

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE BECAS EN MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL SEGÚN ESTRATOS SOCIO-SANITARIOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

ANALYSIS OF THE PROGRAM OF GRANTS IN FAMILY AND GENERAL MEDICINE ACCORDING TO SOCIO-SANITARY LEVELS IN ARGENTINA.

ANÁLISE DO PROGRAMA DE BOLSAS DE ESTUDO EM MEDICINA FAMILIAR E GERAL SEGUNDO AS CAMADAS SÓCIO-SANITÁRIAS DA ARGENTINA.

Resumen

Introducción: Desde 2003 la política sanitaria nacional prioriza el Primer Nivel de Atención. **Objetivo:** Describir y analizar las becas financiadas por el Ministerio de Salud de la Nación entre 2004-2011 para la formación de especialistas en Medicina Familiar y General y su relación con indicadores socio-sanitarios. **Materiales y métodos:** Análisis cuantitativo con descripción de cargos ofrecidos, adjudicados y egresados por provincia. **Los resultados se agruparon por estratos socio-sanitarios. Resultados:** Existe correlación negativa entre los cargos ofrecidos y los adjudicados. En el análisis por estratos, la adjudicación aumenta a medida que las necesidades decrecen. La adjudicación correlaciona negativamente con el índice de NBI, la mortalidad infantil y la población sin cobertura, mientras que la correlación con el indicador de médicos cada 10.000 habitantes es positiva. **Conclusión:** La oferta de cargos ha sido insuficiente para incrementar la formación de médicos de familia, especialmente en las provincias con peores indicadores.

Palabras clave: recursos humanos en salud, planificación en salud, prestación de atención de salud.

Pedro Silberman¹,
Agustín González
Calbano², Ana C.
Godoy², Andrea C.
Zamora³, Antonella C.
Perrotta⁴, Ramiro C.
Fernández Ponce de
León⁵.

¹ Director Decano –
Departamento de Ciencias
de la Salud – Área Salud
Individual y Colectiva –
Universidad Nacional
del Sur (Bahía Blanca –
Provincia de Buenos Aires)
² Médico – Departamento de
Ciencias de la Salud – Área
Salud Individual y Colectiva
– Universidad Nacional
del Sur (Bahía Blanca –
Provincia de Buenos Aires)
³ Médico – Residencia de
Medicina Familiar y General
– Dirección de Primer Nivel
de Atención (Ministerio de
Salud Pública – Provincia
de Salta)
⁴ Médico – Residencia de
Medicina General Centro
de Salud N° 10 – San Martín
(Ministerio de Salud –
Provincia de Buenos Aires)
⁵ Médico – Residencia
de Medicina Familiar y
General – Hospital Ángela
Llano (Ministerio de Salud –
Provincia de Corrientes)

Autor responsable
Méd. Agustín González Calbano
Departamento de Ciencias de
la Salud
Universidad Nacional del Sur
Florida 1450
B8003JSX – Bahía Blanca
agustin.gonzalez@uns.edu.ar

Fuentes de financiamiento: Beca
"Carrillo-Oñativia", Comisión
Nacional Salud Investiga,
Ministerio de Salud de la
Nación.

Trabajo recibido: 22 de
Octubre 2015.
Aprobado: 10 de
enero 2016.

Abstract

Introduction: Since 2013, health national policies in Argentina have given priority to Primary Health Care. **Objective:** To describe and analyze the grants funded by the National Ministry of Health between 2004-2011 for the training of specialists in General and Family Medicine and its relationship with socio-sanitary indicators. **Material and Methods:** Quantitative analysis with description of the positions offered and allocated and the graduates in each province. Results are grouped according to social-sanitary levels. **Results:** There is negative correlation between the positions offered and the ones allocated. According to the level analysis, allocation increases as needs decrease. There is negative correlation with the Unsatisfied Basis Needs (UBN) index, child mortality and population without coverage, whereas there is a positive correlation with the indicator of doctors every 10,000 inhabitants. **Conclusion:** The offer of positions has not been enough to boost the training of family doctors, especially in the provinces with the worst indicators.

Key words: human resources in health, health planning, health care services

Resumo

Introdução: Desde 2003, a política nacional de saúde prioriza o Primeiro Nível de Cuidados. **Objetivo:** Descrever e analisar as bolsas de estudo financiadas pelo Ministério da Saúde da Nação entre 2004-2011 para a formação de especialistas em Medicina Familiar e Geral, e sua relação com indicadores sócio-sanitários. **Materiais e Métodos:** Análise quantitativa com descrições de cargos propostos, outorgados e formandos por província. Os resultados foram agrupados por camadas sócio-sanitárias. **Resultados:** Acha-se uma correlação negativa entre os cargos propostos e os outorgados. Na análise por camadas, os outorgamentos aumentam à medida que as necessidades diminuem. O outorgamento condiciona negativamente o indicador NBI, a mortalidade infantil e da população sem cobertura, enquanto que a correlação com o indicador de médicos a cada 10.000 habitantes é positiva. **Conclusão:** A oferta de cargos tem sido insuficiente para aumentar a formação de médicos de família, especialmente nas províncias com os piores indicadores.

Palavras-chave: recursos humanos para a saúde, planejamento em saúde, prestação de cuidados de saúde.

Introducción

En respuesta al desafío impuesto en las últimas décadas por una desigual transición de salud, caracterizada por un perfil epidemiológico heterogéneo en el cual se combinan enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, atravesadas por las desigualdades e inequidades regionales, los sistemas de salud de todo el mundo se están enfrentado a vertiginosos cambios.

Hart y Starfield señalan que es conveniente y adecuado que países que desarrollan políticas de salud basadas en el primer nivel dispongan de aproximadamente un 50% de médicos generales/de familia y un 50% de los demás especialistas (1). Así, la mayor participación de estos especialistas en el cuidado de una población se asocia con mejores resultados en salud a un costo aceptable (2-4).

En Argentina, la reforma delineada en los Planes Federales de Salud 2007-2010 y 2010-

2016 propone organizar el sistema a partir de un PNA integrado y de alta capacidad de resolución, y promueve la formación de recursos humanos apropiados en cantidad y competencias. En coincidencia con estos preceptos, se acordó en 2008 redireccionar las becas de las residencias de financiamiento nacional hacia las especialidades más adecuadas para este rol. Esto se observa en la evolución creciente del número de cargos ofrecidos para residencias de Medicina Familiar y/o General (MFyG) entre 2004 y 2011, año en el cual se concursaron 275 cargos en todo el país (5-8).

Sin embargo, y a pesar de que la intervención sobre la formación ha sido la estrategia más utilizada para afrontar los problemas relacionados con los recursos humanos para la salud, se reconocen procesos mucho más complejos que operan sobre varios aspectos tales como número, retención, distribución, motivación, satisfacción y rendimiento en términos de productividad y calidad. Por ello, responder a estos problemas requiere de políticas públicas integrales que apunten a revertir el proceso general de concentración de recursos humanos en grandes ciudades en detrimento del ámbito rural, en sectores de mayor nivel económico en detrimento de los sectores menos favorecidos, con aplicación de estrategias efectivas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y un adecuado balance entre estado de salud, necesidades, tecnología y recursos disponibles (9).

Conforme a lo expuesto, el análisis del funcionamiento de las residencias en el contexto de la política de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) se convierte en un punto de vital importancia a la hora de mejorar el funcionamiento de un sistema de salud basado en el PNA. En este trabajo, se analizará y describirá la evolución del número de cargos ofrecidos, cargos adjudicados y residentes egresados de las becas de MFyG financiadas por el MSAL entre los años 2004 y 2011, en relación con indicadores sanitarios y socioeconómicos de las provincias de la República Argentina que participan del programa.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo de la evolución del número de becas para formación de residentes de MFyG financiadas por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO) del MSAL entre 2004 y 2011. Se generó una base de datos con los cargos ofrecidos, cargos adjudicados y residentes egresados de cada provincia.

A fin de evaluar los puntos críticos del proceso de formación de especialistas –adjudicación de los cargos ofrecidos y egreso de las residencias– se construyeron indicadores específicos para cada uno. La adjudicación de los cargos se midió con el indicador ‘porcentaje adjudicación’ el cual ilustra la proporción de cargos ofrecidos que se adjudicaron y los que quedaron vacantes en cada provincia. El porcentaje de egreso se calculó a partir de la cantidad de residentes que adjudicaron los cargos ofrecidos y que egresaron la residencia. Los ingresantes 2009-2011 no habían egresado al momento de la recolección de los datos, por lo que el análisis para cuantificar el porcentaje de egreso se restringió a los ingresantes 2004-2008, quienes finalizaron sus residencias entre 2007 y 2012.

Los cargos ofrecidos y adjudicados 2004-2011 con su correspondiente fecha de egreso o renuncia de las becas de formación en MFyG se solicitaron a la DNCHySO del MSAL. Los cargos ofrecidos corresponden a aquellos financiados por la DNCHySO y ofertados en los llamados a concurso anual de las provincias seleccionadas para este estudio. Los

cargos adjudicados refieren a los aspirantes que hubieron superado exitosamente el concurso y hubieron tomado posesión efectiva del cargo ofrecido en dicho concurso. Los egresados se definen como los adjudicatarios de una beca en MFyG que completaron su período de formación en una residencia de la especialidad.

Con el objeto de relacionar la oferta de cargos con el perfil sanitario y socioeconómico de cada provincia, se seleccionaron como indicadores la mortalidad infantil, la proporción de población sin cobertura de la seguridad social, el número de médicos cada 10.000 habitantes y el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

La tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año (10). Los últimos datos disponibles –año 2010– se obtuvieron del informe de Indicadores Básicos 2012 del MSAL (11).

La proporción de la población sin cobertura de salud se obtuvo del censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) 2010, donde se define como aquella que no se encuentra cubierta por una obra social, una prepaga por derivación de aportes o por contratación voluntaria, o por un programa o plan estatal de salud. Asimismo, el índice de hogares con NBI se obtuvo de INDEC 2010 (12,13).

El indicador médicos cada 10.000 habitantes fue construido en base a la población provincial y el registro censal de profesionales llevado a cabo durante el censo de INDEC 2001 (14).

Las provincias se agruparon en 4 estratos de mayor a menor nivel de necesidades sanitarias de acuerdo a los indicadores seleccionados (ver Tabla 1). Se excluyeron del análisis a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Neuquén, las cuales no reciben becas de formación en MFyG del MSAL, así como a la provincia de Buenos Aires, la cual posee una sola residencia que recibe becarios.

La estratificación se realizó en 4 categorías ordenadas del 1 al 4, quedando en el grupo 1 las provincias con mayores necesidades de recibir profesionales, mientras que el grupo 4 está conformado por aquellas provincias con mejor desempeño en los indicadores seleccionados y que tienen menos necesidades en términos comparativos. El comportamiento de cada indicador en cada una de las provincias fue dividido en cuartiles y se les asignó un valor de 1 a 4 de acuerdo a la ubicación de cada provincia. La variable médicos/10.000 habitantes se ponderó por 1,5 dado que es el indicador directamente relacionado con recursos humanos en salud. Luego se sumaron los valores obtenidos por cada provincia en cada indicador y resultó de un total por provincia que permitió categorizar de manera ordinal a las mismas en cuatro grupos de mayor a menor nivel de necesidades socio sanitarias.

Resultados

La Figura 1 muestra el total de cargos ofrecidos en el período 2004-2011, el cual fue de 1658, que como se puede observar, se mantiene estable alrededor de los 170-180 cargos entre 2004 y 2008, aumentando considerablemente a partir de ese año, llegando a 275 cargos para el 2011. El aumento de cargos ofrecidos en estos últimos 3 años es de 49%. Por otro lado, en la misma figura se observa que para el mismo período de análisis los cargos que efectivamente se adjudicaron permanecieron estables alrededor de las 150 adjudicaciones, a pesar del aumento de la oferta mencionada.

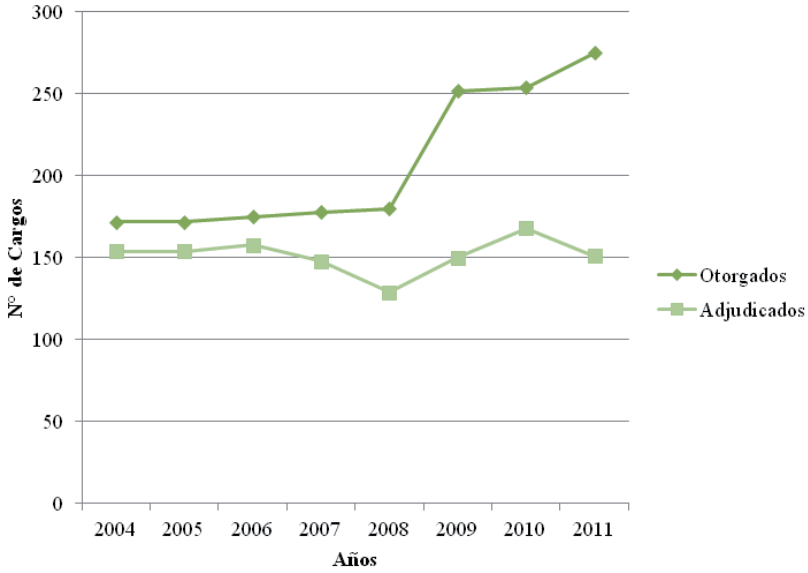


Figura 1. Cargos ofrecidos y adjudicados, 2004-2011

FUENTE: Elaboración propia a partir de información de la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional - Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

El porcentaje de cargos adjudicados disminuyó de 90% en 2004 a 55% en 2011. El análisis de correlación de Pearson muestra que existe correlación negativa entre aumento acumulado del porcentaje de cargos ofrecidos y la disminución del porcentaje de cargos adjudicados (-0,919, p=0,001). Los resultados se presentan en la Figura 2.

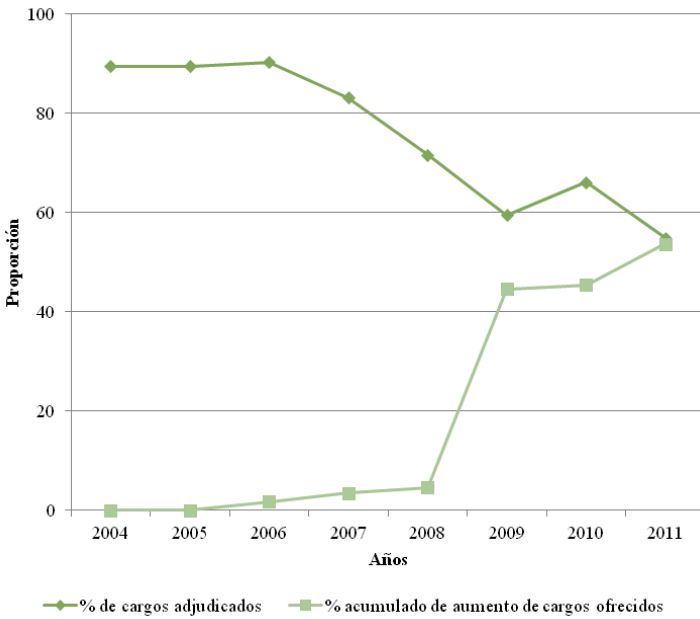


Figura 2. Relación entre proporción de cargos ofrecidos y proporción de cargos adjudicados

FUENTE: Elaboración propia a partir de información de la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional - Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

La proporción de egreso del período seleccionado fue de 89,2% (664 residentes). Se

observan proporciones superiores al 80% en todas las provincias excepto en Tucumán (76,5%) y Chaco (67,6%).

Los datos correspondientes al agrupamiento por estratos de las provincias seleccionadas se presentan en la Tabla 1. Las provincias que resultaron ubicadas en el estrato 1, representan las de mayores necesidades sanitarias, mientras que la necesidad disminuye gradualmente entre los estratos hasta llegar al 4 en el que se ubican (en términos relativos) las provincias con menos necesidades. Se incluyen los porcentajes de cargos adjudicados de cada una de ellas.

Tabla 1. Estratos y provincias agrupadas en ellos.

Estrato	Provincia	Adjudicación	MiA	NBIb	Méd / 10.000c	Sin SSd
1	Chaco	47,12	16,80	18,15	17,59	57,53
	Formosa	45,31	17,80	19,73	14,78	56,55
	Jujuy	65,63	13,40	15,46	18,71	44,81
	Santiago del Estero	25,00	12,00	17,64	15,75	55,54
	Misiones	68,63	13,20	15,63	15,00	43,21
2	Catamarca	57,58	15,40	11,32	20,00	38,53
	Corrientes	76,60	14,70	15,08	23,79	48,01
	Salta	54,37	12,80	19,42	20,01	47,16
	La Rioja	67,24	12,60	12,25	26,73	37,91
	Entre Ríos	81,82	11,60	8,04	20,58	35,37
3	San Juan	83,87	11,00	10,23	25,02	43,48
	Tucumán	87,69	12,10	13,27	28,07	36,26
	San Luis	58,43	10,70	7,86	25,25	39,29
	Chubut	75,65	9,80	8,44	23,21	26,71
	Río Negro	30,00	9,40	10,37	25,90	33,78
4	Mendoza	76,67	11,70	7,61	28,35	36,61
	La Pampa	64,20	7,00	3,79	23,22	31,89
	Santa Cruz	76,56	9,70	8,25	25,03	16,20
	Córdoba	90,24	11,10	6,00	44,78	32,37
	Tierra del Fuego	100,00	9,90	14,20	33,24	20,81
	Santa Fe	97,98	10,30	6,42	31,56	31,40

aMortalidad infantil; bNecesidades Básicas Insatisfechas; cMédicos cada 10.000 habitantes; dPorcentaje de la población sin cobertura de la Seguridad Social.

El coeficiente de correlación de Spearman entre porcentaje de cargos adjudicados y el nivel de necesidades sociosanitarias de cada provincia arrojó un resultado de 0,457, con un nivel de significancia de 0,032, es decir que es una correlación negativa y estadísticamente significativa. El análisis de cada indicador por separado se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Correlación de los indicadores con el porcentaje de adjudicación.

Indicador	Pearson	p
NBI	-0,46	0,001
Mortalidad infantil	-0,31	0,001
Población sin cobertura	-0,60	0,001
Médicos cada 10.000 hab.	0,63	0,001

Discusión

La planificación estratégica de los recursos humanos en salud, en particular los médicos de familia, es crítica en varios países del mundo (15). Los resultados de este estudio muestran que en Argentina, la política basada en la ampliación de la oferta de cargos no ha sido suficiente para incrementar la formación de especialistas en MFyG. La adjudicación de cargos permaneció estable y concentrada en las provincias con menores necesidades sociosanitarias, sugiriendo que no existiría una relación lineal entre oferta de cargos y adjudicación de los mismos. Con distinta intensidad, la situación descrita también se repite en las demás especialidades prioritarias definidas por el MSAL (16). Hallazgos coincidentes pueden encontrarse en Brasil y Perú, que siguieron políticas de recursos humanos en salud similares a las de Argentina y en donde el aumento en la oferta de cargos en MFyG tampoco dio los resultados esperados (17,18). Países con tradición planificadora y servicios públicos de salud fuertemente orientados al PNA, como el Reino Unido y Canadá, también han reportado dificultades para completar los cargos de MFyG ofrecidos (19-21). En España, las adjudicaciones de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en los últimos 20 años se han mantenido estables e incluso a la baja en años recientes, al contrario de lo que ocurrió en el resto de las especialidades médicas (22). Esto remarca la existencia de una serie de procesos más complejos en la elección de la especialidad, y que no pueden ser alterados por la simple asignación de recursos financieros. Por ejemplo, mecanismos de selección previa destinados a reconocer a los postulantes con más posibilidades de orientar su carrera hacia la MFyG y las áreas con menor provisión de servicios públicos de salud han demostrado mejorar la elección de la especialidad y la radicación en dichas áreas (23,24). Durante el pregrado y el posgrado, los mensajes orientadores de la formación y la práctica que el estudiante y el graduado reciben tanto del sistema prestador como de los centros vinculados a la capacitación, los inducen a insertarse en una especialidad de acuerdo a las demandas del mercado (25, 26). En este sentido, Belmartino y cols. señalaban en 1990 que los médicos orientan su formación de acuerdo a las posibilidades de mejor inserción laboral, lo cual contribuye a explicar el corrimiento hacia las especialidades más rentables y la concentración en áreas con menores índices de pobreza (27). Por tanto, una intervención destinada a aumentar la formación de especialistas en MFyG en las provincias donde más se necesitan, no debe descuidar el abordaje de los múltiples determinantes de la elección de la especialidad, en particular el rol del mercado de trabajo. Se debería considerar intervenir sobre el mercado de trabajo a través de incentivos económicos diferenciados y beneficios laborales, entre otros, haciendo más atractiva la elección de especialidades como esta en lugares con mayores necesidades. En una segunda instancia, se deberían adecuar los mecanismos de selección e ingreso a las carreras de Medicina a las necesidades socio sanitarias del país.

Agradecimientos

Al Doctorando en Salud Pública (Universidad Nacional Autónoma de México) Martín Silberman por su inestimable aporte y la revisión general del manuscrito final.

Bibliografía

1. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA*. 1991 Oct 23-30;266(16):2268-71.
2. Weiner JP, Starfield BH. Measurement of the primary care roles of office-based physicians. *Am J Public Health*. 1983 Jun;73(6):666-71.
3. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv*. 1994;24(3):431-58.
4. Schroeder SA, Sandy LG. Specialty distribution of U.S. physicians--the invisible driver of health care costs. *N Engl J Med*. 1993 Apr 1;328(13):961-3.
5. Argentina. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2011.
6. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Plan Federal de Salud 2004-2007.
7. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Plan Federal de Salud 2010-2016.

8. Argentina. Acta del Consejo Federal de Salud (COFESA) N° 3. Buenos Aires, 12 de setiembre de 2008.
9. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2006: Working together for health. Ginebra: OMS; 2006.
10. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>
11. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores Básicos 2012. Buenos Aires, 2013. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>
12. Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Glosario. Buenos Aires, 2010. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/glosario_censo_2.pdf
13. Argentina. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Situación y evolución social: Síntesis N° 4, Tomo 2. Buenos Aires, 1998.
14. Abramzón, M. Argentina: Recursos Humanos en Salud 2004. La distribución geográfica. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2005.
15. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2003: Shaping the future. Ginebra: OMS; 2003.
16. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias nacionales. Evolución de oferta y cobertura de cargos de Medicina General y/o Familiar 2004-2012. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/imagenes/formacion/graficosformacion/Posgrado/020_Evolucin_cupos_residencias_nacionales_MedGral_2004-2012.pdf [consultado 11 Nov 2012].
17. González López-Valcárcel B, Barber Pérez B, Suárez Vega R. Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas en Brasil. Proyecciones a 2020. Sociedade Brasileira de Medicina de Familia e Comunidade, 2011. Disponible en: http://www.sbmfc.org.br/media/file/pdf/oferta_demanda_y_necesidad_de_medicos_especialistas_brasil_patricia_beatriz.pdf
18. Perú. Ministerio de Salud. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, Perú 2007 – 2015. Lima: Ministerio de Salud, 2013.
19. Canadian Resident Matching Service. Reports and statistics, 2003–2007. Match reports. Ottawa: Canadian Resident Matching Service; 2007 [consultado 21 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.carms.ca/>.
20. Lambert T, Goldacre M. Trends in doctors' early career choices for general practice in the UK: longitudinal questionnaire surveys. *Br J Gen Pract.* 2011 Jul;61(588):e397-403.
21. Lake J. Deciding to become a GP: an example of 'careership' in the NHS? *Education for Primary Care* 2010;21: 219–20.
22. González López-Valcárcel B, Barber Pérez B. Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012; 26(S):46–51.
23. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health* 2009;9:1060 [en línea]. Disponible en: <http://www.rrh.org.au/>.
24. Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-MacLean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine? Reflections of medical students at 3 universities. *Can Fam Phys* 2007;53(11):1956-1957.
25. Abramzón M. Recursos Humanos en Salud: Argentina. Buenos Aires, 1993.
26. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 1998;73(4):403-7.
27. Belmartino S, Bloch C, Luppi I, Quinteros ZT, Troncoso MC. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1990.