

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION**

**BASES PARA UN PLAN DE DESARROLLO  
DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD  
INFORME FINAL**

**AUTORIDADES MINISTERIALES**

**MINISTRO DE SALUD**

Dr. Ginés GONZALEZ GARCIA

**SECRETARIO DE POLITICAS, REGULACION  
Y RELACIONES SANITARIAS**

Dr. Carlos Alberto SORATTI

**SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION**

Dra. Claudia MADIES

**DIRECCION NACIONAL DE REGULACION Y FISCALIZACION**

Dr. Guillermo WILLIAMS

**DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DE  
RECURSOS HUMANOS DE SALUD**

Dr. Mauro CASTELLI

**DIRECCION NACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS**

Dra. Susana MAZZARINO

**DIRECCION DE REGISTRO, FISCALIZACION Y SANIDAD DE  
FRONTERAS**

Dr. Oscar CAVARRA

**DIRECCION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD**

Dra. Analía AMARILLA

**UNIDAD COORDINADORA EJECUTORA DE SALUD MENTAL Y  
COMPORTAMIENTO SALUDABLE**

Dr. Antonio DI NANNO

**COORDINACION DEL PLAN NACIONAL DE SANGRE**

Dra. Mabel MASCHIO

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION**

**BASES PARA UN PLAN DE DESARROLLO  
DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD**

**INFORME FINAL**

**EQUIPO COORDINADOR OPS/MSAL**

María del Carmen CADILE  
Juan GUZIK  
Jorge A. MERA

**CONSULTORA INTERNACIONAL**

Guadalupe ALARCÓN FUENTES

**OFICIAL DE PROYECTO OPS**

Luis Eliseo VELÁSQUEZ LONDOÑO

**BUENOS AIRES  
Noviembre 2005**

## **INDICE**

- 1. INTRODUCCION**
- 2. LA PROPUESTA Y LOS ALCANCES DE LA COOPERACION TECNICA SOBRE REGULACION DE RECURSOS HUMANOS DISEÑO DE LA PROPUESTA.**
  - 2.1. Descripción de los Componentes de Proyecto
- 3. CRONOGRAMA PROPUESTO**
- 4. EL PROCESO DE INSTALACION DE LA UNIDAD DE ACOPIO DE INFORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**
  - 4.1. Instalación del Gabinete del Equipo Coordinador
  - 4.2. Primer componente de la propuesta: acciones realizadas
  - 4.3. Entrevistas realizadas
- 5. REUNIONES DE CONSENSO DEL GRUPO DE CONSULTA**
  - 5.1. Primera reunión de consulta
  - 5.2. Segunda reunión de consulta
- 6. IDENTIFICACION DE PROBLEMAS DE LA INFORMACION DISPONIBLE LA MATRIZ DE ANALISIS DE RENDIMIENTO DE ATENCION PRIMARIA**
- 7. MATRIZ DE RENDIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA**
- 8. INFORMACION SOBRE RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS DE SALUD**
- 9. LA SITUACION DE LOS PROFESIONALES DE MEDICINA**
  - 9.1 La Formación
  - 9.2 Dotación de Médicos
  - 9.3 Distribución Geográfica
  - 9.4 Número de Médicos Estimado para el 2004
- 10. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACION DE LAS ESPECIALIDADES MEDICAS**
  - 10.1 Marco de Referencia
  - 10.2 Nómina de Especialidades

### 10.3 Especialidades de más Frecuente Adopción

## **11. LA SITUACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA**

- 11.1 La Formación Universitaria en Enfermería
- 11.2 Condiciones de Trabajo y Profesionalización
- 11.3 Algunos datos sobre ingreso y egreso a la Carrera de Enfermería
- 11.4 La Formación Terciaria
- 11.5 Las Instituciones Formadoras
- 11.6 Las asociaciones de Enfermería de la Argentina
- 11.7 Dotación de Profesionales de Enfermería

## **12. RECOMENDACIONES FINALES**

- 12.1 La estrategia de las Residencias de Salud
- 12.2 Principales Líneas de Acción y Estrategias Propuestas para Enfermería
- 12.3 Fortalecer la formación de enfermería que responda a la demandas de salud de la Población Argentina
- 12.4 Propuesta para la realización de un Censo Nacional del Personal de Enfermería
- 12.5 Interfaz Ministerio – Entidades Formadoras

## **13. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

## **ANEXOS**

## **1- INTRODUCCION**

Desde finales de la década del noventa la OPS lleva adelante diversas iniciativas de cooperación técnica en el campo de los recursos humanos, entendiendo como prioritarias todas las acciones que confluyan en la caracterización de la fuerza de trabajo en salud y el impacto de los procesos de reformas sectoriales sobre este campo.

En este sentido, fomenta la recolección y sistematización de información en todos los estados miembros de la OPS apoyando el funcionamiento de foros nacionales de recopilación y análisis de información sobre este campo, y la implementación de la estrategia de instalación de observatorios regionales de recursos humanos que permitan generar las bases para la formulación de políticas y la toma de decisiones que fortalezca la función de rectoría de los ministerios de salud de la región.

En el campo de los recursos humanos en salud, en la Argentina, conviven problemas de distinta data. Algunos de ellos han sido identificados en décadas anteriores y aún permanecen sin resolución, como la ausencia de políticas o la inequitativa distribución de recursos en las diferentes jurisdicciones. A estos, se les han sumado los que surgen a partir de los procesos de reforma producidos en el sector, en la década del noventa.

Entre los problemas de mayor impacto se pueden mencionar la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo en salud, la calidad de la formación de los recursos humanos, la gestión de los recursos, la ausencia de políticas de planificación y desarrollo de RRHH.

Es así como el Ministerio de Salud de la Nación recoge esta problemática y en el Plan Federal se proponen diferentes líneas de acción, articuladas y coordinadas con las provincias y el sector privado, para intervenir en la formación de recursos humanos, en el ejercicio profesional y en la gestión de tales recursos.

En este contexto se inscribe el desarrollo de esta cooperación técnica solicitada por la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación con el objetivo de elaborar un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud y que contó con el apoyo de la Representación Argentina y de la Unidad de Desarrollo del Programa Regional de Recursos Humanos de la OPS.

Para llevar esta iniciativa adelante se conformó un Equipo Coordinador, compuesto por el Dr. Jorge Mera (Coordinador), la Lic. María del Carmen Cadile y el Lic. Juan Guzik, actuando como consultora internacional la Dra. Guadalupe Alarcón Fuentes, que articuló el trabajo con las distintas direcciones nacionales de la subsecretaría y se ocupó de llevar a cabo las gestiones necesarias para consolidar y consensuar la propuesta que busca instalar el Ministerio de Salud. El Dr. Luis Eliseo Velásquez Londoño se desempeñó como Oficial de Proyecto por la Organización Panamericana de la Salud. Los Dres. Rosa María Borrell Bentz, Felix Rígoli y Carlos Rosales, todos de la OPS, brindaron valiosos aportes al Grupo Coordinador.

## **2. LA PROPUESTA Y LOS ALCANCES DE LA COOPERACION TECNICA SOBRE REGULACION DE RECURSOS HUMANOS**

La Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación, planteó como problema a resolver la regulación del campo de los recursos humanos en salud.

Con este objetivo, se realizó una reunión con la Dra. Claudia Madies, el Dr. Carlos Rosales, el Dr. Luis Eliseo Velásquez Londoño y el Coordinador del Equipo, para diseñar el plan de trabajo que llevaría adelante la cooperación técnica.

Se acordó que, en el corto plazo, este Equipo Coordinador procediera al acopio de la información disponible y construyera una metodología de ponderación que facilitara la toma de decisiones en este tema para la organización de un Plan de Desarrollo en Recursos Humanos. Asimismo, se propuso la construcción de un conjunto de indicadores básicos cuya aplicación proporcionara la información necesaria sobre las prioridades en recursos humanos de salud para la generación de consenso con los diferentes grupos profesionales.

### **2.1. Descripción de los Componentes de Proyecto**

El **primer componente** de actividades se orientó a la recopilación de información de fuentes secundarias, previamente establecidas, en los siguientes campos:

- Tendencias internacionales en la orientación del desarrollo de recursos humanos, como referencia se tomaron documentos del Programa de Recursos Humanos de la OPS.
- Variable demográfica, análisis de información sobre proyección de población en el ámbito nacional, se identificó como fuentes de información a MSAL/CELADE.
- Variable epidemiológica, análisis de información sobre morbilidad, tendencias y principales causas de mortalidad en el ámbito nacional y provincial. Fuentes de información: OPS/MSAL.
- Análisis de mercado de formación (ingreso y egreso de alumnos en el pre y posgrado). Fuentes de información: M. Abramzón y Ministerio de Educación.
- Composición y estructura del recurso humano de salud nacional y provincial. Fuentes de información: INDEC y Abramzón.
- Categorías ocupacionales predominantes y diferencias entre provincias. Fuentes de información: Abramzón, INDEC y Ministerio de Trabajo.
- Ocupación en el sector, situación del empleo. Fuentes de información: M. Novick y Ministerio de Trabajo.
- Producción del sistema de servicios de salud. Fuentes de información: Ministerio de Salud.

El **segundo componente** se orientó a la elaboración de un instrumento metodológico de análisis y construcción de escenarios para el desarrollo del plan de recursos humanos, que debiera incluir:

- Desarrollo de metodología/Ponderación y cruce de variables.
- Construcción de Escenarios por niveles de desarrollo óptimo, medio y adverso.
- Análisis de áreas críticas y alternativas de intervención.

El **tercer componente** se centró en el desarrollo de un plan propiamente dicho de Desarrollo de Recursos Humanos, en el corto y mediano plazo, incorporando como variable crítica la producción de información y la utilización de la metodología de análisis de problemas en los niveles regionales.

Para este proceso, la OPS ofreció la participación del Dr. Miguel Romero Téllez y de la Dra. Guadalupe Alarcón Fuentes de México, cuya coordinación estaría a cargo del Programa Regional de Recursos Humanos en Salud.

### 3-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROPUESTO

**PROYECTO:** Preparación de propuesta de Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
1. Búsqueda y recolección de información	XXX	XXXXXX		
2. Consolidación de información disponible y consulta a informantes claves	XXX	XXXXXX		
3. Primer grupo de consulta para validación de información consolidada y perfilar posibles escenarios			X	
4. Elaboración de instrumento metodológico de análisis y construcción de escenarios			XXX	XXX
5. Segundo grupo de consulta: presentación y discusión de instrumento metodológico. Definición de escenarios				X
6. Preparación de propuesta de Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud				XXX



## **4- EL PROCESO DE INSTALACION DE LA UNIDAD DE ACOPIO DE INFORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

Este proceso comenzó con diversas gestiones que, en forma simultánea, se fueron desarrollando con el fin de instalar una unidad funcional de acopio de información y con capacidad operativa para llevar adelante la propuesta acordada.

### **4.1 Instalación del Gabinete de Trabajo para el Equipo Coordinador**

La Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización gestionó y puso a disposición del Equipo Coordinador un espacio, ubicado estratégicamente junto a la Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud, ubicado en el 7mo. piso del Ministerio de Salud de la Nación.

El equipamiento necesario para su funcionamiento fue provisto por la Representación Argentina de la OPS. Se instalaron dos equipos de computación, con impresora y el mobiliario para los equipos. Asimismo, se proveyó de los insumos de librería y papelería para el desarrollo de las actividades.

El compromiso asumido por la Representación OPS con la Subsecretaría respecto de estos bienes fue que, finalizada la consultoría, pasarían a integrar el patrimonio de la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud.

La Subsecretaría aportó una línea telefónica interna, la conexión a la red de Internet del Ministerio y una persona de apoyo para realizar las tareas de secretaría.

### **4.2 Primer componente de la Propuesta: Acciones realizadas**

Para el cumplimiento de las metas planteadas en esta etapa se estableció una agenda de trabajo<sup>1</sup> que consistía en la realización de las siguientes acciones:

1. Revisión bibliográfica de las fuentes mencionadas en la propuesta.
2. Relevamiento de la información disponible sobre indicadores demográficos, de desarrollo social y del mercado de formación de recursos humanos en salud.
3. Relevamiento de indicadores de prestación de servicios de salud.
4. Realización de entrevistas con informantes claves para cada tema seleccionado.

El objetivo de estas acciones fue obtener un diagnóstico de situación que permitiera disponer de un perfil regional de la oferta de servicios, recursos de salud y características de la población. Asimismo, la revisión bibliográfica

---

<sup>1</sup> Ver Anexo I

permitió la actualización y confrontación de los temas críticos con las investigaciones realizadas recientemente.

Una parte de las acciones se centró en contactar a los diversos actores que en el Ministerio de Salud tienen a su cargo los temas mencionados.

### **4.3 Entrevistas realizadas**

Con el objetivo de recabar información para el desarrollo de la propuesta se llevaron a cabo diversas entrevistas:<sup>2</sup>

- Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).
- Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos de Salud.
- Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras.
- Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización.
- Programa REMEDIAR.
- Programa Nacional de Recursos Humanos para la Atención Primaria de la Salud.
- Miembros del Consejo Asesor de Enfermería.
- Programa MEDICOS COMUNITARIOS.
- Programa SALUD MENTAL.

También se realizaron consultas a diversos organismos:

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).
- Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DINIECE).

---

<sup>2</sup> Los informes escritos por las dependencias entrevistadas y remitidos al Grupo Coordinador se encuentran incluidos en el *ANEXO II*.

## **5- GRUPO DE CONSULTA SOBRE RECURSOS HUMANOS DE SALUD**

### **5.1 Primera Reunión de Consulta**

Finalizada la primera etapa de recolección de información, se realizó el 4 y 5 de julio de 2005 la primera reunión del Grupo de Consulta sobre Recursos Humanos de Salud en la sede de la Representación Argentina de OPS.

Este grupo se conformó con los siguientes participantes:

Dr. Bello, Julio (Consejo Consultivo)  
Dr. Casavilla, Florencio (Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización)  
Dr. Castelli, Mauro (Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos de Salud)  
Dr. Cavarra, Oscar (Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras)  
Dra. Daveggio, Silvia (Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias)  
Dr. Di Nanno, Antonio (Dirección Nacional de Salud Mental)  
Lic. Galli, Amanda (Sociedad Argentina de Educación Médica)  
Lic. González, Albertina (Fundación Sanidad)  
Dr. Holmberg, Ezequiel (Consejo Consultivo)  
Dr. Leguiza Jorge (Superintendencia de Servicios de Salud)  
Dra. Madies, Claudia (Subsecretaria de Regulación, Fiscalización y Políticas de Salud)  
Dra. Mazzarino, Susana (Dirección Nacional de Prestaciones Médicas)  
Dra. Novick, Marta (Subsecretaria, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social)  
Dr. O´Donnell, Juan C. (Coordinador de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria, CONAPRIS)  
Dr. Petrecolla, Diego (Coordinador de la Unidad de Regulación de la UADE)  
Dr. Rosales, Carlos (Unidad de Recursos Humanos Área Estratégica de Desarrollo de Recursos Humanos-WDC)  
Dra. Rossen, Mariela (Coordinadora del Programa Médicos Comunitarios)  
Dr. Sonis, Abraam (Consejo Consultivo)  
Dra. Talco, Ana (Jefa de asesores de la Subsecretaría de Regulación, Fiscalización y Políticas de Salud)  
Dr. Velásquez Londoño, Luis Eliseo (Oficial de Proyecto - Representación OPS/OMS)

La Dra. Guadalupe Alarcón Fuentes presentó la experiencia mejicana de planificación de recursos humanos.

El grupo de consulta analizó la posibilidad de adaptar esta metodología a las condiciones locales, entendiendo que el método proporciona información valiosa para la toma de decisiones.

Se debatió la información recogida por el Equipo Coordinador y se analizaron los temas críticos de los recursos humanos. Se identificó como problema

general la ausencia de información válida, confiable, integrada y disponible en forma sistematizada, para avanzar en la propuesta de planificación y desarrollo de recursos humanos de salud.

Los integrantes del Grupo acordaron los principales determinantes del contexto necesarios para realizar una planificación de los recursos a nivel país:

- Necesidades en salud por provincia y región (prioridades epidemiológicas, grupos étnicos).
- Respuesta del Sistema de Salud. Plan Federal de Salud 2004-2007. Nuevo modelo Sanitario (modelo de atención – sendero de reformas).
- Política de Estado en RRHH en Salud.
- Marco Jurídico y Normativo.
- Mercado Laborales.

Las conclusiones del encuentro se centraron en la necesidad de abordar todas las categorías ocupacionales de forma progresiva para evaluar las necesidades de formación de recursos. Sin embargo, la limitación del Equipo Coordinador se debió a que sólo pudo disponer de información de fuentes secundarias dado el tiempo previsto para el desarrollo del proyecto. Por lo tanto, se recomendó iniciar el proceso por una categoría (enfermería, tecnicaturas o especialidades en general) y en función de la información existente.

Para abordar los problemas de salud prioritarios, por grupos étnicos y con un nuevo modelo sanitario, se recomendó comenzar por la Atención Materno Infantil, la Atención Primaria de Salud (equipos) o la Atención del Adulto Mayor, con la misma lógica propuesta para el punto anterior.

En relación con las fuentes de información se propusieron varias estrategias que brindarían información parcial o de triangulación.

En el punto de Indicadores a construirse para la propuesta, se propuso la definición de **Patrones nacionales de referencia** e **Indicadores de demanda** de uso de los servicios junto con **Indicadores de oferta**.

El Grupo de Consulta identificó los espacios necesarios para la generación de consenso, que se deberían integrar para obtener la viabilidad de la propuesta:

- COFESA
- CONSEJO CONSULTIVO MSAL
- COMISIÓN INTERMINISTERIAL
- AFACIMERA
- CONSEJO FEDERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN
- CONEAU
- ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL
- CONSEJOS PROFESIONALES (COLEGIOS)
- SOCIEDADES CIENTÍFICAS
- ENTIDADES GREMIALES DE SALUD

Por último, se acordó que los instrumentos posibles de regulación de la oferta en recursos humanos de salud podrían ser la implementación de becas, estímulos o incentivos, planificación estratégica de residencias en salud y control de matrículas y certificaciones en consenso con los organismos que las emiten.

La estimación de costos y recursos financieros necesarios y la evaluación de propuesta quedaron pendientes para la última etapa de diseño<sup>3</sup>.

## 5.2 Segunda Reunión de Consulta

Con la presencia en Buenos Aires de la Dra. Alarcón Fuentes se analizó el trabajo realizado por el equipo consultor de la OPS/OMS y los datos recopilados acerca de los recursos humanos en salud en los rubros de medicina de especialidad y enfermería.

Con base en los datos disponibles se trabajó los días 29, 30 y 31 de agosto de 2005 en la estructuración de una matriz que permitiera organizar y sistematizar la información alrededor de la planeación de los recursos humanos necesarios para atender a la población materno – infantil en el nivel de atención primaria de la salud. Esta actividad se realizó como un primer ejercicio de aplicación de los datos recabados en la planificación de un área específica de prestación de servicios y como respuesta a lo consensuado en la reunión anterior con el Ministerio de Salud de la Nación y el Primer Grupo de Consulta. A saber:

- Iniciar un primer ejercicio piloto de planeación de recursos humanos en el ámbito materno infantil.
- Llevar a cabo el análisis del entorno: transición epidemiológica y demográfica, modelo de atención en el primer nivel, políticas públicas, marco jurídico y normativo y mercados laborales.
- Realizar un inventario de información disponible.
- Identificar para los recursos humanos que participan en la atención materno - infantil (fuerza laboral activa ante paciente en los sectores público y privado, iniciando con las siguientes categorías ocupacionales: Médico generalista, médico comunitario, pediatra general, tocoginecólogo y parteras obstétricas).

Con el objetivo de realizar lo propuesto anteriormente, se tomó como base la información proporcionada por "REMEDIAR" de los Centros de Atención Primaria (CAPS), en las 24 provincias de Argentina. Se decidió elaborar una matriz para planear la atención de la población en edad pediátrica y la población de mujeres en edad fértil, exclusivamente en el nivel de atención señalado.

---

<sup>3</sup> Ver Anexo III

La segunda reunión del Grupo de Consulta se realizó el 1º de septiembre en la sede de la Representación Argentina de OPS con la asistencia de los miembros citados en la primera reunión.

La imposibilidad de contar con toda la información homogénea necesaria impidió caracterizar las 24 provincias, sin embargo el ejercicio permitió que **la matriz fuera bien acogida por el Grupo de Consulta**, con las recomendaciones siguientes:

1. Agregar dos columnas: i) Consultas de primera vez para medir cobertura; ii) número de horas dedicadas a la consulta para dimensionar productividad del recurso humano.
2. Concentrar el ejercicio de planeación en la región del NOA tomando como ejemplos las provincias con mejor información en cantidad y calidad.

Con base en el interés y preocupación de la Dra. Claudia Madies de iniciar la planeación de todo el personal del equipo de salud, quedan como tareas pendientes:

- Abordar el problema de la **planeación de los recursos humanos en enfermería**. Construir una matriz con las variables que pudieran ser pertinentes tales como horas de enfermería, número de camas, relación médicos-enfermeras para empezar a construir los indicadores adecuados.

Con la experiencia generada en la semana de trabajo y para abordar los temas propuestos por el Grupo de Consulta, se propuso la siguiente estrategia de trabajo para poner en marcha el Plan de Desarrollo por parte del Ministerio de Salud:

- Consolidar una unidad de acopio y producción de información articulando, el observatorio de recursos de la Dirección Nacional de Políticas de RRHH, la Dirección de Estadísticas y la identificación de la fuentes externas de información.
- Identificar las categorías de clasificación de la información provenientes de distintas fuentes y seleccionar las más útiles u homogeneizar su nominación según los consensos logrados (construcción de un glosario de términos).
- Conformar series históricas (mínimo diez datos antecedentes) para poder armar escenarios inerciales y de ajuste y su proyección al 2020.
- Medir la capacidad de la infraestructura instalada en la Dirección de RRHH para cumplir con la nueva función de planeación.

En el cierre de la reunión se le encomienda al Equipo Coordinador la redacción de las recomendaciones finales para la realización de estas tareas<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Ver Anexo IV

## 6- IDENTIFICACION DE PROBLEMAS DE LA INFORMACION DISPONIBLE

La experiencia del Equipo Coordinador sobre Recursos Humanos ha mostrado que ninguna dependencia del Ministerio lleva completa cuenta de la utilización de servicios de salud por parte de la población, base indispensable para calcular las necesidades de recursos humanos de salud.

- La DEIS posee actualmente datos sobre la producción de los servicios públicos pero no registra los provenientes de las entidades de la seguridad social (obras sociales), no obstante está implementando un set de indicadores básicos.
- La Superintendencia de Servicios de Salud posee datos sobre la producción de las obras sociales del régimen de las Leyes 23.660/23.661 pero no recibe información del PAMI y no registra las excluidas de dicho régimen (Congreso, Justicia, FF.AA.) ni las obras sociales provinciales.
- La COSSPRA, que reúne a las obras sociales provinciales, no mantiene un registro centralizado de las prestaciones brindadas por sus entidades miembros.

Luego, quien desee consolidar los datos sobre utilización de los distintos ámbitos debe recorrerlos uno por uno y puede quedar sujeto a la buena disposición del funcionario de turno.

Tanto la Dirección de Estadísticas de Salud (Lic. Guevel) como la Superintendencia de Servicios de Salud (Dr. Leguiza) proveyeron, a requerimiento del Equipo Coordinador, los datos sobre consultas médicas y egresos necesarios para completar los datos requeridos para la aplicación a la realidad argentina de la matriz de análisis preparada por la Dra. Guadalupe Alarcón Fuentes para el caso de México. Del mismo modo, la información del PAMI pudo ser finalmente recabada de la Gerencia de Tecnología y Planeamiento (Ing. Capra).

En cambio, los datos correspondientes a las obras sociales provinciales, que abarcan 5.482.024 beneficiarios, o sea casi la mitad del total de las obras sociales nacionales (11.248.173) y casi el doble de los del PAMI (2.797.651) debieron ser requeridos repetidamente entidad por entidad, mediante e-mails, faxes y correo de superficie. Al cierre de este informe no se ha podido conseguir ni el 50% de respuestas positivas.

La información proporcionada por el Programa REMEDIAR para la construcción de indicadores de la atención primaria en el país, si bien es un aporte importante, no satisface todos los requerimientos. Los datos son producto de una encuesta aplicada a más de 5.000 centros de salud de todo el país. Fue recogida sólo una vez desde el comienzo del programa y sus objetivos estaban relacionados con la cantidad de prescripciones y administración de medicamentos, los que resultan pertinentes a sus funciones.

En la apertura de categorías referidas a Recursos Humanos, la información releva especialidades para la categoría médico, pero no discrimina "enfermería profesional" de "auxiliares". Algunas otras categorías están agrupadas y no es posible conocer el número preciso (psicología, fonoaudiología y psicopedagogía).

Otro rubro importante para evaluar la atención de salud era conocer el número de consultas realizadas. Este dato sólo es relevado para el conjunto de las prácticas y no es posible discriminarlo por especialidad.

Para completar la dispersión de los datos y de los esfuerzos, a mitad camino del presente estudio el INDEC dio a conocer información sobre el número de médicos que, como producto de la depuración sólo parcial de las fuentes de información (reconocida explícitamente por el INDEC) resultó en cifras por completo diferentes a las del Censo del 2001. Así, de **108.000 médicos** activos que da el censo, el informe INDEC pasa en 2004 a **199.000**, una diferencia de casi el **100%** cuando la producción de graduados de las facultades de medicina en ese quinquenio fue de **5.000 por año**<sup>5</sup>.

No existe constancia de que el INDEC haya recibido el asesoramiento previo del Ministerio de Salud en la materia y, aunque maneja los censos de población y vivienda, tampoco tenía conocimiento del informe sobre recursos humanos preparado para la OPS por la Lic. Abramzón.

Para analizar la **Formación en Enfermería** la información se encuentra disponible de manera diversa según los distintos niveles de formación.

- Para la formación universitaria: SPU del Ministerio de Educación publica anuarios estadísticos. Se dispone de series históricas. La dificultad radica en la imposibilidad de discriminar entre el pregrado y el grado. Tampoco se relevan los títulos intermedios. La información está publicada sistemáticamente desde 1982 (disponible en papel y on-line).
- Para la formación terciaria: DINIECE del Ministerio de Educación. La información de alumnos, ingresantes y egresados tiene distribución por jurisdicción e instituciones. La información está publicada en anuarios (1995).
- La información de títulos oficiales se encuentra disponible y actualizada. SPU Ministerio de Educación
- No hay información de las asociaciones cuyos títulos no se encuentran reconocidos por el Ministerio de Educación.
- No hay información de la formación en servicio de los empíricos

Para analizar la información sobre el **Ejercicio Profesional** de Enfermería se contó con la información proporcionada por la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud, quien realizó un relevamiento de las matrículas

---

<sup>5</sup> Ver Anexo V



por jurisdicción. Sin embargo, estos datos, provistos por las Provincias, debieran depurarse revisando la condición de actividad y la duplicación entre distritos. Muchos profesionales han obtenido para su ejercicio la matrícula nacional y provincial.

Según la información de distintas asociaciones, casi el 50% de las provincias poseen leyes de ejercicio propio y no han adoptado la ley nacional 24.003. En las jurisdicciones, San Juan por ejemplo, los egresados de universidad se matriculan en el Colegio Médico.

Sin embargo, la información obtenida de las matrículas profesionales, depurada contribuiría a la construcción del número de recursos y su distribución por jurisdicción pero no aportaría información precisa acerca de la formación que tienen estos recursos, ya que son muy pocas las jurisdicciones que tienen una matrícula distinta en concordancia con la formación profesional. De acuerdo con la Ley de Ejercicio Profesional bajo la categoría "profesional" se matriculan egresados de carreras terciarias, universitarias, licenciaturas y posgrados.

Otra fuente de información para esta categoría ocupacional es la proveniente del INDEC. El **Censo 2001** sólo relevó aquellas personas que completaron las carreras universitarias de enfermería, no siendo esta la categoría profesional en la que reviste la mayoría de los recursos. Si bien el formulario contemplaba la pregunta para el nivel terciario, no se abría para consignar el nombre de la carrera, lo cual impide conocer el número para enfermería.

El reciente informe publicado del **Censo Nacional Económico** realizado por el INDEC, no releva información sobre enfermería en el agrupamiento de 26 profesiones registradas. Cabe suponer que al no existir, en todas las jurisdicciones, una matrícula especial para los profesionales universitarios, la matrícula de enfermería es considerada en el rubro de técnicos y no de profesionales. Sin embargo no hay una mención expresa de la omisión de los números de profesionales de enfermería, cuya presencia es indispensable al considerar el funcionamiento de los equipos de salud.

Otra fuente de cálculo del personal ocupado en el sector salud y servicios sociales es la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), pero las categorías de análisis se refieren a:

- Categorías ocupacional: patrón o empleador, trabajador por su cuenta, obrero o empleado, etc.
- Calificación: profesional, técnica, operativa, no calificada.

Estos agrupamientos no permiten discriminar profesiones en los diversos conjuntos.

**7-MATRIZ DE RENDIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA.**

*Matriz de rendimiento de pediatras en atención primaria (primer nivel) VER TEXTO*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
CASO	Grupos etáreos pediátricos	Población según grupo etáreo	N° de consultas esperables según norma	N° total de consultas ocurridas en el periodo	Consultas ocurridas por niño	N° de pediatras activos	Pediatras por 10.000 consultas ocurridas	Pediatras necesarios para atender 10.000 consultas esperables según norma	Requerimiento de nuevos pediatras con igual productividad	Requerimiento con la productividad de A
A	< 1 año	9089	118.157	277.000	1.8	256	9.2	257	1	-----
	13-24 meses	8839	26.517							
	2-4 años	29434	29.434							
	5-9 años	51473	51473							
	10-14 años	53191	53191							
	Total	152.026	278772							
B	< 1 año	9.089	118.157	277.000	1.8	318	11.5	320	+2	-65
	13 a24 meses	8.839	26.517							
	2-4 años	29.434	29.434							
	5-9 años	51.473	51.473							
	10-14 años	53.191	53.191							
	Total	152.026	278.772							
C	< 1 año	9.089	118.157	200.000	1.3	184	9.2	255	+71	+71
	13 a24 meses	8.839	26.517							
	2-4 años	29.434	29.434							
	5-9 años	51.473	51.473							
	10-14 años	53.191	53.191							
	Total	152.026	278.772							
D	< 1 año	9.089	118.157	200.000	1.3	285	14.3	394	109	-30
	13 a24 meses	8.839	26.517							
	2-4 años	29.434	29.434							
	5-9 años	51.473	51.473							
	10-14 años	53.191	53.191							
	Total	152.026	278.772							

Con el objeto de identificar el rendimiento de los recursos humanos que participan en la atención materno-infantil, siguiendo lo considerado por el Grupo de Consulta en su reunión del 1° de septiembre de 2005, se utilizó como base la información proporcionada por el Programa REMEDIAR para los más de 5100 Centros de Atención Primaria (CAPS), de las 24 jurisdicciones de Argentina.

La Consultora de la OPS, Dra. Guadalupe Alarcón Fuentes, presidió la elaboración de la matriz para planear la atención de la población en edad pediátrica. **En razón de la carencia de información de las distintas fuentes provinciales consultadas en el plazo acordado, que hicieron imposible trabajar con datos de la realidad, se muestra la matriz con datos ficticios**, caracterizados como Casos A, B, C y D, cuyo objeto es demostrar una operación de la matriz que permita la obtención de indicadores de rendimiento para regular la formación de recursos humanos de salud en el marco del primer nivel de atención.

Las variables de ajuste consideradas son, por un lado, la **cantidad de consultas pediátricas** recibidas por los distintos grupos etáreos infantiles, que orienta sobre el acceso de la población a los servicios de salud y, por otro, el **rendimiento de los pediatras**, medido por la cantidad de consultas brindadas en el periodo considerado, que facilita el cálculo de las necesidades (o excesos) de personal en el área considerada.

La **columna 3** indica la población infantil por grupo etáreo. Para mejor entender el funcionamiento de la matriz, la población objetivo se ha mantenido igual en los cuatro casos (las cifras derivan de la estructura por edad de la Provincia de Mendoza).

La **columna 4** registra las consultas que los distintos grupos etáreos demandarían si se cumplieran las normas técnicas establecidas por el programa asistencial (en nuestro caso, derivadas de las propuestas por la Sociedad Argentina de Pediatría).

La **columna 5** indica el total de consultas efectivamente ocurridas en el período. Puede apreciarse que los casos A y B muestran un uso de los servicios superior a los casos C y D.

La **columna 6** señala las tasas de uso del conjunto de la población infantil medidas como consultas por niño, en consonancia con las cifras de la columna 5 (consultas efectivamente ocurridas) referidas a la columna 3 (Población infantil por grupo etáreo).

La **columna 7** indica el número de pediatras activos (profesionales trabajando ante pacientes) y la **8** su rendimiento, medido en promedio de pediatras que atienden 10.000 consultas. La unidad de medida podría ser las horas médicas efectivamente trabajadas, para lo cual será indispensable contar en cada caso que se estudie con información detallada sobre la situación contractual de los profesionales considerados.

La **columna 9** hace referencia a la cantidad de pediatras que demandaría brindar a la población las consultas previstas por la norma de atención y la **10** el incremento de personal necesario para hacer frente a ese aumento de servicios. Se advierte que los casos A y B requieren ajustes mínimos porque sus

tasas de utilización ya estaban cercanas a las fijadas por la norma. En cambio los casos C y D requieren un aumento importante de profesionales, manteniendo estable su rendimiento, para cubrir la demanda esperable al incrementarse el requerimiento de consultas en virtud de la aplicación de la norma.

Finalmente, la **columna 11** calcula la necesidad de más pediatras si su rendimiento es el observado en el caso A. Puede apreciarse que la aplicación de un criterio de mayor rendimiento deja al descubierto el exceso de personal, tanto en el caso B, donde el total de consultas previo se acercaba a la norma, cuanto el caso D donde, en lugar de un incremento de pediatras en función del aumento de las consultas a brindar a la población, se demuestra un exceso. Esto es, que con los profesionales disponibles -si estos mejoran su rendimiento- puede absorberse la mayor demanda esperable.

Así, con el análisis de las variables ***cantidad de servicios a brindar a la población y rendimiento de los profesionales activos***, puede construirse una tipología con cuatro cuadrantes<sup>6</sup>.

En el primero se ubica el caso A, donde tanto el número de consultas como el rendimiento de los pediatras resulta aceptable y, por tanto, no requieren la intervención de la autoridad sanitaria para ajustar la situación prestacional.

En un segundo cuadrante se ubica el caso C, que requiere una mayor utilización de servicios en función de la norma fijada por la autoridad sanitaria, pero no necesita de ajuste en cuanto al rendimiento del recurso humano activo.

El tercer cuadrante está representado por el caso B, donde es aceptable el caudal de consultas recibido por la población, pero al costo del bajo rendimiento que indica el exceso de pediatras activos.

Finalmente, el último cuadrante es ocupado por el caso D, donde se plantean los dos requerimientos: un aumento de consultas para satisfacer lo previsto por la norma y un mayor rendimiento del recurso humano que mantiene su exceso aún cuando absorbe el incremento de consultas.

---

<sup>6</sup> Para un desarrollo detallado de la tipología, ver "Alarcón, Guadalupe; Frenk, Julio. *Plan de formación de recursos humanos en salud en medicina de especialidad*. Secretaría de Salud, México, 2005"

## **8-INFORMACION SOBRE RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS DE SALUD**

El **CUADRO N° 1** muestra, para todas las provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los recursos humanos de salud de mayor impacto, médicos y enfermeras, así como las camas hospitalarias y la producción de egresos y consultas totales.

El número de habitantes corresponde a los datos producidos por el INDEC según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001.

Las consultas y egresos son totales sin discriminar por especialidad o edad de los pacientes. Se obtuvieron sumando los datos provenientes de cuatro fuentes diferentes.

Las prestaciones del sector público, nacional, provincial y municipal fueron extraídas de las publicaciones oficiales de la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud o provistas por dicho organismo a pedido del equipo coordinador del estudio. Las prestaciones correspondientes a servicios brindados a beneficiarios de las obras sociales nacionales fueron provistas directamente por la Superintendencia de Servicios de Salud a pedido del equipo coordinador; a su vez, las prestaciones brindadas a los beneficiarios del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) fueron provistas por éste a solicitud del equipo coordinador.

Los datos sobre población cubierta por las obras sociales provinciales pudieron ser bajados de la página web de la COSSPRA. En cambio, las cifras correspondientes a prestaciones brindadas a los beneficiarios fueron requeridas a cada una de ellas, pero solo se obtuvieron las de las provincias de Catamarca, Chubut, Córdoba, Corrientes, La Pampa, Santiago del Estero y Tucumán. Para los datos pertenecientes al resto de las provincias que no atendieron el pedido se calculó su tasa de uso de servicios aplicando el promedio de las diferencias entre las obras sociales nacionales y provinciales para las jurisdicciones que proveyeron la información.

Finalmente, la información sobre personal de enfermería fue producida por la Dirección de Políticas de Recursos Humanos en Salud.

**Cuadro N° 1****Médicos, Enfermeros, Consultas, Camas y Egresos Totales<sup>1</sup>**

Jurisdicción	Habitantes <sup>3</sup>	Consultas <sup>4</sup>	Consultas x hab	Egresos <sup>4</sup>	Egresos x 100 hab	Médicos <sup>3</sup>	Médicos x 10.000 hab	Promedio de Camas Disponibles <sup>5</sup>	Camas x 10.000 hab	Consultas x Médico
Ciudad Autónoma de Bs. As.	2.776.138	23.554.309	8,48	462.255	16,65	30.696	110,57	8.373	30,16	767,34
Buenos Aires	13.827.203	75.346.152	5,45	1.428.220	10,33	36.931	26,71	27.274	19,72	2.040,19
Catamarca <sup>2</sup>	334.568	1.773.718	5,30	54.451	16,28	669	20,00	932	27,86	2.651,30
Chaco	984.446	4.391.993	4,46	132.176	13,43	1.732	17,59	1.809	18,38	2.535,79
Chubut	413.237	2.223.042	5,38	51.651	12,50	959	23,21	933	22,58	2.318,08
Córdoba	3.066.801	10.944.123	3,57	346.013	11,28	13.532	44,12	6.671	21,75	808,76
Corrientes	930.991	3.080.050	3,31	123.070	13,22	2.215	23,79	2.298	24,68	1.390,54
Entre Ríos	1.158.147	4.211.412	3,64	152.162	13,14	2.383	20,58	4.270	36,87	1.767,27
Formosa	486.559	1.982.636	4,07	60.257	12,38	719	14,78	1.054	21,66	2.757,49
Jujuy	611.888	3.024.180	4,94	83.653	13,67	1.145	18,71	1.786	29,19	2.641,21
La Pampa	299.294	1.956.173	6,54	42.802	14,30	695	23,22	821	27,43	2.814,64
La Rioja	289.983	1.639.241	5,65	43.162	14,88	775	26,73	745	25,69	2.115,15
Mendoza	1.579.651	7.775.781	4,92	172.254	10,90	4.478	28,35	2.404	15,22	1.736,44
Misiones	965.522	2.799.676	2,90	104.031	10,77	1.446	14,98	1.528	15,83	1.936,15
Neuquén <sup>2</sup>	474.155	2.973.719	6,27	61.967	13,07	1.308	27,59	1.106	23,33	2.273,49
Río Negro <sup>2</sup>	552.822	2.560.444	4,63	58.862	10,65	1.432	25,90	1.196	21,63	1.788,02
Salta	1.079.051	5.158.035	4,78	158.754	14,71	2.159	20,01	2.714	25,15	2.389,09
San Juan	620.023	2.575.983	4,15	59.181	9,54	1.551	25,02	1.059	17,08	1.660,85
San Luis	367.933	2.228.062	6,06	50.137	13,63	929	25,25	747	20,30	2.398,34
Santa Cruz <sup>2</sup>	196.958	1.251.942	6,36	30.103	15,28	493	25,03	643	32,65	2.539,44
Santa Fe	3.000.701	15.870.446	5,29	340.417	11,34	9.469	31,56	5.570	18,56	1.676,04
Santiago del Estero	804.457	2.618.864	3,26	96.025	11,94	1.267	15,75	1.709	21,24	2.066,98
Tierra del Fuego <sup>2</sup>	101.079	610.918	6,04	8.078	7,99	336	33,24	89	8,80	1.818,21
Tucumán	1.338.523	6.721.716	5,02	140.866	10,52	3.757	28,07	2.326	17,38	1.789,12
<b>Total</b>	<b>36.260.130</b>	<b>187.272.615</b>	<b>5,16</b>	<b>4.260.545</b>	<b>11,75</b>	<b>121.076</b>	<b>33,39</b>	<b>78.057</b>	<b>21,53</b>	<b>1.546,74</b>
<b>MEDIA</b>			<b>5,02</b>		<b>12,60</b>		<b>27,95</b>		<b>22,63</b>	<b>2.028,33</b>
<b>MEDIANA</b>			<b>4,98</b>		<b>12,78</b>		<b>25,02</b>		<b>21,71</b>	<b>2.053,58</b>
<b>DESVIACIÓN</b>			<b>1,27</b>		<b>2,16</b>		<b>18,75</b>		<b>6,18</b>	<b>548,40</b>

**Cuadro N° 1 (continuación)**

Jurisdicción	Egresos x Médico	Consultas x Egreso	Médicos x Cama Disponible	Egresos x Cama Disponible	Enfermería <sup>6</sup>	Enfermeros x 10.000 hab	Médicos x enfermero	Enfermeros x camas disponibles
Ciudad Autónoma de Bs. As.	15,06	50,96	3,67	55,21	7.089	25,54	4,33	0,85
Buenos Aires	38,67	52,76	1,35	52,37	14.693	10,63	2,51	0,54
Catamarca	81,39	32,57	0,72	58,42	1.351	40,38	0,50	1,45
Chaco	76,31	33,23	0,96	73,07	1.715	17,42	1,01	0,95
Chubut	53,86	43,04	1,03	55,36	2.000	48,40	0,48	2,14
Córdoba	25,57	31,63	2,03	51,87	3.704	12,08	3,65	0,56
Corrientes	55,56	25,03	0,96	53,56	4.130	44,36	0,54	1,80
Entre Ríos	63,85	27,68	0,56	35,64	6.532	56,40	0,36	1,53
Formosa	83,81	32,90	0,68	57,17	1.075	22,09	0,67	1,02
Jujuy	73,06	36,15	0,64	46,84	2.232	36,48	0,51	1,25
La Pampa	61,59	45,70	0,85	52,13	813	27,16	0,85	0,99
La Rioja	55,69	37,98	1,04	57,94	1.348	46,49	0,57	1,81
Mendoza	38,47	45,14	1,86	71,65	7.441	47,11	0,60	3,10
Misiones	71,94	26,91	0,95	68,08	1.286	13,32	1,12	0,84
Neuquén	47,38	47,99	1,18	56,03	1.598	33,70	0,82	1,44
Río Negro	41,10	43,50	1,20	49,22	3.263	59,02	0,44	2,73
Salta	73,53	32,49	0,80	58,49	7.487	69,39	0,29	2,76
San Juan	38,16	43,53	1,46	55,88	2.493	40,21	0,62	2,35
San Luis	53,97	44,44	1,24	67,12	1.620	44,03	0,57	2,17
Santa Cruz	61,06	41,59	0,77	46,82	851	43,21	0,58	1,32
Santa Fe	35,95	46,62	1,70	61,12	4.116	13,72	2,30	0,74
Santiago del Estero	75,79	27,27	0,74	56,19	2.210	27,47	0,57	1,29
Tierra del Fuego	24,04	75,63	3,78	90,76	122	12,07	2,75	1,37
Tucumán	37,49	47,72	1,62	60,56	2.053	15,34	1,83	0,88
<b>Total</b>	<b>35,19</b>	<b>43,96</b>	<b>1,55</b>	<b>54,58</b>	<b>81.222</b>	<b>22,40</b>	<b>1,49</b>	<b>1,04</b>
MEDIA	53,47	40,52	1,32	57,98		33,58	1,19	1,49
MEDIANA	54,77	42,31	1,03	56,11		35,09	0,61	1,35
DESVIACIÓN	19,38	11,10	0,84	10,77		16,89	1,11	0,72

**FUENTE:**

1- Corresponde a la agregación de los totales del sector público/oficial

2- Sin datos de PAMI

3. INDEC 2001

4. Incluye sector oficial, obras sociales nacionales, obras sociales provinciales y PAMI.

Elaboración propia con base en datos de DEIS(2004), INSSJP(2004), SSS(2004) y COSSPRA(2004).

5. Solo sector oficial (DEIS 2004).

6. Con base en datos proporcionados por la Dirección Nacional de Recursos Humanos- MSAL, septiembre 2005.

La principal observación que ofrece la lectura del cuadro, sobre la que coinciden todos los expertos, se refiere al gran número de profesionales de la medicina que registra el país: un médico cada 300 habitantes, con un máximo en la ciudad capital de un médico cada 90 habitantes y un mínimo de 677 hab/méd en Formosa, cifra que -sin embargo- aún supera el estándar postulado por el Plan Decenal para las Américas de la OPS/OMS (ocho médicos por cada 10.000 habitantes, o sea 1250 habitantes por médico). En cambio, los datos confirman que, al contrario de lo recomendable técnicamente, los médicos son un 150% más numerosos que las enfermeras.

Las relaciones numéricas entre consultas, camas y egresos por médico y otras similares deben ser analizadas con cuidado porque, debido a la comparación de datos no depurados entre sí, como se indica en el apartado de este trabajo sobre confiabilidad de la información, puede haber superposiciones que enmascaren la realidad de la información (por ejemplo, los egresos que informan las obras sociales, incluido el PAMI, corresponden a *prestaciones financiadas* que también pueden haber sido informadas por los hospitales públicos como *internaciones efectivamente brindadas*).



## 9- La situación de los profesionales de medicina

### 9.1 La formación

De acuerdo con el estudio Abramzón (2005)<sup>7</sup>, la formación para los profesionales médicos se realiza en **25** Instituciones Universitarias distribuidas en todo el país, 10 públicas y 15 privadas.

Dicho estudio plantea que, en estos últimos años, han dejado de crecer las instituciones formadoras privadas, especialmente en Medicina, lo que podría deberse a la instrumentación de mecanismos de regulación por parte de las autoridades del Ministerio de Educación y por la labor de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación (CONEAU), que evalúa y acredita las carreras universitarias. También se señala que algunas universidades han iniciado procesos de evaluación interna y cambios curriculares, lo que ha dado como resultado algunos casos de establecimiento de cupos en la carrera de medicina y modificación del modelo pedagógico (Universidades de Cuyo, La Plata, Rosario y Tucumán).

Se afirma que, para el período en estudio, no se registran importantes cambios en los planes de estudio, quedando en duda si esta situación es producto de las dificultades técnicas y la falta de recursos pedagógicos y económicos o de la rigidez de las estructuras académicas, la multiplicidad de los intereses involucrados y la falta de articulación sectorial.

Para ilustrar esta situación se cita la evaluación PROAPS, realizada por el Ministerio de Salud, que apoyaba con fondos internacionales a las instituciones académicas para encarar cambios curriculares orientados a la incorporación de nuevos enfoques en la formación del equipo interdisciplinario, basados en la estrategia de atención primaria de salud, la medicina general/familiar, la epidemiología y la salud pública.

De este programa, sólo la Universidad de Rosario, según se muestra en la evaluación realizada, pudo aprovechar este apoyo fortaleciendo un proceso de transformación curricular que ya tenía en marcha.

Respecto a los **ingresantes** a la carrera **de Medicina**, según este estudio, se registra para el año 2003, un crecimiento del **30%** (12.885 alumnos) revirtiendo la tendencia analizada en el estudio anterior para el período 1984-1998, este crecimiento se manifiesta especialmente en las universidades públicas (**51%**) ya que en las universidades privadas disminuye significativamente. Se estima que las restricciones económicas hacen dificultoso a los alumnos solventar los gastos de estas instituciones.

---

<sup>7</sup> Abramzón, M. Argentina : Recursos Humanos en Salud en 2004. Publicación N° 62 Representación OPS/OMS en Argentina (en prensa). Junio 2005

Durante el período 1998-2002 **egresó** un total de **22.120 médicos** con un promedio de **4424 nuevos médicos** por año. Este estudio plantea que los egresados de Medicina de todo el sistema universitario se incrementaron entre el 98 y el 2002 en un **13,4%** siendo uno de los más bajos crecimientos entre las carreras de salud seleccionadas. Parte de este crecimiento se debe a las universidades privadas (105%) que sin embargo no tienen en absolutos un gran peso debido a que ingresan muy pocos alumnos debido a que son proyectos acotados en número y su costo elevado no está al alcance de todos. Si se relaciona con la información de ingresantes se puede suponer que esta tendencia se reduzca aún más.

## 9.2 Dotación de médicos

De acuerdo con los datos censales 2001, la dotación de profesionales de medicina era de **121.076** personas. Representando casi el **40 %** de las categorías seleccionadas, seguido por los psicólogos (15%) y los odontólogos (12%). El personal de enfermería representa sólo el **4%** del conjunto de las profesiones universitarias de salud relevadas. (Cuadro N° 2)

**Cuadro N° 2**  
**Argentina: Dotación de profesionales por categorías seleccionadas. 2001**

Carrera	Absoluto	%
Bioquímica	19.774	6.5
Enfermería	12.614	4.2
Farmacia	21.177	7.0
Fonoaudiología	7.924	2.6
Kinesiología	11.908	3.9
<b>Medicina</b>	<b>121.076</b>	<b>39.9</b>
Nutrición	4.654	1.5
Obstetricia	3.986	1.3
Odontología	35.944	11.9
Psicología	46.931	15.4
Veterinaria	17.103	5.6
<b>TOTAL</b>	<b>303.091</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Abramzón M, con base en datos del Censo Nacional de Población, INDEC. 2001.

Estos datos censales confirman uno de los problemas de larga data en el campo de los recursos humanos de salud: la fuerte distorsión que se observa respecto del número de médicos, y la escasez de la enfermería para el armado de los equipos de salud.

El proceso de feminización se analiza para esta categoría profesional con los datos del censo 2001 que muestra que los **varones** eran el **61%** del total de los médicos del país, pero analizado por franjas etáreas, esto porcentajes varían fuertemente. Para las personas de 65 y más años el 80% son hombres y entre los 20 a 29 años el 59% del total son mujeres.

### 9.3 Distribución geográfica

Esta variable constituye otro de los problemas del campo de los recursos humanos que podríamos considerar histórico.

Los datos censales que muestra el informe constatan la desigualdad de la distribución geográfica de los profesionales y su concentración en los grandes centros urbanos que les permite mayores posibilidades de inserción ocupacional y de desarrollo profesional teniendo además próximas amplias ofertas de capacitación y especialización.

La ciudad de Buenos Aires tiene una relación de **90 habitantes** por **médico** mientras que en la provincia de Formosa se **registran 677** habitantes por médico.

Entre la ciudad de Buenos Aires, también existe una disparidad importante, los 24 partidos del conurbano bonaerense registran una relación de **445 habitantes/médico**. Sin embargo, estas relaciones deben relativizarse ya que la forma de registro del censo es personas según lugar de residencia y esto puede afectar la verdadera situación entre Ciudad de Buenos Aires y Conurbano donde se produce diariamente una migración importante en relación con la residencia y el lugar de trabajo.

Esta situación se repite en otras jurisdicciones como Córdoba que registra 227 habitantes por médico y también el dato incluye diferentes relaciones en la capital y el resto de la provincia.

### 9.4 Número de médicos estimados para el 2004

Según las estimaciones de la Abramzón el número de **médicos activos** para el 2004 ascendería a **122.623**.

## **10-ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.**

### **10.1 Marco de referencia**

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

En todos los países del mundo, las profesiones que tienen que ver con la salud (médicos, odontólogos, kinesiólogos, enfermeras, etc.) tienen algún tipo de regulación pública, debida a la obligación del Estado de proteger a la población contra charlatanes, ignorantes y otras amenazas al bien común.

Por ello, los médicos necesitan –como paso previo al ejercicio profesional– obtener la matrícula en la jurisdicción (una provincia o la Capital Federal) donde piensan desarrollar su práctica y luego, si quieren ejercer públicamente una especialidad cualquiera (Pediatría, Ortopedia, Endocrinología, etc.) deben solicitar una “autorización para anunciarse como especialista” a la misma entidad u organismo que otorgó la matriculación.

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

Así, en la Ciudad de Buenos Aires es el Ministerio de Salud el que otorga ambos registros. En muchas provincias, el gobierno local ha delegado esas funciones en entidades médicas de ley, habitualmente llamadas Colegios (en Córdoba se llama Consejo), de las cuales actualmente hay once en funcionamiento: Provincias de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, La Pampa, Mendoza (C. Deontológico), Misiones, Río Negro, Salta, Santa Cruz, Santa Fe 1<sup>a</sup>. Circ., Santa Fe 2<sup>a</sup>. Circ. y Santiago del Estero.

### **10.2 Nómina de especialidades**

La diversificación de las prácticas profesionales y la tendencia a la súper especialización es un problema para toda América Latina. Del análisis desarrollado en un estudio reciente<sup>8</sup> de ocho países seleccionados se observa un rango de especialidades reconocidas que va de 38 en Chile a 91 en Costa Rica.

---

<sup>8</sup> OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 22. Especialidades médicas en América Latina: Análisis de su disponibilidad e institucionalidad en 8 países seleccionados. Diciembre 1999.

El problema del incremento de las especialidades cobra importancia en su impacto debido a que *“los pocos estudios en este tema indican que el crecimiento en el número de especialidades se asocia con un incremento en la producción de profesionales, con una mayor complejidad en los contenidos de la atención y en los requerimientos de apoyo tecnológico y por tanto de los costos de atención”*<sup>9</sup>.

En el informe presentado en junio 2005 a la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, la Comisión Asesora de Especialidades Médicas del Ministerio de Salud presenta una nómina actualizada de especialidades médicas propuestas (Decreto Modificatorio N° 587/04) que establece un agrupamiento en básicas, especialidad y orientación para 70 especialidades. La Resolución N° 1337/2001 del Ministerio de Salud aprueba la nómina de especialidades médicas, odontológicas, farmacéuticas, bioquímicas y de otras profesiones de la salud. En ella se reconocen 42 especialidades básicas y cinco dependientes. Actualmente, se encuentra en revisión y actualización.

El informe Abramzón (2005)<sup>10</sup> presenta la estimación del **CUADRO N° 3** para mostrar la situación de las especialidades. La información no es exhaustiva, se encuentra proporcionada por las asociaciones científicas a las que pertenecen los profesionales y por consiguiente contienen duplicaciones u omisiones a causa de la posibilidad que los profesionales tienen de asociarse a más de una entidad, o no registrarse.

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

### CUADRO N° 3

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

Especialidad	Cantidad
Alergia e Inmunología	890*
Anestesia, Analgesia y Reanimación	4.400
Biología y Medicina Nuclear	55
Cardiología	8.000
Cirugía	4.189
Cirugía Infantil	395
Cirugía Plástica	300
Clínica Médica	21.400*
Dermatología	4.800*
Diabetes	1225
Endocrinología	1.350*
Gastroenterología	630

<sup>9</sup> Padilla, M. Equipo HSR Área de Desarrollo estratégico de la Salud. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos. Recursos humanos en los servicios de salud. Documento de Trabajo Junio 2002.

<sup>10</sup> Abramzón, M. *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62 Representación OPS/OMS en Argentina (EN PRENSA). Junio 2005

Ginecología	3.166
Hematología	590
Hemoterapia	820
Medicina Interna	2.000
Nefrología	774
Neurología	680
Neurocirugía	480*
Nutrición	530
Oftalmología	2.685
Ortopedia y Traumatología	3.269
Otorrinolaringología	2.450
Patología	988
Pediatría	13.391
Psiquiatría	1.834
Radiología y Diagnóstico por imágenes	2.000
Reumatología	450
Urología	1.500
<b>TOTAL</b>	<b>85.179</b>

\*Se ha proyectado el último dato disponible correspondiente a 1999 dada la imposibilidad de obtenerlo a través de las entidades.

**FUENTE:** Abramzón, M. con base en datos proporcionados por las entidades consignadas en el ANEXO II. En: *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62 Representación OPS/OMS en Argentina (EN PRENSA).

### 10.3 Especialidades de más frecuente adopción

En el **CUADRO N° 4** se han agrupado las especialidades afines con el objeto de mostrar aquellas que cuentan con el mayor caudal relativo de profesionales inscriptos en los registros oficiales.

Los datos de especialidades fueron solicitados a los Colegios de Médicos de las Provincias de Buenos Aires y Córdoba (Consejo), al Colegio de la 2ª circunscripción de Santa Fe (Sur de la provincia) y al Ministerio de Salud de la Nación, responsable del registro de especialistas en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Se seleccionaron estos cuatro casos por ser las mayores entidades matriculadoras del país, así como por la disponibilidad de los datos.

Es necesario tener en cuenta que los datos disponibles sólo presentan el número de inscripciones, que no representan el total de especialistas, pudiendo cada profesional estar registrado en más de una especialidad. Sólo el Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe 2ª circunscripción posee datos del total de médicos especialistas, que es de 5297 profesionales, si bien el desagregado por especialidad no se encuentra disponible.

Los datos de la provincia de Córdoba, desagregados por especialidad, sólo se encuentran disponibles para la capital provincial. Para el total de la provincia, se dispone del total de matrículas activas sin desagregar, que es de 8059 especialistas.

**CUADRO N° 4**  
**ESPECIALISTAS SOBRE TOTAL DE MÉDICOS, PROVINCIAS**  
**ESTUDIADAS**

<b>Provincia</b>	<b>Especialistas</b>	<b>Total de Médicos</b>	<b>% de Especialistas sobre el Total</b>
Buenos Aires	20.410	36.931	55,27
Córdoba	5.596	13.532	41,35
Santa Fe Sur	6.458	8.585	75,22

**FUENTES:** Total de médicos: Informe Abramzón 2005, con base en el censo INDEC (2001) para Prov. de Buenos Aires y Córdoba; y Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe, 2ª Circunscripción (2005). Matrículas: Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (Capital, 2005); Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires (2005) y Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe, 2ª Circunscripción (2005)

**CUADRO N° 5**  
**MEDICOS SEGÚN ESPECIALIDAD EN PROVINCIAS SELECCIONADAS**

<b>Especialidad</b>	<b>Ciudad Aut. De Buenos Aires</b>	<b>Córdoba</b>	<b>Buenos Aires</b>	<b>Santa Fe Sur</b>	<b>Porcentaje de la especialidad *</b>
Salud Pública	8	236	520		1,74
Medicina S/E	594	504	831	519	9,24
Cirugía S/E	243	344	1.437	383	6,40
Pediatría	540	556	2.793	839	12,75
Tocoginecología	270	543	2.943	574	10,05
Salud Mental	200	220	842	357	4,73
Especialidades Médicas	935	1.813	5.355	2.055	28,84
Especialidades Quirúrgicas	576	856	2.597	904	14,34
Especialidades Pediátricas	82	109	1.396	226	3,62
Radiología y Laboratorio	153	306	773	290	4,46
Otras y S/E	152	109	923	311	3,83
<b>Total</b>	<b>3.753</b>	<b>5.596</b>	<b>20.410</b>	<b>6.458</b>	<b>100,00</b>

**FUENTES:** Ministerio de Salud (matrículas otorgadas en 2003, 2004); Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (Capital, 2005); Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires (2005); Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe, 2ª Circunscripción (2005).

\*. Ajustado por diferencias en la población médica en cada jurisdicción.

Cada Colegio establece su propio listado de especialidades, por lo que la misma especialidad puede tener nombres distintos para cada provincia. El **CUADRO N° 5** muestra el total de profesionales activos en cada provincia estudiada, agrupadas las especialidades por su contenido sustantivo y equiparando las diferencias en su denominación.

A pesar de los problemas de confiabilidad comentados, los datos disponibles permiten realizar una aproximación a la distribución de profesionales por especialidad, ilustrando cuáles de estas son las que mayor demanda tienen.

Puede apreciarse que las Especialidades Médicas son aquellas donde se concentran la preferencia de los médicos, seguidas por las Especialidades Quirúrgicas y la Pediatría, en ese orden.



## 11- La situación de los profesionales de enfermería

*El equipo coordinador entendió que los recursos humanos de enfermería debieran tener la máxima importancia en la definición de un Plan de Desarrollo, por lo cual, el análisis del problema ocupa un espacio privilegiado en este documento.*

### 11.1 La formación universitaria en enfermería

En Argentina, se inaugura la primera escuela universitaria de enfermería hacia 1939 dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral, la que en 1968 pasará a depender de la Universidad de Rosario. En 1952 se funda la escuela de enfermería de la Universidad de Tucumán, en 1956 la de Córdoba y por último la de la Universidad de Buenos Aires en 1960.

A partir de 1940, la inclusión de la formación de las enfermeras en los claustros universitarios, la instalación del paradigma de la Enfermería en torno del cuidado y la aparición de los modelos propios de atención, hizo posible que la carrera de enfermería adquiriera identidad profesional.<sup>11</sup>

Las actuales preocupaciones curriculares giran en torno a la formación bioética, a los aspectos de responsabilidad profesional y de relación con los usuarios, a la obtención de conocimientos sobre la gerencia de los servicios de salud e informática, a la elevación de la calidad en la educación y en el servicio. Un indicador de la búsqueda de respuestas en relación con este último aspecto es el crecimiento de maestrías y doctorados en enfermería.

Entre los países de la región, se observa una marcada heterogeneidad en las carreras de salud y las iniciativas para homogeneizar los planes de estudio se desarrollan lentamente.

En el caso de los estudios de enfermería esta situación se agudiza, ya que hay marcadas diferencias entre los títulos, los contenidos curriculares y la duración de los estudios, según cual sea la institución formadora. En la mayoría de las carreras predominan los contenidos asistenciales, centrados en la práctica hospitalaria.

Por otro lado, los recursos formados en programas de **3 a 5 años** se incorporan a un mercado de trabajo con muy poco reconocimiento social. La formación especializada es costosa y no modifica substancialmente sus remuneraciones. En este punto, es necesario destacar que la Ley 24004 que regula el ejercicio profesional matricula en la categoría "profesional" a personas con distinto grado académico (enfermeros profesionales y licenciados).

---

<sup>11</sup> Lineamientos para la acreditación de escuelas universitarias de enfermería de la Republica Argentina. AEUERA. Mimeo 2005

## 11.2 Condiciones de trabajo y profesionalización

Las condiciones de trabajo de estos profesionales tampoco facilita el acceso a la profesionalización ya que la mayoría realizan turnos prolongados (persistencia del doble empleo) trabaja en días feriados y en horarios nocturno, situación poco estimulante para optar por el trabajo en enfermería.

En los últimos años, han comenzado a surgir un grupo de trabajadores sustitutivos de la enfermería que son capacitados, como medida de reducción del desempleo, en actividades de mayor complejidad pero propias de la enfermería. Así se observan cuidadores de ancianos, cuidadores psiquiátricos, cuidadores domiciliarios y otros<sup>12</sup>. Por otro lado, crecen las tecnicaturas en actividades propias de la enfermería, (Técnicos instrumentadores), recortando aún más el campo de trabajo.

La mayoría de las provincias adolece de la falta de colegio profesional, en San Juan, por ejemplo, la matriculación se realiza en el colegio médico. Casi el 50% de ellas han adoptado la Ley Nacional del Ejercicio de la Enfermería, el resto han dictado su propia legislación. En tal sentido, la situación de regulación del ejercicio profesional de enfermería es muy heterogéneo en el país, existen provincias con matrículas diferentes para los diversos grados académicos y aquellas que adoptaron la Ley Nacional, matriculan en la categoría profesional licenciados y enfermeros.

En la actualidad, y dada la importancia que reviste la profesión de enfermería. la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina ha solicitado al Ministerio de Cultura y Educación que la Licenciatura en Enfermería sea declarada de interés público.

Cabe señalar que numerosos estudios realizados en el área coinciden en plantear la necesidad de impulsar el aumento de las matrículas de enfermería y la reconversión de los recursos actuales a través de programas de profesionalización con diversas modalidades, (presenciales y a distancia) tanto de los auxiliares, como de empíricos.

## 11.3 Algunos datos sobre ingreso y egreso a la carrera de enfermería

<sup>13</sup>

En nuestro país, los estudios universitarios se realizan en dos ciclos, un Ciclo básico o de Pregrado, con menos de 2000 horas de cursada que otorga el título de Enfermero Universitario, Enfermero Profesional o Enfermero y un Ciclo de Grado que otorga el título de Licenciado en Enfermería.

---

<sup>12</sup>Manfredy, M. La Educación de Enfermería en Argentina. Conferencia dictada en la Reunión de Libros de Textos y Educación en Enfermería., Argentina 1997

<sup>13</sup> Abramzón, M. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. Publicación N° 62. Representación OPS/OMS en Argentina.2005. (en prensa)

La oferta universitaria creció un **25%** respecto del 1998, tendencia que respondería a la necesidad de ampliar las oportunidades de formación en un campo para el que existe una gran demanda de profesionales.

El ingreso **a la carrera de** Licenciatura en enfermería, registra un **aumento del 80%** respecto de los valores registrados en 1998. Se señala como probable causa la "crónica escasez de este tipo de profesionales en el país y las atractivas posibilidades de trabajo que brindan otros países que tienen problemas similares."<sup>14</sup>

Para el año 2002, según la información proporcionada por el Ministerio de Educación (PMSIU) se registraban **719 egresados de la Licenciatura y ciclo de Licenciatura y 1036 egresados del ciclo de pregrado** de enfermería de todas las universidades del país.

Cabe aclarar que, si se considera la cantidad **de egresados de la licenciatura**, se registra un aumento del **30%** respecto del año 1998; si se consideraran los egresados del primer ciclo el aumento sería muy superior. Esta situación refuerza la hipótesis de que el abandono se produce mayoritariamente luego del primer ciclo. La disparidad de este crecimiento respecto del de ingresantes se explicaría por la dificultad que tienen los alumnos, mayoritariamente mujeres, para sostener sus estudios y trabajar, situación que retardaría el egreso o provocaría el abandono de los estudios.

#### 11.4 La Formación Terciaria

La formación terciaria en enfermería se encuentra a cargo de **68** instituciones (15 públicas y las restantes privadas). Ellas concentraban en el 2003 cerca de **10.000 alumnos**, de acuerdo con la información proporcionada por el Ministerio de Educación (DINIECE).

Cuadro N° 6

<b>Educación Terciaria Alumnos y Egresados</b>		
<b>Instituciones</b>	<b>Enfermería</b>	
	<b>Alumnos 2003</b>	<b>Egresados 2002</b>
<b>Públicas</b>	2.953	512
<b>Privadas</b>	7.378	1.125
<b>TOTAL</b>	<b>10.331</b>	<b>1.637</b>

FUENTE: elaboración propia con base en datos de la DINIECE, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. 2005

<sup>14</sup> Abramzón, M. op.cit. pág.13

En cifras absolutas, mientras que en 1995 egresaban en promedio **12 alumnos** por escuela, en el año 2002 lo hicieron **24 alumnos**. A pesar de la duplicación del número de egresados, el rendimiento es aún bajo.

### CUADRO N° 7

<b>Ingresantes 2004 Enfermería Terciaria (Total país)</b>		
Total	Estatal	Privado
<b>5.523</b>	<b>1.478</b>	<b>4.045</b>

**FUENTE:** elaboración propia con base en datos de la DINIECE, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. 2005.

El promedio de **ingresantes** para el 2004 es de **81 alumnos por institución**. Este punto debería profundizarse los estudios comparando series de información para estimar las tendencias de ingresantes y egresados.

#### 11.5 Las instituciones formadoras

Si bien la estructura de la oferta académica se ha modificado en estos últimos años, dado que la formación de nivel terciario ha disminuido en un **15,53%** en el período 1995-2002<sup>15</sup> a causa de la reconversión de escuelas en unidades académicas universitarias (tal es el caso de la Universidad de Buenos Aires y la Patagónica Austral), datos recientes muestran que el número total de instituciones asciende a 105, considerando todos los niveles.

En el año **2004**, la formación universitaria se realizaba en **37 instituciones** (27 públicas y 10 privadas)<sup>16</sup>.

#### TIPO INSTITUCIONES DE FORMACION UNIVERSITARIA POR DEPENDENCIA. 2004

### CUADRO N° 8

<b>INSTITUCIONES</b>	<b>PUBLICAS</b>	<b>PRIVADAS</b>
Universidades	25	8
Institutos Universitarios	2	2
<b>TOTALES</b>	<b>27</b>	<b>10</b>

**FUENTE:** elaboración propia con base en datos de SPU, MECyT, Títulos oficiales- actualización 8 de julio 2005

<sup>15</sup> Documento de ACETERA, 29 de junio de 2004

<sup>16</sup> Ver Anexo VI

De los **4 institutos** universitarios registrados, los de dependencia estatal corresponden a Instituciones de las Fuerzas Armadas: el Instituto de Policía Federal Argentina y el Instituto de Enseñanza Superior del Ejército. Los privados, son el Instituto dependiente de la Escuela de Medicina del Hospital Italiano y el Instituto Italiano de Rosario. Este último, de reciente reconocimiento oficial (2001), aún no informa alumnos en el Anuario estadístico 2003 del Ministerio.

De acuerdo con la información de Títulos Oficiales del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (2005<sup>17</sup>) se cuenta con las siguientes denominaciones para los Títulos Universitarios de Enfermería reconocidos oficialmente sin considerar los títulos intermedios:

**Cuadro N° 9**

<b>TITULOS UNIVERSITARIOS OFICIALES EN ENFERMERIA</b>	
<b>Título</b>	<b>total</b>
Lic. Enfermería	35
Lic. Enfer/Ciclo de Enfermería	5
Auxiliar	2
Maestrías	3
Especialización	2
Postítulo de Enfermería	1
Profesor en Enfermería	2
Doctor en Enfermería	1
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>

**FUENTE:** elaboración propia con base en datos de SPU, MECyT, Títulos oficiales- actualización 8 de julio 2005

Con relación a la modalidad de cursada, se registran **dos casos con modalidad a distancia** en la Universidad de Santiago del Estero y en la Universidad de la Patagonia San Juan Bosco.

Asimismo ha habido un crecimiento significativo en los últimos años de los títulos de posgrado. Las maestrías se orientan a la formación en las áreas de administración y gestión de servicios de enfermería, mientras que los dos títulos de especialización existentes, forman recursos en enfermería neonatal y administración de la calidad en enfermería.

Por último cabe destacar que la **Universidad de Rosario** es la que cuenta con todos los niveles de titulación: auxiliar, Licenciado, Ciclo de licenciatura, Magíster, Postítulo de formación universitaria en enfermería y Doctorado.

## **11.6 Las asociaciones de Enfermería de la Argentina**

<sup>17</sup> Ver Anexo VII Listado de Títulos oficiales.

En mayo de 2003, la Asociación Escuelas Universitarias de Enfermería de Argentina (AUERA), de acuerdo con lo establecido en el artículo 43 de la Ley de Educación Superior 24521, solicitó al Ministerio de Educación la inclusión del título de Licenciado en Enfermería en la nómina de títulos cuyo ejercicio profesional puede poner en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes, razón por la cual todas "las fases educativas deben someterse a evaluación con el fin de certificar la formación académica recibida y habilitar para el ejercicio profesional a los graduados".

### CUADRO N° 10

MIEMBROS DE ASOCIACION DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE LA ARGENTINA (AEUERA)	
PUBLICAS	PRIVADAS
15	3

FUENTE: Informe de AEUERA. 2004

En esta presentación se incluye también una propuesta sobre los "Lineamientos para la Acreditación de Escuelas Universitarias de la República Argentina".<sup>18</sup> De acuerdo con el informe de la comisión de asesores del Ministerio de Salud este tema ha sido considerado de interés pero se encuentra aún sin resolución.

La Asociación que reúne a las escuelas terciarias de la Argentina es **ACETERA**. Esta Asociación constituida en 1895 sin fines de lucro y por iniciativa de un grupo de rectoras de Escuelas Terciarias tiene como objetivo contribuir al desarrollo y a la consolidación de Enfermería en el ámbito nacional e internacional.

### CUADRO N° 11

ASOCIACION DE ESCUELAS TERCIARIAS DE LA ARGENTINA (ACETERA)				
Pcias.	Escuelas (1)	Institutos	Asociaciones*	TOTAL
Bs.As	3	4	1	8
CABA	6	3	3	12
Córdoba	2	3	1	6
Entre Ríos	1	-	-	1
Mendoza	2	2	-	4
Neuquén	1	-	-	1
Salta	1	1	1	3
Santa Fé	2	-	2	4
Tucumán	-	-	1	1
<b>TOTALES</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>40</b>

FUENTE: Informe de ACETERA. JUNIO 2004

<sup>18</sup> Documento de AUERA, mayo 2003

(1)La Escuela Cruz Roja si bien cuenta con varias sedes por Provincia., se la considera una vez en cada una. (8 sedes en Bs. As. 3 en Córdoba, 3 en Entre Ríos, etc.)

(\*) Incluye ATSA, UOCRA, Fundaciones, etc.

Cuenta con **56 instituciones** distribuidas en **ocho provincias del país**. La mayoría de sus escuelas se articulan con las Universidades a través de distintas modalidades, formando redes académicas y facilitando la obtención del grado a sus alumnos. Trabajan en proyectos educativos sustentados en la equidad y la solidaridad incluyendo en sus diseños curriculares enfoques epidemiológicos y la estrategia de atención primaria de la salud.

### CUADRO N° 12

#### TOTAL DE INSTITUCIONES FORMADORAS DE ENFERMERIA 2004

INSTITUCIONES	PUBLICAS	PRIVADAS	TOTAL
Universidades(*)	25	8	<b>33</b>
Institutos Universitarios	2	2	<b>4</b>
Terciarias No Universitarias	15	53	<b>68</b>
<b>TOTALES</b>	<b>42</b>	<b>63</b>	<b>105</b>

**FUENTE:** Elaboración propia con datos del DINIECE y PMSIU. MECyT.2004

**Nota. (\*)** incluye escuelas dependientes de las universidades.

En síntesis, con un total de **105 instituciones formadoras** para todos los niveles y **56 títulos** reconocidos, los recursos humanos en enfermería registran un lento pero sostenido crecimiento. Las últimas cifras registradas por el Ministerio de Educación reflejan para el año 2003 **más de 13.000 personas** que ingresan a la variada oferta de formación en enfermería, mientras que para el 2002 **egresaron**, aproximadamente **3000** personas considerando todos los niveles de formación.

#### 11.7 Dotación de profesionales de enfermería

En nuestro país, siguen conviviendo varias categorías profesionales dentro de la práctica de enfermería. Según la Ley que regula el ejercicio (Ley 24.004/91 Decreto reglamentario 2497/93) revista en la categoría "**profesional**" toda persona que, con nivel secundario complete una formación de más de tres años en el nivel terciario. **Cabe destacar que, las jurisdicciones que se rigen por la ley nacional, emiten matrículas que incluyen en la categoría profesional a personas que han obtenido distintos grados académicos.**

En la categoría "**auxiliares**" se cuenta a aquellos que habiendo completado sus estudios primarios, realizaron un curso de nueve meses de duración en establecimientos reconocidos oficialmente.

Por último, la categoría "**empíricos**", comprende a las personas que independientemente de su calificación formal, se han capacitado en servicio.

De acuerdo con el estudio "Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004"<sup>19</sup> los datos censales del 2001 se registraban **12.614** personas que **completaron sus estudios universitarios**.

Según estos datos, el **84%** de quienes ejercen la enfermería son mujeres, tendencia inversa a la que se registra entre los médicos. Si se analiza la cantidad de enfermeras por grupo etáreo, se observa que en el grupo de más de 65 años, el 95% son mujeres mientras que en el grupo de 20 a 29 años este valor disminuye al 77% y los hombres alcanzan un 23%.

La **enfermería universitaria** no escapa a la desigual distribución geográfica que registran todas las categorías profesionales de salud. En efecto, el **50% (6352)** se concentra en la ciudad de Buenos Aires y la Pcia. de Bs.As.

Sin embargo, la relación habitantes / enfermeros universitarios no guarda relación alguna con la de habitantes/médicos. Muy por encima del promedio del país (**2875**) se ubica **Santiago del Estero** con **5.705** habitantes por enfermero y en el otro extremo se ubica **Formosa** con **1.550** habitantes por enfermero, relación menor de la que se observa en la **Ciudad de Buenos Aires** que registra **1647** habitantes por enfermero.

La **relación médico/enfermeros universitario** confirma otro de los problemas históricos del sector. Los datos del censo 2001 establecen que hay **19 médicos** por cada enfermero universitario en la Ciudad de Buenos Aires y **10 médicos** por enfermero **para el total del país**.

Estas relaciones confirman que el esfuerzo realizado en este campo, por ejemplo el Programa de Profesionalización de Auxiliares de enfermería que contara con el apoyo de la OPS, no ha logrado los resultados esperados. Este programa, que se desarrolló en 20 jurisdicciones del país (1992) tenía como meta la formación de 10.000 enfermeras para el año 2000. Sin embargo en el año 2001 solo egresaron 1796 enfermeros, es decir, casi la mitad de los inscriptos.

Según las estimaciones realizadas a partir del Censo 2001, habría **14.474 profesionales** de **enfermería universitaria** en actividad para el año 2004. El mismo estudio estima para ese mismo año, que la cantidad de **auxiliares de enfermería y empíricos** asciende a **57.000 personas**.

Este número se repite desde 1998 ya que no existen estimaciones de la Federación Argentina de Enfermería y tampoco puede actualizarse a través de estimaciones de egresados.

---

<sup>19</sup> Abramzón, M. op.cit



El relevamiento realizado por la DEIS (MSAL), "Catastro de Recurso y Servicios de Salud" (CANARESA) en 1998-2000 registró un total de **58.482 cargos** de Enfermería<sup>20</sup>.

Estos datos corresponden a los cargos del sector oficial, privado, de obras sociales y mixtas de 13 provincias completas, 9 distritos capital, la provincia de Mendoza (solo sector público) y la Ciudad de Buenos Aires (solo establecimientos con internación). Por primera vez, incluye hogares de ancianos de los tres subsectores. A pesar del carácter parcial de la información, es la única disponible sobre la distribución de cargos de enfermería a nivel nacional.

El relevamiento agrupa en cuatro conjuntos la información disponible: profesionales, técnicos, auxiliares y otros recursos. Los cargos de enfermería representan aproximadamente el **20% el total de cargos** de los cuatro conjuntos y siempre es inferior a la participación de los cargos médicos.

Los cargos de enfermería son agrupados en cinco categorías: Licenciados en enfermería, enfermería universitaria, enfermería profesional, auxiliares de enfermería y ayudantes de enfermería. La denominación de estas categorías difiere con las que se utilizan habitualmente e impide realizar comparaciones con otros estudios. La categoría ayudantes está referida al personal empírico y los datos demuestran el impacto de la profesionalización ya que esta categoría registra la menor cantidad de cargos. La diferenciación entre enfermería universitaria y profesional distorsiona esta categoría ya que en la práctica resulta difícil de discriminar una de otra.

Sintéticamente, los resultados del estudio<sup>21</sup> muestran que la actividad de enfermería es sostenida en su mayoría por personal no profesional, que esta situación difiere si se analizan el conjunto de las provincias o los distritos capital. En las primeras casi el 80% son auxiliares y a la inversa en las capitales las categorías profesionales registran su mayor participación, llegando al 50% en la Ciudad de Buenos Aires.

En cuanto a las formas de contratación, prevalece la relación de dependencia en el sector público superando el 90%, pero el análisis por categoría muestra importantes dispersiones entre jurisdicciones y modalidades. Para enfermería las formas de contratación oscilan entre la relación de dependencia y la de contratos. Sólo para la categoría ayudantes se observa modalidades de becarios o concurrentes.

---

<sup>20</sup> Abramzón, M. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Información Estratégica para la toma de decisiones. Dos Estudios. Representación OPS/OMS Argentina, Publicación N° 58.

<sup>21</sup> Abramzón, M. op.cit

## CUADRO N° 13

## CARGOS DE ENFERMERIA. TOTAL JURISDICCIONES RELEVADAS.1998

Jurisdicciones	Lic. Enferm.	Enfermeros universitarios	Enfermeros Profesionales.	Auxiliar enfermería	Ayudante enfermería	TOTAL	TOTAL/1,7
CABA	660	427	7.242	9.675	350	18.354	10.796
Buenos Aires(1)	63	117	975	2.646	2	3.803	2.237
Catamarca	16	53	46	1.289	44	1.448	852
Córdoba(1)	350	505	863	2.677	160	4.555	2.679
Corrientes	57	116	232	2.176	93	2.674	1.573
Chaco	57	159	26	1.976	137	2.355	1.385
Chubut	5	121	118	1.155	63	1.462	860
Entre Ríos(1)	40	66	224	843	33	1.206	709
Formosa	17	160	58	1.000	82	1.317	775
Jujuy(1)	25	7	318	576	9	935	550
La Pampa	13	9	33	854	47	956	562
La Rioja	2	45	11	1.188	11	1.257	739
Mendoza(2)	30	210	229	1.944	21	2.434	1.432
Misiones(1)	20	70	30	700	12	832	489
Neuquén	14	129	165	1.441	5	1.754	1.032
Río Negro	30	46	148	1.479	19	1.722	1.013
San Luis(2)	8	24	29	277	4	342	201
Santa Fe(2)	73	25	796	757	11	1.662	978
Salta	78	213	979	2.195	39	3.504	2.061
San Juan	49	157	86	1.255	246	1.793	1.055
Santa Cruz	5	20	74	591	9	699	411
Sgo.Estero(1)	18	80	138	734	4	974	573
Tucumán(1)	91	311	314	1.219	165	2.100	1.235
T. del Fuego	2	4	117	222		345	203
<b>TOTAL PAIS</b>	<b>1.723</b>	<b>3.074</b>	<b>13.251</b>	<b>38.869</b>	<b>1.566</b>	<b>58.483</b>	<b>34.402</b>

FUENTE: Catastro de Establecimientos y Recursos Humanos en Salud 1998. DEIS. MINISTERIO DE SALUD.

**NOTAS:**

Los datos se refieren a cargos de enfermería correspondientes a establecimientos asistenciales de salud oficiales, privados y de obras sociales. (incluye hogares de ancianos de los tres subsectores.)

(1) datos correspondientes a los establecimientos del distrito capital de estas jurisdicciones.

(2) datos correspondientes a los establecimientos públicos.

(3) datos correspondientes a los establecimientos con internación

En este trabajo se afirma que la relación cargo persona es de aproximadamente 1,7<sup>22</sup>, por lo tanto, los cargos registrados para enfermería representarían en el momento del relevamiento aproximadamente 34.402 personas.

## CUADRO N° 14

## RELEVAMIENTOS DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA EN LA ARGENTINA

<sup>22</sup> Abramzón, M. op.cit.

Nivel de Formación	1969(1)		1979(1)		1988(2)		1989(2)		1994(3)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Licenciada	357	0.88	286	0.44	383	0.59	500	0.7	1000	1.17
Enfermera	14114	35.0	16090	24.8	17118	26.6	19800	27.7	25000	29.4
Auxiliares	8862	22.0	24746	38.2	21820	33.9	26000	36.4	49000	57.6
Empíricos	16894	41.9	23569	36.4	24988	38.8	25000	35.0	10000	11.7
<b>TOTAL</b>	<b>40225</b>	<b>100</b>	<b>64691</b>	<b>100</b>	<b>54309</b>	<b>100</b>	<b>71300</b>	<b>100</b>	<b>85000</b>	<b>100</b>

(1) CANARESA 1980

(2) Estimaciones inferidas del Estudio de Servicios y Escuelas de Enfermería. Dirección Nacional de Recursos Humanos y OPS/OMS.1988

(3) Análisis de Situación y Plan de Desarrollo de Enfermería en las Provincias Argentinas 1988-1994

**FUENTE:** OPS Argentina, Publicación N° 43: Desarrollo de Enfermería en la Argentina 1895-1995. Buenos Aires 1995

### CUADRO N° 15 RELEVAMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA MATRICULACIÓN	LIC.	ENF.	AUX.	TOTAL
Buenos Aires	511	2.644	11.538	14.693
Corrientes	79	571	3.480	4.130
Chaco	44	191	1.480	1.715
Misiones	35	140	1.111	1.286
Formosa	17	58	1.000	1.075
Jujuy		1.339	893	2.232
Salta	581	2.445	4.461	7.487
Tucumán	75	243	1.735	2.053
Catamarca	43	46	1.288	1.377
Santiago del Estero		103	2.107	2.210
Santa Fe	284	2.428	1.404	4.116
Córdoba	5	1.684	2.015	3.704
Entre Ríos	404	2.041	4.087	6.532
CABA	497	3.402	3.190	7.089
San Juan	141	569	1.783	2.493
La Rioja	2	227	1.119	1.348
San Luis	38	336	1.246	1.620
Mendoza	716	1.540	5.185	7.441
La Pampa	15	61	737	813
Neuquén	129	468	1.001	1.598
Río Negro	111	602	2.550	3.263
Chubut	5	310	1.687	2.002
Santa Cruz	5	291	555	851
Tierra del Fuego	2	50	70	122
<b>TOTAL</b>	<b>3.739</b>	<b>21.789</b>	<b>55.722</b>	<b>81.250</b>

**FUENTE:** Información proporcionada por la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos. Ministerio de Salud de la Nación. Septiembre 2005.

Como se ha mencionado anteriormente<sup>23</sup>, la información proveniente de los registros de los profesionales de enfermería cuenta con diversos inconvenientes. En primer lugar, la duplicación debido a que es posible que un profesional haya obtenido matrícula provincial y nacional. En segundo lugar, la distribución por categoría conlleva el problema que, de acuerdo con la jurisdicción de la que provenga, pueden englobar en la misma categoría distintos grados académicos. Esta puede la razón por la que esta información difiere substancialmente con la relevada por el Censo de población 2001 para el caso de la enfermería universitaria.

La situación de enfermería en el país constituye un problema crítico reconocido en todos los estudios realizados hasta la fecha. Los problemas relevados se refieren a los tres ejes analizados: la formación, la cantidad de recursos y el mercado de trabajo.

Los esfuerzos realizados en relación con la formación han impactado fuertemente en la profesionalización del personal empírico. Tanto los programas como las políticas llevados a cabo en este sentido lograron una reducción importante de esta categoría que pasa del 38% en 1988 al 12% en 1994. También se han llevado adelante medidas para estimular el ingreso, acortando la duración de los estudios y modificando los programas de formación, medidas que han provocado un aumento de la matrícula. Sin embargo, el bajo número de egresados indicaría que la deserción es aún alta debido a que el esfuerzo por completar los estudios de grado raramente se ve compensado por una mejor remuneración.

Esta situación incide en el hecho de que el número de profesionales resulta escaso para cubrir la demanda de atención de la población y la conformación de los equipos de salud. La falta de información válida y confiable impide realizar una evaluación fidedigna de la situación laboral para esta categoría profesional.

Las asociaciones consultadas no cuentan con datos recientes, no se pueden establecer tendencias de la composición de las categorías fuera de las que registra el Ministerio de Educación. La distribución provincial de los recursos de enfermería puede estimarse a través del relevamiento del CANARESA 1998-2000, que muestra los cargos de todos los sectores en la muestra relevada y por el relevamiento de matrículas realizado por la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos del Ministerio de Salud. Ambos relevamientos muestran una serie de cuestiones que señalan la necesidad de profundizar los estudios.

El Censo 2001 sólo relevó aquellas personas que completaron sus estudios universitarios en enfermería, categoría profesional en la que no reviste la mayoría de los recursos. Si bien el formulario contemplaba la pregunta sobre estudios de nivel terciario, no se especificaba de qué tipo de estudios se trataba, impidiendo de esta forma conocer el número para enfermería. El

---

<sup>23</sup> Ver pág. 15, **Identificación de Problemas de la Información Disponible.**

reciente informe publicado del Censo Nacional Económico realizado por el INDEC, no releva información sobre enfermería en el agrupamiento de las 26 profesiones registradas.

Por último, respecto de las condiciones y mercado laborales no se registran importantes cambios a pesar de las iniciativas que impulsaron distintos actores del sector: enfermería continúa siendo una profesión con baja visibilidad y reconocimiento social y sus niveles de remuneración son muy bajos.

## 12- Recomendaciones Finales

De la tarea de acopiar datos de diferente fuente y del análisis de esos mismos datos, el equipo coordinador ha derivado diferentes propuestas que se agrupan a continuación bajo el título de Recomendaciones, las que comprenden cuestiones de distinta complejidad y ámbito para que la autoridad sanitaria pueda recoger y, eventualmente, poner en ejecución.

### 12.1 La estrategia de las residencias de salud

La cuestión de las residencias de salud muestra en nuestro país múltiples variables que pueden generar confusión, afectando la formación de los recursos humanos del sector.

En este campo concurren simultáneamente –por un lado- la potestad y obligación legal de la autoridad sanitaria nacional para intervenir en la cuestión y –por otro lado- la capacidad y experiencia de las entidades universitarias y profesionales que desarrollan programas de evaluación de residencias desde hace muchos años.

Así, cabe al Estado responsabilidad por la regulación general de las actividades referidas a los recursos humanos en salud. A este nivel gubernamental le corresponde la *fijación de criterios básicos generales* para la evaluación de las distintas residencias de salud, el *registro* de los respectivos programas y el *reconocimiento de validez nacional* para las residencias que resulten acreditadas según los procedimientos de evaluación ejecutados en el marco de los mencionados criterios básicos.

A su vez, las *universidades, sociedades científicas* y otras entidades profesionales tienen *probados conocimientos y experiencia* en este campo, para ejecutar acreditaciones de programas de residencias de salud, sobre la base de los criterios generales establecidos por el nivel anterior y según los *requisitos específicos* que se determinen en los respectivos programas de evaluación.

Dentro de este panorama, corresponde distinguir dos universos que requieren diferente tratamiento. *Uno*: el conjunto de todas las residencias que funcionan en el país, que incluye tanto programas desarrollados por organismos y establecimientos públicos como aquellos ejecutados por entidades privadas, y *dos*: el subconjunto de residencias financiadas en todo o en parte por el Ministerio de Salud <sup>24</sup>.

Para el caso del universo total resulta conveniente alentar el desarrollo de un sistema de evaluación que articule los distintos tipos, especialidades y niveles

---

<sup>24</sup> Elementos adicionales a este planteo estratégico pueden consultarse en la publicación N° 53 de la Representación OPS/OMS en Argentina y en la tesis de doctorado de Rosa María Borrell Bentz sobre Desarrollo curricular de las residencias médicas en la Argentina (Departamento de Humanidades Médicas, Universidad de Buenos Aires).

de las residencias de salud, permita su valoración comparativa y facilite la elección de los candidatos interesados en proseguir estudios de postgrado en sus diferentes profesiones. Para el caso de aquellos programas financiados por el Ministerio de Salud se suma a esa consideración la necesidad de fijar cuáles programas y cómo deberán sostenerse con el erario público.

Si la autoridad sanitaria no participara en nada en el proceso de acreditar residencias de salud, no cumpliría con la función esencial de rectoría que le reconoce la sana doctrina prevaleciente en el tema. Si, por el contrario, el Ministerio asumiera funciones directas de evaluación técnica, podría desnaturalizar el procedimiento, sometiéndolo al riesgo de la intromisión política y restándole credibilidad y transparencia al remplazar a los pares naturales por burócratas.

La legislación que finalmente se apruebe debiera tomar primero en consideración el papel de rectoría en la materia que corresponde a la Autoridad Sanitaria Nacional y, simultáneamente, responder al propósito de movilizar a las entidades y personas de la sociedad civil para que participen activamente en las tareas de construcción de la República, aportando todos en la medida de sus capacidades y fomentando las iniciativas orientadas al bien común.

Una norma que tome en cuenta los criterios precedentes debiera otorgar al Ministerio de Salud la función de aprobar la acreditación de las residencias financiadas en todo o en parte por esa autoridad y, al mismo tiempo, promover un procedimiento general de acreditación de residencias que descansa en el trabajo de evaluación específica en terreno que realicen entidades acreditadoras que el propio Ministerio reconozca y registre, bajo cierto estándares que éste fije. De esta manera, todas las residencias de salud del país estarán cobijadas por un régimen común que hará comparable el nivel que a cada una se le acredite, estimulará en ellas la sana emulación y despejará del camino los emprendimientos puramente comerciales y de calidad nula.

Si se sigue este criterio, la acreditación para el universo total de las residencias de salud –como corresponde– resultará *voluntaria, periódica y realizada por los pares*, pero los programas públicos subsidiados por el del Gobierno Nacional deberán someterse *obligatoriamente* al procedimiento de acreditación y aprobarlo como requisito previo para mantener dicha financiación.

Por otra parte, los resultados del análisis de la disponibilidad de profesionales en la distintas jurisdicciones, tal como la contabiliza el **CUADRO N° 1**, y la enumeración de las especialidades privilegiadas por los médicos, según se consideran en el **CUADRO N° 5**, permitirán formular una política de incentivos y desalientos que regule la formación de postgrado a través del sistema de residencias, tanto para esta profesión como para cualquier otra donde se aplique igual metodología.

En el sentido expuesto, parece conducente poner en términos operativos la propuesta de curso de acción elaborada por la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud y someterla a la consideración de las entidades y organismos involucrados en el tema a fin de recibir críticas y sugerencias que contribuyan a perfeccionar el proyecto y prepararlo para su efectiva puesta en marcha.

## **12.2 PRINCIPALES LINEAS DE ACCION Y ESTRATEGIAS PROPUESTAS PARA ENFERMERIA**

Las líneas de acción propuestas a continuación tienen como objetivo a avanzar en el diagnóstico de la situación de los recursos de enfermería del país.

1. Promover el desarrollo de un estudio de la enfermería según distribución geográfica, nivel de formación, condiciones laborales y área de desempeño profesional, a través de la Dirección de Políticas de Recursos Humanos en Salud.
2. Promover la instalación de una base de datos en la Dirección de Políticas en Recursos Humanos en Salud, que permita instrumentar estrategias acorde a las necesidades, problemas y riesgos de cada región.
3. Promover desde el Ministerio de Salud una Reunión Nacional de Enfermería, con carácter de *Interés Nacional* y la necesaria difusión a través de los medios de comunicación masivos, para analizar y presentar " EL PLAN DE DESARROLLO NACIONAL DE ENFERMERÍA", con la participación de:
  - a) Jefas de Direcciones y Departamentos de Enfermería Provinciales. (un representante por Provincia).
  - b) Representantes de la Formación de Recurso Humano de Enfermería: AEUERA Y ACETERA (un representante por Asociación).
  - c) Representantes de la Profesión: FAE y sus Asociaciones Provinciales. (un representante de FAE y un representante por cada Asociación Provincial).
  - d) Representantes de Enfermería por las Instituciones Privadas Provinciales (un representante por provincia).

En este Encuentro Nacional deberían surgir propuestas para elaborar las "Políticas Argentinas de Enfermería para el próximo decenio, como Políticas de Estado".

## **12.3 FORTALECER LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA QUE RESPONDA A LAS DEMANDAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ARGENTINA**



1. Promover ante el Ministerio de Educación la incorporación de la Carrera de Enfermería como "Carrera de Interés Público" (según Art.43 Ley de Educación Superior).
2. Promover desde el Ministerio de Salud un sistema de apoyo a las instituciones estatales y privadas de profesionales de enfermería, con el objetivo de garantizar la calidad de la enseñanza.
3. Continuar promoviendo la inclusión de la categoría profesional, al Licenciado en Enfermería, en todas las jurisdicciones (COFESA).
4. Continuar con la revisión de la formación Superior no universitaria en el ámbito de la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y de los Programas de profesionalización de los auxiliares de enfermería.<sup>25</sup>

#### **12.4 Propuesta para la Realización de un Censo Nacional del Personal de Enfermería**

Los datos disponibles impiden conocer el real número de profesionales de esta área, su especialidad, la calidad de sus títulos y su distribución geográfica, cuales son las necesidades de los servicios de salud de estos recursos humanos en cantidad y calidad y los requerimientos de formación o capacitación.

Una iniciativa de este tipo tendría como objetivo conocer el tamaño, composición, distribución, calidad y dinámica de los recursos de enfermería con que cuenta el país.

Sus resultados permitirían definir las características del recurso de enfermería necesario para cada región y provincia en particular. También contribuiría a formular el perfil y las competencias de enfermería obedeciendo a criterios técnicos (epidemiológicos y geopolíticos). Al mismo tiempo permitiría identificar las necesidades de número y capacitación para recomendar a las universidades y escuelas de enfermería y sugerir la orientación de los egresados.

#### **12.5 Interfaz Ministerio – Entidades Formadoras**

El tema de los recursos humanos presenta tres aspectos principales: la recolección de información confiable, el análisis de dicha información para la elaboración y seguimiento de políticas y un espacio de relación con las entidades formadoras y utilizadoras de recursos humanos.

La propuesta es que el registro y acopio de datos relativos al tema que producen los diversos organismos públicos y entidades privadas que concurren en este campo sea patrimonio del Ministerio de Salud. En este caso, la tarea abarca dos vertientes. Una es la consolidación técnica de los datos, en el doble

---

<sup>25</sup> Informe De Enfermería. Comisión de Asesores. Msal.2005

sentido que las definiciones utilizadas sean siempre las mismas para hacer compatibles todos los datos y que se eliminen las superposiciones originadas en fuentes que recogen los mismos hechos pero los clasifican desde puntos de vista diferentes.

Otra vertiente, no menos importante, es la procuración de dichos datos, por ejemplo, los de organismos que no están dentro de la esfera propia del Ministerio de Salud y por tanto deben conseguirse a través de acuerdos de cooperación que aseguren la oportuna provisión de los datos al área de acopio.

A su vez, la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos, a través del funcionamiento de un Observatorio de Recursos Humanos, debiera concentrar los temas de análisis de la información y la formulación de las políticas generales y operativas en la materia. Para mejor lograr este propósito, debiera asegurarse a la Dirección Nacional un plantel de personal y la disponibilidad de recursos técnicos que le permitan afrontar debidamente la responsabilidad. Así, los elementos de computación utilizados por el equipo coordinador serán agregados al material que ya dispone esa dependencia la cual, sin embargo, no cuenta con personal de enfermería suficiente.

Finalmente el Consejo Nacional Consultivo de Salud es el espacio natural para relacionar las dependencias del Ministerio con las entidades que forman recursos humanos (Universidades, Escuelas Técnicas, etc.), las que participan en su ejercicio (Colegios Médicos, Asociaciones Gremiales y Científicas) y las que utilizan esos recursos (Cámaras Empresarias, Asociaciones de Prestadores de Salud). La actual integración de dicho Consejo incluye la participación de las mencionadas entidades, sin perjuicio de que por la ampliación de su plenario o de una comisión específica para recursos humanos se garantice la máxima representación de las organizaciones no gubernamentales que operan en este campo.

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

Alarcón, Guadalupe; Frenk, Julio. ***Plan de formación de recursos humanos en salud en medicina de especialidad***. Secretaría de Salud, México, 2005

Abramzón, M. ***Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004***. Publicación N° 62 Representación OPS/OMS en Argentina (en prensa), Buenos Aires, Junio 2005.

Abramzón, M. ***Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Información Estratégica para la toma de decisiones. Dos Estudios***. Representación OPS/OMS Argentina, Publicación N° 58, Buenos Aires, 2003.

AEUERA, ***Lineamientos para la acreditación de escuelas universitarias de enfermería de la Republica Argentina***. Mimeo 2005

Barría, M. Soledad; Contardo, Nydia; Caravantes, Rodrigo; Monasterio Hernán. ***Manual de análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud***. Trabajo realizado para la Organización Panamericana de Salud (OPS), diciembre 2003.

Borrell Bentz, Rosa María. ***El Sistema de Residencia en Salud y las Políticas de Recursos Humanos en la Argentina***. En ***Las Residencias del Equipo de Salud Desafíos en el Contexto Actual***. OPS/OMS , Buenos Aires, noviembre 2002.

Borrell Bentz, Rosa María. ***La Educación Médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa***. Representación Argentina de OPS/OMS. (en prensa). Buenos Aires, 2005.

Espino, Susana; Heredia, Ana María; Malvárez, Silvina; Rivas-Loria, Priscilla (eds.). ***Profesionalización de Auxiliares de Enfermería en América Latina***. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América latina y el Caribe. Ed. Especial n°13, Washington DC, enero 2005.

Manfredi, M. ***La Educación de Enfermería en Argentina***. Conferencia dictada en la Reunión de Libros de Textos y Educación en Enfermería, Argentina 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ***Especialidades médicas en América Latina: Análisis de su disponibilidad e institucionalidad en 8 países seleccionados***. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 22. Diciembre 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ***Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de***

**enfermería en Argentina. 1990-2000.** Representación OPS/OMS Argentina. Buenos Aires, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan Decenal de Salud Para las América.** Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial N° 118, Washington, D.C., E.U.A, enero 1973.

Padilla, M. Equipo HSR Área de Desarrollo estratégico de la Salud. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos. **Recursos humanos en los servicios de salud.** Documento de Trabajo Junio 2002.

Rígoli, Felix. *Demandas asistenciales y número óptimo de médicos: una comparación internacional.* En **Revista Médica del Uruguay**, 1991; 7:80-82. Montevideo, 1991.

Ruiz Gómez, Fernando. **Los Recursos Humanos De Salud En Colombia: Balance Competencias Y Prospectiva.** Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX), Bogotá, septiembre 2002.