TODOS SOÑAMOS SER COMO MARADONA. MÉDICAS/OS DE PUEBLO, ¿UNA ESPECIE EN EXTINCIÓN? LA PROBLEMÁTICA DE LA DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES DE LA MEDICINA EN ARGENTINA, EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS.

WE ALL DREAM OF BEING LIKE MARADONA. VILLAGE DOCTORS, AN ENDANGERED SPECIES? *THE PROBLEM OF THE DISTRIBUTION OF MEDICAL PROFESSIONALS IN ARGENTINA, EVOLUTION AND TRENDS.*

TODOS NÓS SONHAMOS EM SER COMO MARADONA. ¿MÉDICOS DE ALDEIA, UMA ESPÉCIE EM EXTINÇÃO? *O PROBLEMA DA DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NA ARGENTINA, EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS.*

MARTÍN SILBERMAN[1], PEDRO SILBERMAN [2]
(ORCID: 0000-0002-7315-476X)

CONTACTO: Martín Silberman -**Email:** msilberman@unaj.edu.ar

FILIACIONES: 1. Universidad Nacional Arturo Jauretche 2. Universidad Nacional del Sur

CITAR COMO: Silberman M, Silberman, P. *Universidad y Salud Pública: Todos soñamos ser como Maradona. Médicas/os de pueblo, ¿una especie en extinción? La problemática de la distribución de profesionales de la medicina en Argentina, evolución y tendencias.* Desde Acá. 2024; 3: 16-36.

Resumen

El presente texto aporta al debate de la cantidad y la distribución de profesionales médicas/os en Argentina. Las universidades forman profesionales; y los ministerios forman especialistas, ambas instituciones trabajan de manera separada sobre el mismo recurso.

Para 2020, la tasa de médicas/os del total país fue de 3,88 por cada 1000 habitantes, aunque la distribución entre las diferentes jurisdicciones es desigual. Los distritos con mejor situación económica y sanitaria tienen mayor tasa de profesionales médicas/os que aquellos en peor situación. En relación a las/os especialistas, los distritos con mayores necesidades tienen menos especialistas y menos de Atención Primaria.

Existen acuerdos entre las universidades nacionales y los ministerios en cuanto a la problemática expuesta y a posibles alternativas de implementación. Enfrente existe un complejo entramado de actores que ejerce su capacidad de presión sobre las decisiones políticas.

Será necesario construir un consenso entre los actores del sector público de la salud, de la educación y de la política para revertir el proceso.

Palabras Clave: Residencias médicas; distribución médicos; elección de especialidades médicas; especialidades médicas; educación médica.

Abstract

This paper contributes to the debate on the number and distribution of medical professionals in our country. Universities train professionals; and ministries train specialists, both institutions work separately on the same resource.

In 2020, the rate of physicians in the country was 3.88 per 1000 inhabitants, although the distribution between the different jurisdictions is uneven. Districts with a better economic and health situation have a higher rate of medical professionals than those in a worse situation. In relation to specialists, districts with greater needs have fewer specialists and less Primary Care specialists.

There are agreements between national universities and ministries regarding the problems presented and possible implementation alternatives. There is a complex network of actors that exerts its capacity to pressure on political decisions.

It will be necessary to build a consensus between the actors of the public health, education and political sectors to reverse the process.

Keywords: Medical residencies; distribution of doctors; choice of medical specialties; medical specialties; medical education.

Resumo

Este artigo contribui para o debate sobre o número e a distribuição de profissionais médicos em nosso país. As universidades formam profissionais; e os ministérios formam especialistas, ambas as instituições trabalham separadamente no mesmo recurso.

Em 2020, a taxa de médicos no país era de 3,88 por 1000 habitantes, embora a distribuição entre as diferentes jurisdições seja desigual. Os distritos com melhor situação econômica e sanitária têm maior taxa de profissionais médicos do que aqueles em pior situação. Em relação aos especialistas, os distritos com maiores necessidades têm menos especialistas e menos especialistas em Atenção Primária.

Há acordos entre universidades nacionais e ministérios quanto aos problemas apresentados e possíveis alternativas de imple-

mentação. Há uma rede complexa de atores que exerce sua capacidade de pressionar as decisões políticas.

Será necessário construir um consenso entre os atores dos setores de saúde pública, educação e política para reverter o processo.

Palavras-chave: Residências médicas; distribuição de médicos; escolha de especialidades médicas; especialidades médicas; educação médica.

Todos soñamos ser como Maradona. Médicas/os de pueblo, ¿una especie en extinción?

Martín Silberman y Pedro Silberman

TODOS SOÑAMOS SER COMO MARADONA. MÉDICAS/OS DE PUEBLO, ¿UNA ESPECIE EN EXTINCIÓN? LA PROBLEMÁTICA DE LA DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES DE LA MEDICINA EN ARGENTINA, EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS

MARTÍN SILBERMAN Y PEDRO SILBERMAN

Si algún asomo de mérito me asiste en el desempeño de mi profesión, éste es bien limitado, yo no he hecho más que cumplir con el clásico juramento hipocrático de hacer el bien a mis semejantes.
Dr. Esteban Laureano Maradona[a]

Introducción

El presente texto busca aportar al debate de la cantidad y la distribución de profesionales médicos y médicas en nuestro país. Es un debate abierto ya que no hay consensos en relación a las principales cuestiones que atañen a los diferentes actores involucrados.

a. Esteban Laureano Maradona fue un médico rural de la Argentina. Nació el 4 de Julio de 1895 en la ciudad de Santa Fe, estudió Medicina en Buenos Aires, y realizó el ejercicio de su profesión lejos de las grandes ciudades, principalmente en un pequeño pueblo de Formosa: Estanislao del Campo. Allí paso la mayor parte de su vida, todo lo que hizo fue por habitantes de pueblos originarios que habitaban aquel pueblo. Un hombre humilde, sencillo que vivió siempre para los demás. Amante de la flora y la fauna, y gran escritor. En su honor, el 4 de julio, se celebra el día del médico rural.

En principio se busca responder a la cuestión de la cantidad, es decir, ¿cuántos profesionales de la medicina se necesitan? Ahí es claro donde posar la vista: la principal "fábrica" de médicas/os son las universidades, de ellas las Universidades Nacionales Públicas que forman el 85% de la masa de egresadas/os del país[1]. El 15% restante proviene de las universidades de gestión privada y un número variable y difícil de determinar proviene de países limítrofes (en general no supera al de las universidades privadas).

Otro punto que debe ser analizado en torno a las/os profesionales de la medicina tienen que ver con la formación posterior en cuanto a la especialidad que siguen y la forma en que esa elección se realiza. En general cuando una persona busca una consulta médica, de manera automática, intuitiva y desprejuiciada busca un especialista. Se ha construido alrededor de la palabra especialista un universo de significados muy heterogéneo: especialista se asocia a prestigio, a complejidad técnica; también – y relacionado a ello- a alto costo, a especificidad y uso de tecnologías. También se relaciona al tipo de especialidad con determinadas condiciones de trabajo y remuneración, elementos que orientan la elección de las/os egresadas/os

¿Cómo se forma un/a especialista?

Luego de finalizados los estudios de grado en cualquier universidad oficial de nuestro país, un/a estudiante se convierte en médica/o. Para adquirir el estatus de especialista existen cinco maneras, pero la más difundida y la más común es mediante la realización de una residencia médica.[1]

El sistema de residencias médicas tiene larga tradición en nuestro país y en la mayoría de los países en los que es hegemónica la medicina occidental. Es un sistema de beca financiado por el estado, nacional (residencias nacionales), provincial (residencias provinciales), y también hay residencias financiadas por universidades nacionales. Bajo el mismo modelo y denominación, pero con diferencias de implementación y de acceso, se encuentran residen-

cias financiadas por hospitales privados, clínicas y universidades de gestión privada. En general son esquemas de tres o cuatro años, en los que los residentes van aprobando un programa de formación. Requieren una dedicación exclusiva a la residencia con una carga horaria de entre 62 a 74 horas semanales durante los años que dura la residencia. Es un aprendizaje en servicio, guiado y monitoreado por sus pares (residentes de años superiores) y bajo la responsabilidad de las/os profesionales de los servicios en los que se desempeñan. Una vez finalizada y aprobada la residencia, los colegios profesionales y en algunos casos los ministerios de salud certifican que el/la profesional puede anunciarse y desempeñarse como especialista de tal o cual rama de la medicina.

Como se puede observar de este relato, las universidades forman profesionales; este proceso dura entre 6 y 8 años; y los ministerios forman especialistas (3 o 4 años más), ambas instituciones trabajan de manera separada sobre el mismo recurso para lograr el producto final. Desde el punto de vista legal, los ministerios no tienen injerencia sobre lo que las universidades forman y a la inversa, las universidades no participan formalmente del sistema de residencias.

El tercer punto a debatir en esta historia es el de la distribución de las/os profesionales en relación al territorio, es decir, cuantos profesionales encontramos en las diferentes ciudades del país y, lo que es más complejo de definir, qué tipo de profesional (especialista). En el año 2020, el gobierno nacional decidió otorgar una bonificación al personal de salud por el trabajo realizado en el contexto de pandemia, entre ellos a medicas/os (Decreto 315/2020). Para ello requirió que se actualicen los registros de trabajadoras/es médicas/os para implementar el pago, esto permitió conocer en un momento determinado la cantidad, distribución y composición del personal profesional de la medicina en todo el país.

Una vez que cuantificados y caracterizados por tipo de especialista y por ciudad, resulta necesario conocer cómo se relaciona

esa cantidad y tipo de profesional con el tipo y tamaño de ciudad. Para ello ordenamos a las ciudades de acuerdo a algunos indicadores para así poder identificar la concordancia o no entre necesidades de cada tipo de ciudad con un determinado patrón de especialistas médicas/os.

Hay mucha evidencia desde la teoría de la salud pública que, en aquellas ciudades pequeñas en cuanto a densidad poblacional, o en aquellas ciudades con indicadores sociales/económicos desfavorables; es muy beneficioso dotar a los servicios de salud de personal formado en Atención Primaria de la Salud (APS)[2,3]. En este sentido las especialidades médicas más relacionadas a la APS son la Medicina General, la Pediatría, la Clínica Médica y la Toco ginecología[4]. Estas especialidades están fundamentalmente formadas en los problemas de salud más frecuentes, orientadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; y, sobre todo, a los cuidados en salud, a la escucha y la comprensión de los contextos sociales y económicos en la determinación de los problemas de salud. Luego de manera concéntrica estos profesionales deben contar con un nivel de complejidad tecnológica superior de manera regional donde derivar pacientes. Puede ser a una ciudad cabecera o de mayor tamaño; allí es deseable que se concentren en mayor número las especialidades denominadas lineales o de segundo nivel que resuelvan casos que requieren mayor tecnología diagnóstica o tratamiento; para una vez tratado pueda volver a atenderse a la ciudad de origen.

Estas tres situaciones: cantidad de médicas/os, formación de especialistas/ingresos a residencia médica y distribución de tipo de especialistas en el país están íntimamente conectadas y vamos a tratar de analizarlos a la luz de algunos indicadores.

Distribución de médicas/os en el país y su evolución

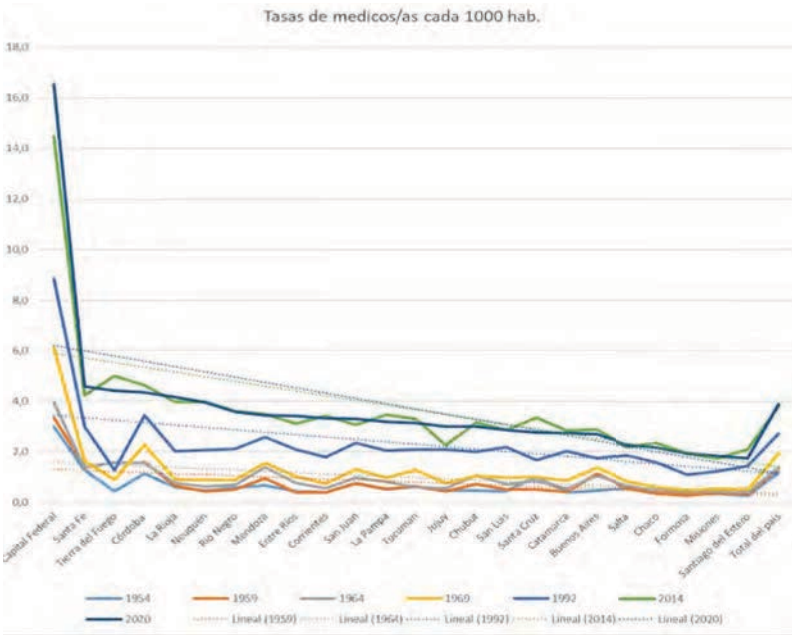
En nuestro país, la tasa de médicas/os para 2020 fue de 3,88 cada mil habitantes (similar a los países centrales), sin embargo, su distribución resultó muy desigual entre las jurisdicciones

consideradas más ricas con respecto a aquellas con menores ingresos y peores indicadores sanitarios. Por ejemplo, CABA tiene una tasa de 16,5 médicas/os cada 1000 y Santiago del Estero 1,8this distribution is unequal, particularly among primary care specialists (PHC.[5]

Analicemos como se llegó a esta situación y cuál es la tendencia para los próximos años.

El gráfico 1 muestra cómo se distribuyen los y las profesionales de la medicina en nuestro país desde los primeros datos que encontramos (1954 al 2020). Se observa que la enorme diferencia entre la CABA y el segundo distrito con mayor cantidad de médicas/os por habitante llega en 2020 a cuatro veces. Esa distancia era casi dos veces en 1954, tres veces en 1969 y va subiendo desde 1992 a las 4 veces en 2020.[5,6]

Allí podemos observar mediante las líneas de tendencia que el fenómeno de concentración ha sido una regularidad desde hace muchos años y que además se ha profundizado desde el año 1992, donde la pendiente de distribución se ha hecho más pronunciada. Hay registros de debates de esta situación que datan del siglo XIX[7], y la profundización de esta tendencia en 1992 tiene relación con los fenómenos que acontecieron en la década del ´90 en términos políticos y sanitarios. En estos años tuvo lugar un gran desarrollo del subsector privado que se concentró principalmente en las grandes ciudades del país[8-11]. Esto se materializó en grandes clínicas y sanatorios acompañados de empresas denominadas de medicina prepaga. A la vez, se liberaron las posibilidades de acreditación de carreras de medicina en universidades de gestión privadas. Ambos fenómenos responden a un contexto político y económico del país y del mundo que impactaron en el campo profesional de la medicina.



Para observar la relación del fenómeno de la cantidad y distribución de médicas/os en nuestro país y su evolución en el tiempo con las características de las jurisdicciones, se han organizado las mismas en tres grandes grupos de acuerdo a su Producto Interno Bruto per cápita (PBIxc) y la tasa de Mortalidad Infantil TMI. De esta manera quedan organizadas de la siguiente manera: CABA, Santa Fé y las provincias patagónicas en el primer grupo; las provincias centrales en el segundo grupo y las del Norte del país en el tercero (Tabla I).[6,12]

Del total de 15541 médicas/os que se sumaron en los siete años de estudio (2014 a 2020); el 66,57% se radicaron en solo dos distritos: CABA y Santa Fé (52,3% y 14,27% respectivamente). Este gran aumento de profesionales en estos siete años en estos distritos explica que la tasa de médicas/os haya crecido fuertemente en estas dos jurisdicciones, mientras que en la mayoría del resto haya decrecido.

En relación a la evolución de **especialistas** se observa que en términos del total país aumentó la proporción de especialistas en un 15,5%, mientras que las/os especialistas en APS dismi-

nuyeron en 14,8%. Esta disminución de especialistas en APS es más grande en los distritos caracterizados como de peor condición socio sanitaria.

Tabla I: Evolución de la distribución de médicas/os, especialistas y de ellos, los especialistas en APS en el periodo 2014-2020

Grupo		% Evolución Médicas/os 2014 -2020	% de incremento	Evolución Tasa de médicos	% Evolución Especialistas	% Evolución Especialistas APS
1	Tierra del Fuego	8,65%	0,41%	-11,64%	12,67%	-12,8%
	CABA	18,98%	52,31%	17,70%	8,83%	-17,3%
	Neuquén	10,77%	1,68%	-0,68%	6,66%	-23,2%
	Santa Cruz	0,96%	0,06%	-18,03%	-0,31%	-36,7%
	Chubut	8,91%	1,00%	-5,35%	26,80%	-7,2%
	Santa Fe	15,59%	14,27%	8,55%	210,95%	68,9%
	La Pampa	-1,95%	-0,15%	-8,45%	4,20%	-66,5%
2	San Luis	11,04%	0,95%	0,24%	9,50%	2,4%
	Catamarca	4,43%	0,32%	-2,97%	-77,49%	-87,3%
	Rio Negro	10,84%	1,72%	-0,38%	26,55%	-11,8%
	Cordoba	2,37%	2,48%	-5,88%	23,47%	-3,8%
	Mendoza	7,40%	3,09%	-1,41%	-16,43%	-43,6%
	Entre Rios	18,10%	4,74%	9,57%	23,67%	-10,7%
	San Juan	17,28%	2,49%	7,23%	-9,53%	-38,4%
	Buenos Aires	1,41%	4,27%	-6,63%	15,74%	1,9%
3	Santiago del Estero	-9,54%	-1,19%	-16,67%	-58,09%	-84,5%
	La Rioja	16,60%	1,54%	4,75%	-10,17%	-40,8%
	Salta	16,27%	3,01%	4,66%	79,70%	-4,4%
	Jujuy	14,37%	1,49%	33,56%	-22,95%	-63,2%
	Corrientes	5,08%	1,18%	-2,31%	3,81%	-25,8%
	Chaco	-0,11%	-0,02%	-8,13%	-3,76%	-34,6%
	Misiones	16,68%	2,21%	6,39%	-7,09%	-49,1%
	Tucumán	4,95%	1,65%	-4,87%	-28,78%	-52,2%
	Formosa	6,52%	0,47%	-0,47%	-14,19%	-70,1%
	Total	**9,25%**	**-**	**5,00%**	**15,5%**	**¯14,8%**

Fuente: Elaboración propia con datos del Refeps 2020

Las residencias médicas

El sistema de residencias es históricamente el mecanismo de formación de especialistas médicas/os por excelencia en nuestro país[13]. Una vez finalizada la formación universitaria, las/os egresadas/os eligen una especialidad a seguir y se inscriben para rendir el examen de residencia. Si bien hay diferentes exámenes, la abrumadora mayoría de ellos son organizados y financiados por el sistema público de salud14 (Ministerio de Salud de la Nación o ministerios de salud provinciales).

La Tabla III muestra las características principales de los profesionales que rindieron el Examen Único de ingreso a las residencias médicas para el año 2020. Se agrupan de acuerdo a la procedencia del/la profesional: ciudades de más de cien mil habitantes (ciudades grandes), menos de cien mil habitantes (ciudades pequeñas) o que han finalizado sus estudios en otro país (extranjeras/os). Luego se han caracterizado a las especialidades seleccionadas entre las consideradas básicas (medicina general, clínica médica, pediatría y ginecología), críticas (emergentología terapia intensiva adulto y neonatal), y el resto que se las denomina No priorizadas.

El Consejo federal de Salud (COFESA) definió como priorizadas las especialidades básicas y críticas[14], dada la necesidad demográfica, epidemiológica y sanitaria del país, por lo que se espera que esta definición sea la que oriente la elección de las especialidades por parte de las/os egresadas/os de la medicina.[15]

Sin embargo, esa priorización solo se observa en la elección que realizan egresadas/os de Universidades de gestión Pública (52,1%). Mientras que, en las Universidades de gestión Privada, dicha elección la realiza el 41,6 % y egresadas/os de las Universidades Extranjeras eligen especialidades priorizadas por el estado en solo un 31,9 %.

Tabla III: Aspirantes según origen geográfico y tipo de especialidad elegida

Especialidad	Extranjero/a	Grandes ciudades	Ciudades pequeñas
N= 5243	1701 (32,4%)	2815 (53,7%)	727 (13,8%)
Básicas	22,8% (0,208 -0,248)	34,8% (0,331 - 0.366)	35,4% (0,319- 0,388)
Críticas	9,1% (0,077- 0,105)	12,5% (0,113 - 0,137)	10,9% (0,086-0,131)
No priorizadas	68,1% (0,659 - 0,703)	52,7% (0,508 - 0,545)	53,8% (0,502 - 0,574)
Total	32,4% (0,311- 0,337)	53,7% (0,523- 0,550)	13,9% (0,129 - 0,148)

En cuanto las/os aspirantes para el examen de residencias, vemos que un 13,8 % son personas que tienen su residencia de origen en ciudades pequeñas y se movilizan a las grandes ciudades para realizar su especialización, haciéndolo mayoritariamente por especialidades no priorizadas (53,8%).

Las ciudades del interior de nuestro país tienen menos adjudicaciones en estas especialidades que las ciudades más grandes, en Pediatría y Medicina General y Familiar 30 y 40 puntos porcentuales de diferencia respectivamente. En cambio, para aquellas denominadas No priorizadas, no existe tal diferencia, llegando en algunas de ellas al 100 % de cobertura en ambas regiones (Grandes Ciudades y Ciudades del Interior).

Distribución de médicos/as especialistas y especialistas en APS

Para 2020, la tasa de médicas/os del total país fue de 3,88 por cada 1000 habitantes, de éstos el 53,4% eran especialistas y del

total de estos últimos, el 27,6% correspondían a especialidades relacionadas a APS. Se observa que a mejor situación socioeconómica y sanitaria; mayor concentración de especialistas, situación esperable. Lo que resulta contradictorio con las necesidades de planificación del sistema sanitario es que la misma correlación se observa con las especialidades de APS. Estas especialidades debieran estar distribuidas de manera de tener mayor proporción en aquellos distritos donde más se requieren, situación inversa a la observada en la Tabla III.

Tabla II: Distribución de especialistas y especialistas en APS, Argentina 2020

Grupo	Provincia	% Especialistas	% de APS sobre especialistas
1	Tierra del Fuego	71,89%	32,53%
	CABA	50,59%	26,21%
	Neuquén	66,24%	33,18%
	Santa Cruz	60,25%	31,97%
	Chubut	70,99%	35,40%
	Santa Fe	60,62%	22,99%
	La Pampa	68,80%	32,87%
2	San Luis	45,70%	35,44%
	Catamarca	**15,05%**	**13,79%**
	Rio Negro	55,82%	30,26%
	Córdoba	56,65%	21,35%
	Mendoza	54,19%	27,74%
	Entre Ríos	55,97%	28,13%
	San Juan	53,16%	25,79%
	Buenos Aires	56,47%	33,52%
3	Santiago del Estero	**24,79%**	**10,34%**
	La Rioja	45,27%	31,84%

Grupo	Provincia	% Especialistas	% de APS sobre especialistas
3	Salta	50,28%	20,33%
	Jujuy	32,68%	18,80%
	Corrientes	47,48%	23,87%
	Chaco	54,73%	24,30%
	Misiones	48,60%	20,07%
	Tucumán	37,51%	20,96%
	Formosa	33,45%	21,55%
	Total	53,40%	27,58%

Fuente: Elaboración propia con datos del Refeps 2020

Los datos correspondientes al porcentaje de evolución de especialistas en APS comparando 2020 y 2014 muestra una disminución para todas las regiones de especialistas en APS de un valor de -14,8%. Se observa que el grupo de provincias con peor PBIxc y TMI registran una mayor pérdida de profesionales especialistas en APS, con Santiago del Estero y Formosa con los principales déficits (-84,5% y -70,1% respectivamente).

Solo ganaron profesionales especialistas de APS en los últimos 7 años San Luis y la provincia de Buenos Aires (2.4% y 1.9% respectivamente).

Conclusiones

En Argentina, la oferta de trabajadores de salud no se encuentra alineada con las necesidades sanitarias de las comunidades y por ende de los servicios de atención. Esta afirmación se vuelve más preocupante cuando la formación de más del 84% de profesionales de la medicina está a cargo de las Universidades Nacionales (UUNN) y su posterior formación en especialistas le corresponde

casi en su totalidad a los ministerios de salud nacional y provinciales (Sistema Nacional de Residencias).

Para 2020, la tasa de médicas/os del total país fue de 3,88 por cada 1000 habitantes, cifra similar a países centrales, aunque la distribución entre las diferentes jurisdicciones es desigual. Los distritos con mejor situación económica y sanitaria tienen mayor tasa de profesionales médicas/os que aquellos en peor situación. La misma condición se observa en relación a las/os especialistas; con el agravante que las especialidades básicas se distribuyen de la misma manera. Los distritos con mayores necesidades tienen menos especialistas de Atención Primaria; situación que se encuentra en tendencia a empeorar en los últimos años.

Se observa un aumento en términos absolutos de profesionales de la medicina en el período estudiado; sin embargo, ese aumento se concentra en un 67% en dos distritos (CABA y Santa Fé).

En cuanto a especialidades en APS, en Argentina representan un 27,58 % del total de especialistas, porcentaje comparativamente menor a los de Brasil y Chile, que alcanzan el 30,8 y 46 %, respectivamente.[16,17]

Otra de las dimensiones que complejizan la situación es la escasa atracción que ofrecen los sistemas de APS para profesionales, no solo en cuanto a cuestiones financieras (aunque ello es prioritario), sino también al modelo de atención y de gestión del sistema de salud. Allí es relevante que aquellos/as profesionales que la Universidad y residencias forman para una atención humanizada, centrada en la clínica y sobre todo en la persona/familia, encuentren en el campo laboral espacios para ejercerla, desarrollarse y tener un ingreso acorde con su importancia.

Dicho esto, vemos que las/os egresados/as de las Universidades públicas son los/as que mejor responden a las necesidades sanitarias y epidemiológicas de la población. La formulación del perfil del/la egresada/o su alineación con los planes de estudio y en

particular el tipo de experiencias que se promueven en la práctica final obligatoria pueden estar determinando estas elecciones por sobre el resto de las universidades[18,19]. De acuerdo a esta información es de esperar que las Universidades Nacionales con carreras de medicina participen institucionalmente de los espacios de decisión de las políticas de talento humano y de la formulación de un modelo de APS acorde a los profesionales que egresan, sin embargo, esto no sucede en nuestro país.[20,21]

En cuanto al campo laboral, los diferentes ministerios deben establecer las condiciones de trabajo adecuadas en las regiones más necesitadas y desarrollar una política activa en la radicación de profesionales en los diferentes distritos ya que es el principal financiador del sistema de salud, en todos los subsectores.[22,23]

Al problema de la mala distribución de médicos/as, sobre todo especialistas en APS en lugares alejados de las grandes urbes, se le suma que año tras año se advierte un progresivo desinterés de egresadas/os de medicina en los concursos de residencias, especialmente en las especialidades de APS. Este fenómeno, se observa con mayor profundidad en las provincias con mayores déficits económicos y sanitarios, doble gravedad ya que son las provincias donde más se requieren dichas especialidades24,25. Como contraparte de esta situación, los/as médicas/os se orientan a la elección de especialidades lineales y subespecialidades no priorizadas en los consensos del Consejo Federal de Salud (https://www.argentina.gob.ar/salud/consejo-federal-salud/actas-2008).15,24,26-27

Existen acuerdos entre las universidades nacionales y los ministerios de salud en cuanto al diagnóstico de la problemática aquí expuesta y en relación a posibles alternativas de implementación. Esto ha sido expuesto en numerosas reuniones entre las carreras de medicina organizadas en el Foro Argentino de facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP) y los ministerios de salud Nacional y provinciales. La pregunta que deviene obligatoria es ¿por qué se mantiene esta situación siendo que los principales

decisores de políticas están de acuerdo en revertir este fenómeno? La respuesta hay que vincularla a los beneficios que obtienen los principales usuarios de especialistas en las grandes ciudades, es decir todo el complejo de la industria de la atención de la salud, o del mercado de la salud y de la enfermedad. El sector de clínicas y sanatorios privados, las empresas farmacéuticas, el sector de equipamiento médico, y el sector de insumos quirúrgicos, químicos, prótesis, y otras empresas relacionadas a la tecnología diagnóstica y de tratamiento. Todo ese complejo entramado de actores que tienen sus redes internacionales ejerce su capacidad de lobby sobre las decisiones políticas mediante diferentes mecanismos de presión, ya sea mediante medios públicos, financiando sociedades científicas o directamente sobre los propios profesionales.

Será necesario construir un consenso entre los actores del sector público de la salud, de la educación y de la política para revertir el proceso que lleva muchos años direccionando la formación de profesionales de la salud en nuestro país.

Este artículo se basa en dos investigaciones realizadas en 2023.[5,12]

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Educación. Anuario Estadísticas Universitarias Argentinas. 2019. 2019.
2. Abramzón M. Articulación entre la formación de grado y residencias en el primer nivel de atención, en el marco de una estrategia de atención primaria integral. Análisis [Internet]. Buenos Aires; 2010. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/ABRAMZON_2009.pdf
3. Ase I, Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colect. 2009;5(1):27-47.
4. Belén A, Sánchez C, Zafra S. Medicina General y de Familia. Med Gen y Fam Edición Digit [Internet]. 2015;4(3):89-90. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.003
5. Silberman P, Silberman M. ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. Arch Med Fam y Gen. 2022;19(3).
6. Schufer ML. Cantidad y distribución de los médicos en la Argentina. Una revisión histórica. Med y Soc. 2000;23(2):97-108.
7. De Pablo V. Cantidad de médicos y su distribución en la República Argentina (1869-1959). Sem Med. 1955;106(19):597-609.
8. Veronelli JC, Correch V. Juan Carlos Veronelli / Magalí Veronelli Correch. Organizaci. Buenos Aires; 2004. 258 p.
9. Medina A, Narodowsky P. Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público. Ediciones. Buenos Aires; 2015. 296 p.

10. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. Salud Publica Mex. 2011;53(1).

11. De Fazio FL. Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político. Salud Colect. 2013;9(3):301-15.

12. Silberman P, Silberman M. Factores relacionados a la elección de residencias médicas que reproducen las desigualdades en la distribución de especialistas en Argentina. Investig en Educ Médica. 2023;12(47):22-32.

13. Duré M, Fernández Lerena M, Gilligan C. Especialidades médicas: estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación. 2018.

14. Ortiz C, López E. Monitoreo para el Análisis y Planificación de Acciones. Buenos Aires; 2022.

15. Duré I, Daverio D, Dursi C. Planificación y gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina. Buenos Aires; 2013.

16. Brasil NO. Demografia Medica No Brasil 2020. San Pablo; 2020. 314 p.

17. Gattini C. Panorama y tendencias de la salud en Chile. Revisión 2013. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP). 2014.

18. Silberman MS, Silberman P, Pozzio M. Evaluation of a pedagogical proposal in teaching Medicine. Salud Colect. 2012;8(2).

19. Organización Panamericana de la Salud. Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas. Una revisión rápida. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275324721._

20. Silberman P, Medina A, Diaz Bazán J, López E, Dursi C. Políticas de planificación y gestión de talento humano del Ministerio de Salud de Argentina durante la pandemia de COVID-19. Rev Argent Salud Pública. 2020;12:11-11.

21. Centeno AM. The programs and context of medical education in Argentina. Acad Med. 2006 Dec;81(12):1081-4. doi: 10.1097/01.ACM.0000246700.88093.6b. PMID: 17122474.

22. Aguayo-Albasini J, Ang-E. Las unidades de educación médica en las facultades de Medicina y de Ciencias de la Salud en España. ¿Son necesarias? Educ Med [Internet]. 2021;22:48-54. DOI: 10.1016/j.edumed.2020.09.001. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181320301200

23. Davis MH, Karunathilake I, Harden RM. AMEE Education Guide no. 28: the development and role of departments of medical education. Med Teach. 2005 Dec;27(8):665-75. doi: 10.1080/01421590500398788. PMID: 16451885.

24. Falasco SI, Angel Falasco M. Training of specialists in Latin America: Argentina. Educ Med. 2018;19:4-11.

25. Organización Panamericana de la Salud. Residencias Médicas en América Latina. Washington, D.C.; 2011.

26. Acevedo G, Dursi C, Ciaravino O. Formación elegida por médicos que aprobaron el examen único. Rev Argent Salud Pública. 2016;7(28):19-25.

27. Eymann A, Facioni C, Rosa J, Reboiras F, Faingold D. ¿Qué priorizan los médicos recién graduados al momento de elegir la institución para realizar la residencia? Rev Hosp Ital B Aires. 2020;40(3):127-31.