



Tesis para acceder al título de Doctor en Ciencias Medicas

Universidad Nacional de La Plata

*Residencias médicas en Argentina:  
características y desempeño de aspirantes en el examen único y en la  
adjudicación de plazas durante los años  
2020-2022 en Argentina*

**DOCTORANDO**

*Mg. Pedro Silberman*

**DIRECTOR**

*Dr. Martin Silberman*

**CO-DIRECTOR**

*Dr. Gustavo Marin*

*Dedicatoria*

A Paola, Lía y Sari...mis amores, porque son las personas que me ayudan a ser mejor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Martín, mi hermano, compañero, incondicional

A Emiliano que me facilitó el acceso a los datos

A Pablo que acompañó

A Eugenia que ayudó en la edición

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
ANTECEDENTES, MARCO CONCEPTUAL Y FUNDAMENTACIÓN.....	8
Contexto sanitario argentino .....	8
Distribución de médicos/as en Argentina .....	12
La formación universitaria de médicos/as y las residencias médicas: base inicial de la distribución profesional en Argentina.....	24
Definición .....	36
Examen Único.....	46
PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN .....	50
MARCO TEORICO.....	51
La profesión medica.....	53
La profesión médica en Argentina .....	59
La formación de médicos/as como elemento clave a la adecuación profesional.....	61
OBJETIVOS .....	69
MATERIAL Y METODOS.....	70
Para el objetivo 1 .....	70
Para el objetivo 2 .....	71
Para el objetivo 3 .....	74
Para el objetivo 4 .....	75
RESULTADOS.....	76
Del objetivo 1.....	76
Del objetivo 2.....	81
Del objetivo 3.....	87
Del objetivo 4.....	90
DISCUSION .....	96

Del objetivo 1.....	96
Del objetivo 2.....	98
Del objetivo 3.....	100
Del objetivo 4.....	102
CONCLUSIONES .....	103
Del objetivo 1.....	103
Del objetivo 2.....	103
Del objetivo 3.....	104
Del objetivo 4.....	106
CONCLUSIONES FINALES.....	107
BIBLIOGRAFÍA .....	111

## ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

<b>Figura 1.</b> Mapa conceptual acerca de la descripción del problema analizado en el presente trabajo de Tesis. Elaboración propia.....	3
<b>Figura 2.</b> Mapa con las carreras de Medicina en Argentina según tipo de financiamiento, en base a Tabla 5.....	33
<b>Figura 3.</b> Parámetros del nivel de dificultad.....	72
<b>Figura 4.</b> Índice de discriminación (IC).....	73
<b>Gráfico 1.</b> Distribución de médicos/as, PBIxc y TMI por jurisdicción, Argentina 2022. ....	17
<b>Gráfico 2.</b> Distribución de la Tasa de médicos/as cada 1000 habitantes 1954-1990-2014-2020 en 24 jurisdicciones de Argentina.....	21
<b>Gráfico 3.</b> País de origen de Instituciones formadoras extranjeras de los/as aspirantes (en %). .....	77
<b>Gráfico 4.</b> Proporción de grupos etarios según tipo de Institución formadora (en %). ....	78
<b>Gráfico 5.</b> Sexo de inscriptos de Universidad Argentinas. Proporción de hombres y mujeres según tipo de institución formadora (en %)......	79
<b>Gráfico 6.</b> Distribución de inscriptos por jurisdicción y género (Año 2020). ....	79
<b>Gráfico 7.</b> A. Dispersión de promedio de carrera según tipo de Universidad. B. Dispersión de notas en el EU según tipo de Universidad. ....	84
<b>Gráfico 8.</b> Desempeño por niveles en el EU según tipo de Universidad (en %). ....	85
<b>Gráfico 9.</b> Promedio de los puntajes obtenidos en el EU Medicina (b) según tipo de institución formadora (en %). ....	86
<b>Gráfico 10.</b> Distribución de especialidades según Universidad de origen.....	88
<b>Gráfico 11.</b> Porcentaje de adjudicación de vacantes por tipo de ciudad.....	90
<b>Gráfico 12.</b> Tendencia en el % de adjudicación (Cupos ofrecidos/adjudicados) 2010-2022. ....	92
<b>Gráfico 13.</b> Tendencia en la Adjudicación de especialidades priorizadas periodo 2010-2022. .....	93
<b>Gráfico 14.</b> Comparación entre los descensos de las especialidades priorizadas y las especialidades básicas en general por región. Periodo 2010-2022.....	94

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Distribución de la tasa de médicos/as según PBIxc y TMI 2020. ....	16
<b>Tabla 2.</b> Distribución de médicos/as especialistas y especialistas en APS, Argentina 2020..	18
<b>Tabla 3.</b> Evolución de la distribución de médicos/as, especialistas y de ellos, los especialistas en APS en el periodo 2014-2020. ....	20
<b>Tabla 4.</b> Universidad en Argentina en diferentes períodos (Mollis, 2019).....	29
<b>Tabla 5.</b> Carreras de Medicina en Argentina según tipo de financiamiento. ....	31
<b>Tabla 6.</b> Etapas de las Residencias en Argentina.....	39
<b>Tabla 7.</b> Sexo de personas inscriptas. ....	76
<b>Tabla 8.</b> Universidad de origen de las personas inscriptas. ....	76
<b>Tabla 9.</b> Origen de la Universidad .....	77
<b>Tabla 10.</b> Edad de los/as inscriptos/as .....	78
<b>Tabla 11.</b> Inscriptos por especialidad y sexo entre 25 especialidades más elegidas.....	80
<b>Tabla 12.</b> Especialidades elegidas por varones.....	81
<b>Tabla 13.</b> Especialidades elegidas por mujeres.....	81
<b>Tabla 14.</b> Estadísticos - puntaje general del EU. ....	82
<b>Tabla 15.</b> Clasificación global de los ítems por grado de dificultad y agrupado por áreas temáticas. ....	83
<b>Tabla 16.</b> clasificación global de ítems por grado de dificultad y de forma agrupada por áreas temáticas. ....	83
<b>Tabla 17.</b> Diferencia de Promedios según Universidad de origen.....	83
<b>Tabla 19.</b> Desempeño según bloque temático por sexo.....	86
<b>Tabla 20.</b> Aspirantes inscriptos para el EU 2020.....	87
<b>Tabla 21.</b> País de origen de la Universidad.....	88
<b>Tabla 22.</b> Aspirantes según origen geográfico.....	89
<b>Tabla 23.</b> Adjudicación de especialidades básicas con financiamiento nacional (2010-2022). .....	91
<b>Tabla 24.</b> Adjudicación de Especialidades priorizadas.....	93

## RESUMEN

### Introducción

En Argentina existe una grave asimetría en la distribución de médicos/as y de especialidades críticas. Aquellos/as se distribuyen de manera inequitativa, menos profesionales y especialistas, donde hay más necesidades de salud. Las residencias medicas son el sistema históricamente legitimado para generar especialistas y re distribuirlos. Es una instancia que vincula la carrera de grado con la práctica profesional. Aun así, las Universidades de origen, a partir de sus diferentes estrategias de formación condicionan de diferentes maneras, explícita o implícitamente las elecciones de sus egresados, tanto por acción como por omisión.

Objetivo: caracterizar las personas que egresan de las universidades como médicos/as y deciden rendir el examen único de ingreso a las residencias (EU). Durante los años 2020 y 2022 en Argentina. Analizar la calidad del EU y el desempeño de los/as aspirantes. Analizar sus elecciones sobre las especialidades a desarrollar y el lugar donde llevarla adelante. Paralelamente analizar los probables motivos de esas decisiones. Finalmente observar si los resultados de esas decisiones mejorarán o no la distribución desigual actual de médicos/as y especialistas

### Metodología

Inicialmente, se realizó un estudio descriptivo que reunió a las principales características de los profesionales inscriptos al EU para la cohorte 2020, específicamente de especialidades básicas correspondientes a la carrera de Medicina, Luego se analizó la consistencia del EU, calculando el índice de dificultad, el índice de discriminación (Kudder Richardson) y la validez (análisis multirasgo heterométrico). Para el análisis del desempeño de los/as postulantes se realizó abordaje descriptivo, transversal y analítico, escribiéndose las características sociodemográficas de los/as aspirantes al EU: edad, sexo, universidad de origen y promedio de la carrera y la especialidad elegida y su desempeño, 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 utilizó el software estadístico Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versión 28. Finalmente, para analiza las adjudicaciones se realizó un trabajo descriptivo transversal con los años 2020 y 2022 para las adjudicaciones de las residencias en las diferentes provincias comparándolas con la media nacional.

## Resultados

Rindieron el EU 5.243 aspirantes para especialidades médicas básicas. el 62,2 % fueron mujeres. El 70,2 % provienen de universidad argentinas, mientras que más del 29,8 % son egresados/as de Universidad extranjeras. Dentro de los/as inscriptos/as argentinos/as, el 77,9 % provienen de 15 Universidad públicas nacionales. Las edades promedio de los/as inscriptos fue de 29,15 años. De los 570 concursantes que tenían hijos/a, 327 fueron mujeres. Respecto de la provincia de residencia el 35,14 % reside en CABA, el 23,38 % en la provincia de Buenos Aires, 14,02 % en la de Santa Fe, y un 4,11 % reside en Mendoza. Estas cuatro jurisdicciones concentran casi 77 % de los inscriptos, el 18,7 % restante se distribuye en el resto de las provincias. De las 54 especialidades, las 25 más elegidas concentran el 95 % del total de inscriptos. Se observa mayor presencia femenina en las especialidades de Clínica Médica (64 %), Pediatría (83 %), Toco-Ginecología (87 %), Medicina General (74 %) y Dermatología (87 %). Tienen mayor presencia masculina Ortopedia y traumatología (72 %), Urología (72 %) y Neurocirugía (65 %). Cuando se comparan las 5 especialidades más elegidas por varones y por mujeres, por varones Ortopedia y Traumatología, mientras que entre mujeres se elige Dermatología y Toco-ginecología.

El EU del año 2020 estuvo compuesto por 100 preguntas. El resultado del examen tuvo una media de 58,14, una moda de 60. El 82 % de las preguntas tiene una dificultad aceptable, y el 13 % una dificultad óptima. El 63 % de los ítems tiene excelente o buen grado de discriminación, mientras que el 6 % tiene un grado de discriminación muy malo. El promedio de la carrera, tanto la media como los cuartiles 1 y 3 son mayores en el caso de estudiantes de carreras nacionales privadas.

Para cada grupo de carreras se calculó la correlación entre promedio de carrera y desempeño del examen, mediante el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson. La correlación fue menor en el grupo de las Universidad extranjeras, con un valor de 0,44, mientras que fue similar para los dos grupos de Universidad Nacionales (0,62 para aspirantes de Universidad privadas, 0,60 para aspirantes de Universidad públicas). La confiabilidad fue alta habiéndose obtenido un valor del coeficiente de fiabilidad según la fórmula 21 de Kuder-Richardson de 0,96.

Los/as egresadas de Universidad públicas tienen mejor desempeño en el EU Medicina que sus colegas de Universidad privadas. El 64,3 % de los/as aspirantes provenientes de una Universidad pública obtuvieron un nivel "alto" o "muy alto" en el puntaje del EU, mientras

que ese porcentaje se reduce al 48 % para aquellos/as que se formaron en Universidad privadas. El bloque temático "Salud pública" es el área de conocimiento que mejores rendimientos ha cosechado en todas las Universidad Nacionales mientras que en el otro extremo, el bloque "Salud de la mujer" ha sido aquel con resultados más magros.

La elección de especialidades básicas es mayor en las Universidad públicas ( $P < 0,05$ ), siendo las *No priorizadas* mayormente elegidas por estudiantes de origen de Universidad extranjeras ( $P < 0,05$ ).

El 53,7 % de los/as postulantes provienen de grandes ciudades, 32,4 % del extranjero, y el 13,9 % de egresados/as provenientes de ciudades pequeñas que deciden migrar y rinden para residencias ubicadas en las grandes ciudades. Los/as aspirantes provenientes de las ciudades pequeñas son quienes eligen en mayor medida las básicas, muy cerca de los/as aspirantes provenientes de las grandes ciudades, ambos distanciados de los/as aspirantes provenientes del extranjero ( $P < 0,05$ ). En cuanto a las especialidades no priorizadas, son ampliamente elegidas por aspirantes extranjeros/as ( $P < 0,05$ ).

Las adjudicaciones son proporcionalmente mayores en las grandes ciudades, con una diferencia de más de 30 puntos respecto a las ciudades del interior ( $P < 0,05$ ). Cuando se analiza las especialidades no priorizadas, el promedio general de adjudicación es muy alto, cercano al 100 %, y no se observa diferencias importantes entre regiones. 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 y Familiar la diferencia asciende 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 adjudica 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 vemos adjudicaciones cercanas al 100 % y similares en el interior que en las grandes ciudades (cirugía 100 % vs. 96 %, Diagnóstico por Imágenes 100 % vs. 100 %, Cardiología 100 % vs. 100 %).

Desde el 2010 al 2022 el número de médicos/as que adjudicaron cargos a nivel nacional descendió en todas las regiones del país. El promedio a nivel país es de 20,41 punto porcentual, pero entre el 2020 y el 2022, el descenso es de 12 puntos porcentuales. La región de Cuyo es la que mayor descenso se observa en el periodo 2020-2022. Las especialidades en la región del NOA son mayores la diferencia que en el total país (37,6 punto porcentuales

menos entre 2010 y 2022). La región Pampeana muestra un descenso más leve, pero involucra jurisdicciones como Santa Fe y CABA que tienen alto porcentaje de adjudicaciones, lo cual disimula a la provincia de Buenos Aires que tiene un porcentaje de adjudicaciones de un 45,4 % en las especialidades priorizadas.

## Conclusiones

Es posible observar que la tendencia hacia la centralización y la superespecialización en Medicina va a tener continuidad y probablemente se agrave. El EU tal como está implementado actualmente, fortalece y favorece la migración hacia las grandes ciudades y la elección de especialidades no priorizadas. Las residencias médicas no han logrado atraer *per se* a egresados/as para incrementar su adherencia. Las Universidades no están involucradas en el proceso de Residencias Médicas, ni en la planificación, la ejecución ni en la evaluación.

Existe una proporción mayor de aspirantes a residencias de Universidades Extranjeras que de las Universidades de Gestión Privada.

La priorización pronunciada por el COFESA solo se observa en egresados/as de Universidad de Gestión Pública (52,1 %). En cuanto los/as aspirantes para el EU, vemos que un 14,5 % son personas que tienen su residencia de origen en ciudades pequeñas y se movilizan a las grandes ciudades para realizar su especialización, haciéndolo mayoritariamente por especialidades no priorizadas.

La formulación del perfil del/de la egresado/a, su alineación con los planes de estudio y en particular el tipo de experiencias que se promueven en la Práctica Final Obligatoria, pueden estar determinando estas elecciones por parte de egresados/as de Universidades de Gestión Públicas.

Las decisiones de egresados/as de universidades públicas deben pensarse en virtud de que están menos sometidos a los atravesamientos implícitos del modelo médico hegemónico. Tal vez en estos espacios a partir de modalidades donde se lo cuestiona, reflexiona y se ofrecen otras miradas, donde la discusión sobre los planes de estudios, donde la discusión política y también la heterogeneidad de los discursos y sujetos hacen que los/as egresados/as pueden decidir de otra manera que aquellos que desarrollan sus estudios en otro tipo de carreras.



## **ABSTRACT**

### **Introduction**

In Argentina medical doctors are distributed inequitably, with fewer specialists where the need is greatest. Medical residencies are the historically legitimised system for training specialists and redistributing them. It is an instance that links undergraduate studies with professional practice. The universities of origin, with their different pedagogical strategies, condition the choices of their graduates in different ways, explicitly or implicitly, both by action and by omission.

### **Objectives**

To characterise the people who graduate from universities as medical doctors and decide to take the residency entrance exam (REE) during the years 2020 and 2022 in Argentina. To analyse the consistency of the REE and the performance of the applicants. To analyse their choice of specialities and the place where they are going to be trained in these specialities. To explore the probable reasons for these decisions. Finally, to observe whether or not the results of these decisions will improve the current unequal distribution of medical doctors and specialists.

### **Methodology**

First, a descriptive study was carried out in order to know the main characteristics of the applicants to the REE for the 2020 cohort in the basic specialties. Then, the consistency of the REE was analysed, calculating the difficulty index, the discrimination index (Kuder-Richardson) and validity (heteromethod multi-trait analysis). To analyse the performance of the candidates, a descriptive, cross-sectional and analytical study was carried out in which the socio-demographic characteristics of the REE candidates were collected: age, gender, university of origin and average of the degree and specialisation chosen, as well as their performance. Student's t-test was used for differences in mean scores and chi-squared for proportions; in both cases,  $p$  less than 0.05 was considered significant. The statistical software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) version 28 was used. Finally, in order to analyse the allocation of residences, a descriptive cross-sectional study was carried out on the allocation of residences in the different provinces for the years 2020 and 2022, comparing them with the national average.

## Results

5,243 applicants for basic medical specialties took the REE. 62.2% were women. 70.2% came from Argentinean universities, while more than 29.8% were graduates from foreign universities. Among the Argentinean participants, 77.9% came from 15 national public universities. The average age of the participants is 29.15 years old. Of the 570 participants who have children, 327 are women. Regarding the province of residence, 35.14% of the applicants live in the Autonomous City of Buenos Aires, 23.38% in the province of Buenos Aires, 14.02% in the province of Santa Fe, and 4.11% in Mendoza. These four jurisdictions sums almost 77% of the registrations, the remaining 18.7% being distributed among the other provinces in percentages ranging from 0 to 2.03%. Of the 54 specialities, the 25 most popular ones account for 95% of all those registered. There is a greater female presence in the specialities of Clinical Medicine (64%), Paediatrics (83%), Gynaecology (87%), General Medicine (74%) and Dermatology (87%). Orthopaedics and Traumatology (72%), Urology (72%) and Neurosurgery (65%) are more male-dominated. When comparing the 5 specialities most chosen by men and women, Orthopaedics and Traumatology are the most popular among men, while Dermatology and Gynaecology are the most popular among women.

The REE 2020 was composed of 100 questions. The test score had a mean of 58.14, a mode of 60.82 % of the questions were of acceptable difficulty, and 13% of the questions were of optimal difficulty. 63% of the items have an excellent or good degree of discrimination, while 6% have a very poor degree of discrimination. The average of subject grades of the medicine career, both the mean and quartiles 1 and 3 are higher for students in private national careers.

For each university group (foreign, national) the correlation between career average and test performance was calculated using Pearson's  $r$  correlation coefficient. The correlation was lower in the foreign university group, with a value of 0.44, while it was similar for the two national university groups (0.62 for private university applicants, 0.60 for public university applicants). Reliability was high with a coefficient value of 0.96 according to the Kuder-Richardson formula 21.

National graduates from public universities perform better in the REE than their counterparts from private universities. 64.3% of applicants coming from a public university obtained a "high" or "very high" level in the REE score, while this percentage is reduced to 48 %for those who graduated from a private university. The subject block "Public health" of the REE

is the best performing area of knowledge in all national universities, while the block "Women's health" is the one with the poorest results.

The choice of basic specialisations is higher in applicant that come from public universities ( $P < 0.05$ ), with non-prioritised specialisations being chosen mostly by students from foreign universities ( $P < 0.05$ ).

From all REE applicants, 53.7% come from large cities, 32.4% from abroad, and 13.9% are graduates from small cities who decide to migrate and apply for residencies located in large cities. Applicants from small cities are the ones who choose the most basic ones, very close to applicants from large cities, both distanced from foreign applicants ( $P < 0.05$ ). As for the non-prioritised specialisations, they are largely chosen by foreign applicants ( $P < 0.05$ ).

The number of applicants is proportionally higher in the large cities, with a difference of more than 30 points compared to the small cities ( $P < 0.05$ ). When analysing non-prioritised specialties, the overall allocation rate is very high, close to 100%, and no significant differences between regions are observed. In Paediatrics the difference in favour of large cities is almost 40 points (89.8% vs. 52.6%,  $P < 0.01$ ) and for General and Family Medicine the difference amounts to more than 50 percentage points in favour of large cities (83.3% vs. 32.2%,  $P < 0.01$ ). In terms of critical care, Intensive Care is allocated 74.3% in large cities vs. 40.7% in small cities ( $P < 0.01$ ).

However, when we look at non-prioritised specialties, we see close to 100% and similar allocations in the interior of the country as in the big cities (surgery 100% vs. 96%, Diagnostic Imaging 100% vs. 100%, Cardiology 100% vs. 100%).

From 2010 to 2022 the number of doctors allocated positions at the national level decreased in all regions of the country. The countrywide average is 20.41 percentage points, but between 2020 and 2022, the decrease over the two-year period is 12 percentage points. The Cuyo region shows the largest decline in the period 2020-2022. Specialities in the NOA region are higher than in the country as a whole (37.6% points less between 2010 and 2022). The Pampas region shows a smaller decrease, but involves jurisdictions such as Santa Fe and CABA that have a high percentage of allocations, which conceals the province of Buenos Aires that has a percentage of awards of 45.4% in the prioritised specialities.

## **Conclusions**

The trend towards centralisation in larger cities and over-specialisation in medicine will continue and is likely to worsen. The REE, as currently implemented, reinforces and encourages migration to large cities and the choice of non-priority specialties. Medical residencies per se have not been able to attract graduates to increase their retention. Universities are not involved in the residency process, either in planning, implementation or evaluation.

There is a higher proportion of applicants for residencies from foreign universities than from private universities.

The prioritisation defined by the Federal Health Council (COFESA for its acronym in Spanish) is only observed among graduates from public universities (52.1%). In the case of REE applicants, we see that 14.5% are people who come from small towns and move to large cities to specialise, mainly in non-prioritised specialisations.

The formulation of the graduate profile, its alignment with the study plans and, in particular, the type of experience promoted in the final compulsory practice, may determine these choices by graduates of public universities.

The choices of graduates from public universities should be considered in the light of the fact that they are less subject to the implicitly traversing hegemonic medical model. Perhaps public universities offer spaces for reflection on the profession and different perspectives, where the discussion of curricula, political debates and the heterogeneity of opinions and subjects offer graduates a different point of view than those who study in private universities.

## ESTRUCTURA DE LA TESIS

Esta tesis pretende analizar, sobre el objeto “Residencias Medicas en Argentina y su proceso de examen e ingreso a la misma por parte de egresados/as de Medicina”, qué factores condicionan la elección de la especialidad y su lugar de realización, teniendo en cuenta que actualmente la distribución de médicos/as y especialistas en Argentina es inequitativa.

Analizar esta situación permitirá visualizar si dicho proceso distributivo desigual se replicará con las nuevas generaciones. Además, se intentará aproximar una explicación del porqué de este comportamiento, y cuáles son algunas de las estructuras que favorecen o condicionan tales decisiones.

Para esto, el trabajo de la Tesis se organizará de la siguiente manera:

### 1. ¿Cuál es el problema?

La inequitativa distribución de médicos/as y especialistas en Argentina; el sistema de residencias como política pública, ¿mejora o profundiza el problema?

### 2. Descripción del problema

- a. La distribución es inequitativa, mayor concentración en grandes ciudades y orientada a las super especialidades en detrimento de las priorizadas por el Estado.

### 3. Antecedentes, marco conceptual y fundamentación

- a. Contexto Sanitario Argentino
- b. Distribución de Médicos/as en Argentina
- c. La formación universitaria de médicos/as y las residencias médicas: base inicial de la distribución profesional en Argentina.
- d. Definición, historia y mecanismo de producción de las residencias médicas.
- e. EU de ingreso a residencias, desempeño de los/as egresados/as y antecedentes.

### 4. ¿Cuál es el propósito de la investigación?

Analizar el comportamiento de los/as egresados/as que rinden el EU de residencias y adjudican una especialidad y un hospital, describir sus características individuales, reconocer las lógicas de su formación que condicionan las elecciones posteriores y verificar, en función de las adjudicaciones a la especialidad, si el problema va a perpetuarse y/o profundizarse e intentar comprender los motivos.

5. ¿Desde qué marco teórico se va a analizar?
  - a. Profesión y profesionalismo: definiciones y conceptos.
    - i. Explicación de cómo se conforma una profesión, sobre todo liberal, y cuál es su relación con el Estado.
    - ii. La profesión médica.
  - b. Historia de la profesión médica en el mundo y en Argentina
    - i. Cómo ha sido la construcción de la corporación médica y sus estructuras, sus jerarquías y porqué.
  - c. Construcción del *habitus* médico a través de los diferentes procesos formativos (carrera de grado y residencias).
    - i. Cuáles son los mecanismos por medio de los cuales los/as médicos/as deciden y/o definen su futuro profesional, en base a qué jerarquías y cómo estas se incorporan y definen las decisiones.
    - ii. Cuáles son las posibles diferencias entre una formación en una Universidad Pública y una de gestión privada.
6. ¿Cuáles son los objetivos de la investigación?
  - a. El objetivo general será describir y analizar las características y desempeño de aspirantes en el EU y la adjudicación de plazas a las residencias médicas durante los años 2020-2022 en Argentina y analizar dichas elecciones para poder explicarlas
  - b. Los objetivos específicos serán:
    - i. Caracterizar la población que rinde el EU (egresados/as).
    - ii. Analizar las características psicométricas del instrumento y el desempeño de los/as egresados/as según su origen académico.
    - iii. Relacionar las variables personales y las elecciones.
    - iv. Comparar dos cohortes.
7. Metodología
8. Resultados
9. Discusiones
10. Conclusiones
11. Conclusión final

## INTRODUCCIÓN

El sistema de salud argentino es una estructura compleja compuesta, en términos teóricos, por tres subsistemas: público, privado y de obras sociales. Sin embargo, en la práctica éste se asemeja más a un campo de tensiones y luchas donde se entrecruzan, superponen y confluyen actores en diferentes circunstancias, desencadenando en una gran fragmentación e impidiendo, en última instancia, su funcionamiento en términos de sistema. Se genera así una ineficiencia en términos de cobertura y/o resolución de problemas que contrasta con la gran inversión realizada en términos de Producto Bruto Interno (PBI).

En este contexto, emergen diferentes problemáticas, siendo una de las más relevantes la distribución inequitativa de profesionales de la salud —especialmente de médicos/as—, tanto en lo que respecta a su distribución geográfica y de especialidades, así como a la combinación de ambas. Este problema se define como de mayor gravedad dado que las políticas referidas al recurso/capital/talento humano son políticas a largo plazo, a diferencia de aquellas vinculadas a la infraestructura, por ejemplo. Más aún, la formación y la radicación de médicos/as es un proceso que implica tiempos prolongados y recursos que muchas veces no son solo económicos.

Argentina padece el problema de la mala distribución de médicos/as y especialistas desde hace décadas, pero la situación es, cada vez más, profundamente inequitativa. Por ello es urgente analizar diferentes factores que condicionan dicha distribución y proponer aportes para su abordaje tecno-político. Esto posibilitará idear un proyecto a mediano y largo plazo que pueda generar cambios consistentes y beneficiosos para la población en general, particularmente en aquellos espacios territoriales o poblaciones más desaventajadas.

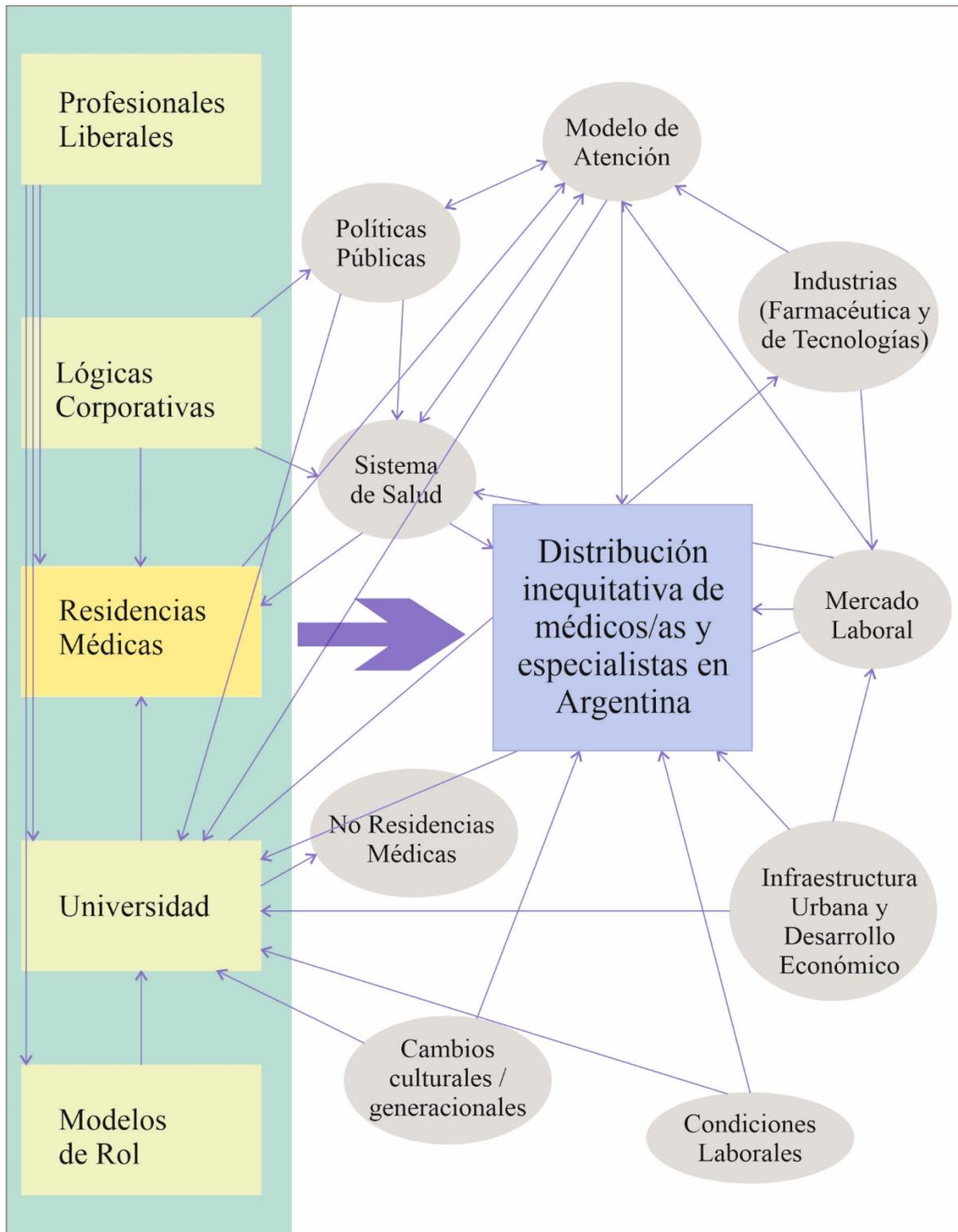
No obstante, pensar la problemática del sistema de salud en general no permite visualizar inmediatamente las dificultades referidas a la distribución de profesionales ya que existen otras urgencias que tienen, probablemente, mejor posicionamiento en la agenda sanitaria. Por ende, es importante el desarrollo de teoría que permita generar resultados y propuestas, y que pueda ser desarrollada de la mejor manera posible ante la oportunidad de aparecer en la agenda política. En este sentido, pensar la crisis del recurso humano/talento humano/capital

humano médico/a de manera general, pero también de manera específica para especialidades críticas y para el primer nivel de atención, permite reconocer factores puntuales que hacen a esta categoría y que condicionan su desarrollo, y así poder generar propuestas a partir de dichos hallazgos que sean de utilidad para los/as decisores/as.

Por último, pensar la problemática del/de la profesional médico/a, implica focalizar en el momento que decide su formación (especialidad) y radicación, cuestión que sucede al egresar de su carrera de grado. Ese momento, mayormente, ocurre frente a la decisión de realizar la residencia médica, Institución que en la actualidad aparece también en crisis y que es el colector más importante desde donde se distribuirán los/as futuros/as especialistas.

Dada esta situación, este trabajo enfocara en ese instante de la carrera profesional médica donde la persona que culmina sus estudios decide su futuro profesional. Es importante reconocer que esta decisión (proceso decisorio) no acontece de manera aleatoria, sino que posee atributos plausibles de reconocer, definir, historizar y analizar, en pos de comprender la magnitud y especificidad del problema y, fundamentalmente, verificar si la tendencia es a mejorar o no la situación sanitaria de la distribución de médicos/as y/o especialistas.

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA



**Figura 1.** Mapa conceptual acerca de la descripción del problema analizado en el presente trabajo de Tesis. Elaboración propia.

Argentina, al igual que otros países de la región y el mundo, tiene una desigual e inequitativa distribución de sus médicos/as, ya sea en términos cuantitativos (médicos cada mil habitantes) como cualitativos, especialidades, sobre todo en las relacionadas a la atención primaria de la salud. La distribución se plantea inequitativa dado que aquellas ciudades con mayor desarrollo económico poseen más profesionales de este tipo cada 1.000 habitantes que aquellas regiones con menores recursos económicos y con mayores necesidades sanitarias (mortalidad infantil, por ejemplo). En este último caso, además de esas carencias específicas en cuanto al número de médicos/as se le agregan que, son menos la cantidad de especialistas y menos aún, de especialidades críticas para la APS (Pediatría, Clínica Médica, Ginecología y Obstetricia y Medicina General).

Esta situación tan asimétrica, *per se*, también actúa de manera de una retroalimentación, generando condiciones para que la densidad de médicos/as sea mayor, los recursos se centralicen en esas regiones y la industria y otros actores interesados favorezcan esta concentración.

Las causas son múltiples y aparecen todas de alguna manera relacionadas, subsumidas y condicionantes de otras. Además, muchas de ellas aparecen fuertemente visibles y muchas otras no, pero en general, hay un proceso histórico que las van ubicando como determinantes y actúan consecuentemente durante todo un proceso, el de formación del/la médico/a, que, justamente, determina o condiciona la elección final, en cuanto a especialidad y radicación.

La fragmentación del sistema de salud, la corporación profesional y la formación de médicos/as interactúan permanente y subrepticamente, asegurando un producto que asegure la continuidad virtuosa en términos económicos que no necesariamente se ve reflejado con las necesidades de la población. De hecho, las consecuencias de esta mala distribución implican, menor acceso a la salud, peores condiciones de vida, y peores indicadores sanitarios.

Para evaluar concretamente la distribución de médicos/as en nuestro país, tanto en términos geográficos como de especialidades específicas, en este estudio se eligió analizar inicialmente las características del estudiantado que culmina su carrera de grado. Luego, será necesario abordar el proceso de residencia médica, que actuaría a modo de distribuidor por donde circulan la mayoría de las/os graduadas/os, y a partir del cual se establecen espacios territoriales y hospitalarios según las especialidades.

Más allá que la decisión de realizar o no la residencia, de radicarse en una ciudad u otra y de elegir la especialidad correspondiente, de la complejidad casi inabarcable de dimensiones que se pueden analizar vinculadas a la elección de una residencia, en el presente trabajo de Tesis se eligieron aquellas que están representadas en la Figura 1. A partir de ellas se analizarán los comportamientos de las personas que terminan su carrera de Medicina y eligen la opción de la residencia como forma de especializarse.

El mercado laboral, la industria farmacéutica y de tecnologías, las políticas públicas, las condiciones laborales en la cual se encuentran los y las profesionales médicos/as, los cambios culturales y generacionales, la infraestructura y el desarrollo de las comunidades y el modelo de atención, son grandes condicionantes de la elección de las residencias médicas. Además, se retroalimentan o se condicionan unos a otros, tanto en la decisión de realizar la residencia o no, como de elegir la especialidad y dónde radicarse. Para este trabajo, el enfoque estará puesto sobre aquellos procesos que en general aparecen opalescentes en el análisis, casi invisibilizados, pero que tienen una gran penetración en las conductas de los/as médicos/as al momento de su egreso de la Universidad y en su desempeño en las residencias médicas.

El origen de egresados/as médicos/as disponibles para insertarse en el sistema de salud a través de una especialización en una residencia médica proviene tanto de Universidad Nacionales de Gestión Pública y Privada, como de Universidad extranjeras. Toda esta diversidad de recorridos académicos, que abarca motivaciones, intenciones e intereses igualmente diversos, desemboca en última instancia en un Examen Único de Residencias (EU) que permite la adjudicación a los cargos de las especialidades. Para este proceso, el/la aspirante no requiere de ninguna condición adicional más que poseer Documento Nacional de Identidad (DNI) y título de médico/a debidamente acreditado. No obstante, esto implica que cualquier persona que se presente a rendir el examen puede hacerlo, aun con una condición precaria de ciudadanía, situación que debe regularizar al momento de la adjudicación del cargo.

El objeto de este trabajo es la instancia de las residencias médicas, origen, proceso y consecuencia. Por origen se refiere al análisis de los/as egresados/as que se inscriben y rinden el EU, su historial universitario, y consecuentemente, la adjudicación de la especialidad y el lugar donde realizarla. En cuanto al proceso, se permite una aproximación a lo que sucede con la institución educación médica (carrera de Medicina y residencia médica como un

continuo). Esto puede generar un panorama de la situación de la distribución futura de médicos/as y especialistas en Argentina.

Las residencias médicas son una estructura central en la formación y en la radicación de médicos, no solo en Argentina, sino en el mundo, con una historia muy ligada a la constitución de un *hábitus* profesional. Tiene una legitimidad en términos de la profesión donde se reproducen formatos y culturas propias del “ser” médico/a que, en modo implícito y explícito, en su gran mayoría exceden el nivel nacional y se da en términos mundiales.

La elección de la residencia a realizar y el lugar donde hacerlo es una decisión individual para todas las personas anotadas y está signada por el desempeño en el EU que se realiza para este fin (dado que abarca la gran mayoría de los/as aspirantes) y permite la adjudicación (concursos) en diferentes residencias/especialidades, tanto de hospitales públicos de diferentes niveles (municipales, provinciales y nacionales) como en privados o con otras modalidades de financiamiento.

El EU es una instancia elaborada a lo largo de muchos años por parte del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con ministerios provinciales, que intenta, al igual de lo que sucede en muchos países del mundo, centralizar el proceso de inscripción, evaluación y orden de prelación para la adjudicación de las plazas de residencias médicas. Tiene la intención de efficientizar recursos y ordenar la demanda y la oferta en función de las necesidades de salud de la población. Es un EU, simultáneo, escrito y de modalidad opción múltiple que es realizado por un equipo profesional convocado para tal fin. Su finalidad es generar un orden de prelación donde no hay punto de corte (sin aplazos).

La elección de especialidad y el lugar donde realizarla implica muchas veces la movilización o el cambio de radicación de la persona hacia otra localidad. Es decir, se define no solo la cantidad o proporción de profesionales que van a elegir las especialidades priorizadas por los ministerios de salud de la Nación y los de las provincias —reunidos en un consejo denominado Consejo Federal de Salud (COFESA)—, sino también que la especialidad elegida y el lugar donde realizarla va a generar un gran condicionamiento a la radicación posterior de la persona.

Por todo ello, este trabajo apunta a conocer los factores o características relacionados a los/as profesionales que terminan su carrera de Medicina, analizar su desempeño en el EU de ingreso a las residencias relacionándolas a las especialidades que eligen para adjudicar y el

lugar donde deciden realizarla. Intenta también explicar las decisiones de los y las egresados/as a partir de condicionamientos que se van dando durante su proceso formativo de grado y que se cristaliza en las residencias. Este producto serviría para poder predecir si aquel diagnóstico de desigual distribución de médicos/as en Argentina en términos geográficos y de especialidades se sostendrá en el tiempo y/o empeorará, dado que el comportamiento de los/as egresados/as en el examen y en la adjudicación posterior marcarían una proyección o tendencia en igual o diferente sentido.

## **ANTECEDENTES, MARCO CONCEPTUAL Y FUNDAMENTACIÓN**

### ***Contexto sanitario argentino***

La República Argentina es un país que presenta una gran heterogeneidad entre cada una de las regiones que la componen. Es un país que sobresale positivamente en diferentes aspectos a la región, pero a su interior presenta profundas inequidades. Sus diferencias se denotan en múltiples dimensiones, pero son marcadamente evidente en términos de salud. La población pasó de 40,70 millones de habitantes en 2010 a 46,04 millones en 2022 (un aumento del 14,8 %). Las provincias de Buenos Aires (38,16 %), Córdoba (8,64 %), Santa Fe (7,72 %) y Mendoza (4,38 %), concentran casi el 60 % de la población del país (INDEC, 2022). La población rural es de 3,55 millones (7,5 % de la población actual) (Data Bank microdatos, 2022), en 1960 dicha población era de 5,25 millones (26,28 % de la población de 1960) (Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, 1960).

El sistema de salud argentino tiene una estructura mixta, descentralizada, apoyada en mecanismos de protección financiera solventados fuertemente desde el mundo del trabajo, y donde la prestación de sus servicios descansa en prestadores públicos y privados, segmentados en cuanto a su población natural de atención (Maceira, 2020). En términos generales y de manera tradicional se lo divide en tres subsistemas: el público, el privado y el de la seguridad social. Aunque en cuanto al funcionamiento se les suman diversas variantes relacionadas tanto con el tipo de financiamiento como del modelo de atención y de organización, a los fines de este trabajo solo se plantea en los términos de los tres subsistemas antes mencionados.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud de la Nación es la máxima autoridad estatal en materia de salud, compartiendo con otros sectores del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita (Cetrángolo & Devoto, 2002).

La fragmentación del sistema de salud ha sido abordada en varios momentos de la historia argentina con la intención de integrarlo en base a diferentes estrategias. Entre esas estrategias se podría identificar tres grandes intentos:

El primero de ellos consistió en un proyecto de servicio nacional de salud centralizado que compartía parte de su capacidad instalada y sus recursos humanos con un sistema extendido de múltiples seguros sociales. En este caso, la integración entre subsectores se daría principalmente desde la provisión. Su mayor impulsor, el primer ministro de salud, Ramon Carrillo, también vislumbraba un posible resarcimiento a los servicios públicos por las prestaciones que estos brindarían a beneficiarios de los seguros sociales e incluso del sector privado (Cendali & Pozo, 2008).

Un segundo proyecto integrador adquirió fuerza veinte años más tarde, en el año 1974, con el ministro de salud de ese momento, Domingo Liotta, también con eje en el modelo de atención, pero esta vez en forma descentralizada y con comando provincial (Ierace, 2022).

El tercer gran proyecto para integrar al sistema fue en el año 1985 con el entonces ministro de salud, Aldo Neri, que proponía unificar la financiación de manera de universalizar un esquema de múltiples seguros que brindarían las mismas protecciones con prescindencia de los seguros privados y los sindicatos (autonomía de las Obras Sociales) (Belmartino & Bloch, 1994; Tobar, 2017).

Más allá de los intentos de integrar los subsistemas, que no tuvieron éxito por diferentes motivos, las características del modelo argentino particularmente complejo, tiene incidencia en la generación de ineficiencias asignativas y con consecuencias en la equidad global del conjunto. A diferencia de otras naciones, el modelo federal nacional brinda gran autonomía a las provincias (y en algunos casos, incluso a los municipios), para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes. Ello implica que las profundas diferencias en la distribución del ingreso se trasladan directamente al cuidado de la salud, a través de la atención de los grupos de por sí más expuestos, que son aquellos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de cuidado (Maceira, 2020; Cetrángolo & Devoto, 2002). De hecho, la cobertura pública muestra grandes diferencias en las distintas regiones de nuestro país, va del 11,1 % en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), vs. el 42,5 % en la región del Noroeste, el 40,6 % en el Noreste y el 27,7 en la región Patagónica, por ejemplo (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). En cuanto al subsistema de obras sociales, también

se verifican las diferencias regionales observándose que la variabilidad va de una cobertura del 83,6 % en Santa Cruz, 82,34 % CABA, un 67,11 % Córdoba y un 64,6 % PBA a un 42 % en Chaco, 43,1 % en Formosa y 44,06 % en Santiago del Estero (Maceira, 2020).

En cuanto al dinero que se dispone en salud, entre 2017 y 2020, el gasto total en relación con el PBI se mantuvo relativamente estable en torno al 10 %; con un máximo en 2020 de 10,84 % (Dirección de Economía de la Salud, 2022) y el mínimo en 2019 del 9,4 % (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Durante el periodo analizado, el gasto superó el nivel mínimo sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la inversión pública en salud necesaria para alcanzar la Cobertura Universal de Salud (que se fijó para el 2020 en el 7 % del PBI) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Si bien Argentina ha mejorado sus indicadores de salud en términos generales en la última década, dicho incremento no se ve ratificado en muchas regiones de nuestro país. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en CABA es del 4,9 vs. el 16,4 de Formosa, o la tasa de mortalidad materna de 4,3 para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de un 9,2 en Chaco (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2023). Como se expresaba anteriormente, la inequidad en el ingreso per cápita de las provincias se ve reflejado en los indicadores sanitarios.

Si bien en la actualidad, el campo de la salud no es solamente de competencia médica, sino que se amplía al quehacer de otras disciplinas y a la sociedad plena, pero es también cierto que la satisfacción de necesidades de atención médica, consume más del 90 % del gasto social de los servicios de Salud (Tobar, 2017). Dada esta condición del gasto referido a la Medicina, la distribución del mismo no es equitativa, ni siquiera es proporcional a las necesidades sanitarias, epidemiológicas o demográficas, sino que está centralizado en los lugares de mayor producción y consumo.

En Argentina como en el resto de Latinoamérica, el acceso a la atención médica es dispar según las regiones. En promedio, alrededor de una tercera parte de las personas en los países de las Américas (29,3 %) reportaron no buscar atención médica cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso. Las personas en el quintil de riqueza más pobre fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y de falta de disponibilidad de recursos (Báscolo *et al.*, 2020).

En función de esta dificultad en el acceso, en sus múltiples variedades y realidades mundiales, Naciones Unidas, en el año 2000, emite una declaración<sup>1</sup>, proponiendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Plantea ocho objetivos de desarrollo (cuatro referidos a salud) que los 192 miembros de las Naciones Unidas y una serie de organizaciones internacionales acordaron alcanzar para el año 2015. Luego de diferentes reuniones, el 25 de septiembre de 2015, también Naciones Unidas publica la resolución 70/1 (Naciones Unidas, 2015) denominada Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, donde se plantean los problemas importantes para el desarrollo de las comunidades y coloca como prioridad el tema de los profesionales de la salud (recursos humanos) y establece (meta 3.c del objetivo 3): aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños y estados insulares en desarrollo. Seguidamente, el 28 de mayo de 2016, la 69.a Asamblea Mundial de la Salud punto 16.1 del orden del día publica la resolución WHA69.19: Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, donde insta a los Estados miembros a: reforzar las capacidades para optimizar al personal sanitario existente con el fin de que pueda contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal: (3.a) (69.a Asamblea Mundial de la Salud, 2016), prever y subsanar activamente las disparidades entre las necesidades, la demanda y la oferta de personal sanitario, en particular mediante la distribución geográfica, así como las disparidades en la distribución del personal sanitario entre los sectores público y privado, y a través de la colaboración intersectorial (3.b). Finalmente, en junio del 2017, la Organización Panamericana de la Salud en su 160.a sesión del comité ejecutivo (CE160/14, Rev. 1) (160.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO, 2017) publica la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región de las Américas donde entre sus objetivos, el 3 refiere: fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias para el abordaje integral de la salud. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) tienen como meta lograr la cobertura universal de servicios de salud esenciales y de calidad.

---

<sup>1</sup> Resolución aprobada por la Asamblea General [sin remisión previa a una Comisión Principal (A/55/L.2)] 55/2. Declaración del Milenio, disponible en: <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

En esta dirección, existe un consenso internacional sobre el papel clave que juega la atención primaria en salud (APS) para el cumplimiento de los ODS por lo cual, la necesidad de médicos/as que plantea las diferentes organizaciones que convocan tiene un sesgo importante hacia esa estrategia (Chotchoungchatchai *et al.*, 2020).

Si bien no existe una definición única y operacional de la APS a nivel mundial<sup>2</sup> o nacional que pueda guiarnos en la elaboración de políticas de fuerza de trabajo médica, sí podemos definir un objeto puntual para este análisis que es el talento/capital humano médico y el nivel de atención donde éste actúa predominantemente o preferentemente (Donaldson *et al.*, 1996; Starfield, 1993).

En síntesis, el sistema de salud en Argentina está fragmentado y desintegrado a pesar de variados intentos mejorarlo. Esto lo vuelve ineficiente a pesar de la elevada inversión en salud en relación al mínimo propuesto por la OMS para generar una cobertura universal. A ello se suma que dicho gasto se concentra en la Medicina en un 90 %, se distribuye de manera inequitativa y, consecuentemente, condiciona la distribución de médicos/as, sobre todo los/as del primer nivel de atención.

### ***Distribución de médicos/as en Argentina***

En 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas instó a todos los gobiernos a intensificar los esfuerzos para acelerar la transición hacia el acceso universal a servicios asistenciales accesibles y de calidad bajo principios de equidad y justicia social (Sixty-seventh session. General Assembly, 2012). A este respecto, una mayor y mejor distribución de médicos/as, sobre todo médicos/as en especialidades de APS mejora el acceso y los

---

<sup>2</sup> La APS puede referirse a 1) la atención brindada por especialidades médicas específicas; 2) un conjunto de actividades; 3) el nivel de atención o entorno: un punto de entrada a un sistema que incluye atención ambulatoria *versus* atención hospitalaria; 4) un conjunto de atributos ; 5) la atención caracterizada por el primer contacto o nivel de atención, la accesibilidad, la longitudinalidad y la integralidad; y 6) una estrategia para organizar los sistemas de atención de la salud, con prioridad a la atención basada en la comunidad y menos énfasis en la medicina con uso intensivo de tecnología, es decir, procedimientos y medicamentos complejos, de alto costo y basada en hospitales.

resultados en salud (Crampton & Starfield, 2004; Starfield, 2001; Starfield, 1993; Starfield *et al.*, 2005; Starfield & Birn, 2007).

Es prioritario que las políticas sobre trabajadores/as de salud en el campo sanitario garanticen la distribución adecuada de profesionales en distintas especialidades, tanto en regiones urbanas como rurales, en base a las necesidades sanitarias. De hecho, está demostrado que una atención especializada, centrada en la APS accesible y de buena calidad, es una variable clave en la mejora de la salud de las personas y de la comunidad, sobre todo en regiones de baja densidad poblacional, conglomerados periurbanos o en áreas rurales (Arce, 2012; Crampton & Starfield, 2004; Donaldson *et al.*, 1996; Marin, 2021; OMS, 2011, 2022; Starfield & Birn, 2007; Starfield, 1993; Starfield, Shi, & Macinko, 2005; WHO Evaluation Office, 2019). Además, en cuanto a las/os profesionales médicas/os existe suficiente evidencia que una óptima densidad de trabajadores de salud calificados mejora los indicadores sanitarios, especialmente los relacionados con la mortalidad materna e infantil (29.A Conferencia Sanitaria Panamericana 69.A Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 2017; Gray *et al.*, 2018). Lamentablemente, este objetivo no se alcanza en la mayoría de los países, siendo este déficit más grave en los países en vías de desarrollo (29.A Conferencia Sanitaria Panamericana 69.A Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 2017).

Centrándose en la importancia de la APS, la OMS estableció, en base a un índice de 12 variables, donde verificaban las habilidades propias de cada disciplina, que el mínimo de densidad de personal de salud (médicos/as, enfermeras/os, parteras/os) para una cobertura universal, es de 44,5 cada 10.000 habitantes. Y específicamente médicas/os, 35,5 cada 10.000 para una cobertura del 90 % (Cobertura Universal 90) y de 20,7 cada 10.000 para una cobertura del 80 % (Cobertura Universal 80). En el 2019, se contabilizaron en el mundo 12,8 millones de médicas/os, siendo la densidad global de 16,7 médicas/os cada 10000 habitantes. Naturalmente la distribución fue desigual, 2,9 en África y 38,3 cada 10.000 en Europa (GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators, 2022).

En cuanto a esta desigualdad, la fuerza centrípeta de las grandes urbes tracciona la instalación en ellas de la gran masa de profesionales. De hecho, la mitad de la población mundial vive en

regiones periurbanas y/o sub-atendidas y rurales<sup>3</sup>, mientras que solo un cuarto de los/as médicos/as se radican en dichas localidades. Existe evidencia que en países sub desarrollados la proporción de médicos/as en zonas rurales es mucho menor que la proporción de habitantes en dichas regiones. Por ejemplo, en Camboya, las zonas rurales concentran 85 % de la población pero tan solo 13 % del personal sanitario y en Angola, 65 % de la población vive en zonas rurales, pero el 85 % de los profesionales de la salud trabaja en zonas urbanas. Sin embargo, la inequidad en la distribución en zonas rurales y urbanas ocurre también en países desarrollados como Australia, Alemania, Francia y Suecia (Barreto *et al.*, 2021; Correia, 2010). En España la distribución entre la región con mejores indicadores económicos y la región con peores indicadores da una relación del doble de profesionales en la primera vs. la segunda, con un índice de Gini de 0.103. También se observa que aquellas regiones con carreras de Medicina tienen mejores indicadores en cantidad de médicos/as que aquellas que no la tienen (Miguel Ángel García-Pérez, 2009). En China, para el 2010 presentaba una inequidad en la distribución de médicos con valores de Gini de 0,36 y un índice de Theil de 0,23 (Organización Panamericana de la Salud, 2013)<sup>4</sup>. Mostrando una gran inequidad entre las regiones más desarrolladas vs. las menos desarrolladas (Urbana vs. Rural) (OMS, 2010).

En América, la diferencia entre los países más aventajados económicamente y los menos aventajados es de 12 veces menos profesionales en estos últimos, desde 3,8/10000 (Guatemala) hasta 171,3/10.000 (Estados Unidos) (Guerrero Núñez, 2020). Aun así, en Estados Unidos la distribución de médicas/os en regiones periurbanas y rurales es del 9 % cuando la población que vive en dichas regiones es del 20 %; en Canadá sólo el 9,3 % de los médicos trabaja en zonas remotas o rurales, en las que vive el 24 % de la población (OMS, 2011). En Brasil, la mitad de los/as médicos/as viven en las tres ciudades más importantes del sudeste, Rio de Janeiro, São Paulo y Minas Gerais. Esta región tiene una tasa por mil habitantes de 2,15 profesionales frente al 0,54 de la región Norte (Scheffer & Cassenote, 2020). En Perú, un/a médico/a tiene 5 veces más probabilidades de acceder a un trabajo en

---

3 No existe una definición universal sobre ruralidad o región sub atendida, por lo que se define en base a la realidad de la región en estudio, en el presente trabajo se utilizarán los términos periurbanos, rural semi-rural como formas de indicar regiones alejadas de los centros urbanos con características de falta de acceso a bienes y servicios (13) (14) (39).

4 Índice de Theil: es un índice que permite medir la desigualdad relativa entre grupos en casos en el que no

existe ordenamiento natural entre los grupos de población: 
$$T = \sum_{i=1}^N p_i r_i \ln(r_i)$$

una zona urbana que en una rural, aun teniendo mayores ingresos en éstas últimas regiones (Ministerio de Salud de Perú, 2021; Taype-Rondan *et al.*, 2017; Velázquez *et al.*, 2019). El agravante de la mala distribución de médicos/as en estas localizaciones es que, además de su escasez, dichos/as profesionales son mayoritariamente especialistas orientadas a la alta complejidad hospitalaria en lugar de lo que se requiere en esa región (Barreto *et al.*, 2021; Oscarina da Silva *et al.*, 2017; Guilloua *et al.*, 2011).

En Argentina, la oferta de trabajadores de salud no se encuentra alineada con las necesidades sanitarias de las comunidades y, por ende, de los servicios de atención, a pesar que la organización, el diseño, la acreditación y la financiación de la formación en especialidades médicas le corresponde casi en su totalidad a los Ministerios de salud nacional y provinciales (Sistema Nacional de Residencias) (Resolución 1463-E/2017, 2016; Observatorio en Talento Humano en Salud, 2022). En nuestro país, la tasa de médicos/as para 2020 fue de 3,88 cada mil habitantes (similar a los países centrales). Sin embargo, su distribución es muy desigual entre las jurisdicciones<sup>5</sup> consideradas más ricas con respecto a aquellas con menores ingresos per cápita (PBIxc) y peores indicadores sanitarios (Federación Económica Tucumán, 2021; Observatorio en Talento Humano en Salud, 2022).

El número de médicos/as y su distribución, sobre todo en cuanto a sus especialidades, es motivo de amplios debates en nuestro país, generado diversos análisis que intentan explicar la falta de cobertura o de acceso de los/as ciudadanos/as a la atención de sus problemas de salud en ciertas jurisdicciones (Falasco & Falasco, 2018; Navarro Pérez *et al.*, 2015; Schufer, 2000; OPS, 2011). Como reporta Schufer (2000), estas discusiones vienen desarrollándose desde principios del siglo XX con conclusiones similares. Para demostrar la historicidad de este debate basta con citar alguna de las discusiones del Primer Congreso de Medicina Social y Gremial de 1936, respecto de la mala distribución o falsa plétora de profesionales médicas/os en el país (Gremial, 1935):

“La proporción de habitantes por cada médico está en relación con el grado de civilización y progreso alcanzado por cada país. Los países más adelantados son los que

---

<sup>5</sup> Para este trabajo hablaremos de jurisdicciones de manera indistinta al término provincias, aunque el término mayormente utilizado para referirse a la división política es provincias. De esta manera incluiremos a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la cual oficialmente no es considerada una provincia.

tienen un índice más bajo de habitantes por médico y a ello corresponden los estados sanitarios mejores. (...) La República Argentina, que ocupa el décimo lugar entre las naciones en la cifra de habitantes por médico, pero es muy deficiente en las zonas rurales. (...) A excepción de la Capital Federal, Santa Fe, Córdoba, en todas las demás provincias y territorios nacionales se necesitan aún muchos médicos, para que se distribuyan por las zonas rurales”.

En Argentina, para el año 2020, se registraron 183.475 médicas/os en actividad<sup>6</sup>, de los/as cuales 72 % se ubicaron en cuatro jurisdicciones (CABA, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), las cuales concentran casi el 60 % de la población total del país. En la Tabla 1 se observan las provincias agrupadas en tres grupos según su PBIxc (Producto Bruto Interno per cápita), las de mayor PBIxc correspondientes a las regiones centro y sur del país (Grupo 1); las de PBIxc medio (Grupo 2) y las de PBIxc más bajo que corresponden a las provincias del norte de nuestro país (Grupo 3) (Silberman & Silberman, 2022).

Como se observa, a mayor PBI se encuentra una tasa mayor de médicas/os. De igual manera se observa correlación negativa entre la tasa de mortalidad infantil y la tasa de médicas/as, es decir, a menor proporción de médicos/as, mayor tasa de mortalidad infantil.

**Tabla 1.** Distribución de la tasa de médicos/as según PBIxc y TMI 2020.

Grupo	Provincia	PBI* per cápita 2020(4)	TMI** 2020(29)	Tasa de Médicos/as 2020
1	Tierra del Fuego	28.483,00	7,4	4,42
	CABA	24.129,00	4,9	16,54
	Neuquén	23.632,00	5,2	3,94
	Santa Cruz	21.269,00	8,7	2,75
	Chubut	13.433,00	6	2,98
	Santa Fe	10.821,00	8,4	4,58
	La Pampa	10.697,00	8	3,17
2	San Luis	9.584,00	8	2,86
	Catamarca	9.577,00	5,9	2,74

6 Para el Registro Federal de Profesionales de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (REFEPS), se considera médicas/os en actividad a aquellas/os profesionales que tienen registrada su matrícula de manera activa en los colegios profesionales correspondientes a cada región Disponible en: [https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps\\_home.jsp](https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps_home.jsp).

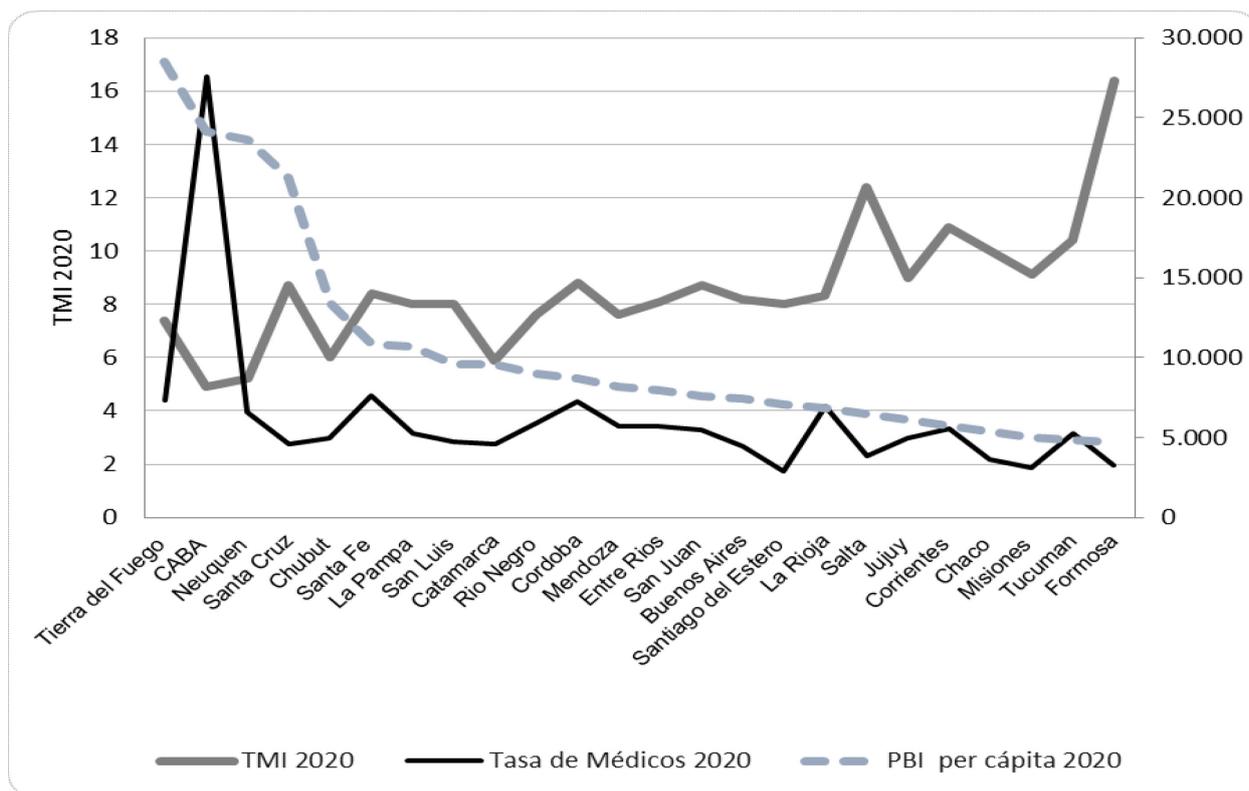
	Rio Negro	8.955,00	7,6	3,58
	Córdoba	8.706,00	8,8	4,35
	Mendoza	8.209,00	7,6	3,43
	Entre Ríos	7.960,00	8,1	3,41
	San Juan	7.587,00	8,7	3,29
	Buenos Aires	7.463,00	8,2	2,68
	Santiago del Estero	7.090,00	8	1,76
	La Rioja	6.841,00	8,3	4,16
	Salta	6.468,00	12,4	2,29
	Jujuy	6.095,00	9	2,99
3	Corrientes	5.721,00	10,9	3,32
	Chaco	5.348,00	10	2,17
	Misiones	4.975,00	9,1	1,86
	Tucumán	4.851,00	10,4	3,14
	Formosa	4.726,00	16,4	1,94

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del REFEPS 2020<sup>7</sup>. \*PBI: Producto Bruto Interno \*\*TMI: Tasa de Mortalidad Infantil.

En el Gráfico 1, de acuerdo al ordenamiento de las jurisdicciones de la Tabla 1, se pueden observar las pendientes de las tres curvas y su correlación, destacando el comportamiento desigual de los distritos extremos: Tierra del Fuego y CABA en comparación a Tucumán, Formosa y Santiago del Estero; esta última con la tasa más baja de médicas/os del país.

**Gráfico 1.** Distribución de médicos/as, PBIxc y TMI por jurisdicción, Argentina 2022.

<sup>7</sup> Disponible en: [https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps\\_home.jsp](https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps_home.jsp)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 1. PBIxc TMI Tasa de médicos/as Argentina 2020.

En la Tabla 2 se observa que el porcentaje de especialistas va disminuyendo en los tres grupos de jurisdicciones de acuerdo a la progresiva disminución del PBIxc. De estos/as especialistas, la proporción de especialidades relacionadas a la APS sigue el mismo patrón, destacando la existencia del nivel más bajo, en las provincias de Catamarca y Santiago del Estero.

**Tabla 2.** Distribución de médicos/as especialistas y especialistas en APS, Argentina 2020.

Grupo	Provincia	% Especialistas	% de APS sobre especialistas
1	Tierra del Fuego	71,89 %	32,53 %
	CABA	50,59 %	26,21 %
	Neuquén	66,24 %	33,18 %
	Santa Cruz	60,25 %	31,97 %
	Chubut	70,99 %	35,40 %
	Santa Fe	60,62 %	22,99 %
	La Pampa	68,80 %	32,87 %
2	San Luis	45,70 %	35,44 %

	Catamarca	15,05 %	13,79 %
	Rio Negro	55,82 %	30,26 %
	Córdoba	56,65 %	21,35 %
	Mendoza	54,19 %	27,74 %
	Entre Ríos	55,97 %	28,13 %
	San Juan	53,16 %	25,79 %
	Buenos Aires	56,47 %	33,52 %
	Santiago del Estero	24,79 %	10,34 %
	La Rioja	45,27 %	31,84 %
	Salta	50,28 %	20,33 %
	Jujuy	32,68 %	18,80 %
3	Corrientes	47,48 %	23,87 %
	Chaco	54,73 %	24,30 %
	Misiones	48,60 %	20,07 %
	Tucumán	37,51 %	20,96 %
	Formosa	33,45 %	21,55 %
	Total	53,40 %	27,58 %

Fuente: Elaboración propia con datos del REFEPS (2020).

En la Tabla 3 se nota que al comparar las cantidades totales de profesionales médicos/as en el 2020 con aquellos presentes en el 2014, se observa un aumento del 9,25 %. Este incremento no fue homogéneo, sino que profundizó las diferencias preexistentes, ya que se observó un crecimiento de 19 % para CABA, mientras que para Santiago del Estero un decremento del 9,54 %. Del total de 15.541 médicas/os que se sumaron en ese período, el 66,57 % se radicaron en solo dos distritos: CABA y Santa Fé (52,3 % y 14,27 % respectivamente).

Hubo un mejoramiento general en la tasa de médicos/as del 5 % para todo el país, mientras que, al interior de las jurisdicciones, se observa que sólo 8 provincias incrementaron su número de médicas/os por encima del aumento de población, entretanto, el resto disminuyó dicha tasa, con peor evolución en Tierra del Fuego, Santa Cruz y Santiago del Estero.

En relación a la evolución de especialistas se observó que en términos del total país aumentó la proporción en un 15,5 %. Comparando las provincias entre sí, se observa una continuidad con la tendencia a la baja, disminuyendo el porcentaje respecto a 2014 conforme disminuye el PBIxc en dichos grupos. Se destacan las provincias como Catamarca y Santiago del Estero por la evolución negativa (-77,49 % y -58,09 %, respectivamente).

Finalmente, la comparación de los datos correspondientes al porcentaje de evolución de especialistas en APS entre años 2020 y 2014, arrojó una disminución para todas las regiones del 14,8 %. Se observó que el grupo de provincias con peor PBIxc y TMI tuvieron una mayor pérdida de profesionales especialistas en APS, siendo Santiago del Estero y Formosa las jurisdicciones con los principales déficits (-84,5 % y -70,1 %, respectivamente). A estas provincias se le suma Catamarca, perteneciente al grupo intermedio con una pérdida relativa del 87,3 % de los especialistas de APS en dicho período. Sólo ganaron profesionales especialistas de APS, San Luis y la provincia de Buenos Aires (2,4 % y 1,9 % respectivamente).

**Tabla 3.** Evolución de la distribución de médicos/as, especialistas y de ellos, los especialistas en APS en el periodo 2014-2020.

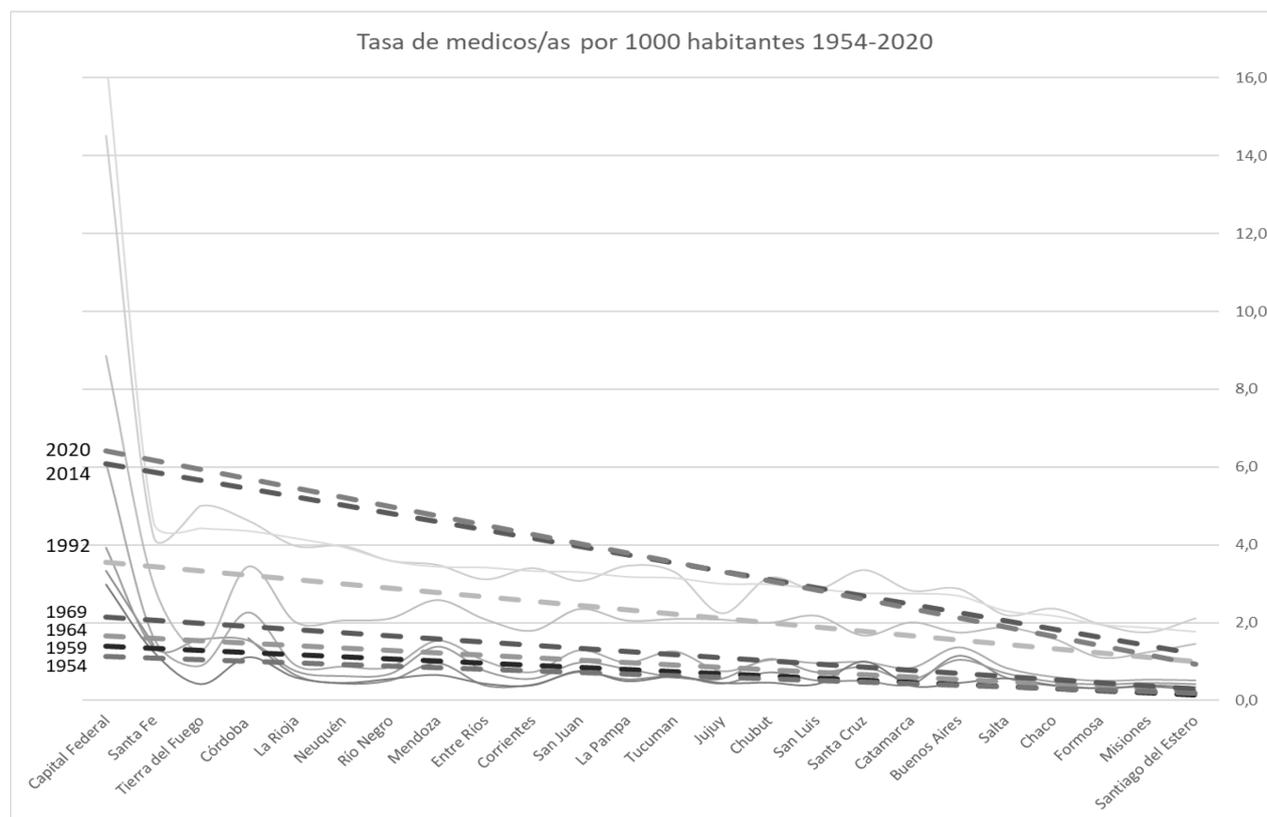
Grupo	Jurisdicción	Evolución porcentual de Médicas/os 2014-2020	Delta / Diferencia	Evolución Tasa de méd.	Evolución Especialistas	Evolución Esp. APS
1	T. del Fuego	8,65 %	0,41 %	-11,64 %	12,67 %	-12,8 %
	CABA	18,98 %	52,31 %	17,70 %	8,83 %	-17,3 %
	Neuquén	10,77 %	1,68 %	-0,68 %	6,66 %	-23,2 %
	Santa Cruz	0,96 %	0,06 %	-18,03 %	-0,31 %	-36,7 %
	Chubut	8,91 %	1,00 %	-5,35 %	26,80 %	-7,2 %
	Santa Fe	15,59 %	14,27 %	8,55 %	210,95 %	68,9 %
	La Pampa	-1,95 %	-0,15 %	-8,45 %	4,20 %	-66,5 %
2	San Luis	11,04 %	0,95 %	0,24 %	9,50 %	2,4 %
	Catamarca	4,43 %	0,32 %	-2,97 %	-77,49 %	-87,3 %
	Rio Negro	10,84 %	1,72 %	-0,38 %	26,55 %	-11,8 %
	Córdoba	2,37 %	2,48 %	-5,88 %	23,47 %	-3,8 %
	Mendoza	7,40 %	3,09 %	-1,41 %	-16,43 %	-43,6 %
	Entre Ríos	18,10 %	4,74 %	9,57 %	23,67 %	-10,7 %
	San Juan	17,28 %	2,49 %	7,23 %	-9,53 %	-38,4 %
	Bs. As.	1,41 %	4,27 %	-6,63 %	15,74 %	1,9 %
3	S. del Estero	-9,54 %	-1,19 %	-16,67 %	-58,09 %	-84,5 %
	La Rioja	16,60 %	1,54 %	4,75 %	-10,17 %	-40,8 %
	Salta	16,27 %	3,01 %	4,66 %	79,70 %	-4,4 %
	Jujuy	14,37 %	1,49 %	33,56 %	-22,95 %	-63,2 %
	Corrientes	5,08 %	1,18 %	-2,31 %	3,81 %	-25,8 %
	Chaco	-0,11 %	-0,02 %	-8,13 %	-3,76 %	-34,6 %
	Misiones	16,68 %	2,21 %	6,39 %	-7,09 %	-49,1 %
	Tucumán	4,95 %	1,65 %	-4,87 %	-28,78 %	-52,2 %
	Formosa	6,52 %	0,47 %	-0,47 %	-14,19 %	-70,1 %

Total	9,25 %	-	5,00 %	15,5 %	-14,8 %
-------	--------	---	--------	--------	---------

Fuente: Elaboración propia con datos del REFEPS (2020).

En el Gráfico 2 se observa la evolución histórica de las tasas de médicas/os en las diferentes provincias medido en el período histórico entre 1954 y 2020. Aquí se aprecia un incremento en la pendiente entre distritos en relación a la tasa de médicas/os (es decir, que aumentó la brecha). Si bien CABA siempre lidera el ranking con mayor tasa de médicas/os respecto al resto del país, a partir de la medición del año 1992 esa diferencia aumentó de manera logarítmica llegando a cuadruplicar al segundo distrito

**Gráfico 2.** Distribución de la Tasa de médicos/as cada 1000 habitantes 1954-1990-2014-2020 en 24 jurisdicciones de Argentina.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del trabajo de Schufer (2000) y del REFEPS (2020).

En síntesis, Argentina parece tener una cantidad adecuada de profesionales médicos/as por habitantes comparada con países desarrollados y mucho mejor que otros países de la región, por ejemplo: Alemania con 4,2, España 3,87, Francia 3,27, Suiza 4,3, Estados Unidos 2,6, Brasil 2,3, Chile 2,59, Ecuador 2,04, Paraguay 1,35 y Uruguay 5,08 (OMS, 2020). Para el año 2020, la tasa de médicas/os en Argentina fue de 3,88 por cada 1.000 habitantes, siendo el 53,4 % especialistas y, de éstos, sólo 27,6 % especialidades relacionadas a APS. Cuando se analizan estos datos al interior de las jurisdicciones, se detecta que CABA concentra 16,5 profesionales médicos/as por cada mil habitantes; y que provincias como Santiago del Estero y Formosa alcanzan valores de 1,8 y 1,9 médicas/os cada mil habitantes respectivamente.

Cabe destacar que el aumento de la tasa de médicas/os entre 2014 y el 2020 no acompañó el crecimiento poblacional del país, que fue de un 11,4 % (INDEC, 2022), siendo que en Brasil por ejemplo, el crecimiento de la tasa de médicos/as (35 %) fue mayor a la del crecimiento poblacional del período 2010-2020 (9,22 %) (Scheffer & Cassenote, 2020). México posee una tasa de médicos/as de 2,4 cada mil habitantes, incrementando el número de estos profesionales de la salud desde el 2014 en un 9,3 % mientras la población de dicho país se incrementó en un 6,5 % en dicho período (INEGI, 2014). Perú tiene una tasa de médicos/as de 1,67 cada 1000 habitantes (Ministerio de Salud de Perú, 2021) y tuvo un incremento durante los últimos 9 años del 59 % mientras que la población aumentó un 12,7 % (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2023). En China hubo una gran reforma donde el crecimiento de médicos/as aumentó un 6,4 % vs. 1,94 % del aumento poblacional en el período 2009-2017 (Cao *et al.*, 2020).

En cuanto a la especialización de los/as médicos/as, Argentina presenta el 53,4 % de los/as médicos/as especializados, mientras que Brasil la proporción de especialistas vs. no especialistas es mayor, siendo del 61 % para aquellos que tienen alguna especialidad (Scheffer & Cassenote, 2020). En Chile el 53 % de los médicos son especialistas (2011) (Torres-Quevedo, 2016; Gattini, 2014), en México el 33 % (INEGI, 2021) y en Perú, el 37 % son especialistas, y de éstos, el 50 % desarrolla su actividad en Lima (Ministerio de Salud de Perú, 2021; Velázquez *et al.*, 2019).

Finalmente, cuando se habla de especialidades en APS, en Argentina representan un 27,58 % del total de especialistas, porcentaje comparativamente menor a los de Brasil y Chile, que alcanzan el 30,8 y 46 % respectivamente (Gattini, 2014; Scheffer & Cassenote, 2020). En Perú, solo el 6,5 % de los/as médicos/as desarrollan su actividad en el primer nivel de

atención (Ministerio de Salud de Perú, 2021). En Uruguay, sin contar con datos de Medicina general, únicamente el 16,42 % se consideran especialistas en APS (2010) (Sindicato Médico del Uruguay, 2010).

En Argentina, en las regiones más necesitadas, con peores indicadores económicos y sanitarios, la proporción de médicos/as por habitante es muy deficiente. Este hecho se ve agravado año tras año, probablemente por el progresivo desinterés de egresadas/os en la carrera de Medicina en los concursos de residencias, especialmente en las especialidades de APS, fenómeno que se observa más profundamente en las provincias con mayores déficits económicos y sanitarios (Falasco & Falasco, 2018; OPS, 2011; Dure, Daverio & Dursi, 2013). Como contraparte de esta situación, los/as médicas/os se orientan a la elección de especialidades lineales y subespecialidades no priorizadas en los consensos del COFESA<sup>8</sup> (Falasco & Falasco, 2018; Dure, Daverio & Dursi, 2013; Acevedo *et al.*, 2016; Eymann *et al.*, 2020).

Desde finales de la primera década de este siglo, se promueve un aumento en el número y la distribución geográfica de nuevas carreras de Medicina públicas con perfiles de egreso orientados a la APS, entendiendo que el lugar de formación incide en la radicación posterior, generando una profunda desigualdad en la distribución en regiones más alejadas de los grandes centros urbanos, sobre todo médicos/as de atención primaria (Abramzon, n.d.; Wilson *et al.*, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2014; Gollan *et al.*, 2015; Grobler *et al.*, 2015; Sn et al. 2011; Navarro Pérez *et al.*, 2015; Hines *et al.*, 2020; OPS, 2022).

Este hecho aún no está impactando en el resultado de la distribución de médicas/os en nuestro país, tal como sí se ha demostrado en otros países (Secretaría de Políticas Universitarias & Ministerio de Educación de la Nación, 2015; Coutinho *et al.*, 2017), tema recurrente de debate en el seno del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP, 2022).

Por todo lo desarrollado hasta ahora es imprescindible analizar la conducta de los/as egresados/as de las carreras de Medicina y su comportamiento en cuanto a la decisión de

---

<sup>8</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/consejo-federal-salud/actas-2008>.

formarse y dónde radicarse para poder establecer un análisis a largo plazo, ya que las decisiones que tomen nos mostrarán el escenario futuro de la distribución de profesionales médicos/as, ya sea en cuanto a su localización geográfica como a su especialidad médica. Es también importante que dicho análisis tenga en cuenta los procesos, generalmente invisibilizados, que van construyendo tal decisión a lo largo de la carrera de Medicina y se acentúa en la residencia médica.

### ***La formación universitaria de médicos/as y las residencias médicas: base inicial de la distribución profesional en Argentina***

#### *Formación de grado: Las Universidades*

Las Universidades en el mundo tienen sus orígenes en la Edad Media, siendo la Universidad de Bolonia, fundada en 1088, considerada la más antigua en funcionamiento actualmente (Makdisi, 1981). Las cuatro Universidades que nacieron en el siglo XII, además de la de Bolonia, fue la de París, la de Oxford y la de Montpellier. Las de Bolonia y París fueron los dos arquetipos. Todas las demás Universidades medievales se formaron bajo su influencia o por maestros o estudiantes que se separaron de ellas. En el siglo XIII apareció una centena de Universidades, hacia el final de la Edad Media había ochenta (Chuaqui, 2002). A comienzos del siglo XIII se establecieron las facultades; las primeras fueron las de Artes y la de Teología; pronto nacieron la de Derecho, Filosofía y Medicina y luego, entre otras la de Matemáticas y Ciencias Naturales.

En Alemania la facultad de Medicina pasó a constituir una categoría aparte de las demás, que representaban campos ligados a la Filosofía. Reflejo de estas dos categorías de facultades son los dos tipos de grados doctorales, que, siguiendo el modelo alemán, otorgan las Universidades norteamericanas: el *Philosophical Doctor* (PhD), con sus diversas menciones, y el *Medical Doctor* (MD). El formar profesionales y el hacer ciencia iban a marcar dos nuevos tipos de Universidades, que nacieron a comienzos del siglo XIX. Cada uno de estos modelos fue adoptado separadamente por distintos países de Europa, Norteamérica y América Latina (Casanova Cardiel, 2015).

La Universidad profesionalizante se formó en la primera década del siglo XIX con Napoleón, que después de disolver las tradicionales creó la Universidad Imperial (Brunner, 2016). Era

ésta una corporación estatal y centralizada, con sedes en las provincias y que asumió la dirección de toda la enseñanza, universitaria y escolar, bajo el principio doctrinario de que la función de enseñar las nociones que forman al ciudadano es un privilegio del Estado. Su misión fue formar intelectuales con un saber práctico útil a la sociedad (Brunner, 2016).

En aquella misma década en que se fundó la Universidad Imperial, nació en la cercana Prusia un nuevo género de Universidad que tendría no menor influencia que la napoleónica: la Universidad Humboldtiana. La reforma también se extendió al liceo, así surgió el *Gymnasium Humanisticum*, hasta hoy el de más alta categoría en Alemania (Casanova Cardiel, 2015).

El enfoque para esta renovación fue radicalmente distinto del de la napoleónica: la Universidad Humboldtiana se edificó basándola en la investigación científica y en la incorporación de los nuevos resultados en la enseñanza. La reforma se propuso impulsar el desarrollo de todas las ciencias y en el campo médico, sobre todo las disciplinas básicas. El título de Doctor cobró el sentido en que lo entendemos hoy día: un grado que acredita la capacidad de investigador independiente. Así, Alemania pasó a la cabeza en el campo científico hasta la II Guerra Mundial. Este modelo ha influido fuertemente en las Universidad de los Estados Unidos, desde donde ha ejercido su influencia en nuestras instituciones.

En los años 50 del siglo XIX, en aquella próspera década de la era Victoriana, John Henry Newman, que llegaría a ser Cardenal, fundó en Dublín la Universidad Liberal, un nuevo modelo. Su misión, esencialmente docente, era triple: primero, la enseñanza de un saber universal comandado por la tecnología, segundo, el desarrollo en el educando de una visión amplia, de una mente desapasionada, del hábito de reflexionar, de una inteligencia crítica, lo que conformaba el carácter liberal, el pensar por sí mismo, por último, desarrollar en el estudiante una moral recta, un gusto delicado, una sensibilidad social y un comportamiento noble ante la vida. Éste era el gentleman que pretendía formar. La Universidad Liberal duró media centuria, nació a destiempo, cuando en Gran Bretaña estaba en marcha el desarrollo industrial y la sociedad necesitaba científicos y profesionales; desapareció a comienzos del siglo XX (Martín-Sánchez & Cáceres-Muñoz, 2015).

En sintonía con el clásico modelo francés de enseñanza superior (“napoleónico”), la gran mayoría de las Universidad latinoamericanas adquirió desde su génesis una fuerte impronta “profesionalista”. Se organizaron a través de escuelas especiales o profesionales, denominadas “facultades”, desde las cuales se promovió la formación de profesionales

calificados (médicos, maestros, ingenieros, abogados o administradores), que se estimaba debían estar al servicio del Estado. Ahora bien, este perfil entró, luego, en tensión directa con la orientación modernizadora, a la vez científica y civilizatoria, de otras instituciones que no se concebían como meros canales de transmisión de conocimientos y promovían actividades de investigación en su seno, de acuerdo con la prédica del modelo universitario alemán (Hugo & Soria, 2019).

En Argentina, la historia de las Universidades se remonta al siglo XVII, cuando se fundó la Universidad de Córdoba en el año 1613, convirtiéndose en la primera Universidad en el territorio argentino. Durante el siglo XIX, se crearon varias Universidades en Argentina, como la Universidad de Buenos Aires en 1821, que se convirtió en una de las instituciones académicas más importantes del país. En el siglo XX, se establecieron más Universidades en todo el país, incluyendo la Universidad Nacional de La Plata en 1905 y la Universidad Nacional de Cuyo en 1939 (Halperin Donghi, 1998).

La reforma de los estatutos de la Universidad porteña acaecida en 1906 constituyó el desenlace de una serie de conflictos entre un sector de las autoridades universitarias y los estudiantes. Los conflictos evidenciaban los desajustes entre las características y composición del alumnado (ahora integrado por jóvenes de clase media de origen migratorio), la instrucción universitaria (cuestionada por su orientación y bajo nivel) y las estructuras de gobierno académico.

En 1916 la Universidad de Buenos Aires contaba con 5400 estudiantes, La Plata algo más de 1000 y Córdoba 700. El crecimiento del número de estudiantes fue acompañado por el surgimiento de las primeras organizaciones gremiales: en 1900 el centro de estudiantes de Medicina, en 1903 el de Ingeniería y en 1905 los de derecho y filosofía y letras. En 1908 se fundó la Federación Universitaria de Buenos Aires.

Frente a la sucesión de conflictos y protestas de los estudiantes, la conducción de un nuevo rector en 1906, Eufemio Uballes, permitió reformar los estatutos ese mismo año. Los cambios terminaron con el poder de las academias con miembros vitalicios, con los exámenes generales y con los cuestionados nombramientos de profesores.

En Córdoba las autoridades universitarias, mucho más conservadoras que sus pares liberales de Buenos Aires, fueron reacias a incorporar cambios, manteniendo los estatutos sancionados en 1880. Las tensiones que esta situación generó en la Universidad cordobesa daría lugar a

uno de los movimientos de transformación universitaria más relevantes en la historia de las instituciones de educación superior de América Latina: La Reforma Universitaria de 1918 (Manzo & Flavio, 2006).

La segunda etapa de las Universidad en Argentina, desde fines de los cincuenta hasta 1966 estuvo marcado por la modernización y el desarrollo. Para la Universidad, ese periodo está ligado al proceso de institucionalización de las Ciencias Sociales y al surgimiento de un pensamiento social latinoamericano. Esa etapa considerada por muchos como la época de oro de las Universidad argentinas pronto concluiría. Las décadas del sesenta y setenta, fueron de gran convulsión política en Latinoamérica y en Argentina a raíz del advenimiento de las dictaduras militares, lo que trajo como consecuencia el cierre de una etapa y el inicio de tremendos problemas para la educación superior.

Los jóvenes estuvieron muy activos en esa etapa, bajo las consignas del socialismo, revolución y expulsión del imperialismo en todas sus formas y las oligarquías asociadas al capital extranjero, sin dejar de dar batalla a temas estrictamente académicos, reclamando por el atraso que mostraban ciertas cátedras.

En ese clima de protesta se unieron a la clase obrera para cuestionar el orden político dictatorial. La unión con ese sector, particularmente en Córdoba donde en los años 50 se habían instalado varias industrias automotrices y las industrias Aeronáuticas y Mecánicas del Estado, el debate universitario planteaba la antinomia entre la Universidad de los trabajadores del pueblo y la Universidad científica o Universidad de la excelencia. “Dicho de otro modo calidad o inclusión”<sup>9</sup> (Vera de Flachs, 2016:7).

Entretanto, en ese momento el problema que se planteaba era la de la superpoblación estudiantil en las Universidad Nacionales. Surge allí, bajo gobiernos de facto, el plan Taquini de creación de Universidad en diferentes provincias del país con el fin de descentralizar, el sistema Universitario. La Universidad de masas en contraposición con la Universidad científica, fue uno de los principales factores que motivó el desarrollo del “plan”. Según el planteo de ese momento el aumento sostenido de la matrícula en todas las Universidad del

---

9 Palabras de Carolina Scotto, rectora de la Universidad de Córdoba en Estela (en Vera de Flachs, 2016:7).

país, era incompatible con una Universidad científica que debía velar por el desarrollo y el progreso. Las Universidad creadas en esa época fueron: la Universidad Nacional de Río Cuarto, Universidad Nacional del Comahue, Universidad Nacional de Salta, Universidad Nacional de Catamarca, Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Universidad Nacional de Luján, Universidad Nacional de Entre Ríos y Universidad Nacional de San Luis (Mendonça, 2015). Para descentralizar, entre 1971 y 1973, se crearon 13 Universidad y se nacionalizaron algunas provinciales lo que posibilitó que el sistema universitario se ampliara de 9 Universidad en 1966, a 47 en 1975, número que se mantendrá estable hasta 1989 (Vera de Flachs, 2016).

Durante los años '90, la implementación de las políticas neoliberales, contando con el apoyo de los organismos financieros, en especial del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), tuvieron un rol capital en el diseño de programas destinados a la reformulación de los sistemas educativos de la región. En la Argentina, el 20 de julio de 1995 se sancionó una nueva Ley de Educación Superior (LES) N° 24501 que regulaba el sistema universitario (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1995). La política de mejorar la calidad académica dejaba de lado la intervención en las carreras de grado, para promocionar la oferta de los posgrados y maestrías, que comienzan a proliferar en el ámbito universitario. La ley tuvo resistencia y el movimiento estudiantil y docente, elevaron en reiterados encuentros voces de protesta en tanto consideraban que ella era contraria a los postulados de la Reforma del 18. Durante el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, impulsada por la senadora Adriana Puiggrós, en junio de 2013, se presentaron modificaciones a la misma, las que fueron sancionadas el 28 de octubre de 2015 como Ley N° 27204, de implementación efectiva de la responsabilidad “indelegable y principal del Estado en el nivel de educación superior”, considerándola un “bien público” y un “derecho humano”.

Durante el período del gobierno de los Kirchner se establecieron en el país 17 nuevas Universidad, sobre todo en sectores o regiones del país con menor accesibilidad a los estudios superiores, democratizando el acceso y generando una gran masa de primera generación de estudiantes universitarios/as (Chiroleu, 2018). En la gran mayoría de estas Universidad se crearon carreras de Medicina y enfermería entendiendo el déficit sanitario que sufría nuestro país.

El total de Universidad en Argentina al 2022 es de 68 Universidad Nacionales de gestión pública y 65 de gestión privada.(Secretaria de Políticas Universitarias & Ministerio de Educación de la Nación, 2015).

**Tabla 4.** Universidad en Argentina en diferentes períodos (Mollis, 2019).

CRECIMIENTO DE INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR UNIVERSITARIA PÚBLICA Y PRIVADA, POR PERÍODOS Y GESTIÓN DE GOBIERNO (1613-2013)								
N	Primer período Desde la colonia hasta fines del siglo XX 1613-1990		Primer Período Privatista 1991-2002 Menemismo		Segundo Período Privatista 1991-2002 Menemismo y otros		TOTAL 1613-2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Universidad Públicas	30	50	8	22	10	38	48	39
Universidad Privadas	24	40	18	50	8	31	50	41
Institutos Universitarios Públicos	3	5	2	5	2	8	7	6
Institutos Universitarios Privados	2	3	6	17	6	23	14	11
Universidad Provincial	0	0	1	3	0	0	1	1
Universidad Extranjera	0	0	1	3	0	0	1	1
Universidad Internacional	1	2	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

### *La enseñanza de la Medicina*

La enseñanza de la Medicina en Argentina tiene sus raíces en el período colonial, con la creación de las primeras cátedras de Medicina en las Universidad coloniales. Sin embargo, fue en el siglo XIX cuando se consolidó la educación médica en el país (Buzzi, 2010; Centeno & Campos, 2017).

Durante el siglo XIX, se establecieron las primeras facultades de Medicina en Argentina. La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) es una de las más antiguas y

prestigiosas del país. Fue fundada en 1822 y desempeñó un papel fundamental en la formación de médicos en Argentina (Buzzi, 2010; Unzué, 2012).

En el contexto de la expansión de la educación médica, surgieron otras facultades de Medicina en diferentes provincias del país. Por ejemplo, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba fue creada en 1877, convirtiéndose en la segunda facultad de Medicina establecida en Argentina (Unzué, 2012).

Hasta 1958 había siete carreras de Medicina que funcionaban en Universidad de gestión estatal. Ese año, luego de intensas luchas políticas, se promulgó la ley que autorizaba el funcionamiento de las Universidad privadas<sup>10</sup>. Dos de ellas tenían carreras de Medicina. A partir de ese momento, el sistema universitario argentino, según su modo de financiación, quedó constituido por Universidad de gestión estatal y de gestión privada. Las primeras, sustentadas por el Estado, y las segundas, por las aportaciones de sus estudiantes (Centeno, 2006).

En Argentina, al año 2020, existen 57<sup>11</sup> carreras de Medicina, 28 de gestión pública y 29 de gestión privada (Tabla 5, Figura 2). Las carreras dependientes del Estado concentran el mayor número de estudiantes, de un total de 1.871.445 estudiantes de Medicina, casi el 80 % (78,6 %) pertenecen a las carreras de gestión pública. (A. M. Centeno, 2006). La distribución geográfica nota una concentración en la región central del país, con mayor proporción de las de gestión privada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y un número importante de carreras de Medicina en la región del conurbano: La Matanza, Florencio Varela y José C. Paz. En el interior del país hubo un incremento de carreras en su gran mayoría de gestión pública.

Las nuevas carreras, aquellas que comenzaron sus actividades durante el siglo XXI<sup>12</sup>, la mayoría, adecuaron sus planes de estudios a una modalidad diferente e innovadora. Apuntó a

---

10 Decreto-Ley 6403/1955. Boletín Oficial de la República Argentina, luego transformado y reglamentado Ley en el año 1958 (Gobierno de Frondizi bajo la Ley 14557/58 (Ley Domingorena).

11 Se incluyen sedes de carreras que se dictan en otro territorio.

12 Universidad Nacional del Sur, Universidad Nacional de Santiago Del Estero, universidad Nacional del Centro, Universidad Nacional de Villa María, Universidad Nacional de la Matanza, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Universidad Nacional José C. Paz, Universidad Nacional de Villa Mercedes, Universidad

un perfil de graduado/a generalista, comprometido con la salud de la población, con una estrategia pedagógica basada en problemas, que permita al/la estudiante ser crítico/a, reflexivo y con una carga horaria importante en actividades comunitarias. La política fue acercar las carreras a la población con mayores necesidades y generar una currícula de un/a profesional adecuado/a a dichas problemáticas, fundamentalmente orientado a la APS.

De estas Universidad (Gestión Pública y de Gestión Privada) se reciben anualmente un número aproximado de 5.500 médicos/as, si bien la Ley de Educación Superior (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1995) habilita formalmente a los profesionales a ejercer la práctica médica con el título de grado (título habilitante) (Arte de Curar, 1967), una vez obtenido el mismo, la mayoría opta por continuar su formación para obtener sus títulos de especialistas en distintos espacios y formatos de posgrado entre los que se encuentran las residencias profesionales del equipo de salud, reguladas por la Ley 22127/80 (Ley 22127/80, 1980) y Resolución Ministerial 1993/2015 del Ministerio de Salud de la Nación (Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, 2015).

**Tabla 5.** Carreras de Medicina en Argentina según tipo de financiamiento<sup>13</sup>.

GESTIÓN PRIVADA	
Instituto Universitario CEMIC	Unidad Académica Escuela de Ciencias de la Salud
Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba	Medicina
Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Barceló	Facultad de Medicina
Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Barceló	Sede La Rioja. Facultad de Medicina

Nacional de Chaco Austral, Universidad Nacional de Rio Negro, Universidad nacional de Salta, Universidad Nacional de Entre Ríos, Universidad Nacional San Juan Bosco.

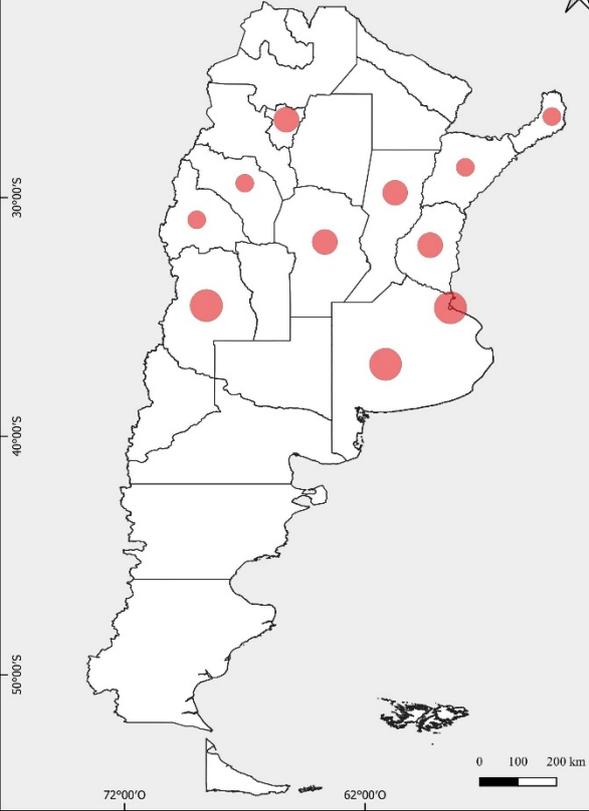
13 Guías de carreras universitarias. Departamento de información universitaria. Secretaria de políticas Universitarias. Ministerio de educación de la Nación. Disponible en:  
[https://guiadecarreras.siu.edu.ar/ciie\\_ofertas/2.0/guia\\_grado.php?ah=st6473689919abb&ai=ciie\\_ofertas|14000101&tcm=popup&tm=1&titulo=medico&idtitulopresencial=0&rama=CD&disciplina=MEDI&regimen=0&institucion=nopar&provincia=0&localidad=&nivel=1](https://guiadecarreras.siu.edu.ar/ciie_ofertas/2.0/guia_grado.php?ah=st6473689919abb&ai=ciie_ofertas|14000101&tcm=popup&tm=1&titulo=medico&idtitulopresencial=0&rama=CD&disciplina=MEDI&regimen=0&institucion=nopar&provincia=0&localidad=&nivel=1)

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Barceló	Sede Santo Tome. Facultad de Medicina
Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano	Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano - UA
Instituto Universitario Italiano de Rosario	Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Abierta Interamericana	Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana	Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud - Rosario
Universidad Adventista del Plata	Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Austral	Facultad de Ciencias Biomédicas
Universidad Católica de Córdoba	Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Católica de Cuyo	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica de Cuyo	Facultad de Ciencias Médicas - Sede San Luis
Universidad Católica de las Misiones	Ciencias de la Salud
Universidad de Buenos Aires	Facultad de Medicina
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales	Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Concepción del Uruguay	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad del Aconcagua	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de la Fraternidad de Agrupaciones Santo Tomás de Aquino	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino	Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad del Salvador	Facultad de Medicina
Universidad de Mendoza	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Mendoza	Subsede San Rafael
Universidad de Morón	Escuela Superior de Ciencias de la Salud
Universidad de San Pablo - T	Instituto de Salud y Calidad de Vida
Universidad Favaloro	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Maimónides	Facultad de Ciencias de la Salud
<b>GESTIÓN PÚBLICA</b>	
Universidad Nacional Arturo Jauretche	Instituto de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de Córdoba	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Cuyo	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Entre Ríos	Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de La Matanza	Departamento de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco	Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud - Sede Comodoro Rivadavia

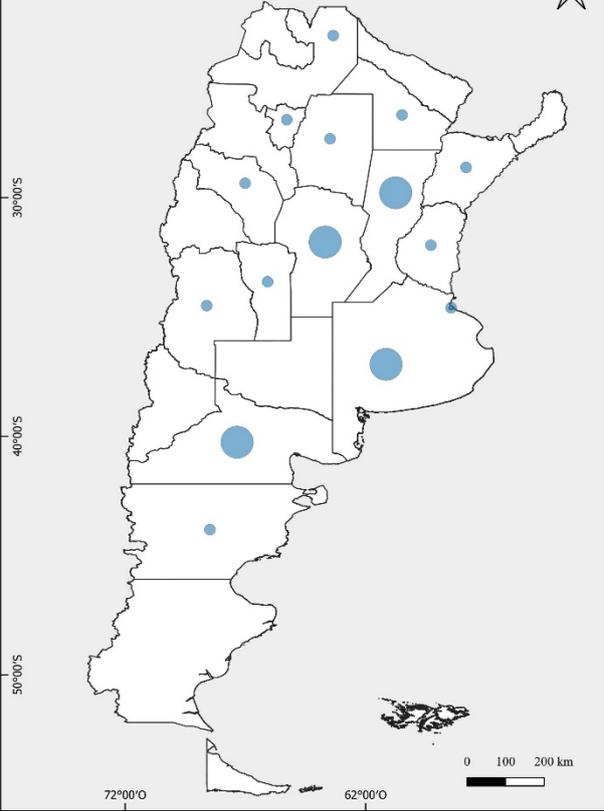
Universidad Nacional de La Plata	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de La Rioja	Departamento Académico de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires	Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional del Chaco Austral	Departamento de Ciencias Básicas y Aplicadas
Universidad Nacional del Comahue	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional del Litoral	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional del Nordeste	Facultad de Medicina
Universidad Nacional del Sur	Departamento de Ciencias de la Salud - Sede Bahía Blanca
Universidad Nacional del Sur	Departamento de Ciencias de la Salud - Sede Pigüé
Universidad Nacional de Mar del Plata	Escuela Superior de Medicina
Universidad Nacional de Río Negro	Unidad Académica Sede Andina
Universidad Nacional de Rosario	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Salta	Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de Santiago del Estero	Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Tucumán	Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Tucumán	Facultad de Medicina - Sede Salta
Universidad Nacional de Villa María	Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Humanas
Universidad Nacional de Villa Mercedes	Escuela de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional José C. Paz	Departamento de Ciencias de la Salud y el Deporte
Universidad Nacional de Buenos Aires	Facultad de Medicina

**Figura 2.** Mapa con las carreras de Medicina en Argentina según tipo de financiamiento, en base a Tabla 5.

*Universidades de gestión privada, por provincia*



*Universidades de gestión pública, por provincia*



### *Formación de posgrado: Las residencias médicas*

Todos los años, miles de profesionales de la Medicina, egresados/as del grado se presentan a rendir el EU para acceder a las residencias médica (Residencias del Equipo de Salud) en diferentes instituciones, públicas, privadas, de Obras Sociales y Universitarias. Dicho examen otorga un orden de mérito que permite a cada jurisdicción a elegir sus ingresantes. Algunas consensuan su ingreso a partir del Concurso Unificado<sup>14</sup> y otras además del orden de mérito incluyen una entrevista o diferentes estrategias.

En la actualidad, la oferta de formación de las residencias incluye becas financiadas por el Ministerio de Salud de la Nación, por los Ministerios de Salud provinciales y CABA, por las Universidad, por las Fuerzas de Seguridad y/o por Instituciones Privadas<sup>15</sup> (Gómez, 2015). En total, se calcula que anualmente se presentan a rendir el examen 7000 aspirantes para Medicina, de los cuales 4500 ingresan a residencias médicas de diferentes jurisdicciones.

El funcionamiento y organización de las residencias que integran este Sistema Nacional responde a criterios y lineamientos comunes, definidos por el Ministerio de Salud, aprobados por el COFESA<sup>16</sup> y expresados en el Marco del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES). De esta manera, el SNARES asume la regulación de la residencia, con los propósitos de mejorar y sostener la calidad de los procesos formativos y establecer pautas comunes para el funcionamiento de todas las residencias del país. Ya en el año 2010, por Disp. N° 29/2010 se definió el Instrumento Nacional de Evaluación y los Estándares Nacionales de Acreditación que se han ido implementados y actualizados gradualmente.(Ministerio de Salud, 2014; Residencias Del Equipo De Salud Sistema Nacional de Acreditación De Residencias - Implementación, 2007; Ley 22127/80, 1980; Gómez, 2015).

---

14 <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso-residencias/concurso-unificado>

15 <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/datos/formacion/residencias>

16 COFESA: El Consejo Federal de Salud es un organismo público creado por la ley 22373 de 1981 con el objeto de coordinar las acciones de salud pública en la Nación Argentina. Es un espacio de reunión periódica de todos/as los/as Ministros/as de Salud de las Provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires junto al/la Ministro de Salud de la Nación

## ***Definición***

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) 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” (OPS, 2011).

La Resolución Ministerial 1778/61 (Ministerio de Salud, 2001) que reglamenta el sistema de Residencia Medica Hospitalaria, plantea "que la formación y capacitación del médico para la solución de los distintos problemas asistenciales, forman parte de los programas de este Ministerio y están ligadas a la idea fundamental de brindar mejor servicio al pueblo," y define a las residencia hospitalaria como "un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad". Sin embargo, la Ley de Residencias de Salud (Ley 22127/80, 1980) no tuvo en cuenta en su articulado la definición de residencias, así como los objetivos de las mismas, pero introdujo un elemento importante como el de residencias de salud (ampliando así, a diferencia de la denominación anterior de residencia médica hospitalaria).

En Argentina existen cinco formas que permiten acceder a un título/certificado de especialista en Medicina (Ley 23873 Arte de Curar, 1990): Sociedades Científicas, Carreras de Especializaciones Universitarias, evaluaciones de Comisiones *ad hoc* de entidades de aplicación, ser Profesor Titular por concurso de la materia y en actividad y la Residencia Medica. Sin embargo, ésta última constituye, en principio, la de mayor legitimidad para la consecución del título de Especialista y la que mayor prestigio le otorga a los servicios de atención médica (Davini, 2003). Por ende, es una de las modalidades más elegidas por los/as profesionales médicos/as recientemente egresados/as (Duré & Cadile, 2015; Gómez, 2015).

Las residencias médicas consisten en un sistema destinado a graduados recientes, rentado y con dedicación exclusiva, al que se accede por concurso abierto. La duración es variable, entre 3 y 5 años dependiendo de la especialidad; y se establece un contrato donde el residente debe cumplimentar requisitos académicos, de presentismo y evaluación (Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, 2015).

Algunos estudios (Duré & Cadile, 2015; Acevedo *et al.*, 2016) han planteado que la residencia es considerada por los profesionales la mejor opción para especializarse, ya que rescata el potencial de la “formación en el trabajo”, integrando la teoría en la práctica a la vez que se integran saberes de forma individual y colectiva. La residencia, en tanto sistema de formación en servicio, se basa en la apropiación de saberes a través de la resolución de problemas en tanto construcción activa que trasciende la recepción pasiva de conocimientos, ya sea en el plano académico como aquel derivado de la experiencia generada durante la formación. El proceso de enseñanza-aprendizaje se centra en la ejecución por parte de los residentes de acciones profesionales supervisadas, de complejidad y responsabilidad crecientes a medida que se avanza en la especialización. Orientados por marcos de referencia y programas específicos para cada especialidad, el sistema de residencias permitiría una formación equivalente en todo el país y ofrecería oportunidades para el desarrollo de las competencias profesionales necesarias para el ejercicio de las diferentes especialidades médicas (Duré & Cadile, 2015).

#### *Historia de las Residencias Médicas*

La historia de las residencias podría iniciarse con el cirujano austríaco Teodoro Billroth, profesor y jefe de cirugía en el Allgemeine Krakenhouse de Viena durante la segunda mitad del siglo XIX (Quijano-Pitman, 1999) aunque oficialmente se plantea sus reales inicios en Francia en 1920, denominándose como “internado hospitalario”, refiriéndose a un sistema de educación médica junto al enfermo (Buzzi, 2010). De acuerdo al doctor Maurice de Fleury en su libro *Le Médecin* (1927), esta institución requería, para acceder a sus cargos, superar concursos difíciles, y durante cuatro años el practicante interno pasaba la mayor parte de su tiempo en el hospital. Durante la mañana examinaba los pacientes que ingresaban para presentarlos al jefe de sala o de servicio; después del mediodía realizaba una segunda recorrida de sala, y durante las veinticuatro horas aseguraba la atención médica de los pacientes internados. Una o dos veces por semana se hallaba instalado en la sala de guardia, donde asistía a las urgencias, realizaba las anestесias con éter sulfúrico, y ayudaba al médico interno en las intervenciones quirúrgicas (Buzzi, 2010).

En América se puede establecer sus inicios posteriores al informe Flexner quien copió modelos de la John Hopkins, de escuelas de Medicina inglesa, francesa y alemana (Flexner, 1910). Tras el informe Flexner, el Consejo de Educación Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana (AMA) se convirtió en la primera organización médica en

organizar los estándares de educación de posgrado. La primera lista de hospitales acreditados para las residencias se publicó en 1914. El documento, “Fundamentos de la aprobación Residencias y Pasantías”, fue avalado por la Cámara de Delegados de la AMA en 1928 y fue considerada la base para los estándares en evolución para la residencia capacitación (Budget *et al.*, 2007).

Si bien en aquella época, década del ‘30, se analizaron otras propuestas de formación (posgrados académicos, cursos de posgrados, etc.), la residencia se convirtió en la norma de la formación de especialistas optando por esa opción la totalidad de los y las egresados/as de las escuelas de Medicina (en aquella época eran predominantemente hombres y solteros) (Howell, 2016).

Luego de la Segunda Guerra Mundial se expandió el número de residencias (al tiempo de la creación del Medicare y Medicaid) de 5.796 cupos en 1940 a 46.250 en 1970, también incrementando la dependencia de los servicios al trabajo de residentes (Howell, 2016).

La historia de las Residencias a nivel local (Argentina) tiene una gran consonancia con el desarrollo de la misma a nivel mundial. Si bien pueden verse hitos de manera separada, en poco tiempo se fueron dando similares situaciones y organizaciones en Latinoamérica y fundamentalmente Argentina. Tal vez, alguna diferencia con Latinoamérica por ejemplo es el menor involucramiento de las Universidades en el proceso como en el resto de América (Davini, 2003).

Se pueden dividir los hitos históricos de las residencias en términos muy generales para Latinoamérica, y Argentina particularmente, en los siguientes (Tabla 6): los años ‘40-‘50 fueron de iniciación del proceso en Argentina producto de un desarrollo previo importante en Estados Unidos y Europa (Howell, 2016; Budget *et al.*, 2007), los ‘60 y ‘70 las residencias estuvieron asociadas a procesos de reformas y transformaciones de los modelos de atención, el tener residencias pasó a constituirse en un estándar de calidad de la atención médica (Davini, 2003; Subcomité de Residencias Hospitalarias AMA, n.d.). En la década de los ‘80 se alcanza un cierto “equilibrio estratégico” en el que los servicios comenzaron a diferenciarse, se definieron áreas de influencia en la atención, la residencia forma un “servicio dentro del servicio”, la planta (profesionales de planta permanente) se repliega a zonas y prácticas consideradas de alto interés y el sistema de formación pasa a un modelo “residente forma residente” (Davini, 2003). En la década de los ‘90 hay un proceso de

expansión de las residencias sin una rectoría clara y con muchos déficits formativos. Las residencias sostienen un peso jerárquico indiscutible para la formación de especialistas y las básicas tenían una duración de 3 años máximo. Luego, en el siglo XXI comienza un proceso de desinterés de los/as egresados/as por realizar residencias con mayor acentuación en especialidades básicas y en localidades del interior del país.

**Tabla 6.** Etapas de las Residencias en Argentina.

Etapa	Proceso	Síntesis evolutiva
Años 1940-1950	Inicio	Copia del Modelo Norteamericano
Años 1960-1970	Expansión y Calidad	Tener residencias en los servicios era un criterio de calidad del mismo. Se desarrollaron normativas y leyes.
Años '80s	Escisión del personal de planta	Residente forma residente. Servicio dentro del servicio
Años '90s	Expansión desordenada	Las básicas duraban 3 años. Mantenían nivel de jerarquía en la formación. Los/as egresados/as se podían anunciar como especialistas
Siglo XXI	Política de APS desde el Ministerio. Se crea el Sistema Nacional de Acreditación de residencias.	Desinterés de los/as egresados/as en las residencias. Menor adhesión a las residencias básicas y en el interior del país.
2010-2019	Profundización del desinterés en las residencias. Intentos de intervención del estado	Menor adherencia. Ineficientes políticas hacia esa problemática

Fuente: Elaboración propia.

Aquel desarrollo inicial en Argentina estuvo dado por los médicos argentinos que se formaron en Estados Unidos por mediados del siglo XX y trajeron la experiencia. En principio fue a partir de la iniciativa del Dr. Tiburcio Padilla quién, en el año 1944 y en el marco de la cátedra de semiología, creó los primeros cargos de residentes del país; luego provino la propuesta de Dr. Alberto Taquini en el Centro de Investigaciones Cardiológicas y por último, la experiencia llevada a cabo por el Dr. Augusto Moreno quien inauguró las residencias en Cirugía en el Policlínico de Lanús, donde se mantuvieron desde 1951 hasta

1955 (Glorio & Carbia, 2014; Milei, 2018). A partir del año 1957, y por iniciativa de un grupo de médicos de la Ciudad de Buenos Aires, se instituyó una Residencia en Cirugía en el Hospital Durand. Sin embargo, el sistema tuvo mayor difusión en nuestro país con la iniciación de cinco programas en el ámbito de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. El Instituto de Investigaciones Médicas que dirigía el Dr. Alfredo Lanari inició la Residencia en Clínica Médica también en el año 1957 y ya en el año 1958 se pusieron en marcha las Residencias Médicas del Ministerio de Salud, iniciándose la de Pediatría en el Hospital de Niños de Buenos Aires y la Residencia de Cirugía en el Hospital Castex (Gómez, 2015; Organización Panamericana de la Salud, 2005).

La década del sesenta se caracterizó por una expansión progresiva de las residencias en el campo exclusivo de la Medicina, al igual que ocurrió en Estados Unidos (Howell, 2016). El cambio de escala exigió el desarrollo de normativa y de instancias de regulación que ordenaran aspectos claves del sistema, tales como las modalidades de contratación del residente, la definición de aspectos básicos de la formación, la distribución de vacantes y las condiciones mínimas que debían cumplir los servicios para abrir una residencia (Glorio & Carbia, 2014).

En 1960, la Asociación Médica Argentina creó un subcomité de Residencias Hospitalarias, que fue considerado el primer organismo que cumplió con las funciones de definir los objetivos de las residencias y de normatizar el sistema constituyéndose luego en un instrumento evaluador que aprobaba o no servicios y programas. En ese mismo año, la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESP) aprobó la Resolución N° 1778 que definía a la residencia como “un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad” (Glorio & Carbia, 2014).

La primera Ley reglamentada por el Ministerio de Salud y Acción Social (entonces Secretaría de Salud) que trata el tema de especialidades médicas, incumbencias, alcances y reglamenta los mecanismos para acceder al uso del título de especialista es la N° 12912/44, reglamentada a través del decreto número 6216/44 (Ejercicio de las Ramas Auxiliares, 1944).

En 1967, se constituye el Comité Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), a través de la Resolución N° 622/67, y se reglamenta el funcionamiento del mismo (mediante

Resolución N° 683/67) en el cual se le atribuyen las funciones de evaluar y acreditar las residencias de salud (por entonces sólo residencias de especialidades médicas). Conformando este consejo profesional reconocidos de la época (Dres. A. Santas, J. Manrique, C. Gianantonio, M. Brea y J. Firmat) (Glorio & Carbia, 2014; Ministerio de Salud, 2001).

El CONAREME fue reconocido como el primer intento del Ministerio de Salud de ordenar y planificar el crecimiento del sistema de residencias: adquiría funciones de normalización, evaluación y certificación de las residencias. Sin embargo, fue disuelto en 1974 y durante años el sistema quedó sin una institución de referencia en lo relativo a la aprobación de programas, elaboración de exámenes y asignación de vacantes (Ministerio de Salud, 2014).

También en 1967 que se promulga el Decreto Ley N° 17132, reglamentado a través del Decreto 6216/67, en el mismo se fijan nuevamente los alcances e incumbencias de los médicos, odontólogos y colaboradores de la salud. Este decreto no introduce modificaciones significativas en los alcances e incumbencias, pero fija los mecanismos legales y académicos requeridos para anunciarse como especialista. Así es posible acceder al certificado mediante la permanencia en un servicio durante al menos cinco años, ser profesor universitario en la materia o rendir un examen de calificación. La residencia aún si bien reconocida académicamente carece de valor legal para acceder a una especialidad.

Posteriormente la Ley N° 22127/79 crea el Sistema Nacional de Residencias legalizando de esta manera un sistema educativo que ya tenía funcionando cerca de 30 años. Pone en funcionamiento al mismo tiempo al Consejo Nacional de Residencias de la Salud (CONARESA), comité encargado de evaluar y acreditar las residencias de salud que aspiren a un reconocimiento por parte del Ministerio de Salud y Acción Social. Sin embargo, es necesario aclarar que aún según el marco legal vigente el haber cumplido una residencia no permitía anunciarse como especialista. Pero el valor que tiene esta nueva Ley junto con las que la precedieron ha sido la de ir jerarquizando dicho sistema formativo, lo que ha permitido que nuevas disciplinas se fueran incorporando al sistema (Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, 2005).

En 1988 que el Ministerio de Salud y Acción Social a través de la Resolución número 174/88 S.S. crea un cuerpo normativo que reemplazará al del CONAREME en sus funciones ya que había dejado de funcionar aproximadamente en 1974. El CONAREME intervenía en el Concurso Unificado de Residentes, con un único orden de mérito, situación está que se

mantuvo durante varios años hasta que finalmente, al dejar de organizar este Concurso Unificado, deja de reunirse dicho Consejo. Este Comité de Evaluación de Residencias de Salud creado a través de la Resolución N° 174/88 mencionada anteriormente, tenía por finalidad evaluar los aspectos educativos pedagógicos asistenciales de aquellas residencias que lo solicitaran, en vista de su acreditación, elevando su informe a la Secretaría de Salud. Esta Resolución más tarde será modificada por la N° 596/91 en la cual nombra un representante por cada una de los organismos que lo componen. Es así que apoyada en la Ley N° 22127/79 y en las Resoluciones N° 174/88 y 596/91 la entonces Dirección Nacional de Recursos Humanos firma durante los próximos diez años varios convenios con Sociedades Científicas cuya finalidad fue la de evaluar e informar al comité sobre aquellas residencias que hayan solicitado acreditación, correspondiendo a la Comisión la acreditación de la Institución formadora. A través de Resolución de la Secretaría de Salud N° 549/88 se crea la Comisión Nacional de Recursos Humanos de Salud que tiene por funciones el asesoramiento sobre la formación, perfeccionamiento y desarrollo de los Recursos Humanos de Salud.

En la década del ochenta se registraron varios intentos de instalar mecanismos para la evaluación, acreditación, coordinación y regulación del sistema de residencias: se aprobó un método de evaluación y control del sistema y de los residentes y también se crearon las residencias articuladas que dieron lugar a una importante oferta de vacantes en especialidades clínicas y quirúrgicas. La creación del Comité de Residencias de Salud en el año 1988 (Resolución Secretarial N° 174/88) incorporó a las Sociedades Científicas como evaluadores reconocidos para acreditar la calidad de las residencias (Gómez, 2015).

Más tarde, en septiembre de 1990, se promulga la Ley N° 23873/90 que modifica los artículos 21° y 31° de la Ley de Ejercicio Profesional N° 17132/67 (Reglas para el ejercicio de la Medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas). Allí reconoce a la residencia como actividad formadora, permitiendo que los egresados de tal sistema anunciarse como especialistas y que la permanencia en un servicio durante 5 años permitía también acceder a la especialidad. Este último mecanismo para acceder al certificado de especialista es eliminado en la nueva Ley (Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, 2005).

Paralelamente, el Ministerio de Salud forma Comisiones Especiales, junto con representantes de las diferentes Sociedades Científicas, que actúan como jurados en los exámenes de acreditación. Estas Comisiones Especiales se apoyan en su funcionamiento en la Disposición

1329/93 de la Dirección Nacional de Regulación y Control, que fija el funcionamiento de las mismas y establece el reglamento para los exámenes de acreditación de especialidad, señalando en sus considerandos que dicho funcionamiento se mantendrá hasta tanto se reglamente la Ley N° 23873.

Mientras tanto la Ley N° 17132 como su modificatoria N° 23873 permiten a las Sociedades Científicas o Colegios Médicos reconocidos por el Ministerio de Salud y Acción Social, otorgar certificados de especialistas en forma directa. También se crea a través de la Resolución N° 65/92 de la Secretaría de Salud la Comisión Nacional Coordinadora para el Desarrollo de los Recursos Humanos Médicos, que entendía entre otras cuestiones en la matriculación, especialización, certificación y recertificación de profesionales. Y que estaba integrada por representantes de: Secretaría de Salud (Ministerio de Salud y Acción Social), Ministerio de Educación y Justicia ,tres decanos en representación de AFACIMERA<sup>17</sup> , Academia Nacional de Medicina Asociación Médica Argentina (AMA), Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Confederación de Entidades Médicas Colegiadas (CONFEMECO), Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Esta Comisión actuó hasta mediados de 1996, llegando a producir un listado de especialidades médicas consensuadas (Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, 2005).

El Ministerio de Educación, apoyado en el Decreto N° 438/92 - Ley de Ministerios, en su Art. 21, punto 7, donde fija las incumbencias de dicho Ministerio, y en la Ley de Educación Superior N° 24521/95, firma la Resolución Ministerial N° 3223/94 a través de la cual crea la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), reglamentando el funcionamiento de la misma a través de la Resolución N° 2/95 y determinando los integrantes en la Resolución N° 590/95. En ellos, atribuye a la CONEAU la función de acreditar los posgrados tanto universitarios como no universitarios, incluyendo las residencias de salud, tanto como cualquier otro posgrado de Medicina o colaboradores de la salud, doctorados y maestrías. CONEAU produce un documento, más tarde incluido como anexo en la Resolución 1168/97, en el que se establecen los criterios y estándares para la acreditación de carreras de posgrado. Desde la perspectiva de CONEAU, al Ministerio de Educación le

---

<sup>17</sup> Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas de Argentina. Disponible en: <https://afacimera.org.ar>

correspondería la acreditación de las residencias tanto como cualquier otro sistema de posgrado (acreditación que implica no solo los aspectos académicos sino también los contenidos y el funcionamiento de la residencia como sistema formativo), quedando así el Ministerio de Salud habilitado para realizar tan solo el registro como especialista del residente egresado de un servicio acreditado y certificado por la CONEAU. Pero existe otra interpretación posible (y que es la que esgrime el Ministerio de Salud y Acción Social), en la cual, basado en la Ley N° 17132 (del ejercicio profesional), sostiene que más allá de las acreditaciones que pueda o no brindar la CONEAU, en última instancia, es la autoridad sanitaria aquella de habilitar para el ejercicio de la práctica médica. En la práctica, basado en legislación y convenios citados anteriormente, el Ministerio de Salud certifica especialidades y acredita residencias e instituciones de salud, habilita y categoriza establecimientos asistenciales, ejerce el control del ejercicio profesional del personal del equipo de salud, elabora manuales de procedimientos, normas de funcionamiento de establecimientos y de la atención médica, brinda asesoramiento y cooperación técnica, evalúa la calidad médica y los servicios de salud (Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, 2005).

Finalmente, el Decreto Presidencial N° 1424/97 pone en funcionamiento los Cuerpos Normativos encargados de acreditar instituciones, en el marco del Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica y de sus componentes.

Los años 2000 instalaron una nueva configuración en la que el Estado recuperó su función de rectoría. En el 2004 se aprobó el Plan Federal de Salud (Resolución N° 496/2004) donde se establece las prioridades de pensar el Recurso Humano en Salud orientado hacia la atención primaria de la salud y se centra la política de estímulo a la formación de especialistas relacionados con la APS (Médicos/as Generalistas, Pediatras, Tocoginecólogos/as). El Ministerio de Salud definió entonces una estrategia orientada a intervenir desde diferentes ejes, con la participación de todos los actores (Dure, Daverio & Dursi, 2013):

1. Rectoría
2. Orientación del financiamiento de cargos nacionales para especialidades priorizadas
3. Regulación de la calidad del proceso formativo mediante el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud
4. Gobernanza
5. Gestión articulada de las residencias a través de la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación de salud

6. Fortalecimiento de las estructuras formadoras
7. Articulación Intersectorial
8. Creación de una Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación

Recién, en el año 2006 el MSAL creó por Res. N° 450/2006 el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES). Un año después, la Res. N° 303/2008 estableció el Reglamento Nacional de Residencias. Desde este momento, la residencia fue considerada “un sistema de formación de posgrado inmediato para profesionales del área de la salud, que se caracteriza por ofrecer oportunidades de práctica intensiva y supervisada en ámbitos asistenciales, y por la asignación de una renta mensual”. La formación contempla contenidos prácticos y teóricos entre los que se distinguen aspectos comunes a los distintos campos profesionales y otros propios de cada especialidad (Gómez, 2015).

Todas las residencias requieren para su reconocimiento del Ministerio de Salud o para ingresar a formaciones post básicas (sub-especializaciones) que las mismas hayan sido acreditadas por el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud (Resolución Ministerial 450/2006). Esto tendría como fin dar mayor solidez y rectoría al sistema de formación de posgrado.

Durante esta década, en el marco del Plan Federal de Salud<sup>18</sup>, con fuerte impronta en APS, con varios programas anexos (Médicos Comunitarios, Promaps, Remediar, etc.), se incluye una fuerte intención de mejorar el acceso a las residencias básicas y desarrollan los sistemas de acreditación de residencias y el concepto de calidad en la formación. Durante el año 2008-2009 y dada la menor elegibilidad de residencias en especialidades críticas (Pediatría, Medicina General, Ginecología y Obstetricia, Terapia Intensiva) (Duré & Malamud, 2011) se aumenta la oferta de cargos de residencias a nivel nacional en un 68 % llegando para el año 2013 a un cargo cada 0,98 egresado/a (Duré & Cadile, 2015). A pesar del aumento de los cupos, la adherencia de egresados/as al sistema siguió una tendencia decreciente, sobre todo en la mayoría de las provincias y en las especialidades denominadas priorizadas por

---

18 Disponible en: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/11909.html>

COFESA, sobre todo Medicina General y Neonatología (Gollan *et al.*, 2015; Gabriel Acevedo *et al.*, 2016; Dure, Daverio & Dursi, 2013).

Durante la segunda década del siglo se trabajó en el desarrollo de marcos de referencias para las residencias/especialidades que son el sustento de un intenso proceso de acreditación de las mismas (Dure, Daverio & Dursi, 2013; Duré & Cadile, 2015). Estas iniciativas fueron desarrolladas fundamentalmente por sociedades científicas y de manera secundaria, miembros del ministerio, sin la participación plena y efectiva de las Universidad, generando un producto poco adaptable a los cambios científicos y absolutamente dissociado del grado, alejado de los problemas reales de la sociedad toda y sin un sentido concreto de mejora en las adjudicaciones. Más aún, el tiempo de trabajo fue extenso y las actualizaciones imposibles. Muchas de las especialidades aún están esperando dicho marco.

En cuanto a la elección de los/as egresados por este sistema de formación, si bien aún sigue predominando y mantiene cierta jerarquización en el ámbito profesional, cada vez más estudiantes que culminan su carrera de grado deciden otras formas de formarse y de trabajar. Dicha tendencia, que se intentará cuantificar en este trabajo, aparentemente no han sido evidenciadas por quienes son responsables directos de las residencias, más aún aquellas relacionadas a la APS, al menos, no se han visto modificaciones concretas que inviten a egresados/as a elegir esta opción con mayor agrado o decisión (Andrea *et al.*, 2017; Campos Outcalt *et al.*, 1995; Gutiérrez-Cirlosa *et al.*, 2017; Escobar Rabadán & López-Torres Hidalgo, 2010; Gutiérrez-Cirlos *et al.*, 2017; Kremer *et al.*, 2015; Víctor *et al.*, 2021).

### ***Examen Único***

En aquel momento, 2011, comienza a realizarse el EU para el ingreso a las residencias junto a seis provincias patagónicas con el objetivo de mejorar la posibilidad de ingresos a esas jurisdicciones. Debe recordarse que en la década del 80 dejó de funcionar un EU coordinado por el entonces CONAREME (ver párrafos arriba). Para el año 2013 eran 18 y a finales del 2015 fueron 19 las provincias reunidas en el EU. Con la aparición del examen digital (2020) se suma ese mismo año la UBA (eliminando la duplicación de exámenes) y sólo quedando al margen la Provincia de Córdoba por una cuestión del calendario propio (Gollan *et al.*, 2015; Dure, Daverio, Dursi, 2013; Silberman & Lopez, 2021).

El EU se pensó originalmente en un intento de mejorar la posibilidad de radicación de profesionales en regiones con déficit de trabajadores/as médicos/as (Duré & Cadile, 2015). Tuvo por objetivos centrales proveer una mayor cobertura de vacantes de ingreso y mejorar la accesibilidad a los concursos de manera tal que se unifique, simplifique y se vuelva más eficiente la gestión (Duré & Cadile, 2015), también mejorar la heterogeneidad sobre la confiabilidad e índice de dificultad de los exámenes que se realizaban simultáneamente en las diferentes jurisdicciones (Serralunga *et al.*, 2017).

El examen consiste en 100 preguntas de selección múltiple en el que los postulantes pueden rendir desde la sede en la que se encuentren, independientemente del lugar al que apliquen. Dicho examen está elaborado a partir de una estructura por área de incumbencia médica (Tabla de especificaciones) (Flotts & Rodríguez, 2019). El tipo de modalidad de examen es sobre elección entre respuestas múltiples (MO) y las preguntas tienen diferentes grados de dificultad.

La nota del mismo, junto al promedio individual ajustado al promedio histórico de la carrera de Medicina correspondiente, genera un ranking desde el cual se obtiene la prioridad para la elección de especialidad y lugar donde realizarla en el caso del Concurso Unificado (Resol 250/2019 Anexo I). Para el resto de las jurisdicciones que no están dentro del Concurso Unificado, se incorporan otros requisitos<sup>19</sup>.

En cuanto al EU, esta modalidad es similar a la que se encuentra en otros países que tienen su sistema centralizado, como España (MIR) con más de 13 mil inscriptos para Medicina para 8200 plazas (Boletín Oficial Del Estado. Convocatoria MIR, 2021), Reino Unido (National Recruitment)<sup>20</sup> con 35 mil inscriptos para 12100 plazas, Estados Unidos (*The Match*) con 35 mil aspirantes de promedio (USA, 2022), México (ENARM) con 42 mil postulantes para 19 mil plazas (Norma Oficial Mexicana Para La Organización y Funcionamiento de Residencias Medicas, 2013; Barajas-Ochoa & Ramos-Remus 2017), Brasil (Ley N° 11.129, 2005) (Departamento de Gestión de Educación en Salud. Ministerio de Salud de Brasil., 1981),

---

<sup>19</sup>Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/requisitos-y-componentes-de-los-concursos-de-residencias>

<sup>20</sup> Disponible en: <https://www.nationalrecruitmentuk.com/>

Chile (Eunacom)<sup>21</sup> con casi 3.000 inscriptos, y que posibilita un orden de mérito para la elección de la especialidad.

Si bien la cantidad de inscriptos en esos años (2011-2015) se incrementó desde 519 iniciales a 4.240 en el año 2015, el porcentaje de adjudicaciones o cobertura de cargos no lo hizo en la misma medida, de hecho llegó a un 66 % en 2019, con mucha variabilidad interjurisdiccional y entre las especialidades (Gollan *et al.*, 2015; Acevedo *et al.*, 2016; Eymann *et al.*, 2020).

Durante el 2015 surge la resolución 1993/15 que regula el funcionamiento de las Residencias (actualiza el Reglamento Nacional de residencias R 303/2008; Dure, Daverio & Dursi, 2013; Dure *et al.*, 2016). El Estado Nacional establece los parámetros mínimos para el funcionamiento de las residencias en el país con el fin de garantizar la calidad en las ofertas de formación de recursos humanos en salud (Disposición-Nuevos Estándares Nacionales - Aprobación, 2015; Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, 2015). Esta reglamentación ordena el funcionamiento de todas las residencias, pero carece de una efectividad conducente, dado que la gran mayoría de las mismas funcionaban por fuera de esta norma.

El 11 de marzo de 2020 la OMS anuncia que la infección por el virus COVID-19 se declara como una PANDEMIA (Organización Mundial de la Salud, 2020). En Argentina, mediante el decreto de necesidad y urgencia (DNU) del 12 de marzo se declara la emergencia sanitaria (260/2020) (Emergencia Sanitaria, 2020) y el día 20 de marzo, mediante el decreto 297/2020 se establece el Aislamiento Social y Preventivo Obligatorio (ASPO).

Dado este evento, necesariamente se debe replantear el sistema de ingresos y se reactiva el proceso de acreditación que había estado inactivo durante 4 años. La Pandemia plantea varios inconvenientes, la imperiosa necesidad de especialistas en cuidados críticos, no sólo por la insuficiencia que ya existía (Silberman *et al.*, 2020) sino por la excepción a los y las trabajadores/as de salud mayores de 60 años, embarazadas y con familia a cargo (dispensados del deber de asistencia al lugar de trabajo) (Resolución 207 / 2020, y el aumento de la infraestructura hospitalaria generada en ese entonces de un 35 % (Ministerio de Salud de la Nación, 2020b). Con esas premisas se trabajó estratégicamente en una mejora de la

---

21 Disponible en: <https://www.eunacom.cl/>

disponibilidad mediante varios recursos (Silberman *et al.*, 2020) con dos acciones fundamentales para sostener la continuidad del ingreso a residencias. En primer lugar, se realizó una inscripción-examen y adjudicación digital y ubicua (Silberman & Lopez, 2021) para evitar la reunión de personas que estaba prohibida por el ASPO y se prorrogó la duración de las residencias por 4 meses y luego 3 meses más, para permitir mayor cantidad de recursos por resolución ministerial 718/2020. En esa prórroga se incrementó sustancialmente el incremento de salario a los/as residentes nacionales (Resolución N° 1054/2020).

## **PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Teniendo en cuenta la distribución inequitativa de médicos/as en Argentina, tanto desde lo económico, geográfico, epidemiológico, como lo referido a las especialidades priorizadas, y las diferentes políticas públicas que se han desarrollado a este respecto, el propósito de este trabajo es analizar en profundidad la elección de los y las egresados/as de las carreras de Medicina en cuanto a su futuro profesional (residencias y especialidades) y poder explicar esos comportamientos. Este trabajo se focaliza en lo que ocurrió en el EU de ingresos a las residencias y en el concurso unificado: las características de los/as egresados/as, la validéz del instrumento, el desempeño de los/as egresados/as, la elección de la especialidad y el lugar donde realizarla (adjudicación), ya que, en cierta medida, es la instancia más importante desde donde luego se nutre el Sistema de Salud de dichos profesionales, tanto en termino de especialidades como del lugar donde la ejercerán.

Paralelamente, se describirán los procesos subyacentes en la formación que podrían explicar dichas conductas, sobre todo observando que hay modelos que influyen en las diferentes etapas formativas las decisiones futuras de los y las profesionales. A sabiendas de las múltiples dimensiones que explicarían la situación, este trabajo se focalizará en aspectos relacionados a la profesión médica y las características corporativas de la misma.

Con este estudio se intenta analizar no solo la situación de las residencias médicas en cuanto a su rol formador de especialistas, las características históricas que la identifican, la dirección que toma (si se mantiene con aquellas asimetrías o se comienza a corregir) sino también, de acuerdo a ello, que rol está cumpliendo el EU en el sistema de salud, referido específicamente a los/as médicos/as.

Por último, se intentará expresar la importancia del involucramiento de las Universidad en el sistema de residencias, no solo en la fase analítica sino en todo el proceso de implementación y evaluación.

## MARCO TEORICO

Analizar la elección de especialidades y del lugar donde realizarla por egresados/as de Medicina requiere necesariamente abordarlo desde un marco que permita comprender el significado de la Medicina como profesión y como campo de saber, así como los modos en que se constituye y se reproduce.

De hecho, el texto de Kant, *El Conflicto de las Facultades*, sirvió a Bourdieu para pensar el campo universitario rompiendo con la visión de sentido común en que veía a las Universidades como espacios homogéneos aparentemente inmutables, y sirvió para el desarrollo de toda una teoría del cambio universitario desde la perspectiva del conflicto (*Homo academicus* 1984) (Kant & Rodríguez Aramayo, 2020).

Justamente el escrito de Kant, la última de sus obras publicada antes de su muerte en el año 1794, no solo muestra la relevancia de la Medicina y su vínculo con el Estado, sino que, además, representa una perspectiva, una visión de la Universidad y de sus funciones. Ello es fundamental para este trabajo ya que en diferentes momentos se pivotea entre la responsabilidad del Estado en la formación de médicos/as y en su distribución, y las diferencias que podrían existir entre una Universidad de gestión estatal (donde el Estado debiera tener mayor incumbencia) y las de gestión privada. Según este autor (*Ibid.*), el conflicto de las facultades expone, además, una muestra del desarrollo histórico de la noción de autonomía, particularmente entendida como la constitución de un espacio de libertad para la crítica fundada en la razón. La autonomización del pensamiento y las actividades científicas han sido constitutivas de la génesis de las instituciones de educación superior, y suponen la existencia de un cuerpo consagrado por sus conocimientos y habilitado por sus facultades, las cuales conforman espacios de definición de sus propias normas (Kant & Rodríguez Aramayo, 2020).

En segundo lugar, la idea de las facultades como espacios colegiados donde se discute entre pares, entre eruditos —en palabras de Kant—. En el seno de éstas, el objeto de la discusión está acotado por los límites de la razón y por la posición de las facultades frente al poder gubernamental. Aquí es importante hacer una distinción entre las facultades superiores, donde la injerencia tiene que ver con el servicio que presta y no con los contenidos que dicta.

Según Kant refiere, las facultades se dividen en dos clases (“costumbre establecida”): facultades superiores y una facultad inferior, clasificación dada por el gobierno. Es entonces que la clasificación de “superiores” es en base al interés del gobierno en saber si las enseñanzas que allí se imparten tienen tal o cual característica y por qué medios se asegura la más fuerte y durable influencia sobre el pueblo, mientras que la facultad inferior puede desarrollar sus actividades de manera autónoma, sin mayor interés para el gobierno. Por consiguiente, el gobierno se otorga el derecho de sancionar él mismo las asignaturas de las facultades superiores; aquellas de la facultad inferior, las abandona a la razón que es propia del pueblo erudito (de cualquier manera, la denominada facultad inferior, y dada su libertad, es al que cuestiona y discute libremente las enseñanzas de las facultades superiores) (Kant & Rodríguez Aramayo, 2020).

La división de la Universidad en esas facultades, según Kant, no ha sido aleatoria, sino que, en función de tener influencia sobre su pueblo, el gobierno prioriza el bien eterno de cada uno (Teología), el bien social (Derecho) y el bien corporal (Medicina). Elliott (1972) las denominó “profesiones de status”.

En lo concerniente a la Facultad de Medicina en particular, siguiendo la lectura de Kant, los reglamentos a los que se reclama su cumplimiento por parte del Estado son: que haya médicos para el público en general y que no haya falsos médicos; una actualización de esto último referiría a la disponibilidad de especialistas adecuados/as a las necesidades. Con ambos aspectos interviene el Estado en su función de policía. En cuanto a los contenidos específicos los deja en manos de los eruditos, quienes son enteramente libre en lo que concierne a las enseñanzas por las que son formados los médicos,

“(…) puesto que no puede haber para ello libros sancionados por una autoridad suprema, sólo obras apoyadas en la naturaleza, ni tampoco verdaderas leyes (si uno entiende por ello la voluntad inmutable del legislador), solamente disposiciones (edictos), de los cuales no es una ciencia tener conocimiento, como el que requiere un conjunto sistemático de enseñanzas, que por cierto la facultad posee, pero que el gobierno no tiene el poder de sancionar (en tanto que no están contenidos en ningún código) y que debe, al contrario, abandonar a sus cuidados, quedando por su parte solamente atento, a través de dispensarios e instituciones hospitalarias, a favorecer, por las gentes que ahí ejercen, su práctica en su dimensión pública (Kant 2002:11).

Esta situación de relativa autonomía en la actualidad deja en manos de diferentes actores, y sus intereses, a actuar casi imperceptiblemente condicionando la formación adecuada a dichos intereses de los/as estudiantes de Medicina.

### ***La profesión médica***

El concepto de “profesión” ha sido ampliamente analizado a lo largo de la historia contemporánea, no obstante, resulta necesario abordarlo en virtud de comprender algunas decisiones o conceptos que parten de la Medicina justamente como profesión, y que no podría entenderse fuera de esta lógica. En este caso, las decisiones de egresados/as médicos/as sobre su futuro profesional, tiene una lógica de continuidad y reproducción que podría explicarse en base al siguiente desarrollo.

Hasta hace poco tiempo, la mayoría de los sociólogos se había inclinado por considerar las profesiones como servidores, muy estimados, de la necesidad pública, y las concebían como ocupaciones especialmente distintas de otras por su orientación al servicio de las necesidades del público, por medio de la aplicación educada de su conocimiento, singularmente esotérico, y de sus complejas habilidades (Elliott, 1972).

En contraste, los representantes de las otras ciencias sociales han enfatizado características bastante diferentes de las profesiones: los economistas prefieren resaltar el cerrado carácter monopólico del mercado de trabajo profesional, los politólogos tratan a las profesiones como gobiernos privados privilegiados, y los encargados de diseñar las políticas consideran que los expertos profesionales tienen una visión extremadamente estrecha e insular de lo que es bueno para el público. La más reciente literatura académica se concentra en la influencia política de las profesiones, en la relación de las profesiones con las élites, políticas y económicas, y del Estado y con el mercado y el sistema de clases (Friedson, 1978).

Por lo menos desde Flexner, gran parte del debate se ha centrado en cómo las profesiones deberían definirse, cuáles ocupaciones deberían ser llamadas profesiones y según cuáles criterios institucionales (Ramsay, 1988). Una sugerencia estrechamente relacionada consiste en cambiar el enfoque, pasar de una concepción “estática” de las profesiones como un tipo distinto de ocupación, a la de un proceso por el cual las ocupaciones se profesionalizan (White, 2023).

En primer lugar, está el concepto de profesión que se refiere a un amplio estrato de ocupaciones relativamente prestigiadas, pero de muy diversa índole, cuyos miembros han tenido algún tipo de educación superior y se identifican más por su estatus educativo que por sus habilidades ocupacionales específicas. En segundo lugar, se encuentra el concepto de profesión como un número limitado de ocupaciones que tienen más o menos en común rasgos característicos institucionales e ideológicos particulares. Este segundo concepto es el único que nos permite pensar en el “profesionalismo”, como una forma de organizar una ocupación (Johnson, 1972). Ello representa mucho más que un mero estatus, ya que produce identidades ocupacionales distintivas y nichos excluyentes en el mercado, que separan cada ocupación de las demás, y a veces las oponen entre sí.

Durante el siglo XIX en Inglaterra y más recientemente en Estados Unidos, a medida que se desarrollaba la estructura ocupacional del industrialismo capitalista, el consenso terminológico devino en gran confusión por los esfuerzos de las ocupaciones de clase media, recientemente reorganizadas o recientemente formadas, para lograr el título de “profesión”, ya que éste estaba relacionado con el estatus de caballero de las profesiones. A diferencia de otros países, el título “profesión” se usaba para establecer el estatus de las ocupaciones exitosas y terminó siendo parte del esquema de clasificación ocupacional oficial en Estados Unidos e Inglaterra. Además, gradualmente fue expandiendo su cobertura al incluir más ocupaciones en la misma categoría, y con el mismo título, que las profesiones de estatus originales de las Universidades medievales (Elliott, 1972). Obtener el reconocimiento como “profesión” era importante para las ocupaciones, no sólo porque este título estaba vinculado con el tradicional estatus de nobleza, sino porque sus tradicionales connotaciones de aprendizaje y dedicación desinteresada legitimaban el esfuerzo para obtener protección estatal frente a la competencia en el mercado laboral.

Más bien, éstas obtenían su estatus y su seguridad al asistir a instituciones de élite de educación superior controladas por el Estado, las mismas que les garantizaban posiciones en el servicio civil u otros puestos técnicos administrativos. En la Rusia y la Polonia del siglo XIX, lo importante era, sencillamente, ser egresado de un *gymnasium*, no la ocupación que se tuviera. En Alemania, lo importante era ser egresado de una Universidad, un *Akademiker* (Rueschemeyer, 1973) En Francia, las fortunas fluían a partir de la asistencia a una de las grandes *écoles*. La identidad no se adquiría por la ocupación, sino por el estatus obtenido mediante la educación de élite, sin importar la especialidad en particular (Freidson, 2001).

Este escenario es muy diferente al de las profesiones angloamericanas, que obtienen su distinción y posición en el mercado no tanto por el prestigio de las instituciones en las que se ofrecen, sino más bien por su capacitación e identidad como ocupaciones particulares organizadas corporativamente, a las que se les endosan conocimiento especializado, ética e importancia para la sociedad, y para las cuales se reclama el privilegio.

En términos generales, se ha definido la profesión como una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto, que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales (Fernández Pérez, 2001). Durkheim planteaba, allá por el siglo XIX una pérdida de solidaridad en la sociedad de su época, y observa la relevancia de la conciencia colectiva en las sociedades primitivas en la cual las partes se subsumen al todo, en comparación con las sociedades modernas donde adquiere primacía el individualismo como consecuencia de la división del trabajo. La anomia es un mal, la sufre toda la sociedad; para que termine es preciso que exista un grupo en el cual pueda constituirse el sistema de reglas” (Durkheim, 1995:10). Durkheim ve la posibilidad de constitución de ese grupo en los agentes de una misma industria reunidos y organizados en un mismo cuerpo, y lo denomina grupo profesional (Durkheim, 1995:12). La profesión organizada o la corporación deberían constituir el órgano esencial de la vida pública. Es un órgano normal de la vida en común que hace a la salud general del cuerpo social. Es un órgano necesario para el establecimiento del nuevo derecho (Freidson, 2001).

Wilensky (1964) estableció que la profesión es una forma especial de organización ocupacional basada en un cuerpo de conocimiento sistemático adquirido a través de una formación escolar, y establece que una actividad pasa a ser considerada profesión cuando supera las cinco etapas del proceso de profesionalización, en donde el trabajo se convierte en una ocupación de tiempo completo como consecuencia de la necesidad social del surgimiento y ampliación del mercado de trabajo. Moore y Freidson agregan que una profesión puede ser vista a partir de un conjunto de dimensiones estructurales y de actitud, como una ocupación de tiempo completo, caracterizada por la presencia de profesionales con una organización que permite la mutua identificación de intereses comunes y de conocimientos formales y en donde se aceptan las normas y los modelos apropiados para identificarse entre colegas (Machado, 1991). Además, los profesionales tienen una orientación para el servicio son autónomos, y ven a la profesión como un grupo de personas que realiza un conjunto de

actividades que proveen su principal fuente de recursos para la subsistencia, a cambio de una compensación (Freidson, 2001).

La conformación del concepto de profesión ha estado vinculada en forma directa al concepto de formación profesional. Los antecedentes de la formación profesional universitaria se encuentran en el nacimiento de las Universidades medievales, producto del despertar intelectual del siglo XII, y se señalan, entre otros, algunos factores como la terminación del sistema feudal, la formación de las instituciones municipales, el incremento de los intercambios culturales y comerciales, el nacimiento de un cierto tipo de capitalismo financiero, la aparición de la sociedad burguesa y el nacimiento del espíritu laico. Es así como la necesidad de una formación profesional que respondiera a las exigencias del desarrollo de la sociedad estuvo ligada a los gremios de la Edad Media (Freidson, 2001).

Dentro de las primeras escuelas que antecedieron a las Universidades medievales, encontramos la escuela de Salerno, la cual tenía una gran reputación en la formación de médicos practicantes. En sus primeros años de existencia, esta institución fue considerada un punto estratégico en donde se manifestaban fuerzas eclesiásticas y civiles, ya que se pretendía alcanzar un carácter laico en cuanto a su composición. Posteriormente, se crearon Universidades en Bolonia, París, Padua y Oxford, entre otras. Las Universidades medievales abarcaban varias escuelas, varias disciplinas y pluralidad de maestros y estudiantes. Pocas de ellas tuvieron todas las facultades, pero en todas se enseñaba propedéutica de artes, teología, derecho civil, derecho canónico y Medicina.

La formación profesional universitaria ha tenido una historia particular, una normatividad legal, administrativa y académica, una orientación de su formación educativa y disciplinaria y un comportamiento académico que les caracteriza; un ejemplo de ello es, evidentemente, la profesión médica, cuyo desarrollo, le ha permitido vincularse con el Estado de manera muy particular. Actualmente, la formación profesional se realiza en un marco educativo bajo prescripciones institucionales que regulan las actividades consideradas como necesarias y pertinentes, avalando la preparación ofrecida mediante la expedición de certificados y títulos profesionales.

En países como Inglaterra y los Estados Unidos la evolución de las profesiones ha sido independiente de las políticas gubernamentales y el Estado sólo interviene en la regulación de las profesiones, generalmente en alianza con sus intereses, pero, también, en otros casos, en

oposición a ellos. La participación estatal permite que el poder político se identifique detrás de la legislación que regula el ejercicio profesional, fundamentalmente en algunas profesiones liberales (Medicina, derecho, arquitectura, contaduría), ya que el desarrollo de las profesiones está vinculado tanto con aspectos del poder político, como de tecnología y de cultura (Fernández Pérez, 2001).

Aparentemente, la necesidad de la existencia de la educación continua para los profesionales nació hacia finales del siglo XIX en las Universidades alemanas que involucraban el ideal de Humboldt en torno a la unidad de investigación y educación. Posteriormente, este modelo pasó la idea a las Universidades norteamericanas, en las cuales se adaptó a las condiciones e idiosincrasias locales.

La educación continua, que empieza propiamente cuando termina la educación formal, surgió después de replantear y poner a discusión la noción tradicional de educación, la cual no había reparado en el desequilibrio progresivo que ocurre entre los conocimientos adquiridos por un alumno dentro de su proceso de formación profesional y aquellos que se van obteniendo como producto del avance de las distintas disciplinas profesionales.

La profesión representa, para quien la detente, una ubicación dentro de la estructura social de la comunidad, un status profesional, en la teoría de la estratificación, según el enfoque funcionalista, es el mecanismo mediante el cual la sociedad estimula a los individuos para que traten de ocupar los diversos puestos que necesita un sistema social complejo. La teoría funcionalista sostiene que, en una sociedad no estratificada, las recompensas son relativamente iguales para todas las tareas, por lo que las posiciones que suponen más trabajo, más ansiedad o el aplazamiento de las recompensas, no serán ocupadas por las personas más competentes. En caso contrario, el sistema de estratificación se concibe como un sistema de motivación, en el cual la sociedad alienta a los más capaces a desempeñar los papeles más difíciles con el fin de que la sociedad funcione eficazmente. Esta teoría sugiere, además, que el estatus es la forma más general y persistente de estratificación, en donde las recompensas de naturaleza económica y el poder no son valorados por sí mismos, sino porque son indicadores simbólicos de un estatus elevado (Duek & Inda, 2014). Es en este sentido que debiera analizarse sobre la profesión médica y la necesidad social de una distribución geográfica determinada. Está claro que el estatus se percibe de manera independiente en cualquier espacio territorial, pero claramente es en las grandes ciudades donde, aun con

menor jerarquía, representa una situación de privilegio que resulta convocante para la mayoría.

Los estudios sobre prestigio ocupacional en los países anglosajones demuestran en forma consistente que las profesiones más antiguas son todavía consideradas como las de estatus más elevado (Elliott, 1972).

Talcott Parson plantea que el status de las profesiones en la sociedad contemporánea es único en la historia por la significación social que representan. En cierto grado sus miembros son expertos independientes de los intereses de poder, aunque quizás sumisos a las presiones de los intereses de los clientes (Duek & Inda, 2014).

Según la terminología sociológica, una profesión es un conjunto de roles “ocupacionales”, esto es, roles en los que las personas a las cuales incumben desempeñan ciertas funciones valoradas en la sociedad en general y mediante estas actividades, es típico que se ganen la vida en un trabajo de dedicación exclusiva. El profesional es, pues, un especialista técnico de cierta clase en virtud de su dominio y su pericia para utilizarlo (Duek & Inda, 2014; Durkheim, 2007).

Desde el punto de vista de la sociología parsoniana, los rasgos más importantes de una profesión son un cuerpo de reglas que garantizan una clara administración tanto en el ámbito privado como de interés público. Estas reglas autorizan, prescriben, dan normatividad al comportamiento de los miembros de la profesión y a los procedimientos adecuados para determinar conductas. Se apoyan en la legislación positiva, en las costumbres sin las cuales no serían posibles los actos formales. Toda profesión tiene una relación ambigua de dependencia e independencia con respecto al estado. Es él quien sanciona las normas que regulan la vida social pero las asociaciones de profesionales no son de ninguna manera órganos del estado, sino asociaciones privadas de miembros (Duek & Inda, 2014).

Existe también distinción que realiza el autor con respecto a dos modelos de profesiones: las liberales y las de erudición. Las primeras se abocan mucho más a la solución práctica de los problemas mientras que las segundas muestran una matiz académica o intelectual tal como es el caso de la docencia.

Una profesión liberal, tradicionalmente se la llama a aquellas en las que predomina la independencia para su ejercicio, sus miembros pertenecen a la clase media o alta, gozan del

reconocimiento de la sociedad y del estado y ejercen la profesión luego de haber obtenido su título universitario e inscribiéndose a colegio profesional, lo que, esto último, le da conciencia de grupo más que a su conciencia de clase (Gonzalez Seara, 1960; Rodríguez Sendín, 2010).

### ***La profesión médica en Argentina***

En Argentina se puede plantear como inicio de la profesión médica en 1580 cuando Juan de Garay destina una manzana de Buenos Aires recién fundada para un hospital (llamado San Martín) que se inauguró en 1614. Dado que estaba destinado principalmente a los marineros y esclavos introducidos al país de contrabando, en 1611 el Cabildo decide cambiar su emplazamiento y se construye una capilla y un rancho para enfermos. El Cabildo de Buenos Aires tuvo que hacer ingentes esfuerzos para conseguir médicos, ya que estos preferían radicarse en Lima y frecuentemente se vio obligado a impedir la partida de los que estaban instalados en la ciudad o a promover colectas para costear la instalación de alguno. Si bien no era un hecho oficial, en Buenos Aires y sus alrededores, a fines del siglo XV y ante la carencia de médicos, se permitió el ejercicio de la Medicina a curanderos y sanadores (Schufer, 2003).

En 1780 el virrey Vértiz, el segundo en ostentar ese cargo, reclamó ante el rey por la escasa eficacia del Protomedicato instalado en Lima. El Protomedicato era una institución corporativa creada en España antes del descubrimiento de América. Era la máxima instancia de justicia en temas de salud y estaba a cargo de médicos designados por el rey. Tenía como funciones la dirección de la enseñanza y de los problemas de gobierno en cuestiones de Medicina, cirugía y farmacia; administraba justicia, constituyendo un tribunal especial para castigar las faltas y excesos cometidos por los facultativos y perseguía a los curanderos; fijaba los aranceles para exámenes y visitas de boticas. El Protomedicato de Buenos Aires tuvo como primer titular al doctor Miguel Gorman, quien intentó regular el ejercicio de las profesiones de curar, para darles legitimidad (Schufer, 2003).

Entre otras cosas, Gorman, propuso la creación de la Universidad de Buenos Aires y de la Academia de Medicina de Montevideo; hizo funcionar la primera escuela de Medicina en 1801 con el plan de estudios de Edimburgo. Esta escuela era una sección del Protomedicato y Gorman fue designado catedrático de Medicina, cargo al que renunció en 1802, siendo reemplazado por Cosme Mariano Argerich (Schufer, 2003).

En este periodo comienzan a consolidarse los cuatro procesos que, según Foucault caracterizan a la Medicina del siglo XVIII: aparición de una autoridad médico social, su intervención en el espacio y en el medio ambiente, el comienzo de la "medicalización" hospitalaria y la introducción de mecanismos de administración médica (Foucault, 2003). La creación de las instituciones gremiales médicas fue un hecho destacado en todo el país, que fue moldeando la profesión médica y sus relaciones con el Estado y la sociedad. El 5 de enero de 1921 se creó el Sindicato Nacional de Médicos, que contaba en 1923 con 1.600 afiliados; en 1932, el Colegio de Médicos de la Capital Federal y en 1942 la Federación Médica de la República Argentina, después Confederación Médica de la República Argentina, entre otras (Belmartino, 2005). En 1945, con el beneplácito de los gremios médicos, se dictaron el Decreto - Ley Básica del Ejercicio de las Profesiones Medicas Universitarias del Arte de Curar y el Estatuto Profesional.

El perfil profesional médico/a esta definido por lo que se denomina un discurso médico que debe ofrecer alternativas de producción y distribución de los servicios en la sociedad, sea para la acción de gobierno, instrumentalizando las políticas públicas, sea para los agrupamientos profesionales, subsidiando su organización corporativa (Shraiber, 1991). En el interior de esta construcción, aparece la constitución del pensamiento "dominante". Es aquel que tiene el poder de representar a toda la categoría profesional, en la medida que se muestra capaz de que se adhieran a sus situaciones, aquellas otras que son experimentadas por los médicos individualmente, y con las cuales cada agente del trabajo médico se identifica o la concibe como propia de su profesión. En otros términos, el pensamiento médico dominante es aquel que promueve la identidad profesional, al reconstruir en lo imaginario, a partir de las diversas condiciones concretas de la práctica cotidiana, una representación colectiva. Permite así mismo que diferentes agentes de trabajo se reconozcan como sujetos de una misma categoría ocupacional (Shraiber, 1991).

El impacto de las transformaciones, ocasionadas con el surgimiento de la Medicina moderna consiste para la profesión en la superación de la práctica liberal anterior, pero a través de formas de organización de los servicios también adecuados para la incorporación de las nuevas tecnologías que la propia categoría profesional demanda. Además, la diferenciación de los servicios es fruto del intenso ritmo de especialización que los propios médicos promueven e incentivan, como forma de volver progresivamente más científica su intervención. De esto resulta, entonces, una profunda división técnica y social del trabajo

médico, situando ahora a sus agentes como sujetos sociales, en puestos de trabajo cada vez más distintos y de más variada colocación jerárquica, con repercusión directa en los estratos de renta, autoridad y valorización social (Shraiber, 1991).

### ***La formación de médicos/as como elemento clave a la adecuación profesional***

Más allá de su historia, la Medicina como profesión tiene mecanismos de funcionamiento que genera y conduce un modelo específico que se sustancia y se construye desde la Universidad, se intensifica en la residencia médica, y se solidifica durante la práctica a través de las organizaciones ya referidas. En primer lugar, la Universidad, más allá de los currículos o de los modelos pedagógicos más innovadores, tienen estrategias muy sutiles —a veces no tanto—, operadas por la organización corporativa y por la industria de la tecnología, o las farmacéuticas que operan durante este estadio para “fabricar” un profesional médico, útil a sus fines, netamente económicos y también, por qué no, políticos.

La Universidad, como primera incubadora de un/a profesional médico/a, presenta diferentes estrategias curriculares buscando un/a egresado/a con un perfil generalista, con una mirada amplia del proceso salud enfermedad atención y sensible al sufrimiento humano, pero que termina resultando, en términos generales, de egresados/as con otras características. Una de las explicaciones tiene que ver con lo que algunos autores le adjudican al currículo oculto (López, 2015). Plantean que los/as estudiantes, al ingresar a la carrera de Medicina, tienen motivaciones e intereses loables e ideales supra materiales, de compromiso social, pero que a medida que avanzan los van perdiendo, se van transformando, y eso se debe al modelaje que sufren a partir de la interacción con profesionales en años posteriores (Baingana *et al.*, 2010).

En su obra *El Currículum Oculto*, Torres Santomé reflexiona en profundidad sobre los mensajes que se experimentan sin que haya conciencia clara de ello, incorporando el marco conceptual de la Teoría Crítica de la Escuela de Frankfurt. Este educador señala que las “relaciones de poder que existen en cada sociedad tienen una prolongación en el sistema educativo”. Por lo tanto, insiste Torres Santomé, el currículo es un reflejo del ámbito cultural, pero también del político y económico (López, 2015).

Autores insisten en que la mayoría de las características que conforman la identidad de los médicos no se forman por medio del currículo formal, sino más sutilmente y menos

oficialmente por el “currículo oculto” (Hafferty & Franks, 1994). Se define “agenda o *currículum* oculto” como el conjunto de “procesos, presiones y restricciones que caen fuera de, o no están incorporadas al *currículum* formal, y que con frecuencia están desarticulados y quedan inexplorados”. Un atributo primordial de dicho *currículum* oculto es la centralidad de las jerarquías y las concomitantes relaciones de poder que se le asocian. Un análisis sociológico de la educación que reciben los médicos nos lleva, de hecho, “a la comprensión de los ‘mecanismos’ responsables de la reproducción de las estructuras sociales y de la reproducción de las estructuras mentales que, como están genética y estructuralmente ligadas a ella, favorecen el desconocimiento de la verdad de esas estructuras objetivas y, con ello, el reconocimiento de su legitimidad” (Castro, 2014).

Existen al menos tres dimensiones destacables del *currículum* oculto para la formación médica: la primera dimensión se refiere al papel de los castigos y el disciplinamiento corporal en la formación del médico, sobre todo en las residencias (prolongación de las guardias, que se traducen en un enorme desgaste físico y emocional de los castigados, obligación de investigar sobre la materia en que se cometió el error y presentar un artículo al respecto en un breve lapso, sacrificando horas de descanso); la desacreditación frente a los pacientes y los pares; la obligación de repetir el llenado del expediente de los pacientes, etc. La segunda dimensión es la cuestión jerárquica a través de la dinámica de los castigos, el orden médico se revela nítidamente a quienes desean ser parte de él: se aprende que hay jerarquías y superiores, que no es posible sustraerse a esta forma de proceder, no solo desafiando a un superior, sino incluso, cuando se aspira a no replicar el maltrato. La obligación de castigar a los de menor rango se impone, a veces, porque de no hacerlo los médicos de mayor rango castigarán a quien se negó a castigar. Pero a veces los propios agentes desconocen por qué ahora actúan de la misma manera que antes detestaron en sus superiores. El disciplinamiento de género constituye la tercera dimensión del *currículum* oculto. Desde los primeros años en la facultad suelen presentarse agresiones contra las mujeres, que éstas deben superar si de verdad aspiran a convertirse en especialistas, sobre todo en algunas especialidades (Castro, 2014).

Durante la carrera de Medicina, si bien la experiencia de imposiciones no es tan explícita, sí está claro, sobre todo durante la última etapa, una dinámica que se va a aproximando a lo que será la residencia, por ello se plantea que el *habitus* requiere necesariamente de una coherencia histórica, una gradualidad, allí, además la jerarquía está dada por las diferentes

especialidades, se observan claramente que no todas las especialidades médicas detentan el mismo status y la elección de especialidades para desarrollar al finalizar sus carreras está relacionada fuertemente a dicha jerarquización, que por otro lado es la jerarquía del campo (Gutiérrez-Cirlosa *et al.*, 2017; Hauer *et al.*, 2015; Querido *et al.*, 2016).

Estas dimensiones del *curriculum* oculto no operan en el vacío. En la modernidad, son las instituciones las que producen discursos (éticos, científicos, jurídicos) que dominan la vida social y la moldean. Estas instituciones, sobre todo la Medicina, que se afincan en la activa construcción de relaciones de poder, traduce en formas de intervención sobre el cuerpo y la mente de los individuos que redundan en patrones de aprendizaje y en el desarrollo de ciertas habilidades que se asocian, a su vez, con determinadas actitudes. El discurso médico se aprehende durante un proceso no solo de formación escolástica y teórica, sino a través de rituales y mecanismos de incorporación que la dinámica microfísica de la institución propone y dispone. Es en los hospitales, en las salas de internación, en los quirófanos, donde el lenguaje/discursos se desnuda, se acepta incondicional y acríticamente, es en los espacios donde la dominación médica es absoluta. (Foucault, 1977; Foucault, 1978, 2003).

El campo médico produce (y es, simultáneamente, producido por) una serie de subjetividades, entre ellas el denominado por Pierre Bourdieu como *habitus*. Este es definido como un conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo, en primer lugar, los médicos, a través de la formación que reciben en la facultad de Medicina y en las residencias médicas, generalmente en los hospitales. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales. La coincidencia entre el campo médico y el *habitus* médico da lugar a un sentido práctico propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente (debido a su determinación social de origen), que

permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo<sup>22</sup> (Castro, 2014).

Esta correspondencia entre las estructuras sociales y mentales, tiene su punto de asidero en lo más profundo del cuerpo, donde se interiorizan los esquemas del *habitus*<sup>23</sup>. Este conjunto de disposiciones duraderas y transportables es conformado por la exposición a determinadas condiciones sociales que llevan a los individuos a internalizar las necesidades del entorno social existente, inscribiendo dentro del organismo la inercia y las tensiones externas.

La incorporación de las jerarquías sociales por medio de los esquemas del *habitus*, inclinan a los agentes a percibir el mundo como evidente y a aceptarlo como natural, más que a rebelarse contra él: el sentido de la posición como sentido de lo que uno puede, o no, “permitirse” implica una aceptación tácita de la propia posición, un sentido de los límites o, lo que viene a ser lo mismo, un sentido de las distancias que se deben marcar o mantener, respetar o hacer respetar (Capdevielle, 2011)

Las prácticas que engendra el *habitus* están comandadas por las condiciones pasadas de su principio generador. Pero a su vez, el *habitus* preforma las prácticas futuras, orientándolas a la reproducción de una misma estructura. Existe, de esta manera, en el *habitus* una tendencia

---

22 Plantear la idea de campo de Bourdieu refiere a que los agentes del mismo ocupan posiciones según la distribución de recursos socialmente eficientes que Bourdieu denomina capitales, el capital económico, bajo sus diferentes formas, capital cultural, y también el capital simbólico. Así los agentes son distribuidos en el espacio social global, según el volumen del capital, la estructura del capital y la evolución en el tiempo de estas dos propiedades.

Bourdieu define al capital como aquello que es eficaz en un campo determinado, tanto a modo de arma como de asunto en juego en la contienda, que permite a sus poseedores disponer de un poder, una influencia, y por tanto existir en el campo en consideración.

En la teoría de Bourdieu el capital cultural se presenta en tres estados: incorporado, objetivado e institucionalizado: incorporado está ligado al cuerpo y supone su incorporación; en estado objetivado: es transmisible en su materialidad en soportes tales como escritos, pinturas, monumentos, etc.; por último, encontramos el capital cultural en estado institucionalizado, la objetivación bajo la forma de títulos es una de las maneras de neutralizar ciertas propiedades que debe al hecho de que, estando incorporado, tiene los mismos límites biológicos que su soporte.

23 Bourdieu define al *habitus* como el sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente reguladas y regulares sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta.

a perpetuarse según su determinación interna, afirmando su autonomía en relación a la situación, es una tendencia a perpetuar una identidad que es diferencia. Es decir, que el *habitus* como sistema de disposiciones a ser y hacer es una potencialidad, un deseo de ser que, en cierto modo, trata de crear las condiciones de su realización. A su vez, la mayor parte de esta transmisión se hace “en estado práctico”, es decir sin enunciación, sin explicitación, sin acceder al nivel discursivo. Esta no explicitación de las prácticas es un aspecto esencial que va a dar su forma particular a la lógica subyacente. Aprender no es aquí comprender, sino incorporar, tomar en la mano, introducir en el cuerpo (Capdevielle, 2011).

Bourdieu propone una teoría de la acción (con la noción de *habitus*) donde la mayor parte de las acciones humanas tienen como principio algo absolutamente distinto de la intención, es decir, disposiciones adquiridas que hacen que la acción pueda y tenga que ser interpretada como orientada hacia tal o cual fin sin que pueda plantear por ello que como principio tenía el propósito consciente de ese fin. Es decir que, el *habitus* en la teoría de Bourdieu no deja de ser pre-reflexivo. El *habitus* produce anticipaciones razonables (y no previsiones racionales). En síntesis, el *habitus* es esa suerte de sentido práctico de lo que debe hacerse en una situación dada (Bourdieu & Wacquant, 2005).

En este sentido, las residencias médicas son un lugar clave en el establecimiento del *habitus* médico, o tal vez el espacio de cristalización del mismo. Existe una solución de continuidad entre ese *habitus* médico que comienza a fundarse durante la formación universitaria en las facultades de Medicina, que se consolida durante los años de especialización en los hospitales, y la relación autoritaria con que los/as médicos/as se relacionan con los pacientes. Es decir, existe una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones, que los estudiantes de Medicina y los/as médicos/as viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación, y los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional. Se trata de “tecnologías del yo” (cuya relevancia no ha sido dimensionada adecuadamente), por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce (Casas Patiño *et al.*, 2013; Castro, 2014; Derive *et al.*, 2017).

De hecho, Castro (2014) plantea en su análisis sobre la violencia obstétrica, que las “condiciones de posibilidad del autoritarismo médico ha sido apropiado por el campo médico construyendo un discurso de significación como mero problema de calidad de la atención.

Esto es clave para entender el porqué de los “no cambios” a nivel de las residencias, el cuerpo profesional perpetúa allí su más importante herramienta de normalización de la profesión. Y previo a ello, en las carreras de Medicina, fundamentalmente en el ciclo clínico, sucede una especie de impregnación de las jerarquías, que probablemente sean las que definan la especialidad y el lugar donde realizarla.

Se postula también que existe una “cultura” del abuso de los/as médicos/as en las residencias que está vinculada con una sistemática “violación de la dignidad” en los servicios de salud, diversos estudios describen el abuso como algo constitutivo del “*currículum no formal*”, con posibles vinculaciones con el tipo de práctica que se ejerce, así como con el tipo de relaciones que pueden llegar a desarrollarse con los propios colegas. En estos casos, nuevamente el discurso médico incorpora dicha cultura en la residencia y lo traduce como un problema de calidad de la formación (Castro, 2014; Derive *et al.*, 2017; Galli A, 2019; Inga-Berrosipi *et al.*, 2016; Mejía *et al.*, 2005; Ortiz-Zableh *et al.*, 2021; Ovejas-López *et al.*, 2020; Pecci, 2021; Rowe *et al.*, 2022).

Esa violencia con la cual también se establece el *habitus*, Bourdieu la describe como *el poder de violencia simbólica*, una forma específica de imposición que se ejerce sobre los agentes, contando con su aceptación y complicidad. Esta situación paradójica es posible en tanto su acción legitima principios de visión y división del mundo que convalidan los intereses imperantes, disimulando su carácter arbitrario. Debido a ello, los dominados llegan a pensarse a sí mismos desde categorías que comparten con los actores y grupos dominantes. Sobre esta base, el poder simbólico se instituye a partir de una lógica que supone procesos de desconocimiento y reconocimiento. Desconocimiento de las relaciones de fuerza en que se sostiene dicho poder y de la verdad objetiva de su arbitrariedad. Reconocimiento otorgado por los que sufren esta dominación al aceptar, tomando como válidas y propias, las categorías desde las cuales se reproducen los criterios de asimetría que les son impuestos (Vázquez Gutiérrez, 2022).

Hay en estas definiciones una que termina dándole sentido y explica el proceso de formación profesional médico, sus conductas y sus jerarquías que es la *illusio*, es un concepto, también de Bourdieu, que significa el hecho de estar metido en el juego, de creer que el juego merece la pena, que vale la pena jugar, es decir, el hecho de considerar que un juego social es importante, significa “formar parte”, participar, por lo tanto, reconocer que el juego merece ser jugado. Estos modos específicos de participación y compromiso se constituyen por la

doble vía: las disposiciones adquiridas (los *habitus*) y las lógicas de operación establecidas por los campos. En este caso, el ingreso a las residencias y la incorporación al campo guarda relación con esa *illusio* de ser parte del mismo, en un proceso que ya se inició con el *habitus*. Tiende a ser un acompañante del mismo, y una garantía de la reproducción del profesionalismo médico.

Ser jugador es “ser uno con el campo”; ver, pensar y actuar de acuerdo con su estructura y forma; es, en otras palabras, compartir una *illusio* con los participantes nativos, establecidos por “pleno derecho” y considerándolos como interlocutores válidos dentro de dicho campo (Bourdieu, 2007).

La *illusio* constituye un referente que matiza y disimula la lucha presente en los diferentes campos, otorgando legitimidad a sus juegos, apuestas y resultados ante los jugadores. Este proceso de legitimación se genera a partir de la producción de narrativas que destacan los valores, idearios e intereses aparentemente trascendentes y generales (nunca planteados como individuales o egoístas) que conforman discursivamente al campo. La vigencia de la *illusio* garantiza a su vez la creencia en la legalidad y validez del campo y su continuidad. El *habitus* se engancha al campo mediante la *illusio*, en tanto que desde ella incorpora los valores de aquél y encuentra en ella las razones para participar en los juegos y las principales apuestas del campo (Pablo Vázquez Gutiérrez, 2022).

Observar las decisiones que toman los/as médicos/as al culminar su carrera sobre la especialidad que eligen y donde realizarla y la distribución tan desigual en nuestro territorio debe analizarse desde el momento de la formación, ya que es un proceso continuo que tiene coherencia, este marco desarrollado nos ayuda a comprender las expectativas y sus decisiones, así como también analizar su forma de actuación en su práctica profesional.

Este análisis debe encuadrarse necesariamente en la historia de las Universidades donde el estado, particularmente para Medicina, ha tenido menor incidencia, y en la lógica de autonomía que planteaba Kant, casi menospreciando la importancia de la corporación profesional en su participación interesada en la formación médica, en este caso.

La decisión sobre la especialidad a elegir, y el lugar donde realizarla, así como la forma de obtenerla, tiene que ver con un campo estructurado, jerarquizado, donde las reglas son explícitas e implícitas, y también la formas de cumplirlas. Estas condicionan un modelo profesional. Un modelo que se va forjando desde la temprana etapa de la formación

universitaria y cristalizada en la etapa de las residencias médicas. Dicho modelo, impuesto de manera no siempre explícita, muchas veces violenta donde los/as actores/actrices consideran una etapa necesaria e irremplazable, y de hecho la reproducen en favor de que el cuerpo profesional siga funcionando de la misma manera. También aquí, es importante pensar, que a la par de los cambios sucedidos en los últimos 20 años en las carreras de Medicina (currículas integradas, innovadas, que apuntan a un médico generalista, reflexivo, sensible al sufrimiento humano, que desarrolla su aprendizaje en la comunidad) este tallando un modelo profesional que en principio, no ve la residencia como un espacio amigable y decide no realizarla, eso podría ser una parte de la explicación de la cada vez menos adhesión al sistema.

## OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es realizar un análisis sobre los/as egresados/as que rinden el examen único de residencias (EU): sus características, desempeño en el EU, sus decisiones sobre la elección de la especialidad y dónde realizarla, y realizar una aproximación a los motivos de estas. Para este análisis se consideró la cohorte de postulantes al EU de residencias en Argentina del año 2020.

Por su parte, los objetivos específicos planteados son:

*Objetivo específico 1.* Caracterizar la población de médicos/as egresados/as recientes que se inscribieron al EU en 2020 y conocer la selección de las diferentes especialidades médicas.

*Objetivo específico 2.* Analizar aspectos cuantificables y calidad psicométrica del EU durante el año 2020 y los desempeños de los/as aspirantes según área temática y según Universidad de origen

*Objetivo específico 3.* Conocer el impacto del EU como un redistribuidor de profesionales médicos/as especialistas en términos geográficos y pertinencia sanitaria, en Argentina, para el año 2020.

*Objetivo específico 4.* Comparar la elección de especialidades entre los años 2020 y 2022 de los/as egresados/as de Medicina en Argentina que rindieron el EU.

## MATERIAL Y METODOS

### *Para el objetivo 1*

Se realizó un estudio descriptivo que reunió a las principales características sociodemográficas de los profesionales inscriptos al EU para la cohorte 2020, específicamente de especialidades básicas correspondientes a la carrera de Medicina. Los datos presentados corresponden al momento de inscripción al examen. Se recolectaron datos de 7.480 inscriptos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA<sup>24</sup>), del propio examen de residencia y del registro de inscripción al EU. El EU es el instrumento unificado de evaluación para el ingreso a las residencias de los concursos e instituciones participantes del Concurso Unificado<sup>25</sup>.

A partir de estas tres fuentes, se construyó una base de datos unificada de la que se definieron las siguientes variables de trabajo para los postulantes:

- Edad y sexo,
- lugar de residencia,
- Institución formadora, y
- especialidades elegidas.

Asimismo, se definieron correlaciones entre los lugares de residencia, instituciones formadoras especialidades más elegidas, así como la relación con aquellas consideradas especialidades críticas (Medicina general, Clínica, Pediatría y Toco-ginecología).

Los formularios de registro de datos de los postulantes, que posteriormente formaron parte de la base de datos unificada, relevaban datos acerca del género de los postulantes preguntando por el sexo biológico. Aun así, el análisis de esta variable, se realizó en términos de género y centrándose en un aspecto en el que los datos tenían alcance para brindar información de

---

24El SISA es un proyecto de tecnologías de la información que consolida información de los establecimientos, los profesionales de salud, los programas y/o prestaciones para la comunidad y tiene por objetivo principal dar respuesta a las necesidades del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales

25 Ministerio de Salud de la Nación [Internet]. Información general. Residencias en Salud; [consultado el 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso-residencias/edyu/informacion-general>.

interés: el proceso de feminización presente en la elección de las diferentes especialidades en relación a otras variables como edad y cantidad de hijos. Con ello se espera poder dar cuenta del modo en el que, presentes aún desigualdades en materia de género, se configuran las trayectorias laborales de las mujeres.

La muestra seleccionada fue intencional y por conveniencia, se tomaron las inscripciones de profesionales egresados de la carrera de Medicina que se presentaron a especialidades básicas y al EU para la Cohorte 2020. Se incluyen en este estudio, los datos de inscripción de 7.480 profesionales de los cuales 360 presentan algunos datos incompletos. Se excluyeron de la muestra, datos de postulantes inscriptos a otras disciplinas del equipo de salud.

Finalmente, la base de datos unificada, constituye un instrumento de recolección de datos que se construyó con los datos personales de los postulantes anonimizados por lo que, no se conoce ni se menciona a lo largo de este trabajo ningún dato personal que pudiera identificarlos.

### ***Para el objetivo 2***

Se utilizó la base de datos correspondiente a las respuestas del EU del año 2020, la cual incluye 5.243 graduados y graduadas que aspiraron a residencias médicas. Los y las aspirantes se agruparon según la Universidad en la que finalizaron su carrera de grado en tres categorías: egresados/as de Universidades Nacionales Públicas, Universidad Nacionales Privadas y Universidad extranjeras.

Las preguntas del examen fueron agrupadas en cuatro bloques temáticos: Salud de la Mujer (23 preguntas), Salud del Adulto (46 preguntas), Salud del Niño/a (20 preguntas) y Salud Pública (11 preguntas).

El Índice de Dificultad (Figura 3) de un ítem es la proporción del total de sujetos que aciertan del total que intentan resolverlo. Para realizar este cálculo, y con el objetivo de poder realizar comparaciones con trabajos similares, se realizó el análisis comparativo de grupos de candidatos alto-bajo (A-B), comparando el grupo Alto como el ubicado en 27 % superior del desempeño del examen, con el grupo Bajo, que incluye al 27 % inferior

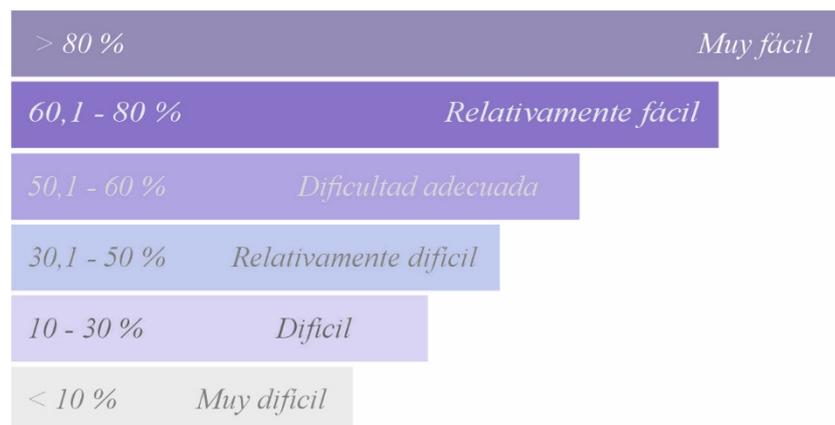
Para calcular el Índice de Dificultad, se utilizará la siguiente fórmula:

$$ID = \frac{A + B}{N_1 + N_2}$$

donde A es el número de aciertos del grupo alto, y B el número de aciertos del grupo bajo, N1 el total de intentos de acertar del grupo alto, y N2 el total de intentos de acertar del grupo bajo. Considerando el supuesto que el grupo bajo, al tener menos conocimientos, puede presentar menor cantidad de respuestas que los del grupo alto, se corrige el desequilibrio agregando a N2 el grupo de estudiantes que hubiese contestado correctamente en el número de estudiantes del grupo débil que respondería correctamente a cada pregunta en el caso de que la hubiera contestado, y cuya fórmula se detalla a continuación:

$$FC = (N_1 - N_2) \times \frac{B}{N_2}$$

**Figura 3.** Parámetros del nivel de dificultad.



El índice de discriminación se define como la correlación entre las puntuaciones de los sujetos en el ítem y sus puntuaciones en el test, y para el cual se utilizará la siguiente fórmula:

$$DS = 2 \times \frac{A - B}{N_1 + N_2}$$

El índice de discriminación, con esta fórmula, puede tomar valores entre -1 y +1. La clasificación de las preguntas según su índice de discriminación se llevará a cabo teniendo en cuenta los siguientes valores, empleados con anterioridad tanto en estudios de teoría clásica de los tests.

**Figura 4.** Índice de discriminación (IC).

> 0,34	Excelente
0,24 - 0,34	Bueno
0,14 - 0,24	Revisable
0 - 0,14	Malo
< 0	Muy malo

Al igual que en el caso del índice de dificultad, el índice de discriminación (Figura 4) se ha calculado utilizando el factor de corrección.

La confiabilidad se define como la consistencia con la que éste es capaz de medir una variable dada. Para analizar la confiabilidad en exámenes de respuestas dicotómicas, se utilizará la fórmula 21 de Kuder-Richardson:

$$KR_{21} = \frac{K}{K-1} \times \left( 1 - \frac{M \times (K-M)}{K \times S^2} \right)$$

donde K es el número de preguntas del *test*; M, la media aritmética de las puntuaciones obtenidas por todos los examinandos (en este caso se utilizará el número de respuestas acertadas por cada examinando); y S, la desviación estándar de la media.

Para el análisis de validez, se realizó un análisis multirrasgo/multimétodo, en este caso monorrasgo/heterométodo. Bajo el supuesto que las carreras de Medicina presentan una formación en los contenidos que luego se evalúan en el EU, y que dicho aprendizaje se refleja en el promedio de cada graduado/a, se realizó un análisis de correlación entre el promedio del estudiantado y el desempeño en el EU. Considerando las diferencias observadas en promedios de los distintos grupos de carreras (públicas, privadas y extranjeras) la correlación monorrasgo/heterométodo se realizó en cada uno de estos subgrupos.

Se analizó también el desempeño de los y las aspirantes según área temática y según Universidad de origen.

### *Para el objetivo 3*

Es un abordaje descriptivo, transversal y analítico. Se describen 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 son:

- a. 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" (Reglamento Básico Universal Para El Sistema Nacional de Residencias Del Equipo de Salud, 2015).
- b. Concursados/as: éstos/as son aquellos/as aspirantes que luego del proceso de adjudicación quedaron legalmente asignados/as a una residencia médica.

La fuente de información es 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 denomina "extranjera", independientemente de la nacionalidad del aspirante que haya cursado allí sus estudios de grado. Si la institución formadora se encuentra dentro país, se denomina "privada" o "pública"<sup>26</sup>, 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<sup>27</sup> en cuanto a la elección de especialidades, se consideran "priorizadas" a Clínica Médica, Medicina General o Familiar, Pediatría y Ginecología y Obstetricia; en tanto las especialidades "críticas" son: UTI adultos,

---

26 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 Rio Negro, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Universidad Nacional de Santiago del Estero.

27 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.

UTI pediátrico, Emergentología y Neonatología. Se definen 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)<sup>28</sup> de acuerdo al orden establecido por el Instituto Geográfico Nacional (IGN). El resto de las ciudades de Argentina se denominan “otras ciudades”. Se dejó la ciudad de Salta en el grupo “otras ciudades” dado sus condiciones sociosanitarias (Silberman & Silberman, 2023).

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 utilizó el software estadístico Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versión 28.

#### ***Para el objetivo 4***

Se realizó un trabajo descriptivo transversal con los años 2020 y 2022 para las adjudicaciones de las residencias en las diferentes provincias comparándolas con la media nacional. Se especificó la adjudicación para las especialidades priorizadas en las mismas unidades geográficas. Se compararon la adjudicación durante los años 2019-2020-2021 y 2022 para observar la tendencia en cuanto a la elección de residencia como estructura formativa de los/as egresados/as. Se trabajó para ello sobre la base de datos del Observatorio Nacional de Recursos Humanos que esta de manera en línea<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> Disponible en:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTdmYWY3Y2QtNjUwNy00MGU4LTgzMWUtODA4OTFmZjBhZmEyIiwidCI6IjZzNzc0NzJILTgwMDQtNDY0OC04NDU2LWJkOTY4N2FmYTE1MCIslmMiOjR9&pageName=ReportSection>

## RESULTADOS

### *Del objetivo 1*

El examen de residencia para el 2020 contó con 12.287 inscriptos/as de carreras vinculadas al campo de la salud, de los/as cuales 5.243 corresponden a la carrera de Medicina para especialidades básicas. De los 5.243 inscriptos, el 62,2 % fueron mujeres, mientras que 37,8 % fueron varones (Tabla 7).

En cuanto a la procedencia de los/as inscriptos/as (Tabla 8) se observó que el 70,2 % provienen de Universidad argentinas, mientras que más del 29,8 % son egresados/as de Universidad extranjeras (92 Universidad), en su mayoría de Bolivia (Tabla 9). Dentro de los/as inscriptos/as argentinos/as, 77,9 % provienen de 15 Universidad públicas nacionales; mientras que los/as restantes provienen de Universidad de Gestión Privada (22,1 %).

**Tabla 7.** Sexo de personas inscriptas.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	3.260	62,2
Masculino	1.983	37,8
Total	5.243	100,0



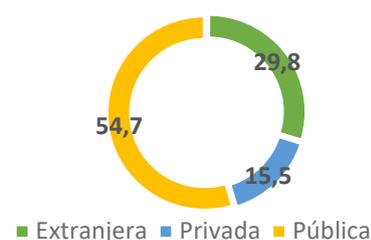
37,8



62,2

**Tabla 8.** Universidad de origen de las personas inscriptas.

Tipo de Institución	Frecuencia	Porcentaje
Extranjera	1.564	29,8
Privada	813	15,5
Pública	2.866	54,7
Total	5.243	100,0

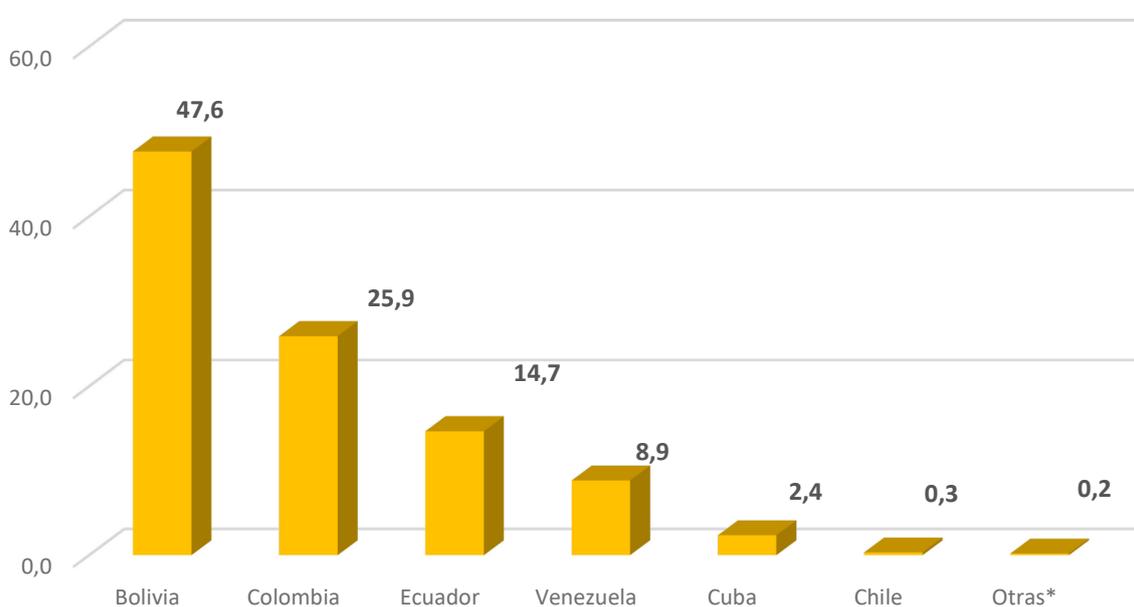


**Tabla 9.** Origen de la Universidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bolivia	745	14,2	47,6	47,6
Colombia	405	7,7	25,9	73,5
Ecuador	230	4,4	14,7	88,2
Venezuela	139	2,7	8,9	97,1
Cuba	37	0,7	2,4	99,5
Chile	5	0,1	0,3	99,8
Otras*	3	0,1	0,2	100,0
Total	1.564	29,8	100,0	
Perdidos	Argentina	3.679	70,2	
Total	5.243	100,0		

\*un caso de Holanda, uno de Paraguay y uno de Perú

**Gráfico 3.** País de origen de Instituciones formadoras extranjeras de los/as aspirantes (en %).



En el Gráfico 3 se observa la alta predominancia de egresados/as de Universidad bolivianas por sobre las demás Universidad extranjeras, seguidas en orden decreciente por inscriptos/as procedentes de Universidad colombianas, ecuatorianas, venezolanas, cubanas y chilenas.

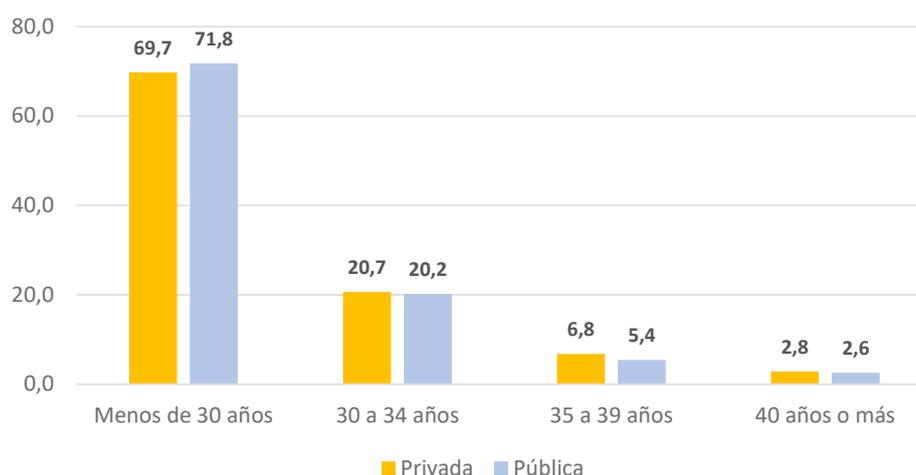
En cuanto a las edades de los/as inscriptos varían según Universidad de origen vemos que el promedio global de edad de inscriptos/as a la fecha de la realización del examen es de 29,15 años. De los 570 concursantes que declararon en el formulario de inscripción tener hijos, 327 son mujeres y 242 varones. El porcentaje mayor proviene de postulantes de Universidad extranjeras, que en su mayoría tienen entre 1 y 2 hijos/as a cargo. Las edades de las/os inscriptos/as se diferencian según la Universidad de origen (Gráfico 4).

**Tabla 10.** Edad de los/as inscriptos/as

Tramos de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 30 años	3.370	64,3	64,3
30 a 34 años	1.399	26,7	91,0
35 a 39 años	351	6,7	97,7
40 años o más	123	2,3	100,0
<b>Total</b>	<b>5243</b>	<b>100,0</b>	

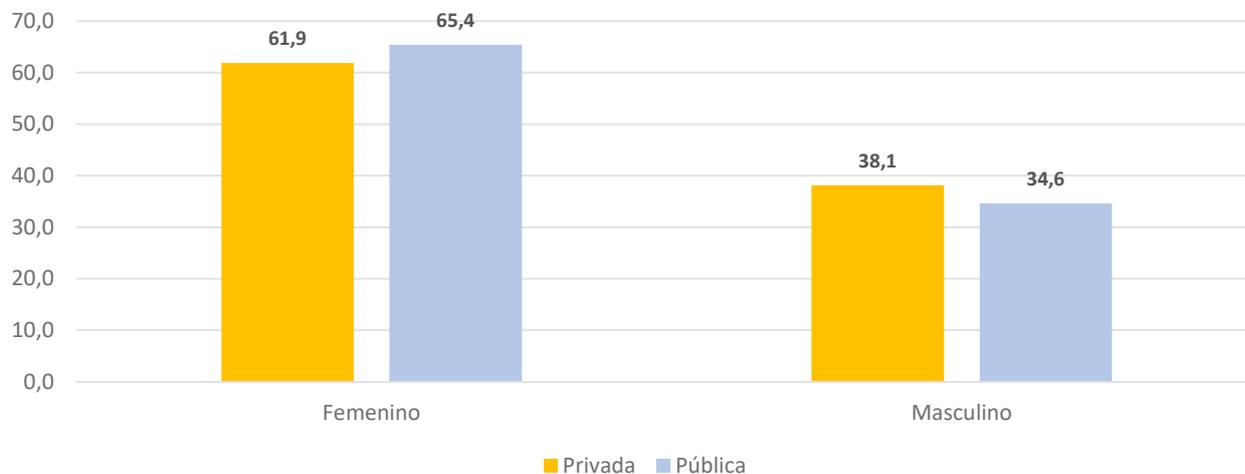
Fuente: SISA, Registro de Inscripción al EU.

**Gráfico 4.** Proporción de grupos etarios según tipo de Institución formadora (en %).



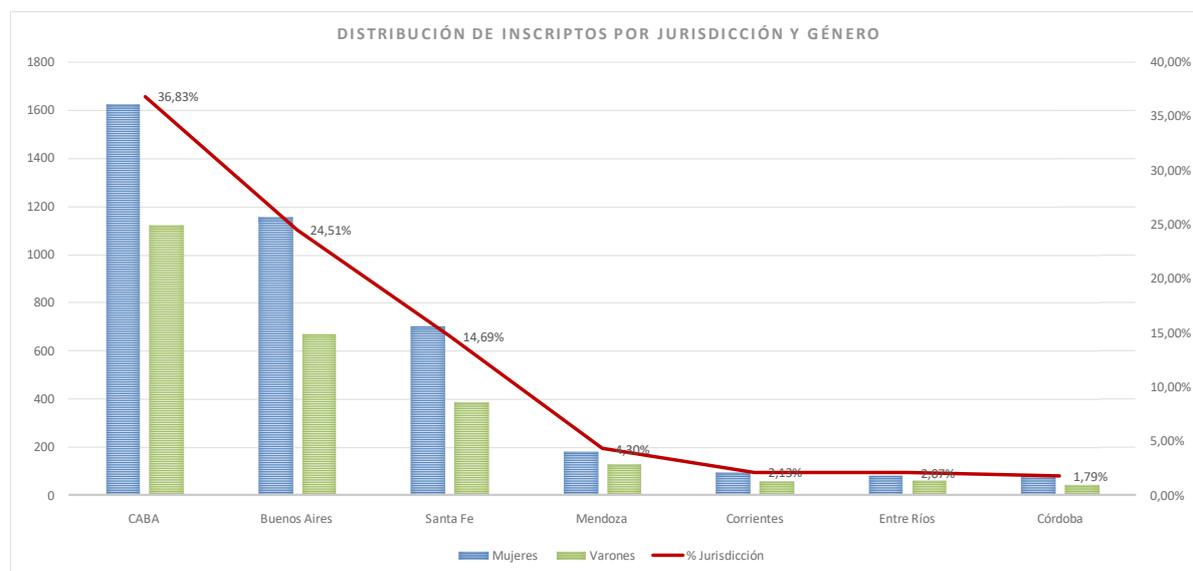
En cuanto al sexo (Gráfico 5) la predominancia femenina es más acentuada en las Universidad públicas nacionales (64,7 %) respecto a las de gestión privada (60,3 %).

**Gráfico 5.** Sexo de inscriptos de Universidad Argentinas. Proporción de hombres y mujeres según tipo de institución formadora (en %).



Respecto de la provincia de residencia (Gráfico 6), de los profesionales inscriptos en el EU, 35,14 % reside en CABA, el 23,38 % a la provincia de Buenos Aires, 14,02 % a la de Santa Fe, y un 4,11 % reside en Mendoza. Estas cuatro jurisdicciones concentran casi 77 % de los inscriptos, el 18,7 % restante se distribuye en el resto de las provincias en porcentajes desde 0 hasta el 2,03 %. No declaró provincia de residencia el 4,60 %.

**Gráfico 6.** Distribución de inscriptos por jurisdicción y género (Año 2020).



Fuente: SISA, registro de inscripción al EU.

De las 54 especialidades, las 25 más elegidas concentran el 95 % del total de inscritos. De estas 25, las primeras seis (Clínica Médica, Cirugía General, Anestesiología, Pediatría, Toco-Ginecología, Diagnóstico por imágenes) concentran casi el 50 % del total (Tabla 11). Se observa mayor presencia femenina en las especialidades de Clínica Médica (64 %), Pediatría (83 %), Toco-Ginecología (87 %), Medicina General (74 %) y Dermatología (87 %). Tienen mayor presencia masculina Ortopedia y traumatología (72 %), Urología (72 %) y Neurocirugía (65 %).

**Tabla 11.** Inscritos por especialidad y sexo entre 25 especialidades más elegidas.

Especialidad	Sin Datos	Femenino		Masculino		Total	%
		N	%	N	%		
Clínica médica	40	519	64,00 %	252	31,07 %	811	10,34 %
Cirugía general	47	388	48,99 %	357	45,08 %	792	10,10 %
Anestesiología	19	302	42,30 %	393	55,04 %	714	9,11 %
Pediatría	0	481	83,51 %	95	16,49 %	576	7,35 %
Toco-ginecología	10	442	87,01 %	56	11,02 %	508	6,48 %
Diagnóstico por imágenes	31	248	51,03 %	207	42,59 %	486	6,20 %
Cardiología	23	199	47,16 %	200	47,39 %	422	5,38 %
Ortopedia y traumatología	26	79	20,52 %	280	72,73 %	385	4,91 %
Medicina general y familiar	4	275	74,12 %	92	24,80 %	371	4,73 %
Oftalmología	11	187	59,18 %	118	37,34 %	316	4,03 %
Pediatría Articulada	33	207	71,13 %	51	17,53 %	291	3,71 %
Dermatología	10	225	87,21 %	23	8,91 %	258	3,29 %
Psiquiatría	11	153	59,30 %	94	36,43 %	258	3,29 %
Neurocirugía	10	52	29,55 %	114	64,77 %	176	2,24 %
Otorrinolaringología	21	89	52,98 %	58	34,52 %	168	2,14 %
Terapia intensiva	0	93	59,24 %	64	40,76 %	157	2,00 %
Neurología	7	66	46,81 %	68	48,23 %	141	1,80 %
Urología	5	28	23,93 %	84	71,79 %	117	1,49 %
Gastroenterología	0	61	59,22 %	42	40,78 %	103	1,31 %
Anatomía patológica	4	60	68,97 %	23	26,44 %	87	1,11 %
Endocrinología	6	59	71,95 %	17	20,73 %	82	1,05 %
Cirugía infantil	0	53	70,67 %	22	29,33 %	75	0,96 %
Infectología	5	36	63,16 %	16	28,07 %	57	0,73 %
Oncología	3	35	70,00 %	12	24,00 %	50	0,64 %

Emergentología	4	24	50,00 %	20	41,67 %	48	0,61 %
----------------	---	----	---------	----	---------	----	--------

Fuente: SISA, registro de inscripción al EU.

Cuando se comparan las 5 especialidades más elegidas por varones y por mujeres, éstas se ordenan según se observa en las Tablas 12 y 13, siendo la más elegida por varones Ortopedia y Traumatología, mientras que entre mujeres se elige Dermatología y Toco-ginecología en igual proporción.

**Tabla 12.** Especialidades elegidas por varones.

Especialidad	Sexo con mayor %	Dif. porcentual	Ratio
1. Ortopedia y Traumatología	Masculino	8,3	5,3
2. Urología	Masculino	2,7	5,2
3. Cirugía plástica y reparadora	Masculino	0,8	4,9
4. Neurocirugía	Masculino	3,2	3,3
5. Anestesiología	Masculino	6,5	2,1

**Tabla 13.** Especialidades elegidas por mujeres.

Especialidad	Sexo con mayor %	Dif porcentual	Ratio
1. Dermatología	Femenino	4,3	5,5
2. Toco-ginecología	Femenino	7,9	5,5
3. Pediatría y pediátricas articuladas	Femenino	10,9	3,1
4. Medicina general y/o Medicina de familia	Femenino	2,4	2,1
5. Endocrinología	Femenino	0,7	2

## *Del objetivo 2*

El EU para el ingreso a residencias médicas del año 2020 estuvo compuesto por 100 preguntas, las cuales fueron agrupadas según bloque temático de acuerdo a la tabla de especificaciones: Salud de la Mujer (23 preguntas), Salud del Adulto (46 preguntas), Salud del Niño/a (20 preguntas) y Salud Pública (11 preguntas). El examen fue realizado por 5.243 postulantes, de los cuales 1.564 provienen de Universidad extranjeras, 813 de Universidad Nacionales privadas y 2.866 de Universidad Nacionales Públicas. El resultado del examen tuvo una media de 58,14, una moda de 60, desvío estándar de 12,43 y mediana 59,00 (Tabla 14).

**Tabla 14.** Estadísticos - puntaje general del EU.

Correctas		
N	Válido	5.243
	Perdidos	0
Media		58,14
Mediana		59,00
Moda		60
Desv. Desviación		12,473
Varianza		155,564
Rango		70
Mínimo		20
Máximo		90

### *Análisis por preguntas*

La clasificación de las preguntas por grado de dificultad muestra que el 82 % de las preguntas tiene una dificultad aceptable, y el 13 % una dificultad óptima. En la (Tabla 15) se detalla la clasificación global de los ítems por grado de dificultad y agrupado por áreas temáticas. El 63 % de los ítems tiene excelente o buen grado de discriminación, mientras que el 6 % tiene un grado de discriminación muy malo. En la (Tabla 16) se detalla la clasificación global de ítems por grado de dificultad y de forma agrupada por áreas temáticas.

**Tabla 15.** Clasificación global de los ítems por grado de dificultad y agrupado por áreas temáticas.

Grado de dificultad	Examen total	Bloque Salud del Adulto	Bloque salud de la mujer	Bloque Salud del Niño	Bloque Salud Pública
Muy difícil	3 %	2 %	4,3 %	4,5 %	—
Difícil	9 %	11 %	13 %	4,5 %	—
Relativamente difícil	31 %	26 %	43,5 %	36,4 %	27,3 %
Dificultad óptima	13 %	17 %	13,9 %	4,5 %	9,1 %
Relativamente fácil	38 %	37 %	26,1 %	45,5 %	45,5 %
Muy fácil	6 %	7 %	—	4,5 %	18,2 %

**Tabla 16.** clasificación global de ítems por grado de dificultad y de forma agrupada por áreas temáticas.

Grado de discriminación	Examen total	Bloque Salud del Adulto	Bloque salud de la mujer	Bloque Salud del Niño	Bloque Salud Pública
Excelente	41 %	37 %	56,5 %	40,0 %	27,3 %
Bueno	22 %	21,7 %	13,0 %	20,0 %	45,5 %
Revisable	19 %	23,9 %	13,0 %	20,0 %	9,1 %
Malo	12 %	15,2 %	4,3 %	15,0 %	9,1 %
Muy malo	6 %	2,2 %	13,0 %	5,0 %	9,2 %

### *Correlación monorrasgo/heterométrico*

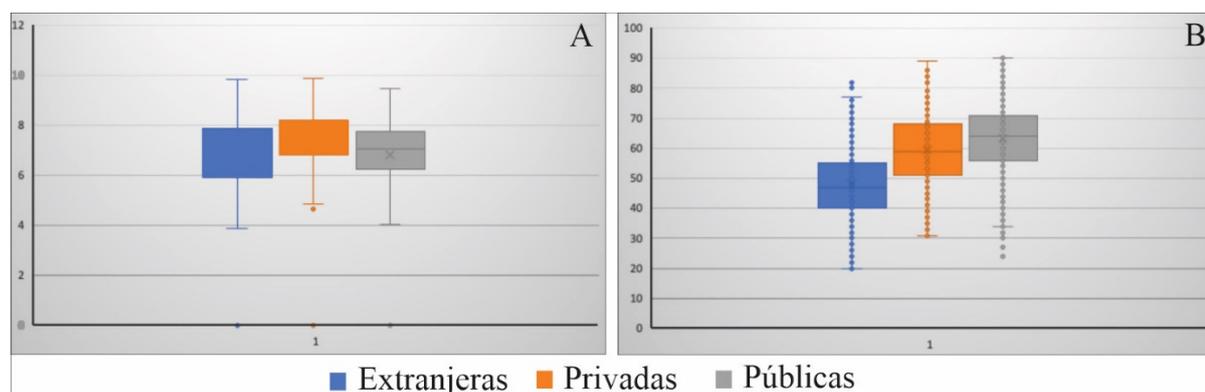
Para considerar la correlación entre el promedio de la carrera y el desempeño en el examen se agrupó a los aspirantes en tres grupos según tipo de carrera en la que se graduaron (Tabla 17 y 18). En los Gráfico 7 y 8 puede observarse la distribución de ambas variables. En el caso del promedio de la carrera, tanto la media como los cuartiles 1 y 3 son mayores en el caso de estudiantes de carreras nacionales privadas. Esto no se corresponde a un comportamiento similar en el desempeño del examen, donde el grupo de aspirantes de Universidad Nacionales Públicas tiene una media, primer y tercer cuartil, superiores a los otros dos grupos.

**Tabla 17.** Diferencia de Promedios según Universidad de origen.

	Aspirantes de Universidad extranjeras	Aspirantes de Universidad privadas	Aspirantes de Universidad públicas
Promedio carrera de grado			
Media	7,12	7,50	7,02
Desvío estándar	1,31	0,93	0,99

Desempeño en el examen			
Media	48,03	59,31	63,35
Desvío estándar	10,53	11,24	10,23
Correlación Promedio/desempeño	0,44	0,62	0,60

**Gráfico 7.** A. Dispersión de promedio de carrera según tipo de Universidad. B. Dispersión de notas en el EU según tipo de Universidad.



Para cada grupo de carreras se calculó la correlación entre promedio de carrera y desempeño del examen, mediante el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson, siendo para los tres grupos moderadamente positiva (Gráfico 7). La correlación fue menor en el grupo de las Universidad extranjeras, con un valor de 0,44, mientras que fue similar para los dos grupos de Universidad Nacionales (0,62 para aspirantes de Universidad privadas, 0,60 para aspirantes de Universidad públicas).

#### *Confiabilidad:*

La confiabilidad fue alta habiéndose obtenido un valor del coeficiente de fiabilidad según la fórmula 21 de Kuder-Richardson de 0,96.

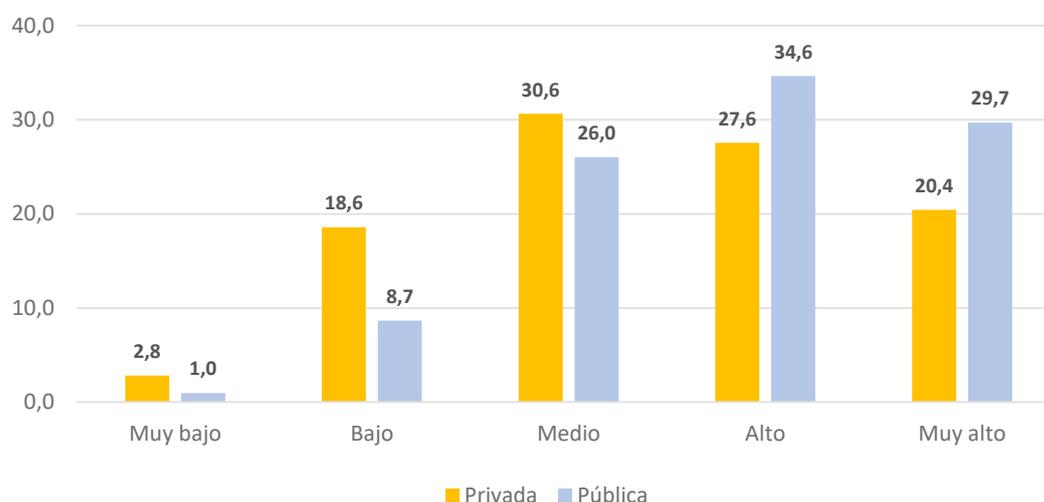
De los resultados del examen en sí mismo, es posible apreciar los siguientes aspectos:

En cuanto al desempeño entre egresados/as de Universidad públicas y privadas (Gráfico 8), los/as egresadas de Universidad públicas tienen mejor desempeño en el EU Medicina que sus colegas de Universidad privadas.

Si bien tanto unos como otros se ubican por encima del promedio general del EU (incluye a los egresados formados en instituciones extranjeras), se observan mejores rendimientos en los/as aspirantes de Universidad públicas.

Los egresados/as de instituciones públicas tienen un promedio de 63,3, mientras que sus colegas egresados de Universidad privadas, 59,3. El promedio general de los/as aspirantes en la carrera de grado es de 58,1.

**Gráfico 8.** Desempeño por niveles en el EU según tipo de Universidad (en %).

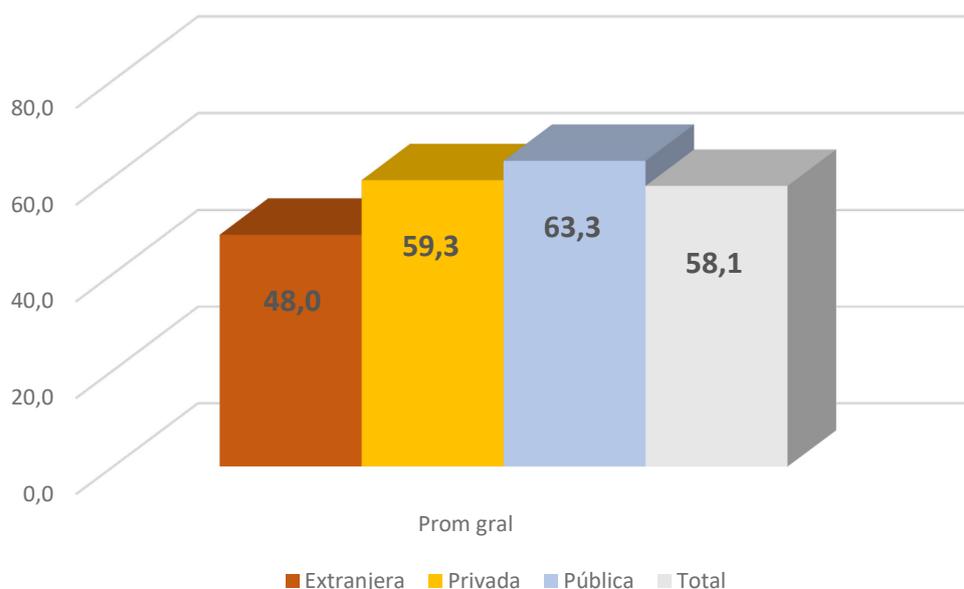


El 64,3 % de los/as aspirantes provenientes de una Universidad pública obtuvieron un nivel "alto" o "muy alto" en el puntaje del EU, mientras que ese porcentaje se reduce al 48 % para aquellos/as que se formaron en Universidad privadas.

En consonancia con lo anterior, en los niveles de menor rendimiento ocurre lo opuesto. Esto es, los/as egresadas de Universidad privadas poseen mayores representantes que sus pares de Universidad públicas. Mientras que apenas el 8,7 % los/as egresadas de Universidad públicas obtuvieron un nivel bajo, este porcentaje se duplica en el caso de egresados/as de Universidad privadas, alcanzando un 18,6 % en el mismo nivel.

Al observarlo en términos generales en cuanto a las tres opciones (Universidad Pública, Privada y Extranjeras), se aprecia lo siguiente:

**Gráfico 9.** Promedio de los puntajes obtenidos en el EU Medicina (b) según tipo de institución formadora (en %).



Los egresados de Universidad públicas tienen mejor rendimiento (promedio de 63,3 %), en comparación con los otros tipos de instituciones (extranjeras, 48,0 % y privadas, 59,3 %) (Gráfico 9).

En cuanto al desempeño según bloque temático y por sexo se observa lo siguiente (Tabla 19):

**Tabla 19.** Desempeño según bloque temático por sexo.

Sexo		Salud del adulto	Salud de la mujer	Salud del niño/a	Salud Pública
Femenino	Media	59	50,4	61,6	69,2
	N	3260	3260	3260	3260
Masculino	Media	58,7	47,6	58,4	69,1
	N	1983	1983	1983	1983
Total	Media	58,9	49,4	60,4	69,2

Al analizar las diferencias en el rendimiento del EU por sexo, las mayores diferencias se observan en los bloques "Salud de la mujer" y "Salud del niño/a". Si bien en las cuatro áreas de conocimiento puestas en juego en el EU, las mujeres presentan mejores rendimientos que los hombres, en las áreas mencionadas las diferencias son más significativas. En la primera de ellas, la diferencia porcentual a su favor alcanza 2,8 pp (5,9 % si se evalúa la brecha porcentual), mientras que en la segunda la diferencia 3,2 pp (lo que equivale a 5,4 % si se evalúa la brecha porcentual). Acompañando la tendencia general del nivel de dificultad por bloque temático, "Salud pública" es el área de conocimiento que mejores rendimientos ha cosechado en todas las Universidad Nacionales mientras que en el otro extremo, el bloque "Salud de la mujer" ha sido aquel con resultados más magros.

### ***Del objetivo 3***

#### *Aspirantes:*

Como se observa en Tabla 20, la gran mayoría de los/as aspirantes provienen de las Universidad públicas, seguidas por la población extranjera. En cuanto a la edad, se observa que la población extranjera es mayor y en cuanto al sexo hay un predominio femenino en aspirantes provenientes de las Universidad 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 Universidad privadas sobre el resto.

**Tabla 20.** Aspirantes inscriptos para el EU 2020

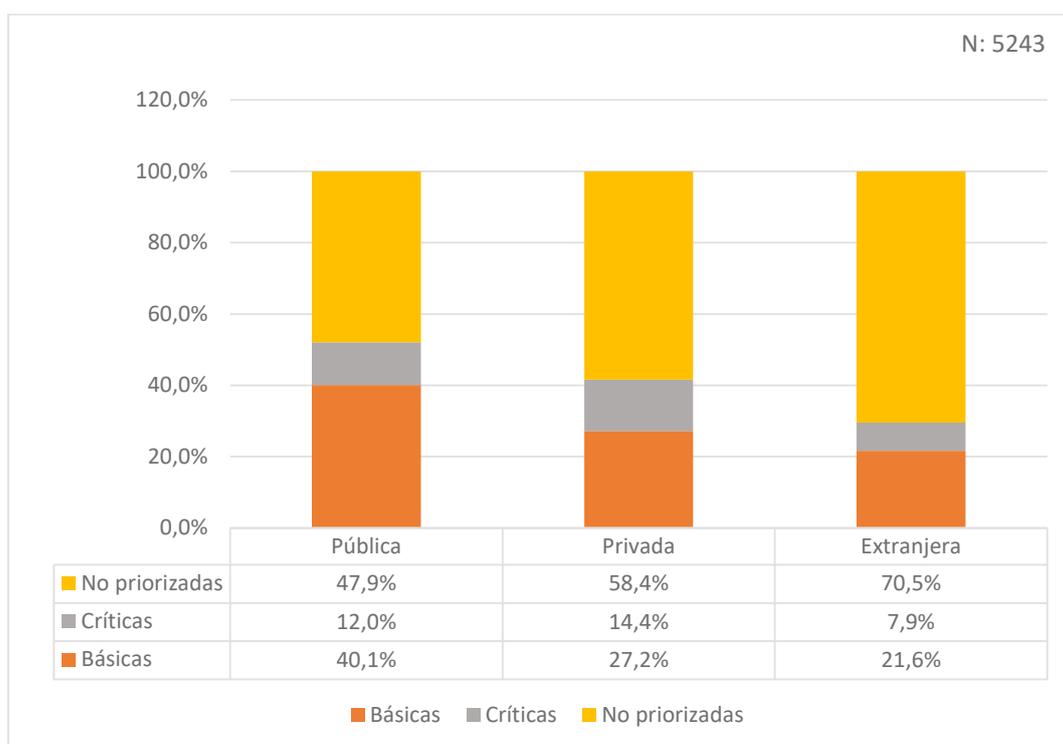
		Universidad de Gestión Pública	Universidad de Gestión Privada	Universidad Extranjera
N= 5.243 (100 %)		2.866 (54,7 %)	813 (15,5 %)	1564 (29,8 %)
Edad		28,7	28,6	30,3
Sexo	F	65,4	61,9	56,5
	M	34,6	38,1	43,5

Promedio de la carrera	7,0	7,5	7,2
------------------------	-----	-----	-----

Como se muestra en la Tabla 21, el 30 % de los/as aspirantes son de Universidad sudamericanas, predominantemente boliviana, colombiana, ecuatoriana y venezolana, en ese orden.

En el Gráfico 10 es posible observar cómo los/as egresados/as de los tres tipos de Universidad en estudio seleccionan el tipo de especialidad.

**Gráfico 10.** Distribución de especialidades según Universidad de origen.



**Tabla 21.** País de origen de la Universidad.

País de origen	Frecuencia	Porcentaje
Argentina	3.679	70,17 %
Boliviana	745	14,21 %
Colombiana	405	7,72 %
Ecuatoriana	230	4,39 %
Venezolana	139	2,65 %
Otras	45	0,86 %

Total	5.243	100,00 %
-------	-------	----------

Aquí se puede observar que la proporción de elección de especialidades básicas es mayor en las Universidad públicas ( $P < 0,05$ ), siendo las *No priorizadas* mayormente elegidas por estudiantes de origen de Universidad extranjeras ( $P < 0,05$ ). Las especialidades críticas son elegidas en mayor medida por egresados/as de Universidad privadas, aunque la diferencia con las Universidad públicas no es significativa

En la Tabla 22 se visualiza el origen geográfico del que provienen los/as aspirantes a rendir el examen, categorizados/as en provenientes de ciudades argentina grandes, ciudades argentinas pequeñas y aquellos provenientes de países extranjeros.

**Tabla 22.** Aspirantes según origen geográfico.

Especialidad	Extranjero/a	Grandes ciudades	Ciudades pequeñas
N= 5243	1.701	2.815	727
Básicas	22,8 %	34,8 %	35,4 %
Críticas	9,1 %	12,5 %	10,9 %
No priorizadas	68,1 %	52,7 %	53,8 %
Total	32,4 %	53,7 %	13,9 %

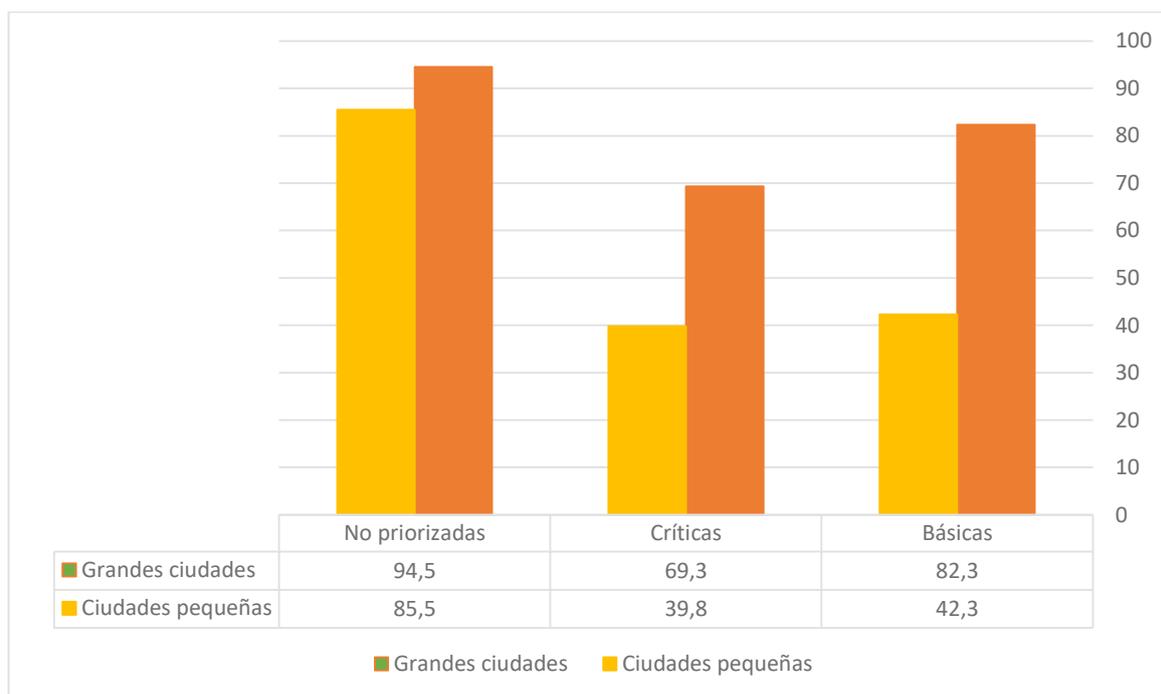
Como se observa en la tabla 22, el 53,7 % provienen de grandes ciudades, 32,4 % del extranjero, y 13,9 % de egresados/as provenientes de ciudades pequeñas que deciden migrar y rinden para residencias ubicadas en las grandes ciudades.

En cuanto a la elección del tipo de especialidad, los/as aspirantes provenientes de las ciudades pequeñas son quienes eligen en mayor medida las básicas, muy cerca de los/as aspirantes provenientes de las grandes ciudades, ambos distanciados de los/as aspirantes provenientes del extranjero ( $P < 0,05$ ). En cuanto a las especialidades críticas, se ve una leve diferencia a favor de los/as egresados/as provenientes de las grandes ciudades, sin embargo, estas diferencias no son significativas. En cuanto a las especialidades no priorizadas, son ampliamente elegidas por aspirantes extranjeros/as ( $P < 0,05$ ).

Como se ve en el Gráfico 11, 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, vemos que las adjudicaciones son 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 es muy alto, cercano al 100 %, y no se observa diferencias importantes entre regiones. Cuando se analizan al interior de las especialidades básicas, se observa 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 y Familiar la diferencia asciende 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 adjudica un 74,3 % en las grandes ciudades vs. 40,7 % en las del interior ( $P < 0,01$ ).

**Gráfico 11.** Porcentaje de adjudicación de vacantes por tipo de ciudad



Sin embargo, cuando observamos las especialidades no priorizadas vemos adjudicaciones cercanas al 100 % y similares en el interior que en las grandes ciudades (cirugía 100 % vs. 96 %, Diagnóstico por Imágenes 100 % vs. 100 %, Cardiología 100 % vs. 100 %).

***Del objetivo 4***

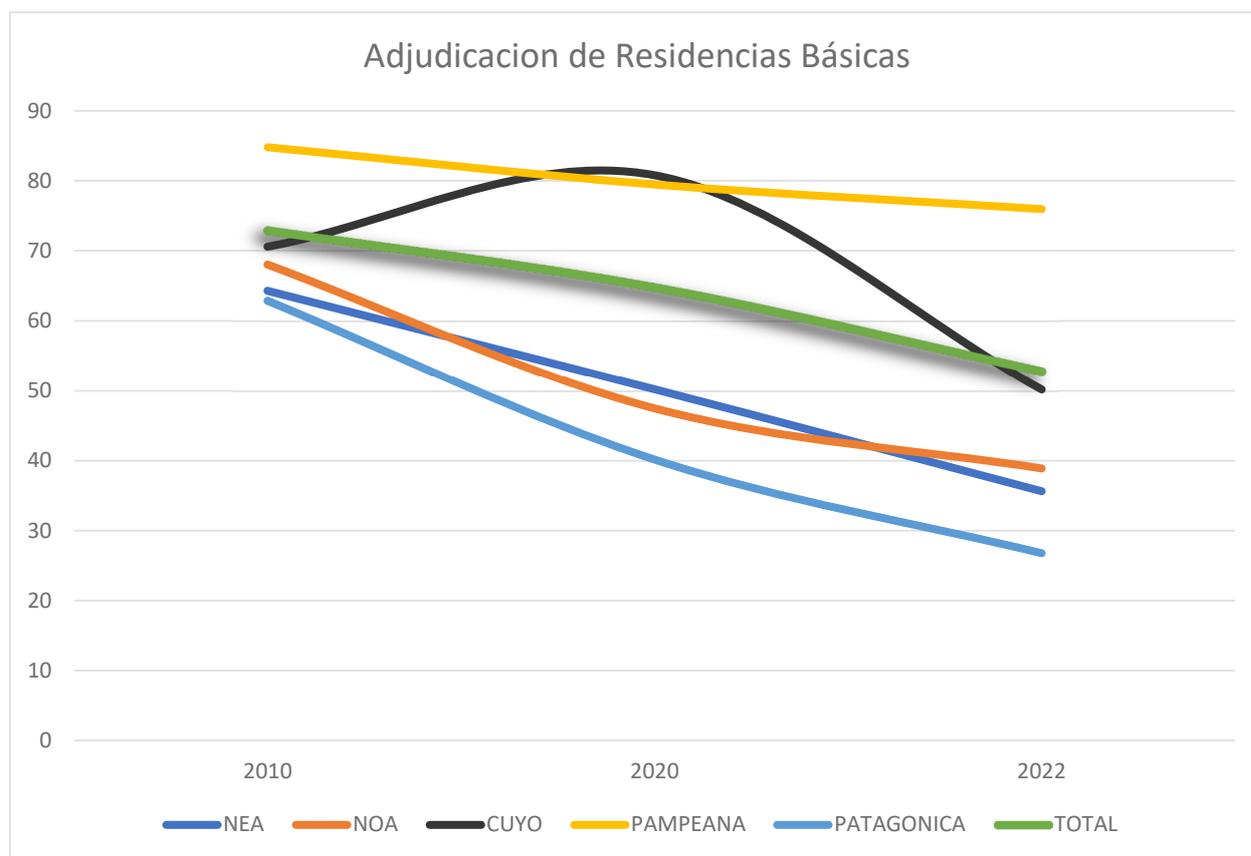
**Tabla 23.** Adjudicación de especialidades básicas con financiamiento nacional (2010-2022).

Total de Especialidades Básicas							
	Años	Cupos Ofrecidos	Cupos Adjudicados	%	Diferencia (-)		
Financiamiento Nacional	Totales	2010	968	706	72,9	20,1	
		2020	1406	912	64,8		
		2022	1720	909	52,8		
	Región Cuyo (Mendoza, San Juan, San Luis)	2010	160	113	70,6	20,41	
		2020	209	169	80,8		
		2022	255	128	50,19		
	Región NEA (Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa)	2010	199	128	64,32	28,68	
		2020	237	119	50,21		
		2022	289	103	35,64		
	Región NOA (Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero)	2010	191	130	68,06	29,7	
		2020	278	132	47,48		
		2022	414	161	38,9		
	Región Pampeana (Santa Fe, Entre Ríos, CABA, La Pampa, Buenos Aires)	2010	329	279	84,8	8,5	
		2020	555	441	79,48		
		2022	670	509	75,97		
	Región Patagónica (Rio Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego)	2010	89	56	62,9	36,12	
		2020	127	51	40,16		
		2022	183	49	26,78		

Datos obtenidos del observatorio de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Mapa de Residencias (Observatorio Federal de Talento Humano, 2023).

Como se observa en la Tabla 23, desde el 2010 al 2022 el número de médicos/as que adjudicaron cargos a nivel nacional descendió en todas las regiones del país. Se observa diferencia entre la región pampeana (que incluye CABA, Provincia de Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe) y el resto de las regiones del país. La región Patagónica es la que más descenso se observa. El promedio a nivel país es de un 20,41 punto porcentual, pero si se toma la diferencia entre el 2020 y el 2022, el descenso en el periodo de dos años es de 12 puntos porcentuales.

**Gráfico 12.** Tendencia en el % de adjudicación (Cupos ofrecidos/adjudicados) 2010-2022.



En el Gráfico 12 se ve un descenso pronunciado en la adjudicación de cupos de residencias en las diferentes regiones, con una menor tendencia en la región pampeana, igualmente en descenso. En la región Patagónica y la región del NEA se observa un mayor descenso. La región de Cuyo es la que mayor descenso se observa en el periodo 2020-2022.

En la Tabla 24 expone que la situación en las especialidades denominadas prioritarias la diferencia a nivel país es menor, pero en la región del NOA es mayor esa diferencia (37,6 punto porcentuales menos entre 2010 y 2022).

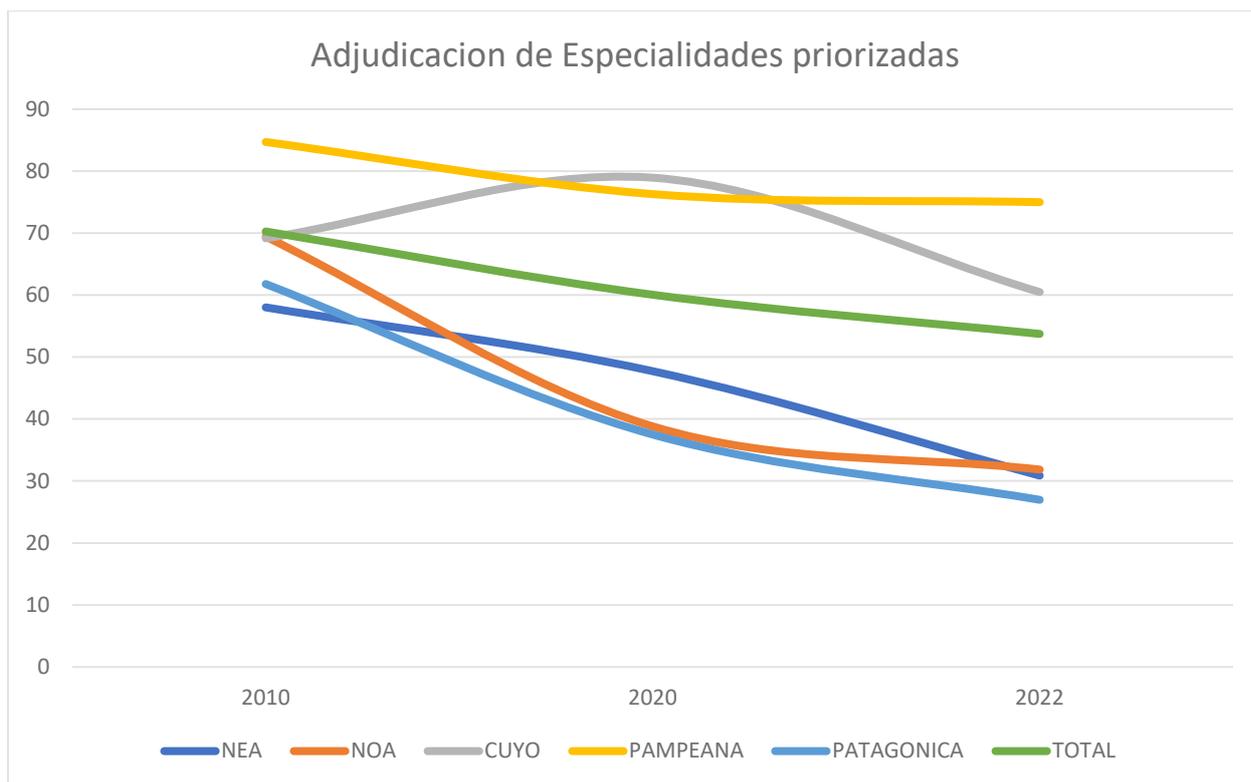
En particular, la región Pampeana muestra un descenso más leve pero involucra jurisdicciones como Santa Fe y CABA que tienen alto porcentaje de adjudicaciones, lo cual disimula a la provincia de Buenos Aires que tiene un porcentaje de adjudicaciones de un 45,4 % en las especialidades priorizadas.

**Tabla 24.** Adjudicación de Especialidades priorizadas.

	Año	Cupos Ofrecidos	Cupos Adjudicados	%	Diferencia
TOTAL	2010	750	527	70,27	
	2020	1.014	609	60,06	-16,53
	2022	2.155	1.158	53,74	
Región Cuyo (Mendoza, San Juan, San Luis)	2010	120	83	69,17	
	2020	152	120	78,95	-8,68
	2022	329	199	60,49	
Región NEA (Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa)	2010	162	94	58,02	
	2020	197	94	47,72	-27,15
	2022	230	71	30,87	
Región NOA (Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero)	2010	145	92	69,45	
	2020	201	78	38,81	-37,61
	2022	223	71	31,84	
Región Pampeana (Santa Fe, Entre Ríos, CABA)	2010	255	216	84,71	
	2020	368	281	76,3	-9,71
	2022	396	297	75	
Región Patagónica (Rio Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego)	2010	68	42	61,79	
	2020	96	36	37,5	-34,83
	2022	115	31	26,96	
Provincia de buenos Aires	2022	682	310	45,45	

Datos obtenidos del observatorio de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Mapa de Residencias(Observatorio Federal de Talento Humano, 2023).

**Gráfico 13.** Tendencia en la Adjudicación de especialidades priorizadas periodo 2010-2022.

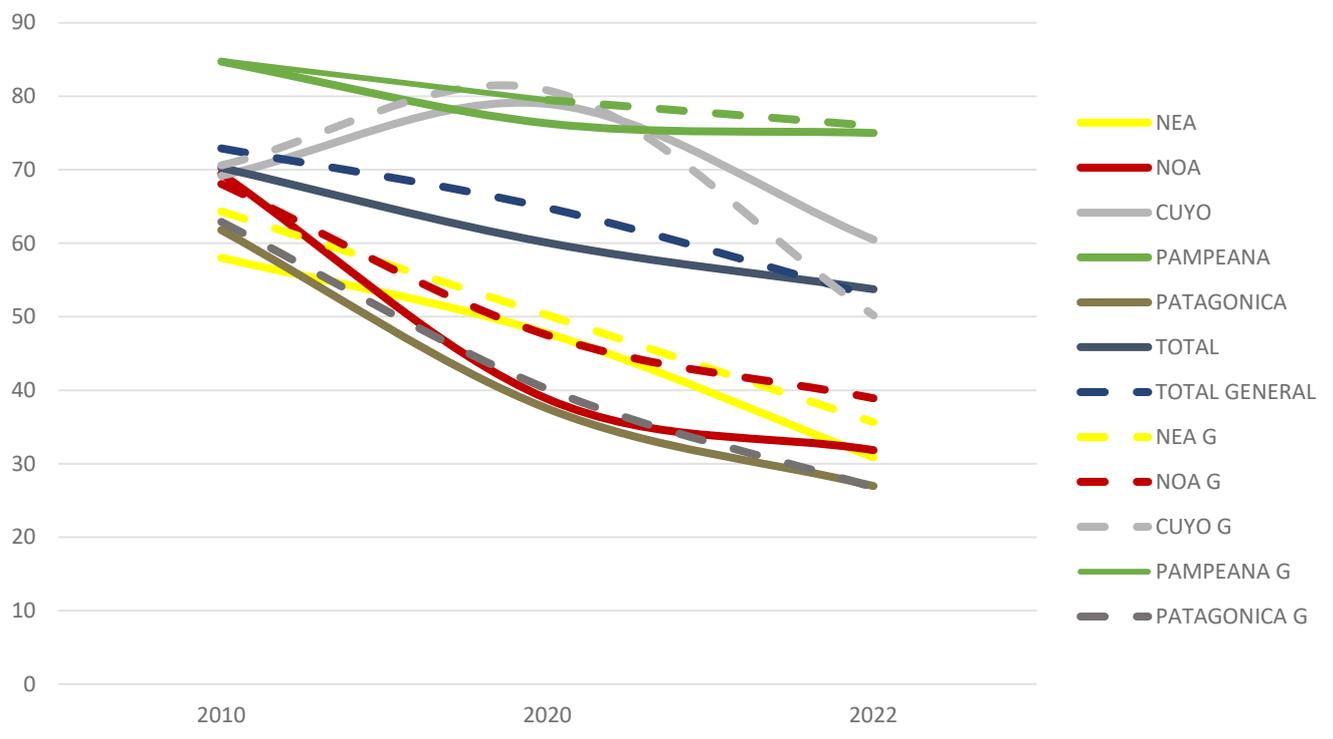


Como se observa en el Gráfico 13 las especialidades priorizadas también se nota el descenso, con un gradiente mayor en las regiones del NEA y Patagónica. Se observa una estabilización en el descenso en la región Pampeana.

Cuando se compara la adjudicación de especialidades generales y las priorizadas específicamente (Gráfico 14), se ve un descenso similar en ambas adjudicaciones con mayor descenso en NEA y NOA (mayor descenso en las priorizadas) y un menor descenso en CUYO.

**Gráfico 14.** Comparación entre los descensos de las especialidades priorizadas y las especialidades básicas en general por región. Periodo 2010-2022.

### Adjudicación especialidades prioritizadas y Totales generales en residencias basicas



## DISCUSION

### *Del objetivo 1*

La residencia, en tanto sistema de formación en servicio, se basa en la apropiación de saberes a través de la resolución de problemas como construcción activa que trasciende la recepción pasiva de conocimientos, ya sea en el plano académico como en aquel derivado de la experiencia generada durante la formación (Duré & Cadile, 2015). Orientado por marcos de referencia y programas específicos para cada especialidad, el sistema de residencias permite la existencia de una formación equivalente en todo el país y ofrece oportunidades para el desarrollo de las competencias profesionales necesarias para el ejercicio de las diferentes especialidades médicas.

Para el EU 2020, más de la mitad de los inscriptos a especialidades básicas para la carrera de Medicina provienen de Universidad públicas argentinas. El resto se distribuyen entre instituciones privadas y extranjeras. Esta tendencia muestra que el Sistema Público de Salud absorbe gran parte de la oferta privada y extranjera dando oportunidades de formación en servicio y rentadas, logrando cobertura y accesibilidad en distintos puntos del territorio nacional. Es notable la cantidad de postulantes proveniente de Universidad extranjeras (casi un 30 %) significando la segunda población, duplicando casi la cantidad de postulantes provenientes de Universidad de Gestión Privada argentina. De las Universidad extranjeras sobresalen las bolivianas en más del 40 %.

El análisis de los datos permite afirmar que existe una profundización en el proceso de feminización de la profesión médica ya observado en otros trabajos (Ministerio de Salud de la Nación, 2020a; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018; Pagotto *et al.*, 2020). Dicha feminización puede interpretarse como un proceso que revierte la evolución hasta el 2016 donde se observaron diferencias importantes en la menor especialización de las mujeres con respecto a la de los varones, condicionando el ingreso a mejores oportunidades laborales (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018).

La diferencia de sexo que se ve en términos generales se diferencia, junto con la edad, en las diferentes Universidad. Las Universidad de Gestión Pública poseen mayor proporción de mujeres y más jóvenes que en las de gestión privada, siendo mucho mayor la diferencia con las extranjeras donde predominan los varones.

También pueden observarse algunas variaciones en la elección de especialidades, que sugieren algunos cambios en los estereotipos y expectativas acerca de los roles de género y que condicionan dicha elección. Estas variaciones se encuentran vinculadas a los cambios que ha experimentado la sociedad en su conjunto con la puesta en agenda pública la discusión de los asuntos de género. Este fenómeno se ve acrecentado en los y las postulantes provenientes de las Universidad públicas por sobre las de gestión privada y más aún sobre postulantes de Universidad extranjeras. Se nota particularmente una mayor elección de determinadas especialidades en mujeres que se corresponde con otras investigaciones en otros países (Pediatria, Medicina General, Tocoginecología vs. Cirugía, Neurología y Anestesiología), así como también la elección de especialidades quirúrgicas por parte de los hombres (Duré & Cadile, 2015; Lorello *et al.*, 2020; Pagotto *et al.*, 2020). En cuanto a dicha tendencia, habría que correlacionar a otras variables que hacen a la elección de la especialidad y que podrían estar vinculadas al género. De hecho, las mujeres profesionales de la salud presentan mayor proporción de hijos/as que los varones (66,4 % y 57,8 %, respectivamente). A su vez, son menos las que tienen pareja (unidas/os o casadas/os) que los varones (52 % vs. 65,2 %) y dedican más horas al cuidado del hogar diariamente que los varones (4,8 hs vs. 3 hs) situación que claramente condiciona su disponibilidad laboral (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018). En este trabajo se visualiza también que las mujeres tienen mayor proporción de hijos/as que los varones (7,2 vs. 6,6). Otros de los aspectos que se tienen en cuenta a la hora de elegir la especialidad son las condiciones laborales, el clima de aprendizaje y la capacidad académica de dichas especialidades (Eymann *et al.*, 2020).

Respecto de la provincia de residencia de los/as concursantes, la mayoría de los/as postulantes al EU se concentra en cuatro jurisdicciones del país donde se localizan grandes centros urbanos. De hecho, esto coincide y profundiza la mayor concentración de profesionales en dichas regiones en detrimento de las menos pobladas o con mayores necesidades de médicos/as, sanitarias y menores ingresos per cápita (Observatorio Federal de Talento Humano, 2023; Federación Económica Tucumán, 2021; Observatorio en Talento Humano en Salud, 2022).

A pesar del aumento en el número y la amplia distribución geográfica de nuevas carreras de Medicina públicas con perfiles de egreso orientados a la APS (Secretaria de Políticas Universitarias, 2019), ese hecho aún no está impactando en el resultado de la distribución de

médicas/os en nuestro país y/o en las adjudicaciones a cargos de residencias médicas, tal como se ha demostrado en otros países (Coutinho *et al.*, 2017).

Finalmente, la estructura formativa de las residencias genera diversos impactos en el mercado laboral, donde las posibilidades de inserción futura en el mercado de trabajo condicionan la elección de la especialidad por parte de los profesionales en función de su jerarquización en el mercado (Duré & Cadile, 2015). En parte, persisten brechas de género en la elección de especialidades donde se observa que las especialidades quirúrgicas y de cuidados intensivos son más elegidas por varones mientras que las especialidades no quirúrgicas son más elegidas por mujeres (Eymann *et al.*, 2020). El crecimiento sistemático de presencia femenina en carreras médicas desde la década de 1980 (Ministerio de Salud de la Nación, 2020a) y con una tendencia creciente más marcada en los últimos 10 años, muestra la existencia de un proceso de cambio que pone en relieve la importancia de una agenda de trabajo con perspectiva de género para la planificación de los recursos humanos en salud.

### ***Del objetivo 2***

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que el EU presenta características psicométricas aceptables para una instancia decisoria como lo es el acceso a la formación en residencias. En un trabajo comparativo de tres exámenes previos al EU en Argentina (EU, CABA y PBA), se observó una diferencia en la confiabilidad y el índice de dificultad: en CABA: 0.86 y 0.56; en EU: 0.79 y 0.58, y en PBA: 0.83 y 0.55 (Serralunga *et al.*, 2017). Los resultados de este trabajo muestran similitudes en confiabilidad (0,85) y dificultad media (0,53).

El examen MIR (ESPAÑA) presenta un índice de confiabilidad superior, de 0,96 y un índice de dificultad de 0,54 (Baladrón *et al.*, 2016), similar al del presente análisis. El índice de discriminación es bueno o excelente en el 63 % de los ítems, mientras que el MIR ha presentado un 49 % de ítems con estas categorías.

En cuanto a la correlación entre promedio de la carrera y desempeño en el examen, en EU: 0,79 y 0,58, y en PBA: 0,83 y 0,55 (Serralunga *et al.*, 2017). Los resultados de este trabajo muestran similitudes en confiabilidad (0,85) y dificultad media (0,53). El examen MIR

(ESPAÑA) presenta un índice de confiabilidad superior, de 0,96 y un índice de dificultad de 0,54 (Baladrón *et al.*, 2016), similar al presente análisis.

El índice de discriminación es bueno o excelente en el 63 % de los ítems, mientras que el MIR ha presentado un 49 % de ítems con estas categorías.

En un trabajo comparativo de tres exámenes previos al EU en Argentina (EU, CABA y PBA) se observó una diferencia en la confiabilidad y el índice de dificultad: en CABA: 0,86 y en las poblaciones de egresados y egresadas de Universidad Nacionales Privadas y Públicas es similar, en el caso de los promedios presentan una media, superior en las carreras privadas, mientras que en el caso de la población proveniente de carreras públicas es mayor la media, del desempeño del examen. Este resultado, si bien aporta a la validez del examen, sugiere que la construcción de los promedios es diferente según la naturaleza de las carreras y su incorporación en la construcción de órdenes de mérito aportaría una varianza distorsiva, denominado en la literatura como “varianza irrelevante al constructo” (Muñiz, 2017) la cual no es irrelevante, valga la redundancia, desde una dimensión política. El hallazgo de que el/la egresado/a de las carreras de Medicina de gestión pública tiene mejor media de desempeño en el examen y una media de promedio de grado más bajo, es un fenómeno observado en otros países (Lagunas-Flores, 2021). Estudios sobre el ENRAM, muestra que, el examen, de 450 preguntas de MO, tiene una media de desempeño similar a la hallada en nuestro trabajo en Argentina, de 62,4 y una moda de 60,9 (Gaxiola-García *et al.*, 2020). Sin embargo, en un trabajo publicado de Barajas Ochoa sobre el ENRAM (México), plantea que el mismo presenta debilidades en los indicadores de calidad (Barajas-Ochoa & Ramos-Remus, 2017).

En síntesis, el instrumento tiene propiedades adecuadas para discriminar un orden de mérito. Alta confiabilidad, validez y capacidad de discriminación. La utilización del promedio para los concursos desconociendo los parámetros que los determinan, introduce un sesgo en los resultados del mismo a favor, en este caso, de los/as egresados/ as de las Universidad de Gestión Privada.

En cuanto al puntaje obtenido del estudiantado, a diferencia del promedio que es mayor en las Universidades de Gestión Privada, los/as aspirantes de las Universidad públicas tuvieron un mejor desempeño, y mucho mayor si se los compara con los/as aspirantes de las Universidad extranjeras. Esto podría dar un indicio de un parámetro de la calidad enseñanza en las Universidad públicas. Con respecto a los bloques temáticos, se nota que en las Universidad

públicas hay un mejor desempeño del bloque Salud Pública y uno más deficiente en salud de la mujer.

### ***Del objetivo 3***

Dada la desigualdad que se observa en la distribución geográfica de médicos/as en Argentina (Silberman & Silberman, 2022) este trabajo demuestra que la elección de especialidades al momento de rendir para la residencia es 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 las/os egresadas/os mayormente sucede 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 Universidad es central en este punto (Gutiérrez-Cirlos *et al.*, 2017).

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 observa en la elección que realizan egresados/as de Universidad de Gestión Pública (52,1 %). Mientras que, en las Universidad de Gestión Privada, dicha elección la realiza el 41,6 % y egresados/as de las Universidad extranjeras eligen especialidades priorizadas por el estado en solo un 29,5 %.

Es importante destacar que el EU de ingreso a las residencias lo rinden un total de 5.243 aspirantes, de los/as cuales casi el 30 % son egresados/as de Universidad 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, se observa que un 14,5 % (n: 727) son personas que tienen su residencia de origen en ciudades pequeñas y se movilizan 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 médicas/os en las diferentes regiones del país y el gran déficit de

profesionales en las ciudades pequeñas. Más aún, este indicador estaría señalando que, a futuro, aquella distorsión entre lo que el país necesita y las decisiones de los/as egresados/as es cada vez mayor.

Al momento de adjudicar por el cargo en una residencia, las ubicadas en las grandes ciudades llevan 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, son las de mayor necesidad, con resultados alarmantes en especialidades como Pediatría y Medicina General y Familiar (30 y 40 puntos porcentuales de diferencia, respectivamente). En cambio, para aquellas denominadas no priorizadas, no existe tal diferencia, llegando en algunas de ellas al 100 % de cobertura en ambas regiones (grandes ciudades y ciudades del interior).

En Argentina no se observan diferencias en cuanto al desempeño en el Examen Unificado de los/as aspirantes según Universidad de origen, los postulantes del interior o de pequeñas ciudades tienen un desempeño similar al de las/os postulantes provenientes de Universidad radicadas en grandes ciudades. Esto marca una diferencia en relación a otros países donde las Universidad centrales tiene mejor desempeño en cuanto a los resultados de sus egresados/as (Gutiérrez-Cirlos *et al.*, 2017; Lagunas-Flores, 2021).

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 % (Gatica-Lara *et al.*, 2013; Gutiérrez-Cirlos *et al.*, 2017; Lagunas-Flores, 2021)

Como queda evidente en este trabajo, las recomendaciones de los/as Ministros/as sobre las especialidades priorizadas, son mayoritariamente seguidas y promovidas por las Universidad de Gestión Pública, cuyos egresados/as las eligen en mayor proporción. Asimismo se observa que los/as egresados/as de las Universidad públicas son los/as que mejor responden a las necesidades sanitarias y epidemiológicas de la población. Esto podría deberse al compromiso de éstas en el fortalecimiento del Sistema de Salud y su alineación con las necesidades del mismo, así como también su formación en tanto estrategias innovadoras y políticas institucionales que apuntan a ello. De hecho, 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 estar determinando estas elecciones por sobre el resto de las Universidad (Gutiérrez-Cirlos *et al.*, 2017).

#### ***Del objetivo 4***

La adjudicación de residencias a nivel nacional muestra la realidad que se viene discutiendo durante la última década: el descenso en la decisión de los/as egresados/as a realizar la residencia como sistema formativo, aun siendo la más elegida hasta ahora (Andrea *et al.*, 2017; Ayala-Servin & Torres-Romero, 2018; Borman *et al.*, 2012; Carlos Gutiérrez-Cirlosa *et al.*, 2017; Duré I & Cadile M, 2015; Escobar Rabadán & López-Torres Hidalgo, 2010; Eymann *et al.*, 2020; Kremer *et al.*, 2015; Leopoldo *et al.*, 2016; Víctor *et al.*, 2021). Más allá de ello, se observa que además de dicho descenso, las especialidades priorizadas y fundamentalmente en regiones con mayores necesidades sociosanitarias (Silberman & Silberman, 2022), el descenso es aún mayor.

También es importante destacar que dicho descenso se ha profundizado durante los dos últimos periodos en estudio (2020-2022), con lo cual es esperable que dicha tendencia profundice las desigualdades existentes. Paradójicamente, en regiones como el Noroeste o Cuyo, existen carreras de Medicina con egresados/as, con lo cual es evidente que dichos/as médicos/as están eligiendo no realizar residencias o realizarlas en otras regiones —que incluyen las ciudades más ricas del país—, como la Pampeana. De este modo, las especialidades priorizadas en la región Pampeana mantienen un nivel de aceptación importante comparada con las demás regiones.

Es evidente que la tendencia hacia la adjudicación de especialidades básicas y fundamentalmente las relacionadas a al APS no estarían siendo elegidas por profesionales egresados/as de las Universidad, con mayor profundidad en las regiones con mayor necesidad de las mismas, lo que genera una problemática muy importante en la agenda sanitaria nacional.

## CONCLUSIONES

### *Del objetivo 1*

Existe una proporción mayor de aspirantes a residencias de Universidad Extranjeras que de las Universidad de Gestión Privada, lo cual puede analizarse en el marco de las necesidades que hoy presenta nuestro país en términos de distribución de profesionales. En la misma situación está la gran proporción de aspirantes que residen en las ciudades o provincias centrales y de mayor concentración de profesionales, lo cual enfatiza la asimetría con el resto de nuestro país, profundizando las diferencias a futuro. Es baja la elección de la Medicina General y Familiar con respecto a las otras especialidades básicas, lo cual genera un gran *déficit* en el sistema de salud ya que es la especialidad con mayor arraigo en las ciudades más alejadas del nivel central (Barreto *et al.*, 2021).

En cuanto al proceso de feminización de la Medicina, creemos que aún deben darse muchos cambios, en todas las residencias, pero sobre todo en las quirúrgicas; hacerlas más accesibles, pedagógicamente más adecuadas, y con mejores condiciones de cuidado, para que puedan permitir un mayor ingreso y permanencia de mujeres. Como se ve, la mayor concentración de mujeres ocurre en las residencias clínicas —sobre todo Pediatría—, como contracara la de Ortopedia y Traumatología donde prevalecen los hombres.

### *Del objetivo 2*

El instrumento del EU tiene propiedades adecuadas para discriminar un orden de mérito. Alta confiabilidad, validez y capacidad de discriminación. La utilización del promedio para los concursos desconociendo los parámetros que los determinan, introduce un sesgo en los resultados del mismo a favor, en este caso, de los/as egresados/as de las Universidad de Gestión Privada. Dicho sesgo alcanza a compensarse con el mejor desempeño de los/as egresado/as de las públicas por sobre los/as de la privada.

De los bloques temáticos, salud pública es el de mejor desempeño y el de salud de la mujer el más deficitario. También es probable que el mejor desempeño de estudiantes de las Universidad públicas este favoreciendo este indicador.

### ***Del objetivo 3***

Dada la desigualdad que se observa en la distribución geográfica de médicos/as en Argentina (Silberman & Silberman, 2022), 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 las/os egresadas/os mayormente sucede durante el último año de la carrera y vinculado a una buena experiencia en el cursado de ciertas materias, por lo que el rol de las Universidad es muy importante en este punto (Grobler *et al.*, 2015; Wilson *et al.*, 2009; Hines *et al.*, 2020; Sn *et al.*, 2011; Gollan *et al.*, 2015; Abramzon, n.d.; Organización Mundial de la Salud, 2014; OPS, 2022; Navarro Pérez *et al.*, 2015; Gutiérrez-Cirlos *et al.*, 2017).

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 observa en la elección que realizan egresados/as de Universidad de Gestión Pública (52,1 %). Por su parte, en las Universidad de Gestión Privada dicha elección la realiza el 41,6 %, y aquellos/as egresados/as de las Universidad extranjeras eligen especialidades priorizadas por el Estado en solo un 29,5 %.

Es importante destacar que el EU de ingreso a las residencias lo rinden un total de 5.243 aspirantes, de los/as cuales casi el 30 % son egresados/as de Universidad 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, vemos que un 14,5 % (n: 727) son personas que tienen su residencia de origen en ciudades pequeñas y se movilizan 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 médicas/os en las diferentes regiones del país y el gran *déficit* de profesionales en las ciudades pequeñas.

Al momento de la adjudicación por cargo en una residencia, las ubicadas en las grandes ciudades llevan la mayoría de los/as aspirantes en las especialidades básicas y críticas con una diferencia notable respecto de las ubicadas en las ciudades del interior. Estas últimas, además, son las de mayor necesidad de especialidades, con resultados alarmantes en algunas de ellas, entre otras Pediatría y Medicina General y Familiar (30 y 40 puntos porcentuales de diferencia, respectivamente). En cambio, para aquellas denominadas no priorizadas, no existe tal diferencia, llegando en algunas de ellas al 100 % de cobertura en ambas regiones (Grandes Ciudades y Ciudades del Interior).

En Argentina no se observan diferencias en cuanto al desempeño en el EU de los/as aspirantes según Universidad de origen. Los postulantes del interior o de pequeñas ciudades tienen un desempeño similar al de las/os postulantes provenientes de Universidad radicadas en grandes ciudades. Esto marca una diferencia en relación a otros países donde las Universidad centrales tiene mejor desempeño en cuanto a los resultados de sus egresados/as (Gutiérrez-Cirlos *et al.*, 2017; Lagunas-Flores, 2021).

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, donde la cobertura es del 100 % (Gatica-Lara *et al.*, 2013; Gaxiola-García *et al.*, 2020; Gutiérrez-Cirlos *et al.*, 2017; Lagunas-Flores, 2021).

Como queda evidenciado a partir del análisis realizado en el presente trabajo de Tesis, las recomendaciones de los/as Ministros/as sobre las especialidades priorizadas, son mayoritariamente seguidas y promovidas por las Universidad de Gestión Pública, cuyos egresados/as las eligen en mayor proporción. En el mismo sentido, egresados/as de las Universidad Públicas son los/as que mejor responden a las necesidades sanitarias y epidemiológicas de la población. Ello podría deberse al compromiso de éstas en el fortalecimiento del Sistema de Salud y su alineación con las necesidades del mismo. La formulación del perfil del/de la egresado/a, su alineación con los planes de estudio y en particular el tipo de experiencias que se promueven en la Práctica Final Obligatoria, pueden estar determinando estas elecciones por sobre el resto de las Universidad (Gutiérrez-Cirlos *et al.*, 2017).

De acuerdo a esta información, es de esperar que las Universidad Nacionales con carreras de Medicina participen institucionalmente de los espacios de decisión de las políticas de talento

humano. Sin embargo, esto no sucede 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 Universidad 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 temática (Aguayo-Albasini J, 2021; Akaki Blancasa, 2018; Batool *et al.*, 2018; A. M. Centeno, 2006; Davis *et al.*, 2005; González Lopez-Valcarcel *et al.*, 2014; REAL DECRETO 1146/2006, 2006; Joshi *et al.*, 2016; Noriega *et al.*, 2018).

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.

#### ***Del objetivo 4***

El sistema de residencias se encuentra en un momento crítico. Los/as responsables de las mismas no estarían realizando las políticas adecuadas para mejorarlo, por acción o por omisión. Más allá de esta afirmación, se ha podido demostrar que, a nivel general, la tasa de adjudicaciones expuso una tendencia negativa durante los últimos 12 años, pero que se aceleró durante los últimos 2 años. Lo que también se observa es que el descenso es significativamente mayor en regiones con mayores necesidades y un descenso menos marcado en las regiones más ricas. Más preocupante es el hecho que la adjudicación en especialidades priorizadas por el COFESA muestra un descenso general, con mayor acentuación que las residencias básicas generales en las regiones más alejadas de los grandes centros urbanos de nuestro país.

También es importante destacar que en estas últimas regiones se han desarrollados carreras de Medicina, cuyos/as egresados/as evidentemente no están siendo seducidos para incorporarse al sistema de residencias local, decidiendo migran hacia las ciudades con mayor PBI de nuestro país.

## CONCLUSIONES FINALES

Es posible observar que la tendencia hacia la centralización y la superespecialización en Medicina va a tener continuidad y probablemente se agrave. Ello se desprende de los resultados obtenidos en cuanto a la elección de especialidades de nuevos/as egresados/as, los lugares de donde provienen, hacia dónde se dirigen para realizar su especialidad y, puntualmente, de la especialidad que eligen. Estos resultados nos permiten elaborar diferentes conclusiones:

1. El EU tal como está implementado actualmente, lejos de cumplir el objetivo por el cual fue diseñado, fortalece y favorece la migración hacia las grandes ciudades y la elección de especialidades no priorizadas.
2. Cada vez menos personas eligen residencias priorizadas por el Estado y éste no logra intervenir conducentemente.
3. Las residencias medicas no han logrado atraer *per se* a egresados/as para incrementar su adherencia.
4. Las Universidad no están involucradas en el proceso de Residencias Médicas, ni en la planificación, la ejecución y la evaluación.

Ahora, está claro que no es el instrumento (EU) la causa, sino el vehículo. Lo que se debe observar es que el proceso de formación, que se inicia en los primeros años de la Universidad y que cristaliza en las Residencias Médicas, reproduce un modelo de profesional médico, de estirpe liberal, que tiene establecida una jerarquía de especialidades (capital simbólico) y que tiene como correlato a esas jerarquías asociada un capital económico. Dichos capitales, se van introduciendo de manera no explicitadas en las currículas, aunque muy presentes en los procesos formativos. Se consolidan de manera tal que son aquellos/as profesionales, víctimas de un intenso proceso doctrinario, los/as que no solo aceptan, sino que reproducen el mismo, aun sin ser parte de aquellas altas esferas jerárquicas.

También el rol del Estado dentro de esta problemática es muy débil. Las políticas implementadas no solo no lograron ninguna mejora —de hecho, la situación empeoró—, sino que aquellas políticas que se diseñaron ante los problemas diagnosticados no pudieron concretarse adecuadamente (en términos de resultados), probablemente por la escasa influencia o legitimidad de sus actores. Los diferentes cambios en las estructuras del Ministerio de Salud o Secretaria, según la época, siempre estuvieron acompañadas muy cerca

por las sociedades científicas o las estructuras gremiales médicas. Tal vez, aquella debilidad en las acciones políticas lo sean para la sociedad toda, pero no para alguno de estos integrantes.

Llamativamente, o no tanto, en este trabajo se ve que el comportamiento de egresados/as de Universidad Públicas responde de manera diferentes a las demás, eligen mayormente especialidades priorizadas, tienen mejor desempeño en el bloque de salud pública, etc. Probablemente aquí los modelos de rol o la enseñanza de la Medicina recorran algunos otros aspectos más críticos que en ámbitos de Gestión Privada no ocurre, u ocurre con menor interés (Campos Outcalt *et al.*, 1995; Silberman & Silberman, 2009). Este proceso formativo particular de la Universidad también es probable que este condicionando directamente la decisión de egresados/as a realizar o no la residencia, más allá de la especialidad. Provenir de un ámbito reflexivo, comprometido y complaciente de educación/formación como lo son en la actualidad las nuevas carreras de Medicina, genera un condicionamiento o animadversión hacia uno jerárquico, violento e inductivo, como las Residencias. Acerca de ello, la visibilización y sensibilización sobre la violencia en todos los ámbitos, puesto en agenda por los movimientos feministas durante las últimas décadas, exacerba aquella animadversión hacia procesos formativos como históricamente fueron las residencias médicas.

Tal vez la discusión sobre el modelo médico hegemónico, que sistemáticamente se plantea sobre todo en los primeros años de las carreras de Medicina y que forma parte de los estándares de acreditación (Estándares para la Acreditación de Carreras de Medicina, 2022) junto a la revalorización de la salud colectiva y/o comunitaria durante los últimos años desarrolladas en las curriculas, es un punto en común donde se reorienta la práctica médica, o se intenta reorientar. La crítica al modelo médico que desarrollan las carreras de Medicina públicas con estrategias pedagógicas diferentes, utilizando el *prácticum* reflexivo y el aprendizaje basado en problemas, favorece la reflexión, valga la redundancia, y permite explorar aspectos de la profesión que en otras instancias estaba dada de hecho. Dicha reflexión puede producir una instancia de elucidación a los/as estudiantes que propugne un nuevo sujeto o que les brinde la posibilidad a algunos/as de pensar de manera diferente la profesión médica.

En este sentido, en contraposición al modelo tradicional del médico, la diversificación de los espacios asistenciales donde el estudiantado de Medicina realiza sus prácticas en las Universidad Públicas (centros de atención primaria, comunidades, seguimientos

ambulatorios, visitas domiciliarias, etc.), intentan producir, en general, un modo de ser profesional antagónico al modelo médico hegemónico. La intención es hacer visible aquel *habitus* anteriormente desarrollado, y desarmar las estrategias de incorporación acrítica de un modelo funcional a los intereses corporativos.

La propuesta que surge en estos tiempos son los de una clínica diferente, una clínica ampliada, como paradigma humanitario, innovador e integrativo, una estrategia capaz de romper con esta hegemonía. Mehry afirma, inspirado en conceptos desarrollados por Deleuze y Guattari, que para que sea posible una transición tecnológica, es necesario que la reestructuración productiva rompa la micropolítica que sostiene el proceso productivo centrado en el acto prescriptivo, y logre organizar procesos de trabajo más relacionales (Badr, 2023). Si esta reestructuración se instala de forma instituyente (para instituirse en un territorio fijo), y genera nuevas producciones rompiendo con los fundamentos del modo actual de producir el cuidado (por ejemplo, el alto consumo de tecnologías duras), estaría gestándose un proceso de reterritorialización donde se jerarquicen las intersubjetividades y la dimensión relacional del cuidado (Badr, 2023). Ese modo de ver la práctica médica, produce en algunos/as estudiantes una opción a los modelos históricamente establecidos y que se daban *a priori*.

Para ello, las nuevas opciones médicas intentan pasar de una racionalidad técnica, que emerge del positivismo y se caracteriza por ser estructurada y sistemática, acatando reglas, normas y principios establecidos; hacia una racionalidad reflexiva, que se gesta en el territorio del aprendizaje, de carácter dinámica, intuitiva y fluctuante, permitiendo adaptarse a las condiciones singulares de cada problema. Es decir que propone un proceso de aprendizaje mediante el desarrollo de la capacidad de reflexionar en y sobre la práctica, entendiendo que el abordaje no debe ser unicista, sino que debe contemplar y abordar una construcción de situaciones complejas de carácter subjetivo y variable. Sobre esta concepción epistemológica la teoría y la práctica son partes indisolubles del aprendizaje, ya que contextos profesionales difusos o ambiguos, como lo son la clínica bajo la mirada de la clínica ampliada, requieren del desarrollo de capacidades resolutivas tanto técnicas como artísticas e intuitivas (Badr, 2023).

Los cambios en el campo de la salud requieren de nuevos actores con la capacidad de acumular capitales y cambiar el *habitus* que consolida y reproduce el modelo médico hegemónico. Previamente, estos futuros actores deben lograr, en su formación de grado, el

desarrollo de un perfil profesional contrahegemónico, el cual requiere, por la naturaleza de los problemas que aborda, un territorio de prácticas constituido y legitimado para el aprendizaje reflexivo. Son procesos lentos, y no faltos de continuidad e inestabilidades, pero que necesariamente hay que promover y acompañar. Este acompañamiento es posible si la carrera de grado puede tener un espacio intercesor durante la práctica final obligatoria (último año de carrera) junto al primer año de la residencia (Residencias integradas: Resolución 190/2023). Es allí donde se podrían fundir las dos instancias y darle un carácter continuo a un proceso medianamente autónomo de intereses corporativos.

No es seguro que este camino sea el que pueda cambiar el destino de las necesidades sanitarias, en este caso de profesionales médicos/as, de nuestro país, ni mucho menos. Pero es a instancia de proceso molares, en estructuras públicas como las Universidades Nacionales, donde están mejor representadas la heterogénea sociedad en la que nos movemos. Donde la capacidad de cambio está aun permeable para dar respuestas a problemas estructurales que son de difícil manejo en organizaciones débiles políticamente que generalmente quedan a expensas de las corporaciones profesionales y/o al enorme poder de la industria. Por ello, se insiste en la urgente necesidad de potenciar los procesos que se dan en las Universidades de Gestión Pública y sumarlas a la discusión del recurso humano médico/a en salud y también a la intervención y ejecución de políticas en ese sentido.

## BIBLIOGRAFÍA

- 160.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO. (2017). Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal de Salud.
- 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana 69.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 2017. (2017). *Estrategia De Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*.
- 69.a Asamblea Mundial de la Salud (2016). Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030.
- Abramzon, M. (n.d.). Recursos Humanos en Salud en Argentina. Un desafío Pendiente. *Revista de Salud Pública*, X(1), 52–62.
- Acevedo, G., Dursi, C., & Ciaravino, O. (2016). Formación elegida por médicos que aprobaron el examen único. *Rev Argent Salud Pública*, 7(28), 19–25.
- Acevedo, G., Farías, M. A., Dursi, C., del Carmen Cadile, M., Ciaravino, O., & Duré, I. (2016). Formación elegida por médicos que aprobaron el examen único de residencias y no accedieron al cargo. *Revista Argentina de Salud Pública*, 7(29), 19-25.
- Acevedo, G., Farías, M. A., Dursi, C., del Carmen Cadile, M., Ciaravino, O., & Duré, I. (2016). *Formación elegida por médicos que Aprobaron el examen único de residencias y no accedieron al cargo*.
- Aguayo-Albasini, J, Atucha, N. M., & García-Estañ, J. (2021). Las unidades de educación médica en las facultades de Medicina y de Ciencias de la Salud en España. ¿Son necesarias? *Educación Médica*, 22, 48–54. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181320301200>
- Akaki Blancasa, B. J. (2018). Formación de médicos especialistas en México. *Educ Med.*, 19(S1), 36–42.
- Andrea, G., Lorenzo Gabriela, D., Raúl, M., José Alberto, C., & Luis Lagomaggiore - Mendoza, H. (2017). Trabajo original ¿Por qué la elección de la especialidad se ha transformado en un dilema actual para la Salud Pública? 13.

- Arce, H. (2012). Organización y Financiamiento del Sistema de Salud en Argentina. *MEDICINA*, 72, 414–418.
- Arte de Curar, Pub. L. No. 17132, Poder Ejecutivo Nacional (1967).
- Ayala-Servin, N., & Torres-Romero, A. (2018). Residencias médicas en Latinoamérica: una problemática para la salud pública [Medical residencies in latin america: an issue for public health. In *Citar como: Rev Cient Cienc Med* (Vol. 22, Issue 1)]. <http://scielo.sld.cu/>
- Badr, P. (2023). Formación universitaria y contrahegemonía: interpelación a la educación médica. In *Pediatría en Red* (2023rd ed., Vol. 5, pp. 51–57).
- Baingana, R. K., Nakasujja, N., Galukande, M., Omona, K., Mafigiri, D. K., & Sewankambo, N. K. (2010). Learning health professionalism at Makerere University: an exploratory study amongst undergraduate students. *BMC Med Educ*, 10(76), 2–10.
- Baladrón, J., Curbelo, J., Sánchez-Lasheras, F., Romeo-Ladrero, J. M., Villacampa, T., & Fernández-Somoano, A. (2016). El examen al examen MIR 2015. Aproximación a la validez estructural a través de la teoría clásica de los tests. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 19(4), 217. <https://doi.org/10.33588/fem.194.850>
- Barajas-Ochoa, A., & Ramos-Remus, C. (2017). Equidad, validez y confiabilidad del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM): oportunidades para mejorar Referencias Legislación y salud pública en Francia Referencias. *Salud Publica de México*, 59(5), 4–5.
- Barreto, T., Jetty, A., Eden, A. R., Petterson, S., Bazemore, A., & Peterson, L. E. (2021). Distribution of Physician Specialties by Ruralty. *The Journal of Rural Health*, 37(4), 714–722. <https://doi.org/10.1111/jrh.12548>
- Báscolo E, Houghton, N., & Del Riego A. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*, 44(e100), 1–9.

- Batool, S., Raza, M. A., & Khan, R. A. (2018). Roles of medical education department: What are expectations of the faculty? *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(4), 864–868. <https://doi.org/10.12669/pjms.344.14609>
- Belmartino S, & Bloch C. (1994). El sector salud en la Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985 (OPS, Ed.; OPS/OMS ARGENTINA).
- Belmartino, S. (2005). La atención médica argentina en el siglo XX. In Siglo XXI (Ed.), *Instituciones y procesos*. <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-105.pdf>
- Boletín oficial del estado. Convocatoria MIR, 331 (2021).
- Borman, K. R., Jones, A. T., & Shea, J. A. (2012). Duty hours, quality of care, and patient safety: General surgery resident perceptions. *Journal of the American College of Surgeons*, 215(1), 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.02.010>
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico* (Siglo XXI, Ed.; 1 Ed).
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva* (Siglo XXI, Ed.).
- Brunner, J. J. (2016). Lo público de la Universidad a la luz de la historia larga. *Límite*, 11(37), 49–55. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83648394004.pdf>
- Budget, T. A., Costs, E., Andrus, W. D., Stone, H. B., Leveroos, E. H., Cole, W. H., Stewart, J. D., Zollinger, R. M., Mulholland, J. H., Waugh, J. M., Lindskog, G. E., Mclaughlin, C. W., Moore, R. M., Holden, W. D., Rives, J. D., Rhoads, J. E., Yeager, G. H., Bradshaw, H. H., Lischer, C. E., Altman, R. P. (2007). Graduate Medical Education and the Residency Review Committee: History and Challenges. *The American Surgeon*, 73, 136–139.
- Buzzi, A. (2010). Reminiscencias del internado en el pabellón de practicantes y de la sala IV del Hospital Nacional de Clínicas (1954-1955): II parte. *Rev. Asoc. Méd. Argent*, 123, 1954–1955.
- Campos Outcalt D, Senf J, Watkins D, & Bastacky S. (1995). The Effects of Medical School Curricula, Faculty Rol Models, and Biomedical Research Support on Choice of

- Generalist Physician Careers: A review and Quality Assessment of the literature. In *Academic Medicine* (Vol. 70, Issue 7, pp. 610–619).
- Cao, X., Bai, G., Cao, C., Zhou, Y., Xiong, X., & Huang, J. (2020). Comparing Regional Distribution Equity among Doctors in China before and after the 2009 Medical Reform Policy: A Data Analysis from 2002 to 2017. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *17*, 1520.
- Capdevielle J. (2011). El concepto de Habitus: con y contra Pierre Bourdieu. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, *10*, 31–45.
- Casanova Cardiel, H. (2015). Universidad y Estado. Del pensamiento del siglo XIX a las reflexiones de la primera mitad del siglo XX. *Universidad*, *65*, 49–57. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062002000600001&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062002000600001&script=sci_arttext)
- Casas Patiño D, Rodríguez Torres A, Casas Patiño I, & Galeana Castillo C. (2013). Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*, *13*(7).
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, *76*(2), 167–197. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Cendali, F., & Pozo, L. (2008). Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos. In Bibhuma (Ed.), *V Jornadas de Sociología de la UNLP*. Universidad de La Plata.
- Centeno, A. M. (2006). The programs and context of medical education in Argentina. *Academic Medicine*, *81*(12), 1081–1084. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000246700.88093.6b>
- Centeno, Á. M., & Campos, S. (2017). *La educación médica en Argentina*. *20*(6), 265–271.
- Cetrángolo, O, & Devoto, F. (2002). Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. In CEPAL (Ed.), *Taller: "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health"*.

- Chiroleu, A. (2018). Democratización e inclusión en la Universidad argentina: sus alcances durante los gobiernos Kirchner (2003-2015). *Educação Em Revista*, 34(e176003).
- Chotchoungchatchai, S., Marshall, A., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumola, W., & Tangcharoensathien, V. (2020). Primary health care and sustainable development goals. *Bull World Health Organ*, 98, 792–800. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.245613>
- Chuaqui J., B. (2002). Acerca de la historia de las Universidades. *Revista Chilena de Pediatría*, 73(6), 583–585. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062002000600001>
- Correia, I. (2010). Geographic distribution of physicians in Portugal. *Eur J Health Econ*, 11, 383–393. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0208-8>
- Coutinho, A. J., Klink, K., Wingrove, P., Petterson, S., & Jr, R. L. P. (2017). Changes in Primary Care Graduate Medical Education Are Not Correlated With Indicators of Need: Are States Missing an Opportunity to Strengthen Their Primary Care Workforce? *Acad Med*, 92(9), 1280–1286. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001539>
- Crampton, P., & Starfield B. (2004). A case for government ownership of primary care services in New Zealand: weighing the arguments. *Int J Health Serv.*, 34(4), 709–727.
- Crampton, P., & Starfield, B. (2004). A case for government ownership of primary care services in New Zealand: Weighing the arguments. *International Journal of Health Services*, 34(4), 709–727. <https://doi.org/10.2190/FMJW-R4R9-C4R1-W8RJ>
- Data Bank microdatos. (2022). *Población Rural en Argentina*.
- Davini, C. (2003). Las Residencias del Equipo de Salud. Desafíos en el contexto actual (OPS, Ed.).
- Davis, M. H., Karunathilake, I., & Harden, R. M. (2005). AMEE Education Guide no. 28: The development and role of departments of medical education. *Medical Teacher*, 27(8), 665–675. <https://doi.org/10.1080/01421590500398788>
- De Fleury, M. (1927). *Le médecin*. Editorial: Hachette, París.

- Departamento de Gestión de Educación en Salud. Ministerio de Salud de Brasil. (1981). Residencia médica. In *Residencias Medicas* (Vol. 3, Issue 1).
- Derive, S., De La, M., Casas Martínez, L., Obrador Vera, G. T., Villa, A. R., & Contreras, D. (2017). *Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético*. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>
- Dirección de Economía de la Salud. (2022). Gasto en Salud en Argentina. Análisis para 2017-2020.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2023). *Estadísticas Vitales. Argentina 2021*.
- Dirección Nacional de Estadísticas y Censos. (1960). *Censo Nacional de Población 1960. Tomo 1*.
- Disposición-Nuevos Estándares Nacionales - Aprobación, (2015).
- Donaldson, Karl. D., Yordy, K., Vanselow N, & Molla S. (1996). *Neal A. Vanselow* (National Academies Press (US), Ed.).
- Duek, C., & Inda, G. (2014). La teoría de la estratificación social de Parsons: una arquitectura del consenso y de la estabilización del conflicto. *Theomai*, 29, 155–175.
- Duré I, & Cadile M. (2015). La Gestión de Recursos Humanos en Salud en Argentina Una Estrategia de Consensos.
- Duré I. & Malamud I., S. L. (2011). Residencias del Equipo de Salud Documento Marco / 2011.
- Dure I.; Daverio D.; Dursi C. (2013). *Planificación y Gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina*. [http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/datos/DURE-DAVERIO-DURSI-ObservatRHUS\\_Planif\\_Gestion\\_SistResid-2013.pdf](http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/datos/DURE-DAVERIO-DURSI-ObservatRHUS_Planif_Gestion_SistResid-2013.pdf)
- Duré, M. I., & Cadile, M. D. C. (2015). La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos (pp. 378-378).

- Duré, M. I., & Cols. (2016). Procesos de Acreditación de la Formación de Posgrado de Carreras de Salud en Argentina. 0–86.
- Duré, M. L. & Cadile, M. C. (2015). La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos 2008-2015.
- Durkheim E. (2007). *La división del trabajo social* (Colofon, Ed.; 6th ed.).
- Ejercicio de las ramas auxiliares, Pub. L. No. 6216/44, Infoleg (1944).
- Elliott, P. (1972). *The Sociology of the Professions* (University of Leicester, Ed.; 1st ed.). Red Globe Press London.
- Emergencia Sanitaria, Pub. L. No. 260/2020, Presidencia de la Nación (2020).
- Escobar Rabadán, F., & López-Torres Hidalgo, J. (2010). ¿Qué determina la elección de una Especialidad en Medicina? *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(5), 216–225. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2008000300005>
- Estándares para la acreditación de carreras de Medicina, Pub. L. No. 798/2022, CONEAU (2022).
- Eymann, A., Facioni, C., Rosa, J., Reboiras, F., & Faingold, D. (2020). ¿Qué priorizan los médicos recién graduados al momento de elegir la institución para realizar la residencia? *Rev. Hosp. Ital. B. Aires (2004)*, 40(3), 127–131. [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/114609\\_127-131-6-17-20-Eymann-A.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/114609_127-131-6-17-20-Eymann-A.pdf)
- Ezequiel, O. D. S., Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Senger, M. H., Braga, L., Lacerda, R., ... & Amaral, E. (2017)..
- FAFEMP. (2022). *Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Publicas*. [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/Reu\\_rhs\\_sept\\_arg/16\\_lcarrera.Pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/Reu_rhs_sept_arg/16_lcarrera.Pdf).
- Falasco, S. I., & Falasco, A. M. (2018). Training of specialists in Latin America: Argentina. *Educación Médica*, 19, 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.002>

- Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, A. y R. (2005). *Especialidades Médicas y Residencias Informe 2005*.
- Federación Económica Tucumán (2021). Reporte Estadístico Económico - Social de Tucumán y el NOA. [www.fet.com.ar](http://www.fet.com.ar)
- Fernández Pérez J. (2001). Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 3(2), 24–39.
- Fernández Pérez, J. (2001). Elementos que consolidan al concepto profesión. Notas para su reflexión Elements that Consolidate the Concept of Profession. Notes for Reflection. In *Revista Electrónica de Investigación Educativa* (Vol. 3, Issue 1).
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in United State and Canada* (Carnegie Foundation, Ed.).  
[http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie\\_Flexner\\_Report.pdf](http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf)
- Flotts, P., & Rodríguez, B. (2019). Definición del referente de la evaluación y desarrollo del marco de especificaciones. In *Cuadernillo Técnico de Evaluación Educativa* (Vol. 3).
- Foucault, M. (1977). *Seguridad, Territorio y Población* (Fondo de Cultura Económica, Ed.).
- Foucault, M. (1978). Medicina e historia. El pensamiento de Michel Foucault. In OPS (Ed.), *MEDICINA E HISTORIA* (OMS, pp. 17–36).
- Foucault, M. (2003). *El Nacimiento de la Clínica* (Siglo XXI, Ed.).
- Freidson, E. (2001). La teoría de las profesiones: Estado del arte. *Perfiles Educativos*, XXIII (93), 28–43.
- Friedson, E. (1978). La profesión médica un estudio de sociología del conocimiento aplicado (Península).
- Galli, A., Gimeno, G., Lobianco, M. D., Swieszkowski, S., Grancelli, H., Kazelian, L., & Duronto, E. (2020 (2019)). Maltrato en la formación médica: situación en las residencias de cardiología. *Revista Argentina de Cardiología*, 88(1), 48–54.

- García-Pérez, M. Á., Amaya, C., López-Giménez, M., & Otero, Á. (2009). Distribución geográfica de los médicos en España y su evolución temporal durante el período 1998-2007. *Revista española de salud pública*, 83, 243-255.
- Gatica-Lara, F., Martínez-González, A., Medina-Martínez, S. R., & Rodríguez-Carranza, R. (2013). Presencia de las ciencias básicas en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). *Investigación En Educación Médica*, 2(6), 94–99. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72693-0](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72693-0)
- Gattini, C. (2014). Panorama y tendencias de la salud en Chile. Revisión 2013. In *Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP)*. [https://www.u-cursos.cl/Medicina/2017/2/ME08051/1/material\\_docente/bajar?id\\_material=2015611](https://www.u-cursos.cl/Medicina/2017/2/ME08051/1/material_docente/bajar?id_material=2015611)
- Gaxiola-García, M. Á., de Jesús Villalpando-Casas, J., García-Saisó, S., García-Minjares, M., & Martínez-González, A. (2020). National examination for medical residency admission: academic variables and performance among different schools. *Salud Publica de Mexico*, 63(1), 60–67. <https://doi.org/10.21149/11576>
- GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 399, 2129–2154.
- Glorio, R., & Carbia, S. (2014). Análisis histórico legal de las residencias médicas y el residente. *Dermatol. Argent.* 2014; 20 (1): 67-71., January 2014.
- Gollan, D. G., Rovere, M., Kohan, P. E., & Williams, G. I. (2015). Los Recursos Humanos de Salud en Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud.
- Gómez, J. C. (2015). Residencias Médicas y Carreras de Especialización: tensiones y desafíos vigentes en la evaluación de la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. *Debate Universitario*, 6(mayo), 33–47.
- González Lopez-Valcarcel, B., Ortún, V., Barber, P., & Harris, J. E. (2014). Importantes diferencias entre facultades de Medicina. Implicaciones para la Medicina de familia y comunitaria. *Atencion Primaria*, 46(3), 140–146. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.08.004>

- González Seara L. (1960). La independencia de las profesiones liberales. *Revista de Estudios Políticos*, 113, 147–158. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2129482>
- Gray, D. J. P., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors - A matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8(6), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
- Gremial, F. M. (1935). Congreso Argentino de Medicina Gremial y Social - Trabajos (Editorial Ruiz, Ed.).
- Grobler, L., Bj, M., & Mabunda, S. (2015). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas ( Review ) Summary of findings for the main comparison (Issue 6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3.www.cochranelibrary.com>
- Guerrero Núñez, J. (2020). Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 44(e133).
- Guilloua, M., Jorge Carabantes, C., & Verónica Bustos, F. (2011). Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 559–570. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500001>
- Gutiérrez-Cirlos, C., Naveja, J. J., & Sánchez-Mendiola, M. (2017). Factores relacionados con la elección de una especialidad en Medicina. *Investigación En Educación Médica*, 6(23), 206–214. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.05.005>
- Gutiérrez-Cirlosa, C., Navejab, J. & Sánchez-Mendiola, M. (2017). Factores relacionados con la elección de una especialidad en Medicina. *Investigación en Educación Médica*, 6(23), 206–214.
- Hafferty FW, F. R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med.*, 69(11), 861–871.
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic medicine*, 69(11), 861-71.

- Halperin Donghi, T. (1998). Madurez del orden neocolonial. In Alianza Ed (Ed.), *Historia contemporánea de América latina* (pp. 280–300).
- Hauer, K. E., Durning, S. J., Kernan, W. N., Fagan, M. J., Mintz, M., O'sullivan, P. S., Battistone, M., Defer, T., Elnicki, M., Harrell, H., Reddy, S., Boscardin, C. K., & Schwartz, M. D. (2015). *Factors Associated With Medical Students' Career Choices Regarding Internal Medicine*. <https://jamanetwork.com/>
- Hines, S., Wakerman, J., Carey, T. A., Russell, D., & Humphreys, J. (2020). Retention strategies and interventions for health workers in rural and remote areas: A systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, *18*(1), 87–96. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-004009>
- Howell, J. D. (2016). A History of Medical Residency. *Reviews in American History*, *44*(1), 126–131. <https://doi.org/10.1353/rah.2016.0006>
- Hugo, V., & Soria, A. (2019). El circuito de las Universidad privadas en Argentina (1955-1983): entre la autonomía académica y la heteronomía del campo de poder. Hacia una tipología de sus instituciones. *Sociológica*, *34*(96), 275–318. <https://www.redalyc.org/journal/3050/305060500009/html/#B4>
- Ierace VP. (2022). La Ley del Sistema integrado de salud: un intento de la superación de la fragmentación (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Ed.).
- Immanuel Kant, I. & Rodríguez Aramayo. (2020). *El conflicto de las facultades* (Alianza Editorial, Ed.).
- INDEC. (2013). Instituto nacional de estadísticas y censos. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. [file:///C:/Users/usuario/Downloads/proyecciones\\_prov\\_2010\\_2040.pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/proyecciones_prov_2010_2040.pdf)
- INDEC. (2022). *Censo 2022*.
- INEGI. (2014). *Demografía Médica. Estadísticas a propósito del Día del médico*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/medico0.pdf>

- INEGI. (2021). *Estadísticas a propósito de las personas ocupadas como médicos*.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Medico2021.docx#:~:text=De acuerdo con la Encuesta, otra rama de la Medicina.](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Medico2021.docx#:~:text=De acuerdo con la Encuesta, otra rama de la Medicina.)
- Inga-Berrospi, F., Toro-Huamanchumo, C. J., Arestegui Sanchez, L., Torres-Vigo, V., & Taype-Rondán, A. (2016). Revista Cubana de educación médica superior. In *Educación Médica Superior* (Vol. 30, Issue 2). Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412016000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). *Recursos Humanos en Salud*. Gobierno Del Perú.
- Jhonson, T. (1972). *Professions and power* (Jhonson T, Ed.).
- Joshi, A. R. T., Trickey, A. W., Kallies, K., Jarman, B., Dort, J., & Sidwell, R. (2016). Characteristics of Independent Academic Medical Center Faculty. *Journal of Surgical Education*, 73(6), e48–e53. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.05.006>
- Kant, E. (2002). El conflicto de las facultades. Colección Pedagógica Universityaria (37-38):1-22.
- Kremer, P., Daverio, D., Pisani, O., Nasini, S., Bossio, P., & Barrionuevo, K. (2015). *Factores condicionantes de la elección y permanencia en la*. 30–37.
- Lagunas-Flores, A. (2021). 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*, 58(3), 498–511. <https://doi.org/10.24875/rmimss.m20000024>
- Leopoldo, F., Weber, R., Luis, J., & Arias, R. (2016). *¿Tenemos claro lo que es la residencia médica?* [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
- Ley 22127/80, 6 (1980). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-22127.pdf>
- Ley 23873. ARTE DE CURAR, (1990).
- LEY N° 11.129, (2005).

- López, W. J. (2015). Profesionalismo: ¿huellas de un currículo oculto? *Revista Iberoamericana de Educación*, 69(1), 147–166.
- Lorello, G., Silver, J., & Moineau, G. (2020). Trends in Representation of Female Applicants and Matriculants in Canadian Residency Programs Across Specialties, 1995 to 2019. *JAMA*, 3(11), 1–9.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Estado y Políticas Públicas*, 14, 155–179.
- Manzo, S., & Flavio, G. (2006). Pablo Buchbinder: Historia de las Universidades Argentinas. *Boletín Del Instituto de Historia Argentina y Americana*, 3(29), 165–172.
- Maria Gabriela Serralunga, M. G., Marta del Valle, M., Horacio Yulita, H., Patricia Rodríguezjuez, P., María Paz Molina, M. P., Federico Pikas, F., Eduardo Durante, E., & Marcelo García Dieguez, M. (2017). Selección de residentes en Argentina: análisis y comparación de los exámenes de admisión de los tres sistemas públicos con mayor oferta de cargos. *Investigación En Educación Médica*, 6(22), e28–e29. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.070>
- Marin, G. H. (2021). The Argentine health system: an analysis based on access to medicines. *Cien Saude Colet*, 26(11), 5453–5462. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.06152021>
- Martín-Sánchez -, M. A., & Cáceres-Muñoz, J. (2015). La idea de Universidad del cardenal John Henry Newman. *Cauriensia*, X, 335–358. <https://doi.org/10.17398/1886-4945.10.335>
- Mejía, R., Diego, A., Alemán, M., Maliandi, M. del R., & Lasala, F. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (Buenos Aires)*, 65(4), 366–368. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802005000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Mendonça, M. (2015). La creación de nuevas Universidades nacionales en la década de los años setenta Continuidades y rupturas del plan Taquini en el marco de la coyuntura política nacional (1966-1973). *Perfiles Educativos*, XXXVII (150), 171–187. <https://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v37n150/v37n150a11.pdf>

- Miguel Ángel García-Pérez, C. A. M. R. L.-G. Á. O. (2009). Distribución geográfica de los médicos en España y su evolución temporal durante el período 1998-2007. *Rev Esp Salud Pública*, 83(2), 243–255. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original3.pdf>
- Milei J. (2018). Alberto C. Taquini y el 75 Aniversario del descubrimiento de la Angiotensina (Fundación Gador, Ed.).
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1995). *Ley Nacional de Educación Superior Nro. 24.521* (Vol. 1995). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020a). *Género en el sector Salud*. Ministerio de Salud de La Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020b, June 18). El país incrementó el número de camas de terapia intensiva en un 35% %. *Ministerio de Salud de La Nación*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Indicadores Básicos 2022*.
- Ministerio de Salud de Perú. (2021). Información de Recursos Humanos en el Sector Salud. Dirección General de Personal de Salud. In *Análisis De Situación De Salud Del Perú*. 978-9972-776-50-2.
- Ministerio de Salud. (2001). *Digesto de Recursos Humanos en Salud*.
- Ministerio de Salud. (2014). *Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/publicacion-snares-del-equipo-de-salud.pdf>
- Mollis, M. (2019). Tendencias universitarias argentinas (2003-2015). *Educar Em Revista*, 35(75), 31–59. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.66010>
- Muñiz J. (2017). *Teoría Clásica de los Tests* (Pirámide, Ed.).
- Naciones Unidas. (2015). THE 2030 AGENDA FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT.
- Navarro Pérez, P., Contreras Sánchez, A. J., Junco Gómez, M. D. C., Sánchez Villegas, P. , Sánchez-Cantalejo Garrido, C., & N. L. Martin. (2015). *Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina*.

- Noriega, L. M., Castillo, M., & Santolaya, M. E. (2018). Training of specialists in Latin America: Role of Chilean Universities. *Educación Médica*, 19, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.005>
- Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de Residencias Médicas, 1 (2013).
- Observatorio en Talento Humano en Salud. (2022). *Datos sobre fuerza de trabajo*. Ministerio de Salud de La Nación.
- Observatorio Federal de Talento Humano. (2023). Mapa de Residencias. Monitoreo para el Análisis y la Planificación de Acciones de Residencias. Ministerio de Salud de La Nación.
- OMS. (2010). Workforce inequalities, workforce inequalities: with application methods and application to China and India.
- OMS. (2011). Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención Recomendaciones mundiales de política (OMS, Ed.). OMS.
- OMS. (2020). Estadísticas Sanitarias Mundiales. In *Oms* (Vol. 1, Issue 2). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20>
- OMS. (2022). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens.
- OPS. (2011). *Residencias Médicas en América Latina*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HRS-SerieAPSN05-Residencias.pdf>
- OPS. (2022). Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas (OPS, Ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas 2014*.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia.

- Organización Panamericana de la Salud. (2005). La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. In *Representación OPS/OMS Argentina* (Issue 61).
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Manual para el Monitoreo de las desigualdades en salud con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Cuánto gasta Argentina en Salud: un análisis de las cuentas en el sector público, privado y de la seguridad social.
- Ortiz-Zableh, A. M., Quiñones Roa, A. F., Santamaria Fuerte, B., & Tobar-Roa, V. (2021). Percepción de acoso o discriminación durante la residencia de urología en Colombia. *Revista Urología Colombiana*, 30(3), 179–183.
- Oscarina da Silva Ezequiel, Giancarlo Lucchetti, Alessandra Lamas Granero Lucchetti, M. H. S., & Braga, Lucas, Rafael Lacerda, Marlon Filippo, Fernando Colugnati, Danette McKinley, E. A. (2017). Geographical distribution of medical graduates from a public university. *Rev Assoc Med Bras*, 63(6), 512–520.
- Ovejas-López, A., Izquierdo, F., Rodríguez-Barragán, M., Rodríguez-Benítez, J., Garcia-Batanero, M., Alonso-Martínez, M., & Alonso-Masanas. (2020). Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria*, 52, 608–616. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.014>
- Pablo Vázquez Gutiérrez, J. (2022). Poder simbólico, illusio y afectividad en la sociología de Pierre Bourdieu. *UAEM*, 29, 2–26. <https://doi.org/10.29101/crcs.v29i0.17878>
- Pagotto, V., Giunta, D., & Dawidowski A. (2020). Enfoque de género en las residencias médicas de un hospital universitario. *Medicina*, 80(3), 219–228.
- Pecci MC. (2021). Burnout en la Residencia Médica. Estudio transversal realizado en Buenos Aires, Argentina. *Revist Argentina de Medicina*, 9(4), 290–300.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales.
- Querido, S. J., Vergouw, D., Wigersma, L., Batenburg, R. S., De Rond, M. E., & Ten Cate, O. T. (2016). Dynamics of career choice among students in undergraduate medical

- courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. *Medical teacher*, 38(1), 18-29.
- Quijano-Pitman, F. (1999). Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias. *Gaceta Médica de México*, 135(1), 73–76.
- Ramsay R. (1988). Is Social Work a Profession? A 21st Century Answer to a 20th Century Question: Futurist paper presented to the 100th anniversary of the Canadian Association of Social Workers (CASW) (Calgari University, Ed.).
- REAL DECRETO 1146/2006. (2006). Real decreto de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud, Boletín Oficial del Estado 34864.
- Reglamento Básico Universal para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud , Pub. L. No. 1993/15 (2015).
- Reglamento Básico General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, 3 (2015).
- Residencias del Equipo de Salud Sistema Nacional de Acreditación de Residencias - Implementación, (2007). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-1342-2007-133869>
- Resolución 1463-E/2017, 7428 (2016).
- Rodríguez Sendín, J. J. (2010). Definición de Profesión Médica. *Educ. Med.*, 13(2), 63–66.
- Rowe, S. G., Stewart, M. T., Sam, Horne, V., Pierre, C., Wang, H., Manukyan, M., Bair-Merritt, M., Lee-Parritz, A., Rowe, M. P., Shanafelt, T., & Trockel, M. (2022). Mistreatment Experiences, Protective Workplace Systems, and Occupational Distress in Physicians + Supplemental content. *JAMA Network Open*, 5(5), 2210768. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10768>
- Rueschemeyer, D. (1973). Professions, Historisch und Kulturell Vergleichende Überlegungen. *Soziologie*, 250–260.

- Satrfield, B., & Birn, A. E. (2007). Income redistribution is not enough: income inequality, social welfare programs, and achieving equity in health. *J Epidemiol Community Health*, *61*(12), 1038–1041.
- Scheffer M.Cassenote A., et al (Colaborador. (2020). *Demografia Medica No Brasil 2020*.
- Scheffer, M., Guerra, A., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Brandão, A. P. D., Miotto, B. A., ... & Miotto, R. A. (2020). Demografia médica no Brasil-2020. In *Demografia Médica no Brasil-2020* (pp. 312-312).
- Schufer M. (2003). Una breve historia de la profesión médica en la Argentina. *Médicos y Medicinas En La Historia*, *II* (7), 12–23.
- Schufer, M. (2000). Cantidad y distribución de los médicos en la Argentina. Una revisión histórica. *Medicina y Sociedad*, *23*(2), 97–108.
- Secretaria de Políticas Universitarias, & Ministerio de Educación de la Nación. (2015). *Anuario Estadístico*. <http://portales.educacion.gov.ar/spu/investigacion-y-estadisticas/>
- Shraiber LB. (1991). Profesión médica: Representación, trabajo y cambio. *Educación Médica y Salud*, *25*(1), 58–71.
- Silberman M, & Silberman P, P. M. (2009). Evaluación de una propuesta pedagógica de enseñanza de la Medicina Evaluation of a pedagogical proposal in teaching Medicine. *8*(2), 175–189.
- Silberman P, & Silberman M. (2023). Factores relacionados a la elección de residencias médicas que reproducen las desigualdades en la distribución de especialistas en Argentina. *Investigación En Educación Médica*, *12*(47), 22–32.
- Silberman P., López E., M. A. (2021). Innovación digital para el ingreso y adjudicación a residencias en salud en Artículo original. *Revista Argentina de Educación Médica*, *10*, 26–32.
- Silberman, P., & Silberman, M. (2022). ¿Cómo evolucionó la distribución de médicos y médicas especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. *Archivos de Medicina Familiar y General*, *19*(2), 5–16. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/221/208>

- Silberman, P., López, E., Medina, A., Kohan, P., Novoa, B., Silva, D., & Caffarena, W. (2021). Innovación digital para el ingreso y adjudicación a residencias en salud en Argentina. Una experiencia en la era Covid. *Rev Argent Educ Méd*, 10(1), 26-32.
- Silberman, P., Medina, A., Díaz Bazán, J., López, E., & Dursi, C. (2020). Políticas de planificación y gestión de talento humano del Ministerio de Salud de Argentina durante la pandemia de COVID-19. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12, 11–11.
- Sindicato Médico del Uruguay. (2010, June 30). *Demografía Médica en el Uruguay*.
- Sixty-seventh session. General Assembly. (2012). *Global health and foreign policy*.
- Sn, K., Rutebemberwa, E., Nalwadda, C., Okui, O., Ssengooba, F., Aa, K., & Gw, P. (2011). Interventions to manage dual practice among health workers ( Review ). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008405.pub2>. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
- Starfield B. (1993). Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. *Journal of Physical Therapy Education*, 7(2), 80–81.
- Starfield, B. (2001). Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1, 7–16.
- Starfield, B., & Birn, A. (2007). Income redistribution is not enough: income inequality, social welfare programs, and achieving equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 61, 1038–1041. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.054627>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502.
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J., & Milbank, Q. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Subcomite de Residencias Hospitalarias AMA. (n.d.). El Sistema de Residencias Hospitalarias. *Revista de La AMA*, 74(6), 355–356.

- Taype-Rondan, A., Torres-Roman, J. S., Herrera-Añazco, P., Diaz, C. A., Brañez-Condorena, A., & Moscoso-Porras, M. G. (2017). Economic income in peruvian physicians according to the specialty: A cross-sectional analysis of the ensusalud 2015. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(2), 183–191. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2517>
- Tobar F. (2017). El modelo de salud argentino: historia, características, fallas.
- Tobar F. (2017). El modelo de salud argentino: historia, características, fallas.
- Torres-Quevedo, R. (2016). Déficit de médicos especialistas en las regiones y en el sistema público. *Revista Chilena de Cirugia*, 68(4), 279–280. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.05.001>
- Universitaria, D. de I. (2019). *Secretaría de Políticas Universitarias. Anuario Estadísticas Universitarias Argentinas*. Ministerio de Educación. <https://www.argentina.gob.ar/educacion/Universidad/informacion/publicaciones/anuarios>
- Unzue, M. (2012). Historia del origen de la Universidad de Buenos Aires (A propósito de su 190° aniversario). *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 3(8), 72–88. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-28722012000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722012000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- USA (2022). United States Medical Licensing Examination (USMLE). Bulletin of Information.
- Velázquez, A., Grillo, P., Minaya, P., & Nuñez, M. (2019). Compendio Estadístico : Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2013 - 2018. In *Ministerio de Salud*.
- Vera de Flachs, M. C. (2016). Contribución al estudio de la educación superior en Argentina. Un recorrido a través de la Historia de la Universidad Nacional de Córdoba1. In Conicet. UNC (Ed.), *VI Congreso Internacional sobre Historia y Prospectiva de las Universidad de Europa y América CIHPUEA*.

- Víctor, J., Franco, A., Granero, M., Silvina Musarella, N., Fernández, C. A., Weisbrot B Y María, V., & Arceo, D. (2021). Atención Primaria Determinantes de la elección del primer nivel de atención en Medicina como ámbito de formación y laboral: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, *54*, 102192. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102192>
- White R. (2023). Professionalization. by Howard Vollmer, Donald Mills. *JSTOR*, *11*(3), 502–504.
- WHO Evaluation Office. (2019). Review of 40 years of primary health care implementation at country level.
- Wilensky H. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, *70*(2), 137–158.
- Wilson, N. W., Journal, R. H., Couper, I. D., Vries, E. De, & Reid, S. J. (2009). A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health*, *June*, 1–21. <https://doi.org/10.22605/RRH1060>