

LA ARGENTINA NO SUPERÓ LA BRECHA ENTRE OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS

A casi 20 años de sentarse las bases para contar con la información en recursos humanos en salud a nivel regional en América mucho se avanzó para diagnosticar los problemas del sistema de salud para contar con las personas adecuadas en los lugares adecuados, pero hoy urge la acción para concretar el enunciado



Por Claudia Madies

La definición de políticas de recursos humanos en salud es compleja y más en un país federal como la Argentina, con 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los recursos humanos en salud involucran un universo amplio y diverso de actores e instituciones vinculado a la educación, la gestión de la salud, el trabajo y la ciencia y la tecnología.

Desde el ex Ministerio de Salud de la Nación se lograron avances sustantivos en la construcción de información sistematizada y confiable en esta materia favoreciendo la disponibilidad de datos para planificación y gestión. Ello se alcanzó mediante un arduo y sostenido proceso de concertación con los ministerios y secretarías de salud de las distintas provincias, con el Ministerio de

Educación de la Nación y los ministerios de educación jurisdiccionales, así como los acuerdos con los colegios y asociaciones profesionales, cuando el gobierno de la matrícula de las diversas profesiones fue delegado en ellos y cuyos comienzos datan de fines de 2001.

Así el Sistema Argentino de Información Sanitaria en Salud (SISA) desde 2007 y el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, promovido desde 1999 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en cada país que integra la Región de las Américas, hoy nos desafían a cumplir con el *Llamado a la acción* que ya se hizo durante 2005 en la Reunión de Toronto con los referentes de recursos humanos en salud de cada estado parte de aquella organización.

La seriedad y contundencia de los números que tales observatorios han relevado, evidencian que ya no puede esperarse. Los propios estudios prospectivos llevados adelante

en los países de la región nos muestran que las expectativas de los jóvenes profesionales, conocidos como *millennials*, los movimientos migratorios de profesionales cada vez más frecuentes, la feminización laboral, el desacople entre los sistemas formativos y las necesidades sanitarias de la población exigen políticas y estrategias de implementación inmediata para atender las necesidades sanitarias actuales y futuras.

En ese contexto, son importantes y necesarios los observatorios de recursos humanos en salud en la Región de América, y la pretensión en Argentina de replicarlos en las provincias y de sumarlos a las redes federales de registros de profesionales de salud del SISA para fortalecer y avanzar con el proceso de sistematización y consolidación de los datos a nivel local y provincial, mejorando los circuitos de recolección de la información, acortando los tiempos de procesamiento y de difusión de los resultados, para acompañar la toma de decisiones sanitarias. No obstante, requieren urgentes medidas orienta-

La autora es abogada, magíster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona, y directora del Centro de Estudio e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho de la Universidad ISALUD

das a dar solución a los problemas cuyos diagnósticos nos alertan de un desfase entre la oferta y la demanda de recursos humanos en salud que se agrava con el paso del tiempo y que ya data de varios años.

Sin duda, hasta 2000 se habían olvidado los recursos humanos en salud en las agendas de reformas sectoriales y así se impulsaron los observatorios de recursos humanos en salud para la prevención de conflictos y gobernabilidad del sector, fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud, incrementar y sostener la calidad y productividad, adecuar los marcos legales laborales y su regulación, así como mejorar la educación y capacitación para el desarrollo de competencias de los nuevos procesos de trabajo.

Llamado a la acción

En 2005 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) insta al *Llamado a la acción de Toronto Hacia la década de RRHH en salud para las Américas*, del que tuve el honor de participar como referente del Ministerio de Salud de la República Argentina persiguiendo: definir políticas y planes, así como desarrollar capacidad institucional, colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, regular los desplazamientos y migraciones, generar relaciones laborales y ambientes de trabajo saludables y desarrollar vínculos entre escuelas formadoras, necesidades y servicios.

Desde entonces se impulsaron en 2007 las *Metas Regionales en Materia de RRHH en Salud 2007-2015*; en 2013 se efectuó la *Declaración de Recife del Tercer Foro Mundial de Recursos Humanos en Salud*; en 2014 se impulsó la *Estrategia el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de*

En 2013 en la Argentina se registraban 166.187 médicos y en 2016, 172.502 según el Registro de Profesionales en Salud de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud. Es decir había 3,96 médicos por mil habitantes y sólo cinco provincias y CABA superaban la media nacional

Salud; en 2015 en Naciones Unidas se celebraron los *Objetivos para el Desarrollo Sostenible*, con la Agenda 2030, y en 2016 se aprobó la *Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud. Personal de Salud 2030*, mientras que en Naciones Unidas se conforma una Comisión de Alto Nivel sobre Empleo y Crecimiento Económico en Salud.

En la 160ª sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, desarrollada del 26 al 30 de junio del 2017 en Washington, se aprobó la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (documento CE160/18), para abordar en el contexto regional:

- Falta de los recursos humanos para la Cobertura Universal en Salud, las Funciones esenciales de Salud Pública y los determinantes sociales.
- Inequidad distribución.
- Falta de coherencia APS/RIIS y modelo de formación (especialización/hospitales).
- Financiamiento inadecuado y dispar (subsistemas/países) y superar que se definen como costo no inversión.
- Falta de información/datos.
- Gobernanza y rectoría: salud/educación/trabajo: universidades/gestores/asociaciones/gremios.

En 2017, se aprueba la *Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal en Salud* para: fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud, desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad, concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud.

RRHH en los planes federales de salud

En el marco de los planes federales de salud que se celebraron en acuerdo entre los ministerios de salud nacional y provinciales durante 2004-2007, 2008-2015 se creó y fortaleció el SISA, con los registros federales, y se verificó en 2010 la *Primera Medición de Metas de Recursos Humanos en Salud* del Ministerio de Salud de la Nación, con el apoyo de la OPS.

En ese marco, por resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 1343/07 se dio la primera implementación, y más recientemente por Resolución N° 1775/17 se constituyó el área de Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Por ella se definieron sus acciones: fortalecimiento de la formación de los equipos de salud, así como de los equipos provinciales de recursos humanos de salud y la articulación intersectorial y de integración regional.

Hoy en el contexto nacional se persigue:

- Cerrar la brecha de inequidad de acceso a servicios entre jurisdicciones y subsistemas para garantizar estándares de calidad.
- Servicios de salud de calidad con las necesidades de la población.
- Nominalización efectiva, georreferencia, y asignación de población

bajo responsabilidad de Equipo de salud familiar y comunitaria.

- Mejorar financiamiento con equidad y eficiencia, avanzar en eliminar pago directo como barrea de acceso a los servicios.
- Fortalecer rectoría y gobernanza.

Las líneas estratégicas de acción para la *Cobertura Universal en Salud* pretenden:

- Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría en Recursos Humanos en Salud.
- Abordar las condiciones y el desarrollo de capacidades para ampliar el acceso y la cobertura, con equidad y calidad.
- Reorientar el sector de educación para responder a las necesidades de los sistemas de salud en proceso de transformación hacia la salud universal. Líneas Estratégicas de Acción.

Son ejes de trabajo de la Cobertura Universal en Salud:

1. Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria.

Con relación a la enfermería en total al 2013 había 179.175 enfermeros (auxiliares, técnicos y 19.729 profesionales). En 2016 había 192.829 enfermeros (25.383 eran profesionales). Es decir que había 4,42 enfermeros cada mil habitantes y sólo 11 provincias superaban la media nacional. Sobre el total había un 41,6% de auxiliares en 2016 y sólo 13,2% de licenciados

2. Sistemas de Información Interoperables y aplicaciones informáticas.
3. Ampliación de la cobertura prescricional, mejora de la calidad de atención y priorización de líneas de cuidado.

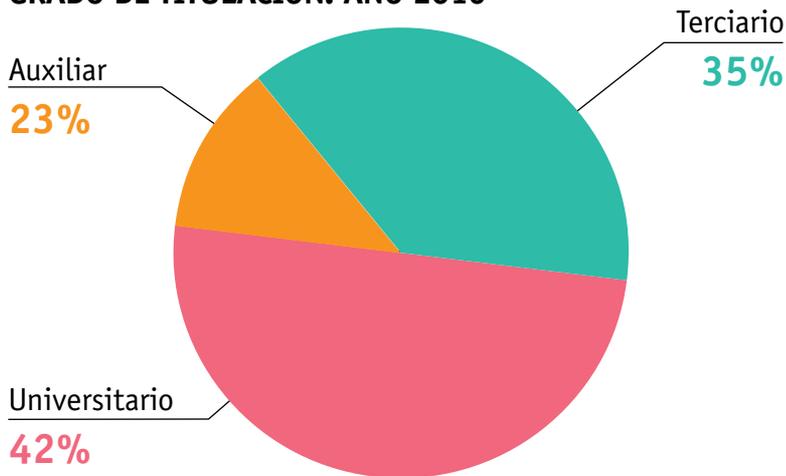
En esta dirección, se propone una organización de la atención mediante equipos nucleares a cargo de un médico de atención primaria (preferentemente de familia o general, clínico o pediatra), enfermero/a y un agente sanitario. También se propone la or-

ganización de equipos ampliados de apoyo, que incluyan diversos profesionales tales como, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. Dichos equipos podrán ser conformados a la medida de las jurisdicciones, contando con el apoyo de la Nación para la formación, reconversión e incentiviación de los recursos humanos en salud que integren los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria. (Conforme la Resolución 1013/2018 Ministerio de Salud, que aprueba el modelo de Convenio de Adhesión a la Cobertura Universal de Salud).

La persistencia del problema

En 2013 en la Argentina se registraban 166.187 médicos y en 2016, 172.502 según el Registro de Profesionales en Salud de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud (2016). Es decir había 3,96 médicos por mil habitantes y sólo cinco provincias y CABA superaban la media nacional. Con relación a la enfermería en total al 2013 había 179.175 enfermeros (auxiliares, técnicos y 19.729 profesionales). En 2016 había 192.829 enfermeros (25.383 eran profesionales). Es decir que había 4,42 enfermeros cada mil habitantes y sólo 11 provincias superaban la media nacional. Sobre el total había un 41,6% de auxiliares en 2016 y sólo 13,2% de licenciados. Por resolución 65/2018 de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) se creó dentro del Programa de Respaldo a los Estudiantes Argentinos (Progresar) para el Fomento de la Educación Superior, la Línea Becas Programa Nacional de Formación de Enfermería (Línea Becas Progresar Pronafe). Eso para habilitar el acceso, la permanencia y la promoción en la esfera de la educación superior

CUADRO 1. PORCENTAJE DE ENFERMERAS/OS EN EDAD ACTIVA SEGÚN EDAD ACTIVA EN MAYOR GRADO DE TITULACIÓN. AÑO 2016*



*Registro al 30 de Junio 2016

Fuente: Elaboración OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales en Salud, Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud. 2016

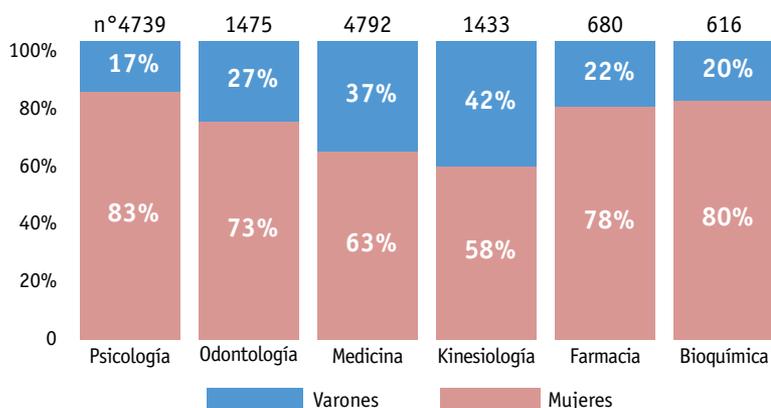
de estudiantes de la carrera de enfermería, con el fin de generar nuevas oportunidades de inclusión social y laboral a los jóvenes en situación de vulnerabilidad en particular, y promover la producción de transformaciones hacia mejores servicios que respondan a las necesidades de la población, en general (cuadro 1). Del total de profesionales de salud el 59.3% eran mujeres, según la EPH, 2016 del tercer trimestre, tal como lo precisa el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, reproduciéndose a continuación su información respecto a distintas profesiones (cuadro 2).

La creciente feminización, está impulsada por todas las carreras seleccionadas, en todas las instituciones sin importar el tipo de gestión (pública o privada) y en todas las regiones (cuadro 3).

La pirámide permite corroborar la tendencia a la feminización de las profesiones de salud. La mayoría de los y las jóvenes que realizan la Residencia en salud son mujeres, de edades comprendidas entre los 24 y 33 años.

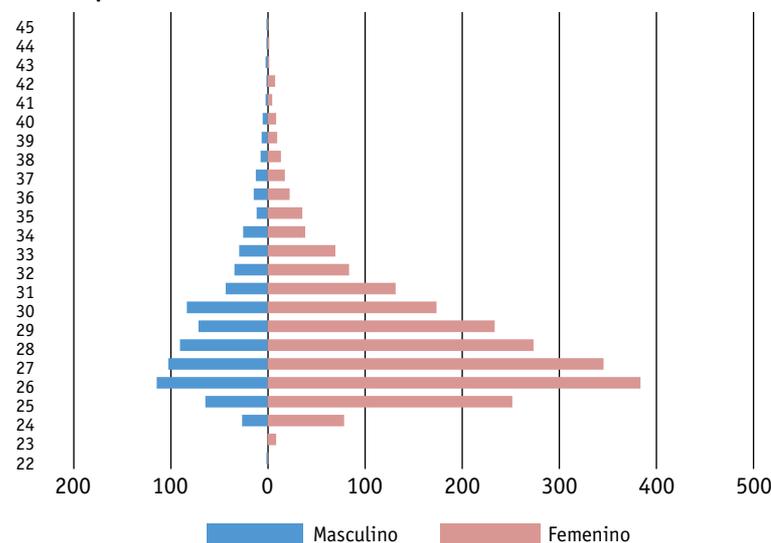
Sobre la brecha de los cupos de cargos de residencias ofrecidos y los cubiertos en algunas especialidades médicas definidas como críticas en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA) -que nuclea a los ministros de Salud nacional y provinciales-, puede verse que siguiendo la misma fuente del Observatorio de Recursos Humanos en Salud entre los años 2004 y 2017 se aumentaron los cargos desde 2010. No obstante, hubo períodos donde el Estado nacional fue más activo en implementar medidas para contrarrestar la negativa a colaborar con la formación por parte de las entidades profesionales que representan a estos especialistas (2004-2010) (cuadro 4).

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE EGRESADOS DE LAS CARRERAS DE CIENCIAS DE LA SALUD SEGÚN GÉNERO. TOTAL PAÍS, AÑO 2016



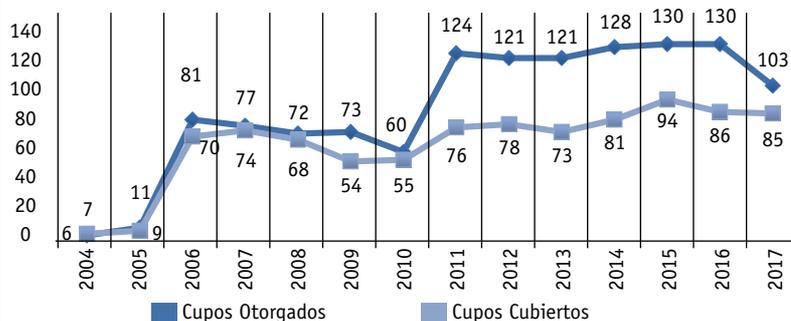
Fuente: Base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud.

CUADRO 3. PIRÁMIDE TOTAL DE RESIDENTES CON BECA NACIONAL EN ACTIVIDAD POR EDAD Y SEXO, TODAS LA PROFESIONES. AÑO 2017



Fuente: Base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud.

CUADRO 4. RESIDENCIAS NACIONALES. EVOLUCIÓN DE OFERTAS DE CARGOS DE ANESTESIOLOGÍA, 2004-2017



Fuente: Base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud.

En idéntico sentido se observa lo ocurrido con las residencias en terapia intensiva infantil, donde el aumento de cupos de cargos y la brecha para su cobertura se anticipa 2008 (cuadros 5 y 6).

En neonatología los cargos también aumentaron triplicándose en 2008 y de allí sostenidamente sin lograrse

la cobertura de al menos la mitad y en medicina general es en 2009 donde se incrementan los cargos sin lograr la cobertura desde entonces de por lo menos 100 cargos cada año (cuadro 7).

Sobre la oferta de cargos, según el Observatorio Nacional el número de los cargos ofrecidos en todo el

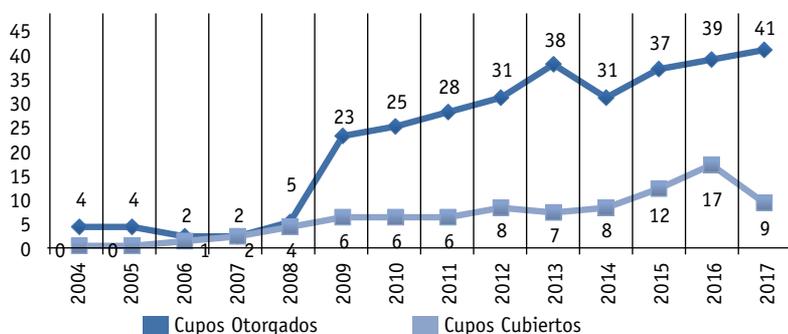
país según financiamiento al 2015 alcanzaba un total de 6894, el 52% de origen estatal provincial, 19% estatal nacional, y en igual proporción privado y otro 7% nacional (universitario). Es decir 80% era de carácter público. (cuadro 9).

Según surge del cuadro 9 que difunde el OFERHUS el incremento sostenido de oferta de cargos de residencias nacionales, a pesar de ser coordinada con las provincias, analizando sus capacidades formadoras no ha logrado incrementar la cantidad de ingresantes.

Ello explica también la causa por la cual ante la vacancia de los cargos viene aumentando el número de médicos extranjeros que rinden examen para el ingreso a las residencias, y que en 2017 llegaron al 22% de un total de 5204 superando los años previos (cuadro 10).

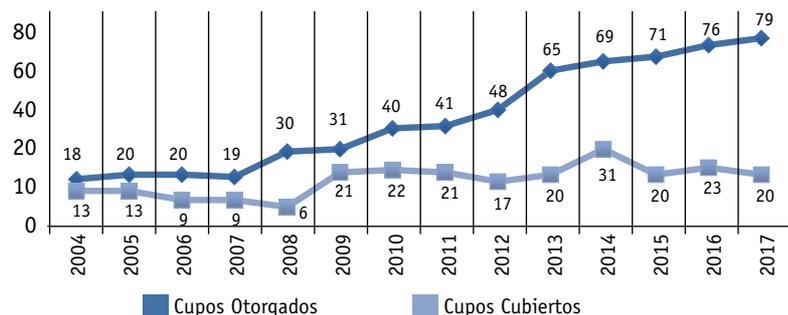
La Resolución N° 1993 del Ministerio de Salud de la Nación dictada en 2015 que aprobó el Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, fijando el horario diario y la duración de las guardias de las residencias con financiamiento nacional, entre otras condiciones si bien no logró cambiar la tendencia de falta de cobertura de los cargos, avanzó en alentar a las postulantes mujeres al facilitarles mejores condiciones para su cursado. En este contexto, se identifican las medidas de reducción de la carga horaria de la guardia a 12 horas y el descanso posguardia. Asimismo, los reglamentos de los sistemas de residencia dependientes de los ministerios de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires contemplan prórrogas por embarazo de hasta seis meses (Ordenanza 40.997 y Decreto 2557/01),

CUADRO 5. RESIDENCIAS NACIONALES. EVOLUCIÓN DE OFERTAS DE CARGOS DE TERAPIA INTENSIVA INFANTIL, 2004-2017



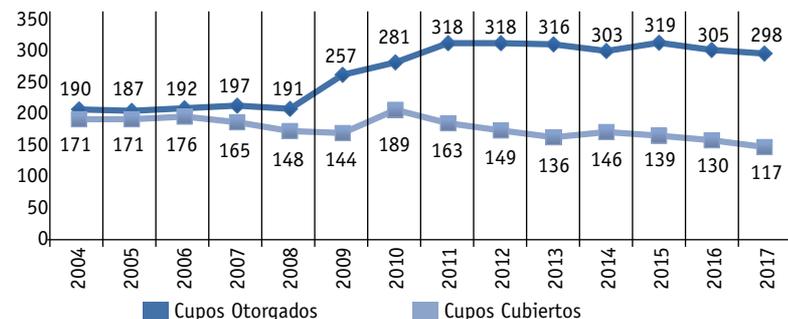
Fuente: Base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud.

CUADRO 6. RESIDENCIAS NACIONALES. EVOLUCIÓN DE OFERTAS DE CARGOS DE NEONATOLOGÍA, 2004-2017



Fuente: Base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud.

CUADRO 7. RESIDENCIAS NACIONALES. EVOLUCIÓN DE OFERTAS DE CARGOS DE MEDICINA GENERAL, 2004-2017



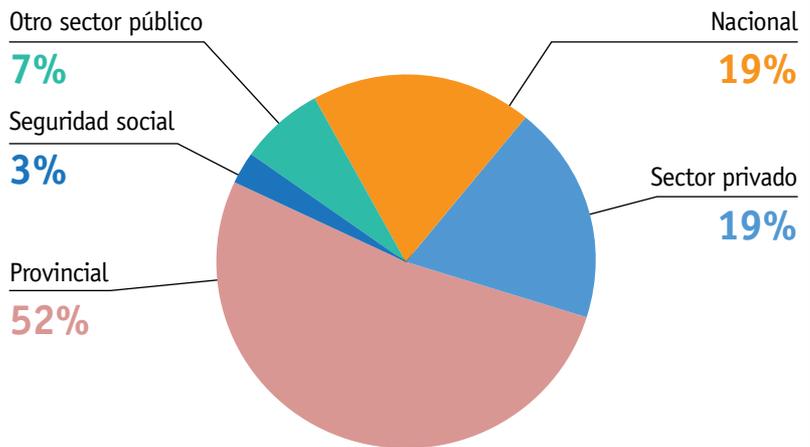
Fuente: Base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud.

aunque en el primer caso se trata de una prórroga no rentada. Sin embargo, se presentan dificultades en la aplicación formal de estas normativas.

La existencia per se no garantiza su implementación efectiva. En ocasiones las profesionales de la salud desconocen los reglamentos específicos que les otorgan la posibilidad de cambio de régimen de formación. A este vacío de información se le suma, en algunos casos, el no uso de las licencias, lo que disminuye el período prenatal de las mismas, ante el temor de su eventual pérdida de prestigio o reputación. Lo expuesto pone en evidencia que debe avanzarse hacia una perspectiva de género en la regulación que se implemente. Así lo describe el Informe PNUD *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*, 1ª ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018.

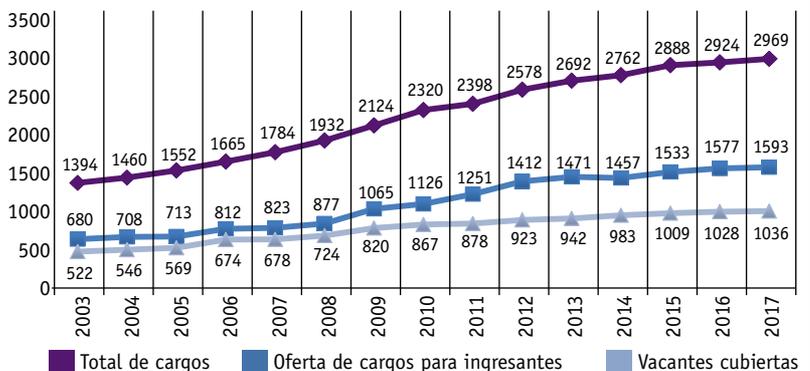
Es un desafío además el proponer una solución a los problemas que se avecinan, gran parte de los profesionales de hoy están próximos a jubilarse y no hay previsiones aún de cómo reemplazarlos. Los decisores políticos nacionales encomendaron a la Escuela Andaluza de Salud Pública y a la Organización Panamericana de la Salud en 2015 el "Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas en la República Argentina", en colaboración con el Ministerio de la salud de la Nación, conteniendo distintas proyecciones sobre las especialidades críticas. Pero ese desafío también ocupa a los directores de recursos humanos institucionales sectoriales públicos y privados, quienes para reclutar y retener a los talentos, están limitados por carre-

CUADRO 8. CARGOS DE RESIDENCIA OFRECIDOS TOTAL PAÍS SEGÚN FINANCIAMIENTO AÑO 2015



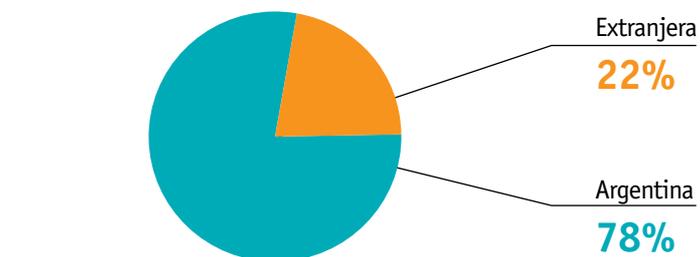
Fuente: Elaboración OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales en Salud, Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud, 2016

CUADRO 9. RESIDENCIAS NACIONALES. EVOLUCIÓN DE OFERTAS DE CARGOS DE MEDICINA GENERAL, 2004-2017



Fuente: OFERHUS con Base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud.

CUADRO 10. MÉDICOS QUE RINDEN SEGÚN NACIONALIDAD. AÑO 2017



Fuente: Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud, 2017.

ras sanitarias rígidas, desfasadas de las expectativas de los jóvenes postulantes.

Las currículas universitarias también siguen inflexibles a cambios en

ciertas áreas temáticas y en general la política sanitaria, educativa y laboral requiere de una concertación con base realista, considerando la necesidad sanitaria de una socie-

dad que hoy también está cambiando, incluso en el empoderamiento de sus derechos.

El diseño de una respuesta organizada no puede centrarse exclusivamente en repensar los observatorios de recursos humanos en salud, aunque se propongan incrementar la gobernanza en la materia como espacio de consenso y acuerdos sobre las prioridades políticas y su monitoreo. En 2019 se conmemorarán los 20 años del inicio de la iniciativa que los originó y habrán pasado 14 años del llamado a la Acción de Toronto, aun así las brechas identificadas persisten y se agravan.

El mundo desarrollado está discutiendo que modelo médico se necesitará dentro de diez o 20 años y Argentina aún está procurando superar la brecha entre la oferta y demanda actual de talento humano. Si a eso le sumamos las exigencias que plantea la Cobertura Universal en Salud, es imprescindible identificar los incentivos necesarios para modificar con urgencia la realidad descrita y para ello atender las expectativas de las personas que estarán expuestas a ellos, sean éstas las o los trabajadoras/es y las y los usuarios/as. Los argentinos ya están padeciendo los déficits de profesionales sanitarios, hay jurisdicciones declarando la Emergencia Económica, Financiera y Administrativa proponiendo descongelar cargos de planta para superar las bajas del sistema público en Chubut e incluso algunas buscando incorporar a profesionales extranjeros, allí donde no se postulan los nacionales, como en el caso de Río Negro. ¿Qué respuesta será dada desde los espacios estatales, políticos, legislativos, empresariales, científicos, empleadores, reguladores, educativos, financiadores, o sindicales? [U](#)

[RECURSOS HUMANOS]

FORMACIÓN SANITARIA PARA EL BUEN EJERCICIO: DESDE LA REALIDAD Y HACIA EL IDEAL

El análisis de la situación de formación actual nos desafía a mejorar la capacidad de planificación y organización del talento humano para poder promover opciones de políticas que sean adecuadas y eficientes



Por Alejandro Salvador Costa

La sociedad –y sus necesidades– y la tecnología –y sus posibilidades– cambian a velocidades cada vez mayores. En ese contexto, las universidades de todo el país generan anualmente unos 5000 egresados de la carrera de Medicina, los cuales se forman en aproximadamente siete años, entre los ciclos de ingreso, formación básica, formación clínica y práctica final obligatoria.

Al egresar de la formación de grado con título académico y habilitante para el ejercicio, el siguiente paso es la formación de posgrado que abre diversas alternativas para los que la eligen. Destacamos en ellas las residencias médicas, en las cuales se observa un progresivo descenso en la cantidad de inscriptos y adjudicatarios de vacantes disponibles, y cursos universitarios, de sociedades científicas y de colegios médicos.

El autor es médico, especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Magíster en Políticas y Gestión de la Salud. Fue subsecretario de Planificación del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y actualmente es secretario de Salud del Municipio de Almirante Brown