

Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001

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



53



OPS/OMS

Recursos Humanos en Salud en Argentina /2001

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

Recursos Humanos en Salud en Argentina /2001

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



Organización Mundial de la Salud



© Organización Panamericana de la Salud, 2001

I.S.B.N. 950-710-070-9

Para la cubierta se utilizó la célebre *Figura de Vitruvius*, de Leonardo Da Vinci, Galleria dell'Academia, Venecia.

Diseño y diagramación: Rosario Salinas

Impreso en Argentina

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial pero mencionando la fuente de información.

Indice

■ Prólogo	9
■ Introducción	11
■ Argentina: Recursos Humanos en Salud Lic. Mónica Abramzón Lic. Susana Airoidi Lic. María del Carmen Cadile Lic. Laura Ferrero	15
■ Recursos Humanos en Salud en la Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998 Lic. Mónica Abramzón Lic. María del Carmen Cadile	61
■ Apreciaciones sobre las Residencias Médicas en Argentina Lic. Rosa María Borrell Bentz	83

Prólogo

La iniciativa Observatorio de los Recursos Humanos en las reformas sectoriales de salud tiene en esta publicación *Recursos Humanos en Salud en Argentina / 2001*, su primer producto editorial. Después de relativamente poco tiempo de instalada la iniciativa en Argentina, hacemos públicos tres estudios que forman el cuerpo de esta publicación:

- Mónica Abramzón, Susana Airoidi, María del Carmen Cadile y Laura Ferrero: Argentina: Recursos Humanos en Salud. Secretaría de Planificación de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, septiembre de 2000.
- Mónica Abramzón y María del Carmen Cadile. Recursos Humanos en Salud en la Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998. Secretaría de Planificación de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, Noviembre de 2000.
- Rosa María Borrell Bentz. Apreciaciones sobre las Residencias Médicas en Argentina. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Argentina, Septiembre de 2000.

Es nuestro deseo que el Observatorio de los Recursos Humanos contribuya no sólo a iluminar nuestro conocimiento sobre la situación existente en este importante campo de acción de la salud pública, sino que además, tenga influencia en la definición de políticas de recursos humanos en su gestión y evaluación.

La Representación de OPS/OMS ha incorporado este libro a la serie de publicaciones OPS/OMS en Argentina con el N° 53. Esta serie iniciada

en el año 2000 representa una labor de difusión de trabajos significativos realizados en el campo de salud y educación en el país y por lo general, vinculados a la cooperación técnica de OPS/OMS.

Dr. Juan Manuel Sotelo Figueredo
Representante de OPS/OMS en Argentina

Introducción

La Red del “Observatorio de los Recursos Humanos en Salud de Argentina” se formó en mayo del año 2000, siguiendo los lineamientos de la iniciativa de cooperación técnica regional propuesta por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la División de Servicios de Salud de la OPS-OMS. Esta iniciativa, desarrollada en otros 11 países de la Región, cuenta con la participación de otras dos agencias de Naciones Unidas: la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y tiene por finalidad apoyar a los países de América Latina y el Caribe en el desarrollo de adecuadas y efectivas políticas de desarrollo de Recursos Humanos de Salud, en el marco de los procesos de Reforma del Sector Salud. Los acuerdos para la formulación de políticas de Recursos Humanos en Salud han tenido históricamente problemas estructurales, debido en gran parte a la carencia de información sobre la base de datos fidedignos y la falta de análisis sobre problemas y tendencias de este amplio campo que constituyen los Recursos Humanos en Salud, lo que ha imposibilitado la toma de decisión adecuada en la gran mayoría de los países.

La estrategia fundamental propuesta por la iniciativa del Observatorio es generar conocimiento e información para alimentar los procesos de toma de decisiones en materia de políticas e intervenciones sobre diversos ejes relacionados con el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, especialmente en estos momentos de cambio planteados por las nuevas reformas de salud.

Argentina requiere información actualizada, registros sobre bases de datos con alimentación permanente y estudios de profundidad acerca de la disponibilidad (oferta) de recursos humanos (profesionales, técnicos y auxiliares); flujos de la formación y capacitación de los recursos humanos; vínculos de trabajo, desempeño y productividad del

personal; remuneraciones, salarios e ingresos y sistemas de beneficios; regulación laboral y profesional; organización, conflictos y negociación colectiva, entre otros temas.

Tanto la situación de oferta de Recursos Humanos como la de empleo y ocupación en el sector ha cambiado sustancialmente en los últimos años, debido a las transformaciones ocurridas con las reformas de los sectores salud y educación, caracterizadas por la descentralización, racionalización, ajuste y reducción del Estado, tercerización de determinados servicios y flexibilidad laboral. Por otra parte, la explosión de oferta de formación a través de nuevas instituciones educativas y de nuevas modalidades educaciones y la aparición de múltiples actores institucionales que ofertan nuevas modalidades de atención y prevención de la salud, llevan a pensar en un cambio sustantivo en la dinámica y composición de los Recursos Humanos en Salud.

La representación de OPS/OMS en Argentina ha trabajado, conjuntamente con el Ministerio de Salud de Nación y otras instituciones, algunas bases de información sobre: la legislación de los Recursos Humanos en Salud a nivel de Nación (publicación conjunta, Serie OPS /Argentina, N° 52); la legislación de los recursos humanos a nivel provincial (en proceso de acopio y redacción); Base de datos sobre Residencias de Salud del Ministerio de Salud; Registro de información sobre la oferta de capacitación continuada en salud (1997-1999); Base de datos sobre formación de técnicos en salud. Todos ellos ofrecen información valiosa para futuros análisis del campo; sin embargo, no alcanzan a determinar la disponibilidad absoluta de la oferta y composición del mercado de trabajo en salud; no permiten realizar análisis específicos sobre desempeño, productividad y no son suficientes para actualizar los datos básicos del "core data" de recursos humanos requerido por el Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud y que constituye una de las herramientas básicas a desarrollar por el Red del Observatorio Nacional.

La propuesta del Observatorio en Argentina partió con la conformación de un grupo inicial de representantes de instituciones claves (Ministerios e instituciones formadoras, de investigación y estadísticas, académicas, asociaciones profesionales y gremios) e investigadores del campo de los Recursos Humanos en Salud, con la finalidad de que con el tiempo y en función de los trabajos producidos, se convirtieran en una núcleo crítico sobre los aspectos que definen al Observatorio.

Con esta publicación, se presenta el primer libro originado en el marco institucional del Observatorio, con tres trabajos que hacen referencia a la situación de los Recursos Humanos en Salud del país. Algunos de los datos presentados en el mismo formarán parte del “core data” de los Recursos Humanos en Salud de Argentina, constituyendo un significativo avance en términos de la información sobre oferta educativa en salud de pregrado por categoría profesional, egresos de las carreras de salud, estimación de la fuerza de trabajo sectorial e información sobre la situación de oferta de formación de especialistas en salud y problemas encontrados en este nivel de formación.

Agradecemos a la Secretaría de Planificación de la Universidad de Buenos Aires por el esfuerzo realizado, especialmente por la ardua tarea de recolección y verificación de los datos y al Ministerio de Salud de Nación por la información suministrada y el interés de fortalecer esta iniciativa.

Lic. Rosa María Borrell Bentz

Argentina

Recursos Humanos en Salud



Documento elaborado en la Secretaría de Planificación de la Universidad de Buenos Aires con la dirección de la Lic. Mónica C. Abramzón, por el equipo integrado por: Lic. Susana Aioldi, Lic. María del Carmen Cadillo, Lic. Laura Ferrero

Septiembre, 2000

Argentina: Recursos Humanos en Salud

1. Introducción

Este informe tiene como objetivo general describir, a partir de los datos secundarios, la situación de los Recursos Humanos en Salud en la Argentina en 1998. Su elaboración, que se inscribe en la permanente tarea de recopilación, sistematización y análisis de información relevante para la toma de decisiones académicas que realiza la Secretaría de Planificación de la Universidad de Buenos Aires, está concebida como un punto de partida en la necesaria y aun pendiente organización de fuentes y datos sobre este campo.

Se señalan los siguientes objetivos específicos de este trabajo:

- Identificar la oferta educativa en salud, por categoría profesional.
- Relevar el número de egresados de las carreras de salud del sistema universitario durante el período 1993-1998.
- Estimar la cantidad de profesionales en actividad por categoría para el año 1998.
- Describir la situación de los Recursos Humanos en Salud de las diferentes categorías ocupacionales de la fuerza de trabajo sectorial.
- Comparar la información suministrada por las instituciones que nuclean a las distintas categorías profesionales en actividad con los datos estimados para el año 1998.

De acuerdo con este propósito y, con base en la información disponible, se utilizó la metodología aplicada por Abramzón, M. (1993)¹ para

¹ Abramzón, Mónica C., "Recursos Humanos en Salud", elaborado para *Las condiciones de Salud en las Américas*, 1994, OPS, Buenos Aires, marzo de 1993.

estimar la cantidad de profesionales de las distintas categorías en salud en el período 1993/1998.

La identificación de la oferta educativa y el relevamiento de los egresados de las carreras de salud fue posible gracias a la colaboración de la Secretaría de Educación Superior del Ministerio de Educación que proporcionó los datos para el período 1993-1998². El conocimiento de la evolución de esta variable resulta fundamental para el análisis de los Recursos Humanos en Salud.

Ante la inexistencia en el país de fuentes válidas y confiables que permitan conocer el número de profesionales de salud en actividad, 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 la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) no relevan información referida al número de personas que se desempeña en el sector salud por categoría ocupacional desagregada a la cantidad de dígitos necesarios para la identificación de cada una de éstas. Es decir que, tal como se señalara en 1993³, el Censo sólo permite conocer el número de personas que presta servicios en el sector por grandes grupos poblacionales (técnicos, administrativos).

Por ello, el estudio debió apoyarse en otras fuentes. Además de la información publicada por el Ministerio de Educación, se consideraron los últimos datos publicados del Módulo de Educación incluido en el relevamiento nacional de la EPH, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en el mes de mayo de 1998 (Anexo I, Cuadro N° 12), con el objetivo de recabar información más específica sobre algunas dimensiones relacionadas con la problemática educativa.

Si bien este relevamiento contempla la distribución de egresados universitarios según carrera por región, la muestra que incluye personas cuyas edades oscilan entre 18 y 60 años constituye una limitación pa-

² La información correspondiente al año 1998, aún no publicada fue adelantada por la Dirección de Estadísticas Universitarias del Ministerio de Educación.

³ Abramzón, Mónica C., "Recursos Humanos en Salud", *op. cit.*

ra establecer algunas comparaciones con los datos presentados en este trabajo.

El número de profesionales en actividad de las diversas categorías fue consultado con las respectivas federaciones y asociaciones gremiales que los nuclean (Anexo II-A).

Para el caso de los egresados en 1998 de la Universidad de Buenos Aires, se contó con la información consignada en la publicación "Series Estadísticas N° 5" ⁴.

2. Metodología de estimación

A fin de realizar la estimación de los profesionales en actividad para 1998, de acuerdo con la metodología utilizada por Abramzón (1993, *op. cit.*), fue necesario estimar previamente la cantidad de egresados del período a través de métodos estadísticos matemáticos ya que la serie de universidades correspondía a un período breve y, en algunos casos, incompleto.

Por ello, y luego de analizar diversas alternativas, se optó por realizar la estimación para el año 1998 a partir de calcular las tasas de crecimiento para cada una de las universidades entre 1993 y 1997.⁵ Así, a la cantidad de médicos estimada para el año 1992 (88.800) se le adicionaron los graduados de cada año en el Sistema Universitario Nacional para el período 1993/1997. Al valor resultante se le aplicó la tasa de mortalidad estimada para la franja etárea modal de la categoría ponderada por sexo (14,0/10.000) y se le descontó una tasa de retiro por migración y baja equivalente al 0,5% de los graduados en cada año. El resultado de ese ejercicio permitió estimar el número de médicos en actividad para el año 1998 en 108.800.

De acuerdo con la opinión de especialistas en demografía, las tasas de retiro por mortalidad y migración utilizadas en esta estimación no se

4 Secretaría de Planificación, Universidad de Buenos Aires, 1999.

5 Se tomó como año base el menor valor de la serie y respecto de ese año base se determinó el incremento o decrecimiento para el resto de los años. Luego se observaron los resultados de los dos últimos años y bajo el supuesto de la inexistencias de distorsiones en el período se estimó el año 1998.

han modificado sensiblemente, ya que no existen estudios confiables que permitan determinar cambios en las tendencias y su magnitud. No obstante, la cantidad estimada de médicos en actividad resultante de la aplicación de este método estaría sobredimensionada según la opinión de importantes instituciones⁶ que nuclean a los profesionales médicos, las que consideran que esta cifra rondaría los 100.000 profesionales.

Para la estimación de las otras categorías profesionales se utilizó el mismo método. En todos los casos, se compararon los resultados obtenidos con la información proveniente de las instituciones consultadas a fin de establecer la consistencia entre las fuentes de información e identificar las dificultades (Listado de dificultades, Anexo II-B).

3. Formación de Recursos Humanos

Una consideración especial merece la cuestión de la formación. Luego de décadas en que, contrariamente a lo que ocurriera en el resto de América Latina, el número de instituciones educativas en este campo 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 actualmente ofrecen la carrera de medicina, 8 son de dependencia pública y 13 privadas. 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 ya cuenta con autorización del Poder Ejecutivo Nacional (decreto N° 591/00) para dictar la carrera de medicina.

La formación de odontólogos, farmacéuticos, bioquímicos y psicólogos se realiza en facultades independientes.

⁶ COMRA, Asociación Médica de Rosario, Asociación Médica de Bahía Bahía Blanca.

Cuadro N° 1
Instituciones Universitarias. Carrera de Medicina. 1998

Universidades	
Nacionales	Universidad de Buenos Aires Universidad Nacional de Córdoba Universidad Nacional de Cuyo Universidad Nacional de La Plata Universidad Nacional del Nordeste Universidad Nacional de Rosario Universidad Nacional de Tucumán Universidad Nacional del Comahue
Subtotal	8
Privadas	Universidad del Salvador Universidad Católica de Córdoba Universidad Favaloro Universidad Maimónides Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló Universidad Abierta Interamericana Universidad del Aconcagua Universidad Austral Universidad Adventista del Plata Universidad Hebrea Argentina Bar Ilan* Instituto Universitario CEMIC Universidad de Mendoza Universidad de Morón
Subtotal	13
Total	21

* Dejó de funcionar en 1999.

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

Cuadro N° 2
Instituciones Universitarias. Carrera de Odontología. 1998

Universidades	
Nacionales	Universidad de Buenos Aires Universidad Nacional de Córdoba Universidad Nacional de Cuyo Universidad Nacional de La Plata Universidad Nacional del Nordeste Universidad Nacional de Rosario Universidad Nacional de Tucumán
Subtotal	7
Privadas	Universidad del Salvador Universidad Católica de Córdoba Universidad Maimónides Universidad de Mendoza Universidad Argentina J. F. Kennedy
Subtotal	4
Total	11

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

Cuadro N° 3
Instituciones Universitarias. Carrera de Farmacia. 1998

Universidades	
Nacionales	Universidad de Buenos Aires Universidad Nacional de Córdoba Universidad Nacional de San Luis Universidad Nacional de La Plata Universidad Nacional del Nordeste Universidad Nacional de Rosario Universidad Nacional de Tucumán Universidad Nacional de Misiones Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco
Subtotal	9
Privadas	Universidad Católica de Córdoba Universidad de Morón Universidad de Belgrano Universidad John F. Kennedy Universidad Juan Agustín Maza
Subtotal	5
Total	14

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

Cuadro N° 4
Instituciones Universitarias. Carrera de Bioquímica. 1998

Universidades	
Nacionales	Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco Universidad Nacional de La Plata Universidad Nacional de Misiones Universidad Nacional de Rosario Universidad Nacional de San Luis Universidad Nacional de Tucumán Universidad Nacional del Litoral Universidad Nacional del Nordeste Universidad Nacional del Sur
Subtotal	11
Privadas	Universidad Argentina J. F. Kennedy Universidad Católica de Córdoba Universidad de Morón Universidad Juan Agustín Maza
Subtotal	4
Total	15

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

Cuadro N° 5
Instituciones Universitarias. Carrera de Psicología.1998

Universidades	
Nacionales	Universidad de Buenos Aires Universidad de San Luis Universidad Nacional de Córdoba Universidad Nacional de La Plata Universidad Nacional de Mar del Plata Universidad Nacional de Rosario Universidad Nacional de Tucumán
Subtotal	7
Privadas	Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires Universidad Abierta Interamericana Universidad Adventista del Plata Universidad Argentina John F. Kennedy Universidad Atlántida Argentina Universidad Católica de Cuyo Universidad Católica de la Plata Universidad Católica de Salta Universidad Católica de Santiago del Estero Universidad de Belgrano Universidad de Flores Universidad de la Cuenca del Plata Universidad de la Marina Mercante Universidad de Morón Universidad de Palermo Universidad del Aconagua Universidad del Norte de Sto. Tomás de Aquino Universidad del Salvador Universidad Empresarial Siglo XXI Universidad Hebrea Argentina Bar Ilan
Subtotal	20
Total	27

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

La formación de la mayor parte de las otras categorías profesionales kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, etc. se realiza en escuelas dependientes de las Facultades de Medicina.

La oferta universitaria consignada para estas categorías incluye licenciaturas y carreras de diversa duración que en algunos casos otorgan títulos intermedios.

Por ejemplo en Kinesiología se ofrecen los siguientes títulos: Licenciado Kinesiólogo-Fisiatra, Kinesiólogo, Fisioterapeuta y Terapeuta Físico. La formación de grado en Fonoaudiología abarca la Licenciatura en Fonoaudiología y la carrera de Fonoaudiología. Finalmente, la formación en Nutrición incluye la Licenciatura en Nutrición y las carreras de Nutricionista, Técnico en nutrición y Asistente Universitario en Nutrición.

Cuadro N° 6
Instituciones Universitarias. Carrera de Kinesiología. 1998

Universidades	
Nacionales	Universidad Nacional de Córdoba Universidad Nacional de Córdoba Universidad Nacional de Entre Ríos Universidad Nacional del Nordeste
Subtotal	4
Privadas	Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló Universidad Abierta Interamericana Universidad de Mendoza Universidad Juan Agustín Maza
Subtotal	4
Total	8

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

Cuadro N° 7
Instituciones Universitarias. Carrera de Nutrición. 1998

Universidades	
Nacionales	Universidad de Buenos Aires Universidad Nacional de Córdoba Universidad Nacional de Entre Ríos Universidad Nacional de Salta
Subtotal	4
Privadas	Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló Universidad Católica de Cuyo Universidad de Belgrano Universidad de la Fraternidad y Agrupaciones Santo Tomás de Aquino Universidad del Salvador Universidad Juan Agustín Maza Universidad Maimónides
Subtotal	7
Total	11

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

Cuadro N° 8
Instituciones Universitarias. Carrera de Fonoaudiología. 1998

Universidades	
Nacionales	Universidad de Buenos Aires Universidad de Rosario Universidad Nacional de Córdoba Universidad Nacional de San Luis
Subtotal	4
Privadas	Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló Universidad de la Fraternidad y Agrupaciones Santo Tomás de Aquino Universidad del Aconcagua Universidad del Museo Social Argentino Universidad del Salvador
Subtotal	5
Total	9

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

Por su parte, la formación en enfermería se realiza en el ámbito universitario y terciario universitario y, fundamentalmente, en instituciones no universitarias.

Cuadro N° 9
Instituciones Universitarias. Carrera de Enfermería. 1998
(Incluye enfermería, enfermería universitaria y licenciatura)

Universidades	
Nacionales	Universidad de Buenos Aires Universidad Nacional de Córdoba Universidad Nacional de Catamarca Universidad Nacional de Cuyo Universidad Nacional de Entre Ríos Universidad Nacional de Formosa Universidad Nacional de Lanús Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco Universidad Nacional de La Rioja Universidad Nacional de Lomas de Zamora Universidad Nacional de Mar del Plata Universidad Nacional de Misiones Universidad Nacional del Nordeste Universidad Nacional de Quilmes Universidad Nacional de Río Cuarto Universidad Nacional de Rosario Universidad Nacional de Salta Universidad Nacional de San Luis Universidad Nacional de Santiago del Estero Universidad Nacional de Tucumán Instituto Universitario de la Policía Federal Argentina
Subtotal	21
Privadas	Universidad Católica de Cuyo Universidad Austral Universidad Adventista del Plata Instituto Universitario CEMIC
Subtotal	4
Total	25

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos suministrados por la Secretaría de Educación Superior. Ministerio de Educación. Agosto 2000.

La oferta de formación para este campo profesional se amplía en una magnitud importante con las instituciones terciarias no universitarias

que dictan la carrera a distintos niveles e incluyen las Escuelas de Cruz Roja y los establecimientos de comunidad entre otras organizaciones.

Cuadro N° 10
Instituciones Formadoras Terciarias No Universitarias

Ubicación	Públicas	Privadas
Ciudad de Buenos Aires	2	25*
Buenos Aires	14	20*
Catamarca	2	-
Córdoba	2	5*
Corrientes	1	1*
Entre Ríos	1	3*
Formosa	-	1
Jujuy	1	-
Mendoza	1	1*
Salta	-	4*
Santa Fe	1	7*
Santiago del Estero	-	1
Total	25	68

(*) Incluye filiales de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Argentina

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos de la Guía del Estudiante, EU-DEBA y del Ministerio de Cultura y Educación. 1998.

4. Estimación de profesionales en actividad

4.1. Médicos

La estimación de los profesionales médicos partió de la información de egresados de universidades (Anexo I, Cuadro N° 1). Para el cálculo de médicos por provincia para el año 1998⁷ (Anexo I, Cuadro N° 10), así como para el de la relación del número de habitantes por médico

⁷ INDEC, Proyecciones de población por sexo y grupos de edad: urbana-rural y económicamente activa (1990-2025) y por provincia (1990-2010), Buenos Aires, versión revisada febrero 1996, Serie Análisis Demográfico N° 7.

en cada una de ellas, se aplicó la misma metodología que en 1993⁸, actualizando los datos referidos a la población con las proyecciones del INDEC para el año 1998.

Las proyecciones de población realizadas por el INDEC sobre la base del último Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 fueron realizadas a partir de las condiciones previsibles en el momento de la proyección, por lo cual no contienen los eventuales cambios posteriores en los movimientos migratorios. De todos modos, los especialistas coinciden en señalar que no se han registrado movimientos que distorsionen significativamente las tendencias⁹, a excepción de algunas regiones para las que se dispone de información puntual.

En cuanto a la distribución de los médicos, se trabajó bajo el supuesto de que no ha habido cambios que modificaran los determinantes de la situación de contexto considerada para el documento del año 1993. Por lo tanto, el análisis de la distribución de los médicos en cada distrito del país, calculada para el año 1992 y actualizada con las proyecciones realizadas por el INDEC, debe tener en cuenta esta consideración. 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 los puntos extremos se ubicarían la Ciudad de Buenos Aires con 95 habitantes por cada médico y Tierra del Fuego con 962 (Anexo I, Cuadro N° 10).

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 para 1992, 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 Fue-

⁸ El número de médicos estimado para 1992 se distribuyó con base en la estructura correspondiente a 1980 y con los valores resultantes se calculó la relación con la población registrada por el Censo Nacional de Población de 1991.

⁹ Pantelides, Alejandra, "Prospectivas sobre Población", en *La Salud en Debate, Una Mirada desde las Ciencias Sociales*. Compiladoras Liliana Findling y Ana María Mendes Diz, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Publicación CBC-UBA, 1996.

go que, por el impacto de políticas industriales, de acuerdo con las proyecciones presentaría en el período un incremento poblacional de más del 50%. La verificación de esta hipótesis, debería realizarse a partir de estudios específicos ya que la crisis de las economías regionales que ha experimentado el país podría haber afectado las proyecciones de población realizadas.

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.

En el resto de las provincias pareciera observarse una disminución del número de habitantes por médico, entre ellas Tucumán, Santiago del Estero, Entre Ríos, Buenos Aires y San Juan, 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.

4.2. Odontólogos

A partir de los datos de egresados del Sistema Universitario para el período 1993-1998 (Anexo I, Cuadro N° 2), se realizaron estimaciones de acuerdo con la metodología elegida. Así en 1998, se registrarían 28.900 odontólogos activos.

La Confederación Odontológica Argentina informó que, en julio de 2000, había 29.231 odontólogos en actividad. La Institución posee una base de datos actualizada a la fecha, aunque no dispone de datos para los años anteriores. Si bien en este estudio se toma como referencia el año 1998, el carácter confiable de la información suministrada y su distribución regional justifican su inclusión en este informe.

Con base en esa información, la relación habitantes/odontólogo para el total del país en el 2000, sería de 1.267 (Anexo I, Cuadro N° 11). Para establecer esta relación por provincia se tomaron en consideración las proyecciones realizadas por el INDEC para el año 2000 y la distribución regional de odontólogos realizada por la Confederación Odontológica Argentina.

De este modo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la relación se-

ría de 367 habitantes por odontólogo, mientras que, en el extremo opuesto, se encontraría Tierra del Fuego con 4.279 habitantes por odontólogo. (Anexo I, Cuadro N° 11).

La distribución de odontólogos por especialidad, elaborada por la Confederación Odontológica Argentina¹⁰, indica que tal como se observa en el caso de los médicos, en este campo profesional existe una fuerte tendencia a la especialización.

Cuadro N° 11
Odontólogos por especialidad. 2000

Especialidad	Cantidad	Porcentaje
Odontología General	11.282	38,6
Endodoncia	1.374	4,7
Cirugía	614	2,1
Radiología	380	1,3
Periodoncia	5.408	18,5
Prótesis,Ortopedia y Ortodoncia	3.215	11,0
Odontopediatría	5.643	19,3
Implantes	1.315	4,5
Total	29.231	100,0

Fuente: Confederación Odontológica Argentina, agosto 2000.

4.3. Enfermería

La estimación de los Licenciados en Enfermería y Enfermeros Universitarios se realizó a partir de la información de egresados de universidades (Anexo I, Cuadros N° 5 y N° 6). De acuerdo con la metodología aplicada, en 1998 se registrarían 21.100 profesionales de enfermería universitarios.

Esta fuente de información pareciera no reflejar todavía, el incremento de esta actividad que se está produciendo con motivo de los diver-

¹⁰ La institución consultada suministró los datos precisos sobre el total de odontólogos en actividad y los porcentajes por especialidad con la salvedad de que esta distribución en valores absolutos puede registrar variaciones debidas a que un mismo profesional desempeñe más de una especialidad.

sos programas de profesionalización y complementos curriculares, como por ejemplo, el Programa Federal de Profesionalización de auxiliares de Enfermería¹¹.

Es evidente al analizar las series de ingresantes y egresados de enfermería a las universidades nacionales que se producen variaciones producto del impacto de distintas experiencias de profesionalización como, por ejemplo, la articulación de escuelas universitarias y no universitarias, las licenciaturas a distancia y los programas de profesionalización de auxiliares de enfermería. Sin embargo, los registros de esta información aún son deficitarios.

La información proporcionada por la Federación Argentina de Enfermería, consigna que en 1998 se desempeñaban 86.000 personas de las cuales 29.000 eran enfermeros, incluyendo licenciados y 57.000 eran auxiliares de enfermería y empíricos.

Con base en estos datos puede estimarse que en 1998 en el país se desempeñaban 23,8 enfermeros por cada diez mil habitantes, de los cuales 8 eran licenciados. La relación enfermero por médico, sería 0,8.

El análisis de lo ocurrido en la UBA en los últimos quince años resulta sumamente ilustrativo de la profesionalización de la enfermería que se verifica en el significativo crecimiento de los ingresantes a carreras universitarias.

Cuadro N° 12
Ingresantes a Carrera de Enfermería. Facultad de Medicina.
Universidad de Buenos Aires. 1985-2000

1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
65	38	71	60	67	1	2	127	127	129	392	69	53	44	321	568

Fuente: Secretaría de Planificación. Series estadísticas N° 5 y Facultad de Medicina. UBA

Esta tendencia se verifica al analizar la evolución de los egresados de los distintos planes de las carreras de enfermería de la Facultad de Medicina de la UBA, ya que en 1998, se constataba un incremento en el número de egresados cuatro veces mayor que en el año 1990.

¹¹ Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería MSA y OPS/PWR Argentina.

Cuadro N° 13
Egresados de las Carreras de Enfermería. Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires. 1990-1999

Carrera	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Enfermero/a	6	2	2	2	1	3			1		1
Enfermería Universitaria	8	11	10	14	13	26	15	59	71	72	101
Lic. Enfermería	10	9	25	14	15	17	16	20	24	28	8
Total	24	22	37	30	29	46	31	79	96	100	110

Fuente: Secretaría de Planificación. Series estadísticas N° 5, 1999. UBA.

Cuadro N° 14
Evolución de los Egresados de las Carreras de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. (Base 1989 = 100)

1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
100	92	154	125	121	192	129	329	400	417	458

Fuente: Secretaría de Planificación con base en datos del Cuadro N° 13.

El crecimiento que registra la UBA en los últimos años tanto en los ingresantes como en los egresados, se explicaría en parte, por la concreción de convenios de complementos curriculares con las Escuelas de Enfermería de los Hospitales que componen la red de Unidades Docentes Hospitalarias de la Facultad de Medicina. De acuerdo con la información suministrada por la Dirección de Carreras Conexas de la Facultad de Medicina (1998), la carrera de enfermería universitaria se dictaba en 14 unidades docente-hospitalarias. La licenciatura en enfermería se dicta solamente en el Hospital de Clínicas.

4.4. Psicólogos

De acuerdo con la información proporcionada por la Federación de Psicólogos de la República Argentina, existirían en el país 34.400 psicólogos en actividad.

La mayor concentración de profesionales se verifica en los grandes centros urbanos en los que se concentra casi el 86% del total de psicólogos en actividad. Sólo en la Ciudad de Buenos Aires (46,5%) y en la provincia de Buenos Aires (24,7%) se desempeña el 72% del total.

El cálculo realizado para este estudio, a partir de los datos de egresados para el período 1993-1998 (Anexo I, Cuadro N° 7) y con base en la metodología elegida, lleva a estimar en 43.000 el número de psicólogos en actividad.

4.5. Bioquímicos, farmacéuticos, kinesiólogos y nutricionistas

Dadas las dificultades encontradas (Anexo II B), las estimaciones sobre el número de profesionales en actividad que se consignan en el Cuadro N° 17, se han basado en la cantidad de egresados del sistema universitario (Anexo I, Cuadros N° 3, 4, 8 y 9) con base en la metodología utilizada en 1992. En consecuencia, su incorporación a la estimación de la fuerza de trabajo sectorial es de carácter indicativo, por lo cual conocer su real dimensión requiere acordar los mecanismos para encarar una exploración sistemática.

4.6. Técnicos, administrativos y servicios generales

La estimación de estas categorías ocupacionales surge de la base de datos proporcionada por la Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad (FATSA) en la que se consigna el total de afiliados según categoría laboral. Es preciso hacer algunas consideraciones acerca de las características de la información y la forma de procesarla en este informe.

En primer lugar, se ordenaron las categorías laborales de acuerdo con tres agrupamientos: técnicos, administrativos y servicios generales, ya que los datos no estaban clasificados.

Del total incluido en el listado, se excluyeron aquellas categorías profesionales que fueron relevadas a través de otras fuentes de información a fin de evitar la duplicación de datos. Es el caso del personal médico y de enfermería, entre otros.

Cuadro Nº 15
Trabajadores de la Sanidad. 1999

Categoría	Número
Técnicos	11.100
Administrativos	44.300
Servicios Generales	59.200
Total	114.600

Fuente: Secretaría de Planificación con base en datos de la FATSA. 1999.

Las aparentes modificaciones que se observan en estas categorías respecto de registros anteriores, podrían explicarse por los cambios producidos, en el marco de la terciarización y subcontratación de servicios a empresas privadas, las que asumirían las funciones técnicas, de mantenimiento y servicios generales que antes eran realizadas por personal perteneciente a los establecimientos de salud, tanto públicos como privados. De este modo, los trabajadores que antes estaban agrupados en la Federación ahora estarían afiliados a otras instituciones, de acuerdo con la rama de servicios en las que operan las diferentes empresas prestadoras.

Esta situación constituye una dificultad adicional para conocer el número de personas que efectivamente se desempeñan en cada una de estas categorías laborales y obstaculiza el análisis de la evolución.

4.7 Otras categorías

4.7.1 Ingenieros sanitarios

El Instituto de Ingeniería Sanitaria de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Buenos Aires estima que en el territorio nacional se desempeñan como especialistas aproximadamente 300 ingenieros egresados de la Carrera de Especialización en Ingeniería Sanitaria.

No fue posible hasta el momento establecer el número de estos profesionales que desarrollan actividades en el área de salud provenientes de otras ramas de la ingeniería como, por ejemplo, hidráulica, civil o química, que no cursaron la especialidad. A efectos del presente estudio, se consigna provisoriamente la estimación de 1.000 profesionales

relevada para el año 1992 de los cuales sólo el 40% habría recibido su formación de posgrado en ingeniería sanitaria.

5.7.2 Trabajadores sociales

Los trabajadores sociales cumplen funciones en instituciones de variada naturaleza, hospitales, centros de salud comunitaria, comisarias, instituciones de minoridad y familia, entre otras.

El Consejo Profesional de Asistentes Sociales, con sede en la Ciudad de Buenos Aires, agrupa a los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y no registra el número de los que actúan específicamente en el área de salud. Tampoco se ha podido establecer con precisión a nivel nacional, la magnitud de trabajadores sociales que se desempeñan en el área de salud en todo el país debido a que no existe una entidad que agrupe a los colegios profesionales y elabore una información centralizada.

De acuerdo con la apreciación de las fuentes consultadas, alrededor del 30% de los profesionales en actividad se estaría desempeñando en el sector salud. Por ello, con carácter provisorio, se estima en alrededor de 3300 los trabajadores sociales activos en el sector salud.

4.7.3. Veterinarios

Si bien, en esta etapa, no se realizó la estimación de esta categoría profesional a partir de los datos de egresados del Sistema Universitario, la información proveniente de este campo profesional indica que el número de Veterinarios activos alcanzaría a 13.000. Su importancia en la Salud Pública sugiere la necesidad de incluir esta categoría en los futuros análisis.

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

la multiplicidad de instancias de acreditación y recertificación de especialistas sin un adecuado registro de los órganos que regulan el ejercicio profesional.

Como es sabido, el desarrollo de las especialidades médicas se halla vinculado estrechamente a la innovación tecnológica y 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.

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 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 *sobregistro*.

Las consideraciones precedentes se orientan a explicar porque 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.

Cuadro Nº 16
Estimación parcial del número de Profesionales Médicos,
para algunas especialidades. 1999

Especialidad	Cantidad
Clínica médica*	18.000
Pediatría	12.500
Cardiología	8.450
Psiquiatría	2.050
Cirugía	4.300
Oftalmología	3.400
Ortopedia y Traumatología	2.600
Ginecología y Obstetricia	3.500
Anestesiología	3.400
Diagnóstico por Imágenes	1.750
Dermatología	4.000
Otorrinolaringología	3.000
Neurología	600
Patología	1.200
Endocrinología	1.100
Nefrología	850
Alergia e Inmunología	750
Urología	1.400
Gastroenterología	600
Diabetología	800
Neurocirugía	400
Reumatología	450

* Dado el peso de esta categoría y como no fue posible actualizar la estimación, se repite el dato del año 1992

Fuente: Secretaría de Planificación. UBA, con base en datos proporcionados por las instituciones consignadas en el Anexo II.

6. Estimación de la fuerza de trabajo sectorial

Con base en la información relevada puede realizarse una estimación parcial de la fuerza de trabajo en el sector salud para 1998.

Los datos resultantes reflejan la magnitud de las categorías para las cuales se dispuso de información de base válida y confiable que permitiera la esti-

mación. Por ello, su carácter parcial. Es nuestra opinión que su profundización debiera constituirse en el objeto de futuros estudios.

Cuadro N° 17
Estimación de la fuerza de trabajo sectorial,
para algunas categorías profesionales. 1998

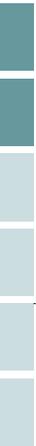
Categoría	Número
Médicos	108.800
Odontólogos	28.900
Farmacéuticos	15.300
Bioquímicos	11.100
Psicólogos	43.000
Kinesiólogos	9.800
Dietistas/Nutricionistas	5.300
Enfermeros	29.000
Auxiliares de enfermería y empíricos	57.000
Ingenieros Sanitarios*	1.000
Trabajadores Sociales*	3.300
Veterinarios	13.000
Técnicos (excluidos profesionales)	11.100
Administrativos y Servicios Generales	103.500
Total	440.100

* Se repite el dato del año 1992

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos proporcionados por las instituciones consignadas en el Anexo II.

De este modo, la participación de la fuerza de trabajo en salud en la población económicamente activa (15.500.000 personas), rondaría el 3%. El análisis integral de este resultado debería permitir valorar en su real dimensión el impacto sobre los recursos humanos de las reformas operadas en el sector, ya que la aparente disminución en la participación de este grupo en el mercado de trabajo podría ser explicada por los cambios experimentados en la gestión de los servicios, en los procesos de trabajo y en las nuevas formas de contratación que estarían determinando el registro de parte de esta fuerza de trabajo en otros sectores del mercado.

Anexo I



Anexo I - Cuadro N° 1
Sistema Universitario
Egresados médicos, por Universidad, 1993-1998

Universidades	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Buenos Aires	1624	1438	925	958	1113	1280	7338
Córdoba	792	986	1006	989	621	604	4998
Cuyo	80	125	176	144	168	192	885
La Plata	516	557	568	523	560	597	3321
Nordeste	337	302	365	335	335*	343	2017
Rosario	330	349	389	411	422	433	2334
Tucumán	287	333	248	276	231	203	1578
Del Salvador	270	132	121	109	106	94	832
Católica de Córdoba	77	69	52	78	62	43	381
Favaloro	0	0	0	s/d	31	s/d	31
Maimónides	0	0	s/d	30	s/d	s/d	30
Inst. Universitario Fundación Barceló	0	0	0	17	s/d	s/d	17
Total	4313	4291	3850	3870	3649	3789	23762

* estimado

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos de los Anuarios 1996, 1997 y en información proporcionada por la Secretaría de Educación Superior del Ministerio de Cultura y Educación.

Anexo I - Cuadro Nº 2
Sistema Universitario
Egresados odontólogos, por Universidad, 1993-1998

Universidades	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Buenos Aires	407	258	247	320	313	78	1623
Córdoba	346	259	263	433	266	99	1666
Cuyo	77	108	103	111	113	115	627
La Plata	237	277	266	323	298	273	1674
Nordeste	107	109	137	128	120*	113	714
Rosario	144	151	155	154	138	137	879
Tucumán	141	140	141	127	83	69	701
Maimónides	0	0	11	28	30*	32	101
TOTAL	1459	1302	1323	1624	1361	916	7985

* estimado

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos de los Anuarios 1996, 1997 y en información proporcionada para el año 1997 por la Secretaría de Educación Superior del Ministerio de Cultura y Educación.

Anexo I - Cuadro Nº 3
Egresados farmacéuticos, por Universidad. 1993-1998

Universidades	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Buenos Aires	265	272	274	225	242	208	1486
Córdoba	189	303	208	51	96	49*	896
Del Nordeste	18	20	9	30	28	24*	129
La Plata	25	34	31	34	29	24*	177
Patagonia San Juan Bosco	7	13	4	15	9	3*	51
Misiones	16	15	28	25	30	35*	149
Rosario	111	150	105	94	91	73*	624
San Luis	99	s/d	104	80	96	112*	491
Tucumán	69	94	82	100	83	82	510
Católica de Córdoba	s/d	35	36	18	38	58*	185
J.F. Kennedy	0	0	70	61	49	40*	220
Juan A. Maza	s/d	57	56	65	77	89*	344
Morón	s/d	2	1	3	18	33*	57
Total	799	995	1008	801	886	830	5319

s/d: sin datos

* estimado

Nota: el total de egresados es provisorio debido a la ausencia de datos en los casos que se consignan.

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos proporcionados por el Ministerio de Cultura y Educación, Secretaría de Educación Superior, Programa de Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria, 2000.

Anexo I - Cuadro Nº 4
Egresados bioquímicos, por Universidad. 1993-1998.

Universidades	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Buenos Aires	201	174	175	144	155	144	993
Córdoba	122	82	157	111	154	153	779
Del Litoral	65	46	43	44	54	109	361
Del Nordeste	19	23	24	23	18	13	120
Del Sur	16	27	27	31	46	41	188
Misiones	23	7	6	3	4	5*	48
La Plata	30	51	35	27	36	45*	224
Patagonia San Juan Bosco	8	7	7	3	7	11*	43
Rosario	81	40	79	66	53	61	380
San Luis	42	163	27	20	31	42*	325
Tucumán	54	40	28	38	48	28	236
Católica de Córdoba	s/d	8	19	24	11	9*	71
J.F. Kennedy	0	0	0	7	11	15*	33
Juan A. Maza	s/d	11	13	14	5	6*	49
Morón	s/d	14	20	18	26	34*	112
Total	661	693	660	573	659	716	3962

s/d: sin datos

* estimado

Nota: el total de egresados es provisorio debido a la ausencia de datos en los casos que se consignan.

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos proporcionados por el Ministerio de Cultura y Educación, Secretaría de Educación Superior, Programa de Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria, 2000.

Anexo I - Cuadro Nº 5
Egresados psicólogos, por Universidad. 1993-1998.

Universidades	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Buenos Aires	1268	966	801	641	808	750	5234
Córdoba	213	258	182	181	278	186	1298
La Plata	112	95	91	116	103	90*	607
Mar del Plata	35	103	109	118	95	72*	532
Rosario	185	128	202	238	179	210	1142
San Luis	16	20	23	25	37	49*	170
Tucumán	58	58	83	67	63	78	407
Adventista del Plata	0	0	5	7	19	31*	62
Belgrano	s/d	184	113	102	107	112*	618
Católica de Cuyo	s/d	12	17	45	22	27*	123
Católica de la Plata	0	0	0	5	13	21*	39
Católica de Salta	s/d	33	26	39	33	27*	158
Del Aconcgua	s/d	34	26	10	26	42*	138
Del Norte de Santo Tomas de Aquino	s/d	9	12	16	6	2*	45
Del Salvador	s/d	113	155	147	140	133*	688
J.F. Kennedy	s/d	171	181	189	203	217*	961
Pontificia Univ. Católica Arg. Sta. M. de los Bs. As.	s/d	25	38	34	51	68*	216
Total	1887	2209	2064	1980	2183	2115	12438

s/d: sin datos

* estimado

Nota: el total de egresados es provisorio debido a la ausencia de datos en los casos que se consignan.

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos del Anuario de 1997 de Estadísticas Universitarias, Estadísticas Básicas de Universidades Privadas Años 1995-1998 y en información proporcionada por el Ministerio de Cultura y Educación, Secretaría de Educación Superior, Programa de Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria, 2000.

Anexo I - Cuadro Nº 6
Egresados kinesiólogos, por Universidad. 1993-1998.

Universidades	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Buenos Aires	405	434	134	155	224	177	1529
Córdoba	340	376	352	300	376	267	2011
Del Nordeste	104	115	110	61	84	101	575
Total	849	925	596	516	684	545	4115

s/d: sin datos

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos proporcionados por el Ministerio de Cultura y Educación, Programa de Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria, 2000.

Anexo I - Cuadro Nº 7
Egresados nutricionistas, por Universidad. 1993-1998.

Universidades	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Buenos Aires	113	158	123	116	173	150	833
Córdoba	65	96	67	111	68	77	484
Salta	15	7	7	13	8	11	61
Juan Agustín Maza	s/d	27	29	28	25	26*	135
Total	193	288	226	268	274	264	1513

s/d: sin datos

(*) estimado

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos proporcionados por el Ministerio de Cultura y Educación, Secretaría de Educación Superior, Programa de Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria, 2000.

Anexo I - Cuadro N° 8 Distribución de médicos por provincias.

Provincia	Estimación Población 1998	Estimación Medicos 1998	Habitantes/ Médico
Cdad. Autónoma de Bs. As.	3040292	32100	95
Buenos Aires	13879575	26876	516
Catamarca	306430	653	469
Córdoba	3027113	11642	260
Corrientes	896418	1740	515
Chaco	929878	1630	570
Chubut	428405	870	492
Entre Ríos	1096121	2610	420
Formosa	480979	544	884
Jujuy	584267	1306	447
La Pampa	296748	653	454
La Rioja	266846	544	491
Mendoza	1568461	4460	352
Misiones	950262	1197	794
Neuquén	520423	979	532
Río Negro	594794	1306	455
Salta	1022846	1849	553
San Juan	569527	1521	374
San Luis	346591	762	455
Santa Cruz	196438	326	603
Santa Fe	3038867	10226	297
Stgo. del Estero	715891	1197	598
Tucumán	1262936	3700	341
Tierra del Fuego	104823	109	962
TOTAL	36124931	108800	332

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos proporcionados por el Ministerio de Cultura y Educación y por el INDEC Serie de Análisis Demográfico N° 7, Buenos Aires 1996.

Anexo I - Cuadro N° 9
Distribución de odontólogos por provincia

Provincia	Estimación Población 2000	Odontólogos 2000	Habitantes/ odontólogo
Cdad. Autónoma de Bs. As.	3046662	8312	367
Buenos Aires	14214701	8841	1608
Catamarca	318147	174	1828
Córdoba	3090803	2304	1341
Corrientes	921933	482	1913
Chaco	951795	485	1962
Chubut	448028	247	1814
Entre Ríos	1113438	491	2268
Formosa	504185	159	3171
Jujuy	604002	346	1746
La Pampa	306113	154	1988
La Rioja	280198	157	1785
Mendoza	1607618	824	1951
Misiones	995326	476	2091
Neuquén	560726	218	2572
Río Negro	618486	425	1455
Salta	1067347	968	1103
San Juan	578504	291	1988
San Luis	363345	215	1690
Santa Cruz	206897	136	1521
Santa Fe	3098661	2273	1363
Stgo. del Estero	725993	316	2297
Tucumán	1293349	910	1421
Tierra del Fuego	115538	27	4279
Total	37031795	29231	1267

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA con base en datos proporcionados por el INDEC Serie de Análisis Demográfico N° 7, Buenos Aires 1996 y por la Confederación Odon-tológica Argentina, 2000.

Anexo I - Cuadro Nº 10
Egresados Universitarios según Carrera por región. Mayo 1998

Carrera universitaria	Región metropolitana %	bonaerense %	centro-este %	noreste %	noroeste %	centro-oeste %	sur %	Total (abs.)
Total	100	100	100	100	100	100	100	776264
Abogacía	13.7	12.2	14.4	17.6	12.0	9.4	10.6	101181
Contador, Administración, Economía,								
Comercio	19.0	12.0	17.4	15.0	16.6	14.3	10.0	133394
Otras Ingenierías	10.2	13.1	15.1	13.7	14.7	14.3	15.4	92689
Medicina	11.4	10.4	9.0	13.7	9.9	9.7	12.1	84387
Sistemas, Computación, Ing. en Sistemas	4.3	3.1	3.3	1.4	0.7	4.0	2.0	28483
Psicología	7.7	4.7	5.6	1.5	3.7	5.9	4.6	50402
Arquitectura, Diseño	6.3	8.6	7.5	4.8	4.5	5.4	4.6	48437
Paramédicas y Auxiliares de la Medicina	4.0	2.8	4.9	6.9	5.7	5.6	3.3	33974
Farmacía, Bioquímica, Bromatología	2.5	4.1	5.3	4.2	6.8	7.1	5.2	30285
Comunicación Social, Periodismo, Cs. de la Información	1.2	1.2	1.7	1.5	1.7	1.3	1.2	9863
Odontología	4.1	4.9	3.6	2.6	1.6	2.6	4.5	28721
Educación	1.1	2.0	0.3	2.9	2.4	3.6	3.8	13065
Filosofía, Teología, Est. Orientales, Artes, Música, Idiomas, Historia	5.6	5.1	6.2	3.7	8.6	7.3	6.0	46383
Biología, Ecología, Cs. Naturales, Demografía, Geografía, Turismo, Cs. del Suelo	1.7	5.4	0.3	3.7	3.4	2.9	5.9	18167
Servicio Social, Relac. Humanas, Sociología, Cs. Sociales, Cs. Políticas	4.2	1.8	3.7	0.9	2.2	2.6	3.5	27194
Veterinaria, Agronomía	0.5	2.0	0.6	2.4	0.5	0.2	2.2	5312
Otras	2.5	4.5	0.9	2.2	4.9	3.4	4.7	22323
NS/NC	-	2.1	0.2	1.2	-	0.3	0.4	2004

Fuente: Datos Estadísticos Básicos, Módulo Especial de Educación (EPH - INDEC, mayo 1998), Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Cultura y Educación, Junio 1999.

Anexo I - Cuadro N° 11
Establecimientos de Enseñanza Superior en Salud. 1998

Carrera	Establecimientos		
	Total	Público	Privado
Medicina	21	8	13
Odontología	11	7	4
Farmacia	14	9	5
Bioquímica	15	11	4
Psicología	27	7	20
Enfermería	118	46	72
Fonoaudiología	9	4	5
Kinesiología	8	4	4
Nutrición	11	4	7

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

Anexo II



Anexo II - A

Instituciones y organismos correspondientes a las categorías de la fuerza de trabajo sectorial

Odontólogos

Confederación Odontológica de Argentina

Farmacéuticos

Confederación Farmacéutica Argentina

Bioquímicos

Confederación de Bioquímicos Unificada de la República Argentina.

Kinesiólogos/Fisioterapeutas

Asociación Argentina de Kinesiología

Psicólogos

Federación de Psicólogos de la República Argentina

Enfermeros

Federación Argentina de Enfermería

Auxiliares de enfermería y empíricos

Federación Argentina de Enfermería

Técnicos, Administrativos y Servicios Generales

Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad (FATSA)

Trabajadores Sociales

Consejo Profesional de Asistentes Sociales

Ingenieros Sanitarios

Centro Argentino de Ingenieros

Instituto de Ingeniería Sanitaria de la Universidad de Buenos Aires

Dietistas/Nutricionistas

Sociedad Argentina de Nutrición

Escuela de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires

Federación Argentina de Graduados de la República Argentina en Nutrición (FAGRAN)

Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas dietistas

Instituciones y organismos correspondientes a las especialidades médicas

Pediatría

Sociedad Argentina de Pediatría

Cardiología

Sociedad Argentina de Cardiología
Federación Argentina de Cardiología

Psiquiatría

Asociación Psiquiatras Argentinos
Asociación Argentina de Psiquiatras

Cirugía

Asociación Argentina de Cirugía
Sociedad Argentina de Cirugía Plástica
Asociación Argentina de Neurocirugía
Asociación Civil Argentina de Cirugía Infantil

Oftalmología

Consejo Argentino de Oftalmología

Ortopedia y Traumatología

Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología

Ginecología y Obstetricia

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

Anestesiología

Federación Argentina de Asociaciones de Anestesiología

Diagnóstico por Imágenes

Sociedad Argentina de Radiología
Sociedad Argentina de Ecografía y Ultrasonografía
Federación Argentina de Asociaciones de Radiología y Diagnóstico por Imagen

Dermatología

Sociedad Argentina de Dermatología
Asociación Argentina de Dermatología

Otorrinolaringología

Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología

Neurología

Sociedad Neurológica Argentina

Patología

Sociedad Argentina de Patología

Endocrinología

Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología

Sociedad Argentina de Endocrinología

Nefrología

Sociedad Argentina de Nefrología

Alergia e Inmunología

Asociación Argentina de Alergia e Inmunología

Urología

Sociedad Argentina de Urología

Gastroenterología

Sociedad Argentina de Gastroenterología

Diabetología

Sociedad Argentina de Diabetes

Neurocirugía

Asociación Argentina de Neurocirugía

Reumatología

Sociedad Argentina de Reumatología

Anexo II-B

Listado de dificultades en la información.

La información relevada para la realización del presente informe, presentó dificultades de diferente índole de acuerdo con la institución consultada.

Ministerio de Educación

Los datos referidos a egresados de las carreras de Medicina y Odontología se obtuvieron de los anuarios publicados por el Ministerio de Educación para el período 1993-1996. El año 1997 no está publicado y fue proporcionado por el Ministerio de sus propias bases de datos. El año 1998 fue estimado ya que no todas las universidades remitieron la información a la fecha.

Las carreras de Farmacia y Bioquímica se consignan juntas en las publicaciones, por lo tanto, para obtener los egresados de cada año también se debió recurrir a dicha base tanto para las universidades nacionales como para las privadas.

Las carreras de Kinesiología, Nutrición y Enfermería también se consignan agrupadas en los anuarios respectivos.

El Ministerio de Educación está integrando en una base de datos la información proporcionada por las universidades correspondiente a los egresados con anterioridad al año 1995. En el caso particular de las universidades privadas se registran dificultades referidas a la incorporación del año 1993 a la base, por lo que hasta el momento, no se cuenta con los egresados de ese año.

Se encontraron diferencias entre los datos publicados en los respectivos anuarios y la información proporcionada por el Ministerio directamente de su base de datos.

Respecto de los egresados de la carrera de fonoaudiología, de la licenciatura en enfermería y de las carreras de enfermería universitaria, los datos remitidos por el Ministerio son muy incompletos, de modo que no se pudo establecer al momento la cantidad de egresados.

Instituciones consultadas para relevar la cantidad de profesionales de salud en actividad

La información proporcionada por las instituciones que agrupan a los profesionales de salud si bien está actualizada presenta dificultades referidas a la forma de registrar la información. A continuación se mencionan algunas de las dificultades encontradas al momento de la consulta.

- **Bioquímicos**

La Confederación de Bioquímicos Unificados de la República Argentina sólo registra la cantidad de bioquímicos que se desempeñan en laboratorios privados (5300), distribuidos en 19 provincias que pertenecen a la Confederación quedando fuera los distritos de San-

ta Fe, Mendoza, Tierra del Fuego, San Luis y Santa Cruz así como los profesionales que se desempeñan en hospitales o instituciones públicas que no integran la confederación. Asimismo, una cantidad de profesionales que no puede precisar ejerce en las áreas de bromatología, toxicología y seguridad e higiene.

En consecuencia, esta fuente no está en condiciones de suministrar un dato cierto acerca de los profesionales en actividad.

- **Kinesiólogos**

La Confederación de Kinesiología y Fisioterapeutas de la República Argentina (sede en Entre Ríos) no nuclea a todas las asociaciones del país, no obstante recibe información de los colegios. No fue posible, a la fecha, obtener información de esa fuente.

La Asociación de Kinesiólogos, con sede en la Ciudad de Buenos Aires sólo dispone de la cantidad de asociados para ese distrito (400 socios). Como la agremiación no es obligatoria (sí lo es en el interior del país), esa cifra no representa el número real de profesionales en actividad.

- **Fonoaudiólogos**

Debido a que no existe una institución que agrupe a las asociaciones de todo el país se tomó contacto con la Asociación Fonoaudiológica de Buenos Aires, pero esta sólo representa a los fonoaudiólogos matriculados en este distrito y no discrimina a los que estarían en actividad a la fecha.

La única información disponible es un listado con las asociaciones y colegios de todo el país.

- **Nutricionistas**

Se tomó contacto con la Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN) quienes desde fines del año pasado a la fecha están realizando un relevamiento a nivel del país de los nutricionistas en actividad. Todavía no se obtuvo respuesta.

El dato disponible proviene de la Sociedad Argentina de Nutrición y de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas cuyos asociados son nutricionistas y médicos que se desempeñan en esa especialidad.

- **Psicólogos**

Si bien la Federación de Psicólogos de la República Argentina proporcionó un dato confiable acerca de la cantidad de profesionales en actividad, es probable que el dato sea una subestimación ya que existen psicólogos en ejercicio que no están federados y que pertenecen a otras instituciones.

Especialidades médicas

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, resulta complejo el acceso a esta información con un grado de confiabilidad suficiente.

Otra situación es la que se verifica en aquellas especialidades que cuentan con subespecialidades. En ese caso se consultó a las asociaciones respectivas. 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 pertenece a varias instituciones, por lo tanto es factible encontrar duplicaciones en los datos, es decir, sobregistro de profesionales en actividad.

Recursos Humanos en Salud en la Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998

Lic. Mónica Abramzon

Lic. María del Carmen Cadile

Noviembre, 2000



Recursos Humanos en Salud en la Argentina: Análisis de su evolución. 1992-1998

Introducción

El análisis de la situación de los Recursos Humanos en Salud en la Argentina en el período 1992-1998, resulta de particular interés para visualizar el impacto producido en este campo por la implementación de políticas sectoriales.

Estas políticas sectoriales —descentralización, privatización, financiamiento mixto, prestaciones médicas obligatorias, Ley Federal de Educación, Ley de Educación Superior, flexibilización laboral, cambios en los sistemas de gestión— en algunos casos se generaron en las reformas operadas en el propio sector salud y, en otros casos, fueron formuladas a partir de los lineamientos que orientaron la gestión del sector educación o, reglamentadas desde el terreno laboral. En rigor, constituyen sólo una evidencia más de las características de este campo, espacio de articulación de intereses y resolución, o no, de tensiones originadas en decisiones tomadas sin participación directa de los responsables del quehacer cotidiano. En pocos casos son el resultado de la aplicación de políticas específicas para el campo, acordadas entre los diversos actores que lo conforman a partir de objetivos explícitos.

De este modo, este documento se propone analizar algunas tendencias que se observan en la situación de los Recursos Humanos en Salud desde la perspectiva de las condiciones del contexto, los procesos de formación y la disponibilidad de la fuerza laboral en el sector.

Como es sabido, la Argentina carece, para todos los sectores, de sistemas permanentes de información básica, válidos y confiables que permitan, a partir del seguimiento de la evolución de determinadas variables relacionadas con la disponibilidad e inserción de los Recursos Humanos en Salud, producir los ajustes necesarios en las tendencias de acuerdo con objetivos globales.

Por ello, este análisis debe apoyarse en los estudios de diagnóstico de la situación de los Recursos Humanos en Salud realizados en 1992¹ y 1998².

El contexto

En Argentina, al igual que en el resto de América Latina, a partir de la década del 90 se producen profundos cambios sociopolíticos y económicos que impactan sobre instituciones y organizaciones. Es así como, muchos países latinoamericanos comenzaron a diseñar políticas que privilegiaban criterios de costo/beneficio, en consonancia con los nuevos lineamientos del Banco Mundial.

En efecto, en 1993, el Banco Mundial difundió su Informe, “Invertir en Salud” en el cual cuestionaba la función del Estado como financiador de los servicios de salud para toda la población. Simultáneamente, las agencias de financiamiento internacional como el BID y el propio Banco Mundial, comenzaron a revalorizar el mercado como mecanismo privilegiado de distribución de recursos en general.

Específicamente en el área de salud, el nuevo modelo propone, entre otras cuestiones, servicios públicos gratuitos sólo para sectores vulnerables y el resto de las prestaciones ajustadas a los criterios de costo/beneficio que rigen la actividad privada.

En el país, esta reforma reemplazó los principios de la equidad y acceso igualitario por el ordenamiento del sistema a partir de la eficiencia en la utilización de recursos existentes. Esto suponía la competencia entre prestadores y proveedores de servicios, garantizando para los usuarios una cobertura mínima. Así, la función reguladora del Estado quedó reducida a las acciones de acreditación y categorización de los servicios de atención.

¹ Abramzón, Mónica C., “Recursos Humanos en Salud”, elaborado para *Las condiciones de Salud en las Américas*, 1994, OPS, Buenos Aires, marzo de 1993.

² Secretaría de Planificación, UBA, Argentina: Recursos Humanos en Salud. Setiembre 2000. Presentado el 15-09-00 en la II Reunión del Observatorio de los Recursos Humanos de Salud. Buenos Aires. Argentina

El conjunto de estas acciones generó un fuerte conflicto político desde el momento en que se oponían a intereses fuertemente corporatizados³.

Dada esta situación la reforma fue implementada a través de decretos de necesidad y urgencia del Poder Ejecutivo con medidas de distinto alcance. Entre las más significativas podrían mencionarse la redefinición de la estructura del Ministerio de Salud, los nuevos lineamientos sobre políticas y programas, normativa de medicamentos y tecnología, pero sin duda, las que más impactaron en el nuevo perfil del sector fueron las que regularon la Seguridad Social y crearon los hospitales de autogestión⁴.

En síntesis, este conjunto de medidas repercutió fuertemente en la accesibilidad de la población de bajos recursos a los servicios de salud y generó en los sectores con capacidad de pago una migración hacia las entidades privadas.

En este punto interesa destacar que no es objetivo de este análisis evaluar los efectos de la reforma en el sector de salud, tema estudiado en profundidad por diversos especialistas⁵, sino describir cómo este contexto condiciona la práctica de los Recursos Humanos en Salud. En este sentido, se observan cambios vinculados, por un lado, con las nuevas formas de la organización de la atención médica y por otro, con las transformaciones de las instituciones del sector. Las nuevas formas de organización suponen una lógica distinta de regulación de oferta y demanda y se expresan en distintas modalidades la contratación de prestaciones sobre la base de pago “per cápita” con facturación sobre valores globalizados o módulos y el traspaso del riesgo financiero a las aseguradoras.

3 Belmartino, Susana: *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿quién será el árbitro?*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1999.

4 Belmartino, Susana: “Estado y Obras Sociales: Desregulación y reconversión del sistema”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 72, noviembre 1995.

5 Bloch, C.: *Análisis del proceso de reforma de la atención médica en Argentina en el marco de los cambios políticos, económicos y sociales producidos en los últimos quince años*. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, 1998.

Belmartino S., Bloch, C.: *El Sector Salud en Argentina; actores, conflicto de intereses y modelos organizativos; 1960-1985*, Ed. OPS/OMS, Buenos Aires, N° 40, 1994.

Belmartino S.: *Nuevas reglas de juego... op. cit.*

Katz J. y col.: *El Sector Salud en la República Argentina; su estructura y comportamiento*, Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993.

La negociación corporativa abre paso a una lógica de gestión empresarial. Este fenómeno se manifiesta, por ejemplo, en las corporaciones de sanatorios que constituyen grupos de prestadores que, para dar cumplimiento a sus contratos con determinadas obras sociales, subcontratan los servicios que le resultan indispensables.

En este contexto, las condiciones de la práctica profesional quedan atadas fuertemente al modelo organizativo de la atención médica dado que se reduce la autonomía profesional en las decisiones relativas a su práctica. Las formas actuales más frecuentes de contratación de profesionales son las que se realizan por pago de honorarios contra facturación, evitando de esta forma las responsabilidades emanadas de relaciones contractuales de dependencia: cobertura de salud, pago de cargas sociales, etc.

En los hospitales, a partir del régimen de autogestión, se produce un fenómeno de terciarización de servicios en los rubros de administración, alimentación, limpieza y servicios generales que genera una importante reducción del personal del sector cuyas tareas, ahora, son realizadas por personas pertenecientes a empresas de servicios.

Los procesos de formación

La característica más destacada de este período es el crecimiento significativo en el número de instituciones formadoras de profesionales médicos. Como se señalara en 1993⁶, y a diferencia de lo que ocurriría en el resto de América Latina, entre 1960 y 1990 no se registró la creación de ninguna escuela de medicina. En este último año, al amparo de la política educativa vigente, se autorizó el funcionamiento de numerosas escuelas privadas. En 1998 comenzó a funcionar, en el ámbito de Universidad Nacional del Comahue, provincia de Neuquén, la única Facultad de Medicina pública creada en el período.

Si bien este movimiento resulta más evidente para la carrera de medicina, también se ha multiplicado en forma significativa el número de instituciones formadoras de otras categorías profesionales.

⁶ Abramzón, M.: *op. cit.*

Instituciones de enseñanza superior en salud 1992-1998

Dependencia Carrera	Instituciones					
	Públicas		Privadas		Total	
	1992	1998	1992	1998	1992	1998
Medicina	7	8	6	13	13	21
Odontología	7	7	2	4	9	11
Enfermería	64	46	31	72	95	118
Psicología	6	7	7	20	13	27
Nutrición	4	4	0	7	4	11
Farmacia y bioquímica	11	11	3	5	14	16

Fuente: Secretaría de Planificación, UBA, con base en datos de Abramzón M. "Recursos humanos en salud" elaborado para *Las Condiciones de salud en las Américas*, 1994, OPS, Buenos Aires, marzo 1993 y de la Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Cultura y Educación, 1998.

Resulta de interés señalar que, tal como se observa, el crecimiento en el número de instituciones está sostenido por el sector privado que llega, en algunos casos, a triplicar el número de instituciones preexistentes. Estas nuevas escuelas también se localizan en los grandes centros urbanos, en los que ya existen universidades públicas. Los proyectos institucionales que las sustentan, orientados a la formación de un número reducido de profesionales, parecen responder más a cuestiones de mercado que a demandas locales o a algún tipo de planificación de atención de las necesidades de salud de la población.

Por su parte, la casi totalidad de las escuelas creadas desarrolla proyectos educativos tradicionales, formando profesionales que no se encuentran preparados para resolver los problemas que los cambios en los modelos de práctica les plantean.

La Ley de Educación Superior sancionada en 1995, creó una Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria que, si bien ha sido resistida por las universidades por avanzar sobre su autonomía, ha estimulado un proceso de autoevaluación de las escuelas, sobretudo 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 si-

do adoptadas. 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 se propone iniciar las actividades con alumnos en 2001 luego de varios años de tareas de capacitación docente y de preparación de recursos educacionales y de infraestructura. Y la tercera es la propuesta que implementó la Facultad de Ciencias Médicas de Cuyo a partir de 1997.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, creada en 1920, que está avanzando 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.⁷ Las estrategias que se propone para concretarlo incluyen la redefinición de los espacios de aprendizaje y de los recursos educacionales. 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. Se estima que en el año 2002 podría estar 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 poco menos de 50 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, de no mediar restricciones presupuestarias imprevistas, estaría en condiciones de comenzar la ac-

⁷ Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Resolución Consejo Directivo N° 1280/2000.

tividad con alumnos en marzo del próximo año. El proyecto⁸ plantea un modelo educativo centrado en el estudiante, basado en problemas, con aprendizaje en pequeños grupos, evaluación formativa y orientado en la comunidad.

La Facultad de Ciencias Médicas 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.⁹ El curriculum de la carrera de Medicina adoptó un nuevo enfoque científico-antropológico-social que tiene como principios fundamentales los de integración, flexibilización, significación, protagonismo en el aprendizaje y evaluación continua. La mayor parte de las actividades se ofrecen en grupos pequeños. La propuesta inicia el cuarto año de su implementación y sus autoridades encuentran satisfactorios sus resultados hasta aquí.

La expansión de la oferta educativa contrasta con la tendencia verificada en los ingresantes a la carrera de medicina. En efecto, a pesar del incremento en el número de escuelas, se observa una caída del 35% entre 1998 y 1984 en el número de ingresantes.

Universidades Nacionales Nuevos inscriptos a Carreras de Medicina 1984-1998

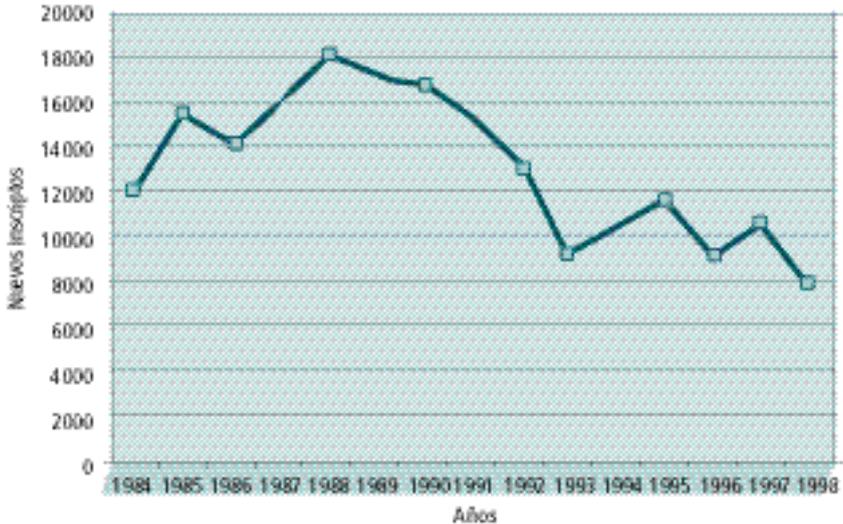
Año	Nuevos Inscriptos	Año	Nuevos Inscriptos	Año	Nuevos Inscriptos
1984	11733	1989	17177	1994	10450
1985	15499	1990	16691	1995	11582
1986	14111	1991	15342	1996	9092
1987	15658	1992	13268	1997	10516
1988	17996	1993	9142	1998	7686

Fuente: Secretaría de Planificación con datos del Programa Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria, 1984-1998.

⁸ Universidad Nacional del Sur, Comisión Carrera de Medicina, Varios documentos, 1995-2000.

⁹ Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas, 6 de noviembre de 2000, http://fmed2.uncu.edu.ar/grado/med_regimen.htm

Universidades Nacionales Nuevos inscriptos a Carreras de Medicina 1984-1998



Fuente: Secretaría de Planificación con datos del Programa Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria, Ministerio de Cultura y Educación, 1984-1998.

Esta evolución permite por un lado, confirmar la tendencia que se insinuaba en 1992 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 100 ingresantes por año¹⁰.

¹⁰ 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 informa sobre 1.678 ingresantes en 1998.

Universidades Privadas Nuevos inscriptos a Carreras de Medicina 1995-1998

Universidad	Años			
	1995	1996	1997	1998
Abierta Interamericana	-	-	694	1678
Aconcagua	-	-	-	27
Avdentina del Plata	62	68	68	62
Austral	-	71	82	85
Católica de Córdoba	82	79	86	80
Favaloro	43	43	44	41
Hebrea Bar Ilán	23	50	42	32
Maimónides	75	68	108	*108
Mendoza	-	-	-	175
Morón	-	-	-	70
Salvador	130	128	129	164
Total	415	507	1.253	2.522

* La información corresponde a 1997.

Fuente: Secretaría de Planificación con datos del Programa Mejoramiento del Sistema de Información Universitaria, Ministerio de Cultura y Educación, 1984-1998.

Esta tendencia se refleja también en la disminución del número de egresados médicos. Los datos disponibles para 1998 indican que el número de egresados de las universidades nacionales registra una caída del 12,2% respecto de 1993 y permite estimar para los próximos años un egreso anual promedio de 3750 médicos¹¹. Los datos correspondientes a las escuelas privadas señalan un número de alrededor del 10% de ellos, esto es, unos 300 egresados por año.

Un párrafo especial merece la evolución de la formación en enfermería. Si bien no se dispone de información completa de egresos del conjunto del sistema universitario, la tendencia registrada para la Universidad de Buenos Aires resulta indicativa del proceso de profesionalización que se está impulsando. Luego de varios años en los que el número de ingresantes resultaba insignificante en términos estadísticos, se flexibilizaron las condiciones de ingreso y se establecieron acuerdos de complementación curricular con diversas instituciones de servicios que ya

¹¹ Secretaría de Planificación, UBA: *op. cit.*

desarrollaban programas de formación en enfermería. De este modo, el número de ingresantes a la carrera creció entre 1992 y 2000 un 347%. La serie de egresados de enfermería, aún cuando todavía los valores son bajos, refleja esta tendencia al registrar para 1999 un incremento superior al 358% respecto de 1989.

Universidad de Buenos Aires - Facultad de Medicina Ingresantes a la Carrera de Enfermería 1985-2000

Año	Ingresantes	Año	Ingresantes
1985	65	1993	127
1986	38	1994	129
1987	71	1995	392
1988	60	1996	69
1989	67	1997	53
1990	1	1998	44
1991	2	1999	321
1992	127	2000	568

Fuente: Secretaría de Planificación, Series Estadísticas, N° 5, 1999, UBA.

Universidad de Buenos Aires - Facultad de Medicina Ingresantes a la Carrera de Enfermería 1985-2000



Fuente: Secretaría de Planificación, Series Estadísticas, N° 5, 1999, UBA.

**Universidad de Buenos Aires - Facultad de Medicina
Egresados de la Carrera de Enfermería 1989-1999**

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Enfermería	6	2	2	2	1	3			1		1
Enfermería universitaria	8	11	10	14	13	26	15	59	71	72	101
Lic en Enfermería	10	9	25	14	15	17	16	20	24	28	8
Total	24	22	37	30	29	46	31	79	96	100	110

Fuente: Secretaría de Planificación, Series Estadísticas, N° 5, 1999, UBA.

El resto de las categorías profesionales consideradas no presenta cambios importantes en la evolución de las variables que mejor dan cuenta de las tendencias del proceso de formación, esto es, ingresantes y egresados.

En suma puede afirmarse que desde la perspectiva de la formación, en el período bajo análisis se observa:

- a) Una expansión importante de la oferta educativa de educación superior;
- b) Esa ampliación se sostiene, fundamentalmente en el crecimiento de la iniciativa privada;
- c) No obstante ello, la aparición de nuevas instituciones no genera un mayor número de egresados; antes bien, en algunas carreras como medicina, una de las más afectadas por este movimiento, se observa una disminución en el número de egresados;
- d) En la casi totalidad de las otras carreras no se observan cambios importantes en las tendencias;
- e) La mayor parte de los planes de estudio de las carreras ofrecidas responden a modelos tradicionales y, con excepción de los casos mencionados, no se registran hasta aquí innovaciones profundas en los contenidos, en los modelos pedagógicos y en los espacios de aprendizaje. Sin embargo, existe un reconocimiento en la comunidad académica nacional de la necesidad de revertir esta situación, lo que ha llevado a la organización de numerosos talleres, jornadas y eventos que tienen como objetivo instalar la cuestión como problema y acordar los caminos para encararla.

Este diagnóstico abre algunos interrogantes, que sería necesario responder con otros estudios específicos que se relacionan con:

- Las razones por las que los profundos cambios que se están operando en las prácticas de las categorías profesionales no modifican ni reorientan la demanda de estudios superiores en esos campos.
- El modo en que las instituciones formadoras y los estudiantes o egresados procesan las señales que emite el campo de la práctica.
- Los cambios en las prácticas profesionales como orientadores, o no, de las elecciones personales y en las decisiones institucionales.

Finalmente, y aun cuando no constituye un eje de este estudio, interesa dejar constancia de la imposibilidad de analizar la cuestión de la formación de los especialistas. Como se señalara en documentos anteriores¹², este campo se caracteriza por:

- Falta de criterios homogéneos respecto de los programas de formación de especialistas;
- Consecuentemente, criterios heterogéneos respecto de los requisitos para la acreditación de especialistas;
- Delimitación difusa de algunos campos y, a menudo, reconocimiento de subespecialidades como especialidades.
- Diversas denominaciones para un mismo campo dentro de una jurisdicción y entre varias;
- Inadecuación de la oferta de residencias médicas, campo privilegiado de formación, a las características actuales de la práctica médica;
- Multiplicidad de instancias de acreditación y recertificación sin supervisión de los órganos reguladores del ejercicio profesional.
- Deficiencias en el control efectivo del ejercicio profesional

De este modo, las características señaladas agudizan el problema de la carencia de indicadores confiables de la magnitud de profesionales que desarrollan estas prácticas y de las condiciones en que se producen.

¹² Abramzón, M., *op. cit.*

Abramzón, M., *El Panorama de las Especialidades Médicas en la Argentina*, Mimeo, octubre 1996, Secretaría de Planificación, UBA, *op. cit.*

La disponibilidad de la fuerza laboral

Tal como se señalara al comienzo de este informe, la falta de información básica respecto del sector, hace que la disponibilidad de la fuerza laboral deba ser calculada a partir de los datos de egresados (para las categorías profesionales) y de información proveniente de entidades representativas.

La estimación realizada por la Universidad de Buenos Aires¹³ de 440.100 personas para 1998 indica que, en promedio para el conjunto de las categorías profesionales, la magnitud de la fuerza de trabajo del sector se habría mantenido estable respecto de los datos correspondientes a 1992, ya que la disminución de 0,5% que se registra no resulta significativa en términos estadísticos. Asimismo, por tratarse de estimaciones esas magnitudes pierden importancia.

Con estos valores y respecto de una población económicamente activa estimada por el INDEC¹⁴ en 15.500.000 personas, la participación de la fuerza laboral del sector en la PEA rondaría el 3,0%.

Sin embargo, en este punto corresponde realizar algunas observaciones. Los procesos de reformulación por los que ha atravesado el modelo prestacional, tanto público como privado y de la seguridad social, han determinado cambios no sólo en la propiedad del sector sino, y fundamentalmente, modificaciones en los procesos de trabajo y en la gestión de esos procesos. Así, ha tenido lugar un esquema ampliamente difundido de privatización periférica y de tercerización de servicios. De modo que a la deficitaria base de información se suma ahora la dispersión de registros que hace que importantes contingentes de personas que realizan sus actividades en el sector y son parte de la fuerza de trabajo, no sean considerados como tal porque su tarea se computa en la empresa o unidad prestadora del servicio. Esta situación, que en términos de registro afecta fundamentalmente a las categorías no profesionales, incide sobre el cálculo del personal técnico alcanzando a aquellos que desempeñan sus tareas en áreas técnicas o administrativas.

Ello explica la “aparente” disminución del 87,7% que refleja la categoría técnicos. No debe entonces suponerse que en el sector trabajan menos técnicos, sino que, debido a la tercerización de los servicios,

¹³ Secretaría de Planificación, UBA: *op. cit.*

¹⁴ “Situación y Evolución Social”, *Síntesis N° 4*, 1998, INDEC.

ahora su registro como “fuerza laboral” se realiza en el ramo de actividad de la unidad productiva que presta ese servicio: comercio, higiene, alimentación, etc. Estos dos últimos casos son los de mayor visibilidad. La complejidad de esta situación y la frecuencia con que aparece indican la necesidad de encontrar los mecanismos que permitan dimensionarla adecuadamente.

**Estimación de la fuerza de trabajo
para algunas categorías profesionales
1992-1998**

Categoría	1992	1998	Variación % 1998-1992
Médicos	88.800	108.800	22,5
Odontólogos	21.900	28.900	32,0
Farmacéuticos	10.500	15.300	45,7
Bioquímicos	7.500	11.100	48,0
Psicólogos	32.000	43.000	34,4
Kinesiólogos	6.000	9.800	63,3
Dietistas / Nutricionistas	4.000	5.300	32,5
Enfermeros	18.000	29.000	61,1
Auxiliares de enfermería y empíricos	51.000	57.000	11,8
Ingenieros sanitarios	1.000	1.000	0,0
Trabajadores sociales	3.300	3.300	0,0
Veterinarios	11.500	13.000	13,0
Técnicos (excluidos profesionales)	90.000	11.100	-87,7
Administrativos y Servicios Generales	95.000	103.500	8,9
Total	442.492	440.100	-0,5

Fuente: Estimaciones propias con base en datos de Abramzón, M.: *op. cit.* y Secretaria de Planificación, UBA, *op. cit.*

Resulta de interés destacar la evolución comparativa de las diferentes categorías profesionales y, muy especialmente, la correspondiente a los médicos. En el período analizado, su crecimiento del 22,5% resulta uno de los menores registrados. Sin duda, esta evolución se vincula con la disminución en el número de ingresantes a las universidades nacionales ya señalada y al hecho de que la ampliación en el número de instituciones formadoras debido a la creación de universidades privadas no determina un crecimiento en el número de egresados, por tratarse de propuestas para muy pocos estudiantes.

Otra cuestión que interesa destacar respecto de esta categoría profesional, es que a pesar de su número elevado y en un contexto nacional de altas tasas de desocupación, sus índices de desempleo resultan bajos. Así lo revela un reciente estudio realizado por el CESS¹⁵ que indica que en la inserción profesional de los médicos persisten la multiocupación, variadas formas de retribución, largas jornadas laborales y situaciones de subocupación horaria y técnica.

Por otra parte, se verifica un importante incremento en el número de enfermeros profesionales que registra un aumento del 61,1% respecto de 1992 junto a un muy bajo crecimiento de los auxiliares de enfermería y empíricos.

Esta situación debiera analizarse en el contexto de las múltiples transformaciones que atraviesa la enfermería argentina ligadas, por un lado, a los cambios en los procesos educativos de profesionalización, en el marco de las prácticas más complejas que la incorporación tecnológica impone al modelo prestacional, y por el otro, al impacto de la reforma en el sector salud. Cabe señalar, que estos cambios han afectado diferencialmente a las distintas jurisdicciones.

Entre los programas de profesionalización, cabe citar la experiencia del Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, inscripto en el Plan de Desarrollo de Enfermería del Ministerio de Salud de la Nación conjuntamente con las Provincias y el apoyo de la OPS. También corresponde mencionar otras experiencias educativas innovadoras, tales como, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rosario que implementó para el desarrollo del segundo ciclo de las licenciaturas en enfermería, la modalidad a distancia. Otra experiencia es la de la Universidad de Buenos Aires que lleva adelante el programa de articulación de escuelas terciarias a su Escuela de Enfermería para el desarrollo del primer ciclo de la carrera, por el cual las Unidades Docentes de Enfermería (UDE), en el marco de acuerdos de cooperación científica, cumplen además las funciones de docencia, investigación y asistencia.

Aún no se dispone de información desagregada referida a los egresados de las carreras de enfermería del sistema universitario, situación que

¹⁵ Centro de Estudios Sociales, Asociación Médica de Rosario : "Mercado de trabajo médico", Informe científico-técnico final PICT, 1997, Rosario 2000.

permitiría formular análisis más precisos respecto del impacto de estas experiencias y de qué modo constituyen un paso importante para la reversión de la forma tradicional de la estructura ocupacional del sector. Como se recordará, del estudio realizado en 1993¹⁶ surgía una relación de 4,9 médicos por cada enfermero profesional mientras en 1998 esa relación habría disminuido a alrededor de 3,5 médicos/enfermero¹⁷. Si bien estos valores están lejos de corresponderse con los estándares internacionalmente sugeridos para esta relación, 3 enfermeros por médico, parecerían indicar una tendencia incipiente a la modificación del rol que esta categoría profesional debería jugar en el equipo de salud. La evolución de algunas otras categorías profesionales, como kinesiólogos, da cuenta de algunos cambios que se están operando en las prácticas y suponen también una redefinición de los roles tradicionales. En este caso, los datos disponibles parecen señalar que una mayor participación de esta categoría en la atención de problemas de salud podría explicar el aumento significativo en el número de estos profesionales que entre 1998 y 1992 se incrementó en un 63,3% habiéndose duplicado en el período el número de instituciones formadoras.

Otras dos categorías merecen una especial consideración por reflejar la problemática de dos campos profesionales en profunda reformulación. En uno de ellos, el de los bioquímicos, el desarrollo científico y tecnológico de los últimos cuarenta años, especialmente en el campo de la inmunología, la biología molecular, la fisicoquímica, amplió el horizonte del diagnóstico y determinó una mayor incidencia de los resultados en la formulación del diagnóstico clínico y seguimiento terapéutico. La disponibilidad de nuevas tecnologías y sistemas de informatización permitió una difusión industrial y comercial de una gran variedad de equipamientos de diagnóstico. Los procesos de reforma determinaron en el sector privado y en el de obras sociales un proceso de concentración, con una fuerte tendencia a la desaparición de los laboratorios unipersonales y pequeños y la instalación de megalaboratorios. Este movimiento produjo un fuerte incremento del trabajo asalariado y la pérdida de autonomía profesional de la práctica.

En estas condiciones resulta llamativa, y debería ser analizada en profundidad, la evolución seguida por los profesionales bioquímicos en

¹⁶ Abramzón, M.: *op. cit.*

¹⁷ Secretaría de Planificación, UBA, *op. cit.*

actividad que, de acuerdo con los datos disponibles, en el período bajo análisis habrían experimentado un crecimiento de casi el 50%. Los nuevos avances tecnológicos aplicados al sector y el impacto del proceso de reforma del sector salud, no parecen haber modificado sustancialmente las condiciones de la práctica de los profesionales farmacéuticos. En este campo profesional los cambios drásticos tuvieron lugar como consecuencia de los desarrollos científicos del siglo XX. Por ello, la explicación del crecimiento del 45% operado en el número de profesionales en actividad debiera constituir otra línea de estudio para establecer si se trata de una tendencia en el marco de un proceso de resignificación de las prácticas o refleja sólo la inercia de una mayor demanda por formación superior.

La distribución provincial de los profesionales

La *distribución provincial de los profesionales* constituye otra cuestión que requiere algunos comentarios, ya que salvo para el caso de los odontólogos para los cuales se dispone de datos precisos elaborados por la Asociación Odontológica Argentina para el año 2000, no se dispone de información responsable y confiable respecto de su distribución.

Las estimaciones realizadas en 1992¹⁸ y la reciente para 1998¹⁹ permiten observar algunas tendencias cuya vigencia debe ser considerada teniendo en cuenta la metodología de la cual resultan.

El número de médicos en actividad por provincia fue calculado a partir de distribuir la cantidad de profesionales estimados para esos años con base en la estructura resultante del Censo Nacional de 1980, que es el último dato cierto disponible en el país.

Ahora bien, el Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud 1998-2000²⁰ procesado para trece provincias, en el capítulo de recursos humanos contiene información referida a “cargos” ocupados por algunas categorías profesionales. Resulta de interés señalar que la co-

¹⁸ Abramzón, M: *op. cit.*

¹⁹ Secretaría de Planificación, UBA: *op. cit.*

²⁰ Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud 1998-2000, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, Boletín 85, Noviembre 1999.

respondiente a médicos es coincidente con los datos estimados para 1998 para esas provincias, si se tiene en cuenta que los especialistas indican que la relación cargos/persona para estas categorías profesionales y para el conjunto de la actividad económica es de 1,69. De este modo, como cada persona detenta en promedio 1,7 cargos, el número de 12.724 médicos estimado para esas trece jurisdicciones resulta consistente con los cargos relevados por el CANARESSA.

Una mención especial merece la relación habitantes por médico calculada a partir de los datos relevados.

La información de población intercensal es resultado de una proyección realizada en oportunidad de la realización del Censo Nacional de Población, en este caso el último es el de 1991, a partir de hipótesis de crecimiento orientadas por la evolución de las principales variables macroeconómicas, sociales y políticas del momento. Como es sabido, las previsiones de los movimientos poblacionales pueden ser alteradas por modificaciones en las tendencias económicas. Así la aparente mayor relación habitante/médico en alguna provincia no debiera ser explicada por la localización de más profesionales en esa región, sino que podría deberse a que esa jurisdicción, en función de la coyuntura, perdió importantes contingentes de población. Tal podría ser el caso de Tierra del Fuego que experimentó una importante caída de su actividad industrial lo que generó movimientos expulsivos de población.

De todos modos, no existen razones para suponer que estas proyecciones hayan perdido vigencia y se hayan modificado las tendencias históricas por cuanto no se registra en el período implementación de políticas con capacidad de operar sobre las decisiones de inserción ocupacional, estimulando u orientando diferentes radicaciones. En algunos países políticas formuladas desde el campo de la educación o desde el sector salud o, todavía, desde instancias combinadas, han logrado resultados que han permitido dar cuenta de las necesidades sociales y personales.

A modo de propuesta

Las consideraciones precedentes, fundamentadas en el análisis de los datos disponibles, confirman la necesidad impostergable de encarar en la Argentina el desarrollo de sistemas permanentes de información

que permitan conocer con base estadística la real dimensión y características de la fuerza de trabajo en el sector salud.

Sin duda, dada la multiplicidad de actores que confluyen en la determinación de esa magnitud y las características de cada uno de ellos, la iniciativa no puede quedar bajo la responsabilidad de un único organismo o centro estudioso del tema. Se requiere la acción concertada entre Ministerios (Educación, Salud, Trabajo) universidades e instituciones formadoras, organismos internacionales (OPS/OMS, OIT), INDEC, Secretarías provinciales y municipales de Salud y Educación y asociaciones científicas y profesionales.

En este sentido, el marco que ofrece el “Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales” puede constituirse en un espacio privilegiado para el desarrollo de esta iniciativa.

El análisis crítico y el esfuerzo propositivo que el campo de los Recursos Humanos en Salud requiere en el contexto de los cambios que se están operando en su interior, podría estructurarse en torno de un conocimiento acabado de:

- Los procesos de formación de recursos humanos en grado y posgrado, en relación con las necesidades sociales.
- La situación de los especialistas y subespecialistas;
- Los recursos humanos en Salud Pública;
- La distribución provincial de la fuerza de trabajo;
- La condición de actividad de las distintas categorías profesionales: subempleo, pluriempleo, desempleo;
- Los procesos de trabajo y formas de contratación.

Apreciaciones sobre las Residencias Médicas en Argentina



Lic. Rosa María Borrell Bentz
Consultora en Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
OPS/OMS - Argentina

Septiembre 2000

Apreciaciones sobre las Residencias Médicas en la Argentina

Resumen

En la Argentina egresan cada año alrededor de 3,900 médicos de las Universidades nacionales pública y privadas. De éstos, aproximadamente la mitad entra a realizar estudios de postgrado.

Se calcula que cada año, entre el Ministerio de Salud de Nación, la Provincia de Buenos Aires y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se invierten 105 millones de pesos (tomando en consideración los años 1997, 98 y 99 respectivamente) en formación de recursos humanos especializados a través de la modalidad de Residencias de Salud.

Con esta importante inversión quedan preguntas básicas acerca de qué hacer con el resto de los egresados que no tienen acceso a la formación especializada.

Otras preguntas no menos importantes son cómo se forman y cuál es la calidad de su formación. Algunas posibles respuestas sobre estas preguntas son las que se presentan en este trabajo, especialmente las relacionadas con aspectos de organización y gestión, los perfiles educacionales y los aspectos relativos a la enseñanza y el aprendizaje en los servicios.

El documento presenta en su primera parte las tendencias sobre el número de cargos y tipo de residencias financiadas por el Ministerio de Salud de la Nación entre los años 1977 y 1999; los problemas de las especialidades médicas consensuadas por un grupo de instituciones representativas, así como los problemas encontrados en evaluaciones realizadas a 426 programas de residencias con la utilización de una metodología de carácter participativo propuesta por la OPS-Argentina.

En una segunda parte, el documento presenta las funciones reconocidas de un hospital escuela, tomando en consideración problemas y factores de tipo organizacional y educativo.

Se retoma la función de la evaluación y acreditación de programas de residencias sobre las que se realizan algunas observaciones relacionadas con la búsqueda de calidad.

Finalmente se presentan algunas recomendaciones que permitirían seguir reflexionando y avanzando sobre los problemas básicos de la formación de los futuros especialistas del país.

Introducción:

El presente trabajo sobre la evolución de las especialidades médicas en la Argentina y la situación actual de las “residencias médicas” —como modalidad educativa para la formación de especialistas en salud— pretende mostrar los grandes problemas que algunos grupos de trabajo han identificado a través de estudios particulares y debates puntuales.

Se intenta presentar una breve síntesis de la situación legal de la formación de especialistas, las tendencias en relación a su distribución por tipo de especialidad, sexo, jurisdicción y dependencia con datos ofrecidos por el Ministerio de Salud de la Nación acerca de las residencias financiadas a nivel de este organismo nacional, algunos datos en relación a la provincia de Buenos Aires y otros sobre la ciudad de Buenos Aires.

Del mismo modo intentamos sistematizar los problemas relacionados con la formación: los aspectos curriculares, los procesos educativos y algunos temas administrativos de los hospitales escuela. Para esto se toman en cuenta algunas evaluaciones realizadas desde diferentes ámbitos y se identifican algunas características a considerar en los procesos educativos realizados desde un hospital. Otros problemas, también importantes, no son objeto de profundización en este trabajo y sólo son enumerados.

También se retoman los elementos relacionados con la acreditación de los programas de formación de postgrados desde distintas entidades y algunas preocupaciones metodológicas que se identifican entre las distintas modalidades de evaluación y acreditación de las residencias médicas.

Finalmente, a partir de las principales conclusiones se sugieren algunas recomendaciones.

Aspectos legales de los programas de residencias en salud:

La residencia médica en la Argentina fue definida en un principio como “un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un pla-

zo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad”. (Resolución del Ministerio de Salud N° 1778-61).

Más tarde es redefinida como “un sistema educativo del graduado reciente que tiene por objeto completar su formación integral ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente”. El sistema de residencias médicas se hará en el marco de un plan prefijado con un régimen de trabajo a tiempo completo —a dedicación exclusiva— con una remuneración adecuada, dentro de plazos preestablecidos y mediante la adjudicación y ejecución personal, adecuadamente supervisado, de los actos médicos de progresiva complejidad y responsabilidad. (Resolución del Ministerio de Salud N° 683-67).

Los primeros antecedentes se encuentran en las leyes del año 1944 con las reglamentaciones para acceder al título de especialista y en el año 1967 con la formación del Comité Nacional de Residencias Médicas (CONAREME) que tenía como funciones evaluar y acreditar las Residencias de Salud (entonces sólo médicas). En el año 1979 se crea el Sistema Nacional de Residencias, legalizando de esta manera un sistema educativo que tenía funcionando más de 20 años. La Ley 22.127 del 1979, introduce una consideración acerca de que “la certificación de haber aprobado la residencia, extendida por el Consejo Nacional de Residencias de Salud, será suficiente para que el residente pueda inscribirse como especialista. La autoridad sanitaria competente y los Colegios Profesionales de las provincias incorporadas al Sistema Nacional de residencias, deberán inscribir dicha certificación en los respectivos registros”. El CONAREME deja de funcionar en el 1974, el cual es sustituido por el Comité de Evaluación de Residencias que tiene por finalidad evaluar los aspectos educativos pedagógicos asistenciales de aquellas residencias que lo solicitaran.

Varios decretos, normativas y comisiones fueron constituidas en los últimos quince años buscando garantizar la calidad educacional de las residencias médicas, la acreditación de los programas de formación y la certificación y habilitación de los especialistas egresados. Existen algunos documentos en el país que refieren la historia de los orígenes de la formación de especialistas, así como la diversidad de normativas para emplear el título de especialista y anunciarse como tal. (1, 2, 3, 4, 5)

En teoría, el Ministerio de Salud de la Nación , basado en legislación vigente, puede “certificar especialidades (sólo vigente para el ámbito de la capital) y acreditar residencias e instituciones de salud; habilitar (solo vigente para el ámbito de la capital) y categorizar establecimientos asistenciales; ejercer el control del ejercicio profesional del personal del equipo de salud (en capital); elaborar manuales de procedimientos, normas de funcionamiento de establecimientos y de la atención médica, brindar asesoramiento y cooperación técnica; evaluar la calidad médica y los servicios de salud” (1)

El Decreto presidencial N° 1424 del año 1997 puso en funcionamiento las Comisiones Nacionales de Certificación y Recertificación Profesional y de Acreditación de Establecimientos Asistenciales que definieron el marco normativo básico de esos procesos y que fueron aprobados por las resoluciones ministeriales 497 y 498 de 1999. Durante el período de observación de dichas normas, diversas instituciones observaron algunos puntos de las mismas, lo que motivó la resolución ministerial 768 de 1999 que suspendió momentáneamente su puesta en vigencia, hasta que las respectivas Comisiones Nacionales formularan las adecuaciones correspondientes, en el marco del Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Evolución de los programas de Residencias Médicas

En Argentina se observa un elevado número de residentes por institución y residencias médicas por provincias (1), que han formado y continúan formando al 60% de los médicos especialistas argentinos (6).

Los cuadros 1a, 1b y 2 que a continuación se presentan muestran el número de cargos financiados por el Ministerio de Salud de la Nación durante el año 1999. A estos datos habría que agregarle el número de residencias y egresados financiados por las jurisdicciones y por las instituciones privadas, cuyos datos no están disponibles para este informe.

Cuadro Nº 1a
Número de cargos de residentes y jefes de residencias financiados por el Ministerio de Salud de la Nación - 1999

Dependencia	1°	2°	3°	4°	Jefes
Nacional	71	77	80	19	28
Provincial	411	392	305	7	48
Municipal	32	32	33	4	4
Universitario	11	9	11		3
Total	525	510	429	30	83

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro Nº 1b
Número Total de Residentes egresados financiados por el Ministerio de Salud de la Nación 1977-1999¹

Dependencia	Total
Nacional	2.671
Provincial	5.793
Municipal	365
Universitario	220
Privado	6
Total	9.055

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

El siguiente cuadro muestra el número de instituciones con residencias, el número de residencias y el número de residentes según dependencia.

¹ Las Residencias de Buenos Aires corresponden en su totalidad a la Municipalidad de San Isidro. En el período 1977-1991 se encuentran incluidos en el nivel nacional los cargos pertenecientes a los Hospitales de Capital Federal, que en 1992 pasaron a depender de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Se han descartado las renunciaciones producidas.

Cuadro N° 2
Residencias de Salud en la Argentina por dependencias, año 1998

Dependencia	Instituciones		Residencias		Residentes	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nación(1)	12	3.88	41	3.28	200	2
GCBA(2)	33	10.7	291	23.26	2300	23.4
Pcia.BS. AS	52	16.8	319	25.5	2639	28
Otras provincias(3)	140	45.3	281	22.46	1534	15.6
Privadas(4)	68	22	265	21.2	2481	25.2
Universitarias	4	1.32	54	4.38	558	5.8
Total	309	100	1251	100	9823	100

1. Incluye solamente las residencias del Nivel Central. (Hospital Posadas, A.N.L.I.S. (Instituto Nacional de Genética Médica, Instituto Malbrán), A.N.M.A.T., Instituto de Rehabilitación Psicofísica.
2. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
3. Incluye 74 instituciones con residencias financiadas por el MSAS de la Nación. El resto es financiado por la Provincia.
 Son cifras aproximadas, se hallan sumadas las residencias privadas provinciales.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Al término del mes de noviembre de 1999 existen 1577 cargos en ejercicio actual de residentes en salud pagados por el Ministerio de Salud de Nación, distribuidos en 217 establecimientos que representan aproximadamente 20 millones de pesos argentinos en el presupuesto del mismo año. El 82% de los contratos se encuentran en dependencias diferentes del Ministerio de Nación y se han incrementado las especialidades básicas de 46% en 1977, luego 56% en 1990 y finalmente 68% en 1999.²

La provincia de Buenos Aires tiene a la fecha de 1999, 2.565 residentes, con un gasto aproximado a los 30 millones de pesos argentinos. La inversión en las residencias se ha incrementado de 24 millones en 1995 a 30 millones en 1998. En la provincia existe un movimiento de análisis de las residencias médicas para lo cual se ha desarrollado un Sistema Único de Evaluación para Residentes de la Provincia; se ha co-

² Datos ofrecidos por el Ministerio de Salud de la Nación.

menzado a desarrollar paulatinamente las Residencias Integradas Multidisciplinarias con sede en efectores Municipales de Primer Nivel de Atención en los Municipios de Berisso, Hurlingham y San Martín; se han elaborado casi todos los programas provinciales de residencias básicas y posbásicas y de todas las profesiones de la salud; se ha iniciado el proceso de evaluación y acreditación de unidades de residencias, comenzando por procesos de autoevaluación. (7)

En el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se calcula que para 1997 se invirtieron 55 millones de pesos por año, distribuidos entre residentes, jefes de residentes, instructores y Dirección de Capacitación.³

Las residencias de la Ciudad de Buenos Aires se encuentran funcionando en 33 hospitales y 30 Centros de Salud y para el mismo año 1997 el 52% de las residencias eran básicas; el 12% con orientación; el 6% en post-básica de Pediatría; 28% en residencias para el resto del equipo de Salud (Kinesiología, Farmacia, entre otros).

Para 1996 (último dato disponible), el plantel de educadores de las residencias médicas ascendía a 268, existiendo 6 residentes por cada formador.

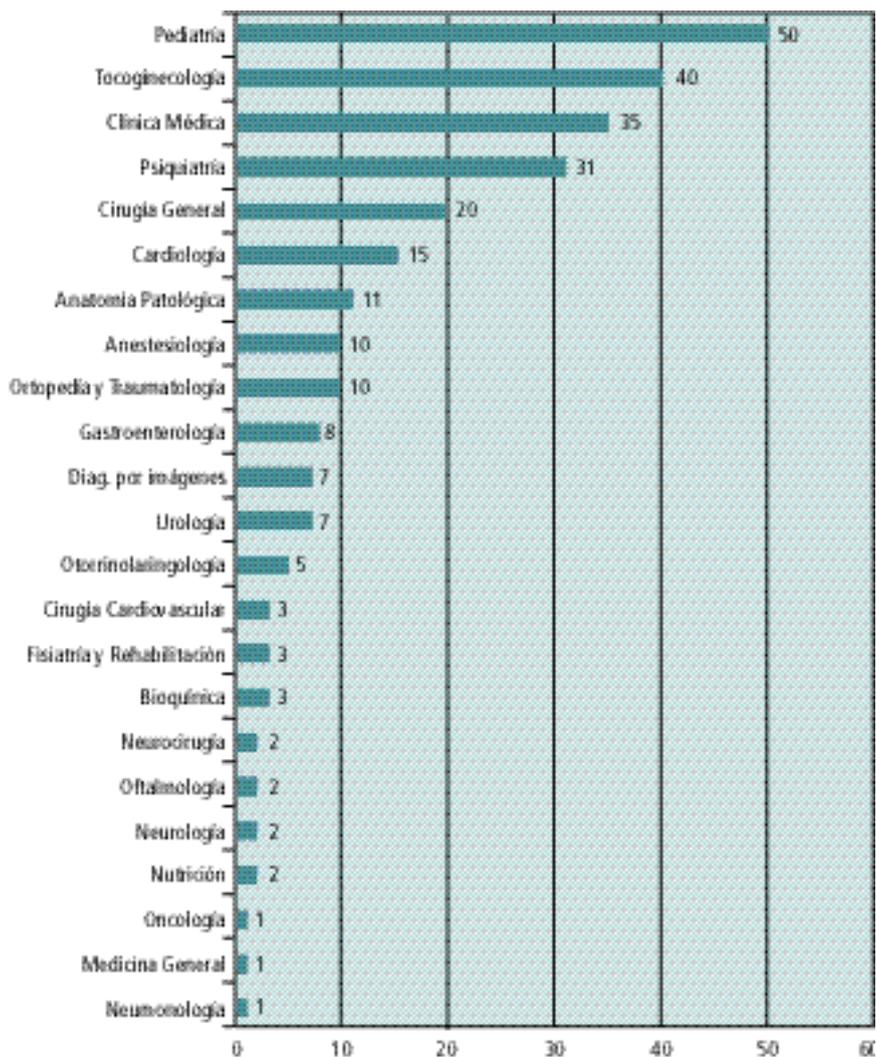
En los cuadros N° 3 a, b, c, d, e, se presentan el número de cargos de residencias financiados por el Ministerio de Salud de la Nación según el tipo de especialidad, en los años 1977, 85, 92, 95 y 99 y en el 3f se observan los cargos por especialidades más representativas, como promedio durante el período 1977-1999.

La secuencia de los cuadros muestra algunas tendencias interesantes y cambios de orientación. Mientras en 1977 se financia un solo cargo de residencia en Medicina General, en 1985 la prioridad se traslada a ésta área de especialidad. Se observa una disminución paulatina en el área de la Psiquiatría y el aumento a partir de 1985 en Psicología; el apoyo a cargos en residencia de Enfermería desde 1992 y la tendencia constante al apoyo de cargos en Pediatría y Clínica Médica.

Nota: Se agruparon las áreas de especialidad tal como aparece en el cuadro N° 4 para fines de esta presentación.

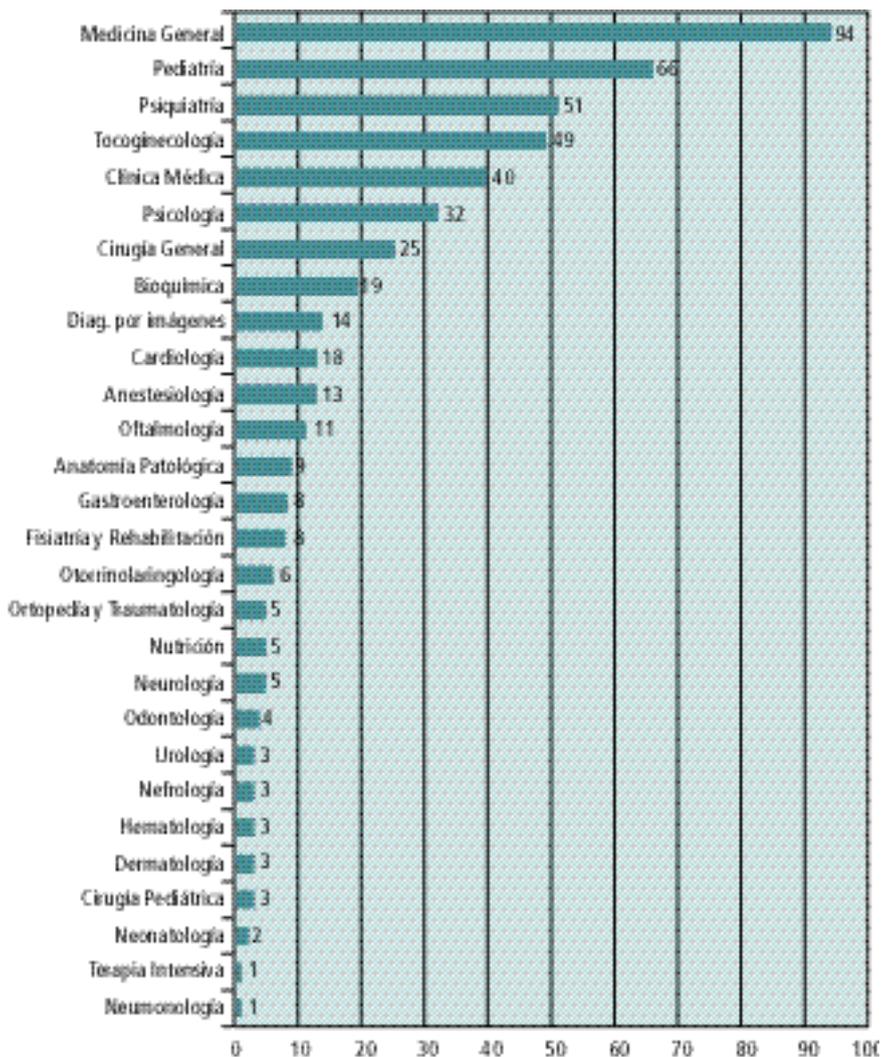
³ Dr. Elías Hurtado Hoyos, "Las residencias en el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires" en el 40 Aniversario de la Jornada de Residencias Médicas organizada por la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, noviembre 1999.

Cuadro N° 3a
Número de cargos de residentes financiados según Especialidad
(Año 1977)



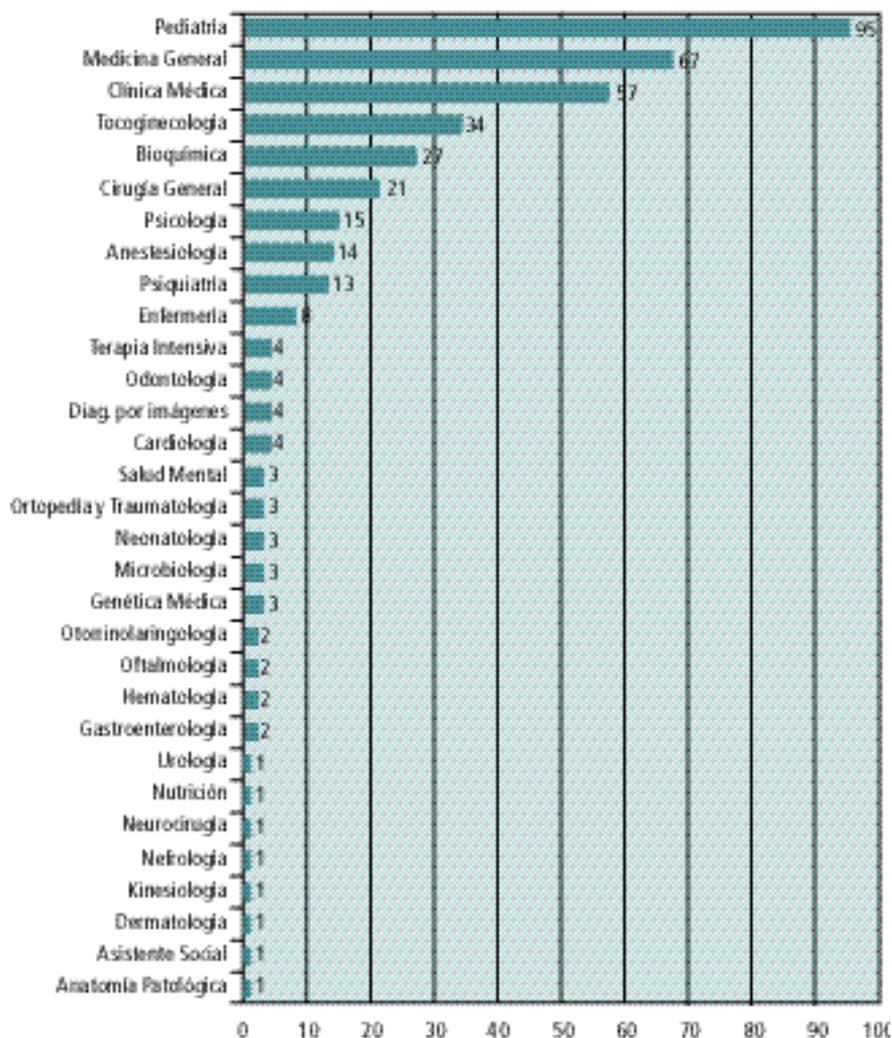
Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro Nº 3b
Número de cargos de residentes financiados según Especialidad
(Año 1985)



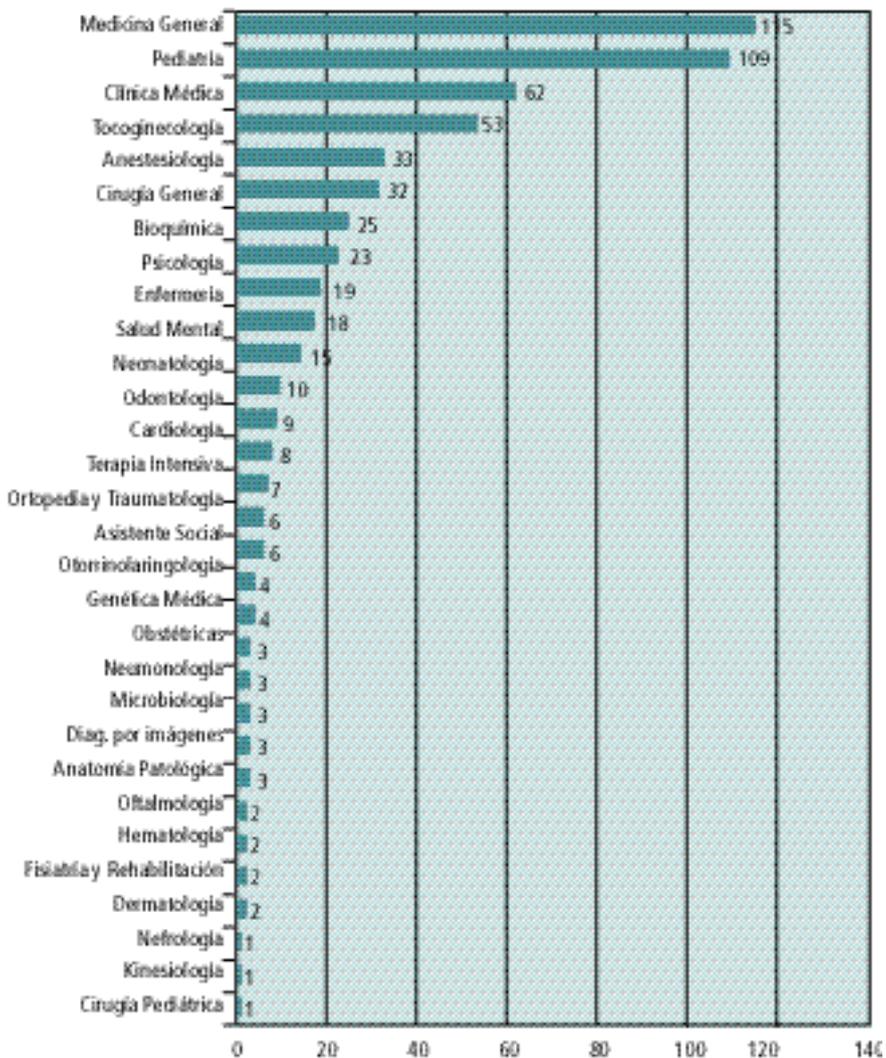
Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

Cuadro Nº 3c
Número de cargos de residentes financiados según Especialidad
(Año 1992)



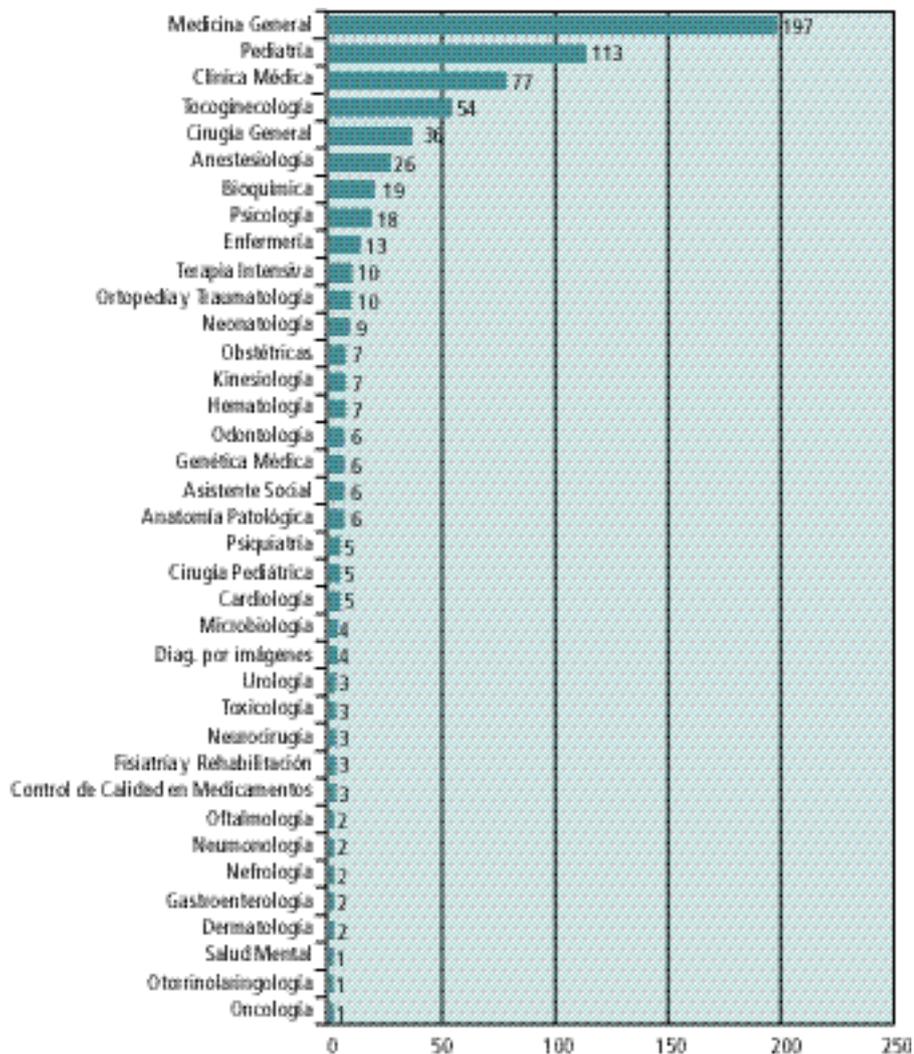
Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro Nº 3d
Número de cargos de residentes financiados según Especialidad
(Año 1995)



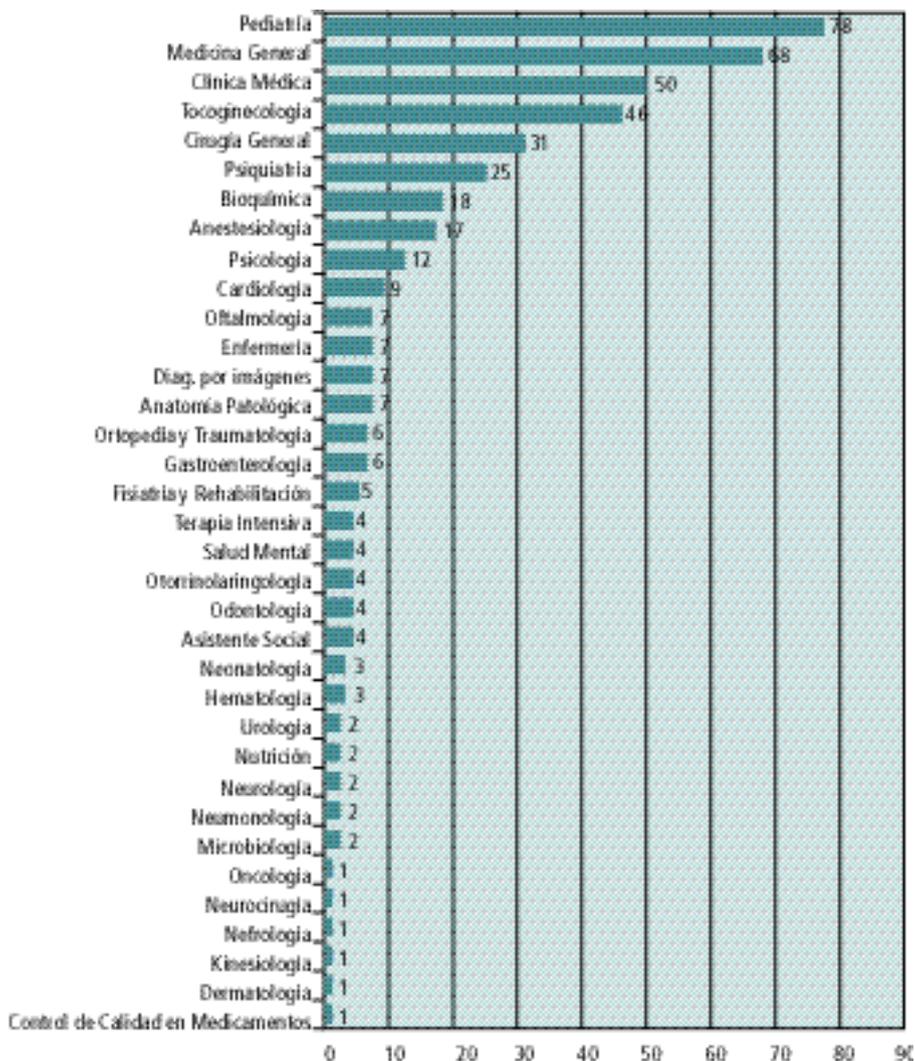
Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro N° 3e
Número de cargos de residentes financiados según Especialidad
(Año 1999)



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro N° 3f
Promedio de cargos de residentes financiados según Especialidad
(Promedio 1977 -1999)



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

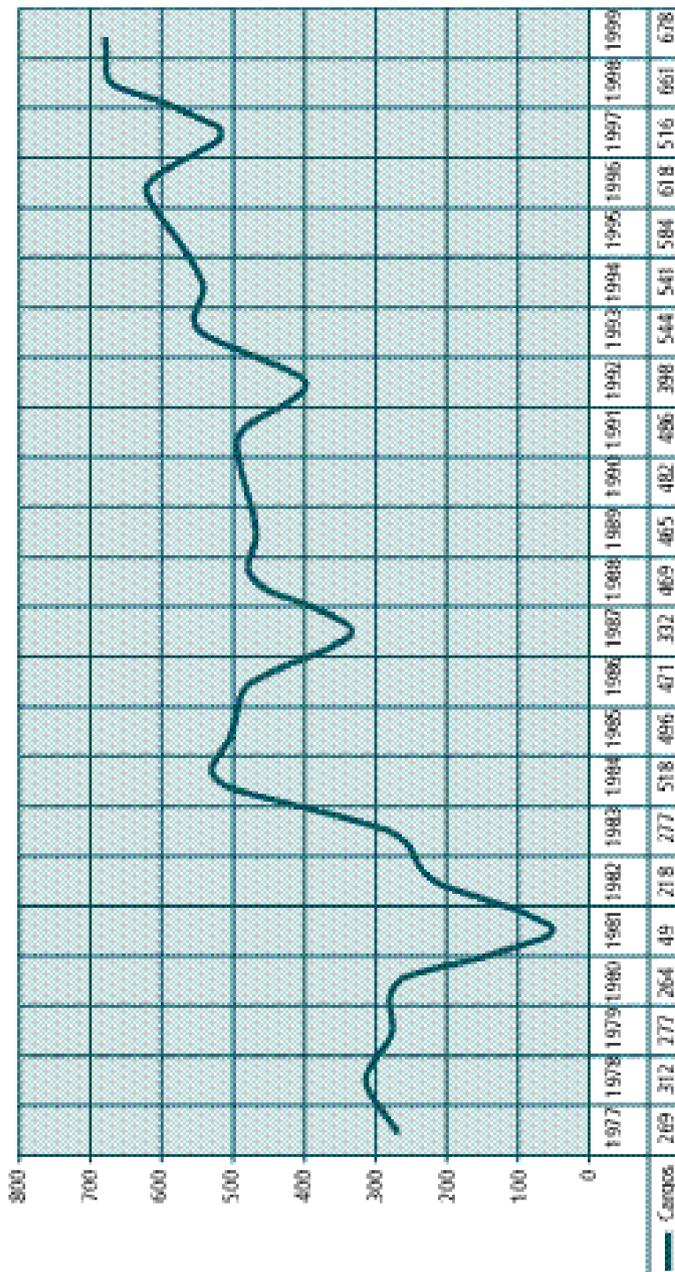
En los cuadros anteriores, por razones de composición de esta presentación, se han agrupado las especialidades según el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4

Especialidad	Comprende
Medicina General	Atención Primaria de Salud Medicina General Medicina Rural Medicina Familiar
Tocoginecología	Tocoginecología Obstetricia
Terapia Intensiva	Terapia Intensiva Adultos Terapia Intensiva Infantil
Genética	Genética Médica Genética Experimental Citogenética
Cirugía General	Cirugía General Cirugía de Cabeza y Cuello Cirugía Pediátrica Cirugía Estética, Plástica y Reparadora
Asistente Social	Asistente Social Asistente Social en Salud Mental Trabajo Social
Bioquímica	Bioquímica Clínica Bioquímica Bromatológica Bioquímica Toxicológica Bioquímica y Nutrición
Enfermería	Enfermería Enfermería Pediátrica Enfermería Psiquiátrica

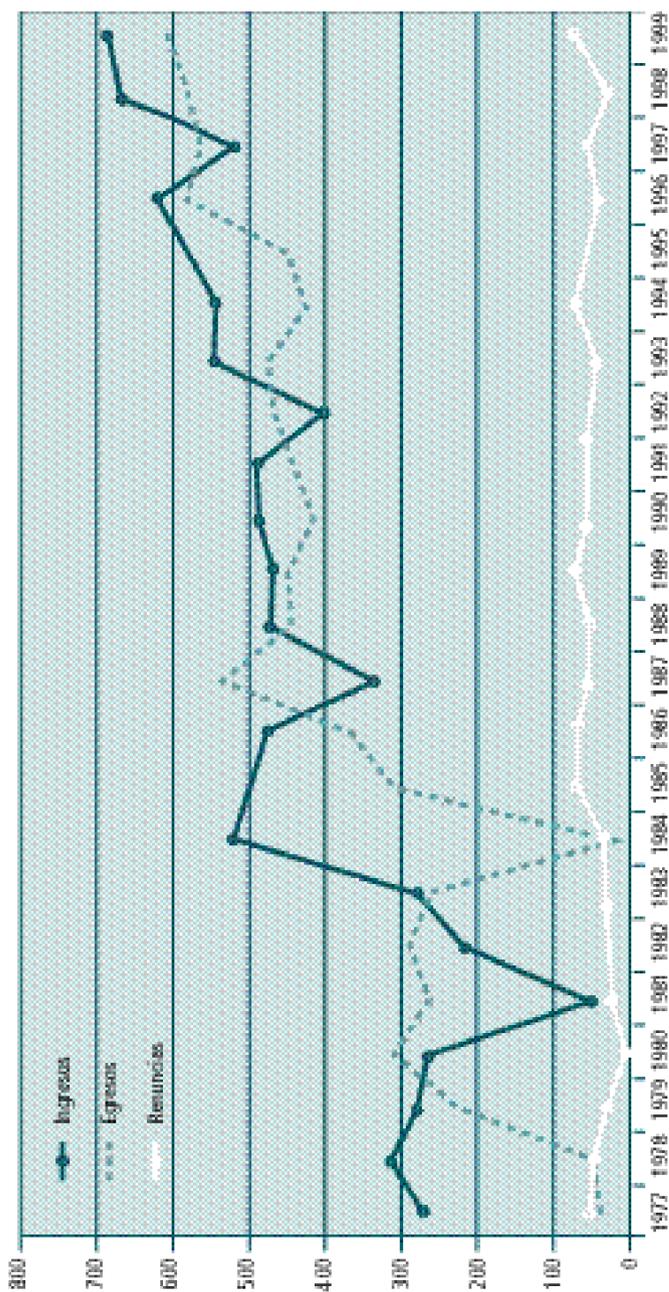
El cuadro N° 5 muestra el número de residentes financiados desde el Ministerio de Salud de la Nación hasta 1999 para cubrir los gastos de formación a través de un contrato de trabajo, observándose un incremento importante entre los años registrados.

Cuadro N° 5
Número de residencias financiadas desde el Ministerio de Salud, años 1977 a 1999

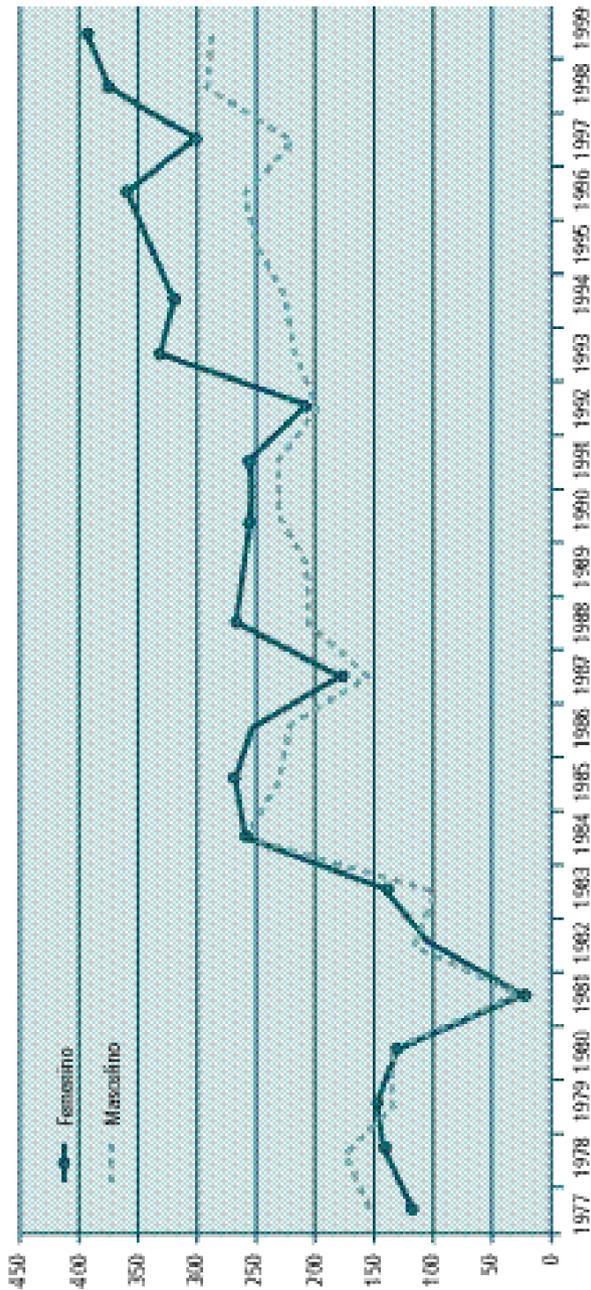


Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

Cuadro N° 6
 Comparación Ingresos, Egresos y Renuncias de cargos de residentes
 financiados desde el Ministerio de Salud, años 1977 a 1999

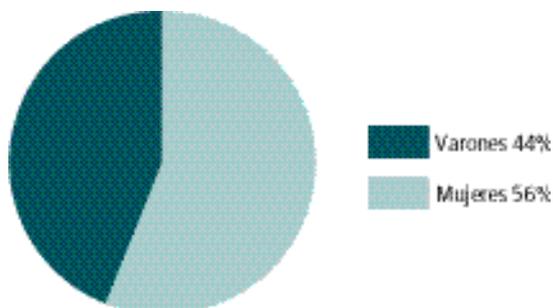


Cuadro N° 7
Evolución de la Distribución por Sexo y Año (1977-1999)



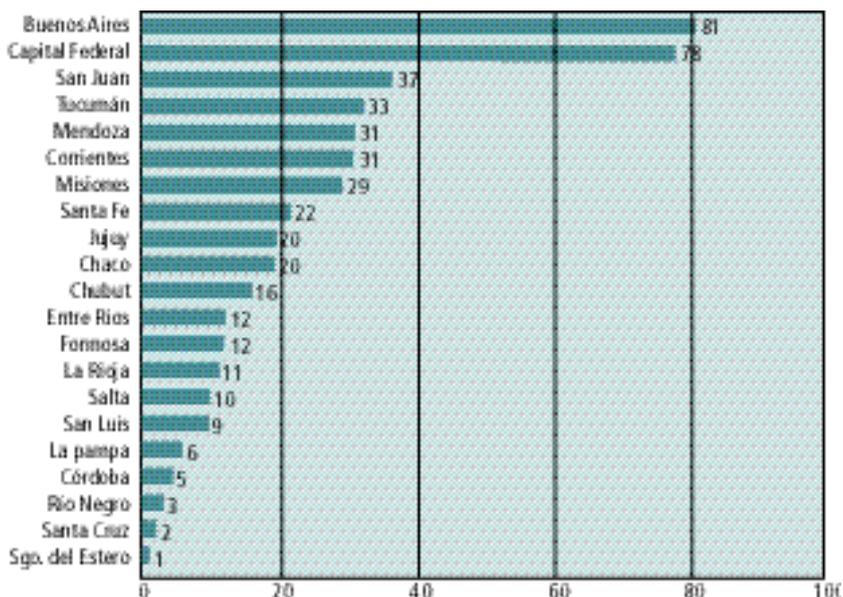
En el cuadro anterior se observa el fenómeno de la “feminización” en la formación de especialistas de medicina. Este fenómeno es consistente con el egreso femenino de las Facultades de Medicina del país (6).

Cuadro N° 8
Distribución de residentes por sexo, período 1977 a 1999 (Promedio)



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

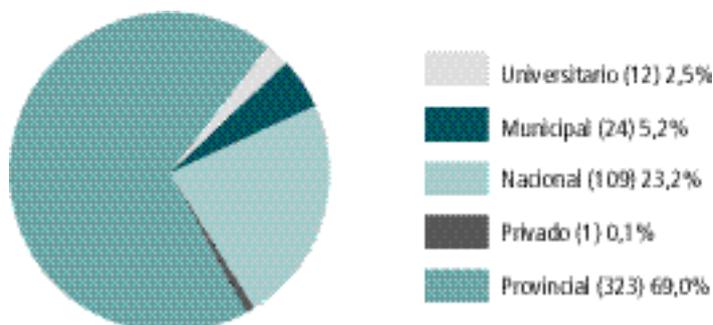
Cuadro N° 9
Número de Residencias según jurisdicciones - Año 1999



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

En el cuadro N° 9 aparece la distribución de las residencias financiadas por el Ministerio de Nación, para el año 1999, encontrando una concentración mayor en la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires. Desde otra perspectiva de análisis, el Ministerio de Salud de Nación financia un número más elevado de residentes en las provincias, siendo la de mayor concentración la provincia de Buenos Aires dada su extensión territorial y poblacional.

Cuadro N° 10
Distribución de residentes según dependencias
Año 1999



Problemas identificados:

En el año 1992, mediante la resolución N° 5065/92-5, el Ministerio de Salud de la Nación crea la Comisión Nacional para el desarrollo de los Recursos Humanos Médicos para la atención de la salud, con el fin de institucionalizar mecanismos de articulación entre los organismos formadores y utilizadores de dichos recursos. Esta Comisión, en el año 1996, consensó los problemas relacionados con las especialidades médicas (8), los cuales resumimos a continuación:

- 1) Extenso listado de Especialidades Médicas (240).⁴

⁴ En la mayoría de los países del mundo el número de especialidades médicas oscila entre 50 y 70.

- 2) Diversas formas de adquirir una especialidad genera diferencias en la calidad de la formación del recurso humano.
- 3) Diversidad de denominaciones en la formación de un mismo campo de conocimiento.
- 4) El personal especializado no es aceptado por todas las jurisdicciones debido a las terminologías distintas para iguales especialidades.
- 5) Aceptación como especialidades de programas que constituyen subespecialidades.
- 6) La proliferación de especialidades posbásicas y subespecialidades donde las incumbencias, prácticas, habilidades y destrezas requeridas, así como el proceso para su reconocimiento se fundamentan más en los intereses del desarrollo profesional que en las aspiraciones y necesidades de salud de la población.
- 7) Necesidad de actualizar y homologar normas de acreditación y certificación.
- 8) Necesidad de actualizar los planes y mecanismos de evaluaciones periódicas de los programas de formación de especialistas a través de residencias médicas que faciliten las acreditaciones, habilitaciones y la posibilidad de actualizar de manera permanente los programas de formación y sus docentes.
- 9) Necesidad de actualizar los mecanismos para definir los procesos de certificación y recertificación que faciliten el reconocimiento del Ministerio de la Nación de las instituciones capacitadas para tales fines.
- 10) Necesidad de consensuar pautas comunes y mínimas para la certificación de especialistas.
- 11) Necesidad de homologar el reconocimiento entre las diferentes jurisdicciones de los criterios utilizadas para la certificación y recertificación de especialistas.
- 12) La ley de ejercicio profesional no está regulada para el ejercicio a nivel nacional, lo que, con las nuevas orientaciones de la globalización económica y del MERCOSUR podrán ocasionar problemas en el sistema de empleos.

Considerando estos problemas la Comisión se planteó los siguientes objetivos de trabajo:

- 1) Necesidad del Ministerio de crear un Marco de Referencia en el tema de la especialidades médicas.
- 2) Configurar un mapa actualizado de especialidades registradas: las reconocidas por cada una de las instituciones responsables, las reconocidas por instituciones de las jurisdicciones a fin de comparar programas y analizar coincidencias y diferencias.
- 3) Establecer (o actualizar) la normativa nacional que contemple el acercamiento de la ley 23.873 y la ley de Educación Superior, lo que conllevaría a la articulación de los Ministerios de Salud y Educación.
- 4) Establecer criterios básicos de reconocimiento de especialidades.
- 5) Definir planes de evaluación permanente de programas académicos de las residencias médicas, con la finalidad de asegurar la salud individual y colectiva; que garantice el aprendizaje actualizado de la medicina y de su rama particular al futuro especialista, con enfoques pedagógicos y monitoreo constante.
- 6) Realizar estudios que permitan la homologación de cursos y evaluar otras formas de acceso a los títulos de especialistas.
- 7) Redefinir el alcance de las incumbencias de las especialidades médicas.
- 8) Normatizar la forma de acceso a las especialidades médicas: la homologación de programas en cuanto a carga curricular, acreditación de las instituciones formadoras, entre otras.
- 9) Continuar con la búsqueda de consenso entre todas las instituciones responsables de la formación y acreditación de especialistas y establecer foros locales y nacionales de discusión para avanzar con los distintos temas relativos a la formación de especialistas.

En relación al punto N° 8 del listado de problemas y al objetivo N° 5, las residencias en Argentinas ya han sido diagnosticadas por entendidos sobre esta modalidad educativa, caracterizándolas como (9):

- Modelo vertical y jerárquico.

- Fuerte carga de trabajo en detrimento de las dedicadas a la enseñanza y al estudio.
- Utilización de estos programas para ampliar cobertura asistencial a bajo costo.
- Teorías pedagógicas de transmisión y adiestramiento con escasa incorporación de procesos reflexivos y fundamentados en metodologías problematizadoras.
- Desarrollo curricular obsoleto.
- Modelo de enseñanza centrado en lo curativo y en la perspectiva del ámbito hospitalario.
- Disociación entre lo biológico y lo psicosocial.
- Poco reconocimiento e incorporación de la investigación como medio formativo.
- Poca claridad e indefinición del concepto y metodología de integración docente-asistencial.
- Inadecuaciones de los perfiles educacionales y su relación con el mercado de trabajo médico, la reforma del sector y la salud de la población.
- Ausencia de un enfoque epidemiológico en los planes de estudio.
- Debilidades de una política de formación de postgrado y su articulación con las nuevas políticas de salud y la reforma sectorial.
- Ausencia de modelos evaluativos permanentes que permitan introducir cambios.
- Debilidad en la conformación del plantel docente; inadecuada remuneración y dedicación horaria.
- Carencia de una estructura de apoyo educacional (biblioteca, conexiones internet, bibliotecas virtuales, etc.)

En función del problema N° 8 y el objetivo N° 5 antes señalado, la OPS/OMS en su oficina de país, contribuyó con el diseño de un instrumento de autoevaluación para las residencias médicas⁵, que sirviera como dispositivo para generar una discusión compartida entre todos los actores que participan en el desarrollo de las mismas, que permitiera la construcción de una propuesta de desarrollo y el fortalecimiento de la ca-

⁵ Ver Anexo.

lidad de la formación de futuros especialistas a la luz de las necesidades de salud. El instrumento consiste en un cuestionario de aproximadamente 80 preguntas, formulado sobre la base de una metodología participativa, cuyo propósito es recolectar información para identificar puntos críticos en el desarrollo del proceso educativo, permitir la identificación y definición de problemas y facilitar la definición de un plan de desarrollo.

El listado de problemas que aparece a continuación es producto de la autoevaluación realizada en las 15 residencias de la *Provincia de Salta* con el mencionado instrumento y el apoyo de OPS/OMS, los que además fueron discutidos y consensuados entre el conjunto de coordinadores y jefes de residentes en un taller posterior a la autoevaluación: (10)

- Falta de coordinación entre las instancias superiores de las residencias que retarda la puesta en práctica de las acciones programadas.
- Carencia de espacios físicos para los residentes, alimentación adecuada, vivienda en el interior.
- Carencia de presupuesto propio.
- Falta de provisión de materiales educativos y bibliografía (revistas científicas, bancos de datos).
- Necesidad de provisión de guardapolvos.
- Obstáculos para realizar las tareas de rotación y supervisión.
- Necesidad de un instructor por especialidad, un jefe de residencia y la presencia de un administrativo.
- Necesidad de coordinación de las distintas disciplinas.
- Necesidad de inserción en los lugares de rotación.
- Para las residencias de Medicina Familiar hacen falta Centros de Salud para las prácticas.
- Falta de integración con el primer nivel de atención.
- Necesidad de desarrollar el área de medicina comunitaria.
- Articular el diseño curricular de un programa de residencia con la salida laboral.
- Reconocimiento de los postgrados por organismos provinciales y nacionales (Colegios Médicos).
- Falta de contención académica y asistencial por parte de la mayoría del personal de planta del Hospital.

- Falta de instructoría y Comité de Docencia.
- Una residencia plantea la necesidad de hacer disección anatómica.
- Dificultades para el ingreso a la residencia; falta de una buena política de difusión sobre el programa.
- Funcionan mejor en el área de las asistencias en desmedro de la docencia y la investigación. Se consideró que existe falta de investigación y carencia de proyectos propios de investigación.
- La residencia de Tocoginecología consideró como problema la división del programa en dos hospitales.
- No se considera la opinión del residente.
- Falta de integración total con la guardia de los sábados.
- Algunas residencias en particular sienten la necesidad de tener un mayor contacto con un centro de mayor complejidad que les permita asistir a cursos de especialidad.
- Falta de recursos complementarios para llegar a diagnósticos más precisos.
- La decisión política de reducir las residencias en cantidad y la utilización de residentes sin formación completa para cubrir cobertura sanitaria en la provincia.
- Incumplimiento en los tiempos pactados para cada pasantía.
- Falta de espacio para realizar actividades de estudio.

Con el mismo instrumento de autoevaluación, se presentan las conclusiones obtenidas en 11 residencias desarrolladas por la *Universidad Nacional de Rosario*: (11)

- Los problemas de las residencias médicas tienen que ver con el exceso de la demanda de la atención de nuestros pacientes, la situación socioeconómica de los mismos, la falta de recursos municipales, provinciales y nacionales.
- Equipamiento hospitalario insuficiente.
- Exceso de tareas administrativas por parte del residente.
- Exceso de horas en la práctica hospitalaria.
- Problemas de infraestructura.
- Poco tiempo dedicado a los residentes y por ende su pobre formación.

- Necesidad de un hospital escuela adecuado.
- Necesidad de un manejo interdisciplinario.
- En el área asistencial un hospital con un giro cama bajo por demoras en los exámenes complementarios y servicios médicos especializados de difícil acceso.
- En el área de investigación faltan recursos humanos y económicos, no hay acceso a personal estadístico.
- Insuficiente apoyo administrativo en el área asistencial.
- Carencia de instructores docentes exclusivos y a tiempo completo.
- Equipamiento técnico, pedagógico adecuado a la actualidad.

La *Provincia de Buenos Aires*, a través de la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud y de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud inició un proceso de evaluación de las 400 residencias de salud de la Provincia en el año 1997, utilizando el instrumento de OPS con algunas variaciones. Las conclusiones en relación a los problemas fueron agrupados por grupos de problemas referidos a la: organización y gestión, la formación y los aspectos pedagógicos: (7)

- **Problemas de organización y gestión:**
 - Debilidad en la adecuación de la estructura organizativa y la distribución cuanti-cualitativa de las residencias en relación a las necesidades del sistema y a las demandas de salud de la población.
 - Inadecuación de la normativa vigente a los nuevos lineamientos de política de capacitación e incumplimiento de algunos artículos, en particular los relacionados con la Atención Primaria de la Salud.
 - Inexistencia de actividades de Evaluación, seguimiento y orientación de las residencias desde el nivel central, regional y local.
 - Inapropiado instrumento de selección de aspirantes.
 - Debilitamiento de la función formativa de las residencias, por el predominio de la dimensión asistencial.
- **Problemas sobre el enfoque de la formación:**
 - Los enfoques y tendencias en la formación de los profesionales no se adecuan a las necesidades actuales de las instituciones de

salud como tampoco a las demandas de atención de la población.

- **Problemas relacionados con los aspectos pedagógicos:**

- Escasa existencia de currícula (Plan de estudio) de Residencias Provinciales construidas con enfoques orientadores que den coherencia a la formación en las distintas especialidades.
- Inadecuados perfiles y distribución de los recursos humanos para el desarrollo de nuevas modalidades de formación.

Sobre cada uno de los problemas identificados y consensuados, la Dirección de Capacitación de Profesionales ha desarrollado una serie de lineamientos y actividades que pueden encontrarse en la publicación citada.

Si hacemos un resumen de los resultados de las evaluaciones podrían concluir que los problemas que presentan por los menos 426 residencias del país son los siguientes:

- **Problemas de regulación y planificación:**

- Debilidad en la adecuación de la estructura organizativa y la distribución cuanti-cualitativa de las residencias en relación a los egresos del sector formador, a las necesidades del sistema y a las demandas de salud de la población.
- Inadecuación de la normativa vigente a los nuevos lineamientos de política de capacitación e incumplimiento de algunos artículos, en particular los relacionados con la Atención Primaria de la Salud.
- Carencia de presupuesto propio, espacios físicos para los residentes, materiales educativos y bibliografía, guardapolvos, etc.

- **Problemas de orientación y gestión:**

- Inexistencia de actividades de evaluación, seguimiento y orientación de las residencias desde el nivel central, regional y local.
- Inapropiado instrumento de selección de aspirantes.
- Equipamiento hospitalario insuficiente.
- Exceso de tareas administrativas por parte del residente.

- Exceso de horas en la práctica hospitalaria y problemas de infraestructura.
- Poco tiempo de los docentes dedicado al acompañamiento del aprendizaje de los residentes.
- Problemas sobre el enfoque de la formación:
 - Escasa existencia de planes de estudio y planes no actualizados.
 - Los enfoques y tendencias en la formación de los profesionales no se adecuan a las necesidades actuales de las instituciones de salud como tampoco a las demandas de atención de la población.
 - Inadecuados perfiles de formación en función de las nuevas orientaciones de la reforma del sector salud.
 - Debilitamiento de la función formativa de las residencias, por el predominio de la dimensión asistencial.
 - Carencia de instructores docentes exclusivos a tiempo completo y de Comités de Docencia.
- Problemas relacionados con los aspectos pedagógicos:
 - Falta de investigación y carencia de proyectos propios de investigación.
 - Necesidad de coordinación de las distintas disciplinas y necesidad de un manejo interdisciplinario.
 - Falta de espacio para realizar actividades de estudio.
 - Equipamiento técnico, pedagógico inadecuado

Funciones del Hospital Escuela:

El hospital en general es considerado como una institución compleja, cooperativa y multidisciplinaria, destinada al cuidado de la salud. Los procesos de un hospital son complejos ya que refieren a la producción clínica (egresos, intervenciones quirúrgicas, consultas); la producción técnica médica (Unidades de apoyo diagnóstico y terapéuti-

co, farmacia, laboratorio, radiología); la producción industrial (alimentación, lavadero, esterilización).

Además de las complejidades de producción, el hospital se torna complejo, desde el punto de vista sociológico ya que es una organización en la que coexisten varios grupos con intereses y objetivos diferentes y con miradas potencialmente opuestas a los objetivos y metas de la institución en su conjunto.

A esta complejidad de hospital público, habría que agregarle otra complejidad: la de formar y capacitar los futuros especialistas del país y la de organizar la práctica educativa dentro de un sistema administrativo que también tendría que adecuarse a un sistema de racionalidad y administración educativa.

La función principal de las instituciones hospitalarias que desarrollan además docencia, es contribuir a la creación de las condiciones más favorables para el cumplimiento de su misión educativa. Esto significa que deben tener profunda comprensión de los requisitos básicos para la investigación científica y la docencia, y al mismo tiempo, favorecer su desenvolvimiento normal como hospital público, con las funciones de producción antes descritas.

Debe ocuparse del bienestar de los estudiantes, del personal docente, de la supervisión; de la conformación y funcionamiento de consejos educativos que analicen y supervisen de manera permanente el desarrollo educativo y, estimulen el perfeccionamiento docente como estrategia de actualización curricular continua. Una de sus funciones básicas es la coordinación interna de sus departamentos y cátedras y la dirección de actividades docentes en conjunto para la satisfacción de objetivos generales de educación médica. Otra de sus responsabilidades es la relación con la Facultad de Medicina de la cual dependen, si es que la hubiere, la vinculación con las cátedras del pregrado y con los alumnos que realizan pasantías específicas y con otras instituciones de salud con las cuales les une un sistema de referencia y contrareferencia médica y que sirven a la vez de espacios de aprendizaje de salud comunitaria a sus propios residentes y pasantes.

Este tipo de hospitales deben estar preparados para ofrecer ejemplos de atención médica integrada eficientemente y para asumir las responsabilidades que les corresponda en la asistencia médica de las comunidades a las que sirven. La participación activa del cuerpo docen-

te en la administración contribuye, sin lugar a dudas, a la creación de un clima favorable a la medicina integral, a la investigación científica, al aprendizaje y al humanismo.

Es importante considerar que los hospitales universitarios latinoamericanos se han caracterizado por su desenvolvimiento en situaciones de pobreza material y económica, lo que dificulta la mayoría de las veces el cumplimiento de su verdadera función de desarrollo científico e intelectual para la solución de los problemas de salud. La actitud asumida por docentes y estudiantes ha señalado en muchas ocasiones la poca valoración sobre la administración y reformas de las estructuras organizativas de una institución tan compleja como el hospital docente.

Problemas y factores organizacionales:

Los hospitales que llevan programas educativos vienen enfrentando crisis en los últimos años por problemas diversos. Los más frecuentes motivos de orden académico, son entre otros, la orientación marcada hacia la asistencia médica más que hacia la enseñanza médica, la superespecialización médica y la tecnología, la falta de relación con el resto del sistema de salud y la poca o ninguna preocupación por la formación y capacitación de otros profesionales de la salud no médicos. También se les atribuye que, con el tiempo, se transforman en centros de alta especialización y diferenciación, no sólo de los médicos, sino también de otros profesionales universitarios que ahí trabajan, convirtiéndose en las más complejas organizaciones conocidas por los teóricos de la administración (12).

Esto significa que los hospitales docentes son organizaciones de “fines múltiples”, que originan inevitablemente ciertos tipos de conflictos interinstitucionales, intergrupales o interpersonales. Como ejemplos concretos podrían mencionarse: la falta de una carrera funcional para los médicos; la falta de representación del personal en los órganos normativos del hospital; el desconocimiento o desactualización de los perfiles profesionales de las diversas funciones hospitalarias; la multiplicidad de comandos sin una ordenación definida, etc.

La fijeza de los roles de que habla Schlemenson (13) permite a una institución hospitalaria en este caso, describir cómo debe funcionar la organización desde el punto de vista formal. “Cuando más grande es la

organización, mayor será su grado de formalización y de definición explícita de roles"... El tamaño es fundamental porque afecta la integración del grupo humano "El análisis de roles, funciones, responsabilidades y líneas de dependencia, permite fijar un aspecto fundamental del encuadre de las conductas individuales".

Algunos autores del campo médico, entendidos en organización y administración hospitalaria consideran que los hospitales docentes "son *sistemas* dotados de fronteras que los separan del medio ambiente, dividiéndose la mayoría en subunidades también separadas unas de otras" (14).

El proceso de atención médica exige una variedad de tareas, ejecutadas por centenares de personas. Las actividades de conversión financiera, material y humana de un hospital requiere dos tipos de procesos: de *manutención*, esencial para su viabilización a través de la selección del cuerpo clínico, del área física, etc. y de *desempeño*, que permite la transformación de los recursos en productos finales.

A medida que crece la organización y en procura de alcanzar la eficacia, ocurre la división de tareas, por especializaciones, creando inevitablemente subsistemas. Por eficiente que sea, esta división del trabajo en especialidades y subespecialidades médica, acarrea problemas difíciles de coordinación y de integración.

Otra dimensión que traduce crisis permanente en los hospitales escuela es la referida a las condiciones de trabajo, generalmente injustas e inequitativas, especialmente en los aspectos de salario, tareas, confort y posibilidad de realización personal y alternativas para el desarrollo de una carrera profesional. Este tipo de institución suele tener déficit para introducir modelos de participación y nuevas modalidades de conducción.

Finalmente, en relación a la producción institucional, en muchos hospitales escuela no están claramente incluidos los resultados institucionales vinculados a los fines de calidad del producto (alumno), o a la calidad educativa, o a la calidad de la tarea (desempeño colectivo institucional).

La función educativa:

Resulta útil comparar los inicios de las Residencias Médicas con la situación actual. La Academia Nacional de Medicina reunió en Noviem-

bre de 1999 a un grupo de notables que iniciaron en la Argentina estas experiencias educativas, con el propósito de realizar una revisión histórica y presentar el presente y futuro de las mismas. Inicialmente, decía uno de los conferencistas, “la función de los residentes estaba orientada a concurrir a los ateneos, asistir a las necropsias, dar tratamiento a los enfermos, realizar investigaciones clínicas, recibir a los pacientes, hacer consultas con los practicantes del hospital”⁶.

En la misma Conferencia, el Dr. Villamil recordaba que “los valores de las residencias estaban relacionados *al tiempo del aprendizaje*. Había dedicación exclusiva a pesar de la poca comprensión que en ese entonces se tenía sobre la *capacitación en servicio*.”⁷

Por otra parte, el Dr. Mendizábal, refería que en la primera Residencia de Ginecología del hospital de Clínicas había “*capacitación supervisada y progresiva, utilizando un esquema de enseñanza basado en un permanente cuestionamiento, por lo que había que modificar el programa anualmente*”⁸.

Las evaluaciones de Salta, Rosario y Provincia de Buenos Aires, presentadas en puntos anteriores, permiten identificar una variedad de puntos críticos encontrados en las residencias de hoy día que hacen factible el análisis de los programas en relación a su evolución histórica: los retrocesos en cuanto al acompañamiento docente y al tiempo programado para el aprendizaje grupal, al proceso de reflexión teórico-práctico y al cuestionamiento y capacidad reflexiva que pudiera conducir al cambio anual del programa de estudio ya sea para la incorporación de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento o para

6 Conferencia ofrecida por el Dr. Julio Barreta acerca de la primera Residencia en Clínica Médica del Hospital de Clínicas en el 40 Aniversario de la Jornada de Residencias Médicas organizada por la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, noviembre de 1999.

7 Conferencia ofrecida por el Dr. Eduardo Villamil acerca de la primera Residencia de Cirugía en el Policlínico de Lanús en el 40 Aniversario de la Jornada de Residencias Médicas organizada por la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, noviembre de 1999.

8 Conferencia del Dr. Armando Mendizábal en el 40 Aniversario de la Jornada de Residencias Médicas organizada por la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, noviembre de 1999.

incorporar una nueva visión del perfil educativo y profesional del futuro egresado.

La educación médica moderna debe estar fundamentada no sólo en el aprendizaje de técnicas esenciales para un ejercicio profesional de buena calidad. La educación médica debería implicar un proceso educativo que se construye para el desarrollo de personalidades, la formación de actitudes científicas, asumir una ética social y acciones de prevención de la salud y defensa de la vida, forjar competencias en diversas ramas de las ciencias médicas y la exploración del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y conocer las determinaciones sociales y culturales de los perfiles epidemiológicos básicos de una población específica (15).

La mayoría de los programas de enseñanza a nivel de postgrado señalan que en la organización pedagógica utilizan el método de “aprender haciendo”, a pesar de que no se describen con claridad en qué consiste y cómo se encara en la práctica concreta. Resulta imprescindible el ordenamiento de los medios y la definición de las “configuraciones didácticas” (16) para alcanzar la consecución de los fines del proceso de aprender haciendo en un esquema de hospital universitario o de hospital de atención a la salud donde se desarrollan además residencias médicas.

Este propósito exige la construcción de experiencias educativas que si bien se fundamenten en el aprendizaje del alumno, puedan ser acompañadas de manera permanente por el docente-tutor.

En este sentido argumenta el Dr. Lange, refiriéndose a la situación actual de las Residencias Médicas: *“no puede admitirse que los residentes se formen en la soledad; hay que promover su dedicación, evaluar su habilidad y conocimientos, ofrecerles una enseñanza móvil que los induzca a tener ideas propias y mayor autoconfianza. Enseñarles a pensar e incentivar su creatividad y originalidad. Se pretende que su formación tenga resultados medibles y solicitar evaluaciones y acreditaciones externas, ya que de lo contrario podrían no ser confiables”*⁹.

La enseñanza hospitalaria a nivel de postgrado, de la cual el alumno obtendrá como resultado la especialidad de una área particular del sa-

⁹ Dr. Wolfgang G. Lange, “Estado Actual de las Residencias” en el 40 Aniversario de la Jornada de Residencias Médicas organizada por la Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires, noviembre de 1999.

ber y práctica médica, debería enfatizar la pedagogía de la problematización y de la reconversión, abandonando aquellas relacionadas con la transmisión y la reproducción (17).

El aprendizaje problematizador como método permitiría fortalecer en los alumnos residentes su juicio sobre la situación en la que se hallan involucrados, a la vez de profundizar en el conocimiento científico.

A los hospitales universitarios se les ha criticado mucho su visión de preparar los estudiantes solamente para el actual tipo de servicio médico, cuando uno de sus roles fundamentales debería ser capacitarlos para enfrentar los problemas médicos y de salud de los próximos decenios. Los alumnos deben ser estimulados a encarar proyectos de investigación destinados a conocer mejor la realidad médica, sanitaria y social de las comunidades. Además, un buen modelo de administración les permitirá apreciar la responsabilidad del médico como cabeza del equipo de profesionales y técnicos, así como las disposiciones administrativas para mejorar la utilización y rendimiento del personal y los recursos de que dispone el establecimiento. Su preparación con principios esenciales y modernos de organización hospitalaria, administración y auditoría médica pareciera ser cada vez más indispensable. Sin embargo, es bastante conocido que son pocos los hospitales docentes que tienen estructurados programas educativos para conferir aptitudes y capacidades administrativas a sus egresados, siendo que en el futuro, muchos de ellos, terminan como jefes de algún hospital, servicio o programa. De la misma manera sucede con los conocimientos teóricos metodológicos de la pedagogía, cuando la mayoría de los médicos especialistas terminan en la docencia y actúan como ayudantes de cátedra desde su entrada al postgrado (residencia). En algunos países, la medicina administrativa se establece como disciplina académica con sus propios instrumentos científicos prácticos y se comienza a institucionalizar los cursos de educación médica para el profesorado de la medicina de pre y postgrado.

La generación del conocimiento científico y tecnológico, y en especial en medicina, crece en forma extraordinaria. Por esta razón, al futuro médico hay que brindarle la posibilidad de identificar y procurar lo que necesitará para sus trabajos cotidianos y su perfeccionamiento continuo. Un buen conocimiento de las diversas fuentes bibliográficas del campo científico médico; las formas de acceso y un adecuado espíritu de análisis crítico de la bibliografía médica, a la luz de la expe-

riencia práctica de un contexto determinado, resulta también imprescindible.

La educación médica de pre y postgrado requiere de un nuevo posicionamiento pedagógico; exige además de un compromiso docente, nuevos métodos de enseñanza y una organización hospitalaria y ordenamiento de los medios para facilitar la consecución de los fines del proceso educativo.

Evaluación y acreditación de programas de Residencias Médicas:

Desde el año 1967, el Ministerio de Salud de la Nación ha utilizado diversas estrategias, formalizadas a través de resoluciones, decretos y leyes, con la finalidad de evaluar los aspectos pedagógicos asistenciales de aquellas residencias que lo solicitaran, en vista de su acreditación. Se han establecido convenios con Sociedades Científicas con el propósito de evaluar y recomendar al Ministerio la acreditación de los postgrados y se han establecido leyes que permiten también a las Sociedades Científicas o Colegios Médicos reconocidos por el Ministerio, otorgar certificados de especialistas en forma directa.

En la Argentina existen modalidades de evaluación de las residencias médicas, las cuales son además acreditadas por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (organismo formado a partir de la Ley de Educación de 1995).

Los Colegios Médicos tienen, en general, la función de control de la formación de residentes en los servicios en cuanto a los aspectos docentes, asistenciales y científicos. Estas funciones son delegadas por la Ley de Colegiación como autoridad y aplicación de normativas que rigen la práctica profesional de la medicina. Ejercen la función política de control de habilitación y certificación de especialistas y realizan la promoción de nuevos servicios de formación de postgrado. Además tiene la capacidad de evaluar en relación a normas prescritas, entendiéndose esta actividad como proceso dinámico y perfectible en constante actualización y adecuación a los cambios científicos y al ejercicio profesional. Se trata entonces de evaluaciones externas de control y regulación de la formación.

Las variables que usualmente se consideran en los instrumentos de los Colegios Médicos para realizar las evaluaciones están referidas a:

- 1) Definición y objetivos de las residencias y concurrencias;
- 2) Contenido del programa: programa analítico y metodología a aplicar;
- 3) Obligaciones y derechos de los residentes;
- 4) Condiciones del servicio y del establecimiento;
- 5) Requisitos a cumplimentar por el cuerpo docente encargado de los servicios privados de residencias y concurrencias;
- 6) Ingreso al sistema;
- 7) Evaluación del aprovechamiento o grado de rendimiento del aprendizaje.

A propósito de este tipo de sistema de evaluación Ernesto Taboada sostiene que “es posible caracterizar la propuesta de evaluación de los Colegios Médicos en términos generales como un modelo de evaluación externa de control y regulación de la formación. El proceso de evaluación es ajeno al proceso de aprendizaje, como así también, al contexto en el cuál se inscribe el proyecto formativo. En este modelo, el acto de evaluar consiste en clasificar a los servicios en aptos o no”(18). Las Sociedades Científicas por lo general tienen como objetivo acreditar al programa de formación conforme a estándares educacionales definidos y establecer la acreditación como proceso que permita revisiones regulares y periódicas. Las Sociedades tienen la misión de informar al público, al consejo de especialidades, a residentes y estudiantes de Medicina si el programa de residencia en la especialidad correspondiente responde a los niveles que han sido establecidos para esta forma de educación de postgrado.

Se trata entonces de evaluaciones también externas que recopilan información relacionada con:

- 1) Tipo de planta funcional;
- 2) Acceso a servicios auxiliares las 24 horas;
- 3) Recursos Humanos;
- 4) Datos generales de la residencia;
- 5) Actividades de los residentes y docentes;
- 6) Otras ofertas docentes del servicio hospitalario;
- 7) Evaluación;

- 8) Aspecto económico de la residencia;
- 9) Situación jurídica de los residentes;
- 10) Comodidades para los residentes.

Existe también en Argentina la "Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de programas de Educación Médica de Postgrado en la República Argentina", formada en Marzo del 1997 y cuya función principal "contribuir al continuo mejoramiento del recurso humano médico, destinado a satisfacer las necesidades de salud en la República Argentina, todo ello dentro del marco de las políticas nacionales pertinentes, y para asegurar la excelencia del sistema y calidad de la atención médica"... Además "acreditar y evaluar programas de educación médica de post-grado que incluyan Residencias Médicas u otros medios de valor y suficiente complejidad para otorgar a los egresados una certificación de especialidad, siguiendo para ello un procedimiento que permita en forma válida, confiable y objetiva, valorar y ponderar la entrega del certificado por las Sociedades científicas de especialidad que correspondan" (19)

Finalmente, existe la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) que es un organismo formado a partir de la Ley de Educación Superior de 1995 y que tiene como misión la acreditación y categorización en cumplimiento de la Ley de Educación Superior N° 24.521 (art39) de acuerdo a patrones y estándares establecidos por el Ministerio de Cultura y Educación en base al dictamen del Consejo de Universidades (Resolución N° 1168/97) (20).

La CONEAU ha definido la acreditación como el proceso de evaluación de la *calidad* académica, dirigido a su mejoramiento. Sus objetivos son exclusivamente académicos y efectos sociales y eventualmente políticos, pero no jurídicos, tendientes a: Propiciar la consolidación y clasificación del sistema de postgrado adoptando criterios de excelencia reconocidos internacionalmente tendientes a facilitar procesos de mejoramiento de su calidad; Promover la formación de recursos humanos altamente calificados tanto para las actividades de docencia e investigación, cuánto para la formación de profesionales especializados; Tender hacia una organización más racional de la oferta de las distintas modalidades de postgrado y Proveer a la sociedad información confiable acerca de la calidad de la oferta educativa en el nivel de postgrado, a fin de fortalecer su capacidad de elección.

Sus atribuciones son las de:

- 1) Otorgar o denegar el “reconocimiento oficial” del título de cada nueva carrera de conformidad con la Ley de Educación Superior.
- 2) Dejar sin efecto el reconocimiento de un título.
- 3) Disponer la suspensión del “reconocimiento oficial”.

La evaluación es realizada por intermedio de Comités de Pares y se emite un dictamen de acreditación y/o categorización a las instituciones universitarias, al Consejo Universitario Superior y al Consejo de Rectores de Universidades privadas. La acreditación tiene una validez de tres años. Retoma criterios sobre el marco institucional, el plan de estudio, el cuerpo académico y los alumnos. Además, evalúa el equipamiento, Bibliotecas y Centros de Documentación y las disponibilidades para investigación y práctica profesional.

En todos los casos se pone de manifiesto el carácter regulador de los modelos, que conlleva a una situación de evaluación obligada, que se impone por razones de la lógica de mercado: la oferta compite por la demanda. La acreditación y la categorización confieren atributos de excelencia o no, y esta posición le da ventajas (o desventajas) competitivas a la oferta educativa. El resultado es, siguiendo la lógica, solicitar la evaluación. En este sentido se puede agregar al modelo el carácter de acto de promoción, de modo que en cuánto se acredita y categoriza, es habilitado para funcionar.

El mismo Taboada insiste en que el impulso dado a la evaluación educativa se presenta como necesaria, novedosa y adquiere un valor en sí misma, que puede además validar los estudios universitarios. Es claro advertir que para los gobiernos, la práctica de la evaluación podría tener un fin político, regular la oferta educativa pública con criterios eficientistas para la asignación de financiamientos de los fondos públicos, constituyéndose en una racionalidad técnica de control presupuestario, más que un proceso y una práctica de evaluación permanente de la institución, su contexto y los procesos específicos educativos, en una perspectiva de variados plazos hacia la superación de situaciones que permita el avance hacia cambios sucesivos adecuados y comprometidos con la realidad.

En este último sentido y siguiendo los mandatos internacionales de búsqueda y construcción de la “calidad médica” (21, 22, 23) es que

preferimos revisar los diferentes enfoques teóricos-metodológicos trabajados hasta el momento por los expertos en Ciencias de la Educación y su posible relación con los diferentes modelos e instrumentos de evaluación de las residencias en salud¹⁰.

Existe una variedad de definiciones sobre calidad, relacionadas con posiciones y teorías epistemológicas y educativas. Unas enfatizan más al proceso educativo para alcanzar la calidad, otras en cambio, colocan su énfasis en el producto obtenido: el rendimiento del alumno, el diseño curricular, etc. Gabriela Diker sostiene que: “A falta de definiciones precisas, debajo del concepto de calidad se ubica casi todo: la relación escuela-ámbito productivo; la formación y capacitación de los docentes; la diferencia a las respuestas regionales y socio-culturales; los modelos de gestión institucional; los contenidos de la enseñanza; el rendimiento de los profesionales; el gasto educativo; los materiales de instrucción; la duración de la jornada escolar; el origen social del profesor” (24)

Sin embargo, resulta interesante considerar las siguientes definiciones sobre calidad: “la calidad se centra en el proceso y en el producto, son elementos de una misma realidad, ya que el proceso se caracteriza, en su calidad, por el producto que consigue y el producto es la consecuencia del proceso que desarrolla” (Escámez) (25), y “calidad como espiral ascendente, una vez iniciado nunca se termina... siempre tenemos que estar insatisfechos con la calidad alcanzada” (schmelkes) (26).

Estas definiciones remiten a la reflexión que la calidad es un concepto basado en valores, y como tal existe un amplio conjunto de grupos de interés y cada uno de ellos tiene su propia perspectiva acerca de la calidad. Entender la calidad y llegar a indicadores de calidad es un proceso dinámico y continuo de reconciliación de las visiones de los diferentes grupos de interés. Pero el proceso de definir la calidad es importante en sí mismo, porque brinda la oportunidad de conocer esos valores y definir hasta dónde se quiere llegar, pensando siempre en etapas sucesivas y que siempre se puede ir más lejos. Desde el punto de vista de la calidad como proceso, no se trata de obtener un docu-

¹⁰ Una revisión específica de este tema se encuentra publicado por el Programa de Recursos Humanos de OPS: Lic. Rosa María Borrell, *Calidad Educativa en la acreditación de los Programas de Formación de Especialistas y en la Certificación Profesional*, Serie Recursos Humanos, N° 26, OPS/OMS, Washington DC, noviembre de 2000.

mento final con resultados puntuales, se trata de generar la calidad como *tendencia*, como *trayectoria*, como *procesos de construcción continua*, más que como resultado.

Los enfoques metodológicos hacia la calidad desde donde se gesta o se mide la calidad reflejan un abanico de visiones: *el Estado, el sistema de revisión por parte de colegas, los mercados y la propia institución formadora*. El primero busca fomentar el lanzamiento de egresados de calidad con una relación costo-eficacia óptima, el segundo sistema intenta preservar valores y orientaciones, el tercero, trata de responder a las preferencias del consumidor y el cuarto intenta trabajar desde el ámbito interno las posibles orientaciones, construcciones curriculares y los conflictos generados en el ámbito de la complejidad educativa.

Basados en esta clasificación, podemos identificar que los cuatro tipos de evaluaciones citados, que buscan la acreditación de las residencias médicas en la Argentina, se enmarcan desde la posición de colegas y desde el Estado, y buscan desarrollar una evaluación que permita identificar el producto: la clasificación y la categorización del proyecto educativo.

Desde la mirada internacional, la OPS/OMS considera que la acreditación consiste en reconocer, por la autoridad competente, la capacidad de las instituciones formadoras para el desarrollo de procesos de enseñanza en los que se cumpla con *estándares mínimos de calidad*. Es un sistema de supervisión integral de las instituciones de educación superior que se lleva cabo mediante diversos mecanismos de evaluación periódica de desempeño en el que se valoran las variables más significativas del desarrollo del proyecto de estas instituciones. De lo que se trata es de retroalimentar de manera continua a las escuelas para que formulen programas de desarrollo en beneficio de alumnos y profesores y de la búsqueda de conocimientos más significativos. (27)

Esto significa considerar el concepto de calidad en su dimensión de proceso educativo tomando como base fundamental el desarrollo del mismo, la construcción curricular como un continuo, y el perfeccionamiento docente, lo que implica entender calidad como proceso consensuado por todos los miembros implicados en el acto educativo, como construcción de objetivos para cada contexto y momento y como la trayectoria o tendencia que realizamos para conseguirlos.

Esta dimensión de búsqueda de calidad requiere como carácter aleccionador y esclarecedor aprender a aprender; aprender a desaprender

conceptos caducos; aprender mediante el hacer, construyendo espacios de reflexión, grupos de calidad, procesos de planificación estratégica, programas de educación permanente y de perfeccionamiento docente; aprender a ser, rescatando valores y la dignidad existencial de la institución.

Más allá de la formación:

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la División de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud ha evaluado durante la última década las nuevas tendencias del desarrollo de los Recursos Humanos en Salud a la luz de las reformas económicas, laborales y sectoriales, particularmente las de Salud y Educación.

Es motivo de preocupación la tendencia creciente hacia la apertura de un gran número de facultades y escuelas de Medicina, especialmente privadas, (en 1992 existían en Argentina 13 facultades de Medicina; para 1998 la cifra ascendió a 21) cuyos egresados seguramente, siguiendo el modelo de atención de salud nacional requerirán el ingreso a una residencia pública o privada.

Otro de los cambios observados es el relacionado con los regímenes laborales y el énfasis en la flexibilidad laboral, tanto del empleo, ante las fluctuaciones de los mercados de trabajo (externa), como la llamada tecno-organizativa (interna), que exige una mayor adaptabilidad del personal a los cambios tecnológicos en los procesos de producción. Además se han observado cambios en los regímenes salariales y en los marcos regulatorios de los mercados de trabajo, con tendencia hacia la desregulación. (28)

Los procesos de ajustes en los países, las nuevas leyes laborales y los cambios en las políticas de salud sugieren algunas preguntas importantes, que van allá de la calidad de la formación y los procesos de acreditación, certificación y recertificación como mecanismos contribuyentes a mantener la calidad de los profesionales.

Algunas de dichas preguntas tiene que ver con la política de formación de Recursos Humanos en Salud; en el caso específico del tema referido en este documento, la política de formación de especialistas, su relación con el modelo de atención existente o el que se contemple

desarrollar en el futuro; la priorización o no de una formación más generalista con fondos estatales y el impacto en términos de costo-beneficio de un sistema de atención de salud sostenido bajo un esquema de recursos humanos altamente especializados.

Este tipo de análisis también debería contemplar lo relacionado con la asignación “no óptima” de los Recursos Humanos en Salud, en cuanto a la composición del equipo de salud y a su distribución geográfica, problemas además que se arrastran de la “vieja agenda” de desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. En otras palabras, habría que preguntarse, ¿cuál es el monto total invertido anualmente en formación de recursos médicos especializados y cuál es el invertido en personal no médico? ¿Cuánto habría que invertir para equilibrar la composición del equipo de salud en el país de acuerdo con las demandas de salud, y las nuevas políticas y perspectivas de salud del país?

Otras preguntas no menos importantes tendrían que plantearse en relación a la composición del mercado de salud en este campo, en particular aquellas relacionadas con las variables de ajuste; la “flexibilidad” y “precarización” en el empleo en salud; los sistemas de incentivos a la productividad y el impacto de las nuevas modalidades de organización y gestión de servicios. La búsqueda de flexibilidad laboral es uno de los paradigmas vigentes en la gestión de personal en el sector salud, adoptada con criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar condiciones de competitividad. La idea de avanzar en el conocimiento de estas variables de ajuste tiene como propósito conocer la calidad de la atención bajo éstas condiciones de empleo y los niveles de productividad de los servicios. (29)

La calidad guarda semejanza con la productividad y son presentados como factores de competitividad en los procesos de reforma del sector salud y como moduladores de los futuros sistemas de incentivos. También se presentan como criterios para la regulación de servicios y del personal en los servicios y para definir criterios de desarrollo de capacidades específicas y mejoramiento continuo del desempeño. Es por esto que la calidad no solo debe impulsarse desde el ámbito educativo. Desde los servicios también se deberían establecer acciones o intervenciones para el mejoramiento permanente de la calidad de la atención y el desarrollo de experiencias con objetivos de aprendizaje institucional.

Conclusiones:

El número de residentes financiados hasta 1999, tanto por el Ministerio de Salud de la Nación como por provincias es un dato que amerita de una consideración especial por la importante carga que significa para cada uno de los Ministerios y Secretarías y por la labor que cumplen los residentes en los servicios de salud.

En un año, entre el Ministerio de Salud de La Nación, la Provincia de Buenos Aires y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se invirtieron 105 millones de pesos (tomando en consideración los años 1997, 98 y 99 respectivamente) en formación de recursos humanos especializados a través de la modalidad de Residencias de Salud. Aunque este monto representa el 0.52% de los gastos generales invertido en salud en el año 1995 (20,000 millones de pesos según el Banco Mundial), significa un alto valor de inversión en formación. Hay que resaltar su importancia además en el sentido de que, el sistema de servicios de salud descansa en determinadas horas del día, en manos de este personal pagado para recibir capacitación sobre una especialización determinada.

Por otra parte, el número de residentes financiados y el número de residencias por instituciones ha ido en aumento. En gran parte podría estar obedeciendo al aumento por un lado, del número total de establecimientos, de 9.051 unidades en 1980 a 16.086 en 1995; al aumento de la cantidad de camas disponibles (de 145.690 en 1980, a 155.749 en 1995), y al número de graduados en ciencias médicas, a pesar de su disminución en relación a la década de los ochenta¹¹.

Algunos de los objetivos planteados por la antigua Comisión Nacional de Recursos Humanos quedan pendientes. Algunos avances se refieren a cuestiones administrativas relacionadas con la configuración de un mapa de especialidades registradas y financiadas por el Ministerio de Salud de Nación; la discusión y consenso sobre un marco de referencia en el tema de las especialidades médicas; la construcción de una base de datos sobre residencias en salud; la recopilación en forma de *Digesto* de leyes, decretos y normativas vigentes a nivel nacional y provincial; la discusión a nivel nacional

¹¹ Ver estudios de Mónica Abramzón, 1993 y 2000.

sobre la calidad de los recursos humanos, además de otras propuestas novedosas que desde el marco del Ministerio de Salud de Nación comienzan a surgir.

Entendemos que el tema de las residencias en salud no está agotado en los distintos aspectos que le confieren su carácter de formadores de especialistas en salud, tanto en sus aspectos administrativos como educativos. Los puntos críticos señalados en las evaluaciones ameritan un tratamiento especial, tanto a lo interno de cada institución hospitalaria formadora, como en el nivel externo, de regulación de los procesos de formación y de licenciamiento de la práctica profesional.

El tema de la formación de especialistas tampoco está agotado en relación a las políticas de desarrollo de recursos humanos; al mercado de trabajo y a la composición de la fuerza de trabajo en salud. Quedan pendientes algunos temas importantes, tanto de la “vieja agenda” del campo de los Recursos Humanos en Salud, como otros relacionados con la “nueva agenda”, que aparecen con las nuevas demandas y transformaciones instaladas con las reformas del estado y del sector salud en particular en los últimos años.

Dentro de la “nueva agenda” del campo de los Recursos Humanos en Salud y en el caso particular de la Argentina una conclusión y discusión pendiente es la referida al campo de trabajo del médico recién egresado. Pareciera que sólo hay mercado de trabajo para el especialista, por tanto la residencia es la que verdaderamente forma postulantes para el mercado de trabajo. En tal sentido, las residencias modelan la fuerza de trabajo médico del futuro cercano.

Finalmente, la configuración de calidad, cantidad y competencias de los médicos en ejercicio serían la principal determinante del modelo de atención vigente, razón por la cual correspondería estudiar con mayor profundidad estos aspectos. Si se logra actuar sobre el sistema de residencias (mayoritariamente concentrado y financiado por el Estado), podría actuarse decisivamente en cambiar el modelo de atención de salud, poniendo énfasis en esquemas de promoción de la salud, atención primaria, el enfoque comunitario, la visión integradora y el análisis de los costos y de la salud pública en general.

Este tipo de estudio y reflexión compartida permitiría retomar dos áreas del campo de los Recursos Humanos en Salud, internacionalmente recomendadas desde hace algunas décadas: la planificación de la educación médica y la integración del trabajo-aprendizaje.

Algunas recomendaciones:

Se sugieren los siguientes cursos de acción:

- 1) Considerar los problemas emanados de las autoevaluaciones de 436 programas de Residencias en salud, en tanto representan un número considerable de programas en funcionamiento.
- 2) Organizar discusiones y propuestas consensuadas relacionadas con los cuatro grandes ejes de problemas encontrados en las evaluaciones: los de Regulación y Planificación, los de Orientación y Gestión, los problemas sobre el enfoque de la Formación y los Pedagógicos.
- 3) Continuar promoviendo ejercicios de autoevaluación dentro de la perspectiva de generar procesos de perfeccionamiento de los recursos humanos especializados en formación, con una clara orientación de mejorar la salud de la población Argentina y mejorar la administración de las instituciones de salud (públicas y privadas).
- 4) Promover intercambios de experiencias entre instituciones (nacionales y/o internacionales) con exitosos programas de formación que sirva de estímulo a la construcción de la calidad y al perfeccionamiento docente.
- 5) Estimular a las instituciones acreditadoras a incorporar otras variables e indicadores que conduzcan a impulsar procesos de calidad educacional y de desempeño laboral.
- 6) Encarar los problemas de las residencias médicas en el marco de las políticas de salud y del sistema de salud de Argentina.
- 7) Considerar la formulación de estudios sobre mercado de trabajo y propuestas de políticas de desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

Bibliografía

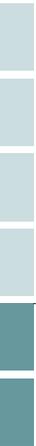
- (1) Ministerio de Salud . Secretaría de Política y Regulación de Salud. División de Evaluación y Planificación en Salud. Proyecto de Residencias Médicas. Buenos Aires. Mineo. 1998.
- (2) Mateo Fiorentino. Especialidades Médicas: una visión histórica. Propuestas para el presente, anotaciones para el futuro. Buenos Aires, 1998. Mimeo
- (3) Claudio Invernizi y Liliana López Val. Recopilación de Leyes, decretos y Normativas en el área de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud y OPS/OMS. Buenos Aires, 1999. En publicación.
- (4) María Eugenia Brissón. Especialidades Médicas reconocidas por la Secretaría de Salud de la Nación. PRONATASS-Secretaría de Salud. Buenos Aires. 1992. Mimeo
- (5) María Eugenia Brissón y María Isabel Morera. Normas Legales relacionadas con la regulación y el control del ejercicio profesional del personal de salud. Secretaría de Salud- PRONATASS. Buenos Aires, 1993. Mimeo
- (6) Mónica Abramzón. Recursos Humanos en Salud: Argentina. Buenos Aires, Marzo 1993. Mimeo.
- (7) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Terceras Jornadas de Orientación a las Residencias. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Julio, 1999
- (8) Borrell R, Fiorentino M., Walter H. Informe sobre el Proyecto de Regulación de Especialidades Médicas en la Argentina. Ministerio de Salud de la Nación-OPS/OMS, Buenos Aires, 1996.
- (9) Ernesto Taboada. Análisis de los modelos instrumentales para la evaluación de las Residencias Médicas. Instituto Lazarte. Rosario, 1998.
- (10) Rosa María Borrell. Evaluación de las Residencias de Salud de Salta. OPS/OMS. Argentina, 1997.
- (11) Rosa María Borrell. Evaluación de las residencias Médicas de Rosario. OPS/OMS, Argentina, 1998.
- (12) Humberto de Moraes Novaes. A problemática do moderno hospital universitário: Fatores organizacionais nas crises dos hospitais de clínicas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Julio 1980. Pág. 40
- (13) Aldo Schlemenson. Análisis organizacional y empresa unipersonal: crisis y conflicto en contextos turbulentos. Buenos Aires. Paidós, 1993, Pág. 41
- (14) Novaes, Op. Cit. Pág. 43

- (15) Amador Neghme. "Algumas reflexões sôbre os hospitais universitários, a administração e o ensino médico. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Noviembre 1970. Pag. 392-393
- (16) Edith Litwin. Las Configuraciones Didácticas: Una nueva agenda para la enseñanza superior. Buenos Aires, Paidós Educador, 1997.
- (17) María Cristina Davini. " Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje" en Educación Permanente de Personal de Salud. OPS-OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos #100. Washington. 1994. Pág. 109-114.
- (18) Ernesto Taboada, Op. cit. Pág. 12 y 13.
- (19) Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de postgrados en la República Argentina. Actuación Notarial.
- (20) Ministerio de Cultura y Educación. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. Buenos Aires. 1997.
- (21) World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. Lancet. 1988: 8608 (464).
- (22) OPS/OMS-FEPAFEM. Los Cambios de la Profesión Médica y su influencia sobre la Educación Médica. Edimburgo, Escocia. 1993.
- (23) OPS/OMS- Facultad de Medicina de la República del Uruguay. Encuentro Continental de Educación Médica. Punta del Este, Uruguay, 1994.
- (24) Gabriela Diker. ¿De qué hablamos cuando hablamos de calidad? Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Congreso Internacional de Educación. Buenos Aires. 1996.
- (25) J. Escámez Sánchez. Teoría Pedagógica y el Progreso educativo. Alicante, 1988 citado por Elena Cano García: Evaluación de la Calidad Educativa. Madrid, Editorial La Muralla, 1998. Pág 71.
- (26) Schmelkes, S. Hacia una mejor calidad de nuestras escuelas, de 1992 citado por Elena Cano García: Evaluación de la Calidad Educativa. Madrid, Editorial La Muralla, 1998. Pág. 106.
- (27) OPS/OMS. División de Desarrollo y Sistemas de Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Evaluación y acreditación de Instituciones y certificación y recertificación de profesionales. Washington, 1998.
- (28) Brito, P., Campos, F. Y Novick, M. Gestión de Recursos Humanos en las reformas Sectoriales en salud: Cambios Y Oportunidades. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1996.

- (29) OPS-OMS-CEPAL-OIT. Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud. Quito, Ecuador, 2000.



Anexo



**Organizacion Panamericana de la Salud (OPS)
Organizacion Mundial de la Salud (OMS)
Representacion de la OPS/OMS en la Argentina**

Instrumento de Evaluación de las Residencias Médicas*

I. Informacion general

1. Fecha de aplicación (día, mes y año):.....
2. Hospital:.....
3. Hospital de Autogestión Sí No
Categorización por niveles de atención según riesgo:.....
Nivel de Complejidad:.....
4. Dependencia:
Privado:
Público:
Nacional:.....
Provincial:.....
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires:.....
Otras Municipalidades:
5. Nombre de la Residencia:.....
6. Duración:..... años
7. Aclarar si es:
Básica:
Post básica: En este caso, cuál es la especialidad básica:.....
8. Nombre del(os) actual(es) instructor(es) y/o coordinadores:
.....
.....
9. Antigüedad de la Residencia:
10. Fecha de inicio de la Residencia (día, mes y año):.....
11. Promedio del número de residentes por año (en los últimos cinco años):.....
12. En el cuadro siguiente, llene los datos relativos a número de ingresos, egresos y deserción de Residencias según la promoción y año de inicio de la misma.

	Promoción	Año	Ingresos	Egresados	títulos/certificados como especialistas	deserciones
1ra.						
2da.						
3ra.						
[...]						

* El llenado del Instrumento se realiza a partir de un Taller de discusión y reflexión compartida entre los actores que intervienen en el proceso de formación (directores, tutores, docentes y residentes).

II. Aspectos Conceptuales

A. Perfil del residente

13. Como parte del Programa de la Residencia, ¿existe alguna definición clara y explícita del perfil del residente que se desea formar?
 Sí No En proceso de definición
 En proceso de redefinición
14. Previo a la apertura de la Residencia, ¿se realizó algún tipo de investigación sobre necesidades de formación de recursos humanos en esa área de especialidad?
 Sí No
15. Para la apertura de la Residencia, ¿se realizaron discusiones sobre la formación de recursos humanos en dicha especialidad?
 Sí No Falta información
16. ¿Se presentó algún trabajo que explicitara los objetivos y el papel del residente y definiera su accionar en la situación social de salud de ese momento?
 Sí No No se sabe

B. Identificación de problemas locales/nacionales de salud-enfermedad

17. ¿Lleva el hospital un sistema permanente de registro de morbi-mortalidad?
 Sí No
18. ¿Analizan los residentes, conjuntamente con sus profesores, los problemas de salud-enfermedad identificados por el Hospital?
 Sí No
19. Analizan y comparan los problemas de salud y las estadísticas locales con las nacionales y/o mundiales?
 Sí No
20. Qué tipo de análisis realizan?
 Estudio de casos Individual Social
21. Marque con una X las categorías de análisis que utilizan para el estudio de problemas de salud-enfermedad.
- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clínicas | <input type="checkbox"/> Estadísticas | |
| <input type="checkbox"/> Políticas | <input type="checkbox"/> Culturales | <input type="checkbox"/> Educativas |
| <input type="checkbox"/> Económicas | <input type="checkbox"/> Biológicas | <input type="checkbox"/> Sanitarias |
| <input type="checkbox"/> Sociales | <input type="checkbox"/> Psíquicas | |
22. ¿Utiliza el programa de Residencia alguna bibliografía que permita identificar problemas nacionales e internacionales de salud-enfermedad?
 Sí No
23. Identifique alguna(s) de la(s) bibliografía(s) utilizada(s) de manera sistemática.

C. Integración docencia-investigación-servicios

24. ¿Ha definido el programa de Residencia su propio concepto de integración docencia-servicio?
 Sí No
25. Si lo ha definido, escríbalo a continuación:

26. ¿Cuántas horas semanales (en total) fueron reglamentadas en este programa de Residencia?
 horas
27. De estas horas, ¿cuántas se dedican a actividades docentes de tipo teórica?
 horas
28. ¿Cuántas horas se dedican a prácticas asistenciales?
 horas
29. ¿Realizan los residentes investigaciones cada año?
 Sí No
30. Enumere cuántas investigaciones y de qué tipo son realizadas por cada generación de residentes:
 Tipo de investigaciones.....
 Número de investigaciones.....
 Clínicas (estudio de casos) epidemiológicas

31. Los residentes dedican la mayor parte de su tiempo asistencial a (escriba en porcentaje de tiempo):
 a) Actividades de prevención..... %
 b) Actividades curativas.....%
 c) Actividades quirúrgicas.....%
 d) Actividades de rehabilitación.....%
32. Participan los residentes en todos los niveles de atención
 a) ¿Primaria?
 Sí No
 b) ¿Secundaria?
 Sí No
 c) ¿Terciaria?
 Sí No

III. Aspectos educativos y pedagógicos

A. Programación Educativa

33. ¿Existe un programa educativo que sirve de guía a las actividades de enseñanza-aprendizaje?

Sí No

(Si existe, anexe uno a esta encuesta)

B. Orientación de los contenidos

34. Marque con una X si los contenidos educativos se desarrollan a partir de:

- Asignaturas independientes
- Un programa interdisciplinario general
- Cada profesor elige los contenidos que ofrecerá en su programa
- Problemas de salud presentados en la atención diaria

C. Orientación pedagógica

35. Marque con una X los términos de enseñanza-aprendizaje utilizados:

- Conferencia
- Demostración
- Exposición de los alumnos
- Enseñanza Socrática (doble vía)
- Grupos de discusión
- Trabajos de laboratorio
- Estudio independiente
- Tutorías
- Ateneos Clínicos
- Ateneos anátomo-clínicos
- Estudio por problemas

36. Marque con una X la metodología de la evaluación del aprendizaje más utilizado por los docentes:

- Examen
- Selección múltiple
- Desarrollo
- Exposición oral
- Solución de problemas
- Trabajos de investigación
- Estudio de casos

37. Características del sistema de evaluación del aprendizaje

Frecuencia de evaluación formal: una o más veces por año

Sí No

Evaluación sumativa:

Sí No

Descripción de los instrumentos.....

Evaluación del proceso:

Sí No

Descripción de los instrumentos.....

D. Desarrollo Educativo

38. Escriba en el siguiente cuadro el número de docentes por cada nivel de la Residencia, la especialidad de los mismos y el número de residentes de acuerdo al nivel.

Número de Docentes	Especialidades(*)	Número de Residentes
R-1		
R-2		
R-3		
R-4		

(*En caso de existir varias especialidades, utilice la parte de atrás de la hoja y enumere por nivel las especialidades de los docentes.

39. Realiza la Residencia actividades que permitan la discusión entre residentes y docentes sobre el desarrollo del proceso educativo?

Sí No

40. En caso de que la pregunta anterior sea afirmativa, describa el tipo de actividad y los años en que se realizó.

.....

E. Producción Científica

41. Escriba el número de trabajos realizados por año en la Residencia y el nombre de las revistas en que son publicados (en caso de que se publiquen). En caso de que no se realicen trabajos, dejar la pregunta en blanco.

Número de trabajos por año.....

Revistas en las que se publican:

.....

F. Programas de Educación Continua

42. ¿Realizó la residencia algún programa de Educación Continua para los docentes?

No realizaron Un programa Más de dos programas

NOTA: Diga el nombre de los programas.

.....

43. Realizaron los docentes programas de educación continua generados por su propio interés personal?

Sí No

Identifique algunos:

.....

44. Se realizan con frecuencia programas de capacitación pedagógica para los docentes?

Sí No

Nunca se han realizado

45. En caso de que la respuesta sea afirmativa, describa el tipo de programa, las características del mismo y la institución que lo organizó y ejecutó.

.....

46. ¿Maneja el docente programas computarizados, manejo de Internet y otros?

Sí No

Cuáles:.....

.....

47. ¿Realiza la Universidad actividades de apoyo y seguimiento al proceso de desarrollo educativo de la Residencia?

Sí No Con poca frecuencia Nunca las ha realizado

No existen contactos con la Universidad

48. ¿Se dispone de vivienda para alojamiento de residentes?

Sí No

G. Espacio para la Docencia

49. ¿Dispone la residencia de un espacio (aula) para el desarrollo de la docencia?

Sí No

En proceso de construcción

H. Apoyo Bibliográfico

50. Existe en la Residencia una biblioteca especializada y actualizada?
Sí No
51. Aproximadamente, ¿de cuántos libros dispone la biblioteca?
..... libros
52. Marque con una X si la biblioteca cuenta con suscripciones mensuales o anuales de revistas nacionales y extranjeras.
N° de Revistas..... Mensual Anual Nacionales
Extranjeras
53. ¿Mantiene la biblioteca un sistema de préstamo interbibliotecario?
Sí No
54. ¿Tiene la biblioteca sistemas de información computarizados con acceso a servicios nacionales e internacionales?
Sí No
55. ¿Tiene la biblioteca servicios de un bibliotecólogo?
Sí No

IV. Características del sistema de aplicación de actividades de aprendizaje**A. Sector Internación**

56. Número de camas:.....
57. % de ocupación:
58. Giro/cama:
59. Número de pacientes asistidos por residente:.....
Adecuación a los objetivos de aprendizaje:
Sí No

B. Sector Ambulatorio

60. Número de consultas del servicio por mes:.....
61. Número de consultas por residente por año:.....
más de 600 y menos de 1200
Sí No
62. En caso de las residencias que tengan actividades comunitarias, escriba el número de trabajos comunitarios que realiza el residente por año:.....

63. Seleccionar diez procedimientos:

	N° de procedimientos durante la residencia	N° de procedimientos para alcanzar competencia
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____
7 _____	_____	_____
8 _____	_____	_____
9 _____	_____	_____
10 _____	_____	_____

64. Adecuación del Número de procedimientos realizados durante la Residencia con los estándares de la Lista de Procedimientos y Habilidades:

Sí No

C. Características del sistema de supervisión:

65. Número de especialistas:.....

66. Número de supervisor (responsable docente, jefe de residentes, jefe de servicio, instructor, residentes de tercer año), por número de residente. (Especificar cuál de ellos):
Número de residentes: igual o menor a 8 residentes por supervisor

Sí No

67. Actividades de supervisión:

pase de guardia:

Sí No

recorrida de pacientes (internados o ambulatorios):

Sí No

supervisión durante la tarea:

Sí No

otras actividades de supervisión:

Sí No

descripción:

68. número de horas de supervisión

por día:

igual o mayor a 4 hrs. por día:

Sí No

- 69. Participan los residentes en cirugías diarias?
Sí No
- 70. Cuántas prácticas de laboratorio realizan diariamente los residentes?
..... prácticas
- 71. Cuántas prácticas en terreno se realizan diariamente en el caso de las residencias con mayor contactos con la comunidad?
..... prácticas

IV. Aspectos administrativos y financieros

- 72. A su juicio, ¿existe una buena coordinación entre los organismos rectores de la Residencia que permitan fortalecer el programa?
Sí No
- 73. ¿Cuántas actividades por año se realizan entre los organismos rectores y la Residencia para fines de coordinación y seguimiento?
Nº..... actividades.
- 74. ¿Cuál es el presupuesto anual que maneja la Residencia?
\$
- 75. ¿Cuenta la residencia con presupuesto propio?
Sí No
- 76. ¿Cuál es el presupuesto anual hospitalario en los actuales momentos?
\$
- 77. ¿Cuenta la Residencia con materiales educativos, como pizarrón, tiza, retroproyector, fotocopiadoras, videocsetera, videograbadora?
Sí No
- 78. A su juicio, ¿cuáles serán las necesidades (humanas, administrativas, educativas) básicas de la Residencia en estos momentos?
.....
.....
- 79. ¿Cuáles son los problemas que Ud. considera más importantes?
.....
.....
- 80. Diga en qué área de los Servicios, de la Educación y la Investigación funciona mejor la Residencia.
.....
.....
- 81. Plantee las recomendaciones que Ud. considere convenientes para el mejoramiento de la Residencia.
.....
.....