



Investigación en educación médica

ISSN: 2007-865X

ISSN: 2007-5057

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina

Silberman, Pedro; Silberman, Martin
Factores relacionados a la elección de residencias médicas que reproducen
las desigualdades en la distribución de especialistas en Argentina
Investigación en educación médica, vol. 12, núm. 47, 2023, Julio-Septiembre, pp. 22-32
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2023.47.23499>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349778732003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNAM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Factores relacionados a la elección de residencias médicas que reproducen las desigualdades en la distribución de especialistas en Argentina

Facultad de Medicina

Pedro Silberman^{a,†}, Martín Silberman^{b,*,§}



Resumen

Introducción: La distribución de médicos/as en Argentina es desigual, lo cual genera un impacto sanitario. El sistema de residencias médicas habilita la elección de especialidad y dónde realizarla, lo que predice la distribución futura.

Objetivo: Identificar factores relacionados a la elección de residencias médicas en Argentina, considerando las necesidades sanitarias para el año 2020.

Método: Trabajo descriptivo, transversal y analítico. La fuente de información fue el Ministerio de Salud. Se categorizó el tipo de universidad en públicas, privadas y extranjeras. Según necesidades sanitarias se consideraron especialidades priorizadas: clínica, medicina general, pediatría y ginecología, UTI adultos y pediátrico, emergentología y neonatología y no priorizadas, por exclusión de las anteriores. Las localizaciones geográficas fueron:

grandes y pequeñas ciudades, de acuerdo al Instituto Geográfico Nacional. Para el análisis se obtuvieron t de Student y chi cuadrado, considerándose significativa p menor a 0.05. Se utilizó software estadístico Statistical Package for Social Science for Windows v28.

Resultados: La mayoría de egresados/as provinieron de universidades públicas (54.7%), luego extranjeras (29.8%) y finalmente las privadas. Eligieron especialidades no priorizadas el 47.9% de públicas, 58.4% de privadas, y extranjeras un 70.5%. Los de universidades públicas eligieron mayoritariamente básicas (40.1% vs 27.2% las privadas y 21.6% las extranjeras). Los/as aspirantes de ciudades pequeñas (13.9%), eligieron no priorizadas (53.8%). Las residencias básicas en ciudades pequeñas tuvieron una ocupación menor (42.3% vs 82.3%), no así en especialidades no priorizadas (85.5% vs 94.5%).

^aDepartamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Buenos Aires, Argentina.

^bInstituto de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Buenos Aires, Argentina.
ORCID ID:

[†]<https://orcid.org/0000-0002-7315-476X>

[§]<https://orcid.org/0000-0002-0394-6788>

Recibido: 9-enero-2023. Aceptado: 7-mayo-2023.

Autor para correspondencia: Martín Silberman. Teléfono: +54 011 4275 640.

Correo electrónico: msilberman@unaj.edu.ar

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Discusión: La elección de especialidades es mayoritariamente no priorizada. El sistema absorbió profesionales desde las pequeñas a las grandes ciudades y a las especialidades no priorizadas.

Conclusiones: El tipo de universidad y el tipo de ciudad donde funcionan las residencias condicionan la elección de la especialidad y no la priorización sanitaria.

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

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Factors related to the choice of medical residencies that reproduce inequalities in the distribution of specialists in Argentina

Abstract

Introduction: The distribution of doctors in Argentina is uneven, generating a health impact. The Medical Residency system enables the choice of specialty and where to carry it out, predicting future distribution.

Objective: To identify factors related to the choice of medical residencies in Argentina, considering health needs for the year 2020.

Method: Descriptive, cross-sectional, and analytical work. The source of information was the Ministry of Health. The type of university was categorized into public, private, and foreign. According to health needs, prioritized specialties were considered: clinical, general medicine, pediatrics,

gynecology, adult and pediatric ICU, emergency medicine, and neonatology, and non-prioritized specialties, by exclusion of the former. Geographical locations were classified as big or small cities, according to the National Geographic Institute. For the analysis, Student's t-test and chi-square were obtained, with $p < 0.05$ considered significant. Statistical Package for Social Science for Windows v28 software was used.

Results: The majority of graduates came from public universities (54.7%), followed by foreign (29.8%) and finally private universities. Non-prioritized specialties were chosen by 47.9% of public, 58.4% of private, and 70.5% of foreign university graduates. Public university graduates mainly chose basic specialties (40.1% vs 27.2% for private and 21.6% for foreign universities). Aspirants from small cities (13.9%) chose non-prioritized specialties (53.8%). Basic residencies in small cities had lower occupancy (42.3% vs. 82.3%), but not non-prioritized specialties (85.5% vs. 94.5%).

Discussion: The choice of specialties is mostly non-prioritized. The system absorbed professionals from small to large cities and non-prioritized specialties.

Conclusions: The type of university and the type of city where residencies operate condition the choice of specialty, not the health prioritization.

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

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La distribución de médicos/as en Argentina es, como en muchos países del mundo, muy desigual. Hay una reorientación de profesionales hacia regiones más ricas y con menor tasa de mortalidad infantil, y dentro de ellas, a las ciudades más importantes. A esto se le suma que no solo las regiones más pobres pierden cantidad de profesionales, sino que, en estas, también se pierden especialistas en atención

primaria. Con lo cual, lo que podemos afirmar es que desde el punto de vista sanitario, el proceso de distribución, radicación y elección de especialidades no sigue el rumbo de las necesidades del país¹⁻⁶. Una propuesta para disminuir esta desigualdad fue acercar las carreras de medicina a localidades alejadas de las grandes ciudades, fue así que se incorporaron al sistema universitario 14 carreras de medicina públicas en las últimas dos décadas en nueve provincias

argentinas^a. Estas carreras se ubicaron en regiones donde se dificulta el acceso a la educación superior en general y a la medicina en particular, con un perfil de egresado/a vinculado hacia la atención primaria⁷. Sin embargo, el resultado de esta política, no ha sido aún verificado, ya que todavía no hay suficientes egresados/as.

En Argentina se gradúan cada año aproximadamente 5,500 estudiantes de medicina que deben decidir si continúan o no su formación de posgrado y, de hacerlo, definir una especialidad y el lugar dónde realizarla⁷. Si estos/as egresados/as eligen especialidades no priorizadas para la APS y se radican en ciudades centrales de la Argentina, el problema de la distribución desigual se podría agravar en el tiempo⁸⁻¹⁰.

Si bien la Ley de Educación Superior⁸ habilita formalmente a los/as profesionales a ejercer la profesión una vez obtenido el título de grado, la mayoría opta por continuar su formación en distintos espacios y formatos de posgrado entre los que se encuentran las residencias médicas. La Organización Panamericana de la Salud define como residencias médicas “al sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines”¹². Si bien existen otras ofertas de posgrado como las concurrencias y las carreras universitarias de especialización en Argentina, la residencia constituye, hasta ahora, una de las modalidades más elegidas por los/as profesionales para acceder a una especialidad^{10,13,14}.

Los/as que se deciden por realizar residencias para profesionales de la salud pueden optar por las residencias básicas y aquellos/as que ya realizaron alguna de ellas por las post básicas, en las que pro-

fundiza el conocimiento en un área específica de una especialidad¹⁵⁻¹⁸.

Dentro del universo de las residencias básicas, existe un grupo denominado priorizadas, las cuales fueron así definidas por el Consejo Federal de Salud (COFESA)^{b,19} donde todos/as los/as ministros/as de salud del país las consideraron de alta prioridad. Estas son: clínica médica, pediatría, medicina general y ginecología y obstetricia. También han denominado como “críticas” a aquellas especialidades definidas por la extrema necesidad de cubrir cargos en el país, estas son: terapia intensiva adultos/as, terapia intensiva infantil, neonatología y emergentología¹⁴.

El sistema de residencias, en particular las residencias médicas, en sus distintas modalidades nacionales, universitarias, provinciales, municipales y privadas, ofrece en conjunto aproximadamente 6,500 vacantes de medicina para un promedio de 7,500 médicos/as inscriptos/as anuales²⁰. En la Argentina, en el año 2019 y producto de un proceso comenzado en 2011, se constituye el examen único de ingreso a residencias (EU) con la participación de 21 provincias y la constitución de un comité técnico federal para su regulación (Resol.186/2019). El examen único puede ser rendido por aspirantes de cualquier provincia, de hecho, en el año 2020 debido a la pandemia COVID-19 y dado el aislamiento obligatorio decretado por el gobierno nacional (Decreto DNU 297 / 2020), el examen se confeccionó en formato digital y pudo ser realizado desde los respectivos hogares de los/as aspirantes²⁰.

Al igual que en otros países²¹⁻²⁷, el EU tiene por objetivos centrales proveer una mayor cobertura de vacantes de ingreso, mejorar la accesibilidad a los concursos de manera tal que se unifique, simplifique y se vuelva más eficiente la gestión y que como resultado estratégico promueva una adecuada distribución de especialistas tanto en términos geográficos como de pertinencia sanitaria¹⁴, ya que hay vasta evidencia que el lugar donde la persona se forma y se especializa es un fuerte predictor de su radicación posterior^{3,28-35}.

Por lo tanto, fue necesario conocer los factores que condicionan la radicación de el/la postulante en

a Universidad Nacional del Sur, Universidad Nacional de La Matanza, Universidad Nacional Chaco Austral, Universidad Nacional del Centro, Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Universidad Nacional de Villa María, Universidad Nacional de Villa Mercedes, Universidad Nacional de Entre Ríos, Universidad Nacional de Salta, Universidad Nacional de Río Negro, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Universidad Nacional de Santiago del Estero.

b Organismo que reúne a todos/as los/as ministros/as de salud de las jurisdicciones, presidido por la/el ministra/o de salud de la Nación, y toma decisiones en cuanto a las políticas de salud.

regiones más despobladas y/o con peores indicadores sociosanitarios, lo que se denomina distribución geográfica y en la elección de especialidades priorizadas, es decir, la pertinencia sanitaria^{7,31,32}.

El objetivo de este trabajo fue identificar aquellos factores que se relacionaron con la elección de las residencias médicas en Argentina, considerando las necesidades sanitarias para el año 2020.

MÉTODO

Es un trabajo descriptivo, transversal y analítico. Se describieron las características sociodemográficas de los/as aspirantes al EU: edad, sexo, universidad de origen y promedio de la carrera y la especialidad elegida.

Las unidades de análisis fueron:

- Aspirantes a residencias de especialidades de medicina: quienes durante el 2020 se inscribieron a rendir el EU en los concursos de "Institución Santa fe" y/o "Concurso Unificado"¹⁸.
- Concursados/as: son aquellos/as aspirantes que luego del proceso de adjudicación quedaron legalmente asignados/as a una residencia médica.

La fuente de información fue el sistema de registro del Ministerio de Salud de la Nación para el EU y CU diseñado para tal motivo por la Universidad Tecnológica Nacional.

Para la información sobre universidad de origen, en caso de que la institución formadora se encuentre fuera del país, se denominó "extranjera", independientemente de la nacionalidad del aspirante que haya cursado allí sus estudios de grado. Si la institución formadora se encuentra dentro del país, se denomina "privada" o "pública", según corresponda, independientemente de la nacionalidad del aspirante que haya cursado allí sus estudios de grado.

De acuerdo a las definiciones tomadas por el COFESA en cuanto a la elección de especialidades, se consideraron "priorizadas" a clínica médica, medicina general, pediatría y ginecología y obstetricia, en tanto las especialidades "críticas" fueron: UTI adultos, UTI pediátrico, emergentología y neonatología. Se definieron especialidades "no priorizadas" por exclusión de las anteriores.

En función de las localizaciones geográficas se definieron para este trabajo como "grandes ciudades"

a: Rosario, Mendoza, Tucumán, Santa Fe, Córdoba, Mar del Plata, Bahía Blanca y la región denominada Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)^c de acuerdo al orden establecido por el Instituto Geográfico Nacional (IGN). El resto de las ciudades de Argentina se denominaron "otras ciudades". Se dejó la ciudad de Salta en el grupo "otras ciudades" dado sus condiciones sociosanitarias¹.

Plan de análisis

Para diferencias de promedios se utilizó la prueba *t* de Student, mientras que para proporciones se calculó chi cuadrado, en ambas se consideró como significativo una *p* menor a 0.05. Se calculó el intervalo de confianza del 95% para porcentajes y $\pm$ un desvío estándar para promedios. Se utilizó el software estadístico Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versión²⁸.

Consideraciones éticas

Se trabajó con tablas anónimas publicadas por el Ministerio de Salud en su página web, por lo cual no requirió de aprobación por comité de ética.

RESULTADOS

1. Aspirantes

Como se observa en la **tabla 1**, la gran mayoría de los/as aspirantes provinieron de las universidades públicas, seguidas por la población extranjera. En cuanto a la edad, se observa que la población extranjera fue mayor y en cuanto al sexo hubo un predominio femenino en aspirantes provenientes de las universidades argentinas y menos pronunciado en las de origen extranjero. Finalmente, el promedio de las calificaciones obtenidas durante su carrera muestra una diferencia a favor de las universidades privadas sobre el resto.

Como se muestra en la **tabla 2**, el 30% de los/as aspirantes fue de universidades sudamericanas,

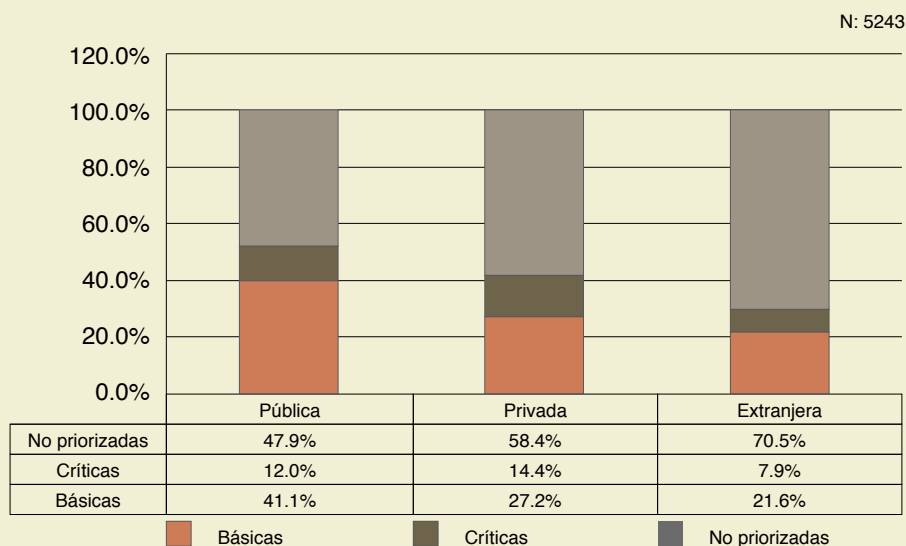
c El AMBA es la zona urbana común que conforman la Ciudad de Buenos Aires y los siguientes 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires que la rodean: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General Las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López, y Zárate.

Tabla 1. Aspirantes inscriptos para el examen único 2020

		Universidad de gestión pública	Universidad de gestión privada	Universidad extranjera
N = 5243 (100%)		2,866 (54.7%)	813 (15.5%)	1,564 (29.8%)
Edad		28.7 (± 0.97)	28.6 (± 0.67)	30.3 (± 1.09)
Sexo	F	65.4 (0.636 - 0.671)	61.9 (0.585 - 0.652)	56.5 (0.541 - 0.590)
	M	34.6 (0.329 - 0.364)	38.1 (0.348 - 0.415)	43.5 (0.410 - 0.459)
Promedio de la carrera		7.0 (± 0.56)	7.5 (± 0.87)	7.2 (± 0.77)

Tabla 2. País de origen de la universidad

País de origen	Frecuencia	Porcentaje
Argentina	3,679	70.17% (0.689 - 0.714)
Boliviana	745	14.21% (0.133 - 0.152)
Colombiana	405	7.72% (0.070 - 0.084)
Ecuatoriana	230	4.39% (0.038 - 0.049)
Venezolana	139	2.65% (0.022 - 0.031)
Otras	45	0.86% (0.006 - 0.011)
Total	5,243	100.00%

Figura 1. Distribución de especialidades según universidad de origen

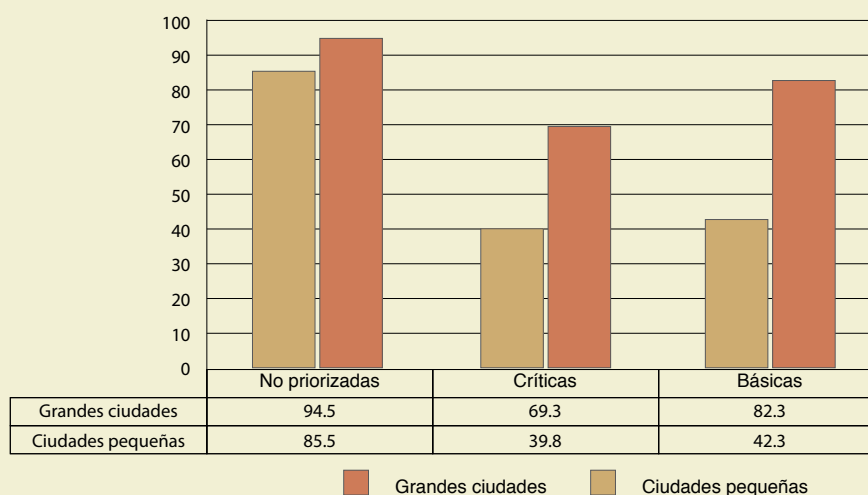
predominantemente boliviana, colombiana, ecuatoriana y venezolana, en ese orden.

En la **figura 1** se muestra cómo los/as egresados/as de los tres tipos de universidades en estudio se-

leccionaron el tipo de especialidad. Aquí se puede observar que la elección de especialidades básicas fue mayor en las universidades públicas ($P < 0.05$), y las no priorizadas mayormente elegidas por es-

Tabla 3. Aspirantes según origen geográfico

Especialidad	Extranjero/a	Grandes ciudades	Ciudades pequeñas
N = 5243	1,701	2,815	727
Básicas	22.8% (0.208 - 0.248)	34.8% (0.331 - 0.366)	35.4% (0.319 - 0.388)
Críticas	9.1% (0.077 - 0.105)	12.5% (0.113 - 0.137)	10.9% (0.086 - 0.131)
No priorizadas	68.1% (0.659 - 0.703)	52.7% (0.508 - 0.545)	53.8% (0.502 - 0.574)
Total	32.4% (0.311 - 0.337)	53.7% (0.523 - 0.550)	13.9% (0.129 - 0.148)

Figura 2. Porcentaje de adjudicación de vacantes por tipo de ciudad

tudiantes de universidades extranjeras ($P < 0.05$). Las especialidades críticas fueron elegidas en mayor medida por egresados/as de universidades privadas, aunque la diferencia con las universidades públicas no fue significativa.

En la **tabla 3** se visualiza el origen geográfico de los/as aspirantes a rendir el examen, categorizados/as en provenientes de ciudades argentinas grandes, ciudades argentinas pequeñas y aquellos provenientes de países extranjeros. Como se observa, el 53.7% provino de grandes ciudades, 32.4% del extranjero, y 13.9% de egresados/as de ciudades pequeñas, que deciden migrar y rinden para residencias ubicadas en las grandes ciudades.

En cuanto a la elección del tipo de especialidad, los/as aspirantes de las ciudades pequeñas fueron quienes eligieron en mayor medida las básicas, muy

cerca de los/as aspirantes de las grandes ciudades, ambos distanciados de los/as aspirantes provenientes del extranjero ($P < 0.05$). En cuanto a las especialidades críticas, se vio una leve diferencia a favor de los/as egresados/as provenientes de las grandes ciudades; sin embargo, estas diferencias no fueron significativas. En cuanto a las especialidades no priorizadas, fueron ampliamente elegidas por aspirantes extranjeros/as ($P < 0.05$).

Como se ve en la **figura 2**, en cuanto a las adjudicaciones de los cargos de residencias críticas y básicas, ofrecidos por el Ministerio de Salud, según ubicación geográfica de las sedes, notamos que las adjudicaciones fueron proporcionalmente mayores en las grandes ciudades, con una diferencia de más de 30 puntos respecto a las ciudades del interior ($P < 0.05$). Cuando analizamos las especialidades no

priorizadas, el promedio general de adjudicación fue muy alto, cercano al 100%, y no se observaron diferencias importantes entre regiones. Cuando se analizaron al interior de las especialidades básicas, se observó que en pediatría la diferencia a favor de las grandes ciudades es de casi 40 puntos (89.8% vs 52.6%, $P < 0.01$) y para medicina general la diferencia ascendió a más de 50 puntos porcentuales a favor de las grandes ciudades (83.3% vs 32.2%, $P < 0.01$). En cuanto a las críticas, terapia intensiva se adjudicó un 74.3% en las grandes ciudades vs 40.7% en las del interior ($P < 0.01$).

Sin embargo, cuando observamos las especialidades no priorizadas, notamos adjudicaciones cercanas al 100% y similares en el interior y en las grandes ciudades (cirugía 100% vs 96%, diagnóstico por imágenes 100% vs 100%, cardiología 100% vs 100%).

DISCUSIÓN

Dada la desigualdad que se observa en la distribución geográfica de médicos/as en Argentina¹ este trabajo buscó demostrar que la elección de especialidades al momento de rendir para la residencia puede ser un determinante clave de aquella desigualdad, tanto en términos de distribución geográfica como del tipo de especialidad de acuerdo a las prioridades sanitarias.

La elección de la especialidad por parte de un/a egresado/a de medicina es clave para pensar en políticas de talento humano en salud, sobre todo a partir que se definen aquellas especialidades básicas y críticas que deben ser fortalecidas para que mejoren la accesibilidad de la población a la atención médica. Hay evidencia que dicha elección por parte de los/as egresados/os sucede mayormente durante el último año de la carrera y debido a una buena experiencia en el cursado de la materia, por lo que el rol de las universidades es muy importante en este punto³⁸⁻⁴³.

En un estudio llevado adelante en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua con estudiantes del último año de medicina, se les consultó sobre la especialidad que elegirían al finalizar su carrera y el solo el 30% eligió algunas de las especialidades que denominamos priorizadas. Pero de aquellos/as que eligieron especialidades de atención primaria, el 70% provenía de universidades públicas⁴⁶.

Como ya se ha dicho, el estado (COFESA) definió

como priorizadas las especialidades básicas y críticas, dada la necesidad demográfica, epidemiológica y sanitaria del país; sin embargo, esa priorización solo se observó en la elección que realizan egresados/as de universidades de gestión pública (52.1%). Mientras que en las universidades de gestión privada, dicha elección la realizó el 41.6% y, egresados/as de las universidades extranjeras eligieron especialidades priorizadas por el estado en solo un 29.5%. En México, las especialidades que denominamos básicas la eligen un 61% de los/as aspirantes²⁷.

Es importante destacar que el EU de ingreso a las residencias lo rindieron un total de 5,243 aspirantes, de los/as cuales casi el 30% fueron egresados/as de universidades extranjeras (84% de Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela), lo que indica de alguna manera la alta consideración del sistema de residencias argentino.

En cuanto los/as aspirantes para el EU, observamos que un 14.5% (n: 727) fueron personas que tenían su residencia de origen en ciudades pequeñas y se movilizaron a las grandes ciudades para realizar su especialización, haciéndolo mayoritariamente por especialidades no priorizadas (53.8%). Este elemento es crucial para comprender las diferencias halladas en cuanto a la distribución de médicos/os en las diferentes regiones del país y el gran déficit de profesionales en las ciudades pequeñas.

Al momento de adjudicar por el cargo en una residencia, las ubicadas en las grandes ciudades llevaron la mayoría de los/as aspirantes en las especialidades básicas y críticas con una diferencia notable con las ubicadas en las ciudades del interior, que además eran las de mayor necesidad de ellas, con resultados alarmantes en especialidades como pediatría y medicina general (30 y 40 puntos porcentuales de diferencia respectivamente). En cambio, para aquellas denominadas no priorizadas, no existió tal diferencia, llegando en algunas de ellas al 100% de cobertura en ambas regiones (grandes ciudades y ciudades del interior).

En el período de estudio, la cobertura de los cargos de residencias fue de 68% (quedando sin cubrir el 32%) a diferencia de países como México que la cobertura es del 100%^{38,42,45}.

Como queda evidente en este trabajo, las recomendaciones de los/as ministros/as sobre las espe-

cialidades priorizadas, fueron mayoritariamente seguidas y promovidas por las universidades de gestión pública, cuyos egresados/as las eligieron en mayor proporción.

Como también se expresa en este trabajo, el examen único refuerza de manera muy importante la desigual e inequitativa distribución de médicos/as y de especialistas en nuestro país. Aún así podemos destacar que los egresados/as de las universidades públicas fueron los/as que mejor respondieron a las necesidades sanitarias y epidemiológicas de la población, esto podría deberse al compromiso de estas en el fortalecimiento del sistema de salud y su alineación con las necesidades del mismo. La formulación del perfil del/la egresada/o su alineación con los planes de estudio y en particular el tipo de experiencias que se promueven en la práctica final obligatoria pueden haber determinado estas elecciones por sobre el resto de las universidades³⁸.

Limitaciones del estudio

Al ser datos provenientes de fuentes secundarias puede haber problemas de registro, faltantes y duplicaciones. Falta información de una importante provincia de nuestro país, Córdoba, que no participa del examen único y tiene su propio examen, con lo cual una parte de los/as aspirantes y/o egresados/as no forman parte de este universo. Este número de potenciales aspirantes no modificaría los resultados que se muestran en este trabajo. Sin embargo, vale la pena el esfuerzo por sistematizar información proveniente de diversas fuentes y de diferentes jurisdicciones implicadas para generar series históricas de mediano y largo alcance.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que el proceso de examen de ingreso a las residencias médicas no toma en cuenta los factores identificados en este trabajo. Esto consolida la situación de inequidad en la distribución de médicos/as y/o especialistas en especialidades básicas y críticas que existe en nuestro país.

Es importante destacar que los/as egresados/as de las universidades públicas responden mejor a dichas necesidades, con lo cual es de esperar que esas universidades participen institucionalmente de los espacios de decisión de las políticas de talento

humano y en la formación de posgrado como en otros países; sin embargo, esto no sucede de manera articulada en nuestro país. Sería muy recomendable la incorporación del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP) como institución que nuclea a las universidades nacionales de gestión pública con carreras de medicina a las instancias decisorias, como sucede en países similares al nuestro y en otros con mayor desarrollo en la temática⁴¹⁻⁵³.

Es recomendable continuar esta línea de estudio realizando evaluaciones similares año tras año para poder evaluar el impacto de diferentes situaciones y acciones por parte de los actores involucrados que permitan orientar las políticas de talento humano a mediano y largo plazo.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- PS: Búsqueda bibliográfica, estado del arte y elaboración de conclusiones.
- MS: Desarrollo metodológico, estadístico y elaboración de conclusiones.

AGRADECIMIENTOS

Observatorio Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Nación por la calidad de los datos aportados.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

FINANCIAMIENTO

Universidad Nacional del Sur y Universidad Nacional Arturo Jauretche.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. Silberman P, Silberman M. ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. Archivos Argentinos de Medicina Familiar y General. 2022;19(3):5-16.
2. Gollan DG, Rovere M, Kohan PE, Williams GI. Los Recursos Humanos de Salud en Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud [Internet]. Buenos Aires; 2015. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/observatorio/index>.

- php/fuerza-de-trabajo/fuerza-de-trabajo/74-indicadores-de-rhus
3. Navarro Pérez P, Contreras Sánchez AJ, Junco Gómez MC, Sánchez Villegas P, Sánchez-Cantalejo Garrido NLM. Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina. Buenos Aires; 2015. Monografía en Español. LILACS, Repositorio RHS | ID: biblio-884869.
 4. Puertas EB, Orellana RA, Muñoz BE, Jiménez JA, Medina Quiroz IG, Terrón L et al. Factores que influyen en la elección de una carrera en atención primaria entre los estudiantes de medicina en América Central. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:e94. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.94>
 5. Bodenheimer T, Pham HH. Primary care: Current problems and proposed solutions. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(5): 799-805. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0026
 6. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:19-6963-8-19. doi: 10.1186/1472-6963-8-19
 7. Secretaría de Políticas Universitarias. Anuario Estadísticas Universitarias Argentinas [Internet]. Ministerio de Educación. 2019. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/educacion/universidades/informacion/publicaciones/anuarios>
 8. Escobar Rabadán F, López-Torres H. ¿Qué determina la elección de una Especialidad en Medicina?. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2008 oct;2(5):216-225. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300005&lng=es.
 9. L'Hopital C. ¿Dónde, cómo y por qué trabajan los médicos generalistas formados por el Estado?. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2017;14(1-11).
 10. Acevedo G, Farías MA, Dursi C, Cadile MC, Ciaravino O, Duré I. Formación elegida por médicos que aprobaron el examen único de residencias y no accedieron al cargo [Internet]. Buenos Aires; 2016 [cited 2021 Jun 26]. Disponible en: <https://ojsrasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/155>
 11. Ley Nacional de Educación Superior (Nro. 24.521). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. [Internet]. Vol. 1995. 1995. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm>
 12. Davini C. Las Residencias del Equipo de Salud. Desafíos en el contexto actual [Internet]. OPS, editor. Buenos Aires; 2003. 145 p. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/resid_equipo_salud.pdf
 13. Dure I, Daverio D, Dursi C. Planificación y gestión del sistema nacional de residencias (SNR) en Argentina [Internet]. Buenos Aires; 2013. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/datos/DURE-DAVERIO-DURSI-ObservatRHUS_Planif_Gestion_SistResid-2013.pdf
 14. Duré MI, Cadile MC. La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos 2007-2015. 2015. 378 p.
 15. Ley 22127/80. Poder Legislativo Nacional. Argentina; 1980 p. 6 [Internet]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-22127.pdf>
 16. Ministerio de Salud. Residencias del equipo de salud sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud - creación [Internet]. Argentina; 2006. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolucion-450-2006-115546>
 17. Organización Panamericana de la Salud. Residencias Médicas en América Latina [Internet]. Washington, D.C.; 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HRS-SerieAPSN05-Residencias.pdf>
 18. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Reglamento básico general para el sistema nacional de residencias del equipo de salud [Internet]. Argentina; 2015 p. 3. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolucion-1993-2015-254649/texto>
 19. Presidencia de la Nación. Creación del Consejo Federal de Salud [Internet]. Argentina; 1981. Disponible en: <https://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/45-cofesa/32-cofesa>
 20. Silberman P, López E. MA. Innovación digital para el ingreso y adjudicación a residencias en salud en Artículo original. *Revista Argentina de Educación Médica* [Internet]. 2021; 10:26-32. Disponible en: <https://raem.afacimera.org.ar/raem-marzo-2021/>
 21. Ministerio de Sanidad. Boletín oficial del estado. Convocatoria MIR [Internet]. España; 2021 p. 331. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/09/11/pdfs/BOE-A-2021-14809.pdf>
 22. USA. United States Medical Licensing Examination (USMLE). Bulletin of Information [Internet]. 2022. Disponible en: <https://bit.ly/43gN2Cr>
 23. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo T e I en S. Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de Residencias Médicas. México; 2013 p. 1-14.
 24. Barajas Ochoa A, Ramos Remus C. Equidad, validez y confiabilidad del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM): oportunidades para mejorar. *Salud Pública de México*. 2017;59(5):4-5.
 25. LEI No 11.129. Ministerio de Educación. Brasil; 2005. [Internet]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm
 26. Departamento de Gestión de Educación en Salud. Ministerio de Salud de Brasil. Residencia médica. Vol. 3, Residencias Médicas. 1981.
 27. Akaki Blancas JL, López Bárcena J: Formación de médicos especialistas en México. *Educación Médica*. 2018;19 Supplement 1:36-42. ISSN 1575-1813, <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.007>.
 28. Grobler L, Bj M, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practicing in rural and other underserved areas. Summary of findings for the main comparison. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun; 2015(6). CD005314. Published online 2015 Jun 30.

- doi:10.1002/14651858.CD005314.pub3
29. 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 Remote Health*. 2009 Apr-Jun;9(2):1060. Epub 2009 Jun 12. PMID: 19530891
 30. Hines S, Wakerman J, Carey TA, Russell D, Humphreys J. Retention strategies and interventions for health workers in rural and remote areas: a systematic review protocol. *JBI Evid Synth*. 2020 Jan;18(1):87-96. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-004009. PMID: 31567832.
 31. Kiwanuka SN, Rutebemberwa E, Nalwadda C, Okui O, Ssen-gooba F, Kinengyere AA, Pariyo GW. Interventions to manage dual practice among health workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jul 6;2011(7):CD008405. doi: 10.1002/14651858.CD008405.pub2. PMID: 21735429; PMCID: PMC6791302.
 32. Abramzón MC. Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente. *Rev. Salud Pública (Córdoba)* [Internet]. 14 de abril de 2014 [citado: 3 de febrero de 2023];10(1):52-6. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7306>
 33. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas 2014 [Internet]. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1
 34. Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas. Una revisión rápida. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324721>.
 35. Russell D, Mathew S, Fitts M, Liddle Z, Murakami-Gold L, Campbell N, Ramjan M, Zhao Y, Hines S, Humphreys JS, Wakerman J. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2021 Aug 26;19(1):103. doi: 10.1186/s12960-021-00643-7. PMID: 34446042; PMCID: PMC8393462.
 36. Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, Barrionuevo K. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. *Rev. Argent Salud Pública*. 2014; Dic-5(21):30-37.
 37. Silberman P, Medina A, Diaz Bazán J, López E, Dursi C. Políticas de planificación y gestión de talento humano del Ministerio de Salud de Argentina durante la pandemia de COVID-19. *Revista Argent de Salud Pública*. 2020;12:11-11.
 38. Gutiérrez-Cirlos C, Naveja JJ, García-Minjares M, et al. Specialty choice determinants among Mexican medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2019;19:420. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1830-5>.
 39. Gutiérrez-Cirlos C, Naveja-Romero JJ, Leenen I, Sánchez-Mendiola M. Factores relacionados con la elección de una especialidad en médicos residentes mexicanos. *Gac Med Mex*. 2017;153(7):800-809. doi: 10.24875/GMM.17002959. PMID: 29414975.
 40. Coffeng J, Visscher A, Cate OT. The influence of early clinical experiences on career preference of male and female medical students. *Med Teach*. 31 (2009), pp. e323-e326. DOI: 10.1080/01421590802650084
 41. Vázquez Martínez FD, Quiroz Hernández F. La participación universitaria directa en la formación de médicos especialistas en México. *Educación Médica*. 2018;19(3):133-140. ISSN 1575-1813. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.008.34>.
 42. Lagunas-Flores A. El ENARM y las escuelas y facultades de medicina. Un análisis que no le va a gustar a nadie. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2021;58(3):498-511. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000024>
 43. Russell D, Mathew S, Fitts M, Liddle Z, Murakami-Gold L, Campbell N, Ramjan M, Zhao Y, Hines S, Humphreys JS, Wakerman J. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2021 Aug 26;19(1):103. doi: 10.1186/s12960-021-00643-7. PMID: 34446042; PMCID: PMC8393462.
 44. Gaxiola-García MA, Villalpando-Casas J de J, García-Saisó S, García-Minjares M, Martínez-González A. National examination for medical residency admission: academic variables and performance among different schools. *Salud Pública Mex* [Internet]. 22 de diciembre de 2020 [citado: 3 de febrero de 2023];63(1, ene-feb):60-7. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11576>.
 45. Gatica-Lara F, Martínez-González A, Medina-Martínez SR, Rodríguez-Carranza R. Presencia de las ciencias básicas en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2013;2(6):94-99. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733227005>
 46. Centeno AM. The programs and context of medical education in Argentina. *Acad Med*. 2006 Dec;81(12):1081-4. doi: 10.1097/01.ACM.0000246700.88093.6b. PMID: 17122474.
 47. Aguayo-Albasini J, Ang-E. Las unidades de educación médica en las facultades de Medicina y de Ciencias de la Salud en España. ¿Son necesarias? *Educación Médica* [Internet]. 2021;22:48-54. DOI: 10.1016/j.edumed.2020.09.001. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181320301200>
 48. González Lopez-Valcarcel B, Ortún V, Barber P, Harris JE. Importantes diferencias entre facultades de medicina. Implicaciones para la medicina de familia y comunitaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2014;46(3):140-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.08.004>
 49. Davis MH, Karunathilake I, Harden RM. AMEE Education Guide no. 28: the development and role of departments of medical education. *Med Teach*. 2005 Dec;27(8):665-75. doi: 10.1080/01421590500398788. PMID: 16451885..
 50. Batool S, Raza MA, Khan RA. Roles of medical education department: What are the expectations of the faculty? *Pak J Med Sci*. 2018 Jul-Aug;34(4):864-868. doi: 10.12669/pjms.344.14609. PMID: 30190743; PMCID: PMC6115568.
 51. Noriega LM, Castillo M, Santolaya ME. Training of specialists in Latin America: Role of Chilean Universities. *Educacion Medica* [Internet]. 2018;19:25-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.005>

52. Real decreto 1146/2006. Jefatura del Estado. La relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. Boletín Oficial del Estado España. 2006:34864-70.
53. Joshi ART, Trickey AW, Kallies K, Jarman B, Dort J, Sidwell R. Characteristics of Independent Academic Medical Center Faculty. Journal of Surgical Education [Internet]. 2016;73(6):e48-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.05.006>