



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés
Departamento Académico de Economía
Licenciatura en Economía

***Buscando el equilibrio del mercado de
recursos humanos médicos en
Argentina***

Autor: Iván Piperberg
Legajo: 23204
Mentor: Carlos Vassallo

Buenos Aires, Victoria; Mayo 2017

INDEX:

Introducción	3
Complejidad de la Noción de Recursos Médicos en Argentina.....	4
Mercado de Salud en Argentina	7
Recursos Humanos Médicos	9
Oferta de Médicos en Argentina	12
Mecanismos de control de la Oferta de Médicos	13
Relevancia del rol de los Médicos Extranjeros	14
Oferta de Médicos Especialistas.....	15
Residencias	17
Desequilibrios en la fuerza laboral de Salud	19
Especialización y Desarrollo Tecnológico	20
Facultades de Medicina y Residencias (Ingresos y Egresos)	21
Nivel de Graduados en Medicina	25
Comparativa entre la Oferta de Residencias y la Ocupación de Cargos	30
Residencias 2	35
Nivel de Especialistas Médicos Disponibles	41
Asignación de Médicos (Con y Sin Especialidad).....	45
Déficit de Atención Médica Primaria y Enfermería.....	47
Demanda de Servicios de Salud y de Recursos Médicos	50
Modalidades de Remuneración de los Médicos	53
Resultados de la Demanda	53
Conclusiones	56
Anexo	62
Fuentes y Bibliografía	68

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se centrará en el estudio del sistema de salud en Argentina, focalizándose en el mercado de recursos humanos médicos. El tema es de una índole extremadamente importante dada sus características y la realidad con la que trata.

El mercado de recursos humanos médicos en Argentina es extremadamente heterogéneo y se enfrenta con diferentes barreras que generan desbalances en el equilibrio. Es importante poder entender en la mayor medida posible el funcionamiento actual del mercado de recursos médicos para poder identificar el origen de estos desequilibrios.

Más aún, es de vital importancia reconocer a los recursos humanos médicos como un componente clave para plantear procesos de reforma en el sector de salud, y para poder generar políticas públicas adecuadas de formación de profesionales. Estos procesos, por ende, deben construirse respetando los objetivos nacionales y provinciales sobre una base de normas que apliquen a los recursos humanos médicos y donde se destaquen su financiamiento y sus funciones, teniendo normas claras en su contratación y regulación que garanticen una alocaión eficiente en el mercado.

Universidad de
San Andrés

COMPLEJIDAD DE LA NOCIÓN DE MERCADO DE RECURSOS MEDICOS EN ARGENTINA

El mercado de recursos humanos médicos es un tema de una gran relevancia en el mundo y particularmente en América Latina. Existe un déficit mundial de profesionales en el sector de salud. Las políticas implementadas por los distintos países generaron movilizaciones en los recursos humanos médicos, y como consecuencia algunos países se vieron beneficiados por la inmigración de profesionales, sin embargo, muchos países sufrieron descapitalizaciones que ocasionaron un déficit en el número de médicos necesarios.

Argentina opuesto a esta tendencia, se caracteriza por ser uno de los países con mayor número de médicos por habitantes de la región¹ (3,9 médicos cada 1000 habitantes). El exceso en la oferta de médicos fue consecuencia de que en 1983 con el reinicio de la democracia hubo un exceso formativo sin controles regulatorios.

Sin embargo el país sufre de una falta de equilibrio en el sector que puede ser explicada por diversos factores.

“Quizás la mayor debilidad del sistema es la ausencia de rectoría y gobernanza que para un sistema tan diverso y complejo resulta muy difícil de direccionar. (...)”

En este panorama con un sector público que no conduce ni ordena, dado el modelo de descentralización sin rectoría y que en consecuencia no define ni emplea algunas políticas de recursos humanos comunes para todo el territorio nacional por ejemplo sería importante un COFESA consensuando una política de remuneraciones como instrumento de incentivo para poder atraer médicos hacia aquellos puestos y lugares menos atractivos.”²

¹Organización Mundial de la Salud, Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria. <http://apps.who.int/globalatlas/>. Indicadores del Desarrollo Mundial.

²*Oferta de médicos en la Argentina: del libre mercado a la planificación* Carlos Vassallo – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional del Litoral

En Argentina no hay una entidad/ institución que coordine un modelo organizado de política pública de Recursos Humanos en Salud que logre coordinar el mercado para solucionar problemas de asignación de recursos a niveles nacionales y provinciales. No hay un ente en el país que haya podido llevar un registro con información completa en cuanto a la oferta y la demanda de médicos disponibles.

Si se deja actuar al mercado libremente, lo que terminará sucediendo es un agrupamiento de los profesionales buscando las especialidades más rentables y prestigiosas.

En el marco de un país cuyo entorno no promueve ni paga por el cuidado de la salud, sino por la atención de la enfermedad se producen costos que podrían evitarse. Esto significa que el sistema de salud tiende a contratar médicos para resolver enfermedades y no para prevenirlas. Esto conlleva a una falta en el número de médicos de primer nivel, hay casos donde médicos formados para hacer medicina Familiar y General terminan haciendo una especialidad para poder insertarse en el mercado de trabajo ganando un salario digno.

Para comenzar a entender la problemática de los recursos humanos médicos es importante describir el mercado de trabajo médico en el país como *“fragmentado, heterogéneo, carente de uniformidades”*³. Esta heterogeneidad puede ser analizada en dos niveles: “Geográfico”, que releva las desigualdades que acontecen al ámbito rural y urbano, principalmente analizados por el grado de concentración económica.

El otro nivel de heterogeneidad está dado por la diferenciación de los recursos humanos médicos por género y edad, y la relevancia que estos factores presentan en el mercado.

En el mercado de salud se aprecian déficits en la oferta de recursos humanos médicos debido principalmente a la falta de políticas públicas adecuadas que compatibilicen y brinden soluciones a los problemas provinciales y nacionales.

El déficit se profundiza debido al alto nivel de segmentación profesional, (híper especialización) y factores geográficos (radicación de médicos en las ciudades más grandes).

³“Mercado de Trabajo Médico” Carlos Bloch, Irene Luppi, Alicia Aronna. (Pag. 36).

A su vez, el Mercado de Salud en Argentina tiene ciertas características intrínsecas que agravan las causas del déficit:

1. Feminización de la profesión
2. Edad envejecida en ciertas especialidades. (Gran porcentaje de médicos en edad jubilatoria).
3. Aumento de la oferta pública para cubrir centros de salud y hospitales.

El contexto internacional afecta el número de médicos del país en la medida que haya movimientos de pull y push, donde médicos locales deciden irse del país en busca de mejores condiciones y médicos o jóvenes extranjeros ingresan en Argentina para formarse/ejercer. En los últimos años Brasil, por medio de su Programa MaisMedicos⁴ incremento la demanda notablemente, Argentina sufrió una fuga de recursos médicos principalmente de la región norte.

Carlos Vasallo⁵, Profesor de Salud Pública, sostiene que *“El déficit de médicos en Argentina se expresa no en la cantidad sino en las especialidades y en la distribución geográfica por regiones. Medicina general y familiar, anestesia, neonatología, terapia intensiva, y en algunas zonas en particular como el noroeste y noreste del país así como en centros de salud y hospitales de provincia y localidades pequeñas y alejadas.”*

“Los médicos argentinos tienen un fuerte arraigo por “quedarse en el lugar donde estudiaron” y las organizaciones y sistemas provinciales de salud colaboran en agravar todos los síntomas de esta endogamia local.”

A lo largo de esta tesis se desarrollaran en mayor profundidad dichas alegaciones.

⁴4,200 dólares por mes / 40 horas de trabajo por semana / casa y comida / mes de vacaciones al año / dos familiares directos del profesional (/ plan x tres años / pagan 12.000 dólares por trabajar en Amazonia o zonas aledañas

⁵*“Oferta de médicos en la Argentina: del libre mercado a la planificación”* Carlos Vassallo – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional del Litoral

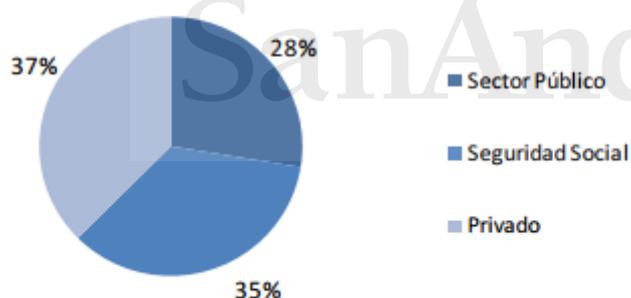
MERCADO DE SALUD EN ARGENTINA.

Para comenzar el análisis y a modo introductorio, es importante entender el contexto en el cual se encuentra el mercado de salud en el país y sus características principales. En Argentina el gasto de salud oscila entre 9% y 10% del PBI (MSAL 2013). En comparación con otros países de Latinoamérica, el país destina uno de los más elevados porcentajes en gasto de salud. Sin embargo, cuando se lo compara con países europeos, el porcentaje del gasto en salud es menor.

El gasto en Salud en el año 2013 fue de \$314 mil millones (9,5% del PBI). El 28% del gasto es financiado desde el ámbito estatal, el 35% es realizado por el sistema de seguridad social (Obras Sociales) mientras que el 37% restante corresponde al gasto que realizan las familias.

Grafico: Estructura de Financiamiento en Argentina.

Base: \$314 mil M
Fuente: MSBA, 2015



Fuente: MSBA, 2015.

El Gasto Público está destinado a diversas finalidades: el financiamiento de actividades médico sanitarias (preventivas, asistenciales, de vigilancia); además de gastos administrativos, compra de bienes de uso (medicamentos, vacunas), inversiones en tecnología y equipamientos médicos; gastos en investigación y desarrollo, gastos de mantenimiento, etc.

El mercado de salud en Argentina es un caso muy relevante ya que es el país con mayor cantidad de médicos por cada 10.000 habitantes de la región (38 médicos). Este

valor se aleja de la media latinoamericana de 22,5 médicos cada 10.000 habitantes y supera incluso a la media europea de 33,3 médicos cada 10.000 habitantes.

Según el Plan Decenal para las Américas de la OPS/OMS se postulaba como tasas deseables 8 médicos cada 10.000 habitantes (es decir un médico cada 1.250 habitantes). En el 2013 la relación en Argentina fue de un médico cada 216 pobladores. Sin embargo, a pesar de este elevado número, hay carencia de profesionales en algunas áreas especializadas de la medicina, este problema será analizado posteriormente donde se desarrollará la demanda y oferta del sector de recursos médicos en Argentina con un mayor grado de detalle para poder entender mejor el porqué de esta ineficiencia.



Universidad de
San Andrés

RECURSOS HUMANOS MÉDICOS

La distribución eficiente de recursos médicos, su equilibrio y el precio correspondiente, es un problema que lleva mucho tiempo siendo discutido.

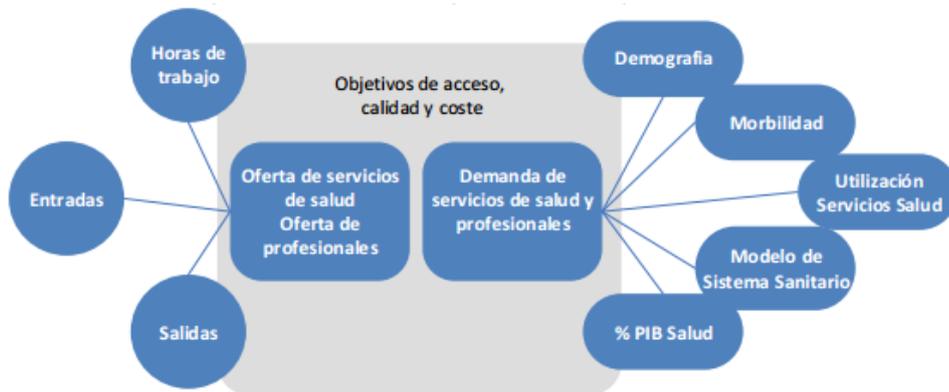
Profesionales Médicos.

Los Recursos Humanos médicos son un factor de producción clave a la hora de definir políticas e intervenir en el sector de salud. Es de suma importancia lograr identificar la información disponible para poder adecuar las políticas de formación de profesionales médicos a las necesidades de la Argentina y lograr un equilibrio entre la oferta y la demanda/necesidad de los especialistas dentro de este sistema de salud.

En un mercado competitivo, sin barreras, con información completa, la oferta y la demanda tienden a ajustarse naturalmente; en el mercado de la salud, hay factores que impiden este proceso de autorregulación, presencia monopólica de proveedores, gremios fuertes, información limitada, restricciones al acceso de formación profesional.

Dentro de los factores modificables que componen la oferta y demanda de los recursos médicos, se encuentran: el número de nuevos alumnos de medicina en las facultades, número y distribución de plazas residentes, estrategias de distribución territorial de los recursos o políticas sobre condiciones laborales y motivación profesional.

La ilustración a continuación resume las variables que intervienen en la oferta y demanda de recursos humanos en el sector de la salud.

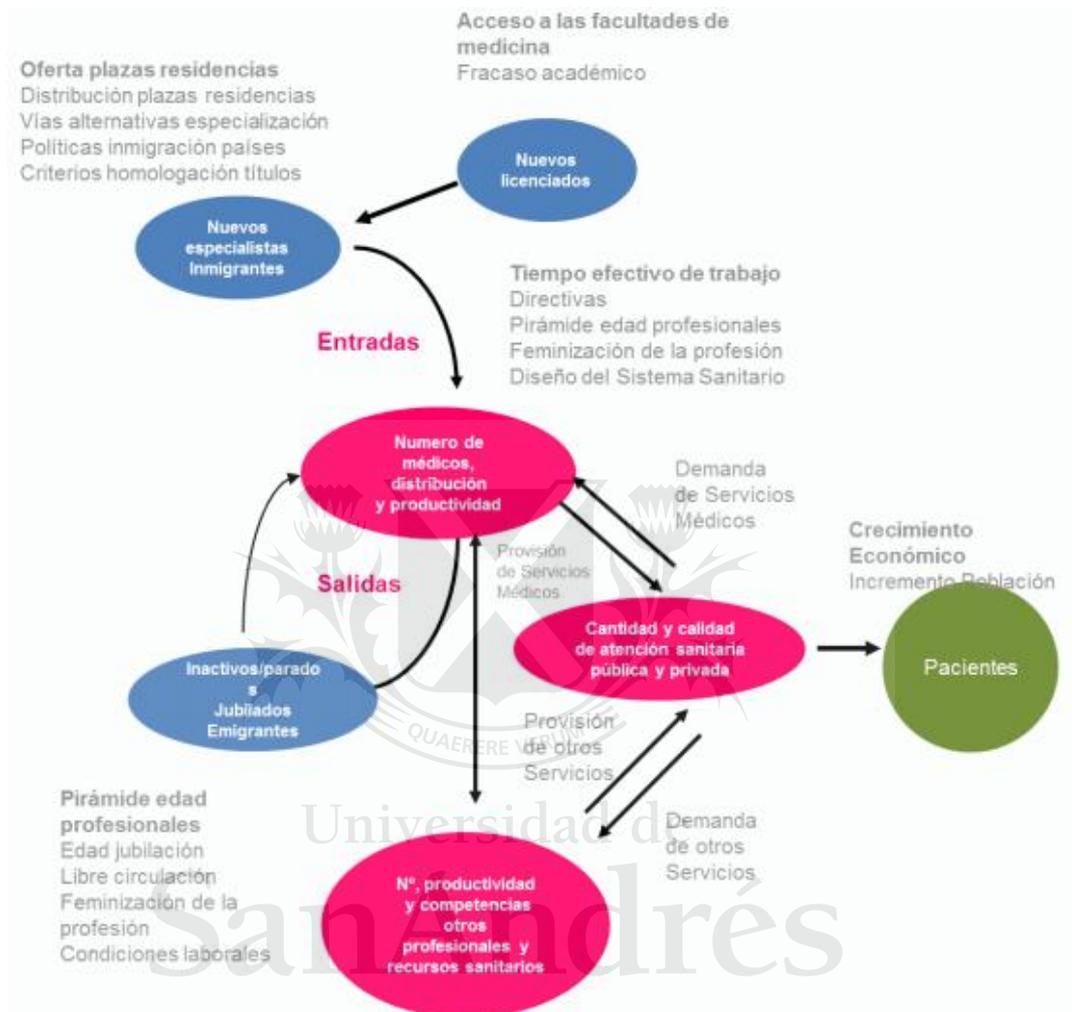


Los elementos que componen la oferta de médicos al sistema, son principalmente, la cantidad de estudiantes nuevos de medicina, el grado de deserción estudiantil, la inmigración profesional y la distribución de plazas de residentes. Los costos de oportunidad de un estudiante que opta por estudiar medicina son altos. Esto se debe al nivel de dificultad de las materias y a la duración de la carrera de medicina, no se ven compensados salarialmente una vez terminada la misma.

Los flujos de salida se deben fundamentalmente a que los recursos humanos deben jubilarse eventualmente. A su vez, los mismos fallecen, emigran o incluso, puede haber médicos que se emplean en otras actividades no relacionadas al área de la salud.

Como se menciono anteriormente, la demanda de servicios médicos puede ser un factor extremadamente variable y muy difícil de cuantificar con exactitud. Sin embargo, factores como la mortalidad de la población, el PBI destinado al sector de Salud, el diseño del propio sistema médico, el acceso y disponibilidad a la información, las condiciones laborales para el ejercicio profesional, son elementos que contribuyen a poder identificar con mayor certeza la demanda de servicios de salud y profesionales.

La siguiente ilustración detalla en un diagrama el flujo de los factores que inciden en la demanda y oferta de médicos.



Fuente: (OECD Health Working Papers N° 21: The supply of physician services in OECD countries.)

Este diagrama ayuda a graficar el ciclo mencionado anteriormente y a entender de forma más clara el ingreso y salida de profesionales médicos.

OFERTA DE MÉDICOS EN ARGENTINA

En esta sección se analizará la Oferta de Médicos en el país y los factores que influyen en la misma.

Los principales⁶ desequilibrios que afectan a los recursos humanos del sistema de salud son:

1. Déficit selectivo en algunas especialidades y localidades.

Existen déficits y superávits en la demanda por ciertas especialidades y regiones del país que pueden ser originadas por diferentes variables posteriormente mencionadas. El déficit selectivo se agrava por razones demográficas predecibles (feminización y envejecimiento de los médicos efectivos); por el aumento del tiempo de formación establecida para ciertas especialidades, y por otros factores exógenos, difíciles de predecir, como la capacidad de atracción de otros mercados.

2. Contratos y Condiciones laborales malas.

Las condiciones de contratación en el sector Salud en cuanto a salarios, condiciones de trabajo, “reconocimiento social”, horas trabajadas son muy precarias en el sistema de salud Argentino. Ver el ejemplo de los Residentes que se encuentran desmotivados y expuestos a condiciones laborales extremas, donde se trabaja muchas más horas de las acordadas por contrato y donde el salario es bajo.

3. Déficit en la Atención Primaria.

Para poder reducir el déficit en la atención primaria y mejorar la calidad de servicio, se deben cambiar las condiciones laborales y el prestigio de los que ejercen dichas labores. En el corto plazo, una mejora en los salarios puede emplearse eficientemente para incentivar la atención primaria. Pero para potenciar el desarrollo profesional de la atención primaria no bastan las medidas salariales, sino que hacen falta otros

⁶“Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables.” Beatriz González López-Valcárcel Patricia Barber Pérez Universidad de Las Palmas de GC

incentivos profesionales, oportunidades de formación, mejores condiciones de trabajo, y un cambio cultural de la sociedad.

Mecanismos de control de la Oferta de Médicos.

Existen dos⁷ instrumentos principales que ayudan a controlar la oferta de médicos, estos son: fijar el “*numerus clausus*” en las facultades y número de plazas “MIR” (Médico Interno Residente).

Los mecanismos para concretar anualmente dichos números resultan de intereses contrapuestos a los de los empleadores principales (los servicios regionales de salud), de los profesionales, de las universidades, de los centros docentes MIR y de los planificadores estatales y autonómicos. Esto se debe a que al controlar la oferta de médicos se puede estar beneficiando los intereses de una de estas partes por sobre otra.

El número de plazas MIR convocadas, planificadas o no, además de ayudar a definir la oferta laboral a medio y largo plazo, afectan las cotizaciones del mercado y permiten identificar por medio de señales los movimientos dentro del mercado de salud.

Las elecciones del MIR revelan año a año las preferencias de los jóvenes médicos. Es en la asignación de plazas donde el mercado adquiere un rol predominante en el proceso de planificación de profesionales sanitarios.

Si una especialidad tiene un mayor número de candidatos (al no tener restricciones) que el número de plazas convocadas, se produce un exceso de demanda por la misma. Los empleadores, en respuesta a esta señal y al conocer que hay una sobre oferta de médicos, pueden por lo tanto reducir los salarios en dichas actividades.

Y al contrario, las plazas vacantes se deben a un déficit de demanda, ya sea por falta de interés debido a condiciones económicas o por cuestiones cualitativas de la actividad.

⁷“Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria.” Informe SESPAS 2012 Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez

Relevancia del Rol de médicos extranjeros

Todo fenómeno migratorio responde en mayor o menor medida a dos fuerzas, una expulsora (push) y otra atractora (pull). La movilidad internacional de profesionales sanitarios es un fenómeno de relevancia creciente.

Se ha mencionado anteriormente que por medio de una política de Brasil de atracción de RRHH donde se incentivaba la demanda de médicos, se generaba un traspaso de recursos humanos, principalmente de las regiones del norte del país en busca de mejores condiciones laborales. Esta fuga de capital, disminuye la oferta de médicos disponibles en el país.

Sin embargo, Argentina, presenta condiciones económicas y sociales muy atractivas para estudiantes extranjeros de medicina. Las Universidades Argentinas han sido fuente de ingresos muchísimos capitales humanos extranjeros. El tipo de cambio y los costos de vivienda y el acceso a estudios gratuitos son favorables para dicho proceso.

“Los primeros fueron peruanos, paraguayos, bolivianos, y uruguayos y luego más cerca en el tiempo llegaron brasileños y colombianos a los cuales les resulta más fácil vivir y estudiar aquí que pagarse los estudios en sus países de origen donde la educación universitaria es más elitista e históricamente más cara.

La cantidad de extranjeros matriculados en el país entre 2001 y 2011: fue de 4.285 personas, que en el SIISA representan el 6,3% del total de los médicos en actividad dentro del territorio nacional.”⁸

⁸Oferta de médicos en la Argentina: del libre mercado a la planificación” Carlos Vassallo – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional del Litoral

Oferta de Médicos Especialistas

*“La búsqueda de especialización se convirtió en una de las estrategias más desarrolladas por los profesionales para mejorar sus posibilidades de inserción e ingreso”.*⁹

Dentro de los subgrupos que conforman la oferta de médicos especialistas en el país, se identifican: los graduados en Medicina, los residentes en formación, y los médicos especialistas activos.

Es importante destacar que la Ley de Educación Superior establece que corresponde exclusivamente a las instituciones universitarias, otorgar los títulos de grado y títulos profesionales, y convalidar títulos de extranjeros. Estos títulos con reconocimiento oficial son académicos y habilitantes.

La formación académica para los médicos en Argentina puede tener diferentes procedencias de financiación, aquella privada, o la correspondiente al sector público. Los datos obtenidos por el Ministerio de Salud, reflejan que en el 2012, de 33 instituciones formadoras habilitadas, la mitad se encuentran en CABA y Buenos Aires, siendo el 60% de régimen privado frente al 40% de régimen público/estatal.

Hay que tener presente que otra fuente de la oferta de médicos es por medio de la convalidación del título de extranjeros médicos que desean ejercer en el país; el Ministerio de Educación es la entidad que regula y convalida estos títulos a través de Universidades Nacionales.

Es importante entender que la carrera de Medicina es en promedio una de las de mayor duración del mercado, con un promedio de ciclo formativo de 6,7 años, excede en 2 años al promedio de las demás carreras profesionales. Si analizamos el costo de oportunidad en tiempo invertido en estudio, los estudiantes que eligen Medicina, se ven perjudicados.

⁹ *Mercado de Trabajo Medico* Carlos Bloch, Irene Luppi, Alicia Aronna. (Pag. 19).

Instituciones formadoras de graduados de Medicina en Argentina.

Provincia	Institución	Provincia	Institución
Buenos Aires	Austral	Córdoba	Católica de Córdoba
	Centro de la PBA		Córdoba
	FASTA	Corrientes	Nordeste
	La Matanza	Entre Ríos	Adventista del Plata
	Morón	La Rioja	La Rioja
	Sur	Mendoza	Aconcagua
	La Plata		Cuyo
			Mendoza
CABA	Abierta Interamericana	Río Negro	Comahue
	Católica Argentina	San Juan	Católica de Cuyo
	CEMIC	San Luis	Católica de Cuyo
	Ciencias Empresariales y Sociales	Santa Fé	Abierta Interamericana
	Escuela de Medicina del Hospital Italiano		Italiano de Rosario
	Favaloro		Litoral
	Maimónides		Rosario
	Salvador		
	Buenos Aires	Tucumán	Tucumán
	Cs de la Salud de la Fundación Barceló		

(Fuente: MSAL)

Vías para obtener especialidades médicas:

En Argentina existen diversas vías para lograr obtener un título de especialista médico¹⁰.

- Completar una residencia.
- Poseer título de especialista universitario en la especialidad.
- Acreditar un mínimo de cinco años de ejercicio en un servicio de la especialidad y aprobar un examen ante la autoridad sanitaria.
- Certificar las competencias necesarias para una especialidad ante una sociedad científica reconocida por la autoridad sanitaria para esa función.
- Ser profesor universitario en la materia, con un nivel no menor a profesor adjunto.

¹⁰<http://www.msal.gob.ar/>

Residencias.

Existen diversas fuentes de financiamiento de las residencias, las mismas pueden ser financiadas desde los ministerios de salud tanto provinciales como nacionales, sin embargo existen residencias cuyas fuentes de financiamiento son las mismas Universidades.

Al coexistir diferentes fuentes de financiamiento de las residencias, se generan problemas de información: no todas las provincias guardan un registro histórico, ni la información en el caso de existir, se encuentra organizada y consolidada. Esta falta de información completa y transparente, genera dificultades a la hora de evaluar las medidas a tomarse para lograr eficiencia en el mercado de recursos humanos ya que impide que se pueda realizar un análisis certero del sector.

Por otra parte es importante mencionar el nuevo Reglamento General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud¹¹, ya que tiene como objetivo dar respuesta a los desafíos de equilibrar la asignación de especialistas; mejorar la gestión de las residencias; promover mejores condiciones para los egresados de medicina al promover los derechos de los profesionales en formación por medio de la implementación de mejoras en las condiciones laborales (definición de la carga horaria, guardias de 12 horas, descanso pos guardia, opción de prórroga de promoción para mujeres por licencias por maternidad prolongada), con esto se busca lograr que el sistema formativo para los futuros médicos sea más atractivo.

¹¹http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/basesnormativas/Resolucion_1993_2015.pdf

Para poder entender la oferta de recursos humanos médicos, se van a categorizar las fuentes. Diferenciando entre aquellas especialidades que coinciden con residencias de financiamiento nacional, de aquellas que tienen otro tipo de financiamiento.

Especialidades que coinciden con residencias de financiamiento nacional.

ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD
Alergia e Inmunología	Medicina General y/o Medicina de Familia
Anatomía Patológica	Nefrología
Anestesiología	Neonatología
Cardiología	Neumonología
Cirugía General	Neurocirugía
Cirugía Infantil (Cirugía Pediátrica)	Neurología
Cirugía Plástica Y Reparadora	Nutrición
Clínica Medica	Obstetricia
Dermatología	Oftalmología

ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD
Diagnóstico Por Imágenes	Oncología
Emergentología	Ortopedia y Traumatología
Endocrinología	Otorrinolaringología
Epidemiología	Pediatría
Fisiatría (Medicina Física Y Rehabilitación)	Psiquiatría
Gastroenterología	Terapia Intensiva
Genética Medica	Terapista Intensivo Infantil
Ginecología	Tocoginecología
Hematología	Toxicología
Infectología	Urología

Especialidades que coinciden con residencias de otras fuentes de financiación distintas a la nacional.

ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD
Medicina Legal	Cirugía de Tórax (Cirugía Torácica)
Psiquiatría Infante Juvenil	Infectólogo Infantil
Medicina del Trabajo	Coloproctología
Cardiólogo Infantil	Medicina Nuclear
Neumólogo Infantil	Cirugía de Cabeza y Cuello
Geriatría	Oncólogo Infantil
Neurólogo Infantil	Gestión de Servicios de Salud
Gastroenterólogo Infantil	Radioterapia o Terapia Radiante
Reumatología	Salud Pública
Nefrólogo Infantil	Hematólogo Infantil
Medicina del Deporte	Reumatólogo Infantil
Hemoterapia e Inmunoematología	Dermatología Pediátrica
Ortopedia y Traumatología Infantil	Hepatología Pediátrica
Cirugía Cardiovascular	Angiología General y Hemodinamia
Cirugía Vascul ar Periférica	Farmacología Clínica
Auditoría de Servicios de Salud	Cirugía Cardiovascular Pediátrica
Endocrinólogo Infantil	Alergia e Inmunología Pediátrica
Hepatología	Electro Fisiología Cardíaca

Desequilibrios en la fuerza laboral de salud.

Se puede observar que existe un número elevado de especialidades médicas. El problema principal de asignación ocurre ya que hay una disparidad en los incentivos y atracciones de ciertas especialidades por sobre otras; a su vez recordar que este mercado está sometido a un alto grado de rigidez (monopolio de proveedores, gremios fuertes, dificultad en el acceso a la información). Todo esto genera déficits o superávits de profesionales en los diferentes servicios de salud.

Las políticas de salud deberían tener el objetivo de minimizar el superávit o déficit de profesionales en los servicios de salud ya que ambos extremos ocasionan fallas en el mercado.

Por el lado del déficit, sin ser redundantes, se puede destacar que éste provoca una disminución en la cantidad y calidad de los servicios prestados, aumentando la demora en la atención y las listas de espera aumentando el riesgo del paciente. Asimismo,

afecta a la propia salud laboral de los profesionales de la salud provocada por la sobrecarga de trabajo y dispara los salarios y el coste de las horas extra.

Por el lado del superávit de profesionales se puede señalar la ineficiencia económica generada por una mala asignación de recursos, el incremento de los costos de educación, desempleo, o la demanda inducida para compensar el exceso en la oferta.

Es importante identificar los desequilibrios actuales para poder llevar a cabo políticas que beneficien al sector en su totalidad, no contar con la información suficiente y precisa, dificulta dicho análisis y puede originar proyecciones poco certeras.

Especialización y Desarrollo Tecnológico.

Es importante entender la relevancia de las condiciones del mercado de trabajo médico vinculado a la creciente especialización.

El creciente desarrollo científico en el campo de la medicina se da articulando a los cambios sociales y a los desarrollos tecnológicos que acontecen.

Los conocimientos y tecnologías médicas se desarrollan a un ritmo muy acelerado. El 50% ¹²de la tecnología médica queda obsoleta luego de 5 años, ya que las nuevas prácticas y medicamentos superan ampliamente a sus predecesores.

Las decisiones de capacitación de los profesionales se condicionan en cierto nivel por la accesibilidad material a los medios requeridos para determinadas especializaciones; la viabilidad del acceso a la inversión necesaria para tener los nuevos aparatos y herramientas necesarias para dichas prácticas médicas; el acceso a nuevas técnicas diagnósticas que les permitan ejercer de forma adecuada en las correspondientes áreas.

Por ende se puede concluir que el desarrollo tecnológico restringe en cierta medida el acceso de los médicos para desarrollarse en determinadas especialidades. Esto puede darse porque los costos para adquirir las herramientas necesarias son elevados o porque la tecnología necesaria para poder ejercer no se encuentra disponible en el País.

¹²Key Market con información propia y de OMS.

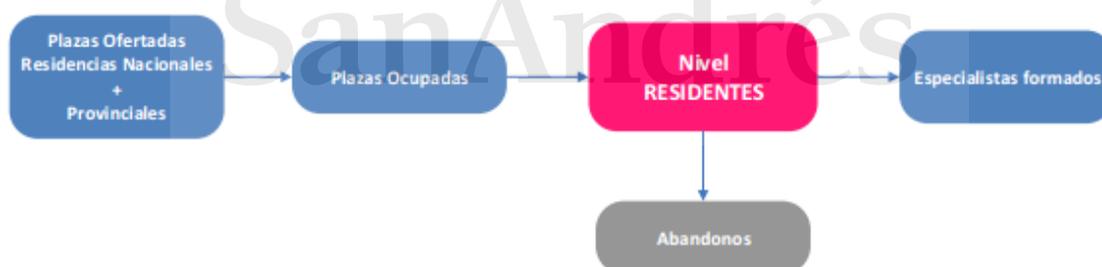
Facultades de Medicina y Residencias (Ingresos y Egresos)

Para medir el número de graduados en el país, hay que tener en consideración que existen variables de entrada y variables de salida, la combinación de ambas refleja el número total de graduados de medicina disponibles en el país. Como se mencionó anteriormente también hay que tener en cuenta a los extranjeros médicos convalidados que ejercen dentro de Argentina.

El número de ingresos en las facultades de medicina permite observar la evolución de la demanda por estudiar dicha carrera.

Sin embargo, al dato anterior, debemos filtrarlo, teniendo en cuenta el nivel de deserción universitaria; esto sería calcular el número de alumnos que finalizan los estudios con éxito; se calcula a partir de la tasa de éxito académico que se define como: N° de egresados año X / Ingresos año (X-duración ciclo formativo).

El segundo valor influyente en un modelo de planificación de la oferta médica, es el número de residentes en formación. Este valor se ve afectado por el tiempo de duración de cada especialidad y de las plazas anuales ofertadas, ocupadas y por las tasas de abandono.



El nivel de abandonos de residencias es un hecho importante a destacar en nuestro país, ya que las condiciones a las que se enfrentan los jóvenes son extremas, malos salarios, sobrecarga de horas, lo que conduce en un estrés mental y físico. Las severas condiciones de la residencia no solo perjudican a los jóvenes médicos, sino que pone en riesgo la salud de los pacientes.

Cuando uno padece de agotamiento, la atención y ciertas funciones cognitivas comienzan a fallar, esto puede desencadenar en fallas de los médicos, tales como:

indicaciones equivocadas, mediciones erróneas, no advertir un infarto en un electrocardiograma, confundir a un paciente, pedir un estudio erróneo, etc.

En Argentina los residentes llegan a estar en guardias de hasta 36hs seguidas. Pese a que la resolución 1993 del Ministerio de Salud, publicada en noviembre de 2015, indica una regulación sobre las horas de trabajo de los residentes y la necesidad de descansar luego de atravesar guardias, por diversos testimonios¹³ se pudo comprobar, que esa legislación está lejos de cumplirse.

La subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación, Kumiko Eiguchi, dijo "El objetivo primordial de las residencias es formar especialistas en las distintas disciplinas para que en el futuro contemos con profesionales formados con altos estándares de calidad". Uno de los aspectos claves a mejorar para incentivar los ingresos y reducir el número de abandono es focalizarse en mejorar las condiciones de las residencias.

En un artículo del diario La Nación en Abril del 2017 "El sueño de ser médico frente a la pesadilla de la residencia." se expuso los siguientes datos:

- El sueldo promedio de los residentes que ocupan plazas nacionales y provinciales es de \$16.000.
- La duración de las residencias es no menor a cuatro años, dependiendo la especialización elegida.

Si uno analiza, los salarios promedios de un estudiante de Administración de Empresas al encontrarse en su primer año laboral luego de la obtención del título es de aproximadamente \$20.000 (fuentes privadas).

Esto demuestra que el costo de oportunidad de elegir una carrera como medicina por cuestiones salariales es altísimo (principalmente en los primeros años). Podemos remarcar, que la remuneración económica no es la motivación principal de los jóvenes que optan por seguir esta carrera.

Para reforzar las condiciones extremas de dichas prácticas es necesario referenciar a Federico Palti (residente de primer año hospital Eva Perón) quien dijo: "El turno

13. Diario: La Nación. Encuesta a diversos jóvenes residentes (<http://www.lanacion.com.ar/2012352-el-sueno-de-ser-medico-frente-a-la-pesadilla-de-la-residencia>).

arranca a las 8 con un paneo general de los pacientes. Unas horas después llegará una clase teórica y luego el pase, en el que informará cada una de las novedades a los médicos de planta. Después, repetirá la recorrida, hasta las 19 o 20. Ahí, empieza la guardia. Estar atento a los pacientes que llegan, evaluarlos, diagnosticarlos, estabilizarlos, dejarlos en observación. Esa actividad se mantiene hasta la mañana. Con un poco de suerte dormirá un par de horas, no más. A las 8, lo mismo: empieza la recorrida general. Su día terminará a las 19, quizás un poco antes si algún médico superior se apiada. Pero casi nunca pasa. Son 36 horas seguidas de trabajo."

Facundo Gutiérrez, residente de terapia de la clínica Bazterrica que trabaja unas 70 horas semanales, señaló: *"A pesar de estar absolutamente en contra, que es una estafa, casi inhumano, no hay otro sistema en el que uno aprenda tanto"*.

"Las facultades de medicina no te preparan para ser médico. En las residencias hay un aprendizaje colaborativo en el que todos aprenden de todos", dijo Luis Alberto Cámara, secretario de la Sociedad Argentina de Médicos, presidente del Foro Nacional de Medicina y médico permanente del Hospital Italiano.

Con estas referencias, podemos ver que se produce un espiral agravante muy difícil de resolver. Los médicos necesitan cumplir residencias en hospitales para aprender y desarrollarse profesionalmente, sin embargo las mismas ofrecen condiciones de contratación precarias y tienen remuneraciones básicas.

Por otro lado los hospitales necesitan de los residentes para cumplir con ciertas exigencias de funcionamiento, por lo que necesitan que haya una oferta de médicos disponible, lo suficientemente elevada para cumplir esta cuota.

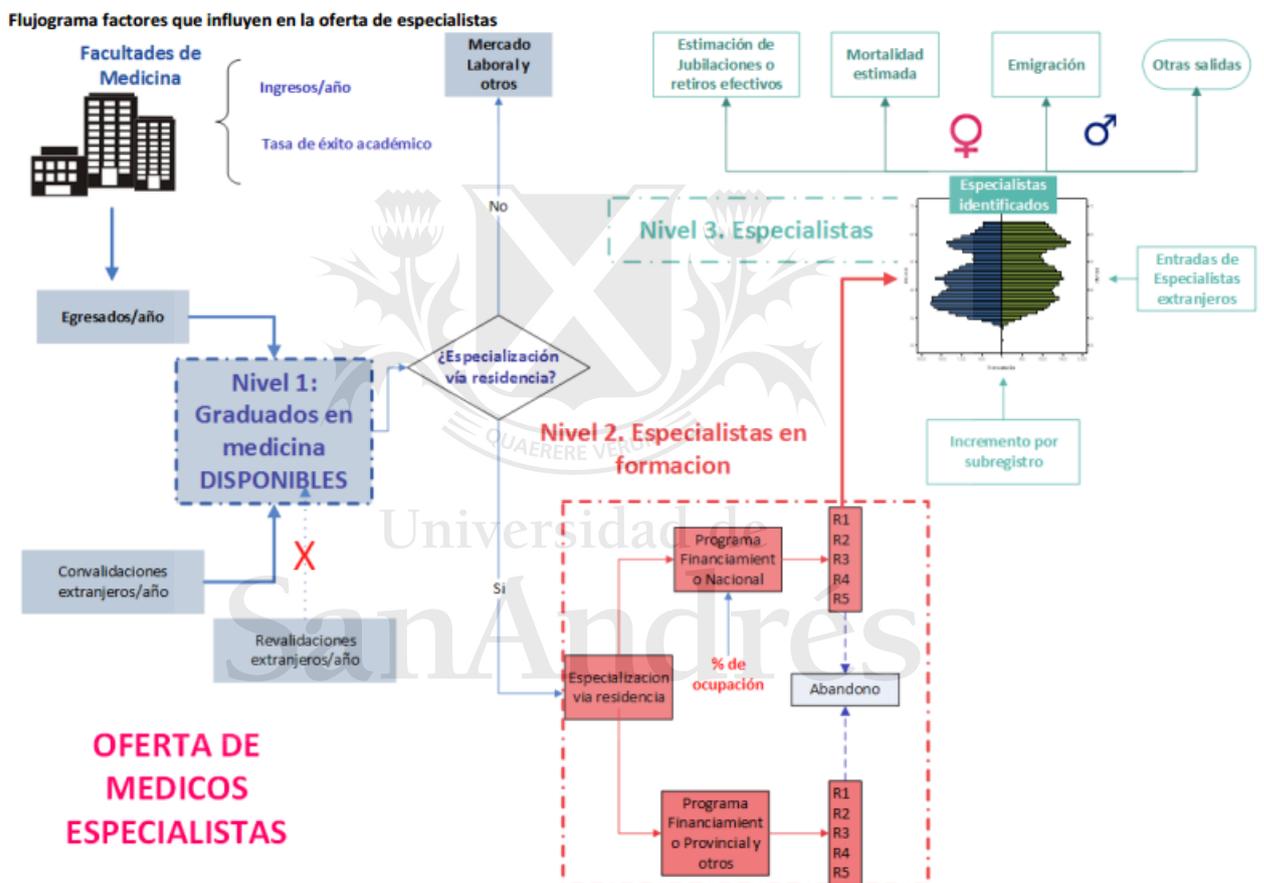
Según un informe¹⁴ del Directorio de Médicos, Farmacias y Medicamentos de Argentina, un 46% de los profesionales médicos no volvería a elegir la medicina como carrera profesional si tuviera la oportunidad de comenzar de nuevo. Esto se debe principalmente a que consideran que las presiones y el estrés del trabajo no se condice con el salario.

¹⁴<http://www.salud.com.ar/es/los-medicos-mejor-y-peor-pagos.html>

Mejorar las condiciones de residencias y de condiciones del trabajo en el sector Salud vuelve a ser un punto clave a la hora de apoyar la elección de los jóvenes de incursionarse en la medicina.

Especialistas Médicos:

En el flujo grama siguiente (MSAL), se puede ver de forma consolidada el ciclo que genera la oferta de médicos disponibles y aquellos médicos especialistas.



Fuente: MSAL 2015.

Variables de ingreso:

- Número de especialistas formados vía residencias con financiamiento nacional o provincial.
- Número de especialistas formados por otras vías.
- Número de especialistas extranjeros que ingresan en el país.

Variable de salida:

- Número de especialistas que se retiran por jubilación: La edad de jubilación considerada para los hombres es de 65 años y para las mujeres de 60.
- Número de especialistas se estiman que fallecen.
- Número de salidas de especialistas de la práctica clínica hacia labores no asistenciales (gestión, docencia o investigación).
- Número de especialistas que abandonan la profesión: No se dispone de información concreta.
- Número de especialistas que emigran a otros países.

Base demográfica medica Nacional.

Los datos que se utilizaran para medir la base médica nacional provienen del estudio de la tendencia de ingresos y egresos de estudiantes en las facultades de medicina para el periodo 2001-2012. Los números de residentes se diferenciaron en base a las fuentes de financiación de las instituciones (nacionales o provinciales).

Nivel de graduados en Medicina.

De la información obtenida en censos por el MSAL en el año 2012 se puede observar que el número de facultades de medicina asciende a 33, 13 de las cuales son de régimen público y 20 privadas.

En total se registraron 13.906 ingresantes en el 2012 y un número de egresados del último año de medicina de 5127.

En la siguiente tabla se puede observar la tendencia alcista de nuevos inscriptos (2007-2012). Durante este periodo se puede observar un crecimiento constante, con una tasa de crecimiento del 32%. Sin embargo en los años 2011 y 2012, el crecimiento se ve disminuido.

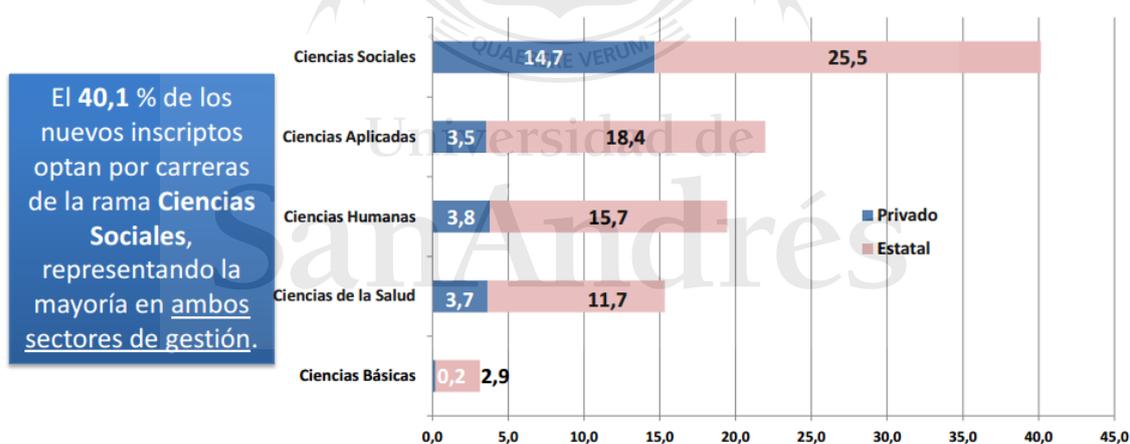
Ingresos de facultades de medicina Argentina (crecimiento interanual).

Año	Nuevos Inscriptos	Tasa de crecimiento porcentual anual
2007	10.531	
2008	10.900	3,5%
2009	11.882	9,0%
2010	13.404	12,8%
2011	13.844	3,3%
2012	13.906	0,4%

Fuente: SPU – Departamento de Información Universitaria

En el siguiente grafico se puede observar la distribución de estudiantes inscriptos por rama de estudio, relevando que en su mayoría (40,1%) los jóvenes optan por carreras afines a las ciencias sociales, mientras que un 15,4% ingresa en carreras afines al sector de Salud.

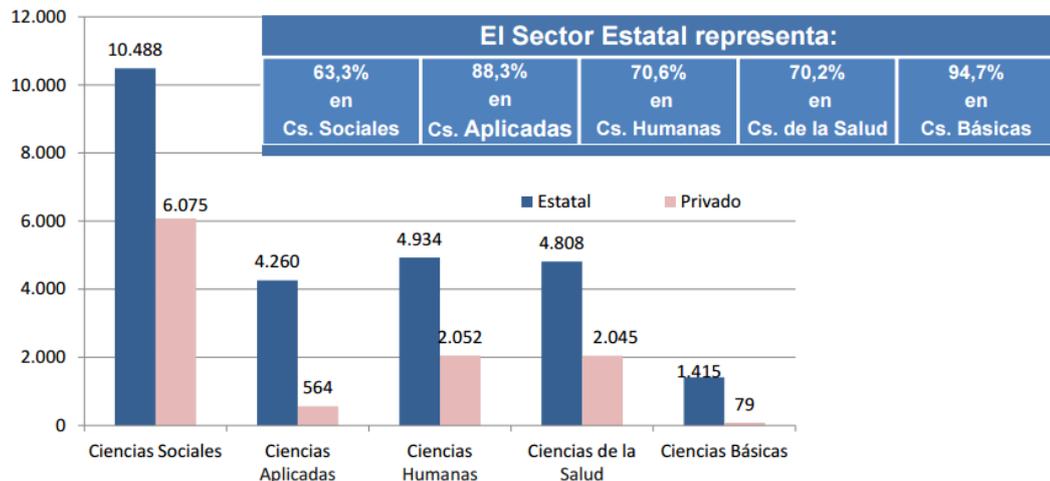
Distribución porcentual de los nuevos inscriptos según rama de estudios y régimen. Año 2014.



Fuente: Departamento de Información Universitaria – DNPelU -SPU

En el grafico siguiente se puede analizar como la brecha de estudiantes que quieren realizar un posgrado en ciencias de la salud incrementa en comparación a la proporción de estudiantes que iniciaron sus estudios universitarios de grado. A su vez podemos observar que el sector estatal financia el 70,2% del número de estudiantes ingresados al posgrado en ciencias de la Salud.

Nuevos Inscritos de posgrado, según rama de estudio y sector de gestión. Año 2014

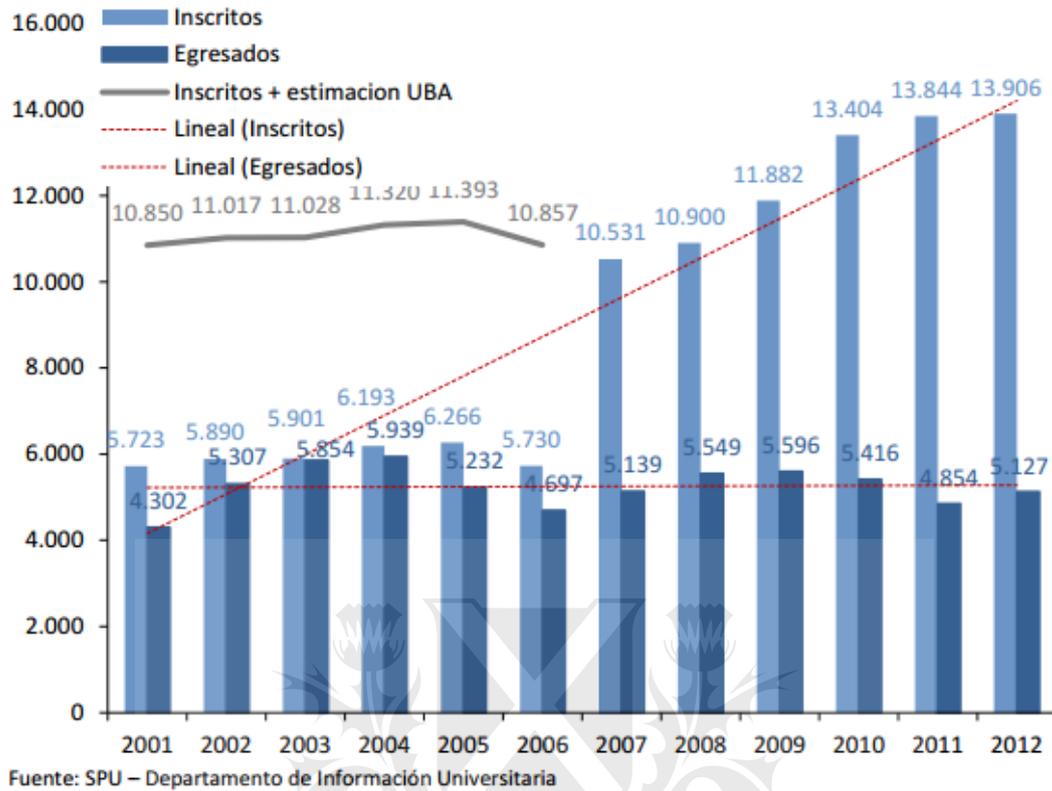


Fuente: Departamento de Información Universitaria – DNPelU -SPU

En el gráfico a continuación se puede ver con mayor claridad la evolución de estudiantes que ingresan en las facultades de medicina. Se puede entender por las líneas punteadas en rojo, que la tendencia de ingresos es creciente y la de egresos es plana; esto refleja el hecho de que el número de egresados de dichas instituciones no aumenta en la manera en que lo hacen los inscriptos, esto puede deberse debido al nivel de abandonos o al nivel de exigencia de los estudios que genera que el plazo de las carreras se extienda.

San Andrés

Inscritos y egresados de las facultades de medicina (2001-2012).



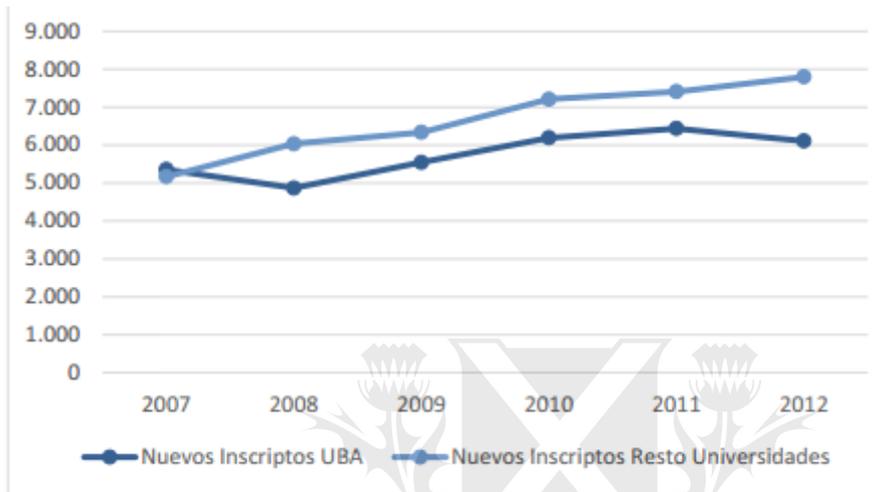
Evolución del número de universidades que ofrecen el título en Medicina (2007-2012).



Desde el 2007 hasta el año 2012 se crearon 9 Facultades, 4 de régimen publico y 5 de privado.

Sin embargo el crecimiento del número de inscriptos puede ser explicado principalmente por el incremento de plazas en la Universidad de Buenos Aires que es la que más estudiantes aporta al sistema nacional (44% en el 2012).

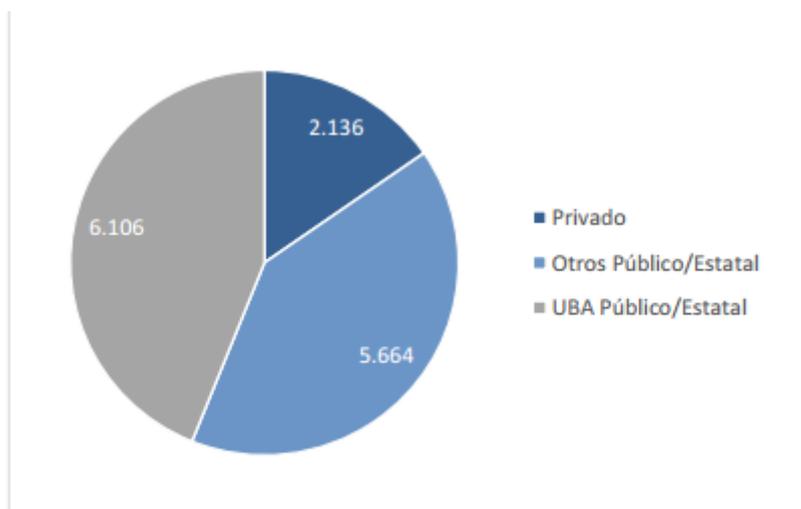
Inscripciones de estudiantes en la UBA vs. resto de Universidades de Argentina.



Fuente: SPU – Departamento de Información Universitaria

Se puede entender por el grafico comparativo de arriba que la tendencia de inscripciones en Universidades que no sean la UBA aumenta.

Inscripciones en Universidades según tipo de financiación (2012)



Fuente: SPU – Departamento de Información Universitaria

En este gráfico, se puede observar el número de inscripciones en universidades discriminando por el tipo de financiación. La UBA es la universidad con más jóvenes inscriptos del país.

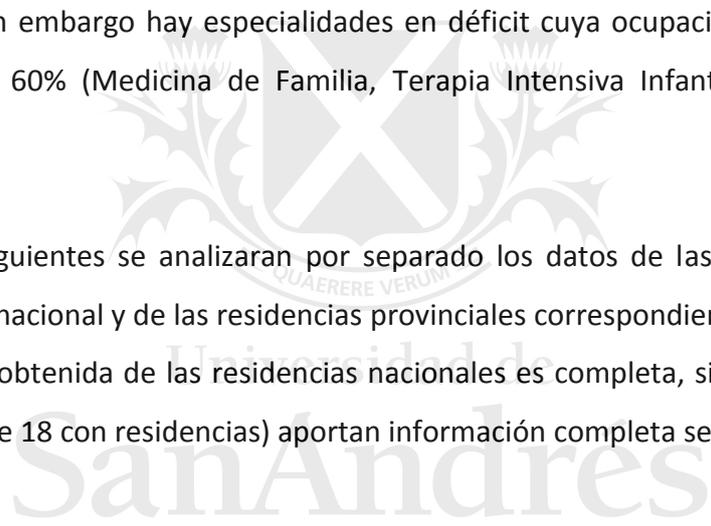
Comparativa entre la oferta de residencias y la ocupación de cargos.

En el año 2014 se ofertaron 1.124 para residentes de primer año financiadas por el Ministerio de salud.

La tasa de ocupación de residencia surge de unificar los datos de oferta de cargos vs. la de residentes de primer año. En el año 2014 el número de ocupación de cargos promedio fue de 71%.

Este porcentaje varía dependiendo la especialidad. En 18 especialidades la ocupación es del 100%, sin embargo hay especialidades en déficit cuya ocupación se encuentra por debajo del 60% (Medicina de Familia, Terapia Intensiva Infantil y de adultos, Neonatología).

En las tablas siguientes se analizarán por separado los datos de las residencias con financiamiento nacional y de las residencias provinciales correspondientes al año 2014. La información obtenida de las residencias nacionales es completa, sin embargo, solo 13 provincias (de 18 residencias) aportan información completa según el MSAL.



Residencias nacionales. Ofertados vs. Puestos Ocupados.

Especialidad	Cargos ofertados	R1	%
Ortopedia y traumatología	8	9	113%
Alergia e inmunología	1	1	100%
Anatomía patológica	2	2	100%
Cardiología	4	4	100%
Cirugía general	13	13	100%
Cirugía plástica y reparadora	1	1	100%
Dermatología	1	1	100%
Diagnóstico por imágenes	5	5	100%
Gastroenterología	1	1	100%
Nefrología	1	1	100%
Neumonología	1	1	100%
Neurocirugía	2	2	100%
Neurología	1	1	100%
Nutrición	1	1	100%
Oftalmología	3	3	100%
Oncología	1	1	100%
Otorrinolaringología	3	3	100%
Urología	1	1	100%
Clínica medica	49	47	96%
Psiquiatría	45	41	91%
Pediatría	270	228	84%
Cirugía infantil (cirugía pediátrica)	6	5	83%
Fisiatría (medicina física y rehabilitación)	6	5	83%
Epidemiología	13	10	77%
Tocoginecología	120	88	73%
Anestesiología	121	87	72%
Genética medica	5	3	60%
Medicina general y/o medicina de familia	275	160	58%
Neonatología	63	33 ^a	52%
Infectología	5	2	40%
Terapeuta intensivo infantil	28	11 ^b	39%
Terapia intensiva	46	17	37%
Emergentología	3	1	33%
Obstetricia	13	4	31%
Hematología	4	1	25%
Endocrinología	1		0%
Toxicología	1		0%
	1.124	794	71%

La tabla de arriba remarca el hecho que existe una disparidad en la oferta vs demanda de ciertas residencias correspondientes a especialidades determinadas. Observamos como existen muchas con déficits de médicos, mientras existen otras con sobrepoblación de los mismos.

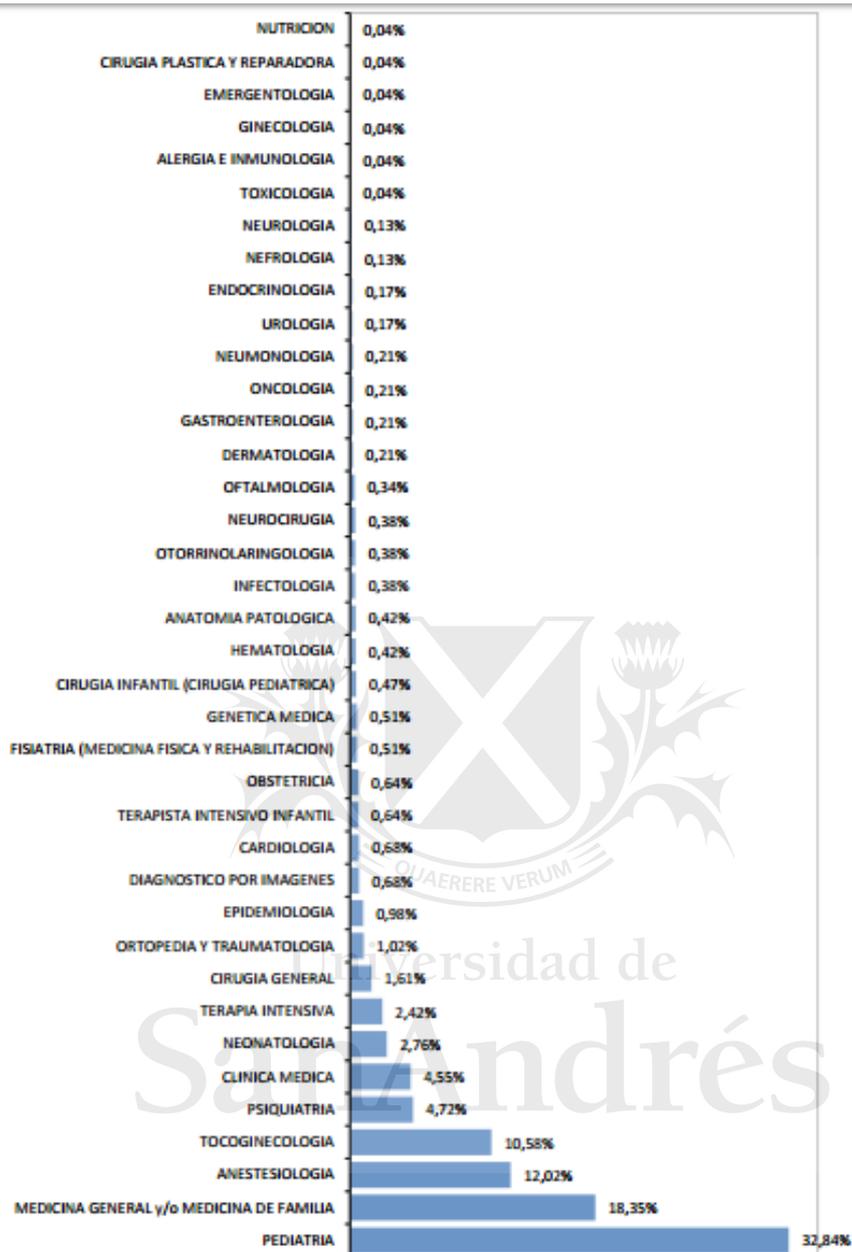
Si se analiza por sexo, el 72 % de los residentes son mujeres y la edad media es de 29,3 años mientras que la de los hombres es de 30,08 años.

En todas las especialidades la proporción de mujeres vs hombres es superior, salvo en Cardiología, Cirugía general, Cirugía Pediátrica, Anestesiología, Nefrología, Neurocirugía, Ortopedia y traumatología y Urología.

Si se observa el grafico que muestra la distribución porcentual de residentes por especialidad, podemos observar una concentración de los mismos en 4 especialidades principalmente: el 32,84% son de Pediatría, el 18,35% Médicos de Familia, el 12,02% de Anestesiología y el 10,58% de Toco ginecología. Total base: 2354 médicos.



Distribución de los residentes por especialidad (%).



Como se mencionó anteriormente, la duración de las diferentes especialidades en máxima es de 4 años.

En la tabla debajo se puede observar la duración por especialidad y N° de provincias que ofrecen cargos en cada una de ellas. Nuevamente se puede entender por esta tabla que hay ciertas especialidades como, Medicina General / Medicina familiar, Anestesiología, Neonatología, Pediatría, Terapia Intensiva que son ofertadas por mas

provincias que otras; esto se puede deber a que el número de pacientes en las mismas es superior / salarios más elevados.

Años por especialidad.

Especialidad	Duración en años				Nº provincias que ofertan cargos	Duración adoptada (años)
	2	3	4	5		
Alergia e Inmunología	-	-	1	-	1	4
Anatomía Patológica	-	2	-	-	2	3
Anestesiología	-	-	15	1	16	4
Cardiología	-	1	1	-	2	4
Cirugía General	-	2	2	-	4	4
Cirugía Infantil (Cirugía Pediátrica)	-	2	1	-	3	3
Cirugía Plástica Y Reparadora	-	-	1	-	1	4
Clínica Medica	-	5	2	-	7	3
Dermatología	1	-	1	-	2	4
Diagnóstico Por Imágenes	-	2	-	-	2	3
Emergentología	-	-	1	-	1	4
Endocrinología	1	-	1	-	2	4
Epidemiología	-	3	1	-	4	3
Fisiatría (Medicina Física y Rehabilitación)	-	-	1	-	1	4
Gastroenterología	1	-	1	-	2	4
Genética Medica	-	-	1	-	1	4
Hematología	1	-	1	-	2	4
Infectología	-	1	1	-	2	4
Medicina General y/o Medicina de Familia	-	10	9	-	19	3
Nefrología	1	-	1	-	2	4
Neonatología	4	1	4	3	12	3+2
Neumonología	1	-	1	-	2	4
Neurocirugía	-	1	1	-	2	3
Neurología	-	-	1	-	1	4
Nutrición	-	1	-	-	1	3
Obstetricia	-	3	-	-	3	3
Oftalmología	-	2	-	-	2	3
Oncología	1	-	1	-	2	4
Ortopedia y Traumatología	-	2	2	-	4	3
Otorrinolaringología	-	1	1	-	2	3
Pediatría	-	9	12	-	21	3
Psiquiatría	-	11	1	-	12	3
Terapia Intensiva	-	2	8	-	10	4
Terapeuta Intensivo Infantil	3	1	-	-	4	3+2
Tocoginecología	-	1	18	-	19	4
Urología	-	-	1	-	1	4

Residencias 2.

Según la base de MSAL en el 2014 hay un total de 7.643 residentes distribuidos entre 63 especialidades en instituciones provinciales. A diferencia de las nacionales pueden contemplar hasta 5 años de residencia (Anestesiología y Neurocirugía). El índice de ocupación medio, al igual que en las residencias nacionales ronda el 70% (MSAL, ver anexo tabla 1).

Distribución de residentes de cada año por especialidad (provinciales) (MSAL).

Especialidad	Jefes	PB1	PB2	PB3	R1	R2	R3	R4	R5	Total general
Alergia e Inmunología	1		2	1	4	2	2	2		14
Alergia e Inmunología Pediátrica			2	1	3					6
Anatomía Patológica	8		2		51	29	28	25		143
Anestesiología	7				78	71	77	76	24	333
Cardiología	14				43	43	40	38		178
Cardiólogo Infantil	1	3	3		4		2			13
Cirugía Cardiovascular	2				6	6	5	6		25
Cirugía Cardiovascular Pediátrica					5	4	1	7		17
Cirugía de Cabeza y Cuello	2				9	6	8	3		28
Cirugía de Tórax (Cirugía Torácica)	1				1			1		3
Cirugía General	40				181	135	126	129		611
Cirugía Infantil (Cirugía Pediátrica)	3				14	15	7	7		46
Cirugía Plástica y Reparadora	2	2			9	10	9	5		37
Cirugía Vascular Periférica	2	1		1			2			6
Clínica Médica	46				222	215	219	185		887
Dermatología	5				14	14	16	15		64
Dermatología Pediátrica	1	3	3		4	1				12
Diagnostico por Imágenes	15		3		55	49	43	42		207
Emergentología	6		2		14	6	6			34
Endocrinología	1	3	1	2	7	7	7	6		34
Endocrinólogo Infantil	2	1	5	3	5					16
Epidemiología	1	0	0	0	7	5	1	1	0	15
Fisiatría (Medicina Física y Rehabilitación)	3				8	11	9	2		33
Gastroenterología	7	2	1	3	21	17	17	16		84
Gastroenterólogo Infantil	1		1	1	2	1				6
Genética Médica					1		1			2
Geriatría	1		4		15	4	7	8		39
Gestión De Servicios De Salud					13	13	21			47
Ginecología	1				1	2	2	2		8
Hematología	4	3	1	3	7	9	12	7		46
Hematólogo Infantil		1	5	4	4		1			15

Hemoterapia e Inmunohematología					2		1	1		4
Infectología	6	2	1	1	21	17	18	12		78
Infectólogo Infantil	1		3	4	3					11
Medicina Del Trabajo			1		1					2
Medicina General Y/O Medicina De Familia	37				154	131	144	116		582
Medicina Nuclear			1		2					3
Nefrología	5	2		2	15	11	11	9		55
Nefrólogo Infantil			3	3	5					11
Neonatología	10	3	13		65	40	47	38		216
Especialidad	Jefes	PB1	PB2	PB3	R1	R2	R3	R4	R5	Total general
Neumonología	6				16	15	12	17		66
Neumólogo Infantil	2	1	5	4	4	1				17
Neurocirugía	9				26	26	23	20	7	111
Neurología	3				18	17	14	13		65
Neurólogo Infantil	1		3	2	4	1				11
Nutrición	2		3	3	42	28	26	3		107
Obstetricia	21				58	50	62			191
Oftalmología	4				21	22	19	12		78
Oncología	3			1	12	14	13	8		51
Ortopedia y Traumatología	34	2	1		117	91	93	87		425
Ortopedia y Traumatología Infantil	1				3	3	1	3		11
Otorrinolaringología	9		1	1	21	17	16	6		71
Pediatría	46				307	255	279	254		1141
Psiquiatría	13				94	80	83	74		344
Psiquiatría Infanto Juvenil	3				16	18	17	10		64
Reumatología	3	1		1	11	8	11	6		41
Reumatólogo Infantil			3	2	3					8
Salud Publica							1			1
Terapia Intensiva	14				53	35	50	50		202
Terapista Intensivo Infantil		3	6	2	13		2			26
Tocoginecología	41				128	135	125	135		564
Toxicología			4		1	1	2			8
Urología	7				20	15	12	15		69
Total general	458	27	83	51	2.064	1.707	1.750	1.472	31	7.643

Tasas de especialistas por cada 100.000 habitantes para especialidades que coinciden con residencias de financiamiento nacional (MSAL).

	Especialistas identificados		El 23≤Edad<65 años	
	Nº de especialistas	Tasa especialistas 100.000 hab.	Nº de especialistas	Tasa especialistas 100.000 hab.
Pediatría	14.611	135,32	12.821	118,74
Clínica Médica	12.659	29,67	11.328	26,55
Obstetricia y Ginecología	9.681	22,69	8.110	19,01
Neonatología	2.177	20,16	1.971	18,25
Medicina General y/o Medicina de Familia	6.196	14,52	6.067	14,22
Cirugía General	7.342	17,21	6.033	14,14
Cardiología	6.239	14,62	5.280	12,37
Psiquiatría	5.940	13,92	4.461	10,45
Ortopedia y Traumatología	4.528	10,61	3.979	9,33
Oftalmología	3.443	8,07	3.048	7,14
Anestesiología	3.072	7,20	2.653	6,22
Diagnóstico por Imágenes	2.933	6,87	2.651	6,21
Terapia Intensiva	2.347	5,50	2.244	5,26
Dermatología	2.298	5,39	1.999	4,68
Cirugía Infantil (Cirugía Pediátrica)	438	4,06	356	3,30

Gastroenterología	1.694	3,97	1.388	3,25
Terapista Intensivo Infantil	352	3,26	343	3,18
Otorrinolaringología	1.632	3,82	1.342	3,15
Cirugía Plástica y Reparadora	1.460	3,42	1.266	2,97
Urología	1.407	3,30	1.149	2,69
Neurología	1.389	3,26	1.145	2,68
Anatomía Patológica	1.300	3,05	1.112	2,61
Nefrología	1.291	3,03	1.092	2,56
Neumología	1.340	3,14	1.037	2,43
Infectología	1.086	2,55	950	2,23
Endocrinología	1.073	2,51	867	2,03
Oncología	970	2,27	832	1,95
Nutrición	898	2,10	741	1,74
Emergentología	760	1,78	731	1,71
Neurocirugía	867	2,03	694	1,63
Hematología	787	1,84	654	1,53
Alergia e Inmunología	721	1,69	509	1,19
Fisiatría (Medicina Física y Rehabilitación)	408	0,96	347	0,81
Toxicología	147	0,34	116	0,27
Genética Médica	88	0,21	73	0,17
Epidemiología	25	0,06	17	0,04

En las tablas anteriores, tanto a nivel Provincial como Nacional, se puede observar la disparidad que hay entre la demanda por las diferentes especialidades médicas, existiendo brechas grandes entre unas más “populares” que otras. A su vez, hay que

destacar que en ciertas áreas de la medicina hay una mayor demanda de médicos, sin embargo muchas otras ramas, simplemente no son atractivas por el hecho de que no tienen suficiente financiación, oportunidades de contratación dignas, ni tienen un programa muy desarrollado.

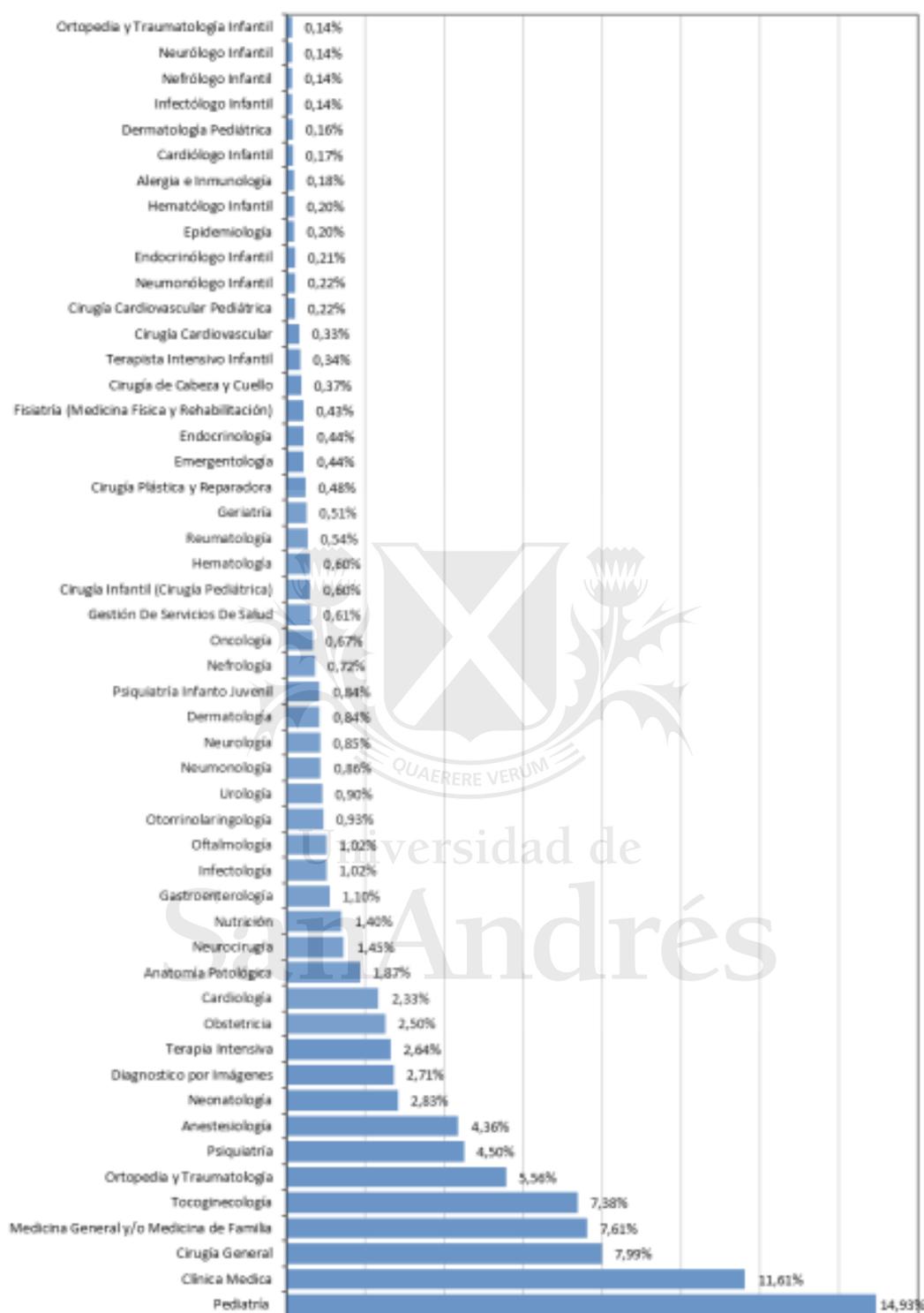
Podemos observar como los residentes provinciales optan por especialidades como Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General en su mayoría 30% aproximadamente.

Esto se va a poder apreciar mejor en la tabla debajo donde se muestra la distribución porcentual de residentes por especialización.



Universidad de
San Andrés

Distribución% de residentes por especialización. (Provincial)



Se puede observar como esta relación esta mucho menos atomizada que aquella donde se analizo las instituciones con financiación Nacional. Sin embargo aun hay una distribución que demuestra una mayor demanda de ciertas especialidades por sobre otras.

Como se pudo observar, en el país hay déficits selectivos en algunas especialidades y regiones. Beatriz LópezValcarcel¹⁵ plantea la importancia de identificar las preferencias de los estudiantes de medicina. Evalúa tres variables que considera que afectan las elecciones de los jóvenes a la hora de elegir una especialidad: Horas de trabajo vs horas de ocio, prestigio y remuneración anual.

El sistema de residencias actual promueve que los estudiantes con mejores promedios tengan la oportunidad de elegir primero sus residencias/especialidades. Este proceso de elección continúa en orden descendente hasta que los promedios más bajos eligen últimos.

Los estudiantes con peores promedios tienen menos opciones y terminan eligiendo entre las vacantes disponibles que primordialmente son de Medicina Familiar y otras especialidades de atención primaria sin tanto prestigio, lo que desmotiva a muchos jóvenes.

Por medio de políticas públicas que cambien las condiciones del mercado para las especialidades que hoy son menos deseadas, se puede lograr equilibrar las preferencias de los jóvenes a la hora de elegir. Si se logra incrementar la remuneración, las condiciones laborales, y el prestigio de las especialidades que hoy son menos elegidas se podrán equilibrar las preferencias de los jóvenes. Con esto se lograría que los estudiantes con mejores promedios elijan la especialidad que más les guste y no la que mejor remuneración económica tenga, por lo que su elección no necesariamente reduzca las opciones para los candidatos restantes. Esto abriría vacantes para que los jóvenes con promedios más bajos puedan elegir especialidades que antes solo los jóvenes con promedios altos tenían acceso.

Se podría considerar en este ámbito, políticas públicas basadas en la estimulación de preferencias que equilibren el modelo de elecciones de especialidades medicas. Esto podría resultar en una asignación de profesionales de alto potencial eligiendo especialidades de medicina primaria, lo que mejorara la calidad de atención y el prestigio de las mismas. Por medio de estas políticas se lograrían satisfacer de manera eficiente los déficits y superávits por especialidad.

¹⁵"ALLOCATION OF RESIDENCY TRAINING POSITIONS IN SPAIN: CONTEXTUAL EFFECTS ON SPECIALTY PREFERENCES" JEFFREY E. HARRIS, BEATRIZ G. LOPEZ-VALCARCEL, PATRICIA BARBER, VICENTE ORTÚN.

Nivel de especialistas médicos disponibles.

El número de profesionales médicos disponibles en el 2015 es de **215.820** en Argentina. Sin embargo hay que tener en cuenta que los mayores de 65 años entran en edad jubilatoria, por lo que la base dentro del rango de edades de entre 23 a 64 años es de 167.940. Si se realiza una apertura en base al sexo, obtenemos que un 44,3% son mujeres y el 55,7% hombres.

Recordar que un medico puede tener más de una matrícula por jurisdicción: distrito, provincial y nacional.

Número de Médicos activos en Argentina 2015.

	N total	23≤Edad<65 años
Número matrículas	321.676	260.482
Numero médicos	215.820	167.940
Hombres	121.074	83.382
Mujeres	94.676	84.504
Edad media (DE)	50,9 (16,3)	44,6 (11)
Nº médicos ≥50 años	103.653	59.961
Nº médicos ≥55 años	87.422	43.730
Nº médicos sin especialidad	116.583	83.099
Nº médicos especialistas	99.237	84.841
Nº médicos especialistas certificados	88.563	74.493
Nº médicos en plantel publico	31.725	30.663
Nº médicos especialistas en plantel publico	15.307	14.829
Nº médicos Especialistas I	91.680	79.469
Nº médicos Especialistas II	7.557	5.372
<i>Población 2014</i>	<i>42.669.500</i>	
<i>Población ≤ 14 años 2014</i>	<i>10.797.546</i>	

Especialistas I: especialidades que coinciden con las de las residencias de financiamiento nacional

Especialistas II: especialidades con residencias con otras fuentes de financiamiento diferente a la nacional u otra vía de formación distinta de la residencia

Población medica discriminada por sexo.

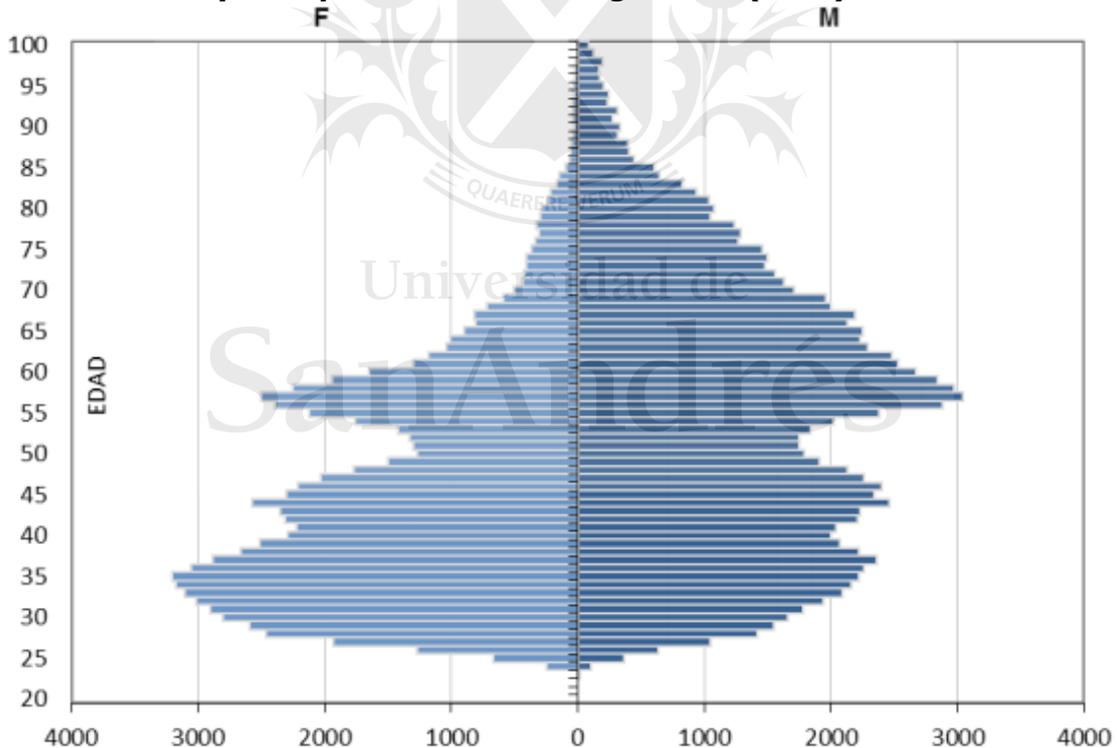
	F	M	S/D de sexo ⁽¹⁾	Total
<=22	7	16	5	28
23-64 años	84.504	83.382	54	167.940
>=65 años	9.290	34.393	9	43.692
	93.801	117.791	68	211.660

(1) Existen 4.160 registros sin edad

Como se menciona anteriormente, existe una tendencia a la feminización de la profesión médica siendo mayor el porcentaje de mujeres activas que el de hombres. En la población médica de menos de 40 años esta diferencia se incrementa, aquí el porcentaje de mujeres es del 59,7% (38.479 mujeres) frente al 40,3% de hombres (25.912 hombres).

En el siguiente gráfico, se permite observar de forma clara esta tendencia al alza femenina en la población médica. A su vez se puede observar que hay un número muy bajo de médicas mujeres de edades superiores a los 70. Esto puede deberse principalmente al acceso de las mujeres a una educación y a un cambio cultural que generó que un mayor número de mujeres tenga acceso a educación Universitaria.

Gráfico de edad y sexo para los médicos Argentinos (2015).



Fuente 7. Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) 2015.

Las preferencias de elección de especialidades son hacia aquellas que son más compatibles con la vida familiar. Existe una clara preferencia del género femenino por Pediatría y Medicina General y/o Medicina de Familia (ver gráfico distributivo Anexo: gráfico 2.)

No se considera que la diferenciación por sexo como uno de los puntos más relevantes para la determinación de políticas en el sector de salud que busquen lograr un equilibrio en el mercado, sin embargo es información importante para lograr una mejor caracterización de la oferta de médicos disponibles y una adecuación más acorde de las políticas públicas a aplicarse.

Médicos distribuidos por región. Fuente REFEPS (2015).

	N total			23≤Edad<65 años		
	Nº Médicos	Nº Médicos sin especialidad	Nº Médicos especialistas	Nº Médicos	Nº Médicos sin especialidad	Nº Médicos especialistas
Centro	164.627	93.220	71.407	124.661	64.560	60.101
Cuyo	14.215	5.310	8.905	11.504	3.978	7.526
NEA	10.973	5.553	5.420	9.443	4.478	4.965
NOA	14.996	7.806	7.190	12.719	6.325	6.394
Patagonia	11.003	4.688	6.315	9.607	3.752	5.855

Si se considera la distribución de médicos en Argentina por región, podemos ver que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se concentra el mayor número de médicos (190,2 cada 10.000). En el gráfico de barras debajo, se puede comparar la cantidad de médicos cada 10.000 habitantes. Se puede ver aquí que el 75% de las provincias tienen menos de 45 médicos cada 10.000.

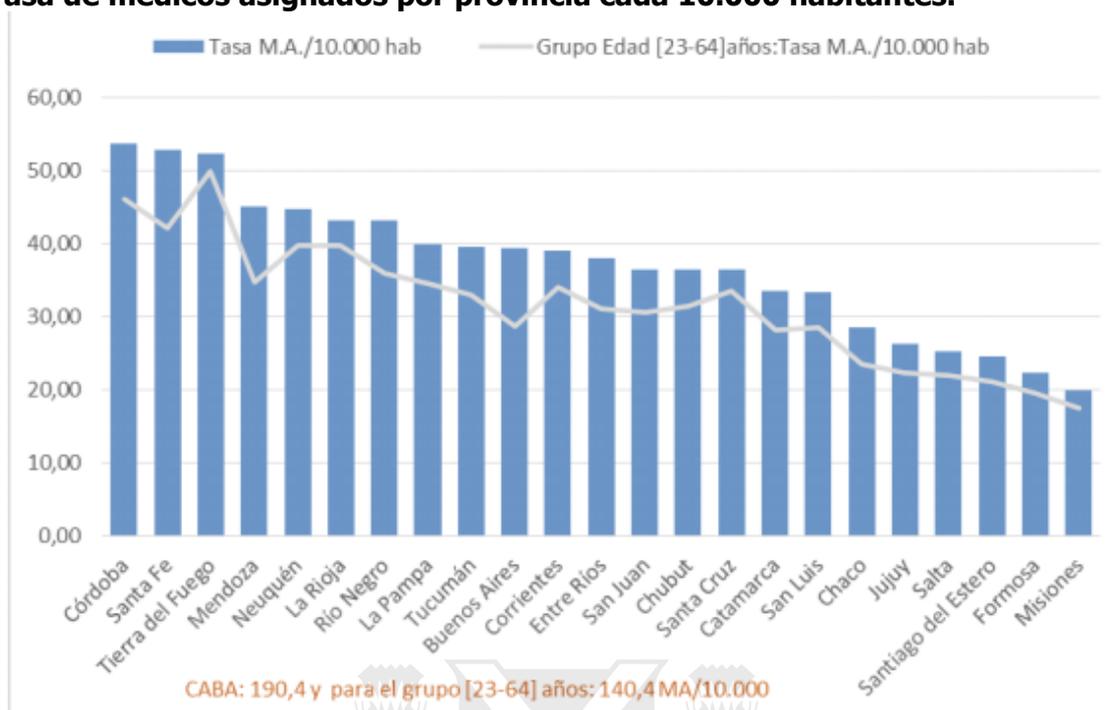
Sin embargo, al igual que CABA, hay provincias como, Córdoba, Santa Fe y Tierra del fuego que tienen una alta tasa de médicos por habitantes.

Número de médicos y tasas provinciales (cada 10.000 habitantes.)

Provincia	Médicos Asignados totales		MA 23≤ edad<65 años	
	Nº Médicos asignados	Tasa Médicos 10.000 hab.	Nº Médicos asignados	Tasa Médicos 10.000 hab.
CABA	58.021	190,20	42.831	140,47
Córdoba	18.980	53,79	16.293	46,17
Santa Fe	17.803	52,84	14.227	42,22
Tierra del Fuego	774	52,25	740	49,95
Mendoza	8.413	45,14	6.485	34,79
Neuquén	2.734	44,79	2.423	39,69
La Rioja	1.569	43,27	1.440	39,71
Río Negro	2.971	43,13	2.473	35,90
La Pampa	1.359	39,98	1.177	34,63
Tucumán	6.209	39,49	5.187	32,99
Buenos Aires	64.846	39,36	47.239	28,67
Corrientes	4.142	39,08	3.602	33,99
Entre Ríos	4.977	38,04	4.071	31,12
San Juan	2.667	36,51	2.239	30,65
Chubut	2.031	36,51	1.750	31,46
Santa Cruz	1.134	36,41	1.044	33,52
Catamarca	1.315	33,45	1.107	28,16
San Luis	1.566	33,33	1.340	28,52
Chaco	3.223	28,51	2.665	23,57
Jujuy	1.886	26,23	1.608	22,37
Salta	3.328	25,31	2.877	21,88
Santiago del Estero	2.258	24,59	1.940	21,13
Formosa	1.277	22,25	1.120	19,52
Misiones	2.331	19,85	2.056	17,50

MA: Medico Asignado según domicilio electoral en su defecto fiscal y en su defecto provincia de matriculación más reciente.

Tasa de médicos asignados por provincia cada 10.000 habitantes.



MA: Medico Asignado según domicilio electoral en su defecto fiscal y en su defecto provincia de matriculación más reciente.

Se puede entender entonces que el modelo de médicos del país hasta el momento es irregular y depende mucho del tipo de financiación en donde se encuentre.

No solo hay una disparidad entre regiones, donde el nivel de financiación varía, sino que cada provincia tiene incentivos diferentes que fomentan un déficit o un superávit en ciertas especialidades.

Se comprende que la existencia de una transparencia y comunicación de información entre las Instituciones nacionales y provinciales es un punto muy fuerte a mejorar ya que se podrían llevar a cabo políticas colectivas que equilibren la balanza entre la oferta y la demanda de médicos (por especialidad) en el país.

Asignación de Médicos (Con y Sin Especialidad).

En la tabla siguiente se puede observar el número de médicos asignados por provincia. Comparando el número de médicos asignados que tienen especialidades vs. aquellos médicos asignados que no la tienen, dan un indicio de la exigencia en las condiciones de certificaciones necesaria por provincia.

Podemos ver que hay un gran número de médicos que han sido asignados y no tienen especialidades, por lo que no es cuestionable la importancia otorgada a las mismas, ya que el costo de oportunidad es elevado.

Cuanto más grande es la diferencia entre el número de especialistas certificados vs. aquellos asignados, ocurre una situación conflictiva, ya que si hay un número de médicos asignados muy superior al de especialistas asignados, nos encontramos en una situación donde el hecho de haberse especializado no influye mucho la decisión de las instituciones médicas de ofrecer puestos de trabajo para dichos individuos. En otras palabras, el hecho de haber realizado una especialización no otorga mucha ventaja competitiva sobre aquellos médicos que no lo han hecho.

En este caso la fuente "REFEP", aclara que esta información fue estimada ya que no cuentan con información completa de todas las provincias por lo que su análisis debe ser tomado con cautela.



Número de médicos sin y con especialidades asignados por provincia (de 23 a 64 años).

	Nº Médicos asignados	Nº Médicos Sin Especialidad asignados	%	Nº Especialistas identificados asignados	%	Nº Especialistas Certificados en la Provincia	%	Nº Médicos en Plantel	Nº Especialistas en Plantel Provincial
CABA	42.831	19.139	45%	23.692	55%	41.849	177%	10.308	
Buenos Aires	47.239	23.865	51%	23.374	49%	15.211	65%		
Catamarca	1.107	334	30%	773	70%	650	84%	552	433
Córdoba	16.293	8.640	53%	7.653	47%	5.850	76%	3.604	3.604
Corrientes	3.602	1.871	52%	1.731	48%	885	51%	1.261	824
Chaco	2.665	1.151	43%	1.514	57%	1.793	118%	1.266	715
Chubut	1.750	683	39%	1.067	61%	81	8%	846	754
Entre Ríos	4.071	1.895	47%	2.176	53%	2.042	94%		
Formosa	1.120	655	58%	465	42%	341	73%		
Jujuy	1.608	828	51%	780	49%	455	58%		
La Pampa	1.177	415	35%	762	65%	682	90%	504	310
La Rioja	1.440	594	41%	846	59%	834	99%		
Mendoza	6.485	1.969	30%	4.516	70%	4.935	109%		
Misiones	2.056	801	39%	1.255	61%	1.151	92%		
Neuquén	2.423	756	31%	1.667	69%	1.396	84%	1.121	943
Río Negro	2.473	1.264	51%	1.209	49%	9	1%	914	787
Salta	2.877	1.941	67%	936	33%	0	0%	1.106	636
San Juan	2.239	696	31%	1.543	69%	918	59%	1.243	1.114
San Luis	1.340	719	54%	621	46%	544	88%		
Santa Cruz	1.044	407	39%	637	61%	0	0%	460	445
Santa Fe	14.227	11.021	77%	3.206	23%	0	0%	3.693	2.443
Santiago del Estero	1.940	902	46%	1.038	54%	1.027	99%		
Tucumán	5.187	2.320	45%	2.867	55%	2.136	75%	3.120	1.745
Tierra del Fuego	740	227	31%	513	69%	546	106%	1.059	262

San Andrés

Déficit de Atención Médica Primaria y Enfermería

Es importante que el sistema de salud este bien regulado, ya que un déficit de recursos humanos es costoso, pero también lo es el exceso de especialistas, tanto en términos de gasto como de calidad del cuidado.

Las políticas que amplían el tamaño de los mercados, como la internacionalización de los profesionales, contribuyen a potenciar la flexibilidad y capacidad de adaptación. Por el contrario, la segmentación espacial de los mercados (regionalización impermeable) y la segmentación profesional (hiper-especialización) agravan el problema.

Hay un alto grado de ineficiencia en el mercado de salud al existir un déficit latente de médicos de primer nivel y especialistas en enfermería. Una mejora en las condiciones de contratación y un incremento en las percepciones sociales que aporten mayor prestigio a dichas actividades reduciría dicho déficit.

Los médicos de Primer Nivel: son los que se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad. Ejemplos de primer nivel: Centros de Salud, Centros Comunitarios, Salas de Primeros Auxilios.

Como se mencionó anteriormente, el sistema médico argentino no promueve el cuidado de la salud, sino que se concentra en la atención de la enfermedad. Es por esto que hay una baja cantidad de médicos generalistas y de familia.

“El déficit de desarrollo de la atención primaria de la salud en los subsistemas (seguridad social, privado y público), neonatología, emergentología, medicina familia, anestesiología, salud mental y otras especialidades se han visto afectadas por la feminización de la matrícula y los cambios que esto genera en las elecciones de las especialidades y la diferente percepción y vivencia de hombres y mujeres en el ejercicio de la profesión médica. También es notable como se pueden observar diferencias entre regiones y ciudades en cuanto a la cantidad de médicos por habitantes. Terapia Intensiva: déficit de médicos en un área crítica.

Muchos Médicos Generalistas y de Familia optan por ejercer otras especialidades al culminar sus estudios.”¹⁶

El Estado debería reducir la diferencia en las condiciones laborales de los médicos entre asistencia especializada y atención primaria.

¹⁶ La Nación, 22 de Septiembre 2014.

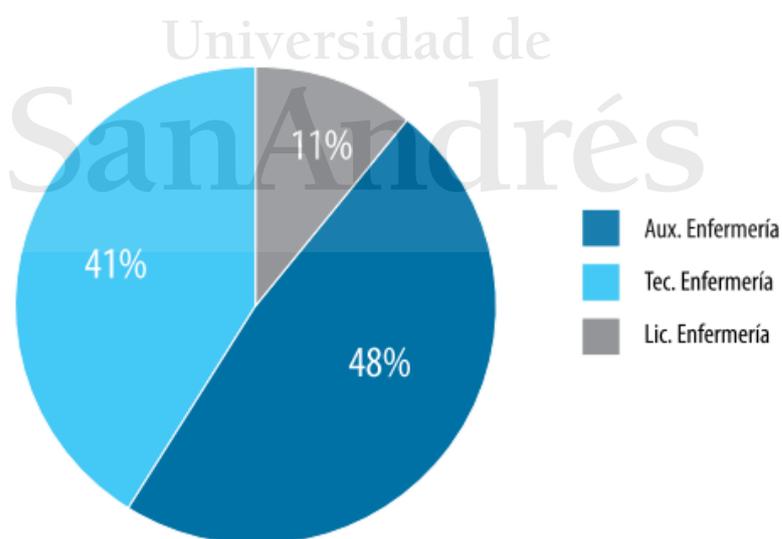
Déficit de Enfermeros.

En Argentina los trabajadores de enfermería contabilizan un total de 179.175¹⁷, que en su relación con la población total del país da 4,24 cada mil habitantes.

Más de la mitad de los mismos tiene calificación profesional, lo cual es una mejora importante de los últimos 10 años, ya que anteriormente predominaban los auxiliares de enfermería. El país debe continuar trabajando en la profesionalización de los trabajadores de enfermería, dado que Argentina reconoce como estándar de calidad adecuado para el cuidado de salud de la población al nivel de formación técnico. Siguiendo estos estándares de formación, la relación entre enfermeros (técnicos) y médicos es de aproximadamente 0,26 para el año 2013. Esto es equivalente a decir que hay cuatro médicos por cada enfermero capacitado disponible.

El déficit de Enfermeros capacitados ocasiona que haya médicos realizando las labores correspondientes a los enfermeros. Esto no solo refleja una falta de eficiencia en el mercado, sino que desmotiva a la fuerza de médicos profesionales, ya que se ven obligados a desempeñar tareas que no les competen.

Enfermeros en edad activa según mayor grado de titulación. Año 2013.



Aux. Enfermería	Tec. Enfermería	Lic. Enfermería	Total
86.073	73.373	19.729	179.175
48,04%	40,95%	11,01%	100,00%

Fuente: Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud, en base al REFEPS. Año 2013

¹⁷ Ministerio de Salud Argentino

Demanda de Servicios de Salud y de Recursos Médicos.

El sistema de salud en Argentina está constituido por tres sectores poco integrados¹⁸ entre sí: el **sector público**, el **sector deseguro social obligatorio** (Obras Sociales) y el **sector privado**. El sector público es demandado en su mayoría por personas sin seguridad social y con capacidades de pago limitadas, está constituido por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales (1525) y centros de salud públicos (8845). La mayor parte de ellos son provinciales y solo una pequeña parte depende del nivel nacional. En esta categoría se concentra un tercio de la población total (censo poblacional 2013).

Por su parte el sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según sus respectivas actividades. Los empleados públicos de cada una de las provincias cuentan con la cobertura de Obras sociales independientes: a cada provincia le corresponden diferentes según la jurisdicción.

Conforma también¹⁹ este subsistema el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP-PAMI) cuyos beneficiarios son los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. El PAMI está presente en todo el país y cuenta con más de 650 oficinas en capitales, ciudades y pueblos de todas las provincias argentinas. Ya ha superado los 4.800.000 afiliados, entre jubilados y sus familiares a cargo, discapacitados, pensionados y veteranos de Malvinas. Bajo esta modalidad se atienden más de 20.000.000 de personas.

¹⁸ "El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal" 2002: Emmanuel

¹⁹ Subsecretaría de Planificación Económica (pag 12.)

Beneficiarios de Obras Sociales (2016)

Tipo de beneficiario	Cant. Beneficiarios
RELACION DE DEPENDENCIA	12.507.461
PASANTES	6.787
JUBILADOS DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD	3.472
ADHERENTES VOLUNTARIOS	249.412
PEQUEÑOS CONTRIBUYENTES - MONOTRIBUTISTAS (LEY 25.865)	1.182.354
SERVICIO DOMESTICO (LEY 26.068)	290.601
JUBILADOS DEL REGISTRO PARA LA ATENCION DE ESPAÑOLES	-
MONOTRIBUTISTAS EFECTORES SOCIALES	394.971
BENEFICIARIOS DE SEGURO DE DESEMPLEO (LEY 24.013)	135.626
BENEFICIARIOS DE SEGURO DE DESEMPLEO (LEY 25.191)(RENATRE)	39.451
JUBILADOS Y PENSIONADOS DE PAMI	4.894.416
JUBILADOS Y PENSIONADOS DE OTROS SISTEMAS	25.997
RELACION DE DEPENDENCIA SIN APORT Y CONTRIB DE OS POR SIJP	102.383
TOTAL	20.176.659

Fuente: Superintendencia de seguros de salud 2016.

En tercer podemos mencionar el subsistema privado que incluye a los profesionales que prestan servicios a pacientes, tanto particulares como afiliados a una OS o empresa de medicina prepaga; los establecimientos asistenciales contratados por las OS para la atención de sus asociados y las entidades de seguro voluntario nucleadas a la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFELISA). Asimismo, también abarca a gran número de mutuales y cooperativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como OS ni como medicina prepaga. Se estiman alrededor de 40 empresas de medicina prepaga y obras sociales. Solamente las ocho principales empresas de medicina prepaga tienen un share del 60% de los afiliados y concentran el 70% de la facturación.

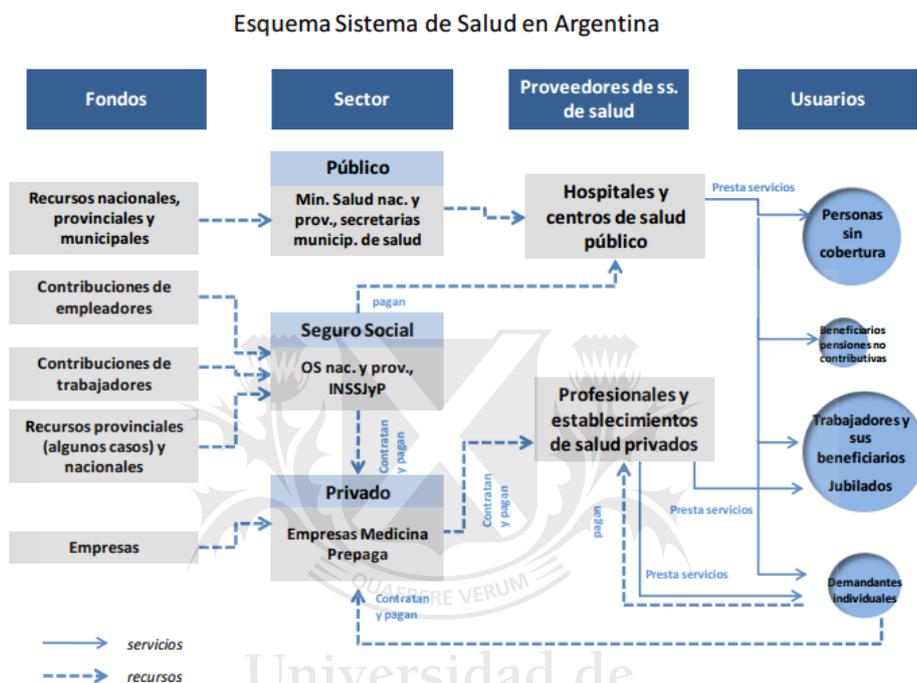
Entidades de Medicina Privada (2012)

EMP	Afiliados	Facturación
OSDE	20%	26%
Swiss Medical	12%	15%
Galeno	10%	11%
OMINT	6%	5%
Medicus	4%	5%
Medifé	3%	2%
Sancor Salud	3%	2%
Hospital Italiano	3%	3%
Otros	39%	31%

Fuente: Consultora CLAVES (2012)

Existen más de 13.500 establecimientos de salud con financiamiento privado. La mitad de los mismos se encuentran distribuidos entre Buenos Aires, Mendoza y Córdoba²⁰. Las empresas de medicina prepaga contemplan una población de seis millones de habitantes. El 67% de esta población están asociadas a través de sus Obras sociales.

En el esquema debajo se puede observar el Sistema de Salud en Argentina.



Nota: Los usuarios se grafican dimensionados de acuerdo a su magnitud. \ Fuente: Elaboración propia con base en Hurtado J.

Universidad de
 San Andrés
 SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN ECONÓMICA

La salud de los ciudadanos no es una competencia delegada por las provincias en el estado nacional. Las provincias son las responsables de la planificación, gestión y regulación de sus sistemas de salud, verificándose una situación de fragmentación en los servicios. Coexisten efectores y trabajadores de la salud con dependencia nacional, provincial y municipal, lo que genera ineficiencia a la hora de proveer un servicio adecuado y equitativo.

²⁰ Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (2016)

Modalidades de Remuneración de los Médicos.

En cada una de las entidades proveedoras de salud hacen falta médicos. Los sistemas de contratación que cada una adopte son variados, sin embargo cabe mencionar a Cherchiglia²¹ quien logró categorizar las formas de remuneración de recursos médicos, planteando dos sistemas principales: el sistema de remuneración por resultado (RPR) y el sistema de remuneración por tiempo (RPT). En el primer sistema los salarios son fijados por contratos y no solamente premiados por resultados cuantitativos sino por su aporte cualitativo. En el sistema RPT, el salario está sujeto a las horas trabajadas. Estos sistemas evolucionaron hacia una forma mixta que combina ambas modalidades.

Son muchos los médicos que abandonan el sistema de salud pública debido al balance entre dedicación y remuneración para pasarse al sector privado o de obras sociales. Las regulaciones del salario médico en el sector público, crean tensiones con el ámbito privado, ya que en las especialidades con un déficit en la oferta de médicos, es el sector público el que sufre las mayores pérdidas. Por otro lado, las disparidades entre los salarios de las distintas regiones generan movimientos desde pueblos o ciudades pequeñas hacia las más grandes ya que tienen mayor poder económico.

La falta de incentivos económicos genera un deterioro en la calidad del servicio ofrecido, se pueden apreciar fuertes mejoras en el servicio de salud médico privado por sobre el público.

Resultados de la Demanda.

La demanda de médicos se caracteriza entonces por la contratación de Médicos por parte de Hospitales, Centros de Salud Público, Profesionales y Centros de Salud privados. El gasto de las prestadoras de salud está compuesto en promedio por más del 60% destinado a recursos humanos.

²¹“Remuneracao do trabalho medico: un estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte Brasil” Cherchiglia, M. 1994.

A su vez la demanda por servicios médicos varía dependiendo factores exógenos y difíciles de controlar, como la tasa de mortalidad, la edad poblacional, etc.

Para analizar un posible desajuste en el mercado laboral, se deben tener en cuenta ciertos indicadores. Existen tres indicadores principales:

- Cambios en la frecuencia de consultas vs. años anteriores.
- Comparación de los tiempos de espera en relación con otras especialidades.
- Necesidades futuras trasladadas por los seguros privados, organizaciones profesionales, proveedores de servicios médicos (HealthMaintenanceOrganisation)

Los indicadores utilizados pueden depender del tipo de sistema de salud utilizado. Países con un sector privado predominante son propensos a utilizar indicadores económicos; donde salarios altos pueden indicar una pequeña oferta, y por tanto falta de competencia y vice-versa, siendo que los salarios bajos sean causa de una oferta superior a la demanda (desempleo).

Otros indicadores que suelen utilizarse son obtenidos de hospitales y centros de salud: Posiciones vacantes, las listas de espera, las horas de trabajo y el número de horas extras trabajadas, etc. Cualquier cambio en los mismos puede ayudar a predecir e identificar aumentos o reducciones en la demanda de salud.

Factores como la mortalidad de la población, el PBI destinado al sector de Salud, el diseño del propio sistema médico, el acceso y disponibilidad a la información, las condiciones laborales para el ejercicio profesional, son otros elementos que contribuyen a poder identificar con mayor certeza la demanda de servicios de salud y profesionales.

Sin embargo, se debe tener cuidado con los indicadores que se usan porque los mismos pueden verse alterados por respuestas a ajustes cíclicos, por lo que no se podría caracterizar correctamente a ciertos patrones o tendencias estructurales de largo plazo.

Es muy difícil de estimar tanto la demanda de servicios de salud como la demanda efectiva futura de médicos por especialidad, sin embargo, al utilizar los indicadores mencionados anteriormente, se puede disminuir la incertidumbre y reducir las fallas de las asignaciones de recursos médicos.



Universidad de
San Andrés

Conclusiones.

Se ha podido recopilar la información principal de las fuentes que caracterizan la disponibilidad de médicos, y analizado los flujos de entrada y salida del sistema de salud. No obstante, esta información es insuficiente para caracterizar la situación laboral y la distribución provincial efectiva de los especialistas en el país.

El número de profesionales médicos disponibles en el 2015 es de 215.820 en Argentina. Sin embargo hay que tener en cuenta que los mayores de 65 años entran en edad jubilatoria, por lo que la base dentro del rango de edades de entre 23 a 64 años es de 167.940. Se pudo apreciar analizando dichos números que el país tiene una población de médicos envejecida relativamente alta.

Si se realiza una apertura en base al sexo, obtenemos que un 44,3% son mujeres y el 55,7% hombres. Sin embargo, existe una tendencia a la feminización de la profesión médica siendo mayor el porcentaje de mujeres activas que el de hombres. Si se analiza por sexo, el 72 % de los residentes son mujeres y la edad media es de 29,3 años mientras que la de los hombres es de 30,08 años. En la población médica de menos de 40 años esta diferencia se incrementa, aquí el porcentaje de mujeres es del 59,7% (38.479 mujeres) frente al 40,3% de hombres (25.912 hombres).

Estas características, como se pudo ver anteriormente, agravan el problema de segmentación de las especialidades y fomentan desequilibrios en el mercado de salud.

Se logró conocer la distribución de médicos en el país y quedó demostrado que hay factores que condicionan la asignación de recursos entre las diferentes regiones. Si se considera la distribución de médicos en Argentina por región, podemos ver que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se concentra el mayor número de médicos (190,2 cada 10.000). Al igual que CABA, hay provincias como, Córdoba, Santa Fe y Tierra del fuego que tienen una alta tasa de médicos por habitantes.

Mientras que el 75% de las provincias tienen menos de 45 médicos cada 10.000.

El hecho de que la información del sistema de salud en Argentina se encuentre tan segmentada y dividida entre organismos de carácter nacional y provincial, donde muchas veces la información no es completa ni es pública, impide que se logre caracterizar el mercado de salud de manera precisa.

Para mejorar los sistemas de información y garantizar la integración de objetivos comunes, es importante generar dinámicas de trabajo colaborativas entre los diferentes Ministerios de Salud de las Provincias y de la Nación.

En lo que respecta a las facultades de medicina, se puede observar un desajuste entre el número de inscriptos y el número de estudiantes que logra finalizar los estudios con éxito. En total se registraron 13.906 ingresantes a medicina en el 2012 y un número de egresados del último año de 5127.

A su vez, alarma el hecho que el grado de éxito académico varía significativamente dependiendo la Universidad, esto refleja cierta disparidad en las instituciones formativas médicas, por lo que se debería trabajar en equiparar las bases de evaluación.

En cuanto al sistema de residencias, la información presentada muestra un déficit en el número de cargos ofrecidos, por lo que los graduados de medicina exceden en número los puestos vacantes que les permitan desarrollarse en especialidades. Siendo la residencia, como se menciono anteriormente, el mejor sistema de formación de posgrado, se ve la necesidad urgente de generar un proceso de cohesión entre la oferta y la demanda para suplir el déficit ocupacional.

La tasa de ocupación de residencia surge de unificar los datos de oferta de cargos vs. la de residentes de primer año. En el año 2014 el número de ocupación de cargos promedio fue de 71%.

Este porcentaje varía dependiendo la especialidad. En 18 especialidades la ocupación es del 100%, sin embargo hay especialidades en déficit cuya ocupación se encuentra por debajo del 60% (Medicina de Familia, Terapia Intensiva Infantil y de adultos, Neonatología).

En Argentina, hay muchos médicos no especializados por culpa de la ineficacia del sistema de asignaciones, que no logra adecuarse a las necesidades del país.

En Argentina los trabajadores de enfermería contabilizan un total de 179.175²², que en su relación con la población total del país da 4,24 cada mil habitantes.

La relación entre enfermeros (técnicos) y médicos es de aproximadamente 0,26 para el año 2013. Esto es equivalente a decir que hay cuatro médicos por cada enfermero capacitado disponible.

El déficit de Enfermeros capacitados ocasiona que haya médicos realizando las labores correspondientes a los enfermeros. Esto no solo refleja una falta de eficiencia en el mercado, sino que desmotiva a la fuerza de médicos profesionales, ya que se ven obligados a desempeñar tareas que no les competen.

La aprobación del Nuevo Reglamento General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud buscabrirar una respuesta a un nuevo escenario de formación de especialistas y entre sus objetivos está hacer más atractivo este sistema formativo a los futuros especialistas²³.

Se pudo entender que es costoso para el país tener tanto un superávit de recursos humanos como los es tener un déficit, ya que una mala asignación de recursos genera ineficiencias.

Para lograr el diseño de un modelo de planificación exitoso, hace falta disponer de información que aunque no sea exhaustiva, revele las principales fallas en el mecanismo de distribución de recursos médicos y permita el desarrollo de estimaciones precisas.

Dentro de las políticas de planificación es importante que exista un método alternativo a las residencias para que los profesionales puedan especializarse, ya que esto solucionaría el problema de déficit de residencias y mejoraría el nivel formativo de nuestros recursos humanos.

²² Ministerio de Salud Argentino

²³ http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/bases-normativas/Resolucion_1993_2015.pdf

Marcelo Mastrángelo, director de relaciones institucionales del Hospital Alemán. En una entrevista con Asteriscos TV, por canal metro Marcelo remarcó que en los temas de salud, como en educación y en otras áreas estratégicas *"no se puede hacer las cosas a corto plazo"*. Se requiere un plan sustentable en el tiempo.

A su vez, lamentó la falta de debate político sobre el sistema de salud y la necesidad de adoptar un plan *"para toda la población"* y advirtió sobre la sanción de leyes específicas para la cobertura de enfermedades como consecuencia de esa carencia.

El directivo cuestionó que la falta de un programa integral haya desencadenado *"la mala costumbre de dictar leyes por enfermedades"* como fueron los casos específicos de cobertura por obesidad y por discapacidad. A su vez hay escasez de recursos humanos calificados en rubros de paramédicos y enfermería.

"En un congreso de ACAMI hace ya cinco años, ideamos un plan de salud con la misma plata que en ese momento se estaba invirtiendo. Con eso queda claro que no se trata de un problema de financiamiento sino de ponerse el overol y hacer un plan de salud sustentable en el tiempo".

Agregó que el esquema actual sanitario es *"paupérrimo"* y que con los fondos disponibles, está claro que se puede hacer *"algo mejor, ya que la Argentina tiene a 18 millones de personas, más del 40 por ciento, dependiente de la salud pública"*.

Como bien menciona Carlos Vassallo²⁴, es posible observar un mercado laboral de médicos con función de oferta inelástica a corto plazo, como consecuencia de la segmentación profesional y geográfica acentuada por el hecho que la inmigración se ha interrumpido como consecuencia de la escasa diferenciación y baja remuneración del médico argentino en determinadas zonas del país.

Queda pendiente diseñar un modelo de planificación en el cual, mediante el uso de políticas públicas se logre establecer un balance entre déficits y superávits de los

²⁴ *Oferta de médicos en la Argentina: del libre mercado a la planificación* Carlos Vassallo – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional del Litoral

recursos humanos médicos, logrando así un equilibrio en la asignación de los mismos y satisfaciendo las necesidades del país.

Se deben plantear medidas de corto y largo plazo, que no afecten únicamente el número de médicos sino también la organización del trabajo, productividad, políticas de formación continuas, y sustitución laboral de profesionales de salud.

El primer requisito para poder planificar esto es contar con un registro dinámico de profesionales sanitarios, con información completa del mercado de Salud en el país; por esto es que la existencia de un ente cooperativo entre las provincias es fundamental (COFESA). Es de primera necesidad para el Sistema Nacional de Salud, evaluar y monitorizar las necesidades y disponibilidad de profesionales sanitarios a nivel Provincial y Nacional.

A Corto plazo lo más oportuno es adecuar una política de incentivos económicos y laborales que reduzcan el déficit de ciertas especialidades y aumenten el número de médicos en localidades periféricas.

Esto no quiere decir que se busque la implementación de salarios uniformes para todos los médicos, pero es necesario aplicar una política salarial que intente mejorar el funcionamiento y distribución de los recursos en un mercado tan fragmentado como lo es el de salud. El sector público sufre pérdidas significativas en las especialidades con mayores déficits de médicos; al tener salarios regulados que sean inferiores a los del mercado sufren fugas de recursos que optan por trasladarse al sector privado quien los remunera mejor.

Solucionar el problema de la brecha salarial en este caso, atraería a recursos médicos de calidad y esto elevaría el nivel de atención de la salud pública significativamente.

Se debería generar un cambio en el rol del estado, donde se priorice la inversión en prevención de enfermedades por sobre su curación, beneficiando la calidad de atención médica en el largo plazo.

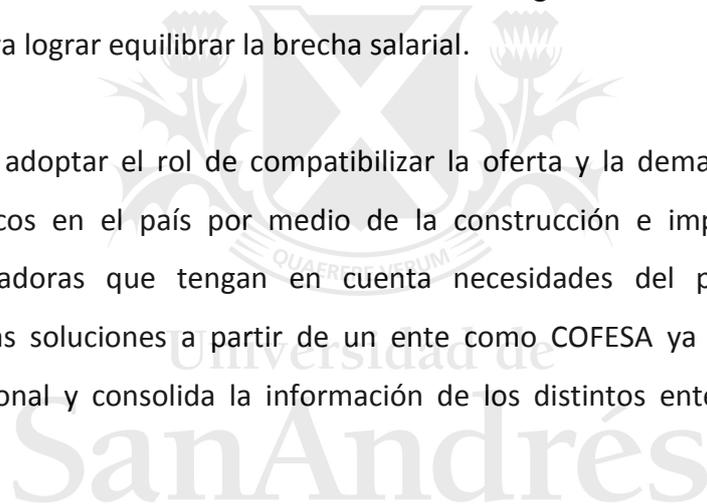
Para que esto sea posible debe recuperarse el prestigio de la atención primaria ya que este déficit presenta una necesidad urgente del sistema de Salud. Esto se puede lograr

por medio de incentivos de carrera profesional, de mejoras en la remuneración, de condiciones laborales adecuadas, de acceso a la formación, de potenciar la capacidad resolutoria y la responsabilidad clínica sobre los pacientes.

Pensando en el largo plazo, hace falta incrementar la flexibilidad y combatir la segmentación de la oferta. Esto se puede lograr implementando nuevos métodos de formación de especialistas, nuevas áreas de capacitación, mayores restricciones de aceptación en universidades, aumentar el número de residencias disponibles. Es importante lograr reducir las brechas entre las distintas regiones del país por medio de normas claras que faciliten la movilidad interprovincial de médicos.

Un punto fuerte para poder reducir las fugas de recursos médicos capacitados en regiones con economías menos fuertes hacia otras más grandes sería el otorgamiento de subsidios para lograr equilibrar la brecha salarial.

El estado debe adoptar el rol de compatibilizar la oferta y la demanda de recursos humanos médicos en el país por medio de la construcción e implementación de políticas integradoras que tengan en cuenta necesidades del país. Se podrían promover dichas soluciones a partir de un ente como COFESA ya que adopta una dimensión nacional y consolida la información de los distintos entes provinciales y nacionales.



Anexo

CUESTIONES LEGALES

Fuente: *Guía de Establecimientos Asistenciales actualizada al año 2000. Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud.*

Edad Jubilatoria de los médicos: Si bien algunas provincias Argentinas disponen de Leyes específicas que regulan la edad jubilatoria para el modelo Nacional se considera la edad de 60 años en el caso de las mujeres y 65 años para los hombres (Ley Nacional Nº 24.241)

Salarios Médicos.

Fuente: http://www.asociacionamap.org.ar/upload/legales/164_acta-acuerdo-amap-adekra-2016.pdf

CCT AMAP ADECRÁ CCT 619M11 ESCALA SALARIAL 2016				
VALOR POR HORA	Recomposición salarial sobre base Julio 2016			
	18% Febrero 2016	18% Julio 2016	20% Agosto 2016	15% Diciembre 2016
Valor de hora básica	\$ 93,18	\$ 110,00	\$ 132,00	\$ 148,50
Adicionales:				
Por tareas en área de cuidados intensivos o área cerrada	\$ 18,64	\$ 22,00	\$ 26,40	\$ 29,70
Por jornada continua	\$ 18,64	\$ 11,00	\$ 13,20	\$ 14,85
Por atención en consultorios ext.	\$ 25,29	\$ 22,00	\$ 26,40	\$ 29,70
Por trab. sábados y domingos	\$ 18,64	\$ 22,00	\$ 26,40	\$ 29,70
Por jefatura de guardia	\$ 27,93	\$ 35,00	\$ 39,60	\$ 44,55
Por jefe de guardia de día	\$ 25,29	\$ 27,00	\$ 33,00	\$ 37,13
Por jefe de guardia de noche	\$ 18,64	\$ 22,00	\$ 26,40	\$ 29,70
Por especialidad	\$ 9,32	\$ 11,00	\$ 13,20	\$ 14,85
Adicional Planta	0	\$ 11,00	\$ 13,20	\$ 14,85
JORNADA SEMANAL 24 HORAS				
Sueldo básico	\$ 9.685,26	\$ 11.476,25	\$ 13.711,30	\$ 15.425,63
Adicionales:				
Por tareas en área de cuidados intensivos o área cerrada	\$ 1.937,07	\$ 2.315,25	\$ 2.742,36	\$ 3.085,09
Por jornada continua	\$ 1.937,07	\$ 1.102,62	\$ 1.371,13	\$ 1.542,34
Por atención en consultorios ext.	\$ 2.420,30	\$ 2.285,25	\$ 2.742,36	\$ 3.085,09
Por trab. sábados y domingos	\$ 1.937,07	\$ 2.285,25	\$ 2.742,36	\$ 3.085,09
Por jefatura de guardia	\$ 2.594,56	\$ 3.457,87	\$ 4.115,43	\$ 4.627,83
Por jefe de guardia de día	\$ 2.420,30	\$ 2.856,76	\$ 3.427,87	\$ 3.856,26
Por especialidad	\$ 968,53	\$ 1.102,62	\$ 1.371,13	\$ 1.542,34
Adicional Planta	0	\$ 1.142,62	\$ 1.371,13	\$ 1.542,34
JORNADA SEMANAL 48 HORAS				
Sueldo básico	\$ 19.366,52	\$ 22.852,49	\$ 27.422,99	\$ 30.850,87
Adicionales:				
Por tareas en área de cuidados intensivos o área cerrada	\$ 3.874,14	\$ 4.570,50	\$ 5.484,60	\$ 6.170,17
Por jornada continua	\$ 3.874,14	\$ 2.205,25	\$ 2.742,36	\$ 3.085,09
Por atención en consultorios ext.	\$ 4.860,60	\$ 4.570,50	\$ 5.484,60	\$ 6.170,17
Por trab. sábados y domingos	\$ 3.874,14	\$ 4.570,50	\$ 5.484,60	\$ 6.170,17
Por jefatura de guardia	\$ 5.189,13	\$ 6.855,73	\$ 8.226,98	\$ 9.352,26
Por jefe de guardia de día	\$ 4.860,60	\$ 5.713,13	\$ 6.855,73	\$ 7.732,73
Por especialidad	\$ 1.937,06	\$ 2.205,25	\$ 2.742,36	\$ 3.085,09
Adicional Planta	0	\$ 2.285,25	\$ 2.742,36	\$ 3.085,09

Importancia del análisis de los recursos humanos como factor de producción.

Como bien apunta Mario R. Rovere²⁵, el campo de recursos humanos en salud ha sido estudiado desde una perspectiva económica en función de su concurrencia como factor productivo en el proceso de trabajo que concluye con la prestación de servicios de salud.

El recurso humano es un factor de producción difícil de cuantificar en el sentido de que es un “recurso” que piensa, decide, aprende, cambia sus decisiones, no siempre siendo económicamente racional (y menos en el rubro de la salud).

Rovere considera que es el único factor de producción que mejora con el tiempo, ya que tiene la capacidad de aprender, y resalta la necesidad de analizarlo haciendo un mayor foco, ya que cree que invertir en el mismo conducirá a mejoras dentro del mercado.

Es de vital importancia reconocer a los recursos médicos como un componente clave para plantear procesos de reforma en el sector de salud, y para poder generar políticas públicas²⁶ adecuadas. Estos procesos, por ende, deben construirse sobre una base de normas dentro de los recursos humanos médicos que destaquen su financiamiento y sus funciones, teniendo normas claras en su contratación y regulación²⁷ que garanticen una asignación eficiente en el mercado.

¿Por qué es importante hablar de los recursos humanos?

Al igual que Arrow, algunos autores²⁸ han destacado la dificultad de medir los costos y cuantificar el valor de los recursos humanos en el sector de salud. Sin embargo, como vimos anteriormente el peso del capital humano no solo radica en la función

²⁵“PLANIFICACION ESTRATEGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD”, MARIO R. ROVERE(1993): pag 36-38.

²⁶Muñoz F, Lopez-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. *Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. RevPanam Salud Pública. 2000; 8(1-2):126-34.*

²⁷Pierantoni C. *As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciência e Saúde Coletiva. 2001;6(2):341-60*

²⁸Buchan J. *What difference does (“good”) HRM make? Human Resources for Health 2004;2:6. Hallado en: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/6>. Acceso el 11 agosto de 2009.*

fundamental de proveer servicios de salud, sino que representa cerca del 60% del gasto de los sistemas²⁹médicos.

Las fallas en la formación de profesionales sanitarios, condiciones laborales, y salarios precarios, se incrementa en gravedad debido a la emigración de recursos humanos, y una mala gestión de los sistemas de salud. En adicción a esto, hay que tener en cuenta que existe una falta de conocimiento de los procesos de planificación y del desarrollo de políticas y programas que logren ofrecer soluciones en el mercado.

No se puede desconocer la importancia de que los organismos de salud trabajen conjuntamente para alinear prioridades y de esta manera logren reformar el área de recursos humanos y obtener un balance adecuado en las condiciones laborales del sector³⁰.

Dentro de las instituciones de salud encontramos a referentes claros y muy visibles, como Universidades, Escuelas Técnicas, empleadores como Ministerios de Salud, Seguridad Social e Instituciones Privadas. Sin embargo, estos organismos carecen de una organización eficiente que controle y articule los objetivos nacionales y provinciales, dejando el proceso de asignación de recursos al deseo de “la mano invisible del mercado”. Esto ocasiona problemas de alocaación en ciertas ramas de la medicina.

Definición de “Recursos humanos” en el sector de Salud.

Mario R. Rovere³¹en su libro “Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud” identifica al conjunto que denominamos “Recursos Humanos en Salud”.

Dentro del campo de Recursos Humanos en Salud podemos identificar tres subconjuntos que definen a esta población:

1. Trabajadores autónomos, aquellos que ejecutan tareas para terceros por cuenta propia, sea que tengan o no en propiedad, un establecimiento específico para dichas tareas (consultorio, por ejemplo).

²⁹ Arroyo J. *Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990–2005. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(4):1063–72.*

³⁰ Chen L, Evans T, Anand S, Baufford JT, Brown H, Chowdhury M, et al. *Human resourcesforhealth: overcomingthe crisis. Lancet. 2004;364:1984–90.*

³¹ PLANIFICACION ESTRATEGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD”, MARIO R. ROVERE(1993)

2. Los empleados del sector de salud, aquellos que son asalariados de entidades públicas o privadas, cuya finalidad es la prestación de servicios de salud.
3. Los empleados de salud en establecimientos de otra naturaleza (comercio, industria, bancos, etc.) o aquellos en formación práctica o específica en salud, trabajan en actividades relacionadas con la misma, fuera del sector.

Se cree que se pueden incluir dos grupos más: el de los estudiantes de carreras y profesionales, cuya función es desempeñarse en el sector de salud; y otro que incluye a personal de salud que no trabaja pero busca hacerlo.

Sonis³² señala que es clásico considerar como Recursos Humanos de Salud a todos estos conjuntos de la población mencionados anteriormente. Por lo que expresa quemuchas veces es necesario acotar la definición y dejar subgrupos afuera sin tanta relevancia en la estructura de costos.

Este trabajo tomara como referencia dos subconjuntos dentro de los recursos humanos médicos, que conformen la oferta y demanda; ambos campos se desarrollaran posteriormente.

DEMANDA.

El economista Arrow³³ quien habla sobre esta área de estudio y plantea las características de este mercado en su paper: "*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*". Aquí se presentan las instituciones como organizaciones médicas y se analiza la competitividad en el mercado de salud.

El economista intenta demostrar que las instituciones médicas y el mercado de salud no son tan perfectos como uno suele pensar, sino que hay muchas fallas en el mismo.

Uno de los problemas que plantea Arrow, es la imposibilidad de determinar el perfecto equilibrio en el mercado de salud, ya que aparecen dos variables difíciles de determinar: el precio exacto por el servicio médico y el peso del factor de riesgo de las enfermedades (la gravedad de no ser atendidas pueden afectar a terceros).

³² "Atención de la Salud" Abraham Sonis y col. Ed. El ateneo. 1976.

³³ "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" Arrow

Es imposible determinar con exactitud un valor económico que represente el riesgo de una enfermedad y más aun calificar el valor de la habilidad de atención medica, por lo que se dificulta la tarea de identificar un equilibrio de Pareto Optimo.

Las habilidades y el conocimiento no son fáciles de transmitir, y esto tiene un costo, Arrow expresa que el consumidor de cuidado médico al no tener un conocimiento exacto del bien que le está siendo ofrecido, no puede tener parámetros claros del precio real de los servicios brindados. El consumidor no puede probar el producto antes de consumirlo, esto significa que para un individuo, la tarea de evaluar cuanto es lo que está dispuesto a pagar por servicios médicos es compleja.

La demanda por servicios médicos no es constante ni se puede determinar con facilidad, como la demanda por comida o ropa, sino que se comporta de manera impredecible.

Por otro lado, Arrow considera que los médicos, además de tener una remuneración económica, actúan por la satisfacción de atender/ayudar a los demás (prestigio), nuevamente una variable difícil de medir. Se plantea la idea de que los médicos deberían ser personas desinteresadas que velan por ayudar a los demás por sobre su beneficio personal.

Por otro lado, el precio que cobran los médicos va a variar dependiendo que tanto valoras los motivos por los cuales ejercen: un medico que encuentra mayor beneficio en ayudar a los demás, debería cobrar precios más económicos, ya que su remuneración estaría equilibrada por una paga "cualitativa".

Estructura de empleo en el sector de la salud privada

	2004		2011		Variación	
	Cantidad	Salario	Cantidad	Salario	Cantidad	Salario
OCUPADOS Asalariados						
Privados	209.573	\$ 787	246.431	\$ 3.387	18%	331%
Registrados	123.939	\$ 920	164.661	\$ 3.846	33%	318%
No registrados	85.394	\$ 595	81.770	\$ 2.464	-4%	314%

En esta tabla se puede observar que a pesar de que la cantidad de empleo incremento, no lo hizo en una cifra muy elevada. Si se compara este aumento con el incremento en salarios, el problema del aumento de costos adquiere mayor valor. Los salarios brutos crecieron en 6/7 años más del 300%.

El **envejecimiento de la población Argentina** eleva el gasto de las prestadoras de salud, ya que el nivel de población de más de 65 años ya representa un 11% del total de habitantes. Este grupo requiere hasta 5 veces más recursos que el resto y al continua aumentando debido a innovaciones tecnológicas que permiten mejorar la calidad de vida y prolongarla. Esto obliga a prestadores y financiadores a invertir cada vez más recursos para no resignar la calidad del servicio y permanecer competitivos.

Fuentes y Bibliografía.

- Red Federal de Registros de Profesionales de Salud (REFEPS)
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL)
- AFIP
- INDEC.
- Organización Mundial de la Salud, Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria. <http://apps.who.int/globalatlas/>. Indicadores del Desarrollo Mundial.
- *Oferta de médicos en la Argentina: del libre mercado a la planificación*” Carlos Vassallo – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional del Litoral
- *“Mercado de Trabajo Medico”* Carlos Bloch, Irene Luppi, Alicia Aronna.
- *“Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables.”* Beatriz González López-Valcárcel Patricia Barber Pérez Universidad de Las Palmas de GC
- *“Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria.”* Informe SESPAS 2012 Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez
- *“Los recursos humanos de salud en Chile”* (Claudio A. Mendez). <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9773/12.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- LA NACION: *“El sueño de ser medico frente a la pesadilla de la residencia”*<http://www.lanacion.com.ar/2012352-el-sueno-de-ser-medico-frente-a-la-pesadilla-de-la-residencia>
- http://www.asociacionamap.org.ar/upload/legales/164_acta-acuerdo-amap-adepra-2016.pdf
- Health Financing and Stewardship, Evidence and Information for Policy, World Health Organization, Geneva, Switzerland William D. Savedoff
- Unidad de Análisis Economía de la Salud Subsecretaría de Planificación Ministerio de Salud Buenos Aires (UAES-2015).

- “El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal” 2002: Emmanuel Abuelafia, Samuel Berlinski, Mariana Chudnovsky, Valeria Palanza, Lucas Ronconi, M. Eugenia San Martín y Mariano Tommasi.
- KEY MARKET
- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- ADECRA
- “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*” Arrow
- Buchan J. What difference does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health* 2004;2:6. Hallado en: [http:// www.human-resources-health.com/content/2/1/6](http://www.human-resources-health.com/content/2/1/6). Acceso el 11 agosto de 2009.
- Arroyo J. Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990–2005. *Ciência&SaúdeColetiva*. 2006;11(4):1063–72.
- Chen L, Evans T, Anand S, Baufford JT, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resourcesforhealth: overcomingthe crisis. *Lancet*. 2004;364:1984–90.
- “PLANIFICACION ESTRATEGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD”, MARIO R. ROVERE(1993): pag 36-38.
- Muñoz F, Lopez-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *RevPanam Salud Publica*. 2000; 8(1–2):126–34.
- Pierantoni C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e SaúdeColetiva*. 2001;6(2):341–60
- PLANIFICACION ESTRATEGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD”, MARIO R. ROVERE(1993)
- “Atención de la Salud” Abraham Sonis y col. Ed. El Ateneo. 1976.
- (OECD Health Working Papers Nº 21: The supply of physician services in OECD countries.)