamiento del problema6

Pregunta:14

Fundamentación teórica y práctica dentro del campo de la investigación
sociosanitaria:15

Consideraciones sobre la cantidad y distribución de los médicos en el país y en
Córdoba15

Antecedentes de políticas de fortalecimiento de médicos para zonas con menos
densidad de profesionales20

La formación de posgrado en medicina familiar y comunitaria23

El desgranamiento en la formación de posgrado26

Objetivos29

Metodología30

Resultados37

Discusión46

Bibliografía57

Apéndice 164

Apéndice 265

Tema

Evaluación de programa para mejorar la distribución de médicos.

Planteamiento del problema

Analizar el tema de la distribución del talento humano en salud requiere un particular análisis en el sistema de salud argentino. La definición de los sistemas de salud públicos se encuentra bajo responsabilidad de las provincias, y el gobierno sobre el primer nivel de atención presenta por ello diferencias en cada jurisdicción. A partir del Decreto 578/93, el sistema de salud público de Córdoba inició un proceso de descentralización que concluyó con la decisión de que los municipios y comunas se responsabilizaran sobre el primer nivel de atención (en adelante PNA).

Esta descentralización del sistema de salud público cordobés es, al destacar de algunos autores, su principal característica (Maceira et al., 2017). Si bien fue presentada como una respuesta racional para ordenar las cuentas públicas y acercar las decisiones a los territorios, en la práctica recibió numerosas críticas. Durante los años noventa, el país atravesó un profundo proceso de ajuste estructural impulsado desde el gobierno nacional en el marco del "Consenso de Washington", caracterizado por el achicamiento del gasto público, la privatización de empresas estatales estratégicas (como YPF y Aerolíneas Argentinas) y la transferencia masiva de servicios sociales, particularmente salud y educación, a las provincias. Este proceso, conducido por la administración de Carlos Menem, se ejecutó con gran celeridad y sin acompañarse de los recursos ni las capacidades institucionales necesarias a nivel local para sostener las nuevas responsabilidades (Ase, 2006). Según Vilas (2003), la descentralización se convirtió en un instrumento central del ajuste fiscal: el Estado nacional equilibró sus cuentas a costa de trasladar obligaciones a las provincias sin una transferencia proporcional de recursos, profundizando brechas históricas y generando fuertes tensiones en la gestión territorial de las políticas públicas. En este sentido, los efectos de la descentralización variaron ampliamente según la capacidad administrativa y el grado de desarrollo de

cada jurisdicción, reproduciendo y, en algunos casos, ampliando desigualdades preexistentes(Vilas, 2003).

Desde su decisión en el caso concreto del sistema de salud cordobés, los efectos de la descentralización han variado según la intensidad y dirección de sus acciones. En etapas iniciales, la necesidad de crear normas para el proceso se acompañó de un traspaso lento de responsabilidad junto al traspaso de inmuebles donde se ofrecían servicios de salud y la constitución de un fondo que financiaba a los municipios en su nueva tarea. Luego, una etapa de shock en donde rápidamente (y en contexto de una crisis económica regional a causa del marco nacional previamente descripto) la provincia dejó en mano de los municipios los efectores y el personal en muy pocos meses (en el año 1996). El cambio de color político del año 1999 cambió el tono de la discusión pero no cuestionó el marco general del proceso. Llamada como etapa "de consolidación", desde 1999 se buscó potenciar la articulación y coordinación entre provincia y municipios y sus roles ya diferenciados en el sistema de salud, el traspaso de responsabilidad y efectores (Ase, 2006). El efecto final de esas primeras etapas fue un panorama de grandes heterogeneidades dentro del mismo sistema de salud: 326 municipios y comunas (cada una con una autoridad sanitaria de diverso rango según la orgánica municipal) con capacidades de gestión variada y con menos infraestructura que el nivel provincial (Ase, 2006). Quizás como efecto de estas diferencias de capacidad, el involucramiento de los gobiernos municipales también fue poco homogéneo con los efectos del proceso, más allá de los reclamos recurrentes sobre la necesidad de aumentar el financiamiento.

Años después, los intentos por paliar los efectos negativos que dejó aquel proceso han sido múltiples y de muy diversa índole. A esos esfuerzos se suman tanto las iniciativas de carácter nacional como las promovidas por organismos internacionales, que han coincidido en remarcar la importancia estratégica de fortalecer la Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) como vía fundamental para alcanzar mayores niveles de equidad en salud y garantizar el derecho a la atención de toda la población. En este sentido, resulta clave destacar algunas de las políticas que, con mayor o menor alcance, han buscado consolidar la APS a través de la incorporación y formación de talento humano adecuado, así como analizar de qué manera estas políticas han tenido impacto concreto en la provincia de Córdoba.

Además de los procesos de coordinación territorial, que se orientaron a organizar los servicios de salud en regiones o zonas con criterios de cercanía y accesibilidad, se implementaron diversos programas cuyo objetivo principal fue potenciar la presencia de trabajadores idóneos en el primer nivel de atención. Entre los más relevantes, se encuentra en primer lugar el Programa de Salud Familiar, puesto en marcha en el año 2003 por el gobierno provincial. Este programa proponía la constitución de equipos interdisciplinarios destinados a zonas con mayor grado de vulnerabilidad sociosanitaria (Ase, 2006). Su implementación se sostuvo durante algunos años y, aunque luego fue discontinuado, muchos de los profesionales que participaron en él se incorporaron posteriormente a la estructura asistencial provincial, tanto en hospitales como en centros de atención primaria, especialmente en la ciudad capital.

Un segundo antecedente significativo fue el Programa Nacional de Médicos Comunitarios, impulsado a nivel nacional a partir del año 2004. Dicho programa consistía en la contratación de trabajadores de la salud para desempeñarse en el primer nivel de atención de cada provincia, con la particularidad de que la remuneración se canalizaba mediante una beca financiada con fondos nacionales. En el caso de Córdoba, llegó a alcanzar un número cercano a 650 becarios en actividad simultánea. Sin embargo, las dificultades derivadas de la compleja coordinación entre jurisdicciones nacionales y provinciales, sumadas al incumplimiento de pautas contractuales y administrativas en algunos casos, fueron debilitando de manera progresiva el alcance y la efectividad del programa. Con el paso del tiempo, estas tensiones y vacíos de gestión terminaron por diluir de manera significativa los esfuerzos realizados (Lazzarini, 2019). Al igual que en el programa de Salud Familiar, algunos profesionales pasaron a ser contratados por la provincia pero no desempeñan en la actualidad funciones en el PNA de municipios y comunas.

Es pertinente mencionar que otros programas nacionales buscaron fortalecer el primer nivel de atención, aunque no directamente en la línea de talento humano. En esta línea, políticas nacionales como el Programa Remediar, creado en 2002 para asegurar el acceso gratuito a medicamentos esenciales en el primer nivel de atención, y el Plan Nacer/Programa SUMAR, iniciado en 2005 y ampliado progresivamente para mejorar la cobertura efectiva y la calidad de las prestaciones del PNA mediante transferencias por resultados, se constituyeron en pilares del fortalecimiento de la APS en Argentina (Tobar, 2004) (Sabignoso et al., 2024). Ambas estrategias priorizaron la reducción de barreras de acceso, la inversión en insumos críticos y el desarrollo de

capacidades de gestión sanitaria en centros de salud municipales y provinciales. En este sentido, resulta relevante analizar de qué manera estas políticas, junto con otras iniciativas de formación y radicación de talento humano, han tenido impacto concreto en la provincia de Córdoba y en la consolidación de un modelo de atención centrado en la comunidad.

El desarrollo sostenido de la Atención Primaria de la Salud (APS) requiere no solo recursos materiales y una organización adecuada de los servicios, sino también la presencia de un perfil específico de trabajadores sanitarios. Estos profesionales deben estar capacitados para integrar competencias en la atención individual, familiar y comunitaria, con una perspectiva amplia que abarque no solo el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino también la prevención, la promoción de la salud y la rehabilitación. En este nivel de atención se demanda, además, la capacidad de comprender los determinantes sociales y comunitarios de la salud, así como de generar respuestas integrales que se adapten a las particularidades culturales, sociales y económicas de cada población.

La literatura especializada señala que aún no existe un consenso absoluto respecto de cuáles son los profesionales más idóneos para desempeñarse en el ámbito de la APS. Sin embargo, se destacan ciertos perfiles médicos que, por la orientación de su formación, han mostrado una mayor adecuación a las necesidades y desafíos de este nivel. Entre ellos se encuentran la pediatría, centrada en la atención integral de niños y adolescentes; la ginecología y obstetricia, clave en el cuidado de la salud sexual y reproductiva; y, de manera especial, la medicina familiar y general (Silberman & Silberman, 2022).

Esta última disciplina se caracteriza por su enfoque holístico sobre el proceso salud-enfermedad-atención, al integrar de forma simultánea los componentes biológicos, psicológicos, sociales y culturales que atraviesan la vida de las personas y familias. La medicina familiar y general, además, favorece la continuidad de los cuidados, promueve la construcción de vínculos terapéuticos duraderos y fomenta la articulación fluida entre los distintos niveles del sistema sanitario. Esto la convierte en una especialidad estratégica para garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, consolidando a la APS como puerta de entrada al sistema y como ámbito privilegiado para la resolución de la mayoría de los problemas de salud de la población

No obstante, a pesar de la relevancia estratégica que se le asigna a la medicina familiar en el fortalecimiento de los sistemas de salud, la cantidad de especialistas formados en este campo resulta claramente insuficiente para cubrir la demanda, lo cual se agrava por una distribución territorial inequitativa que concentra a los profesionales en áreas urbanas de mayor complejidad y deja desprotegidas a vastas regiones del interior del país. Este escenario repercute directamente en la posibilidad de garantizar una cobertura efectiva y equitativa en el primer nivel de atención. A ello se suma que en los últimos años se observa un fenómeno preocupante: los concursos y llamados para cubrir cargos de formación en residencias de medicina familiar presentan un creciente número de vacantes que quedan sin adjudicar, lo que refleja tanto una falta de interés de los jóvenes profesionales como las dificultades estructurales de los programas de formación para atraer candidatos. De acuerdo con los datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación, desde el año 2012 se evidencia una tendencia sostenida a la baja en la cobertura de los cargos disponibles en residencias de medicina familiar, situación que pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias urgentes para revertir esta disminución y fortalecer la base de recursos humanos en APS (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

En la provincia de Córdoba, las diversidades territoriales, geográficas y socioeconómicas previamente mencionadas generan un escenario complejo que impacta de manera directa en la disponibilidad y permanencia de profesionales de la salud en el primer nivel de atención. En particular, los municipios y comunas enfrentan serias dificultades para la contratación y radicación de especialistas en medicina familiar y general, a pesar de que se reconoce su rol estratégico dentro de la APS.

Las causas de estas dificultades son múltiples y están interrelacionadas. En primer lugar, la densidad médica por habitante muestra una marcada desigualdad entre la capital provincial y el interior. Si bien Córdoba presenta, en términos globales, una tasa de médicos de aproximadamente 5,22 por cada mil habitantes —cifra que incluso supera la media nacional de 3,88—, este indicador resulta engañoso cuando se lo observa en detalle. La concentración geográfica de los profesionales no se distribuye de manera equitativa: la mayoría de los médicos residen y trabajan en la ciudad capital, donde vive cerca del 39 % de la población provincial, pero donde se desempeña aproximadamente el 63 % de los médicos en actividad. Este desequilibrio deja vastas zonas del interior provincial con un déficit significativo de profesionales

especializados, particularmente en áreas rurales o en localidades de menor desarrollo económico(Laros, 2025)

A esta desigual distribución se suman otros factores que dificultan la radicación de médicos en el interior. Por un lado, las condiciones laborales ofrecidas por muchos municipios y comunas suelen ser precarias, caracterizadas por contratos temporales, bajos niveles de estabilidad y ausencia de incentivos económicos o profesionales que resulten atractivos para los especialistas. Por otro lado, las diferencias en infraestructura sanitaria, la falta de recursos tecnológicos y diagnósticos, así como la escasez de equipos interdisciplinarios que acompañen la práctica clínica, limitan las posibilidades de desarrollo profesional en dichos contextos. La disminución de clínicas privadas en el interior en los últimos años da cuenta de este escenario descripto(Rossi, 2025).

No menos importante es la dimensión social y personal de los médicos jóvenes en formación o recién egresados, quienes en muchos casos prefieren radicarse en centros urbanos por las mayores oportunidades laborales, educativas y culturales que ofrecen, así como por la cercanía con redes familiares y sociales. Esta combinación de factores termina configurando un círculo difícil de romper: mientras más concentrada se encuentra la oferta de profesionales en la capital, más se profundiza la brecha de acceso a la salud en el interior, reproduciendo desigualdades históricas en la provincia.

Además, la capacidad contratante de los municipios del interior es menor: presupuestos más reducidos, menor infraestructura, servicios con menor complejidad, lo que hace menos atractivas algunas localidades para los especialistas, tanto en términos de salario, condiciones laborales, como de posibilidades de desarrollo profesional. Frente a esta realidad, el Ministerio de Salud de la provincia creó en 2019 el denominado Programa o Plan de Radicación de Médicos en el Interior. Este programa tiene como objetivo fomentar la presencia de médicos en localidades del interior, mediante mecanismos de incentivos económicos, becas, residencias y compromisos de servicio posterior, para lograr no sólo la formación sino el arraigo de los profesionales en las comunidades

Este programa ofrece a los ingresantes un modo de contratación diferenciado de la residencia clásica. Entre las diferencias se encuentra: un complemento económico del 25% extra de la beca, gastos de vivienda a cargo del municipio y un programa de

formación con aval universitario (que incluye una carga importante de formación virtual a distancia). Este beneficio aumenta al 40% en la etapa de carga pública. Estos datos muestran que el programa no es solo un esquema de oferta de puestos, sino que incorpora medidas diseñadas para hacer la residencia más atractiva, facilitar condiciones de vida, y asegurar que, una vez finalizado el entrenamiento, los profesionales permanezcan en las localidades del interior.

De acuerdo con los datos preliminares disponibles sobre el Programa de Radicación de Médicos en el Interior, la primera cohorte estuvo conformada por un total de 90 profesionales que iniciaron su formación y posterior compromiso de servicio en distintas localidades de la provincia. No obstante, al mes de febrero de 2024 se observó que una proporción significativa de estos profesionales no alcanzó a cumplir de manera completa con el compromiso de tres años de carga pública, estipulado como requisito central del programa (Godoy et al., 2024a). Esta situación plantea interrogantes en torno a las causas que explican dicha discontinuidad: si se trató de abandonos voluntarios, bajas administrativas o dificultades vinculadas a la gestión local, lo cierto es que los informes disponibles no aportan una diferenciación clara ni concluyente.

Cabe destacar que la información con la que se cuenta hasta el momento no puede considerarse definitiva, ya que proviene de registros administrativos en proceso de consolidación y que, en muchos casos, no han sido depurados. Esto implica que los datos podrían estar sobrestimando o subestimando tanto los ingresos efectivos como los egresos en cada cohorte. En este sentido, se vuelve imprescindible realizar una evaluación sistemática y exhaustiva de las bases de datos, de manera que se logre identificar con precisión los casos de ingreso, permanencia y egreso, así como las razones específicas que explican las interrupciones. Solo a partir de esa depuración será posible disponer de información confiable que permita evaluar con mayor rigor el desempeño del programa y su impacto real en la radicación de médicos en el interior provincial.

La bibliografía especializada ofrece un conjunto de estudios sobre la deserción en programas de posgrado que pueden constituir una base valiosa para analizar la situación objeto de este estudio (Romo et al., 2014; Valencia Quecano et al., 2024). Dichos trabajos permiten comprender que la deserción no es un fenómeno homogéneo, sino que presenta matices y temporalidades distintas según el momento

en que ocurre dentro de la trayectoria académica. En este sentido, se identifican tres momentos claves: una deserción inicial, que se produce dentro del primer semestre de la carrera y que suele estar vinculada a dificultades de adaptación, expectativas no cumplidas o falta de motivación inicial; una deserción temprana, ocurrida entre el segundo y el quinto semestre, relacionada con la acumulación de factores personales, académicos o laborales que obstaculizan la continuidad; y, finalmente, una deserción tardía, que tiene lugar más allá del sexto semestre (Romo et al., 2014). Si bien esta clasificación temporal resulta útil para ordenar y analizar el fenómeno en términos generales, en el marco particular del plan cordobés adquiere relevancia introducir una diferenciación adicional. El programa en cuestión contempla dos etapas claramente diferenciadas: por un lado, la etapa de formación académica orientada a cumplir con los contenidos curriculares y competencias de la carrera de especialista, que abarca los tres primeros años; y, por otro lado, la etapa de continuidad o carga pública, comprendida entre el cuarto y el sexto año, que implica el sostenimiento del ejercicio profesional en el sistema de salud como contraprestación a la formación recibida. Esta especificidad permite repensar la noción de deserción no solo como abandono de estudios formales, sino también como eventual incumplimiento de los compromisos laborales y sociales asumidos en la segunda etapa del programa.

En cuanto a las causas que explican la deserción en programas de posgrado, la literatura distingue múltiples dimensiones: individuales (como motivación personal, salud física o mental), socioeconómicas (recursos disponibles, necesidad de conciliar trabajo y estudio, contexto familiar), institucionales (apoyo brindado por la institución, calidad de la gestión administrativa, disponibilidad de tutores) y académicas (dificultades con el plan de estudios, exigencias desproporcionadas, falta de acompañamiento pedagógico) (Romo et al., 2014; Valencia Quecano et al., 2024).

Tanto la conceptualización de la deserción como el estudio de sus causales han variado en las últimas décadas. Para comprender la deserción en posgrados se han adoptado modelos desarrollados para los niveles primario y secundario, y es necesario tener en cuenta este origen para comprender las limitaciones de estos enfoques en el estudio del caso particular que abordamos (Valencia Quecano et al., 2024). Si bien algunos modelos han hecho foco en aspectos individuales, otros en sociales o institucionales, las versiones más modernas comprenden una relación longitudinal entre aspectos del entorno social de las personas en formación y el sistema académico. Esta relación

compleja de múltiples determinantes previamente mencionados, serán analizados en el marco del sistema de salud público en donde ocurre la formación.

Además de estas dimensiones generales, resulta indispensable considerar algunas características propias de la modalidad de educación a distancia, dado que el programa incorpora instancias virtuales y asincrónicas en su desarrollo.

Entre estas particularidades, se destacan de manera especial las competencias tecnológicas de las personas cursantes, es decir, el nivel de alfabetización digital necesario para sostener el aprendizaje mediado por tecnologías. Diversos autores señalan que las brechas en habilidades digitales, la inestabilidad de la conectividad a internet y la falta de familiaridad con plataformas educativas pueden constituir factores determinantes en el abandono de este tipo de programas (Quintero-Guasca et al., 2021) Asimismo, la virtualidad introduce desafíos adicionales, como la sensación de aislamiento, la dificultad para sostener la motivación en ausencia de un grupo presencial de referencia, y la necesidad de organizar el tiempo personal de manera más autónoma, lo cual puede acentuar las desigualdades preexistentes entre los estudiantes.

En esta tesis pretendemos conocer cuál fue la deserción al programa, y cuáles fueron los motivos de deserción del plan, a fin de ajustar las políticas para aumentar la retención de profesionales en el interior de la provincia de Córdoba.

Pregunta:

¿Cómo se caracterizó la deserción y cuáles son las razones o motivos que tuvieron las personas que desertaron del plan cordobés de radicación de médicos del interior entre 2019 y 2023?

Palabras claves: Estudio de evaluación. Recursos humanos en salud. Atención Primaria de la salud. Deserción. Posgrados.

Fundamentación teórica y práctica dentro del campo de la investigación sociosanitaria:

Consideraciones sobre la cantidad y distribución de los médicos en el país y en Córdoba

El debate en torno a la cantidad y distribución de médicos en Argentina, y particularmente en Córdoba, trasciende las cifras absolutas y remite a discusiones de carácter estructural vinculadas con la planificación de recursos humanos en salud. No basta con conocer el número total de profesionales formados, sino que resulta imprescindible analizar dónde se desempeñan, en qué especialidades se concentran y bajo qué condiciones laborales lo hacen. De este modo, la lectura de las estadísticas adquiere sentido cuando se las vincula con la capacidad real del sistema para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud en todo el territorio.

En el plano internacional, diversos organismos han insistido en la necesidad de generar incentivos que favorezcan la radicación de profesionales en zonas rurales, periféricas o de menor densidad poblacional. Dichas estrategias han incluido desde el otorgamiento de becas y beneficios impositivos, hasta programas de formación orientados específicamente a comunidades con alta vulnerabilidad. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud ha señalado que la planificación de recursos humanos no puede limitarse a la formación de médicos, sino que debe contemplar la articulación con políticas de desarrollo social y regional que incidan en la decisión de los profesionales de permanecer en determinados territorios (OPS/OMS, 2017). Se estima que es necesario alcanzar 20,7 médicos cada 10.000 habitantes para alcanzar valores aceptables de cobertura efectiva de servicios de salud esenciales en las poblaciones (GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators, 2022).

Se ha demostrado que el aumento de la densidad de médicos, particularmente los de atención primaria, se asocia a mejores índices de salud en las poblaciones. Un experimento natural en Noruega mostró que el aumento de la densidad de médicos generales en zonas rurales se asoció a mejorar en salud perinatal (Kinge & Grytten, 2021). Un estudio ecológico mostró que el aumento de la densidad de médicos se asocia a un aumento de la esperanza de vida al nacer, particularmente en países en desarrollo (You & Donnelly, 2022). En Estados Unidos un estudio, también ecológico,

mostró que el aumento de la densidad de médicos se asociaba a un aumento de esperanza de vida. En el caso de que el aumento era principalmente de médicos de atención primaria, el aumento de la esperanza era mayor (Basu et al., 2019). Estos resultados coinciden con lo publicado previamente por autores clásicos del campo de la APS (Macinko et al., 2007).

En Argentina, la tasa de médicos es de 38 cada 10.000 habitantes, pero se encuentran concentrados en un 72% en las grandes ciudades del país (Silberman & Silberman, 2022). Esta concentración de médicos en los grandes conglomerados urbanos ha sido una constante histórica. Aun cuando las tasas nacionales superan los estándares internacionales en cuanto a número de médicos por habitante, las inequidades territoriales son persistentes. Esta concentración no solo responde a factores laborales y salariales, sino también a elementos vinculados a la infraestructura sanitaria disponible, la posibilidad de desarrollo académico, y la presencia de redes de contención personal y profesional. De este modo, los departamentos más alejados de los centros urbanos presentan déficits crónicos que se traducen en barreras de acceso a servicios básicos, con consecuencias directas en los indicadores de salud poblacional.

En Córdoba, estas tensiones se ven reforzadas por el carácter descentralizado de la gestión del primer nivel de atención. Cada municipio o comuna tiene la responsabilidad de contratar, financiar y sostener a su propio equipo de salud, lo que genera fuertes asimetrías en función de la capacidad administrativa y fiscal de cada gobierno local. En localidades pequeñas o con bajo presupuesto, esta responsabilidad se convierte en una carga difícil de sostener, lo que repercute en la inestabilidad de los contratos, la precarización laboral y la dificultad para atraer profesionales con formación en APS.

El Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (institución que regula las matrículas profesionales de los médicos de la provincia) impulsó y publicó datos referidos a los matriculados y su distribución geográfica, lo que resulta muy valioso para el análisis de la situación local (*Datos-relevantes – Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba*, s. f.). En su sitio web mostró que la densidad de médicos en la provincia es muy variable según el departamento. La Tabla 1 muestra un resumen de la densidad de matriculados por departamento, y la cantidad de habitantes de cada zona, elaborado en base a los datos disponibles a diciembre de 2025 en el sitio web del ya nombrado organismo y datos del censo 2022 (*Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*, s. f.). Se puede observar que si bien la densidad media de la provincia es de 5,25

médicos por mil habitantes, más de la mitad de la población vive en zonas que tienen entre 4,3 y 0,78 médicos cada mil habitantes. Hay una alta concentración de profesionales en la Capital. Además, 11 departamentos (que contienen al 9% de la población) no alcanzan el mínimo de 2 médicos por 1000 habitantes que recomienda OMS.

*Tabla 1. Densidad de médicos y población por departamento de la Provincia de Córdoba. Elaboración propia en base a datos disponibles del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba y Censo 2022 INDEC Argentina. * cantidad de médicos cada mil habitantes.*

Región geográfica	Densidad de médicos*	Población total
Provincia de Córdoba	5,25	3.840.905
Capital	8,47	1.505.250
Calamuchita	2,29	75.911
Colón	4,17	295.725
Cruz del Eje	1,76	67.112
General Roca	1,32	36.242
General San Martín	4,31	154.269

Ischilín	1,69	36.074
Juarez Celman	1,73	68.631
Marcos Juárez	3,32	107.764
Minas	1,23	4.870
Pocho	0,78	5.123
Presidente Roque Saenz Peña	2,52	37.726
Punilla	3,61	221.273
Rio Cuarto	4,05	279.923
Rio Primero	1,42	58.428
Rio Seco	1,11	15.302
Rio Segundo	2,53	113.950
San Alberto	1,35	42.166
San Javier	2,65	63.377
San Justo	3,18	230.339
Santa María	3,20	144.829
Sobremonte	1,11	4.503
Tercero Arriba	3,27	120.918
Totoral	3,31	22.495
Tulumba	1,20	14.134
Unión	2,92	114.571

Un elemento adicional que complejiza la situación es el cierre progresivo de clínicas y sanatorios privados en el interior provincial, proceso que se ha intensificado desde los años noventa. Estas instituciones cumplían un papel clave en la fijación de médicos en el territorio, al ofrecer alternativas laborales complementarias al sector público. Su desaparición, documentada en una reducción de hasta el 77 % de estas instituciones en algunas regiones, ha limitado las opciones laborales de los profesionales, incentivando aún más la migración hacia la capital o hacia otras provincias con mayor dinamismo en el sector privado (Laura Gonzalez, 2023).

La problemática también se vincula con las características del sistema de formación de posgrado. El modelo de residencias médicas, principal vía de especialización en

Argentina, presenta limitaciones para garantizar la equidad territorial. Las residencias suelen concentrarse en grandes hospitales públicos de capitales provinciales o de ciudades de mayor densidad poblacional, lo que refuerza la atracción de los jóvenes médicos hacia esos centros. A ello se suma que muchos programas no incluyen dispositivos de rotación en áreas rurales o periféricas, limitando la exposición de los residentes a realidades distintas a la urbana.

Sumado a esta inequitativa distribución geográfica, es importante remarcar que alcanzar los objetivos de cobertura universal requiere cierto perfil de profesionales médicos vinculados a la APS. En el país existe una adecuada cantidad de médicos y especialistas, pero con poca distribución en zonas rurales o semirurales (Silberman & Silberman, 2022). Respecto a la cantidad de especialistas en APS, si bien no se encuentra en la bibliografía nociones sobre un número ideal, si podemos afirmar que la mayoría de las especialidades elegidas no son las priorizadas por la agenda estratégica nacional.

Es de larga data la discusión sobre la falta de médicos para cubrir necesidades de servicio (incluido, entre otros, el primer nivel de atención) a pesar de contar con una alta tasa de médicos por habitante (González García et al., 2012).

En Córdoba, para el año 2020, se estimaba que el 56% de los médicos contaba con alguna especialidad. De estos, sólo el 21% eran especialistas vinculados a APS (Silberman & Silberman, 2022). Dadas las particularidades del sistema de salud de la provincia de Córdoba, donde el primer nivel de atención es responsabilidad de municipios y comunas, los datos agregados a nivel provincial resultan insuficientes para caracterizar adecuadamente la situación de la fuerza laboral médica. Según los datos de la Red Federal de profesionales de la salud, del año 2021, la distribución de profesionales médicos por cada departamento de la provincia dista de ser homogénea. Así, se analizaron datos de la provincia y se encontró que el promedio provincial de la tasa de médicos es de 10/1000. En la Capital, esa tasa alcanza los 11/1000. En 9 departamentos de los 26 que compone la provincia, la tasa es menor o igual a 2/1000, que es el mínimo de la recomendación de la OMS. Sin dudas, estos datos no pueden leerse sin pensarlos como efectos de las políticas de descentralización del primer nivel de atención en la década del 90 (Ase, 2006) y el cierre de las clínicas y sanatorios privados en el interior, que han significado una disminución del 77% de estas instituciones en el interior (Laura Gonzalez, 2023).

La formación de posgrado en programas de residencia tiene sus límites, y es preciso abordar la educación permanente en servicio como forma de poder acompañar las necesidades cambiantes de la población bajo cuidado (González García et al., 2012). También es preciso incorporar el análisis de las necesidades de las personas que se podrían interesar en un programa de entrenamiento para una especialidad médica, a fin de generar políticas que sean sustentables para el sistema de salud. Entre otros aspectos, la consideración sobre una edad límite para el ingreso a programas de residencia no tiene consensos claros entre las provincias argentinas (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2022), en la provincia de Córdoba existe un límite de 40 años al momento de la inscripción. En un contexto de necesidad de médicos en el interior, esta limitación podría excluir a profesionales con experiencia previa o con interés en radicarse en zonas desatendidas, desaprovechando un capital humano valioso. Al mismo tiempo, no existen políticas claras que promuevan la educación permanente en servicio como alternativa para formar especialistas a lo largo de la vida laboral, lo que podría complementar la insuficiencia de los programas de residencia tradicionales.

Por todo lo anterior, el análisis de la cantidad y distribución de médicos en Córdoba no puede reducirse a un problema de números absolutos. Se trata de un fenómeno atravesado por dinámicas económicas, sociales, institucionales y de políticas públicas, donde confluyen tanto las decisiones individuales de los profesionales como las condiciones estructurales que determinan sus posibilidades de desarrollo en el territorio.

Antecedentes de políticas de fortalecimiento de médicos para zonas con menos densidad de profesionales

Con el fin de responder a la crisis global de recursos humanos en salud y, en particular, a las marcadas inequidades en la distribución de médicos, numerosos países han implementado programas específicos para incentivar la radicación de profesionales en territorios rurales o en comunidades con mayor vulnerabilidad sanitaria. Estas experiencias internacionales ofrecen aprendizajes relevantes para pensar políticas locales en contextos como el de Córdoba y, en general, en Argentina.

En el caso de Brasil, el programa Mais Médicos se ha convertido en una de las iniciativas más estudiadas y referenciadas en la región. Puesto en marcha en 2013, el programa se diseñó con el doble objetivo de ampliar el acceso a servicios de salud en municipios con baja densidad profesional y, al mismo tiempo, fortalecer la formación de los médicos participantes en un enfoque de medicina familiar y comunitaria. El esquema contemplaba 32 horas semanales de práctica asistencial en territorio y 8 horas de formación a distancia, a cargo de universidades y centros formadores vinculados con la APS. Una de las principales fortalezas del programa radicó en su magnitud y en su capacidad de reclutamiento internacional: en menos de un año se pasó de 1.846 profesionales brasileños a un total de 12.616 médicos extranjeros, siendo la gran mayoría de origen cubano(Oliveira et al., 2015).

El programa incluyó, además, un esquema de incentivos financieros y sociales que resultó clave para la retención de los profesionales. Por un lado, se ofrecía un salario diferenciado, que a noviembre de 2023 se ubicaba en un rango de entre 2.500 y 3.000 dólares mensuales(Governo Brasil, 2023). Por otro lado, los municipios debían garantizar condiciones básicas para el asentamiento de los médicos, como alojamiento, viáticos y apoyo logístico. Estos elementos generaron un entorno más favorable para la radicación en comunidades tradicionalmente poco atractivas para los profesionales de la salud.

Este crecimiento permitió dar respuesta inmediata a la carencia de médicos en miles de municipios del interior. Sin embargo, sus resultados han sido marcados como moderados sobre el aumento en la densidad de profesionales ya que incremento en 5,7 médicos por 100.000 habitantes de manera neta(Hone et al., 2020). Si bien se asignaron muchas más contrataciones, la asignación de estos ocurrió con algunos vicios tanto en la zona en que se asignaban como en la sustitución, lo cual constituye un gran antecedente para considerar en el diseño de políticas similares. Si bien es discreto, el programa ha demostrado una reducción en la mortalidad susceptible a la atención médica(Hone et al., 2020).

En Australia, la cuestión de la distribución de médicos tiene un peso aún mayor dado que alrededor del 30 % de la población vive en áreas rurales, muchas de ellas con extensiones territoriales amplísimas y gran dispersión geográfica. Frente a esta

realidad, el gobierno australiano ha puesto en marcha un conjunto de políticas que combinan estrategias de corto y largo plazo. Por un lado, existen programas de reclutamiento internacional que priorizan la llegada de médicos generales, quienes reciben salarios altamente competitivos (alrededor de 12.000 dólares mensuales) a cambio de comprometerse a residir y ejercer en zonas rurales durante un período mínimo de diez años(Vanni et al., 2017). Este requisito busca no solo cubrir la demanda inmediata, sino también garantizar continuidad en la atención, aspecto crítico en comunidades con alta rotación de profesionales.

Al mismo tiempo, Australia ha desplegado políticas de carácter estructural que apuntan a formar médicos desde y para las comunidades rurales. Entre estas se incluyen la apertura de facultades y sedes universitarias en localidades alejadas de los grandes centros urbanos, así como programas de becas destinadas a jóvenes de origen rural para estudiar medicina con el compromiso de regresar a sus comunidades de origen. Esta estrategia reconoce que los estudiantes que provienen de áreas rurales tienen mayor probabilidad de ejercer en ellas una vez concluidos sus estudios(Oliveira et al., 2015) .

Un análisis comparativo realizado en países de Europa indagó sobre la efectividad de distintas estrategias orientadas a lograr una distribución geográfica más equitativa de médicos generales, particularmente en áreas rurales, remotas o socialmente desfavorecidas (Ozegowski, 2013). El estudio examinó cuatro tipos de intervenciones: aquellas implementadas durante la formación médica, los incentivos financieros y no financieros, los mecanismos de asignación territorial mediante cupos o licencias profesionales, y los esquemas de remuneración basados en capitación. Para ello, se utilizó una metodología de análisis comparativo cualitativo con conjuntos difusos, que permitió combinar información cualitativa sobre políticas sanitarias con indicadores cuantitativos de inequidad en la distribución de médicos entre regiones subnacionales.

Los resultados mostraron que las intervenciones más efectivas para reducir las desigualdades territoriales fueron aquellas de carácter estructural y regulatorio. En particular, la asignación de cupos de médicos generales por región demostró ser altamente efectiva cuando dichos cupos se definían a partir de estimaciones de necesidades sanitarias de la población, y no solo sobre la base de criterios históricos o

de oferta previa. En este sentido, Tomblin Murphy et al. (2013) proponen un enfoque de planificación de recursos humanos en salud basado en necesidades y competencias, que parte de las necesidades de salud de la población y de los servicios requeridos para responder a ellas, para posteriormente estimar las competencias y los recursos humanos necesarios. Este enfoque permite superar los modelos de planificación sustentados exclusivamente en la disponibilidad o en tendencias históricas de la fuerza laboral (Tomblin Murphy et al., 2013). De manera complementaria, los sistemas de remuneración basados predominantemente en capitación también se asociaron con una distribución más equitativa de profesionales, especialmente en contextos donde existe adscripción poblacional y el médico general cumple un rol de puerta de entrada al sistema de salud. Por el contrario, las estrategias centradas en intervenciones durante la formación médica y los incentivos financieros aislados para promover la radicación en zonas desfavorecidas mostraron un impacto limitado o inconsistente sobre la equidad territorial.

Más allá de las particularidades de cada país, la evidencia muestra la importancia de políticas integrales que no se limiten a impactar en aspectos que quedan sujetos a decisiones individuales de los profesionales (como los incentivos económicos o la influencia de la formación). Aunque si queda claro que pueden causar efectos transitorios en la disponibilidad de profesionales, es necesario dar otro nivel de propuestas. Estas experiencias también revelan que la radicación de médicos en zonas con baja densidad profesional requiere acuerdos de mediano y largo plazo, con compromisos sostenidos entre los distintos niveles de gobierno, instituciones académicas y comunidades locales, pero fundamentalmente con ejercicio de fuerte rectoría en el diseño del sistema de salud.

La formación de posgrado en medicina familiar y comunitaria

En Argentina existe un marco de referencia para la formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria que define el perfil profesional del egresado de esta especialidad y establece un conjunto de competencias orientadas al desempeño en el primer nivel de atención, en consonancia con la estrategia de atención primaria de la salud. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2019). Sin embargo, la forma de acceder al título de especialista presenta una notable heterogeneidad institucional. En

el caso de esta especialidad, el reconocimiento puede ser otorgado por universidades, por la federación nacional de medicina familiar o por los consejos y colegios médicos, quedando el desarrollo concreto de los programas formativos bajo la responsabilidad de cada una de estas instituciones. Esta multiplicidad de trayectorias formativas convive con una ausencia relativa de planificación integrada del recurso humano, particularmente en relación con las necesidades territoriales del sistema de salud

La bibliografía ha propuesto que los gobiernos deben fortalecer la formación y el alcance de la práctica de especialistas en medicina familiar en los lugares rurales, ya que es menos probable que realicen otro tipo de prácticas (Barreto et al., 2021). Es de interés, entonces, poder desarrollar programas de formación a distancia (como el caso de Brasil) o en centros cercanos (como el caso de Australia) para favorecer la permanencia de los profesionales en zonas rurales.

Diversos estudios han señalado que la escasez y la distribución inequitativa de médicos de familia no pueden explicarse únicamente por aspectos vinculados a la formación de grado o posgrado, sino que deben analizarse en el marco más amplio del funcionamiento del mercado laboral médico y de la organización del sistema sanitario. En el contexto argentino, la fragmentación del sistema de salud, la descentralización del primer nivel de atención hacia los municipios y la coexistencia de subsectores con lógicas diferenciadas de financiamiento y contratación han generado condiciones laborales heterogéneas que inciden de manera directa en las trayectorias profesionales de los especialistas en medicina familiar (Godoy, 2018). En este escenario, el bajo prestigio social de la especialidad, la precariedad de los vínculos laborales y las limitadas posibilidades de desarrollo profesional han sido señalados como factores que contribuyen tanto a la baja elección de la especialidad como al abandono temprano de los programas de formación.

Desde una perspectiva regional, el análisis sobre la expansión de la medicina familiar en América Latina ha mostrado que los esfuerzos técnicos orientados a aumentar las plazas de formación no han sido suficientes para consolidar la especialidad ni para garantizar su inserción efectiva en los sistemas de salud. En muchos países, incluida Argentina, se observa una brecha persistente entre la centralidad discursiva otorgada a la atención primaria y el lugar marginal que ocupa la medicina familiar en la práctica concreta de los sistemas sanitarios (Calbano et al., 2018). En este sentido, se ha señalado que las políticas de formación carecen de efectividad cuando no se

acompañan de decisiones políticas sostenidas que aseguren condiciones laborales adecuadas, reconocimiento institucional y una planificación coherente de los recursos humanos en salud.

En relación con las zonas rurales y los territorios con menor provisión de servicios, la bibliografía internacional ha propuesto que los gobiernos deben fortalecer de manera específica la formación y el alcance de la práctica de los especialistas en medicina familiar, dado que estos profesionales presentan menor probabilidad de desarrollar prácticas superespecializadas y mayor capacidad para responder a las necesidades integrales de las comunidades (Barreto et al., 2021). En este marco, adquieren relevancia las estrategias de formación que buscan reducir el desarraigo y favorecer la permanencia de los profesionales en el territorio, ya sea mediante programas de formación a distancia, como en el caso de Brasil, o a través de dispositivos formativos desarrollados en centros cercanos a las comunidades de práctica, como ocurre en Australia.

La evidencia más reciente refuerza la necesidad de considerar la formación rural como parte de una estrategia más amplia de atracción y retención de profesionales. Las intervenciones formativas desarrolladas en entornos rurales, particularmente aquellas que incluyen residencias, rotaciones prolongadas o programas específicamente orientados a la práctica rural, pueden favorecer tanto la elección de estos ámbitos como lugar de ejercicio como la permanencia posterior de los profesionales (Esandi et al., 2020). Sin embargo, la retención sostenida depende también de factores vinculados con las condiciones de trabajo y de vida, las oportunidades de desarrollo profesional, el apoyo y la supervisión, la integración social y comunitaria y los incentivos económicos, por lo que las intervenciones aisladas tienden a presentar resultados variables (Mohammadiaghdam et al., 2020; Russell et al., 2021). En este sentido, la evidencia sugiere que las estrategias más prometedoras son aquellas de carácter integral y contextualizado, que articulan la formación con mecanismos de acompañamiento profesional y con políticas destinadas a mejorar las condiciones para el ejercicio y la vida en los territorios rurales.

La experiencia desarrollada en la provincia de Córdoba se inscribe en esta línea de análisis. Frente a una distribución históricamente inequitativa de médicos y a los

efectos de la descentralización del primer nivel de atención, se implementaron programas específicos orientados a la radicación de profesionales en el interior provincial, acompañados por propuestas de formación en la especialidad de medicina familiar y general. La articulación entre el Ministerio de Salud provincial y la Universidad Nacional de Córdoba permitió desarrollar un programa de formación con fuerte anclaje territorial y uso intensivo de tecnologías de la información y la comunicación, buscando garantizar tanto la calidad académica como la permanencia de los profesionales en sus lugares de práctica (Godoy et al., 2024b) Esta experiencia pone en evidencia que los modelos de formación en posgrado, cuando se diseñan en diálogo con las políticas de planificación del talento humano y las características del territorio, pueden constituirse en una herramienta relevante para abordar las inequidades en la distribución de médicos, aunque sus resultados dependen de condiciones estructurales más amplias del sistema de salud.

El desgranamiento en la formación de posgrado

El desgranamiento o abandono de los programas de formación de posgrado en medicina constituye un fenómeno complejo, multifactorial y de alto impacto para los sistemas de salud, las instituciones formadoras y los propios profesionales en formación. En el caso particular de las residencias médicas, la deserción implica no solo una interrupción del trayecto educativo individual, sino también una pérdida de recursos humanos estratégicos, una ineficiencia en la inversión formativa y, potencialmente, un deterioro en la capacidad de respuesta del sistema sanitario.

La mayor parte de la evidencia disponible sobre deserción en el posgrado médico proviene del análisis de residencias, lo que refleja tanto la centralidad de esta modalidad formativa como la mayor disponibilidad de datos sistemáticos en comparación con otras modalidades de especialización. Sin embargo, los resultados reportados muestran una marcada heterogeneidad, asociada a diferencias entre especialidades, contextos institucionales y momentos del proceso formativo en los que ocurre el abandono.

Un ejemplo de deserción temprana se observa en una residencia pediátrica en México, donde el 29% de los residentes abandonó el programa durante los primeros cuatro meses de formación (Richardson-López Collada, 2006). Este hallazgo pone en evidencia que el inicio de la residencia constituye un período crítico, caracterizado por altos niveles de exigencia emocional, física y organizacional, así como por un proceso de confrontación entre las expectativas previas y la experiencia real del trabajo asistencial. En contraste, estudios realizados en Argentina en programas de formación en reumatología entre los años 2009 y 2016 informaron tasas de deserción sustancialmente menores, del 7,6% (Cosentino et al., 2024), lo que sugiere que las tasas de abandono pueden variar significativamente según la especialidad, el diseño del programa y las condiciones de formación.

A nivel internacional, las revisiones sistemáticas y metaanálisis realizados en residencias de cirugía general (una de las especialidades históricamente asociadas a mayores niveles de exigencia) describen una tasa global de deserción del 18% (IC 95%: 14–21%), con una deserción acumulada del 12,9% a cinco años y una tasa anual aproximada del 2,4% (Khoushhal et al., 2017). De manera consistente, estos estudios coinciden en señalar que la mayoría de los abandonos se concentran en los primeros años de la formación, lo que refuerza la idea de que la etapa inicial de la residencia constituye un momento de especial vulnerabilidad para la continuidad del trayecto formativo.

Más allá de la magnitud del fenómeno, resulta central comprender las causas que conducen al abandono de los programas de formación. En este sentido, un equipo de investigación (Romo et al., 2014) propone una clasificación analítica que permite organizar los motivos de deserción en distintos niveles interrelacionados. En primer lugar, se identifican razones individuales, que incluyen problemas de salud física o mental, acontecimientos vitales significativos, expectativas personales no satisfechas y dificultades en los hábitos de estudio. En segundo término, se describen razones sociológicas, vinculadas a la situación laboral y familiar, que pueden generar tensiones entre las demandas del programa formativo y otros roles sociales. Un tercer grupo corresponde a razones socioeconómicas, asociadas a dificultades financieras y a expectativas de ingresos que no logran cumplirse durante la formación. Finalmente, se distinguen razones institucionales y académicas, relacionadas con la calidad del programa, la modalidad de cursado, el apoyo institucional, la calidad del cuerpo

docente, el desempeño académico previo y el grado de integración del programa con la comunidad.

Esta tipología resulta útil para comprender que el abandono no responde a una causa única, sino a la interacción de múltiples factores que se potencian entre sí. En el ámbito específico de las residencias médicas, la literatura señala que las razones más frecuentemente asociadas a la deserción se vinculan con la dificultad para sostener un equilibrio adecuado entre la vida laboral y la vida personal, así como con factores personales individuales, tales como el agotamiento emocional, el estrés crónico y el desgaste profesional (Bustaan et al., 2019; Hope et al., 2021). Estas dimensiones adquieren particular relevancia en contextos donde la carga asistencial es elevada y los márgenes de autonomía y contención institucional son limitados.

Si bien las razones personales y de conciliación vida-trabajo aparecen como predominantes, resulta especialmente pertinente analizar aquellas causas atribuibles al diseño y la ejecución de los programas de formación, dado que representan dimensiones potencialmente modificables por los responsables institucionales. En este sentido, diversos estudios señalan de manera consistente la alta carga asistencial, la priorización de las tareas clínicas en detrimento de las actividades académicas y los entornos de formación percibidos de bajo apoyo como factores centrales en la experiencia negativa de los residentes y, en algunos casos, en la decisión de abandonar el programa (Bustaan et al., 2019; Hope et al., 2021).

Otros factores, como los conflictos interpersonales, las relaciones jerárquicas percibidas como abusivas o la falta de transparencia en los procesos de adjudicación de cargos y evaluaciones, son mencionados con menor frecuencia en la literatura, pero no por ello resultan irrelevantes (Oman et al., 2009). Estos elementos, aun cuando no expliquen por sí solos el abandono, pueden actuar como desencadenantes en trayectorias formativas ya tensionadas por condiciones estructurales adversas.

En conjunto, la evidencia disponible permite afirmar que el desgranamiento en la formación de posgrado médico constituye un fenómeno estructural, especialmente relevante en las residencias, que se expresa con mayor intensidad en los primeros momentos del trayecto formativo y que responde a la interacción de factores individuales, institucionales y contextuales. Comprender estas dinámicas resulta fundamental para el diseño de políticas y dispositivos de formación que no solo

promuevan el ingreso a los programas de especialización, sino también la permanencia y finalización exitosa de los trayectos formativos.

Objetivos

General: Explorar los motivos de deserción del plan cordobés de radicación de médicos en el interior de Córdoba entre 2019 y 2023.

Específicos:

Describir los perfiles sociodemográficos de los profesionales del plan cordobés de radicación de médicos en el interior.

Medir y analizar el desgranamiento de participantes del plan por cohorte.

Analizar los motivos de deserción del plan en relación a las variables sociodemográficas, laborales y personales.

Metodología

Para responder nuestra pregunta de investigación se aplicó una metodología mixta. La primera parte trata de un estudio descriptivo, de corte transversal. La segunda parte combinó análisis cuantitativo de las respuestas, y análisis cualitativo del contenido de respuestas abiertas.

En primer lugar se analizaron las bases de datos de los participantes del programa entre 2019 y 2023. Para esto fue necesario realizar, previamente, una limpieza y validación de las bases de datos facilitadas por la universidad. Se encontraron varias bases de datos, que contenían la siguiente información: nombre y apellido, DNI, fecha de nacimiento, localidad donde cumplía el plan, hospital de referencia, desempeño académico en las instancias de evaluación (entre 2 a 4 según el año), si continuaba el plan al finalizar diversos períodos de corte y fecha de baja. En campos de observaciones consignaba una descripción del motivo de baja. La limpieza y validación de las bases de datos se llevó a cabo siguiendo una serie de pasos sistemáticos que permitieron mejorar la consistencia y confiabilidad de la información:

1. Unificación de bases y depuración de registros duplicados: se identificaron y eliminaron inscripciones repetidas tanto en la etapa de ingreso como en la de egreso, evitando así la sobrestimación del número de profesionales vinculados al programa.
2. Clasificación de causas de egreso: se creó un sistema de categorías claras (abandono voluntario, baja administrativa, baja académica, cambio de contrato, fallecimiento u otras causas), lo que permitió diferenciar de manera precisa los distintos motivos de salida.
3. Validación cruzada con padrones municipales y provinciales: se contrastó la información disponible en las bases del equipo docente de la universidad, que estaban organizados por cohortes.
4. Control de consistencia temporal: se verificaron las fechas de ingreso, permanencia y egreso, asegurando que la duración de cada trayecto formativo

y de carga pública se correspondiera con los plazos establecidos por el programa.

5. Análisis de indicadores de permanencia: se construyeron métricas básicas (porcentaje de retención anual, tasa de egreso acumulada, proporción de profesionales que completaron los tres años), lo que facilitó el monitoreo del desempeño de cada cohorte en el tiempo.
6. Revisión cualitativa de casos críticos: en aquellos registros que presentaban inconsistencias o lagunas de información, se realizó un análisis cualitativo mediante entrevistas con referentes municipales o docentes del programa, lo que permitió recuperar información faltante y contextualizar adecuadamente los datos. Esto fue particularmente útil en los casos en que se registraba baja pero no había detalles en observaciones del motivo de la misma.

Para el caso del análisis de las bajas voluntarias, la unidad de análisis fue la respuesta de cada persona que abandonó el programa de modo voluntario. Se incluyeron todas las personas que hayan sido dadas de baja en el programa por propia voluntad. Se definió excluir del cuestionario a las bajas involuntarias, asumiendo que las personas que eran dada de baja no cumplían con los requerimientos solicitados por el plan.

Se tomó contacto con las personas identificadas como baja voluntaria por correo electrónico, y se envió link de la encuesta y consentimiento informado.

Variables:

Para cumplir los objetivos, se estimaron:

- Edad al momento del ingreso
- Género
- Tasa de deserción total y por cohorte
- Tasa de deserción por género
- Tasa de deserción por grupo de edad
- Tasa de deserción por departamento geográfico asignado

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando el software InfoStat y planillas de Microsoft Excel.

En primer lugar, se efectuó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de los participantes (edad y género), así como de las características del programa (cohorte de ingreso, permanencia y abandono). Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas, mientras que la edad se presentó mediante media y desvío estándar.

Para analizar el desgranamiento del programa, se calcularon tasas de abandono totales y por cohorte, así como tasas de deserción según género, grupo etario y departamento geográfico de asignación.

Para evaluar posibles asociaciones entre variables categóricas se utilizaron tablas de contingencia y la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Esta prueba se aplicó para analizar:

- la asociación entre género y deserción del programa,
- la relación entre grupo etario y condición de deserción.

En los casos en que se evaluó la relación entre edad (variable continua) y la condición de permanencia en el programa (permanece, abandono voluntario, abandono involuntario), se utilizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA). Posteriormente se realizaron comparaciones múltiples mediante el test de Tukey HSD para identificar diferencias entre grupos.

Para explorar los motivos de abandono voluntario, se realizó un análisis factorial exploratorio sobre las respuestas a los 28 ítems de la encuesta, con el objetivo de identificar agrupamientos conceptuales entre las distintas razones de abandono.

Finalmente, las respuestas abiertas de la encuesta fueron analizadas mediante análisis cualitativo de contenido, utilizando el software Atlas.ti versión 9, a fin de identificar categorías emergentes vinculadas a las experiencias y motivos de abandono no contemplados en el cuestionario estructurado.

Para cumplir completamente el tercer objetivo específico, se aplicó una encuesta utilizada en un estudio previo (Querido et al., 2023) que contenía todas las dimensiones de abandono de residencias médicas descriptas en nuestro marco teórico. La encuesta incluyó el relevamiento de datos demográficos de la persona encuestada,

datos sobre la situación laboral actual y 28 ítems que corresponden a posibles razones de abandono. (Ver Anexo 1).

Se realizó análisis cuantitativo de las respuestas de la encuesta referidas a las 28 razones. Estas 28 razones se agruparon en menos categorías (a fin de simplificar el análisis) mediante un análisis factorial exploratorio. En el análisis preliminar, basado en la bibliografía, se esperó encontrar e

estos grupos de motivos:

- 1- altas exigencias emocionales del trabajo:
- 2- falta de satisfacción profesional
- 3- estilo de vida incompatible con sus planes de vida
- 4- tensiones en las relaciones laborales
- 5- malas perspectivas profesionales
- 6- interés en otra especialidad

Además, se realizó análisis cualitativo de las respuestas de campo libre para identificar otras razones o vivencias que no hayan sido contempladas en el listado de razones presentadas. Para el análisis cualitativo se utilizó como soporte el software Atlas ti, versión 9.

Tabla 2. Operacionalización de variables

Objetivo específico	VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
Describir los perfiles sociodemográficos de los profesionales del plan cordobés de radicación de médicos en el interior.	Perfil sociodemográfico	Edad Género	Características de la población encuestada	Distribución porcentual de encuestados en categorías de edad Distribución porcentual de encuestados de género masculino y femenino	Base de datos del programa
Medir y analizar el desgranamiento de participantes del plan por cohorte.	Desgranamiento Tipo de baja	Variable unidimensional expresada en porcentaje Abandono voluntario	Abandono definitivo del programa Abandono por decisión propia o por decisión externa	Frecuencia absoluta y relativa de deserción por año del programa, diferenciado por cohorte; frecuencias por motivo de baja	Bases de datos del programa

		:Abandono involuntario			
Analizar los motivos de deserción del plan en relación a las variables sociodemográficas, laborales y personales	Motivos de deserción	Motivos sociodemográficos	Razones vinculadas al lugar de vida o de trabajo, o composición familiar, o edad por la que los encuestados abandonaron el plan de radicación		Bases de datos del programa Respuestas de la encuesta vinculadas al estilo de vida incompatible con sus planes de vida
		Motivos laborales	Razones vinculadas al monto económico percibido o naturaleza del trabajo u otras razones de la vida laboral por la que los encuestados abandonaron el plan de radicación		Preguntas de la encuesta relacionadas con tensiones en las relaciones laborales, malas perspectivas profesionales , interés en otra especialidad
		Motivos personales	Razones vinculadas a las vivencias subjetivas y otras razones por las que abandonaron voluntariamente el plan de radicación		Preguntas de la encuesta de las dimensiones de altas exigencias emocionales del trabajo y falta de satisfacción

					profesional
--	--	--	--	--	-------------

Respecto a las consideraciones éticas, todas las respuestas fueron anónimas, y se garantizó la confidencialidad de la información individual. Como acuerdo previo a la participación, se otorgó un consentimiento informado en donde se explican los alcances del estudio y el manejo de la información (ver Apéndice 1). Se aclaró el derecho de los participantes de retirarse del estudio, revocando así el consentimiento. De todos modos, ningún participante decidió retirarse.

Resultados

Se analizó la base de datos del programa, identificando un total de 122 ingresantes en el programa entre los años 2019 y 2023. La Tabla 2 resumen las características de género y edad total, y desglosado por cada cohorte. Se observa una composición de edad similar en todas las cohortes, y una creciente feminización de las cohortes más recientes.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes del Plan por cohorte. Elaboración propia.

Cohorte	N° de ingresantes	Mujeres n (%)	Varones n (%)	Edad media (± DS)
1	73	44 (60%)	29 (40%)	35, 2(± 8,2)
2	42	29 (69%)	13 (31%)	35, 2(± 8,4)
3	7	5 (71%)	2 (29%)	38(± 10,9)
Total	122	78 (65%)	44 (35%)	35, 2(± 8,2)

En cuanto al desgranamiento, se presenta en la Tabla 4 las bajas del programa por cohorte. Es preciso aclarar que para el momento de análisis de esta tesis, el grupo de la cohorte 3 se encontraba finalizando la etapa de formación. Por esto no hay datos de la etapa de continuidad o carga pública.

Tabla 4. Desgranamiento de participantes del plan por cohorte. Elaboración propia. D: desgranamiento

Cohorte	Total de inscriptos	D. en etapa de formación	D. en etapa de carga pública	D. total	% D.total
1	73	28	17	45	61.6
2	42	11	3	14	33.3
3	7	0	-	-	-
Total	122	39	20	59	48.4

La Ilustración 1 muestra las fechas de inicio y fin de cada etapa según cohorte, y resume la cantidad de participantes y su abandono.

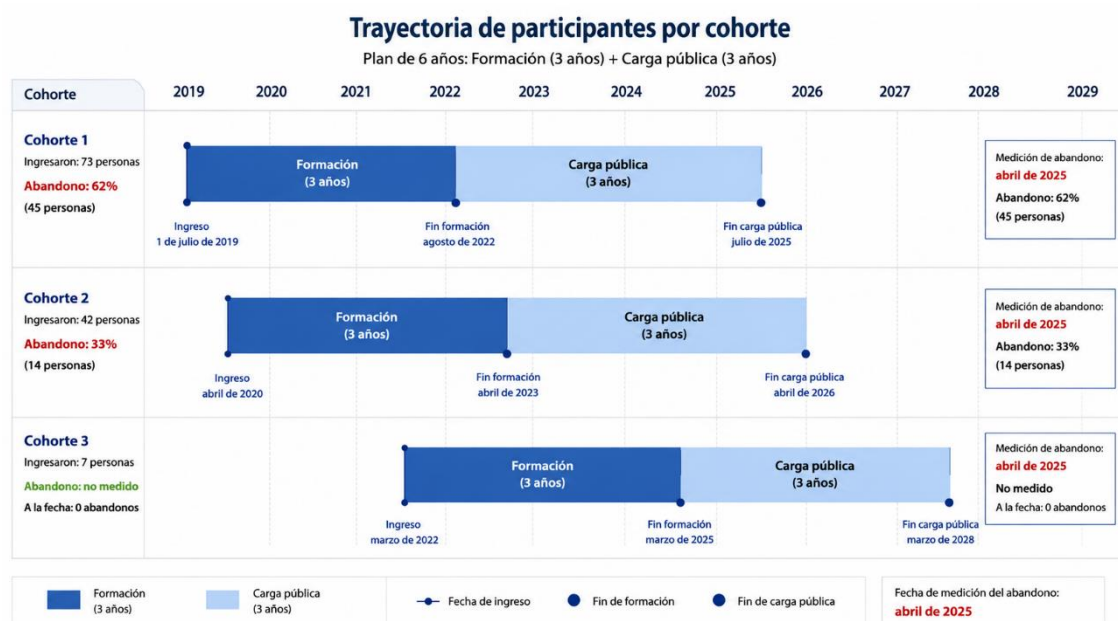


Ilustración 1. Deserción de participantes por cohorte y por etapa del plan.

A fin de cumplir los objetivos de este estudio, es preciso analizar con detalle las causas de deserción del programa, diferenciando en las bajas voluntarias y las bajas por razones académicas o laborales. En el análisis de los registros del programa se encontró que de las 59 bajas sólo el 18,6% se debió a causas voluntarias de las personas participantes (11 casos). Otros 40 participantes fueron dados de bajo por el programa por incumplimiento académico o incumplimiento de funciones asistenciales, pero no pudo determinarse con exactitud a que tipo de causa obedecieron las bajas involuntarias. Además, 8 casos se dieron de baja del programa por cambio de contrato ofrecido por el ministerio provincial. Estos últimos casos el cambio de contrato fue

posterior a finalizar los 3 años de formación incluidos en el plan (es decir, ocurrieron durante la etapa de continuidad o carga pública).

De las personas que abandonaron en etapa de formación (39 personas), 7 personas abandonaron el programa de forma voluntaria. De las personas que abandonaron en etapa de continuidad o carga pública (20 participantes), sólo 4 abandonaron por decisión propia. En la Figura 2 se observa esta distribución por causas voluntarias o causas involuntarias, en cada etapa del programa.

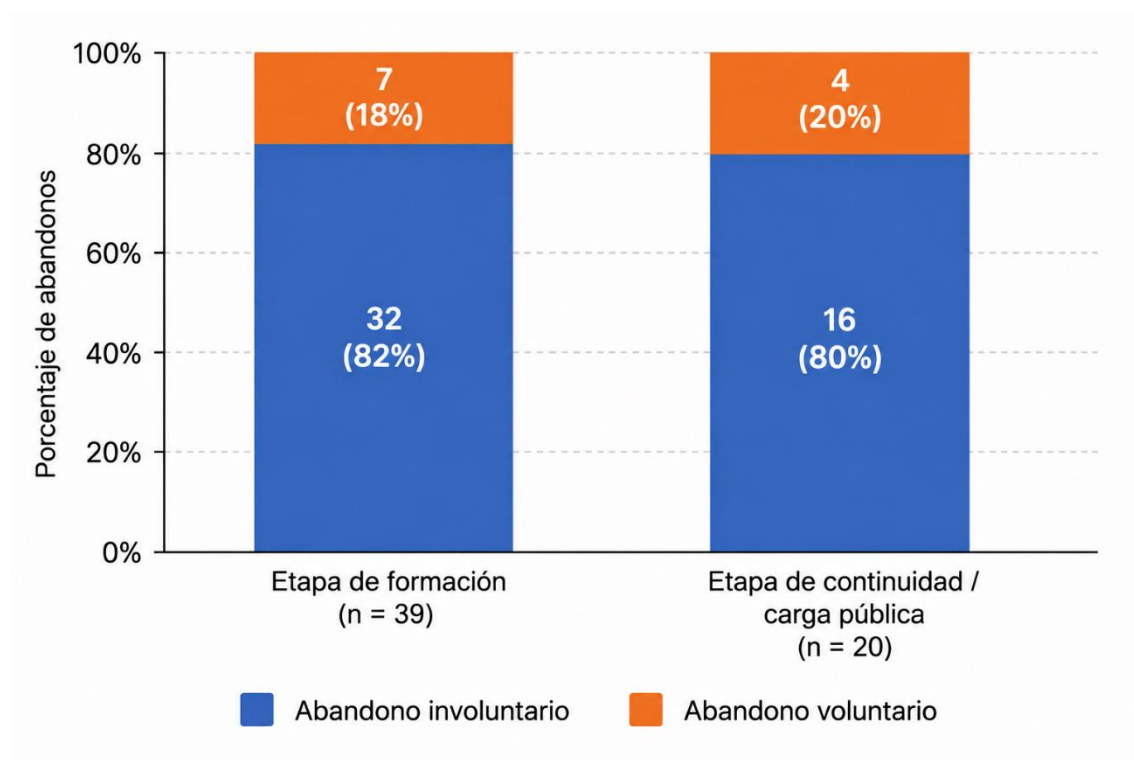


Ilustración 2. Bajas voluntarias e involuntarias en cada etapa del plan.

En la Tabla 5 se observa la deserción de participantes por género (ya sean causas voluntarias o involuntarias). Se observa que la deserción es mayor en varones, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5. Deserción por género y frecuencia absoluta de abandonos voluntarios. Elaboración propia.

Género	Total médicos	Médicos que desertaron	% de abandono	FA de abandono voluntario
Masculino	44	25	57%	7
Femenino	78	34	44%	4
Total	122	59	47%	11

Los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo que permanece en el programa y el grupo que presentó abandono involuntario ($p < 0,01$), indicando que este último grupo tiene una edad media significativamente mayor. No se observaron diferencias significativas entre los grupos de abandono voluntario y los otros dos grupos. En la Tabla 6 se presentan los resultados de las comparaciones entre subgrupos.

Tabla 6. Resumen de comparaciones estadísticas entre Edades de diferentes subgrupos. Elaboración propia en base a resultados de InfoStat

Grupo 1	(versus) Grupo 2	Diferencia media	p-valor ajustado	IC Inferior	IC Superior
Abandono Involuntario	Abandono Voluntario	4.62	0.279	-2.49	11.74
Abandono Involuntario	Permanece	3.57	0.0	1.47	5.67
Abandono Voluntario	Permanece	-1.06	0.848	-8.34	6.22

Respecto a las tasas de deserción por edad, se establecieron categorías de grupos con primera edad de corte a los 40 años (que es la edad límite establecida por la provincia para ingresos a residencias tradicionales). En la Tabla 7 puede verse los datos de cada subgrupo. El análisis no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en cuanto a la proporción de desertores ($\chi^2 = 4,05$; $gl = 2$; $p = 0,132$).

Este hallazgo fue consistente con el estadístico de máxima verosimilitud ($G^2 = 4,20$; $gl = 2$; $p = 0,122$). Los coeficientes de contingencia fueron bajos (C de Pearson = 0,18; C de Cramer = 0,13), lo que indica una relación débil entre las variables. A pesar de que el grupo de mayor edad (51 a 60 años) presentó una tasa de deserción del 78%, esta diferencia no alcanzó significación estadística. Es posible que el tamaño de la muestra del grupo mayor a 40 años limite la potencia del análisis (los participantes menores a 40 años representan el 78% del total de participantes del programa).

Tabla 7. Estimación de deserción de participantes según grupos de edad.

Grupo de edad (años)	Total ingresantes	Total desertores	% deserción	Abandono voluntario (n)	Abandono involuntario (n)
Hasta 40 años	95	42	43%	8	34
41 a 50	18	10	50%	3	7
51 a 60	9	7	78%	0	7
Total	122	59		11	48

Análisis de deserción por departamento geográfico de radicación

Para realizar el análisis de deserción por departamento de asignación, se elaboró primero la asignación por departamento. Analizando la tabla 8, se puede indicar que el 78% de los cargos se asignaron a departamentos donde la tasa de médicos es mayor a 2,07 por mil (valor de referencia mínimo propuesto por OMS), y sólo el 22% de los cargos fue otorgado a aquellos departamentos que tienen una densidad de médicos menor al 2 por mil.

Tabla 8. Densidad de médicos previa, asignación de profesionales, cantidad de bajas totales, cantidad de bajas voluntarias y tasa de deserción total discriminadas por departamento de la provincia de Córdoba.

Región geográfica	Densidad de médicos	Cantidad de profesionales asignados	Cantidad de bajas voluntarias (fa)	Cantidad de bajas totales (fa)	Tasa de deserción total (%)
Capital	8,47	0	-	0	-
Calamuchita	2,29	2	1	2	100
Colón	4,17	12	1	3	25
Cruz del Eje	1,76	4	0	0	0
General Roca	1,32	4	0	4	100
General San Martín	4,31	7	0	5	71
Ischilín	1,69	3	0	0	0
Juarez Celman	1,73	3	0	3	100
Marcos Juárez	3,32	5	1	1	20
Minas	1,23	0	-	0	-
Pocho	0,78	1	0	0	0
Presidente Roque Saenz Peña	2,52	1	1	1	100
Punilla	3,61	14	0	6	43
Rio Cuarto	4,05	5	2	4	80
Rio Primero	1,42	7	0	2	29
Rio Seco	1,11	1	0	1	100
Rio Segundo	2,53	7	2	4	57
San Alberto	1,35	2	0	1	50
San Javier	2,65	3	0	1	33
San Justo	3,18	15	0	11	73
Santa María	3,20	13	3	5	38
Sobremonte	1,11	0	-	0	-

Tercero Arriba	3,27	3	0	0	0
Totoral	3,31	3	0	0	0
Tulumba	1,20	2	0	1	50
Unión	2,92	5	0	4	80
TOTAL Provincia de Córdoba	5,25	122	11	59	47

Respecto a la deserción, se agruparon los departamentos según alcanzaran previamente la tasa de densidad de médicos mínima propuesta por la OMS, y se mostró que en el caso de los departamentos previamente desfavorecidos no existieron casos de abandono voluntario, y la tasa general de deserción fue ligeramente menor a los departamentos con mayor densidad de médicos:

Tabla 9. Tasas de deserción en departamentos agrupados por densidad de médicos

Región geográfica	Cantidad de profesionales asignados	Cantidad de bajas voluntarias (fa)	Cantidad de bajas totales (fa)	Tasa de deserción total (%)
Departamentos con densidad de médicos menor a 2,07 por mil	27	0	12	44.4
Departamentos con densidad de médicos igual o mayor a 2,07 por mil	95	16	47	49.5
Total	122	16	59	48.4

Análisis de grupo de abandono voluntario

Para el estudio de este grupo de 12 personas, se les envió la encuesta y consentimiento informado por correo electrónico. Se obtuvo respuesta de 8 participantes.

De las personas que respondieron, todos reafirmaron que la decisión de abandonar el plan fue personal. Tres personas abandonaron en el año 1, una en el año 2, una en el año 3 y tres en el Año 4. De las 8 respuestas, 7 casos correspondían a personas que vivían solos o en pareja sin hijos al momento de participar en el programa.

Al tratarse de una muestra muy pequeña, el análisis factorial exploratorio presenta limitaciones, pero sirve para comprender los principales motivos de este pequeño grupo. Varios ítems con varianza nula fueron eliminados del análisis.

Tabla 10. Ítems seleccionados de cargas factoriales. Los valores en negrita indican la carga más fuerte de cada ítem en un factor.

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor dominante
Trabajo que consumía mucha energía	0.78	0.22	0.10	F1
Tenía (síntomas de) agotamiento	0.71	0.35	0.15	F1
Era emocionalmente demasiado pesado para mí	0.20	0.80	0.12	F2
Desequilibrio entre vida laboral y personal	0.72	0.29	0.18	F1
Asuntos/problemas financieros	0.18	0.76	0.11	F2
Motivos personales o familiares	0.12	0.68	0.20	F2
Problemas interpersonales (colegas/equipo)	0.15	0.18	0.74	F3
No poder cooperar/trabajar con un superior	0.20	0.25	0.71	F3
El plan no cumplió con las expectativas sugeridas por la información previa	0.30	0.20	0.69	F3
Me interesé en otra especialidad	0.25	0.22	0.66	F3

Las cargas factoriales sugieren, de manera preliminar, que los factores pueden agruparse en tres grandes categorías:

- Factor 1: Sobrecarga laboral y presión productiva (ítems relacionados con exceso de trabajo, presión por productividad, falta de equilibrio vida-trabajo).
- Factor 2: Agotamiento, carga emocional y problemas financieros (ítems sobre agotamiento, estrés emocional, cuestiones personales/económicas).
- Factor 3: Relaciones interpersonales y expectativas incumplidas (ítems vinculados a conflictos con colegas/superiores, expectativas frustradas sobre la especialidad).

Los factores 1 y 2 explicaron los principales motivos de deserción entre los participantes con abandono voluntario, sin embargo se vuelve a remarcar la limitación de este análisis por lo pequeño de la muestra. Algunos ítems con muy poca variabilidad no aportaron información al análisis factorial, por eso la tabla muestra sólo los ítems seleccionados.

Complementado estos resultados, el análisis cualitativo del contenido de las respuestas abiertas. A priori, se esperó encontrar que los motivos respondieran a categorías sociodemográficas, laborales y personales. Sin embargo, en el análisis de las categorías que emergieron de las respuestas de campo abierto se encontraron, fundamentalmente, que los motivos estaban relacionados a aspectos laborales (7 casos) y sólo un caso por aspectos personales. Lo vinculado a motivos laborales incluyó la percepción de baja retribución económica en relación a la carga horaria (dos referencias a este punto), malas condiciones en el ambiente laboral o falta de acompañamiento en la parte práctica en etapa de formación (3 testimonios se expidieron sobre estas razones). Además, dos testimonios indicaron que no pudieron (ni habían deseado) radicarse en la localidad que les fue asignada, y sostuvieron la participación viajando muchas horas para llegar al espacio de trabajo.

Discusión

Síntesis de hallazgos en relación con la pregunta de investigación

Esta tesis se propuso caracterizar la deserción del plan cordobés de radicación de médicos en el interior y comprender las razones que motivaron la deserción entre 2019 y 2023. En función de los resultados presentados, la deserción se configuró como un fenómeno de magnitud elevada, con un 48,4% de deserción total del programa. El desglose se concentró principalmente en el primer año de formación y estuvo explicado mayoritariamente por bajas involuntarias asociadas a incumplimientos académicos o asistenciales. Las bajas voluntarias representaron una proporción menor (18,6% del total de bajas), y sus motivos se vincularon predominantemente con condiciones laborales percibidas como desfavorables: sobrecarga de trabajo, desgaste emocional, desequilibrio entre vida laboral y personal, percepciones de retribución insuficiente en relación con la carga horaria, dificultades en el entorno de trabajo y expectativas incumplidas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por género, aunque la proporción de deserción fue mayor en varones. En relación con la edad, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre mayor edad y abandono involuntario, mientras que el abandono voluntario no mostró diferencias claras respecto del grupo que permanece. Finalmente, la deserción no resultó mayor en los departamentos con menor densidad médica previa; incluso, al agrupar por umbral de densidad, los departamentos más desfavorecidos mostraron una tasa total de deserción levemente menor y ausencia de abandonos voluntarios. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el principal desafío del plan no radica únicamente en la

captación inicial de profesionales, sino en la capacidad institucional del programa y de los territorios de práctica para sostener la permanencia, particularmente durante la inserción inicial.

El primer año como período crítico de inserción y permanencia

El mayor desgranamiento en el primer año constituye un hallazgo central, consistente con la evidencia disponible sobre deserción en programas de formación médica. Los estudios internacionales en residencias, especialmente en cirugía general, han mostrado que la mayor proporción de deserción se concentra tempranamente (Bustaan et al., 2019; Khoushal et al., 2017; Sullivan et al., 2013) . Si bien el plan analizado no es una residencia tradicional, comparte con ellas un rasgo fundamental: el inicio del trayecto formativo implica una transición abrupta en términos de demandas asistenciales, responsabilidad clínica, integración a equipos y exposición a entornos de alta carga emocional. En el caso del plan cordobés, esta transición se complejiza por el anclaje territorial y la inserción en ámbitos municipales heterogéneos, donde las condiciones de trabajo y la capacidad de soporte institucional varían de manera marcada. La evidencia sugiere que la deserción temprana suele estar asociada a desajustes entre expectativas y realidad, así como a dificultades de adaptación a la dinámica del trabajo asistencial (Bustaan et al., 2019). En nuestra serie, la concentración de la deserción en el primer año permite plantear que el momento de inserción inicial debe ser entendido como una instancia de alto riesgo, y por lo tanto como un punto de intervención prioritario en el rediseño del programa.

Desde una perspectiva de gestión de políticas de talento humano, resulta útil diferenciar la deserción temprana como un indicador de desempeño del dispositivo de inserción y acompañamiento, más que como un rasgo atribuible exclusivamente a características individuales de las personas. En programas territoriales, la inserción requiere al menos tres condiciones: supervisión clínica adecuada, integración real en equipos de trabajo y encuadre institucional consistente. Cuando estas condiciones no se sostienen, la probabilidad de interrupción aumenta, ya sea por decisión propia (cuando se percibe que las condiciones no son aceptables) o por bajas involuntarias (cuando el desempeño académico o asistencial no logra responder a exigencias que, en ocasiones, no están alineadas con el contexto de práctica). En este marco, fortalecer el primer año no debería limitarse a un aumento de exigencias o controles, sino a una mejora deliberada de las condiciones de integración y soporte.

La elevada proporción de bajas involuntarias y la pregunta por el diseño institucional

Un resultado que distingue a este caso es la alta proporción de bajas involuntarias respecto del total de deserción. De las 59 bajas registradas, solo 11 correspondieron a abandono voluntario, mientras que una parte sustantiva se vinculó con incumplimientos académicos o asistenciales, sin que fuera posible discriminar con precisión la naturaleza específica de cada baja involuntaria en el registro administrativo. Este hallazgo desplaza la interpretación centrada en la decisión individual hacia un análisis del diseño institucional del programa, del sistema de evaluación y de la articulación entre formación y servicio. La literatura sobre deserción en posgrados subraya la importancia de los factores institucionales como dimensiones modificables y, por ende, estratégicas para la mejora de la retención (Romo et al., 2014; Valencia Quecano et al., 2024). En este sentido, la elevada frecuencia de bajas involuntarias invita a revisar tres componentes: los criterios de desempeño esperados, los mecanismos de acompañamiento pedagógico y clínico, y la adecuación de las exigencias a contextos municipales con infraestructura y equipos diversos.

En programas que combinan formación y práctica, la evaluación adquiere una doble función: garantizar estándares y, al mismo tiempo, guiar el aprendizaje. Cuando se enfatiza la evaluación como mecanismo de control sin soporte suficiente, puede aumentar el riesgo de fracaso académico y de desenganche. Asimismo, la heterogeneidad territorial puede producir inequidad evaluativa: dos cursantes con igual capacidad pueden tener desempeños divergentes si uno se inserta en un equipo con alta supervisión y otro en un contexto con escasa tutoría, alta rotación o carencias materiales. Sería de interés profundizar nuevas líneas de investigación que den soporte a esta hipótesis. Este punto resulta especialmente relevante para políticas que buscan equidad territorial: no es consistente promover la radicación en territorios desfavorecidos si el programa no compensa, con apoyo adicional, las desigualdades estructurales del lugar de práctica.

Motivos de abandono voluntario: condiciones laborales, desgaste y expectativas

En el subgrupo de abandono voluntario, el análisis cuantitativo exploratorio y el análisis cualitativo convergieron en la centralidad de factores laborales. Las cargas factoriales

sugirieron tres grandes dimensiones: sobrecarga y presión productiva; agotamiento, carga emocional y problemas financieros; y conflictos interpersonales o expectativas incumplidas. Complementariamente, en los relatos de campo abierto emergieron de modo predominante razones laborales (7 de 8 respuestas analizadas cualitativamente), con menciones a retribución insuficiente, condiciones desfavorables del ambiente de trabajo, falta de acompañamiento práctico durante la etapa de formación y dificultades para sostener la radicación efectiva (viajes prolongados hacia la localidad asignada, sin haberse radicado en ella). Estos hallazgos se alinean con la literatura que identifica el desequilibrio vida-trabajo y el agotamiento como detonantes frecuentes de deserción (Bustaan et al., 2019; Hope et al., 2021) . Esto muestra, por un lado, que existió incumplimiento de la consigna de radicación en el lugar de formación- trabajo. Por otro lado, este caso adquiere particular importancia el componente territorial: el trabajo se realiza en escenarios municipales con variabilidad significativa, donde la carga asistencial puede coexistir con menor disponibilidad de soporte técnico, equipos incompletos y menor acceso a redes de interconsulta o derivación.

En términos de política sanitaria, esta evidencia sugiere que la retención no puede sostenerse solo con incentivos iniciales o con un complemento económico uniforme. Cuando las condiciones laborales y de formación se perciben como incongruentes con la información previa o con las expectativas de desarrollo profesional, el incentivo financiero tiende a operar como un amortiguador insuficiente. Además, la percepción de ingreso insuficiente en relación con carga horaria remite a un problema de diseño del paquete de incentivos: no es únicamente el monto absoluto, sino el balance entre remuneración, riesgo emocional, soporte institucional y reconocimiento profesional. En este sentido, el análisis cualitativo sugiere que el abandono voluntario estuvo más asociado a la organización del trabajo que a una falta de motivación hacia la atención primaria o hacia la medicina familiar.

Género: hallazgos locales y tensiones con la evidencia disponible

La deserción fue mayor en varones (57% frente a 44% en mujeres), aunque sin significación estadística. Este resultado difiere de ciertos hallazgos reportados en revisiones de cirugía, donde se ha descrito mayor deserción femenina asociada a inequidades estructurales en ambientes de alta jerarquía, con prácticas discriminatorias

y barreras de progresión(Corley et al., 2020; Hope et al., 2021; Khoushhal et al., 2017) . Una lectura posible es que parte de esa evidencia proviene de especialidades quirúrgicas y contextos institucionales con dinámicas específicas de género, no necesariamente extrapolables a la medicina familiar y general. Asimismo, otros estudios advierten que la evidencia sobre género en deserción de posgrados no es consistente y que el efecto de género suele interactuar con otras dimensiones, como la carga de trabajo, el estado civil, la maternidad/paternidad, la cultura institucional y la organización del aprendizaje(Valencia Quecano et al., 2024).

En nuestro caso, la ausencia de significación estadística y el tamaño muestral limitan conclusiones. Sin embargo, el patrón observado habilita hipótesis de interés para estudios posteriores. Por ejemplo, es posible que los varones del programa hayan presentado perfiles de expectativa profesional distintos, con mayor tendencia a abandonar frente a percepciones de baja retribución relativa o de limitaciones de desarrollo profesional en el territorio. Del mismo modo, la feminización creciente de cohortes más recientes podría estar asociada a cambios en el perfil de aspirantes o en la valoración social de la especialidad. Estas hipótesis requieren abordajes cualitativos que permitan comprender decisiones, trayectorias y experiencias en el territorio, evitando la simplificación de diferencias por género como causas aisladas.

Edad y trayectorias profesionales: un programa que incorpora adultos fuera del modelo clásico

El análisis mostró diferencias significativas entre el grupo que permanece y el grupo con abandono involuntario: este último presentó una edad media mayor. Si bien el análisis por grupos de edad no alcanzó significación estadística, se observó una tendencia a mayor deserción en el grupo de 51 a 60 años (78%), con limitaciones de potencia por el tamaño reducido del subgrupo. Este hallazgo puede interpretarse en el marco de una particularidad del plan: al no establecer una restricción etaria de ingreso, incorpora personas con trayectorias laborales previas diversas, incluyendo perfiles que no participan habitualmente en residencias tradicionales (y por tanto es probable que exista poco estudio sobre este grupo). Esta característica, desde una perspectiva de política de recursos humanos, puede ser una fortaleza (amplía el universo reclutable), pero al mismo tiempo exige dispositivos formativos y de evaluación adaptados a la heterogeneidad de trayectorias.

La bibliografía sobre deserción en educación en línea sugiere que la edad puede asociarse a dificultades relativas en competencias digitales, organización del estudio y creación de entornos adecuados para el aprendizaje (Stiller & Bachmaier, 2018). En programas con fuerte componente virtual, estas barreras pueden actuar como factores de riesgo adicionales. En este estudio no se midieron directamente habilidades tecnológicas ni condiciones de conectividad, por lo que las interpretaciones deben mantenerse como hipótesis. Sin embargo, el vínculo observado entre mayor edad y abandono involuntario invita a considerar estrategias específicas: módulos introductorios de alfabetización digital, tutorías académicas más intensivas en los primeros meses y evaluación formativa más frecuente para reducir el riesgo de bajas por incumplimiento en poblaciones adultas.

Distribución territorial: asignación, densidad médica previa y lectura de los resultados

El análisis territorial mostró que el 78% de los cargos se asignaron a departamentos con densidad médica superior al umbral mínimo propuesto como referencia, y solo el 22% a los departamentos con densidad inferior. Este dato tensiona uno de los supuestos que suelen tenerse para este tipo de programas de fortalecimiento del talento humano: la priorización de territorios con déficit más marcado. En este sentido, los resultados sugieren que la estrategia de asignación no habría operado de manera sistemática como un mecanismo de corrección de inequidades territoriales, sino más bien como una política distribuida en un conjunto amplio de departamentos, algunos de los cuales no se encontraban entre los más desfavorecidos. Es relevante volver a comentar que no se accedió al detalle de los criterios de asignación territorial, pero estos fueron variando en las diferentes cohortes.

Asimismo, la tasa de deserción total no fue mayor en los departamentos con menor densidad médica previa. Este punto merece una lectura cuidadosa. Por un lado, podría sugerir que los territorios más desfavorecidos no son necesariamente los más inestables para la retención, y que las condiciones de arraigo podrían ser más favorables cuando existe un mayor sentido de necesidad comunitaria, un mayor reconocimiento local o un rol profesional más definido. Por otro lado, la ausencia de abandonos voluntarios en departamentos con menor densidad podría reflejar el

reducido tamaño muestral de asignación en esos territorios o un subregistro diferencial de motivos. Otro aspecto, que no fue estudiado en esta tesis por ausencia del dato, pero si fue un elemento que ha sido estudiado en el caso del programa de Brasil, es la posibilidad de reconversión de profesionales que ya vivían en esas localidades y adjudicaron la beca. En cualquier caso, el hallazgo refuerza que la deserción no depende linealmente de la vulnerabilidad territorial medida solo por densidad médica, sino que interactúa con condiciones laborales concretas, soporte institucional y diseño del programa.

Diálogo con la evidencia internacional: límites de los incentivos aislados y necesidad de rectoría

Los resultados de esta tesis dialogan con un cuerpo de evidencia que señala los límites de las políticas basadas exclusivamente en incentivos económicos o en decisiones individuales para modificar patrones de distribución profesional. En la bibliografía se muestra que, en el contexto europeo, las políticas más efectivas para reducir desigualdades territoriales en la distribución de médicos generales fueron aquellas de carácter estructural y regulatorio, incluyendo cupos definidos por necesidades sanitarias y sistemas de remuneración basados en capitación (Ozegowski, 2013). En contraste, los incentivos financieros aislados y las intervenciones durante la formación médica mostraron impacto limitado o inconsistente. El plan cordobés incorporó incentivos económicos y apoyo para vivienda, así como una estrategia formativa con aval universitario y componente virtual. Sin embargo, la tasa de deserción observada sugiere que estos elementos no fueron suficientes para garantizar permanencia sostenida, especialmente cuando se enfrentan condiciones laborales desafiantes o fallas en la articulación institucional.

En un sistema descentralizado como el cordobés, donde el primer nivel de atención depende de municipios y comunas, la rectoría provincial y la capacidad de coordinación interjurisdiccional se vuelven determinantes. Si bien el plan intenta corregir una desigualdad histórica de distribución, los resultados indican que la retención se juega también en el nivel micro de la práctica cotidiana: supervisión, equipo, condiciones contractuales, claridad de roles y acceso a recursos básicos. Esto no contradice la importancia de los incentivos económicos, pero sí sugiere que deben integrarse en un paquete más amplio de condiciones de empleo y soporte profesional, con mecanismos de monitoreo y corrección temprana en los territorios con mayores dificultades.

Implicancias programáticas: líneas de mejora orientadas a la retención

A partir de los hallazgos, se identifican varias líneas de mejora plausibles para fortalecer la retención. En primer lugar, reforzar el acompañamiento del primer año, implementando tutorías clínicas y académicas sistemáticas, con dispositivos de seguimiento temprano que permitan identificar dificultades antes de que deriven en bajas. En segundo lugar, revisar los criterios y procedimientos de evaluación, promoviendo enfoques formativos y escalonados, especialmente en poblaciones adultas y en contextos con mayor vulnerabilidad institucional. En tercer lugar, mejorar la calidad del entorno laboral en los municipios: esto incluye asegurar integración en equipos, claridad de responsabilidades, mecanismos de resolución de conflictos y soporte para la práctica clínica. En cuarto lugar, revisar la relación entre carga horaria y retribución, así como la coherencia entre la información previa ofrecida y la experiencia real del programa, dado que las expectativas incumplidas emergieron como dimensión del abandono voluntario.

Adicionalmente, resulta pertinente revisar los criterios de asignación territorial. Si el objetivo principal es mejorar la equidad en la distribución de médicos, se requieren mecanismos transparentes y basados en necesidades para priorizar territorios más deficitarios, junto con estrategias compensatorias que reduzcan el riesgo de inserción fallida. En este punto, el aprendizaje de políticas comparadas sugiere que, sin algún grado de regulación o planificación territorial efectiva, los programas pueden tener resultados transitorios o concentrarse en territorios relativamente más atractivos. Desde una perspectiva de auditoría y evaluación, estas modificaciones deberían acompañarse de indicadores de proceso y resultado: retención anual por cohorte, causas de bajas bien tipificadas, calidad del soporte de tutoría y satisfacción de cursantes, entre otros.

Más allá de la retención: necesidad de evaluar impacto sanitario y desempeño del primer nivel

Si bien el objetivo de esta tesis se centró en caracterizar la deserción y explorar motivos de deserción, los resultados abren la posibilidad de nuevas preguntas sobre el impacto sanitario del programa. La literatura internacional sugiere que incrementos en

la oferta de médicos de atención primaria pueden asociarse a mejoras en indicadores poblacionales, aunque los efectos dependen del contexto y del tipo de intervención (Basu et al., 2019; Kinge & Grytten, 2021; You & Donnelly, 2022) . En el caso brasileño, Mais Médicos mostró efectos moderados sobre densidad y reducción en mortalidad susceptible a la atención médica (Hone et al., 2020). En Córdoba, contar con información sobre asignación por departamento y permanencia podría permitir, en estudios futuros, explorar cambios en acceso, continuidad e integralidad de la atención, o en indicadores vinculados a la capacidad resolutive del primer nivel.

Evaluar impacto sanitario requiere, sin embargo, mejorar la calidad de los registros y la trazabilidad de las trayectorias profesionales. El proceso de depuración realizado en esta tesis evidencia que, incluso para medir retención, la información administrativa inicial presentaba dispersión y falta de uniformidad. Para avanzar hacia evaluaciones de impacto, será necesario construir sistemas de información integrados que permitan seguir cohortes, vincular datos de desempeño con indicadores de servicios y, eventualmente, incorporar perspectiva de usuarios y comunidades. Esta línea de trabajo podría contribuir a mover el debate desde la mera disponibilidad de recursos humanos hacia la discusión sobre resultados concretos del sistema de salud.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones metodológicas, debe destacarse la dispersión inicial de la información del programa. La existencia de múltiples bases de datos con estructuras disímiles obligó a realizar procesos de unificación y depuración que, si bien mejoraron la consistencia, pueden haber dejado remanentes de subregistro o clasificación imperfecta. En particular, la imposibilidad de discriminar con exactitud las causas de bajas involuntarias constituye una limitación relevante para comprender el componente mayoritario del deserción. En algunos casos, las lagunas de información se completaron mediante consultas a docentes o referentes municipales, lo cual introduce el riesgo de sesgo de recuerdo, aun cuando el período retrospectivo no haya sido excesivamente largo.

Una segunda limitación es el tamaño reducido del grupo de abandono voluntario y la tasa de respuesta a la encuesta (8 respuestas), lo que restringe la robustez del análisis factorial exploratorio y del análisis cualitativo. Si bien los resultados aportan señales consistentes sobre la centralidad de motivos laborales, deben interpretarse como

hallazgos exploratorios. Finalmente, este estudio no incluyó mediciones directas de variables que podrían ser relevantes para explicar deserción, tales como conectividad, habilidades digitales, clima laboral medido con instrumentos estandarizados o intensidad de supervisión clínica. Estas dimensiones deberían incorporarse en investigaciones posteriores, especialmente si se busca diseñar intervenciones específicas.

Comentarios finales

En síntesis, la deserción del plan cordobés de radicación de médicos en el interior entre 2019 y 2023 se presenta como un fenómeno complejo que no puede interpretarse exclusivamente como una suma de decisiones individuales. Su magnitud elevada, la concentración de la deserción en el primer año y el predominio de bajas involuntarias señalan desafíos institucionales vinculados al diseño, la implementación y el soporte del programa en el territorio. En el subgrupo de abandono voluntario, los motivos se vincularon predominantemente con condiciones laborales, desgaste emocional y expectativas incumplidas, más que con factores familiares. Las diferencias por género no fueron significativas, aunque se observó mayor proporción de deserción en varones, y la mayor edad se asoció a abandono involuntario, abriendo hipótesis sobre la interacción entre modalidad formativa, evaluación y trayectorias profesionales.

Estos resultados refuerzan la necesidad de fortalecer el acompañamiento inicial, revisar los dispositivos de evaluación y tutoría, mejorar las condiciones laborales en el territorio y avanzar hacia mecanismos de planificación y rectoría que articulen la política provincial con la heterogeneidad municipal. Finalmente, se abre una agenda para evaluaciones futuras que, además de la retención, analicen el impacto sanitario del programa y su contribución efectiva a la equidad en el acceso a servicios de salud en la provincia de Córdoba.

La elevada tasa de deserción por causas académicas, en comparación con la bibliografía, invita a estudiar las causas detrás de esa causa. Es necesario profundizar el estudio sobre otras dimensiones que podrían haber afectado el mal desempeño académico en el grupo que terminó en baja por esa causa, más allá de los análisis por edad realizados en esta tesis.

Si bien no era objetivo de este estudio, sería interesante poder evaluar el programa en cuanto a sus resultados sanitarios, y no solamente la cuestión de la retención del personal. Los datos que muestran la asignación y la deserción de profesionales por departamento (y su densidad de médicos) podría ser una base para otros estudios sobre el impacto del programa.

Este marco analítico permite interpretar de manera más crítica las experiencias internacionales recientes y aporta elementos conceptuales para el análisis de políticas en contextos como el argentino. En sistemas de salud descentralizados y fragmentados, donde la responsabilidad sobre el primer nivel de atención se encuentra distribuida entre múltiples jurisdicciones, la ausencia de mecanismos de regulación y planificación puede profundizar las desigualdades territoriales, aun cuando existan programas de formación o incentivos económicos específicos. En este sentido, la experiencia europea ofrece un antecedente relevante para comprender los límites y potencialidades de las distintas estrategias orientadas a mejorar la distribución de médicos en el primer nivel de atención.

Bibliografía

- Ase, I. (2006). La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. *Salud colectiva*, 2(2), 199-218.
- Barreto, T., Jetty, A., Eden, A. R., Petterson, S., Bazemore, A., & Peterson, L. E. (2021). Distribution of Physician Specialties by Ruralty. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 37(4), 714-722. <https://doi.org/10.1111/jrh.12548>
- Basu, S., Berkowitz, S. A., Phillips, R. L., Bitton, A., Landon, B. E., & Phillips, R. S. (2019). Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Internal Medicine*, 179(4), 506-514. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7624>
- Bustaan, J., Dijkhuizen, K., Velthuis, S., Post, R. van der, Driessen, E., Lith, J. M. M. van, & Beaufort, A. J. de. (2019). Why do trainees leave hospital-based specialty training? A nationwide survey study investigating factors involved in attrition and subsequent career choices in the Netherlands. *BMJ Open*, 9(6), e028631. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028631>
- Calbano, A. G., Anderson, M. I. P., Rodríguez, A. R. T., Godoy, A. C., Quintana, H. M. B., Martins, I., García, J. C. P., Muñoz, K., Orellana, P., Carrasco, R. V., Cardozo, V., & Romero, X. A. (2018). Expansión de la medicina familiar en América Latina: Desafíos y líneas de acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e149. <https://doi.org/https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.149>

- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. (s. f.). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Recuperado 3 de febrero de 2026, de <https://censo.gob.ar/>
- Corley, J., Shehhi, N. A., & Kim, E. E. (2020). Gender equity in global surgery: The feminist mission to achieve the 2030 goals. *Journal of Public Health and Emergency*, 4(0), Article 0. <https://doi.org/10.21037/jphe-20-86>
- Cosentino, V. L., Casado, G., Gobbi, C., Secco, A., Romanini, F., Citera, G., Rosemffet, M., Papasidero, S., Medina, M. A., Bande, J. M., Roberts, K., Brigante, A., Pons Estel, G., de la Vega, M. C., Sequeira, G., & Kerzberg, E. M. (2024). Speciality training in rheumatology: Promotion, repetition and dropout rates in the city of Buenos Aires. *Reumatología Clínica (English Edition)*, 20(2), 92-95. <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2024.01.001>
- Datos-relevantes – Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba*. (s. f.). Recuperado 3 de febrero de 2026, de <https://cmpec.org.ar/datos-relevantes/>
- Esandi, M. E., Antonietti, L., Ortiz, Z., Duré, I., Reveiz, L., & Menezes, F. (2020). *Factores e intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo para incrementar la atracción, captación y retención de recursos humanos en salud en el primer nivel de atención de áreas rurales, remotas o desatendidas*. <https://iris.paho.org/items/3fa796ab-1016-4360-86d8-eac09f734541>
- GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 399(10341), 2129-2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)
- Godoy, A. C., Didoni, M. S., Lopez, L. I., Perez, A. S., Bertotto, A., Astegiano, C., & Metrebian, S. (2024a). Experiencia docente en un programa de formación de Medicina Familiar y

- General a distancia. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 21(1), Article 1.
<https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/272>
- Godoy, A. C., Didoni, M. S., Lopez, L. I., Perez, A. S., Bertotto, A., Astegiano, C., & Metrebian, S. (2024b). Experiencia docente en un programa de formación de Medicina Familiar y General a distancia. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 21(1).
<https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/272>
- González García, G. G., Madies, C., Fontela, M., & González García, G. (2012). *Médicos: La Salud de una profesión : Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla* (1a ed). Ediciones Isalud.
- Governo Brasil. (2023). *Programa Mais Médicos – Governo Federal*.
<http://maismedicos.gov.br/>
- Hone, T., Powell-Jackson, T., Santos, L. M. P., de Sousa Soares, R., de Oliveira, F. P., Sanchez, M. N., Harris, M., de Oliveira de Souza Santos, F., & Millett, C. (2020). Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: Quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. *BMC Health Services Research*, 20(1), 873. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>
- Hope, C., Reilly, J.-J., Griffiths, G., Lund, J., & Humes, D. (2021). Factors Associated with Attrition and Performance Throughout Surgical Training: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World Journal of Surgery*, 45(2), 429-442.
<https://doi.org/10.1007/s00268-020-05844-0>
- Khoushhal, Z., Hussain, M. A., Greco, E., Mamdani, M., Verma, S., Rotstein, O., Tricco, A. C., & Al-Omran, M. (2017). Prevalence and Causes of Attrition Among Surgical Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Surgery*, 152(3), 265-272.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4086>

- Kinge, J. M., & Grytten, J. (2021). The impact of primary care physician density on perinatal health: Evidence from a natural experiment. *Health Economics*, 30(12), 2974-2994. <https://doi.org/10.1002/hec.4426>
- Laros, A. (2025, julio 21). *Cada vez menos médicos en el interior cordobés: Una carencia que enferma*. <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/cada-vez-menos-medicos-en-el-interior-cordobes-una-carencia-que-enferma/>
- Laura Gonzalez. (2023, enero 29). *La Provincia analiza un paquete de auxilio a las clínicas del interior | Política* [Periódico]. La Voz del Interior. <https://www.lavoz.com.ar/politica/la-provincia-analiza-un-paquete-de-auxilio-a-las-clinicas-del-interior/>
- Lazzarini, N. (2019, agosto 16). *Médicos comunitarios de Córdoba capital piden que el programa continúe*. <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/medicos-comunitarios-de-cordoba-capital-piden-que-programa-continue/>
- Maceira, D., Palacios, A., Urrutia, M., Espinóla, N., & Nievas, M. (2017). Descentralización y estructura de las remuneraciones médicas en Argentina: Un análisis comparado en cinco jurisdicciones. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(30), 26-32.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2007). Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States. *International Journal of Health Services*, 37(1), 111-126. <https://doi.org/10.2190/3431-G6T7-37M8-P224>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Informe sobre cobertura: Cupos y adjudicaciones en residencias con financiamiento nacional durante el período 2010—2022*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/32-informe-mapa-tablero-cobertura-residencias-2010-2022.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2019, octubre 29). *Documentos marco de referencia para la formación en residencias de medicina familiar*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/medicina_general_y_familiar_ok.pdf

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022, mayo 22). *Requisitos y componentes de los concursos de residencias*. Argentina.gob.ar.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/requisitos-y-componentes-de-los-concursos-de-residencias>
- Mohammadiaghdam, N., Doshmangir, L., Babaie, J., Khabiri, R., & Ponnet, K. (2020).
Determining factors in the retention of physicians in rural and underdeveloped areas:
A systematic review. *BMC Family Practice*, 21, 216. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01279-7>
- Oliveira, F. P. de, Vanni, T., Pinto, H. A., Santos, J. T. R. dos, Figueiredo, A. M. de, Araújo, S. Q. de, Matos, M. F. M., & Cyrino, E. G. (2015). "Mais Médicos": A Brazilian program in an international perspective. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 623-634.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>
- Oman, K. M., Usher, K., & Moulds, R. (2009). Lack of coordination between health policy and medical education: A contributing factor to the resignation of specialist trainees in Fiji? *The New Zealand Medical Journal*, 122(1291), 28-38.
- OPS/OMS. (2017). *OPS/OMS | Recursos humanos para la salud, para todas las personas, en todos los lugares*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Ozegowski, S. (2013). Effective policy mechanisms for an equitable geographical distribution of general practitioners: A qualitative comparative analysis of the accessibility of primary care in Europe. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(3), 151-159.
<https://doi.org/10.1177/1355819613482885>
- Querido, S. J., de Rond, M. E. J., Wigtersma, L., & ten Cate, O. (2023). Some residents drop out of specialty training. How important is prior clinical experience? A survey among

residents in the Netherlands. *GMS Journal for Medical Education*, 40(1), Doc5.

<https://doi.org/10.3205/zma001587>

- Quintero-Guasca, R. E., Avellaneda-Nieves, M., Cristancho-García, M., Sánchez-Medina, I. I.,
Quintero-Guasca, R. E., Avellaneda-Nieves, M., Cristancho-García, M., & Sánchez-Medina, I. I. (2021). Permanencia estudiantil en programas de posgrado e-learning: Un caso de estudio. *Formación universitaria*, 14(3), 17-24. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062021000300017>
- Richardson-López Collada, V. (2006). Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(3), 155-157.
- Romo, O. K. H., Mora, R. P., & Estévez, G. G. (2014). La deserción en los posgrados, un problema no menor. *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, 5(8), 1-18.
- Rossi, A. (2025, abril 1). *El cierre de clínicas privadas*. CMPC. <https://cmpc.org.ar/el-cierre-de-clinicas-privadas/>
- Russell, D., Mathew, S., Fitts, M., Liddle, Z., Murakami-Gold, L., Campbell, N., Ramjan, M., Zhao, Y., Hines, S., Humphreys, J. S., & Wakerman, J. (2021). Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health*, 19(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7>
- Sabignoso, M., Sparkes, S. P., & Earle, A. J. (2024). Using a Small Lever to Achieve Big Outcomes in a Devolved Health System: 20 Years of Programa Sumar in Argentina. *Health Systems & Reform*, 10(3), 2422105. <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2422105>
- Silberman, P., & Silberman, M. (2022). ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 19(3), Article 3.
<https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/221>

- Stiller, K. D., & Bachmaier, R. (2018). Dropout in an Online Training for Trainee Teachers. *European Journal of Open, Distance and E-Learning*, 20(1), 80-95.
<https://doi.org/10.1515/eurodl-2017-0005>
- Sullivan, M. C., Yeo, H., Roman, S. A., Ciarleglio, M. M., Cong, X., Bell, R. H., & Sosa, J. A. (2013). Surgical residency and attrition: Defining the individual and programmatic factors predictive of trainee losses. *Journal of the American College of Surgeons*, 216(3), 461-471. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.11.005>
- Tobar, F. (2004). Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina. *IDB Publications*. (Argentina).
<https://doi.org/10.18235/0009819>
- Tomblin Murphy, G., MacKenzie, A., Alder, R., Langley, J., Hickey, M., & Cook, A. (2013). Pilot-testing an applied competency-based approach to health human resources planning. *Health Policy and Planning*, 28(7), 739-749. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs115>
- Valencia Quecano, L. I., Guzmán Rincón, A., & Barragán Moreno, S. (2024). Dropout in postgraduate programs: A underexplored phenomenon – a scoping review. *Cogent Education*, 11(1), 2326705. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2024.2326705>
- Vanni, T., Cyrino, A. P., & Ribeiro, A. C. R. de C. (2017). Medical recruitment and retention in the Australian health system: A dialogue with Megan Cahill/Provimento medico no sistema de saude da Australia: urna conversa com Megan Cahill/Recrutamiento y retencion de medicos en el sistema de salud de Australia: un dialogo con Megan Cahill. *Interface: Comunicação Saúde;de Educação*, 21(S1), 1367-1376.
- Vilas, C. (2003). *Descentralización de Políticas Públicas: Argentina en la Década de 1990*.
<https://libreriacentros.clacso.org/publicacion.php?p=320&cm=414&oi=>

You, W., & Donnelly, F. (2022). Physician care access plays a significant role in extending global and regional life expectancy. *European Journal of Internal Medicine*, 103, 62-68.
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2022.06.006>

Apéndice 1

Consentimiento Informado

El presente estudio titulado “**Motivos de deserción del plan cordobés de radicación de médicos en el interior de Córdoba: claves para mejorar las políticas de talento humano en salud**” tiene por objetivo conocer las razones de abandono de las personas participantes del Plan Cordobés de Radicación de Médicos en el Interior.

Para cumplir los objetivos, se contacta a personas que han participado del plan, y se les solicita que completen un cuestionario.

La participación es voluntaria y gratuita. Se garantiza confidencialidad de la información brindada, conforme a lo dispuesto por la Ley 25.326, que se refiere a la Protección de Datos Personales. Los datos obtenidos de los cuestionarios son confidenciales, y serán utilizados para cumplir el objetivo de este estudio.

Los beneficios de su participación consisten en aportar su experiencia y opinión sobre un tema relevante para la salud pública. Al cumplirse los recaudos para preservar su identidad, no se identifican riesgos en la participación. La participación puede interrumpirse si la persona que completó el cuestionario así lo desea, en cualquier momento que se desarrolle la investigación. Los participantes tienen derecho también a recibir todas las aclaraciones que precisen.

La responsable del estudio es la médica Ana Carolina Godoy, matrícula profesional 33071/4.

Yo,habiendo comprendido y aceptado la información antes descripta, presto mi consentimiento para participar de esta investigación.

Apéndice 2

Encuesta sobre motivos de abandono prematuro del plan de formación

Basado en original: Querido SJ, de Rond MEJ, Wigersma L, Ten Cate O. Some residents drop out of specialty training. How important is prior clinical experience? A survey among residents in the Netherlands. GMS J Med Educ. 2023 Feb 15; 40(1):Doc5. Doi: 10.3205/zma001587. PMID: 36923321; PMCID: PMC10010763.

Instrucciones: marque las opciones que correspondan y complete las preguntas abiertas. Esta es una traducción fiel para uso académico.

1. Consentimiento informado (marque la casilla si acepta participar)

Esta encuesta es parte del trabajo de investigación cuya autora es la médica Ana Carolina Godoy. Los datos son anónimos, y su uso no tendrá otro fin que el cumplimiento de los objetivos de investigación. Haga click aquí para obtener el detalle completo del consentimiento informado.

- ☐ Acepto participar en esta encuesta de manera voluntaria.

2. ¿Cuál es su edad? (respuesta abierta)
3. ¿Cuál es su género?
- ☐ Masculino
 - ☐ Femenino
 - ☐ Prefiere no responder
4. ¿Cuál era su situación personal cuando dejó el plan de radicación?
- ☐ Solo/a sin hijos
 - ☐ Solo/a con hijos
 - ☐ En pareja y viviendo separados
 - ☐ En pareja sin hijos
 - ☐ En pareja con hijos
 - ☐ Otro (especifique): _____
5. ¿Tenía hijos cuando dejó el plan de radicación?
- ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 2 o más
6. ¿Cuál era su dedicación laboral durante el plan de radicación?
- ☐ Tiempo parcial
 - ☐ Tiempo completo
7. ¿Qué espacio de formación dejó? (lugar) (respuesta abierta)
8. ¿Esta formación de posgrado fué su primera, segunda, tercera (o más) opción?
- ☐ 1.^a
 - ☐ 2.^a
 - ☐ 3.^a o más
9. ¿Cuándo se graduó de la carrera de medicina? (dd/mm/aaaa)
10. ¿Cuándo inició el plan de radicación? (dd/mm/aaaa)
11. ¿Cuándo dejó el plan de radicación? (dd/mm/aaaa)
12. ¿En qué año del plan de radicación la dejó?
- ☐ Año 1

- ☐ Año 2
- ☐ Año 3
- ☐ Año 4
- ☐ Año 5
- ☐ Año 6

13. ¿La decisión de dejar el plan de radicación fue suya o del/de la supervisor/a?

- ☐ Decisión propia
- ☐ Decisión del/de la supervisor/a
- ☐ Decisión tomada en conjunto

14. ¿Cuál fue el motivo principal para dejar el plan de radicación? (respuesta abierta)

15. Indique, para cada uno de los siguientes factores, cómo influyó en su decisión de dejar la residencia.

Use una escala Likert de 5 puntos: 1=Nada relevante, 2=Poco relevante, 3=Algo relevante, 4=Relevante, 5=Muy relevante.

☐ 28 ítems :

1. trabajo que consumía mucha energía
2. tenía (síntomas de) agotamiento
3. era emocionalmente demasiado pesado para mí
4. el plan no cumplió con las expectativas sugeridas por la información previa
5. satisfacción insuficiente con la naturaleza del trabajo
6. no poder realmente cuidar/significar algo para el paciente
7. autonomía profesional limitada por reglas/autonomía limitada
8. desempeño deficiente
9. demasiada presión para la productividad y menos para el desarrollo personal
10. trabajo diferente al esperado
11. desequilibrio entre vida laboral y personal
12. incongruencia en el estilo de vida
13. alto volumen de horas de trabajo
14. era físicamente demasiado pesado para mí

- 15. asuntos/problemas financieros
 - 16. motivos personales o familiares
 - 17. no había posibilidad de trabajar a tiempo parcial
 - 18. problemas interpersonales (colegas/equipo)
 - 19. obligado por otros a renunciar
 - 20. incapacidad de compartir preocupaciones personales con alguien
 - 21. no poder cooperar/trabajar con un superior
 - 22. sufrir transgresiones relacionales inapropiadas en el trabajo
 - 23. estado de la especialidad
 - 24. entorno de trabajo/tipo de práctica
 - 25. perspectiva profesional limitada dentro de esta especialidad
 - 26. opiniones de otros sobre la especialidad que me influyeron
 - 27. impacto de los procedimientos disciplinarios o legales
 - 28. Me interesé en otra especialidad
16. ¿Hubo otros factores que influyeran en su decisión? (respuesta abierta)
17. ¿Qué podría haberle persuadido a continuar la residencia? (respuesta abierta)
18. Antes de iniciar la residencia, ¿tenía experiencia laboral en la especialidad correspondiente?
- ☐ Sin experiencia laboral
 - ☐ Experiencia como estudiante del último año
 - ☐ Experiencia como graduado/a
 - ☐ Experiencia como especialista
 - ☐ Otra (especifique): _____
19. Describa brevemente esta experiencia laboral. (respuesta abierta)
20. ¿Qué información, experiencia o apoyo previo al inicio podría haber prevenido que dejara la residencia? (respuesta abierta)
21. ¿Qué información, experiencia o apoyo previo al inicio podría haber evitado que iniciara esta residencia? (respuesta abierta)
22. ¿Cuál es su situación laboral actual?
- ☐ Otra residencia o programa de formación de posgrado
 - ☐ Otro trabajo como profesional médico/a

- ☐ Otro trabajo no médico
- ☐ En orientación/búsqueda
- ☐ Otro (especifique): _____

23. ¿Tiene algún comentario o sugerencia respecto de esta encuesta?

(respuesta abierta)

Apartado IV: Director de Tesis

Buenos Aires, 11 de marzo de 2026

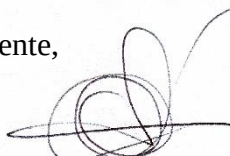
Señores miembros del Comité Evaluador de Proyectos Universidad Isalud

Por medio de la presente, me dirijo a Uds. a fin de comunicarles mi aceptación a dirigir la Tesis titulada **Motivos de deserción del plan cordobés de radicación de médicos en el interior de Córdoba: claves para mejorar las políticas de talento humano en salud.** correspondiente a la alumna Ana Carolina Godoy de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social., promoción año 2023.

A tales efectos, presento adjunto mi currículum vitae.

Comunico que he revisado y aprobado el Proyecto de Tesis presentado por el alumno/a.

Sin otro particular, saludo a ustedes atentamente,



Dra. Ana López