



Tesis de Maestría

“Recursos Humanos en Salud”

“¿Existe la Plétora Médica?”

“¿Cuántos médicos por habitante?”

“¿Hay un número ideal?”

“El tamaño no lo es todo, ni asegura mejores resultados”

Tesista: Dr. Fernando Mario Ariel Rossi.

Director de Tesis: Prof. Dr. Luís Alberto Kvitko.

2014

**Maestría en Sistemas de Salud
y Seguridad Social**

DEDICATORIA

Al Prof. Dr. Gervasio Choroila, siempre presente desde los inicios, inestimable amigo que con la bonhomía que lo caracteriza, sus inagotables conocimientos, y sus sugerencias oportunas, ha sido una guía inspiradora y rectora en todo proyecto que nos propusiéramos.

*“No es más grande quien más espacio ocupa,
sino el que más vacío deja cuando se va.”*

ÍNDICE

RESUMEN	5
PALABRAS CLAVES	5
1 – DEFINICIONES	6
1.1 - Recursos Humanos en Salud.	6
1.2 - Plétora médica.	7
1.3 - Número de médicos.	7
1.4 - Número ideal.	8
1.5 - Tamaño.	8
2 – INTRODUCCIÓN	9
3 - OBJETIVOS y METODOLOGÍA	14
3.1 – Objetivos	14
3.2 – Metodología	14
3.2.1 - Diseño.	16
3.2.2 - Método.	16
3.2.3 - Material.	16
4 – DESARROLLO	17
4.1 – Estadísticas Internacionales	17
4.2 - Situación de la Argentina en Cifras	22
4.3 – Importancia de los Recursos Humanos	35
4.4 - Formación de Recursos Humanos	45

4.5 - Especialidades Médicas	50
4.6 - Nómina de Especialidades	59
5 – DISCUSIÓN	68
6 – CONCLUSIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	81

RESUMEN

La discusión sobre el número ideal de médicos por habitante, en el estudio de los recursos humanos en salud, es una discusión que lleva muchos años. Este tema divide las opiniones, en los que creen que sobran, y los que creen que faltan médicos. En este trabajo analizamos la cantidad de médicos por habitante en los distintos países del mundo, en la Argentina en particular, y calculamos la cantidad que creemos sería la óptima en nuestro país, teniendo en cuenta nuestra realidad actual y futura. Claro esta sin olvidar que “el tamaño no lo es todo”, razón por la que evaluamos que especialidades médicas necesita nuestro país.

PALABRAS CLAVES

Recursos Humanos en Salud.

Plétora médica.

Número de médicos.

Número ideal.

Tamaño.

1- DEFINICIONES

Tse-Lu dijo: “Si el príncipe de Vei os pidiera su ayuda para dirigir los asuntos públicos, ¿a qué daríais preferencia?”

“A dar a cada cosa su verdadero nombre.”¹

1.1 - Recursos Humanos en Salud²

Se denomina Recursos Humanos al trabajo que aporta el conjunto de los trabajadores de una organización. Es más frecuente que se denomine así a la función o gestión que se ocupa de seleccionar, contratar, formar, emplear y retener a los trabajadores de la organización.

El objetivo básico que persigue la función de Recursos Humanos es alinear las políticas con las estrategias de la organización, lo que permitirá implantar la estrategia a través de los trabajadores, quienes son consideradas como los únicos recursos vivos e inteligentes capaces de llevar al éxito organizacional y enfrentar los desafíos que se presenten. Es

¹ CONFUCIO: *Tratados Morales y Políticos. Según los textos de Confucio y de sus discípulos Tseng-Chen, Tchu-Hi y otros*, Versión establecida por Núñez de Prado J., Editorial Iberia, Barcelona, 1971, p. 125.

“... Si los nombres no convienen a las cosas, hay confusión en el lenguaje, las cosas no se ejecutan. Si las cosas no se ejecutan, las conveniencias y la armonía son descuidadas. Estando descuidadas las conveniencias y la armonía, los suplicios y otros castigos no son proporcionados a las faltas. No siendo proporcionados a las faltas los suplicios y otros castigos, el pueblo no sabe ya donde poner la mano y el pie”. CONFUCIO: op. cit., pp. 125-126.

Confucio (K'ung-fu-tzu, que se traduce literalmente por *Maestro Kong*), (551-479 a.d.n.e.): filósofo chino, creador del confucianismo y una de las figuras más influyentes de la historia china.

² Alles Martha Alicia: *Diccionario de Términos. Recursos Humanos*, Gránica, Buenos Aires, 2011.

imprescindible resaltar que no se administran personas ni recursos humanos, sino que se administra con las personas viéndolas como agentes activos y proactivos dotados de inteligencia, creatividad y habilidades físicas e intelectuales.

1.2 - Plétora Médica³⁻⁴⁻⁵

Plétora: Exceso de sangre o de otros líquidos orgánicos en el cuerpo o en una parte de él. Gran abundancia de algo.

Plétora Médica: Dícese del exceso de profesional médico. Se entiende por plétora médica la existencia de un número de profesionales que supera la necesidad de médicos por habitante.

1.3 - Número de Médicos

Cantidad de profesionales médicos en un lugar y momento dado.

1.4 - Número Ideal

³ *Diccionario de la Real Academia Española*, Vigésima segunda edición, Espasa Calpe, España, 2003.

⁴ GÓMEZ de SILVA Guido: *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española*, Fondo de Cultura Económica, México, 2006.

⁵ JOVEN MARIED Jorge, VILLANOBA ARTERO Carlos, JULÍA CERDA Gabriel, GONZÁLEZ-HUIX LLANDÓ Fernando: *Diccionario de Medicina*, Marín, Barcelona, 1986.

Hace referencia al número adecuado de profesionales médicos para las necesidades sanitarias de un lugar y en un momento dado.

1.5 - Tamaño⁶⁻⁷

Tamaño, del latín, *tam*, tan, y *magnus*, grande. Las dimensiones o medidas de un objeto: Tan grande o tan pequeño. Muy grande o muy pequeño. Mayor o menor volumen o dimensión de algo.

2 – INTRODUCCIÓN

⁶ *Diccionario de la Real Academia Española*, Vigésima segunda edición, Espasa Calpe, España, 2003.

⁷ GÓMEZ de SILVA Guido: *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española*, Fondo de Cultura Económica, México, 2006.

“Cuando no hay asistencia médica, los médicos sobran.

Cuando la hay, faltan.”⁸

El número ideal de médicos por habitante, es una discusión que lleva muchos años.⁹ Este trabajo trata de resolver esta incógnita, evaluando los datos existentes sobre recursos humanos en salud, intentando desmitificar la llamada “plétora médica”, convertida en un *argumentum ad populum*¹⁰.

Pineault¹¹ define el proceso de planificación como un proceso continuo de previsión de recursos y servicios necesarios para alcanzar unos objetivos determinados, según un orden de prioridades, teniendo en cuenta el contexto actual y sus alteraciones previsibles por la influencia de factores internos o externos. Dominar las etapas y los instrumentos de la planificación es esencial para poner en práctica un programa de salud. El

⁸ **Ramón Carrillo.** En: GONZÁLEZ GARCÍA Ginés, MADIES Claudia, FONTELA Mariano: *Médicos: La salud de una profesión. Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*, ISALUD, Buenos Aires, 2012, p. 35.

⁹ La cantidad de médicos requeridos para las necesidades de nuestro país es un antiguo debate. La opinión generalizada es que existe un exceso histórico en la oferta de profesionales disponibles, en comparación con el número de médicos de otros países. Sin embargo, recientemente se verifica una creciente dificultad para cubrir necesidades en ciertas especialidades o lugares críticos. GONZÁLEZ GARCÍA Ginés, MADIES Claudia, FONTELA Mariano: *Médicos: La salud de una profesión. Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*, ISALUD, Buenos Aires, 2012, p. 20.

¹⁰ **Argumentum ad populum:** (en latín, “dirigido al pueblo”) o sofisma populista, es una falacia que implica responder a un argumento o a una afirmación refiriéndose a la supuesta opinión que de ello tiene la gente en general, en lugar de al argumento por sí mismo.

¹¹ PINEAULT Raynald, DAVELUY Carole: *La Planificación Sanitaria: conceptos, métodos y estrategias*, Masson, España, 1995.

proceso de planificación abarca en realidad una serie de etapas que van desde el “¿En qué situación nos encontramos?” (evaluación inicial) al “¿Qué vamos a hacer?”; pasando por determinar lo importante, lo que podemos y queremos hacer, cómo y con quién. Todo el proceso debe incluir una estrategia, es decir, definir un orden entre las prioridades y objetivos, así como las actividades y la movilización de recursos. La identificación de los problemas de salud de una población consiste en determinar qué “*necesidades*” no se encuentran cubiertas mediante los recursos locales disponibles. Así pues, la evaluación inicial incluye no sólo el estado de salud, y el de los servicios existentes sino también evaluar las estructuras sanitarias, sus recursos materiales, financieros y humanos.

En el análisis de la realidad. Deben explicarse los fenómenos de forma cuantitativa, definiendo criterios para identificar y medir, la importancia del número de médicos. La percepción que se tiene sobre el número de médicos como uno de los problemas de salud, indica la trascendencia social de éstos.¹²

El diagnóstico debe ser completo, es decir, capaz de describir, explicar y evaluar la situación de salud respecto del número de médicos y especialidades.

¹² El número de médicos relacionado con la cantidad de habitantes es quizás el más antiguo indicador utilizado para medir su suficiencia o insuficiencia. Sin embargo, si bien nuestro país cuenta con una de las tasas de médicos de médicos por habitantes más favorables del mundo, no carece de graves inconvenientes en otras dimensiones con las que debe evaluar su suficiencia. Contar con muchos profesionales en general no nos dice nada respecto a si están cubiertas las necesidades de neonatólogos, traumatólogos, anestesistas, o terapistas intensivos. GONZÁLEZ GARCÍA Ginés, MADIES Claudia, FONTELA Mariano: *Médicos: La salud de una profesión. Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*, ISALUD, Buenos Aires, 2012, p. 15.

El diagnóstico es un análisis de la situación de salud y el número de médicos en un momento determinado, desde el que se proponen metas a alcanzar y acciones a implementar.

Ante la inexistencia en el país de fuentes válidas y confiables que permitan conocer el número de profesionales de salud en actividad,¹³ la estimación de la magnitud de la fuerza de trabajo del sector debe basarse en un conjunto de fuentes secundarias combinadas. Esta carencia de información básica, actualizada de modo permanente, ha determinado la aparición de diversos estudios que producen estimaciones, que en la mayor parte de los casos, no se realizan con el rigor metodológico requerido.

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 y 2001, y la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)¹⁴ no relevan información referida al número de personas que se desempeñan en el sector salud por categoría ocupacional desagregada a la cantidad de dígitos necesarios para la identificación de cada una de éstas.

¹³ La descentralización del sistema sanitario también dificulta la obtención de información. Actualmente, el país no cuenta con un registro centralizado de información que permita tomar decisiones en relación con sus recursos humanos. Los datos más actualizados corresponden al último Censo poblacional realizado en 2001. Con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se creó el Observatorio Nacional Permanente de Recursos Humanos de Salud, pero su desarrollo es aún limitado, al punto que sólo cuenta con la cantidad de residencias y matrículas emitidas, con una serie de restricciones metodológicas que limitan su utilización. MACEIRA Daniel, CEJAS Cintia: *Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional*. Documento de Políticas Públicas/Recomendación N° 82, CIPPEC, Buenos Aires, julio de 2010.

¹⁴ **Encuesta Permanente de Hogares (EPH):** es un programa nacional de producción sistemática y permanente de indicadores sociales que lleva a cabo el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), que permite conocer las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población.

Es decir que, los censos de 1991 y 2001, sólo permiten conocer el número de personas que prestan servicios en el sector por grandes grupos poblacionales (técnicos, administrativos).¹⁵⁻¹⁶

El censo 2010, no evaluó datos respecto al número de profesionales.¹⁷

La discusión sobre el número ideal de médicos por habitante, es una discusión que lleva muchos años.

*“Uno de los temas más debatidos en nuestro gremio es el de la plétora de médicos. Tema tratado en muchas oportunidades y que divide la opinión en dos bandos: los que creen en la existencia real de una plétora médica en nuestro país, entre ellos altas autoridades universitarias, y proponen por consiguiente las medidas oportunas para evitarla, y los que sostienen que tal plétora no existe, pues grandes zonas del país carecen por completo de médicos, y muchos miles de habitantes de una asistencia médica, ni gratuita ni paga”.*¹⁸

Así comenzaba el Dr. José Pavlotzky su relato “Asistencia Médica en la ciudad y la campaña. Mala distribución o falsa plétora”, hace ya 75 años.

Todavía hoy continúa la discusión y los desacuerdos respecto del número ideal de médicos por habitante.

¹⁵ ABRAMZÓN Mónica C.: *Recursos Humanos en Salud. Las condiciones de Salud en las Américas*, OPS, Buenos Aires, 1993.

¹⁶ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*. Organización Panamericana de la Salud - OPS, Buenos Aires, 2.005.

¹⁷ Censo 2010, INDEC. <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>

¹⁸ PAVLOTZKY José: *La asistencia médica en la ciudad y la campaña. Mala distribución o falsa plétora*, 2º Congreso Médico Gremial Argentino, Rosario, 1936.

Este trabajo se propone aportar elementos que aclaren esa discusión, tratando de echar luz a esa antigua concepto de plétora médica, estudiando la distribución, y la posible adecuación a las necesidades de nuestro país.

3 - OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

3.1 - Objetivos

A) Analizar las estadísticas nacionales e internacionales referentes al número de médicos en los distintos países.

B) Evaluar en argentinas, la cantidad de médicos existentes y los realmente necesarios para las necesidades sanitarias nacionales.

3.2 – Metodología

Las condiciones del contexto señaladas en la Introducción adquieren en nuestro país características más agudas ya que no existen fuentes sistemáticas, periódicas y confiables que permitan el seguimiento de las variables fundamentales sobre recursos humanos. Aun cuando los datos para algunas variables (egresados, por ejemplo) tienen una demora de varios años y a menudo resultan incompletos, la única información que reúne esos requisitos es la referida al proceso de formación que es elaborada por el Ministerio de Educación. Es así como la identificación de la dimensión de la oferta educativa y el relevamiento de los nuevos inscriptos y egresados de las carreras de salud fueron posibles gracias a la colaboración del Programa de Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria (PMSIU) dependiente de la Secretaría de Educación Superior

del Ministerio de Educación. Para la estimación del número de profesionales por categoría, se utilizó el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001¹⁹ que proporciona datos acerca del número de profesionales en el país por categoría. Es el único censo que da datos sobre profesionales. La Encuesta Permanente de Hogares, relevamiento periódico que realiza el INDEC, no registra información referida al número de personas que se desempeña en el sector salud desagregada por categoría ocupacional de modo de posibilitar su seguimiento y análisis en el período intercensal. De este modo, la estimación de la magnitud de la fuerza de trabajo del sector, en razón de la histórica falta en el país de fuentes válidas, sistemáticas y confiables que permitan conocer con alguna periodicidad el número de profesionales de salud en actividad. Para ello se tomaron en cuenta los trabajos de Abramzon²⁰⁻²¹⁻²², de la OPS²³, del Ministerio de Salud²⁴, y otros que serán mencionadas en cada caso.²⁵

3.2.1 - Diseño.

¹⁹ Hay que tener presente que el censo 2010, no se censó sobre profesiones. Censo 2010, INDEC. <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>

²⁰ ABRAMZÓN Mónica C.: *Recursos Humanos en Salud. Las condiciones de Salud en las Américas*, OPS, Buenos Aires, 1993.

²¹ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Situacao dos recursos humanos em saúde*. En: *Recursos Humanos en Saúde no Mercosul*, OPS-OMS, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

²² ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires, 2.005.

²³ *Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos de Salud*, Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Noviembre, 2005.

²⁴ Indicadores Básicos. Argentina 2011. Ministerio de Salud. OPS. OMS.

²⁵ Todas las fuentes referidas, realizan las estimaciones de la magnitud de la fuerza de trabajo del sector salud, basadas en un conjunto de fuentes secundarias combinadas.

Se basó en el análisis comparativo del número de médicos por habitante en los distintos países, profundizando el análisis en la Argentina y las distintas provincias.

3.2.2 - Método.

Se estudiaron y analizaron las estadísticas obtenidas de distintas fuentes, en forma comparativa y contrastante (OMS, OPS, INDEC, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, etc.).

3.2.3 - Material.

Información estadística sobre el número de médicos y población general de distintos países y diversas bibliografías sobre el tema, que son detalladas en cada caso.

4 – DESARROLLO

4.1 – Estadísticas Internacionales

Hay países que practican una fuerte regulación en la matrícula médica, países donde es muy difícil ingresar a la universidad, porque muchas de ellas tienen un cupo restringido (España, Italia, Estados Unidos²⁶, Suiza²⁷). Hay otros países donde no existe ningún tipo de regulación (Argentina, Uruguay, India).²⁸

Según distintas estadísticas, en los países occidentales hay un promedio de 2 médicos cada 1.000 habitantes, 0,4 cada 1.000 habitantes en la india, y 0,04 cada 1.000 habitantes en los 25 países más pobres.²⁹

Creemos que para adentrarnos en nuestra realidad, respecto al número de médicos, es importante considerar lo que ocurre en otros países (CUADRO I - II, FIGURA I - II).

²⁶ En los Estados Unidos de Norteamérica, la matrícula en medicina es de alrededor de 17.000 espacios. Desde comienzos del año 2000, enfrentan un problema de escasez de estudiantes de medicina que, en el corto plazo, se reflejará en problemas de atención. De hecho, como estas necesidades están presentes y a pesar de que la matrícula de pregrado no ha crecido significativamente, los espacios para las residencias médicas han continuado aumentando. En 2008, de las casi 24.000 plazas de especialidad, solo 70% fue ocupada por médicos ciudadanos norteamericanos. En algunas especialidades como Medicina Familiar, Medicina Interna, Psiquiatría, Cirugía Vascular o Cirugía Torácica, el déficit de ciudadanos norteamericanos ocupando las posiciones de residencias es notablemente mayor. SHELDON G.: *Globalization and the health workforce shortage*. Surgery 2006; 140:354-358. GRAUE-WIECHERS Enrique: *Conferencia Miguel F. Jimenez. La educación médica en México y la salud global*. Gac Méd Méx Vol. 145 No. 5, 2009.

²⁷ Desde el año académico 2018/2019, se deberá formar cada año 300 médicos más. El número de licenciados en Medicina de las cinco facultades de Medicina de Suiza (en Zurich, Berna, Basilea, Ginebra y Lausana) deberá aumentar progresivamente hasta los 1100 por año académico. Incluso se habla de abrir nuevas facultades de Medicina. *Panorama Suizo*, febrero de 2013, N° 1, pp. 8-11.

²⁸ GONZALEZ GARCÍA Ginés., TOBAR Federico: *Salud para los argentinos*, ISALUD, Buenos Aires, 2004, p. 176.

²⁹ KATZ Ignacio: *La fórmula sanitaria. Claves para una nueva gestión*, Eudeba, Buenos Aires, 2003, p. 111.

CUADRO I

Número de médicos existentes en distintos países (cada 1.000 hab.).³⁰⁻³¹

Australia	2,5 (2001)	1 (2010)
Austria	3,2 (2001)	3,8 (2010)
Bélgica	3,9 (2000)	4,2 (2010)
Canadá	2,1 (2001)	1,9 (2010)
Corea del sur	1,4 (2001)	1,7 (2010)
Cuba	5,8 (2005)³²	6,7 (2010)³³
Dinamarca	3,4 (2001)	3,2 (2010)
España	3,3 (2000)	3,8 (2010)
Estados Unidos	2,7 (1999)	2,7 (2010)
Finlandia	3,1 (2001)	3,3 (2010)
Francia	3,3 (2001)	3,7 (2010)
Grecia	4,4 (2001)	5,4 (2010)
Hungría	2,9 (2001)	2,8 (2010)
Irlanda	2,4 (2001)	3,1 (2010)
Islandia	3,5 (2001)	3,8 (2010)
Israel	3,8 (1998)³⁴	3,6 (2010)
Italia	4,3 (2001)	3,7 (2010)
Japón	1,9 (2000)	2,1 (2010)
Luxemburgo	2,5 (2001)	2,9 (2010)
México	1,5 (2001)	2,9 (2010)
Noruega	3 (2001)	3,9 (2010)
Nueva Zelanda	2,2 (2000)	2,1 (2010)
Países Bajos	3,3 (2001)	3,9 (2010)
Polonia	2,2 (2001)	2 (2010)
Portugal	3,2 (2001)	3,4 (2010)
Reino Unido	2 (2000)	2,1 (2010)
República Checa	3,4 (2001)	3,6 (2010)
República Eslovaca	3,5 (2001)	2,4 (2010)
Suecia	3 (2000)	3,6 (2010)
Suiza	3,5 (2001)	4 (2010)
Turquía	1,3 (2001)	1,5 (2010)

CUADRO II

³⁰ Fuente: OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). Health Data, 3º Ed., 2003.

³¹ Fuente: Organización Mundial de la Salud: *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*.

³² Fuente: Medical know-how boosts Cuba's wealth (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/4583668.stm>) (BBC on line.17/01/2006)

³³ DOMÍNGUEZ-ALONSO Emma, ZACCA Eduardo: *Sistema de salud de Cuba*. Salud Pública de México / Vol. 53, suplemento 2 de 2011. s 168-176.

**Los 10 países del mundo con menor número de médicos
(cada 100.000 hab.).³⁵⁻³⁶**

Liberia	2,3 (1997)	< 0,5 (2010)
Eritrea	3 (1996)	1 (2010)
Chad	3,3 (1994)	< 0,5 (2010)
Burkina Faso	3,4 (1996)	1 (2010)
República Centroafricana	3,5 (1996)	1 (2010)
Gambia	3,5 (1997)	< 0,5 (2010)
Níger	3,5 (1997)	< 0,5 (2010)
Nepal	4 (1995)	2 (2010)
Somalia	4 (1997)	< 0,5 (2010)
Tanzania	4,1 (1995)	< 0,5 (2010)

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud estima que si bien la mitad de la población mundial vive en zonas rurales, está atendida por menos de un cuarto del personal médico.³⁷ Es decir que por cada médico en zona rural, hay en promedio tres es zonas urbanas.³⁸

**FIGURA I
Número de habitantes por médico.³⁹**

³⁴ Fuente: OMS, enero 2001.

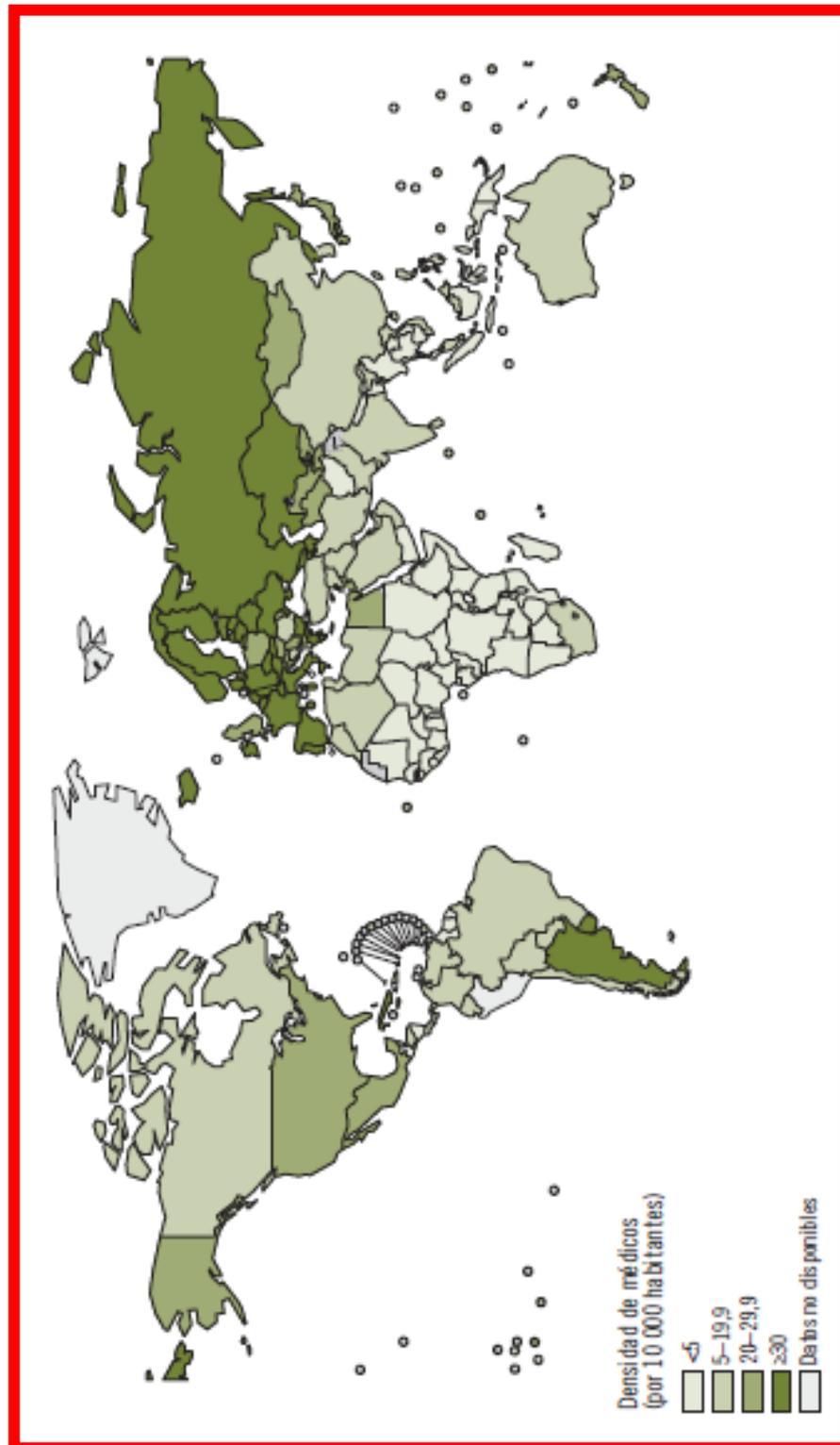
³⁵ Fuente: OMS, enero 2001.

³⁶ Fuente: Organización Mundial de la Salud: *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*.

³⁷ *Colaboremos por la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2006*. OMS.

³⁸ GONZÁLEZ GARCÍA Ginés, MADIES Claudia, FONTELA Mariano: Médicos: La salud de una profesión. Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla, ISALUD, Buenos Aires, 2012. p. 41.

³⁹ http://adsoftheworld.com/media/print/doctors_of_the_world_netherlands_perspective?size=_original (consultada 22/02/2011)



4.2 - Situación de la Argentina en Cifras

En la Argentina en 1970 se calculaba, 1 médico cada 530 habitantes⁴², en 1987 una proporción de 425 habitantes por médico⁴³, esa razón fue de 367 en 1992⁴⁴, lo que correspondería a 2,7 médicos cada 1.000 habitantes⁴⁵.

Según datos de la Secretaría de Planificación de la Universidad de Buenos Aires, en 1998 se estimaba que había en nuestro país 108.000 médicos.⁴⁶

En la Argentina, el número de médicos crece históricamente a una tasa anual superior a la de la población, según los datos con los que se cuentan.

Para 2001, se calculaban 121.000 médicos, de los cuales se estimaban activos 108.000.⁴⁷

En la Argentina (2009) hay habilitadas 30 escuelas de medicina (12 (40%) públicas y 18 (60%) privadas) (LISTADO I), con 60.120 (86,4%) alumnos matriculados en las públicas, y 9.497 (13,6%) en las privadas. 4.910 (85,5%) egresados anuales en las públicas, y 833 (14,5%) en las

⁴² BANCO MUNDIAL: *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en salud*. Washington, D.C., 1993.

⁴³ KATZ, J. MUÑOZ, A. *Organización del Sector Salud: Paja distributiva y equidad*. CEPAL, 1988.

⁴⁴ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Situacao dos recursos humanos em saúde*. En: *Recursos Humanos en Saúde no Mercosul*, OPS-OMS, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

⁴⁵ OPS, *Indicadores Básicos 1998*; BRANGOLD M.: *Administración Estratégica y Servicios de Salud*. Organización Panamericana de la Salud: *Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985 - 1995. Análisis de situación y líneas de trabajo*, Buenos Aires, Publicación N° 43, 1995; OPS/OMS, *Recursos Humanos en Salud*, septiembre 2000.

⁴⁶ KATZ Ignacio: *La fórmula sanitaria. Claves para una nueva gestión*, Eudeba, Buenos Aires, 2003, pp. 112-113.

⁴⁷ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires, 2.005.

privadas. Lo que significa un total de 69.617 matriculados y 5.743 egresados.^{48 - 49}

Se consideraba que había en ejercicio 116.000 médicos en el país (2004), lo que significaba 310 pacientes por médico (3,2 médicos cada 1.000 habitantes).⁵⁰

Y 125.000 médicos en ejercicio, es decir, 320 pacientes por médico en 2011 (3,1 médicos cada 1.000 habitantes).^{51 - 52}

LISTADO I ⁵³

⁴⁸ *Anuario 2009. Estadísticas Universitarias*. Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

⁴⁹ Del total de los matriculados en las públicas, el 45% corresponde a la Universidad de Buenos Aires. *Anuario 2009. Estadísticas Universitarias*. Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

⁵⁰ Dirección de Recursos Humanos. Ministerio de Salud. 2004. En: GONZALEZ GARCÍA Ginés., TOBAR Federico: *Salud para los argentinos*, ISALUD, Buenos Aires, 2004, p. 177.

⁵¹ VIDAL Héctor Julio, SILBERMAN Fernando, AGUILAR GIRALDES Delio, MANRIQUE Jorge I., PRADIER Roberto: *Las Residencias Médicas: su papel en la Educación de Postgrado en la República Argentina*, Revista de Medicina Interna; Primera Parte: 2010, Vol. 6, N° 4; Segunda Parte: 2011, Vol. 7, N° 1. Nota: Este trabajo no aclara de donde se obtienen los datos referidos.

⁵² Si bien estos datos no son acordes con nuestra realidad, la OMS estima para la Argentina una tasa de 3 médicos y 0,8 enfermeros cada 1.000 habitantes (casi 4 médicos por cada enfermero). En Europa hay similar razón de médicos por habitante, pero casi diez veces más enfermeros por habitante que en nuestro país. GONZÁLEZ GARCÍA Ginés, MADIES Claudia, FONTELA Mariano: *Médicos: La salud de una profesión. Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*, ISALUD, Buenos Aires, 2012. p. 41.

Públicas

- Universidad Nacional de Buenos Aires
- Universidad Nacional de Córdoba
- Universidad Nacional de Cuyo
- Universidad Nacional de La Plata
- Universidad Nacional de La Rioja
- Universidad Nacional de Rosario
- Universidad Nacional de Tucumán
- Universidad Nacional del Comahue
- Universidad Nacional del Nordeste
- Universidad Nacional del Sur
- Universidad Nacional del Litoral
- Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires
- Universidad Nacional de la Matanza (comenzó con el primer año de la carrera en febrero de 2012)

Privadas

- Universidad Abierta Interamericana
- Universidad Adventista del Plata
- Universidad Austral
- Universidad Católica de Córdoba

⁵³ *Anuario 2009. Estadísticas Universitarias.* Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

- Universidad Católica de Cuyo
- Universidad Católica Argentina
- Universidad Católica de Santa Fe
- Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales
- Universidad de Mendoza
- Universidad de Morón
- Universidad del Aconcagua
- Universidad del Salvador
- Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de la Fundación Favaloro
- Universidad Maimónides
- Instituto Universitario “Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Dr. Norberto Quirno” (CEMIC)
- Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (Barceló)
- Escuela de Medicina del Hospital Italiano (Rosario)
- Escuela de Medicina del Hospital Italiano (Buenos Aires)

La Argentina cuenta en la actualidad con una fuerte oferta de recursos humanos profesionales y una alta capacidad instalada. La relación de médicos por cada 1.000 habitantes es en promedio de 2,5 a 3,5 en los países ricos, y de 0.1 en los pobres.⁵⁴

⁵⁴ GONZÁLEZ GARCÍA Gines, TOBAR, Federico: *Más Salud por el mismo dinero*, ISALUD, Buenos Aires, 1999.

En nuestro país este indicador es aproximadamente 3 médicos cada 1.000 habitantes, es decir similar a la media de los países ricos.

No obstante sobre los datos expuestos, debemos observar que: “No hay datos oficiales porque la atención sanitaria depende de las provincias y la matrícula profesional fue delegada desde los ministerios provinciales a consejos profesionales. Conocemos los datos, pero de manera indirecta”.⁵⁵⁻⁵⁶

Es un hecho conocido que determinar la cantidad de médicos en nuestro país no es una tarea fácil, ya que no existe ningún registro actualizado fidedigno que nos de cuenta de su número, distribución y variación en el tiempo.⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁵⁹⁻⁶⁰⁻⁶¹

Los factores que influyen en la distribución de los médicos en nuestro país, dependen de la capacidad económica de la población, del lugar de origen del profesional, la cantidad de cargos disponibles en los distintos

⁵⁵ Carlos Filgueira Lima: La Nación. 03/12/2002

⁵⁶ También es cierto que existe un doble registro, entre provincias, y entre provincias y el Estado Nacional.

⁵⁷ SCHUFER Marta L.: *Cantidad y Distribución de los Médicos en la Argentina. Una revisión histórica.* Medicina y Sociedad; 2000, Vol. 23, N° 2, pp. 97-108.

⁵⁸ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires, 2.005.

⁵⁹ MACEIRA Daniel, CEJAS Cintia: *Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional.* Documento de Políticas Públicas/Recomendación N° 82, CIPPEC, Buenos Aires, julio de 2010.

⁶⁰ MACEIRA Daniel, CEJAS Cintia: *Recursos humanos en salud: la Argentina en perspectiva comparada.* Documento de Trabajo N° 46, CIPPEC, Buenos Aires, julio 2010.

⁶¹ Tampoco se da cumplimiento a la Ley 17.132, Artículo 14: Anualmente las universidades nacionales y escuelas reconocidas enviarán a la Secretaría de Estado de Salud Pública una nómina de los alumnos diplomados en las distintas profesiones o actividades auxiliares, haciendo constar datos de identificación y fecha de egreso. Mensualmente las oficinas de Registro Civil enviarán directamente a la Secretaría de Estado de Salud Pública la nómina de profesionales fallecidos, debiendo ésta proceder a la anulación del diploma y la matrícula.

sectores (públicos y privados), de las posibilidades de perfeccionamiento técnico científico, etc.⁶²

Más importante que establecer cupos para médicos, es definir el perfil adecuado de los mismos, teniendo en cuenta las necesidades epidemiológicas de las distintas regiones de nuestro país.⁶³

Es frecuente en trabajos de esta naturaleza, clasificar por provincias teniendo en cuenta el número de médicos por cada mil habitantes.

Sin embargo, la clasificación por provincias no refleja cabalmente la distribución real de los médicos. La manera de tener una aproximación mayor a la realidad, es la proporción existente en ciudades y pueblos, lo que no se ha podido realizar, ya que no existen datos fehacientes, y el censo de 2010, como ya dijimos, no evaluó el número de profesionales.⁶⁴

Con los datos estimados en el cuadro siguiente (CUADRO III), podemos deducir, que la Capital Federal cuenta con la mayor cantidad de médicos por habitante, y nos permite constatar la desigual distribución geográfica de médicos y su concentración en los grandes centros urbanos, como el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la que se llega a una relación de 91 habitantes por médico (11 médicos cada 1.000 habitantes).⁶⁵

⁶² Esto explica la mayor concentración en las ciudades que tienen universidades.

⁶³ GONZALEZ GARCÍA Ginés., TOBAR Federico: *Salud para los argentinos*, ISALUD, Buenos Aires, 2004, p. 177.

⁶⁴ Censo 2010, INDEC. <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>

⁶⁵ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires. 2.005.

Pero también debemos recordar, que un número significativo de pacientes de la provincia de Buenos Aires se atiende en la Capital Federal, de la misma manera que lo hacen de otras provincias cuando la complejidad de la asistencia así lo requiere.

La provincia de Córdoba es la segunda, en cantidad de médicos por habitante. Mendoza, San Juan, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán, las que le siguen.⁶⁶

Formosa, Chaco, Misiones, Misiones, Jujuy y Santiago del Estero, las provincias con menor número de médicos cada 1.000 habitantes.^{67 - 68}

Es llamativo, que la provincia de Buenos Aires, que cuenta con una concentración de la oferta educativa, Universidad Nacional de la Plata, Universidad de Buenos Aires; y un sin número de universidades privadas, solo tenga 2,6 médicos cada 1.000 habitantes.^{69 - 70}

La concentración de los médicos en las provincias más populosas, y en las grandes ciudades en especial, no es un problema nuevo, es un tema debatido hace decenios.⁷¹

⁶⁶ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires. 2.005.

⁶⁷ No podemos olvidar que hay lugares de estas provincias que el medico más cercano se encuentra a cientos de kilómetros.

⁶⁸ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires. 2.005.

⁶⁹ La provincia de Buenos Aires, con su populoso conurbano, es uno de los distritos que más padece la problemática de la falta de médicos, sobre todo de especialistas; lo que obliga a la población de esta zona a abreviar en la Salud Pública de la Capital Federal.

⁷⁰ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires. 2.005.

⁷¹ PALERMO Epifanio: *Número de médicos y otros profesionales*, Anales Argentinos de Medicina; 1963, Año VIII, Vol. VIII, N° 3-4, pp. 178-187.

También podemos observar que no ha habido modificaciones significativas entre las estimaciones de 1995 y 2005 (CUADRO III, FIGURA III - IV), lo que nos induce a pensar que tampoco las hay (se mantienen los porcentajes) en 2011, sin poder confirmarlo por la falta de datos estadísticos indubitables.

CUADRO III

Distribución de médicos en las provincias (cada 1.000 hab.).		
	1995 ⁷²	2005 ⁷³

⁷² ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Situacao dos recursos humanos em saúde*. En: *Recursos Humanos en Saúde no Mercosul*, OPS-OMS, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

⁷³ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires. 2.005.

Buenos Aires	1,8	2,6
Capital Federal	8,8	11
Catamarca	2	2
Córdoba	3,4	4,4
Corrientes	1,8	2,3
Chaco	1,6	1,7
Chubut	2	2,3
Entre Ríos	2	2
Formosa	1,1	1,4
Jujuy	2	1,8
La Pampa	2	2,3
La Rioja	2	2,6
Mendoza	2,6	2,8
Misiones	1,2	1,4
Neuquén	2	2,7
Río Negro	2,1	2,5
Salta	1,9	2
San Juan	2,3	2,5
San Luis	2	2,5
Santa Cruz	1,7	2,5
Santa Fe	3	3
Santiago del Estero	1,4	1,5
Tierra del fuego	1,3	3,3
Tucumán	2	2,8

FIGURA III

Distribución de médicos en las provincias (cada 1.000 hab.) 1995.⁷⁴

⁷⁴ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Situación dos recursos humanos em saúde*. En: *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul*, OPS-OMS, Fiocruz. Rio de Janeiro, 1995.

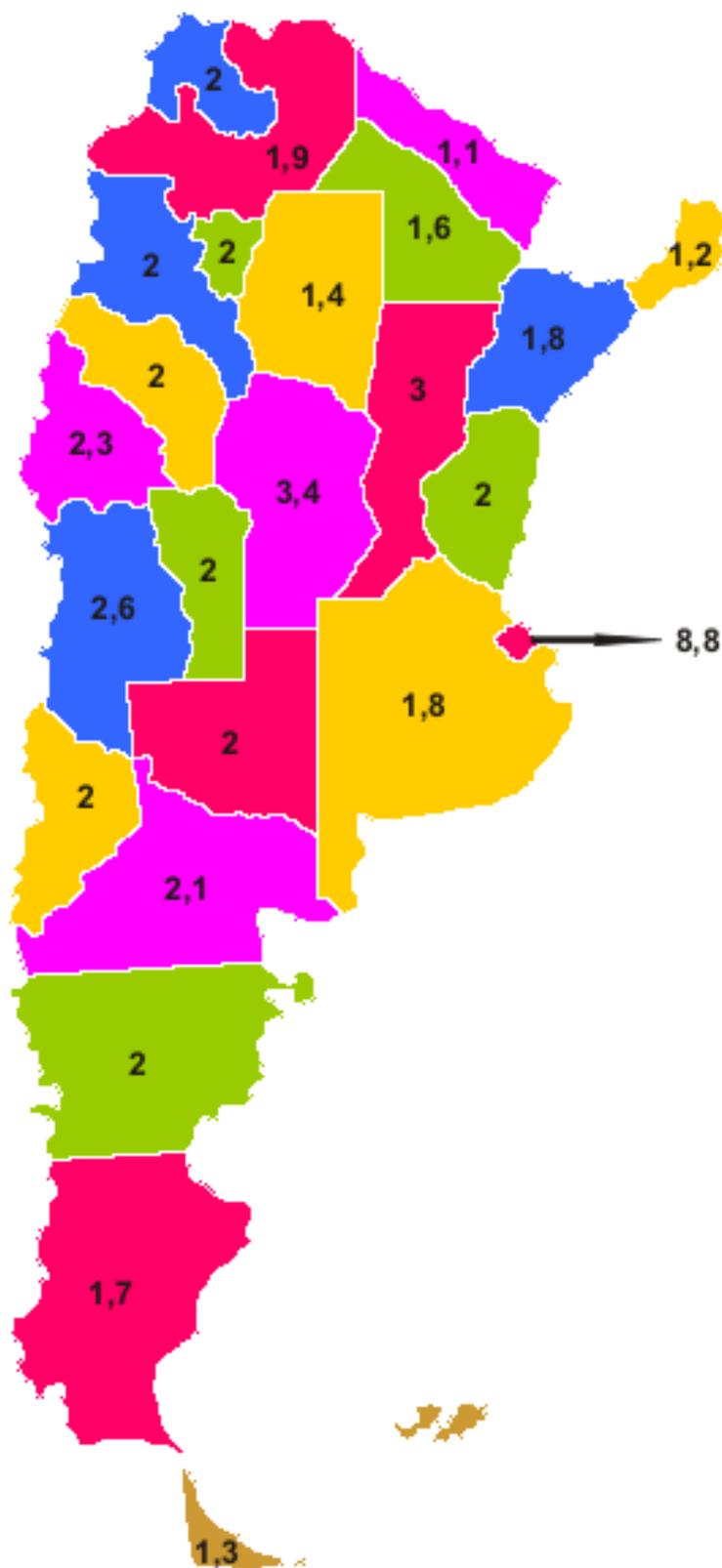
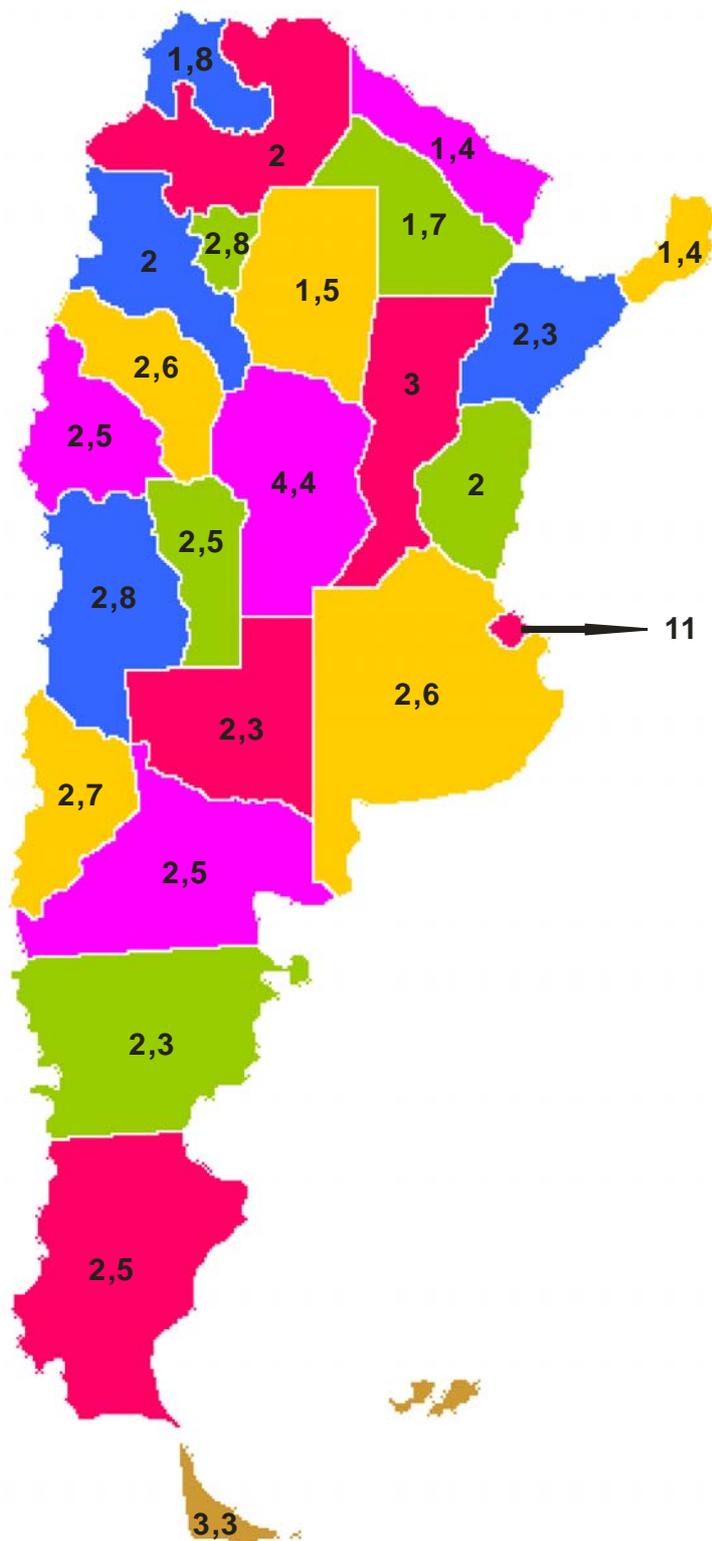


FIGURA IV

Distribución de médicos en las provincias (cada 1.000 hab.) 2005.⁷⁵

⁷⁵ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires, 2.005.



Podemos ver la distribución según edad y provincia (CUADRO IV).

CUADRO IV⁷⁶

⁷⁶ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires, 2.005.

Medicina	Total General		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		60 a 64 años		65 años y más		
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	
Total del país	121076	73914	47162	4643	6002	15405	14373	19656	15254	16682	6710	5982	1789	11546	3034
Buenos Aires	36931	22682	14249	1175	1695	4309	4309	6464	4877	5301	1992	1913	531	3520	845
24 Partidos Bs. As.	19496	11489	8007	581	1060	1991	2294	3342	2713	2745	1142	987	303	1843	495
Resto Pcia. Bs. As.	17435	11193	6242	594	635	2318	2015	3122	2164	2556	850	926	228	1677	350
Catamarca	669	449	220	21	25	95	66	136	92	111	24	29	5	57	8
Ciudad de Bs. As.	30696	17451	13245	1219	1708	3478	3722	4067	3956	3551	2071	1484	625	3652	1163
Chaco	1732	1037	695	80	97	276	249	320	235	212	86	61	11	88	17
Chubut	959	604	355	18	20	107	99	204	146	180	65	41	13	54	12
Córdoba	13532	8109	5423	692	828	1662	1611	1884	1708	1953	809	649	171	1269	296
Corrientes	2215	1365	850	143	150	340	288	374	252	285	105	81	21	142	34
Entre Ríos	2383	1658	725	80	105	348	238	469	226	371	95	155	29	235	32
Formosa	719	458	261	31	52	134	110	160	67	77	17	22	4	34	11
Jujuy	1145	748	397	52	55	174	125	209	147	183	50	63	10	67	10
La Pampa	695	471	224	26	19	90	56	153	85	120	47	35	8	47	9
La Rioja	775	453	322	25	48	136	118	127	95	107	33	17	9	41	19
Mendoza	4478	2893	1585	167	149	620	509	713	493	684	248	229	71	480	115
Misiones	1446	945	501	47	67	260	178	323	172	181	47	52	16	82	21
Neuquén	1308	768	540	42	51	211	180	258	206	158	79	52	12	47	12
Río Negro	1432	882	550	27	35	179	150	298	232	246	95	59	16	73	22
Salta	2159	1454	705	76	79	348	204	416	293	386	82	88	16	140	31
San Juan	1551	1104	447	68	62	302	156	246	110	245	51	90	14	153	54
San Luis	929	575	354	21	29	151	131	172	125	139	42	43	12	49	15
Santa Cruz	493	307	186	10	13	84	65	114	77	65	26	12	1	22	4
Santa Fe	9469	6126	3343	426	479	1294	1119	1576	967	1361	418	561	135	908	225
Santiago del Estero	1267	841	426	54	55	202	142	238	147	212	54	49	12	86	16
Tierra del Fuego	336	197	139	3	5	58	44	94	69	31	15	3	2	8	4
Tucumán	3757	2337	1420	140	176	547	504	641	477	523	159	194	45	292	59

Un apartado especial deben tener las Islas Malvinas, que si bien son parte de la provincia de Tierra del Fuego, Malvinas e Islas del Atlántico

Sur, por el momento la salud no depende en forma directa de este estado provincial, y según las últimas estadísticas, las Islas Malvinas tienen una población de 2.913 habitantes (Censo de 2001) y cuenta con 4 médicos, es decir un médico cada 728 habitantes (FIGURA V).

FIGURA V

Distribución de médicos en las Malvinas 1,4 cada 1.000 hab.⁷⁷



4.3 – Importancia de los Recursos Humanos

⁷⁷ http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.falklands.gov.fk/Health_Services.html&ei=ZvWmT-eDKo-O8wS96vmpAw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=2&ved=0CCoQ7gEwAQ&prev=/search%3Fq%3Dsalud%2BISLAS%2Bmalvinas%2B ESTADISTICAS %26hl%3Des%26biw%3D1024%26bih%3D545%26prmd%3Dimvns

La materia prima de la Atención Médica es su Recurso Humano, más que todo es su alma.⁷⁸

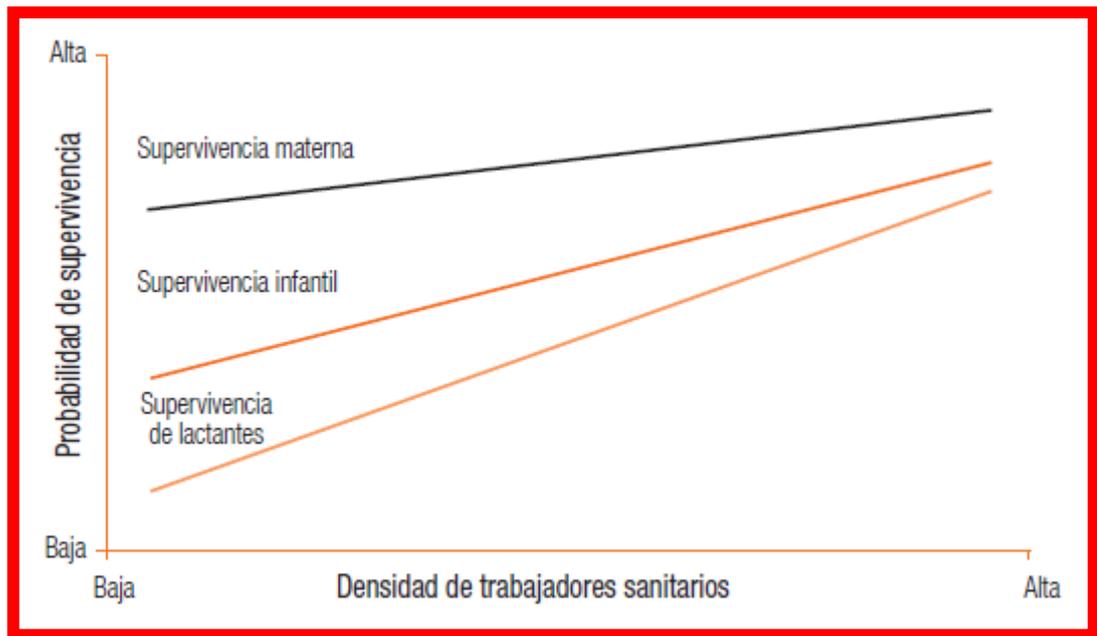
La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano. Los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria. La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres (FIGURA VI).

FIGURA VI

¡Los trabajadores sanitarios salvan vidas!⁷⁹

⁷⁸ BARRAGÁN Horacio Luis: Fundamentos de Salud Pública. UNLP. La Plata. 2007. p. 521.

⁷⁹ *Colaboremos por la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2006.* OMS.



Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario. Lo ideal es que las mejoras más punteras de la calidad las emprendan los propios trabajadores, porque están en la situación ideal para descubrir las oportunidades de innovar. En los sistemas sanitarios, los trabajadores funcionan como vigías y pilotos de una aplicación eficaz o, al contrario, poco económica de todos los demás recursos, como fármacos, vacunas y suministros.⁸⁰

⁸⁰ “Existe una escasez crónica de trabajadores sanitarios bien preparados. Esa escasez tiene carácter mundial, pero reviste especial gravedad en los países que más los necesitan. Por diversas razones (por

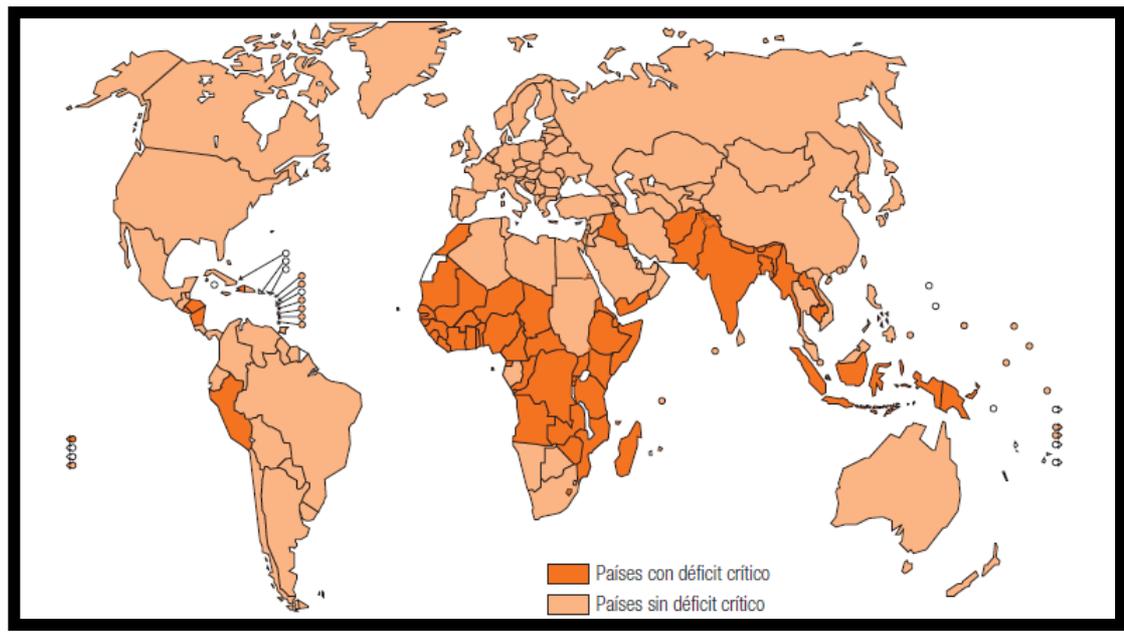
La OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁸¹ relacionados con la salud (FIGURA VII).

FIGURA VII

Países con déficit crítico de dispensadores de servicios de salud (médicos, enfermeras y parteras).⁸²

ejemplo la migración, enfermedad o muerte de esos trabajadores) los países no pueden formar y mantener la fuerza de trabajo sanitaria requerida para mejorar las probabilidades de supervivencia de la gente y su bienestar". LEE Jong-wook. Director General. Organización Mundial de la Salud. Colaboremos por la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2006. OMS.

⁸¹ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas son ocho objetivos que los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas convinieron en tratar de alcanzar para 2015. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los ODM, dimanantes de esa Declaración, tienen metas e indicadores específicos.



No son sólo los países en desarrollo los que presentan dificultades en el tema. Los estudios acerca de los recursos humanos en salud en los países europeos (donde en promedio hay 3,3 médicos por cada 1.000 habitantes, y casi 2,5 enfermeros por cada médico)⁸³, suelen mencionar cuatro desajustes típicos:⁸⁴

1) Desigual distribución geográfica por regiones o tamaño de localidad.

⁸² Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>). (consultada 12/04/2012)

⁸³ Consejo Federal de Enfermería: *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. 2007.

⁸⁴ GONZÁLEZ GARCÍA Ginés, MADIES Claudia, FONTELA Mariano: *Médicos: La salud de una profesión. Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*, ISALUD, Buenos Aires, 2012. pp. 45-46.

2) Desequilibrio en categorías de personal, con exceso de médicos de atención personalizada y escasez de médicos de ciertas especialidades.

3) Relaciones inadecuadas entre dotación de categorías (en España por ejemplo hay casi la misma cantidad de médicos que de enfermeros, mientras que en el Reino Unido hay más de cinco enfermeros por cada médico).

4) Desajuste entre la formación y las competencias requeridas para el ejercicio profesional.

Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con escaseces críticas equivalentes a un déficit mundial de 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras. En términos proporcionales, el déficit es mayor en el África subsahariana, pero en términos absolutos es muy elevado en Asia Sudoriental, debido a su gran población. Paradójicamente, es frecuente que, en un mismo país, coexistan estas insuficiencias con un gran número de profesionales sanitarios desempleados. La pobreza, las imperfecciones de los mercados de trabajo privados, la falta de fondos públicos, los trámites burocráticos y las interferencias políticas generan esta paradoja de la escasez en medio de una plétora de talento infrautilizado.⁸⁵

⁸⁵ Las Metas Regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007–2015 fueron acordadas por los países de la región en la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre de 2007, con el objeto de

Los desequilibrios que afectan a la distribución y la combinación de aptitudes complican los problemas actuales. En muchos países, las capacidades de unos profesionales limitados, pero costosos, no se corresponden con las necesidades sanitarias locales. Es frecuente que falte personal con formación en salud pública y en políticas y gestión sanitarias. Muchos trabajadores se enfrentan a entornos de trabajo desalentadores: salarios de miseria, gestores que no ofrecen apoyo, reconocimiento social insuficiente y un desarrollo profesional endeble. Casi todos los países adolecen de una mala distribución de los efectivos, caracterizada por concentración urbana y déficit rural, pero estos desequilibrios quizá sean más inquietantes desde una perspectiva regional. La Región de las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra a un 37% de los trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial, mientras que la Región de África soporta el 24% de la carga, pero sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios, que pueden disponer de menos del 1% del gasto mundial en salud. Este éxodo de profesionales cualificados en medio de tantas necesidades sanitarias sin cubrir sitúa a África en el epicentro de la crisis mundial de personal sanitario.⁸⁶

orientar el desarrollo de planes nacionales de acción de recursos humanos para la salud. Se trata de 20 metas dirigidas a mejorar la cantidad, calidad y distribución de los trabajadores de salud, el desarrollo de capacidades orientadas hacia la Atención Primaria de la Salud (APS), mejores condiciones de trabajo y regulación de las migraciones y fortalecimiento, y articulación de los sistemas formativos con las necesidades de salud pública.

⁸⁶ *Colaboremos por la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2006.* OMS.

Esta crisis puede empeorar en los años venideros. La demanda de proveedores de servicios crecerá notablemente en todos los países, ricos y pobres. Los más ricos se enfrentan a un futuro de baja fecundidad y gran número de personas de edad avanzada, lo que determinará un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas que entrañará una importante demanda asistencial. Los avances tecnológicos y el aumento de los ingresos exigirán personal más especializado, aunque las necesidades asistenciales básicas aumentarán debido a la menor capacidad o voluntad de las familias de cuidar de sus miembros ancianos. Si no se incrementa masivamente la formación de personal sanitario en los países ricos, estas desigualdades crecientes forzarán cada vez más la salida de trabajadores de las regiones más pobres.⁸⁷⁻⁸⁸

Esta medida, “Densidad de Recursos Humanos en Salud” está conformada por la *suma de los dos indicadores disponibles para todos los países: médicos y enfermeras por 10.000 habitantes*. La medición de densidad a través de este método es imperfecta ya que no toma en cuenta todos los demás trabajadores de salud, pero es la única viable para comparaciones globales. Para analizar la disponibilidad de personal de

⁸⁷ *Colaboremos por la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2006*. OMS.

⁸⁸ Este enorme cambio en la edad de la población mundial está estrechamente vinculado al desarrollo económico y social. Debido principalmente a los avances logrados en materia de salud pública a nivel mundial con la mejora de la supervivencia infantil y la salud de los adultos, las personas viven más años en casi todo el mundo. En muchos países de altos ingresos ya se está registrando un rápido envejecimiento de la población. En los próximos decenios, los países de ingresos bajos y medianos experimentarán un envejecimiento igualmente espectacular. Boletín ONU: *El aumento de la longevidad es motivo de celebración y algo a lo que todos aspiramos*, afirma Ban Ki-moon. Comunicado No. 33/12 4 de abril 2012.

salud los países se agruparon en función a la Densidad de Recursos Humanos, estableciendo tres categorías:

- 1) Aquellos con una tasa de mayor a 50 por 10.000.
- 2) Aquellos con una tasa de 25 a 50.
- 3) Los que tienen una tasa menor a 25.

En consonancia con lo establecido por el World Health Report (2006) que indica que como mínimo se requiere una densidad de 25 Recursos Humanos por 10.000 habitantes, para asegurar un “*nivel mínimo de cobertura*”.⁸⁹⁻⁹⁰⁻⁹¹

En nuestra región, la densidad promedio del recurso humano por población en los grupos de países de baja, media y alta disponibilidad, es de 18,4; 27,7 y 122,6 (Recursos Humanos por 10.000 habitantes), respectivamente. Lo referido, demuestra la complejidad del debate y la necesidad de seguir explorando conceptos y métodos que nos permitan aportar respuestas a este complejo problema, que viene afectando a los sistemas de salud desde hace muchos años.

⁸⁹ *Colaboremos por la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2006.* OMS.

⁹⁰ Save The Children informa (8/5/13) que un millón de niños mueren actualmente el mismo día que nacen. El 98 por ciento en países en desarrollo. En los países del Sahara africano hay sólo once médicos, enfermeras y parteras cada 10.000 habitantes. El 50 por ciento de las mujeres no recibe ninguna asistencia experta en el parto.

Pero no es solamente un drama africano. Una potencia económica como la India es la que tiene el mayor número de niños muertos el día de su nacimiento: 300.000 por año.

⁹¹ En España hay “la mitad de enfermeras de las que se necesitan”, ya que mientras la ratio recomendada por la Unión Europea es de 8,7 profesionales de enfermería por cada mil habitantes en España apenas es de 4,3. Del mismo modo se critica la poca presencia de la profesión en la gestión administrativa de la sanidad, a lo que actualmente se dedican unos 9.500 médicos. Europa Press / Madrid 10/06/2013.

A continuación podemos ver la Densidad de Recursos Humanos de nuestra región (CUADRO V), y la de nuestro país (FIGURA VIII).

CUADRO V

Recursos Humanos en nuestra región por 10.000 habitantes.⁹²

Guatemala	11
Belize	18,8
Honduras	12,1
El Salvador	22
Nicaragua	16,8
Costa Rica	31,8
Panamá	27
Jamaica	19,7
Republica Dominicana	18,5
Anguilla	33
Montserrat	41
Dominica	44
Santa Lucía	41
S. Vicente y L. G.	31
Barbados	86
Granada	53
Trinidad y Tobago	31,6
Colombia	23,8
Venezuela	30,9
Guyana	11,2
Ecuador	17,4
Perú	19,5
Bolivia	8,9
Chile	32,7
Paraguay	22,5

⁹² <http://devserver.paho.org/observatoriorh/drupal/?q=node/242> (Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. OPS). (consultada 12/04/2012)

Uruguay	59
Argentina	37

FIGURA VIII

Recursos Humanos en Argentina por 10.000 habitantes.⁹³



Este panorama; que se puede sintetizar en el crecimiento del número de estudiantes, egresados, especialistas, la creación de nuevas facultades, la cantidad actual de médicos, su situación laboral y su distribución; plantea las siguientes preguntas:

⁹³ Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>). (consultada 12/04/2012)

a) ¿Existe sólo un problema de distribución centralista del número de médicos o también un problema de número?

b) ¿Cuál es la situación real del número y distribución de los profesionales médicos en la Argentina de acuerdo a diferentes características sociodemográficas?

c) ¿Cuál es la tendencia del empleo médico en función al número de médicos en formación y la capacidad de generación de empleo médico?

d) ¿Es viable mantener la tendencia actual de la formación médica sin alterar significativamente la calidad de la atención médica futura?

4.4 - Formación de Recursos Humanos

Una consideración especial merece el análisis de la formación profesional.

*“Siendo el recurso humano el factor de mayor importancia en la prestación de servicios de salud, su formación de grado y posgrado y su educación continua resultan de vital importancia para lograr que su orientación sea acorde a los cambios que constantemente se producen en el campo de la salud de las personas, las familias y las comunidades”.*⁹⁴

Luego de décadas en que, contrariamente a lo que ocurriera en el resto de América Latina, el número de instituciones educativas en este campo

⁹⁴ Primer Encuentro Nacional de Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Tucumán, 1º de julio de 2005. ISALUD, Vol. 6, Nº 29; Octubre 2011.

permaneciera constante, en los últimos años se ha producido un incremento significativo en el número de escuelas y facultades de medicina, en especial de establecimientos privados localizados, en su mayoría, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el ámbito público sólo fue creada la carrera de medicina que dicta la Universidad Nacional del Comahue desde el año 1998.

De este modo, se ha modificado sustancialmente el mapa de la oferta educativa, ya que de las 21 universidades que en 1998 ofrecían la carrera de medicina, 8 eran públicas y 13 privadas.⁹⁵

A estas últimas se sumó la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) que dicta la carrera de Medicina desde el año 1999. En el año 2001, se agregará el Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires, que cuenta con autorización del Poder Ejecutivo Nacional (decreto N° 591/00) para dictar la carrera de medicina.

En la actualidad hay habilitadas 30 escuelas de medicina (12 públicas y 18 privadas).⁹⁶

Durante el período 1998-2002 egresó un total de 22.120 médicos con un promedio de 4.424 nuevos médicos por año. Los egresados de Medicina de todo el sistema universitario se incrementó entre 1998 y el 2002 en un

⁹⁵ Secretaría de Planificación, UBA con base en datos de la Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Cultura y Educación, 1998.

⁹⁶ *Anuario 2009. Estadísticas Universitarias*. Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

13,4%, siendo uno de los más bajos crecimientos entre las carreras de salud seleccionadas. Parte de este crecimiento se debe a las universidades privadas que sin embargo no tienen en absoluto gran peso, debido a que ingresan muy pocos alumnos en razón de ser proyectos acotados en número, y que el costo elevado de la carrera, no está al alcance de todos. Si se relaciona con la información de ingresantes se puede suponer que esta tendencia se reduzca aún más.⁹⁷

Si entendemos que el actual sistema de atención médica no está resolviendo las necesidades de gran parte de la población, debemos entender que aunque un gran número de voces (*Argumentum ad verecundiam*)⁹⁸ refieran que existe plétora médica, en la práctica se observa la falta de accesibilidad, oportunidad y cantidad de especialistas en sus servicios.

Para alcanzar el acceso universal y equitativo a la asistencia sanitaria, se debe lograr que el sector público funcione como proveedor principal;⁹⁹ y para ello también es necesario un número adecuado de médicos.¹⁰⁰

⁹⁷ *Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos de Salud*, Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Noviembre, 2005.

⁹⁸ *Argumentum ad verecundiam*, argumento de autoridad o *Magister dixit*, es una forma de falacia; consiste en defender algo como verdadero porque quien lo afirma tiene autoridad en la materia.

⁹⁹ LUCATELLI Néstor: *La Tragedia de la Salud Pública*, Cartago, Buenos Aires, 2009, p. 17.

¹⁰⁰ “Uno de los factores más estrechos y universalmente asociados con la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas es la atención prenatal y del parto por personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones. También revisten importancia los servicios de salud sexual y reproductiva, y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual”. LUCATELLI Néstor: *La Tragedia de la Salud*

En realidad, las cifras respecto del número de médicos que se publican, resultan de:

- 1) La incorporación de nuevos egresados (matriculaciones) tanto nacionales como provinciales.
- 2) La revalida de títulos obtenido en el exterior.

Pero también es real que no se tienen en cuenta:

- 3) Los fallecimientos.
- 4) Las migraciones a otros países.
- 5) El abandono de la profesión.
- 6) El retiro por razones de edad.
- 7) Los profesionales que ejercen y se dedican a la investigación, la administración, u otras actividades no asistenciales, etc.

También es cierto que no se conocen a ciencia cierta, y no se toman en cuenta los rubros 3, 4, 5, 6 y 7, referidos arriba.

Esto explica en parte la sobre estimación en cuanto al número de médicos existentes en nuestro país.

En la actualidad el Ministerio de Salud de la Nación, esta llevando adelante una rematriculación de todos los profesionales de la salud.¹⁰¹

Pública, Cartago, Buenos Aires, 2009, p. 31. Nota: “Es por ello que el número de profesionales debe ser el adecuado, y altamente calificado”.

¹⁰¹ Según la Resolución 404/2008, Ministerio de Salud de la Nación.

La inexistencia de políticas sectoriales con objetivos específicos, y la concentración y permanencia de las instituciones universitarias en las que se forman los médicos en los grandes centros urbanos, refuerzan la hipótesis de que la distribución regional de los profesionales no ha experimentado variaciones substanciales.

Bajo estas premisas el cálculo de la relación habitantes/médico presenta valores heterogéneos. En el punto extremo superior se ubicaría la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Si bien esta situación no resulta inédita y en buena medida es el resultado de las cuestiones ya señaladas, algunas diferencias que se observan respecto de la distribución, pueden explicarse por el aumento en el número de habitantes que registrarían, según las proyecciones del INDEC, algunos distritos. Es el caso de Tierra del Fuego que, por el impacto de políticas industriales, presenta un incremento poblacional significativo.

Esta situación ilustra que, por un lado, las variaciones en la relación habitantes/médico, dependen actualmente casi exclusivamente de los cambios en la magnitud de la población y no son el resultado de políticas sectoriales que, con objetivos específicos, se orienten a modificar las características y el impacto de las prácticas y a incentivar a los profesionales médicos a radicarse fuera de los grandes centros urbanos.

Hay provincias en las que pareciera observarse una disminución del número de habitantes por médico, entre ellas Tucumán, Santiago del

Estero, Santa Cruz, Buenos Aires, San Juan, etc., lo que no se debería a una mayor radicación de médicos en ellas sino que bien podría explicarse por el carácter de expulsoras netas de población que las condiciones económicas les asignan.

4.5 - Especialidades Médicas

Numerosas iniciativas encaradas por distintas organizaciones han demostrado que el campo de las especialidades médicas se caracteriza por la ausencia de un sistema organizado que centralice la información de las distintas instituciones, de modo que cualquier intento de hacer una descripción y análisis de la situación se ve dificultado por la falta de fuentes confiables, la inexistencia de criterios homogéneos y Recursos Humanos en Salud en Argentina (2001) la multiplicidad de instancias de acreditación y recertificación de especialistas sin un adecuado registro de los órganos que regulan el ejercicio profesional.¹⁰² -¹⁰³ -¹⁰⁴

¹⁰² *Recursos Humanos en Salud en Argentina /2001*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Representación OPS/OMS en Argentina.

¹⁰³ MACEIRA Daniel, CEJAS Cintia: *Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional*. Documento de Políticas Públicas/Recomendación N° 82, CIPPEC, Buenos Aires, julio de 2010.

¹⁰⁴ MACEIRA Daniel, CEJAS Cintia: *Recursos humanos en salud: la Argentina en perspectiva comparada*. Documento de Trabajo N° 46, CIPPEC, Buenos Aires, julio 2010.

Cada provincia tiene el gobierno de la matrícula de los profesionales de la salud y la certificación de especialidades, y puede delegarla en los colegios profesionales.^{105_106_107}

Como es sabido, el desarrollo de las especialidades médicas se encuentra vinculado estrechamente a la innovación tecnológica y a la creciente complejidad del equipamiento en el sector Salud, factores que han determinado cambios importantes en las prácticas y que no han sido objeto de estudios específicos.

Por ello, las cifras provistas por las instituciones que nuclean a los especialistas, deben ser tomadas como aproximaciones, dado que la información obtenida, aunque actualizada, presenta dificultades para un análisis correcto.

Por un lado, sólo algunas instituciones están en condiciones de suministrar datos acerca de la cantidad de profesionales en actividad; la mayoría sólo proporciona la cantidad total de socios, lo cual podría estar planteando una situación de “*subregistro*” de los efectivamente activos, ya que la asociación puede no ser condición para la actividad.

Asimismo, en algunas especialidades que han desarrollado numerosas subespecialidades, se estima que un profesional puede pertenecer a más de

¹⁰⁵ GONZÁLEZ GARCÍA Ginés, MADIES Claudia, FONTELA Mariano: *Médicos: La salud de una profesión. Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*, ISALUD, Buenos Aires, 2012. p. 125.

¹⁰⁶ MACEIRA Daniel, CEJAS Cintia: *Recursos humanos en salud: la Argentina en perspectiva comparada*. Documento de Trabajo N° 46, CIPPEC, Buenos Aires, julio 2010.

¹⁰⁷ MACEIRA Daniel, CEJAS Cintia: *Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional*. Documento de Políticas Públicas/Recomendación N° 82, CIPPEC, Buenos Aires, julio de 2010.

una asociación, por lo cual es factible detectar profesionales que se desempeñen en más de un campo registrados en diferentes asociaciones, situación que da lugar a un “*sobrerregistro*”.

Debido a que no hay una institución que agrupe a todas las subespecialidades en ejercicio, no es posible identificar si un mismo profesional que se desempeña en más de una especialidad.

Las consideraciones precedentes se orientan a explicar por qué se considera conveniente dejar pendiente la estimación de profesionales por especialidad, hasta tanto se acuerden los mecanismos que permitan disponer de información cierta que dé cuenta de la real situación del campo.

No obstante, y sólo a título ilustrativo, se presenta la información disponible a partir de los datos parciales relevados.

La mayoría de las asociaciones y sociedades que agrupan a los profesionales que se desempeñan como especialistas, dispone de información acerca de la cantidad de socios de las instituciones respectivas, cifra que no representa a la cantidad de profesionales que ejercen en todo el país.

Al no haber registros unificados ni criterios comunes para la acreditación de los especialistas, también resulta complejo el acceso a esta información con un grado de confiabilidad suficiente.

La Ley de Educación Superior (24.521), sancionada en 1995, creó una Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), que si bien ha sido resistida por las universidades por avanzar sobre su autonomía, ha estimulado un proceso de autoevaluación de las escuelas, sobretodo, de aquellas que ya se encontraban reflexionando sobre su actividad.

La Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina (AFACIMERA) ha intentado liderar este proceso, incluso elevando a las instancias de gobierno, propuestas de contenidos mínimos de los planes de estudio y estándares de acreditación de las carreras, algunas de las cuales han sido adoptadas. Sin embargo la metodología con que se ha pretendido instalar este proceso, no ha contado con la participación de todos los actores implicados en su discusión y formulación, lo que ha determinado que sus resultados aun no se visualicen.

A la fecha existen sólo tres propuestas en desarrollo que se proponen innovaciones profundas en los modelos de formación. Una es la que está elaborando la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario.

Otra, la que orienta la escuela de medicina de la Universidad Nacional del Sur, que inició las actividades con alumnos en 2001, luego de varios años dedicados a tareas de capacitación docente, de preparación de recursos educacionales y de infraestructura.

La tercera, es la propuesta que implementó la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo a partir de 1997.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, creada en 1920, es la que ha avanzado en una transformación curricular, con eje en un nuevo modelo educativo centrado en el estudiante, integrado, con aprendizaje basado en problemas y con evaluación formativa.¹⁰⁸ Las estrategias que utilizan incluyen la redefinición de los espacios de aprendizaje y de los recursos educacionales.¹⁰⁹

El proceso de formulación del nuevo modelo está siendo desarrollado con una amplia participación de los actores involucrados: autoridades, docentes, estudiantes y, como nota destacada, los responsables de los servicios y del gobierno local. En la actualidad se encuentran en pleno funcionamiento.

La iniciativa que desarrolla la Universidad Nacional del Sur tiene características especiales, porque se trata de la creación de una escuela de medicina en una Universidad Nacional creada hace 65 años, con un desarrollo importante de disciplinas básicas, en una ciudad, Bahía Blanca, que cuenta con una red de infraestructura sanitaria basada en hospitales y centros de salud de dependencia municipal y provincial. La propuesta de creación de la carrera fue impulsada por la asociación gremial médica y apoyada por la comunidad local. Luego de cinco años de preparación intensa, comenzó la actividad con alumnos en marzo del 2001. El proyecto,

¹⁰⁸ Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Resolución Consejo Directivo N° 1280/2000.

¹⁰⁹ El mismo sistema tienen la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, la Universidad Nacional del Sur, el Instituto Universitario “Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Dr. Norberto Quirno” (CEMIC), y otros institutos privados.

plantea un modelo educativo centrado en el estudiante, basado en problemas, con aprendizaje en pequeños grupos, evaluación formativa y orientado en la comunidad.¹¹⁰

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, como resultado de un proceso de autoevaluación y de evaluación externa encaró una modificación curricular que implementó a partir de 1997 y que, de acuerdo con sus lineamientos, permitiría formar los médicos que requerían las necesidades de salud de la población y demandaba el medio laboral.¹¹¹⁻¹¹²

El curriculum de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo, entonces, adoptó un nuevo enfoque científico-antropológico-social, que tiene como principios fundamentales, los de integración, flexibilización, significación, protagonismo en el aprendizaje, y evaluación continúa. La mayor parte de las actividades se ofrecen en grupos pequeños. La propuesta, inicia el décimo año de su implementación y sus autoridades encuentran satisfactorios sus resultados.¹¹³

La expansión de la oferta educativa contrasta con la tendencia verificada en los ingresantes a la carrera de medicina.

¹¹⁰ Universidad Nacional del Sur, Comisión Carrera de Medicina, Varios documentos, <http://www.uns.edu.ar>

¹¹¹ Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas, 6 de noviembre de 2000, http://fmed2.uncu.edu.ar/grado/med_regimen.htm

¹¹² RESOLUCION N° 393 – CONEAU – 01

¹¹³ <http://www.fcm.uncu.edu.ar/joomla/>

En efecto, a pesar del incremento en el número de escuelas, se observa una caída del número de ingresantes hasta 2003, el cual se ha ido incrementando nuevamente en los últimos 7 a 9 años.

Esta evolución permite por un lado, confirmar la tendencia que se insinuaba en la década de 1990 a la estabilización de la matrícula en niveles históricos, luego de procesada la demanda acumulada durante la vigencia de políticas restrictivas de ingreso. Por otro lado, indica la escasa magnitud del impacto de las nuevas escuelas con programas que, en su mayoría, no superan los 300 ingresantes por año.¹¹⁴⁻¹¹⁵

Esta tendencia se reflejó también en la disminución del número de egresados médicos. Los datos disponibles en 1998 indicaban que el número de egresados de las universidades nacionales registró una caída del 12,2% respecto de 1993, y permitió estimar para esa fecha (1998) un egreso de 3.750 médicos.¹¹⁶ Los datos correspondientes a las escuelas privadas señalaban un número de alrededor del 10% de ellos, esto es, unos 300 egresados por año.¹¹⁷

¹¹⁴ *Anuario 2009. Estadísticas Universitarias*. Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

¹¹⁵ Un caso particular es el de la Universidad Abierta Interamericana que se encuentra funcionando con autorización provisoria por una Decisión Administrativa del Jefe de Gabinete, (Res. N° 5 /95,) y que informó sobre 1.678 ingresantes en 1998.

¹¹⁶ Secretaría de Planificación, UBA con base en datos de la Secretaria de Políticas Universitarias, Ministerio de Cultura y Educación, 1998.

¹¹⁷ En la actualidad ese porcentaje (los egresados del sistema privado) no se ha modificado sustancialmente, ya que representa el 14% del total de egresados (2009).

Como ya detallamos, en 2009, egresaron 5.793 médicos (4.910 de las universidades públicas, y 833 de las privadas).¹¹⁸

El control y regulación del ejercicio profesional médico se encuentra descentralizado. La matrícula profesional es otorgada por los distintos Ministerios de Salud o los Colegios Médicos de cada jurisdicción. No existe una instancia de coordinación de este registro.

En todos los países del mundo, las profesiones que tienen que ver con la salud (médicos, odontólogos, kinesiólogos, enfermeros, etc.) tienen algún tipo de regulación pública, debida a la obligación del Estado de proteger a la población contra individuos inescrupulosos, que pueden amenazar al bien común. Este accionar fuera de la norma legal, está penado en nuestro Código Penal¹¹⁹.

Por ello, los médicos necesitan, (como paso previo al ejercicio profesional), obtener la matrícula en la jurisdicción (una provincia o la Capital Federal), donde piensan desarrollar su práctica y luego, si quieren ejercer públicamente una especialidad cualquiera, deben solicitar una

¹¹⁸ *Anuario 2009. Estadísticas Universitarias*. Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

¹¹⁹ **Código Penal. Artículo 208** - Será reprimido con prisión de quince días a un año:

1° El que, sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excediendo los límites de su autorización, anunciare, prescribiere, administrare o aplicare habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aun a título gratuito;

2° El que, con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, anunciare o prometiére la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos o infalibles;

3° El que, con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, prestare su nombre a otro que no tuviere título o autorización, para que ejerza los actos a que se refiere el inciso 1° de este artículo.

“autorización para anunciarse como especialista” a la misma entidad u organismo que otorgó la matriculación.^{120 - 121}

Dada la condición de país federal de Argentina, la autoridad sanitaria nacional solo ejerce jurisdicción efectiva en el ámbito de la Capital Federal por cuanto salud es una responsabilidad no delegada por las provincias en la Nación, ya sea que la cumplan directamente o a través de entidades médicas colegiadas, característica que se repite idéntica para cualquiera de las profesiones o técnicas de la salud reguladas.

Así, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es el Ministerio de Salud de la Nación el que otorga ambos registros (el de médico y el de especialista). En muchas provincias, el gobierno local ha delegado esas

¹²⁰ En casi ninguna jurisdicción, se aceptan las especialidades otorgadas por otras jurisdicciones, no dando cumplimiento al artículo 7° de nuestra Constitución Nacional. **Constitución Nacional. Artículo 7°:** “*Los actos públicos y procedimientos judiciales de una provincia gozan de entera fe en las demás; y el Congreso puede por leyes generales determinar cuál será la forma probatoria de estos actos y procedimientos, y los efectos legales que producirán*”.

¹²¹ En el caso de la Capital Federal o desarrollar su tarea la tarea a nivel nacional se ha de regir por la Ley 17.132, Artículo 21: (Texto según ley 23.873). Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtenerla autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

- Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de (cinco) 5 años de egresado y (tres) 3 de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia;
- Poseer el título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;
- Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;
- Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo, no menor de (tres) 3 años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

La autorización oficial tendrá una duración de (cinco) 5 años y podrá ser revalidada cada (cinco) 5 años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad y una entrevista personal o examen de competencia, de acuerdo a la reglamentación.

La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizada periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

El Ministerio de Salud y Acción Social, a través del organismo competente, llevará un registro de especialistas, actualizado permanentemente.

funciones en entidades médicas de ley, habitualmente llamadas Colegios (en Córdoba se llama Consejo), de las cuales actualmente hay once en funcionamiento: Provincias de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, La Pampa, Mendoza (Consejo Deontológico)¹²², Misiones, Río Negro, Salta, Santa Cruz, Santa Fe 1ª. Circ., Santa Fe 2ª. Circ. y Santiago del Estero.

4.6 - Nómina de Especialidades

La diversificación de las prácticas profesionales y la tendencia a la súper especialización es un problema para toda América Latina.

Del análisis desarrollado en un estudio reciente, en ocho países seleccionados se observa un rango de especialidades reconocidas, que va de 38 en Chile a 91 en Costa Rica.¹²³

El problema del incremento de las especialidades, cobra importancia en su impacto, debido a que “los pocos estudios en este tema, indican que el crecimiento en el número de especialidades se asocia con un incremento en la producción de profesionales, con una mayor complejidad en los

¹²² Funciona dentro y como dependencia del Ministerio de Salud de la provincia.

¹²³ OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 22. Especialidades médicas en América Latina: Análisis de su disponibilidad e institucionalidad en 8 países seleccionados. Diciembre 1999. En: *Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos de Salud*, Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Noviembre, 2005.

contenidos de la atención y en los requerimientos de apoyo tecnológico y por tanto de los costos de atención”.¹²⁴

En el informe presentado en junio 2005 a la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, la Comisión Asesora de Especialidades Médicas del Ministerio de Salud detallaba una nómina actualizada de especialidades médicas propuestas (Decreto Modificatorio N° 587/04)¹²⁵ que establecía un agrupamiento en básicas, especialidad y orientación para especialidades. La Resolución N° 1337/2001 del Ministerio de Salud aprobó la nómina de especialidades médicas (LISTADO II), odontológicas, farmacéuticas, bioquímicas y de otras profesiones de la salud. En ella se reconocían 42 especialidades básicas y cinco dependientes. Actualmente, se encuentran en vigencia por Resolución 2273/2010 del Ministerio de Salud de la Nación, 64 especialidades médicas.

¹²⁴ Padilla, M. Equipo HSR Área de Desarrollo estratégico de la Salud. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos. Recursos humanos en los servicios de salud. Documento de Trabajo Junio 2002. En: *Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos de Salud*, Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Noviembre, 2005.

¹²⁵ El listado fue analizado por la Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización en base a parámetros usados para el reconocimiento de las especialidades en EEUU, Gran Bretaña, Canadá, España, Brasil, Paraguay, Uruguay y Chile y los Colegios de ley en las jurisdicciones provinciales.

LISTADO II**Nómina de especialidades médicas.¹²⁶**

- Obstetricia
- Clínica Médica
- Oftalmología
- Medicina General y/o Medicina de Familia
- Ortopedia y Traumatología
- Otorrinolaringología
- Alergia e Inmunología
- Tocoginecología
- Cardiología
- Urología
- Angiología General y Hemodinámia
- Pediatría
- Dermatología
- Cardiología Infantil
- Endocrinología
- Endocrinología Infantil
- Farmacología Clínica
- Gastroenterología Infantil
- Fisiatría (Medicina Física y Rehabilitación)

- Hematología Infantil
- Gastroenterología
- Infectología Infantil
- Genética Médica
- Nefrología Infantil
- Geriatria
- Neonatología
- Hematología
- Neumonología Infantil
- Infectología
- Neurología Infantil
- Nefrología
- Oncología Infantil
- Neumonología
- Reumatología Infantil
- Neurología
- Terapia Intensivo Infantil
- Nutrición
- Psiquiatría
- Oncología
- Psiquiatría Infanto Juvenil
- Reumatología

- Anatomía Patológica
- Terapia Intensiva
- Anestesiología
- Cirugía General
- Diagnostico por Imágenes
- Cirugía Cardiovascular
- Hemoterapia e Inmunohematología
- Cirugía de Cabeza y Cuello
- Medicina del Deporte
- Cirugía de Tórax (Cirugía Torácica)
- Medicina del Trabajo
- Cirugía Infantil (Cirugía Pediátrica)
- Medicina Legal
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Medicina Nuclear
- Cirugía Vascular Periférica
- Radioterapia o Terapia Radiante
- Coloproctología
- Toxicología
- Ginecología
- Dermatología Pediátrica
- Neurocirugía
- Emergentología

El informe Abramzón (2005)¹²⁷ presenta la estimación (CUADRO VI) que muestra la situación de las especialidades. La información no es exhaustiva, se encuentra proporcionada por las asociaciones científicas a las que pertenecen los profesionales y por consiguiente contienen duplicaciones u omisiones a causa de la posibilidad que los profesionales tienen de asociarse a más de una entidad, o no registrarse.

¹²⁷ ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*. OPS, Buenos Aires. 2.005.

CUADRO VI

Estimación del número de profesionales médicos, para algunas especialidades (2004).

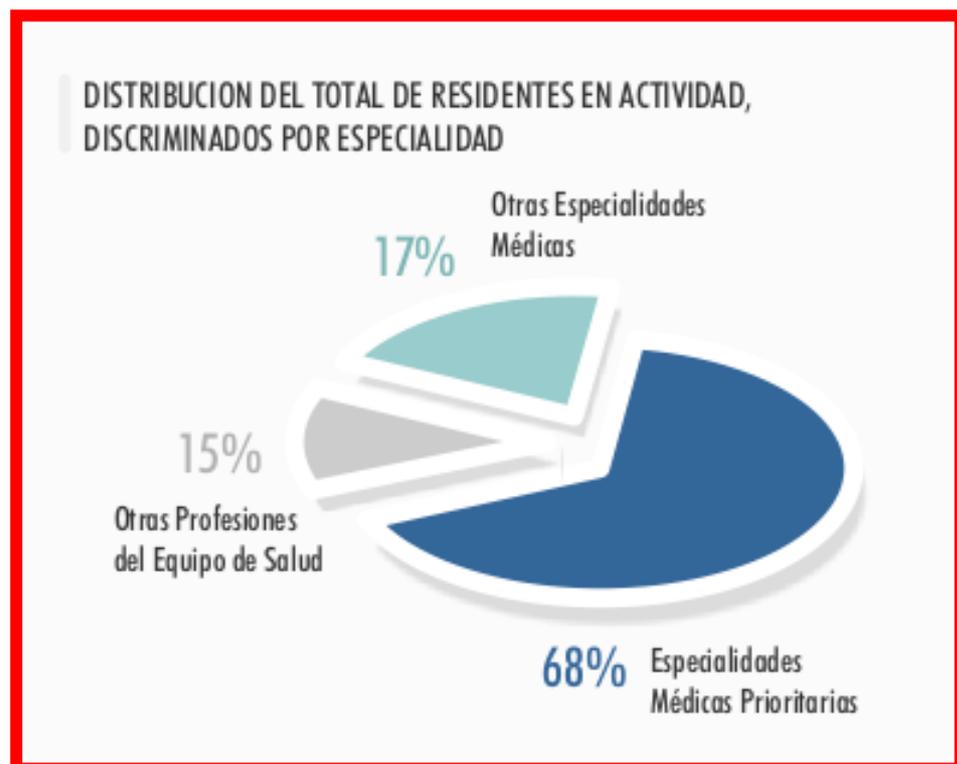
Especialidad	Cantidad
Alergia e Inmunología	890*
Anestesia, Analgesia y Reanimación	4.400
Biología y Medicina Nuclear	55
Cardiología	8.000
Cirugía	4.189
Cirugía Infantil	395
Cirugía Plástica	300
Clínica Médica	21.400*
Dermatología	4.800*
Diabetes	1225
Endocrinología	1.350*
Gastroenterología	630
Ginecología	3.166
Hematología	590
Hemoterapia	820
Medicina Interna	2.000
Nefrología	774
Neurología	680
Neurocirugía	480*
Nutrición	530
Oftalmología	2.685
Ortopedia y Traumatología	3.269
Otorrinolaringología	2.450
Patología	988
Pediatría	13.391
Psiquiatría	1.834
Radiología y Diagnóstico por imágenes	2.000
Reumatología	450
Urología	1.500
TOTAL	85.179

*Se ha proyectado el último dato disponible correspondiente a 1999 dada la imposibilidad de obtenerlo a través de las entidades. ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires, 2.005.

En la FIGURA IX, se puede ver la distribución de las residencias médicas. Especialidades Médicas Prioritarias: Medicina General y Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Anestesiología, Terapia Intensiva para adultos y Pediátrica, Neonatología y Psiquiatría.

FIGURA IX

Especialidades Médicas Prioritarias: Medicina General y Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Anestesiología, Terapia Intensiva para adultos y Pediátrica, Neonatología y Psiquiatría.¹²⁸



¹²⁸ Fuente: Base de datos de la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional, enero de 2010. <http://www.msal.gov.ar/residencias/>

Se plantea la necesidad de articular criterios, en relación con la formación de especialistas, debido a que la acreditación y/o certificación, es realizada por distintas instituciones, tanto de ley, como voluntarias, (colegios profesionales, universidades, asociaciones científicas, etc.), cuyos requisitos de aceptación varían significativamente.

5 – DISCUSIÓN

El tema de la plétora médica en nuestro país, comenzó a ser discutido en 1918. Ciertos grupos de médicos criticaban que en la universidad se prestara más atención a la cantidad que a la calidad de estudiantes y que se entregaran títulos indiscriminadamente: “no hay barreras de entrada ni de salida”, sostenían. En 1930, había en Buenos Aires un médico por cada 1.500 habitantes; en 1935, uno por cada 1.250 habitantes. Tal como ocurre en la actualidad, la distribución de acuerdo a la zona era muy desigual: en 1940, mientras en Buenos Aires, Rosario y Córdoba había un médico por cada 600 habitantes, en Santiago del Estero había uno cada 6.000, en Formosa uno cada 15.000 y en la Gobernación de los Andes (actualmente parte de Salta y Jujuy), ninguno. Para 1944, en la Capital Federal ya había un médico por cada 1.000 habitantes. Entre las causas de esta injusta distribución se mencionaban las malas condiciones de trabajo y las escasas perspectivas de desarrollo profesional en los lugares más pobres. Incluso el decano de la Facultad de Medicina, Dr. Rafael Bullrich, en 1935, destacó a la plétora médica como un factor clave de la crisis del trabajo médico. También hacía mención al reemplazo del “médico artesano” por el “médico industrial”, comparando el fenómeno de la explotación capitalista de la medicina con los métodos utilizados por la gran industria. En aquellos años

había una marcada resistencia por un lado, hacia los cambios bruscos que ofrecían las nuevas tecnologías y por otro, hacia la competencia que surgía de los nuevos profesionales que masivamente estudiaban medicina. Según la opinión de muchos destacados médicos de esos años, los grandes establecimientos (hospitales de comunidad, públicos y mutualidades) atentaban contra el médico artesanal, ya que absorbían la gran masa de pacientes (no sólo las poblaciones más pobres) dejando al médico sin pacientes en su consultorio privado.¹²⁹

Es conocido que no existe consenso sobre el número de médicos necesarios para atender las necesidades de salud en un país. A esto hay que agregar las diferentes opciones respecto a los roles del mercado y los gobiernos, así como los diferentes tipos y alcances de los mecanismos de regulación.

La planificación de recursos humanos en salud ha sido más una aspiración que una realidad y su desarrollo teórico ha sido mucho mayor que sus posibilidades de aplicación práctica.

Desde hace mucho tiempo se tiene como parámetro básico de cálculo, uno atribuido a la Organización Panamericana de la Salud, a saber: 10 médicos por cada 10.000 habitantes. El que no sólo ha sido observado en su aplicación práctica sino en su calidad de recomendación internacional. Al

¹²⁹ *La Crisis de la Profesión y el Surgimiento del Gremialismo*. Boletín de Temas de Salud de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Año 13 N° 123 Noviembre de 2006. Nota: el número de profesionales a los que hace mención el texto bibliográfico, no es fidedigno, tengamos en cuenta que recién en el censo de 2001, se consulto sobre profesiones.

respecto, un debate de expertos de la Organización Panamericana de la Salud da cuenta de lo siguiente. “No hay ninguna recomendación de OMS u OPS sobre número de médicos por habitante para países o sistemas”.¹³⁰

A comienzos de la década del 70, un plan de salud para las Américas recomendaba llegar a un piso de un médico cada mil habitantes, así como metas para enfermeras, dentistas y otros profesionales”.¹³¹

Esta meta representaba un punto medio entre los países con los más bajos y los más altos números de médicos como Cuba, Argentina y Uruguay, que ya en ese entonces (década del 70), estaban muy por encima de esa cifra. Estados Unidos estaba aproximadamente en esa proporción en esos tiempos. Esta cifra representa un criterio muy simplista ya que evidentemente, el promedio de médicos por habitante no cuenta demasiado como explicación de muchas desigualdades: distribución urbano-rural, sector público vs. sector privado, entre otras. Sin embargo, la recomendación fue aumentar la relación médico/población a 8 por 10.000 habitantes, mejorando también su distribución geográfica.

Como alternativa, en el año 2004, una iniciativa de Rockefeller Foundation, llamada “*Joint Learning Initiative*”¹³², propuso un nuevo

¹³⁰ Organización Panamericana de la Salud. Foro de debate: *¿Cuántos médicos y enfermeras necesitan un país?* <http://healthworkers.paho.org/index.php?id=8>. (consultada: 27-03-11).

¹³¹ *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972. OPS. OMS.

¹³² <http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/ad7cea0d-33f9-4de3-82c1-dabd88f5ca4f-03hrh.pdf>

criterio, luego adoptado en el Informe Mundial de Salud de OMS en el 2006, llamado Densidad de Recursos Humanos en Salud.¹³³

La relación médico/habitante, no explica como están distribuidos los profesionales en relación a la población que habita ese territorio. Si relacionamos esos datos con otros de tipo socio-económicos, NBI¹³⁴ o Ingresos, nos podría mostrar en un sentido cual sería una de las lógicas (económico-social) que ocasionaría esa misma distribución.

Al parecer estas relaciones entre los profesionales y la distribución en un territorio como el de la Argentina son y fueron construidas en un proceso cuyos determinantes sociales y económicos podríamos encontrarlos en la “Reforma del Sector Salud de la Argentina”.^{135 - 136}

¹³³ *Colaboremos por la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2006.* OMS.

¹³⁴ **Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI):** es un método directo para identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza. Usualmente utiliza indicadores directamente relacionados con cuatro áreas de necesidades básicas de las personas (vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo), disponibles en los censos de población y vivienda.

¹³⁵ BELLMARTINO Susana: *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina ¿Quién será el árbitro?* Lugar, Buenos Aires, 2000.

¹³⁶ ESCUDERO José Carlos: *La visión desde la antropología, la comparación histórica, las ciencias políticas y la economía.* Revista “Médicos hoy”, Confederación Médica de la República Argentina: Año IX, marzo de 2005.

Estas relaciones también habrían sido alimentadas directa o indirectamente por:

- a) Las corporaciones profesionales.
- b) Los modelos de atención-asistencia-educación, estatales y privados.¹³⁷
- c) El cambio en las relaciones de producción del trabajo médico y como éste se relaciona junto al proceso de concentración y centralización de capitales (al que hay que sumarle el ingreso casi simultáneo al negocio médico del capital financiero) bancos, financieras, etc.¹³⁸ Este proceso viene ocurriendo en el sector salud desde hace más de 30 años.

El tema de discusión no sería la cantidad de médicos que existen en la Argentina sino, modelos de atención, y para que modelo de país. Según se analice, faltarían médicos para resolver los problemas de

¹³⁷ Estos modelos de atención no presentan diferencias sustanciales en lo que hace al tratamiento de la enfermedad entre lo público y lo privado; si en el sentido de la “tecnología” que se utiliza que no influiría en los resultados en el mantenimiento de la salud y la prevención de las enfermedades.

¹³⁸ **Modo de producción:** Se comprende por las modalidades y formas de producción que tienen que ver con un tipo de producción determinada o modalidad histórico social concreta (esclavista, feudal, capitalista, etc.); dentro de estos modos o tipos de producción histórico social podemos distinguir en general dos elementos diferenciales y funcionales en el *modo de producción capitalista*: por un lado a las fuerzas productivas (trabajadores asalariados) y por otro los dueños de los medios de producción (propietarios, empleadores, fabricantes, etc.). Estos *modos de producción (capitalista) generan todo tipo de relaciones entre las clases y sectores de la sociedad, entre los propietarios de los medios de producción y las fuerzas productivas: estas relaciones de producción* son las relaciones existentes entre las personas/clases que ofrecen en venta su fuerza de trabajo (trabajadores) con los dueños de los medios y/o bienes resultantes de ese proceso productivo. En la medicina podemos en parte adaptar esta teoría a las relaciones existentes entre los médicos y las diferentes modalidades que tienen de relacionarse con el trabajo (demandar u ofertar) a través de contratos prestacionales, capitados, empleos por horas, a porcentajes, etc., con los dueños, testaferros y/o representantes de empresas tercerizadoras de servicios, corporaciones profesionales que ejercen ese rol, empresas de medicina privada pre-paga, el sub-sector de la seguridad social u obras sociales. Academia de Ciencias de la U.R.S.S. Instituto de Economía: *Manual de Economía Política, Cartago*, Buenos Aires, 1958. BARRET Francois: *Historia del Trabajo*, EUDEBA, Buenos Aires, 1961.

prevención existente en la Argentina, y contradictoriamente sobrarían médicos para trabajar en el actual modelo sanitario curativo. El trabajo médico ha cambiado en las últimas décadas y esto es lo que realmente estaría sucediendo. Este proceso estaría caracterizado principalmente por los cambios en las relaciones de producción y trae como consecuencia un proceso de proletarización (obrerización), cuyas consecuencias mediatas e inmediatas son el empobrecimiento de las condiciones laborales y el deterioro de la calidad de vida de los médicos como trabajadores de la salud. Esta situación sería producto de estas nuevas relaciones del trabajo que se habrían construido en el proceso de “reforma del sector Salud”.

Las nuevas formas en las relaciones del trabajo médico:¹³⁹ empresas gerenciadoras, tercerizaciones y toda clase de nuevas relaciones con sus variables se fueron imponiendo en este proceso de reforma del sector en detrimento de las condiciones de trabajo de los médicos. Por otro lado produjo un cambio importante en detrimento de la participación del estado en el sector salud, en la propia calidad de la atención y asistencia en los propios servicios, todo este proceso sin tener en cuenta las graves consecuencias sanitarias que traería a la población.

¹³⁹ El proceso de cambio de las relaciones del trabajo trajo como consecuencia situaciones de “superexplotación” de los trabajadores médicos, instalándose el “trabajo por hora”, el trabajo sin remuneración o gratis, igualando los honorarios de estos trabajadores de la salud a los pagados a trabajadoras domésticas. Esta situación es producto del proceso de reforma en el sector que en el ámbito de la profesión médica se fue estableciendo una relación de explotación pocas veces vista en la historia de la medicina Argentina.

Estas relaciones son y fueron (como una característica implícita) completamente desregladas, incluso hasta facilitadas directa y/o indirectamente por la propia corporación médica que con su omisión, inacción o adherencia ideológica a este proceso el cual no fue denunciado oportunamente, y aun hoy difundir estos temas, resulta controvertido y vemos autocensura en muchos ámbitos de la medicina Argentina.

La cantidad y distribución de los médicos no sería entonces un problema causal sino que sería consecuencia producto de muchos otros, e incluso de interacciones mutuas.

Llevamos muchos años preguntándonos, ¿puede ser tan difícil estimar cuántos médicos precisa Argentina? Las posturas de colectivos a los que por fuerza ha de suponerse bien informados, varía de un extremo al otro. Hay opiniones que rebasan todos los gustos, desde los que dicen que hay un gran déficit; los que consideran que el número actual es suficiente y que el problema es el de una mala distribución en las diferentes regiones; a los que sostienen que el número actual de médicos es excesivo y que se debería limitar drásticamente la formación de nuevos profesionales.

Para intentar poner un cierto orden en este galimatías, trataremos de aplicar el más rudimentario buen sentido.

El comienzo de este análisis no resulta tan fácil, tal vez porque las divergencias empiezan desde los datos básicos. Pero si partimos de algunos valores elegidos arbitrariamente, bastará su sustitución por los reales para llegar a conclusiones válidas, si el razonamiento empleado es legítimo.

Supongamos que el número total de médicos que ejercen en Argentina es de uno cada trescientos habitantes. Si es adecuado o no a las necesidades actuales depende del desarrollo socio-económico de nuestro entorno; no es lo mismo considerar una sociedad en la que la práctica médica se reduce a una actividad elemental (ejemplo el de un país muy pobre en el que la única atención disponible es la de un médico general) para la que puede bastar, digamos, un médico cada diez mil habitantes, que una población en desarrollo que puede permitirse el lujo de haber desarrollado múltiples especialidades y subespecialidades (LISTADO II), con lo que en la atención al menor problema de salud de un solo enfermo, se aúnan los esfuerzos de muchos profesionales expertos en campos diferentes y en que, por lo tanto, se precisará de muchos más médicos para el ejercicio cotidiano.

Nuestro dato inicial debe ser comparable al de sociedades desarrolladas como las de Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Alemania, etc., y por tanto derivado de datos de esos países publicados recientemente.

Un médico cada trescientos habitantes para una población de cuarenta millones¹⁴⁰, supone un total de 133.333 médicos en toda la República Argentina.

¹⁴⁰ 40.117.096 habitantes (20.593.330 mujeres, 19.523.766 hombres) censo 2010, INDEC.

Aceptemos una edad media de 25 años del nuevo médico¹⁴¹ al obtener su título. Si a ello añadimos, (promedio), cuatro años de formación especializada, (es una realidad que en Argentina cada vez más se exige una especialidad para ejercer, tanto en el sector público como en el privado) nuestro profesional tendrá entre 29 y 30 años. Suponiendo que la edad media de jubilación es entre los 65 a 70 años, tendremos un tiempo promedio de actividad profesional de aproximadamente 37 años.

Siendo realistas debemos considerar esta cifra como un máximo, que ha de reducirse si consideramos los fallecimientos y abandonos de la práctica que pueden tener lugar por razones muy diferentes. Consideraremos por lo tanto 30 años efectivos.

Si tenemos que renovar un total de 133.000 médicos cada treinta años necesitaremos introducir en el sistema 4.400 nuevos profesionales por año. Seamos generosos y consideremos que el futuro desarrollo social y la complejidad creciente del ejercicio de la Medicina, hará subir esta cifra a 5.000. ¿Cuál sería el número que deberían ofertar anualmente nuestras Facultades para cumplir estos objetivos? Tengamos presente el crecimiento vegetativo.

Tengamos en cuenta, que no todos los nuevos profesionales se dedicarán a la asistencia; hay que contar también los que elegirán el camino de una u otra ciencia básica, la investigación, etc.; como los atraídos por la

¹⁴¹ En realidad es de 27 años.

Higiene y Salud Pública, gestión, etc. No podemos olvidar tener en cuenta la mortalidad estudiantil, que también ha de afectar el número final.

Llegamos así a una estimación total máxima de unas 7.000 nuevos médicos por año.¹⁴²

Si tenemos en cuenta que es también cierto, que hay una mala distribución, las autoridades sanitarias deberían incentivar a los nuevos profesionales a instalarse en las regiones deficitarias.

Desarrollar estrategias de distribución equitativa de profesionales de la salud en todo el país, considerando las necesidades regionales. Para ello, el Estado nacional debería financiar un salario mínimo y un sistema de compensaciones dirigidos a los trabajadores que se inserten en áreas rurales o en centros de atención primaria.

Mejorar las condiciones laborales a través de estrategias de carrera que incentiven la inserción principalmente en puestos vinculados con la Atención Primaria de la Salud. La definición de un marco de carrera sanitaria nacional para los profesionales de atención primaria, que favorezca al médico generalista.

¹⁴² De acuerdo con el mismo razonamiento, en nuestros sistemas la oferta de plazas para residencias es escasa, aproximadamente unas 1.300 por año. No podemos permitirnos el lujo de no formar un número suficiente de médicos para la sociedad Argentina, pero un exceso irracional en este número supone no sólo la devaluación de la profesión tanto en su rendimiento económico (un profesional de larga y difícil formación como es el médico debe disfrutar al menos de lo que se llama un buen pasar) como en su consideración social, lo que automáticamente habría de conducir a desviar a lo mejor de nuestra juventud a otros campos más rentables. Piénsese en el daño social que supone una profesión médica de pobre calidad para nuestra población. Y sin olvidar el despilfarro que representa para las arcas estatales invertir en formación para al final engrosar el número de desocupados de alta cualificación y por tanto de difícil reconversión. Es aquí donde es Estado se debe plantear la necesidad de ampliar las vacantes hospitalarias para médicos como parte de las políticas sanitarias, pero esto es tema para otro análisis. En la Capital Federal, en el presente año (2011), se inscribieron para las residencias médicas, 5.760 personas, para un total de 490 plazas. Si bien el número de residencias médicas en el país ha ido aumentando paulatinamente, llegando en la actualidad a casi 1.300 plazas, aun no son suficientes (FIGURA X).

FIGURA X**Cupos de residencias médicas (2004-2010).¹⁴³**

6 - CONCLUSIONES

- 1) No conocemos con precisión el número de médicos existentes en nuestro país.
- 2) Debería establecerse el sistema adecuado para conocer con exactitud el número de médicos, y de especialistas.
- 3) Se considera que las cifras oficiales son superiores a lo real.
- 4) Existen serias fallas en el registro de médicos: omisiones, doble registro, emigraciones, profesionales que no ejercen, etc.
- 5) El número de médicos es, en nuestro país, insuficiente aún para el tipo de medicina prevalentemente curativa que impera.
- 6) El tipo de especialista que se forma no es el adecuado para las necesidades sanitarias actuales.
- 7) La falta, y la mala distribución de los profesionales médicos agrava la ya de por sí deficiencia sanitaria, dadas las condiciones socioeconómicas de nuestro país, y la concentración de los profesionales en las grandes ciudades.
- 8) Ante cualquier programa de salud y plan sanitario, debe profundizarse el estudio de las necesidades médicas de todo el país.

¹⁴³ Fuente: Base de datos de la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional. <http://www.msal.gov.ar/residencias/>

- 9) Debe estimularse el traslado de los médicos a las zonas con mayores necesidades de asistencia profesional.
- 10) La Universidad debe contribuir al estudio de estos problemas de demografía médica y especialmente en relación con el tipo de formación médica más adecuada a nuestras necesidades.
- 11) El Ministerio de Salud Pública de la Nación, debe proveer con urgencia el suministro de un mínimo de asistencia a vastas zonas del país sin médicos.

BIBLIOGRAFÍA

ABRAMZON Mónica C.: *Argentina: Recursos Humanos en salud en 2.004*, OPS, Buenos Aires, 2.005.

ABRAMZON Mónica C.: “*Argentina: Situacao dos recursos humanos em saúde*”. En: *Recursos Humanos en Saúde no Mercosul*, OPS-OMS, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

ABRAMZÓN Mónica C.: *Recursos Humanos en Salud. Las condiciones de Salud en las Américas*, OPS, Buenos Aires, 1993.

Academia de Ciencias de la U.R.S.S. Instituto de Economía: *Manual de Economía Política*, Cartago, Buenos Aires, 1958.

Alles Martha Alicia: *Diccionario de Términos. Recursos Humanos*, Gránica, Buenos Aires, 2011.

Anuario 2009. Estadísticas Universitarias. Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

AUFIERO Jorge Félix: *Propuesta para un Sistema Nacional de Salud*, Universidad del Salvador, Buenos Aires, 2001.

BANCO MUNDIAL: *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en salud*. Washington, D.C., 1993.

BARRAGÁN Horacio Luis: *Fundamentos de Salud Pública*. UNLP. La Plata. 2007. p. 521.

BARRET Francois: *Historia del Trabajo*, EUDEBA, Buenos Aires, 1961.

Base de datos de la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional, enero de 2010. <http://www.msal.gov.ar/residencias/>

Bases para un plan de desarrollo de Recursos Humanos de Salud, Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Noviembre, 2005.

BELLMARTINO Susana: *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina ¿Quién será el árbitro?* Lugar, Buenos Aires, 2000.

Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos. Volumen 86: 2008

BORRACCI Raúl A., et al: *Estimación de la oferta y la demanda de cardiólogos en la Argentina. Rev. Argent. Cardiol. Vol.77 N°1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./feb. 2009*

BRANGOLD M.: *Administración Estratégica y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud: Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985 - 1995. Análisis de situación y líneas de trabajo, Buenos Aires, Publicación N° 43, 1995; OPS/OMS, Recursos Humanos en Salud, septiembre 2000.*

CARRASCO CORTEZ Víctor, LOZANO SALAZAR Elías, VELÁSQUEZ PANCCA Edgar: *Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005 – 2011. Acta Med Per 2008; 25(1):22-29.*

Censo 2010, INDEC. <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>

Colaboremos por la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2006. OMS.

CONFUCIO: *Tratados Morales y Políticos. Según los textos de Confucio y de sus discípulos Tseng-Chen, Tchu-Hi y otros, Versión establecida por Núñez de Prado J., Editorial Iberia, Barcelona, 1971.*

Consejo Federal de Enfermería: *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. 2007.*

De PABLO Vicente E.: *Cantidad de médicos y su distribución en la República Argentina, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires, 1955.*

Diccionario de la Real Academia Española, Vigésima segunda edición, Espasa Calpe, España, 2003.

ESCUDERO José Carlos: *La visión desde la antropología, la comparación histórica, las ciencias políticas y la economía. Revista “Médicos hoy”, Confederación Médica de la República Argentina: Año IX, marzo de 2005.*

FELGUEROSO F.: *La paradoja de los médicos y los vendimiadores: desajuste ocupacional y condiciones laborales en España, Fundación de Estudios de Economía Aplicada; 2007, November 22.*

GALLI A.: *Situación actual de la educación médica en Argentina*. Educación Médica, Vol. 12, Nº 1, marzo de 2009.

GÓMEZ de SILVA Guido: *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española*, Fondo de Cultura Económica, México, 2006.

GONZÁLEZ GARCÍA Gines, TOBAR, Federico: *Más Salud por el mismo dinero*, ISALUD, Buenos Aires, 1999.

GONZALEZ GARCÍA Ginés., TOBAR Federico: *Salud para los argentinos*, ISALUD, Buenos Aires, 2004.

GONZÁLEZ GARCÍA Ginés, MADIES Claudia, FONTELA Mariano: *Médicos: La salud de una profesión. Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*, ISALUD, Buenos Aires, 2012.

GRAUE-WIECHERS Enrique: *Conferencia Miguel F. Jimenez. La educación médica en México y la salud global*. Gac Méd Méx Vol. 145 No. 5, 2009.

HAMILTON Gabriela, GASTALDI Nélica, DI LUCA Fernando: *Análisis de la oferta de Servicios Médicos en la Argentina*, ISALUD, Buenos Aires, 2000.

IGLESIAS Ricardo: *La ausencia de perspectivas nos hace esclavos de la urgencia*. Rev. Argent. Cardiol. V.77 N.3 2009

Indicadores Básicos. Argentina 2011. Ministerio de Salud. OPS. OMS.

JOVEN MARIED Jorge, VILLANOBA ARTERO Carlos, JULÍA CERDA Gabriel, GONZÁLEZ-HUIX LLANDÓ Fernando: *Diccionario de Medicina*, Marín, Barcelona, 1986.

KATZ Ignacio: *La fórmula sanitaria. Claves para una nueva gestión*, Eudeba, Buenos Aires, 2003.

KATZ, J. MUÑOZ, A. *Organización del Sector Salud: Puja distributiva y equidad*. CEPAL. 1988.

KLIKSBERG Bernardo: *¿Cómo enfrentar la pobreza?* Pagina 12, Buenos Aires, 2012.

La Conferencia General de Política Universitaria aprueba un aumento de 60.000 plazas en las universidades presenciales.

<http://www.unex.es/unex/servicios/comunicacion/archivo/2007/062007/05062007/art1>

(consultada 22/08/2009)

La Crisis de la Profesión y el Surgimiento del Gremialismo. Boletín de Temas de Salud de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Año 13 N° 123 Noviembre de 2006.

LAZAROV Luis, LORENTE Julio C., TURNES Antonio L.: *Número de Médicos en Uruguay. Elementos para un análisis*, Diciembre 10, 2002

LUCATELLI Néstor: *La Tragedia de la Salud Pública*, Cartago, Buenos Aires, 2009.

MACEIRA Daniel, CEJAS Cintia: *Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional.* Documento de Políticas Públicas/Recomendación N° 82, CIPPEC, Buenos Aires, julio de 2010.

MACEIRA Daniel, CEJAS Cintia: *Recursos humanos en salud: la Argentina en perspectiva comparada.* Documento de Trabajo N° 46, CIPPEC, Buenos Aires, julio 2010.

Madrid necesitará entre 5.000 y 6.600 médicos los próximos 10 años, Redacción Médica 2009 June.

www.redaccionmedica.com/indexhtm.php?id=803#

(consultada 05/02/2011)

MARTÍNEZ LÓPEZ DE LETONA Juan: *¿Cuántos médicos hacen falta en España?* <http://www.abc.es/20090317/opinion-firmas/cuantos-medicos-hacen-falta-20090317.html>

(consultada 16/03/2011)

Medical know-how boosts Cuba's wealth

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/4583668.stm> (BBC on line. 7/01/2006)

OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). *Health Data*, 3° Ed., 2003.

Organización Mundial de la Salud: *Global Atlas of the Health Workforce* <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>

(consultada 12/04/2012)

Organización Mundial de la Salud: *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*.

Organización Panamericana de la Salud. Foro de debate: *¿Cuántos médicos y enfermeras necesitan un país?* <http://healthworkers.paho.org/index.php?id=8>

(consultada 27/03/11).

Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación: *Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud*. Buenos Aires. Noviembre. 2005.

PALERMO Epifanio: *Número de médicos y otros profesionales. Su distribución en la República Argentina*, Anales de Medicina, Vol. VIII, Nº 3-4, 1963, 178-187.

Panorama de los Médicos y Vendimiadores:

<http://sociedadabierta.es/2007/11/22/la-paradoja-de-los-medicos-y-los-vendimiadoresdesajuste-ocupacional-y-condiciones-laborales-en-espana/>
(consultada 05/02/2011).

PAVLOTZKY José: *La asistencia médica en la ciudad y la campaña. Mala distribución o falsa plétora*, 2ª Congreso Médico Gremial Argentino, Rosario, 1936.

PERGOLA Federico: *Los Médicos: cantidad, distribución, formación*. Rev. Asoc. Med. Argentina, 2000; Vol. 113, Nº 2: 33-43.

PINEAULT Raynald, DAVELUY Carole: *La Planificación Sanitaria: conceptos, métodos y estrategias*, Masson, España, 1995.

Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972. OPS. OMS

Primer Encuentro Nacional de Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Tucumán, 1º de julio de 2005. ISALUD, Vol. 6, Nº 29; Octubre 2011

Recursos Humanos en Salud en Argentina /2001. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Representación OPS/OMS en Argentina.

RODRÍGUEZ SENDÍN J. J.: *Necesidades de médicos en España: a propósito de estudios, debates y posibles soluciones*. OMC 2009. http://www.cgcom.org/sites/default/files/07_11_29_sendin_demografia.pdf
(consultada 29/08/2009)

ROMÁN O, PINEDA S, SEÑORET M.: *Perfil y número de médicos generales que requiere el país*. Rev Méd Chile 2007; 135: 1209-15.

SCHUFER Marta L.: *Cantidad y Distribución de los Médicos en la Argentina. Una revisión histórica*. Medicina y Sociedad; 2000, Vol. 23, N° 2, pp. 97-108.

SHELDON G.: *Globalization and the health workforce shortage*. Surgery 2006; 140:354-358.

Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas, 6 de noviembre de 2000, http://fmed2.uncu.edu.ar/grado/med_regimen.htm

Universidad Nacional del Sur, Comisión Carrera de Medicina, Varios documentos, <http://www.uns.edu.ar>

VIDAL Héctor Julio, SILBERMAN Fernando, AGUILAR GIRALDES Delio, MANRIQUE Jorge I., PRADIER Roberto: *Las Residencias Médicas: su papel en la Educación de Postgrado en la República Argentina, Revista de Medicina Interna*; Primera Parte: 2010, Vol. 6, N° 4; Segunda Parte: 2011, Vol. 7, N° 1.

27° Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional: *Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015*. OPS. OMS. Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007.

http://adsoftheworld.com/media/print/doctors_of_the_world_netherlands_perspective?size=_original
(consultada 22/02/2011)

<http://devserver.paho.org/observatoriorh/drupal/?q=node/242> (Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. OPS)
(consultada 12/04/2012)

<http://www.informatica2007.sld.cu/Members/anag/la-decada-de-los-recursos-humanos-en-salud-contribucion-del-campus-virtual-de/>
(consultada 22/02/2011)

<http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/ad7cea0d-33f9-4de3-82c1-dabd88f5ca4f-03hrh.pdf>
(consultada 22/01/2012)

<http://www.fcm.uncu.edu.ar/joomla/>

<http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/ad7cea0d-33f9-4de3-82c1-dabd88f5ca4f-03hrh.pdf>