

332203

POBLACION MEDICA
PRODUCCION MEDICOS
DISTRIBUCION

Dr. RODOLFO M. MONTERO
Federación Médica
1972

POBLACION MEDICA
PRODUCCION DE MEDICOS
DISTRIBUCION

FEDERACION MEDICA DE MENDOZA

Relator: Dr. RODOLFO M. MONTERO

POBLACION MEDICA

Indudablemente, el criterio de población médica, debe referirse a las necesidades de atención de una población determinada; o, para decirlo de otro modo, el número de médicos de una población debe fijarse en base a las necesidades médicas de ésta.

Precisar demandas de esta naturaleza no es tarea fácil y depende en gran medida de las metas que se pretende alcanzar.

Debe tenerse en cuenta además, que las necesidades de salud son sólo una parte dentro del conjunto de demandas crecientes de todo tipo que tiene una sociedad en desarrollo y para la satisfacción de las cuales los recursos son siempre escasos. Se vé pues claramente que estas metas deben surgir de la formulación de un plan de salud ubicado en el contexto mayor de un plan de desarrollo.

Este plan de salud deberá especificar: 1) el grado de reducción de la mortalidad y la morbilidad que se pretende alcanzar; 2) el número y tipo de recursos y atenciones que se requieren incluyendo costos, y 3) la forma de organizar y utilizar estos recursos para lograr la máxima eficiencia.

Obviamente, este modo sistemático de enfocar el problema sobrepasa los límites de este trabajo. En su reemplazo y para cumplir con el objetivo más modesto de tratar de hacer un diagnóstico de la situación actual hemos empleado en él cuatro tipos de referencias para establecer la razón médico/población que nos permita tener un patrón de comparación con nuestra realidad.

Los cuatro índices utilizados son:

- 1.- Índice considerado apto por la Organización Mundial de la Salud de un médico cada mil habitantes (1/1.000)
- 2.- Índice de un médico cada quinientos habitantes en zona urbana (1/500), y un médico cada dos mil quinientos habitantes en zona rural (1/2500), considerados aceptables para Estados Unidos según el trabajo del Dr. PROVENZANO.

- 3.- Relación entre demanda de atenciones y rendimiento de la hora médica según la metodología de la Comisión Especial de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- 4.- Comparación con la razón médico/habitante de otros países. Como el nivel de satisfacción de las necesidades debe estar siempre en relación con la capacidad de los recursos nos ha parecido útil introducir en el cotejo las cifras de los productos brutos per cápita (P.B.p.c.) de los diferentes países comparados.

Para la confección de este trabajo se ha recurrido a las siguientes fuentes de información:

- 1 - Población Total del País y por Jurisdicciones en los Censos de 1914 a 1970. Dirección Nacional de Estadísticas y Censos.
- 2 - Porcentajes de la población urbana y rural por distritos según censo de 1960, con las estimaciones hechas para Buenos Aires, Córdoba y Santa Fé en base a los porcentajes de Mendoza. Dirección Nacional de Estadísticas y Censo.
- 3 - Encuesta Nacional de Salud y Educación Médica de 1969.
- 4 - Cantidad de habitantes en el país y por Provincias. Relación médico-habitante CONADE 1964.
- 5 - Publicación de la Organización Mundial de la Salud sobre la distribución urbana y rural del personal médico con referencia al Anuario Estadístico Sanitario Mundial de la misma organización 1967.
- 6 - Número de médicos egresados durante el período 1961-67 según Facultad y año de egreso. Asociación de Facultades de Medicina. Oferta médica 1969.
- 7 - Número de médicos y su relación a la población de la Provincia de Mendoza, según zonas y departamentos. Estudio conjunto de factibilidad de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia y la Federación Médica de Mendoza.
- 8 - Proporción del número de médicos en América. Asesoría técnica de la Confederación Médica Argentina.
- 9 - Evolución de la población de la República Argentina y del número de médicos de 1869 a 1964. Asesoría Médica de la Confederación Médica Argentina.

10 - Datos sobre escuelas médicas y médicos en relación con la población en las Américas 1960. Asesoría Técnica de la CIA.

METODOLOGIA:

A) Para aplicar el índice 1/1000 se estimó la cifra teórica de médicos necesarios para llevar a un médico cada mil habitantes en cada uno de los Distritos de acuerdo al censo de 1970 y se tomó por otro lado el número estimado como existentes según la Encuesta Nacional de Salud Pública y Educación Médica de 1969 en los distritos correspondientes, estableciéndose entre ambas cifras la diferencia en más o en menos en cada uno de ellos.

El CUADRO Nº 1 confeccionado con esta metodología, permite establecer:

- 1.- Que hay exceso de médicos en nueve distritos;
- 2.- Que hay déficit en catorce;
- 3.- Que la desviación del índice 1/1000 es mayor en los que tienen exceso que en los que tienen déficit;
- 4.- Que la población de los que tienen exceso equivale a casi cuatro veces (3,7) de la población de los que tienen déficit;
- 5.- Que el exceso total de los distritos que lo tienen es de: 23.236 médicos;
- 6.- Que el déficit total de los distritos que lo tienen es de: 1.777, o dicho de otro modo que para llevar a 1/1000 en todos los distritos, habría que sacar 23.236 médicos de los que tienen exceso y agregar 1.177 a los que tienen déficit;
- 7.- Que de acuerdo a este índice habría en el país un exceso de 21.976 médicos o sea el 48,5 % de los 45.340 existentes.
- 8.- Que la razón médico-habitantes según este índice también debiera ser 10/10.000 y es de 19,9/10.000.

B) Para aplicar los índices 1/500 urbano, y 1/2500 rural, se aplicaron al Censo de 1970 los porcentajes de población urbana y rural de 1960 por no disponer de estos porcentajes para 1970, lo que implica un margen de error. A las cifras de población urbana y rural así obtenidas se las trató con el índice respectivo obteniendo así el número teórico de médico que les correspondería. La suma de cada uno de ellos en su respectivo distrito se cotejó con las estimadas como existentes en la encuesta nacional de Salud Pública y Educación Médica de 1969, obteniéndose así el saldo positivo o negativo correspondiente.

Los CUADROS 2 y 3 confeccionados de este modo permiten deducir:

- 1.- Que hay exceso de médicos en cuatro distritos;
- 2.- Que hay déficit en 19;
- 3.- Que el exceso sumado de los cuatro distritos es de 14.439;
- 4.- Que el déficit sumado de los 19 distritos es de 5.944;
- 5.- Que el exceso equivale a 2,4 veces el déficit;
- 6.- Que de acuerdo a este índice habría en el País un exceso de 8.844 médicos;
- 7.- Que con estos índices deberíamos tener un médico cada 640 habitantes $1/640$, o sea 15,6 por cada 10.000 y según la encuesta tenemos uno cada 515.

C) Siguiendo la metodología usada por la Comisión Especial de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en su informe sobre "Necesidad de Médicos en Chile" (1964), hemos trabajado estableciendo la relación entre la demanda teórica de atenciones y el rendimiento posible de la hora-médica. Se han desarrollado así dos alternativas: una de acuerdo con las metas y pautas fijadas por la Comisión Especial Chilena y otra con metas más ambiciosas y menores pautas de rendimiento. (CUADRO 4).

El análisis de los resultados de la primera, estimando la jornada laboral de seis horas muestra que se necesitaría 5,6 médicos cada 10.000 habitantes o sea 1 cada 1.780. Esta proporción es la que tiene Chile actualmente y que dicha Comisión cree correcta si se contara con una buena infraestructura médica y una distribución geográfica y por especialidades adecuada.

Los resultados de la segunda (CUADRO 5), también estimando la jornada laboral de seis horas, muestra que serían necesarios 15 médicos por cada 10.000 habitantes o sea uno cada 666. Si se acepta esta estimación como correcta, Argentina debería tener 35.400 médicos y habría un exceso de 9.940. Las razones médico-habitantes obtenidas mediante esta alternativa son las que existían hasta 1966 en Estados Unidos permitiéndole a este país mantener una posición de privilegio en el concierto de la medicina mundial.

D) Por último, hemos efectuado una comparación entre las razones médico-habitantes nacionales y la de dos grupos de países. El primero incluye siete países latinoamericanos que por su grado de desarrollo económico tienen alguna similitud con el nuestro y el segundo ocho países de los considerados como desarrollados.

Además, hemos cotejado la razón médico-habitante de cada país con su producto bruto per cápita (P.B.p.c.) con el objeto de establecer en alguna medida una relación entre esta razón y los recursos de cada uno de ellos. A tal efecto, nos ha parecido útil crear un índice, al que no le atribuimos otro valor que el de una apreciación global, y que resulta de multiplicar el P.B.p.c. por el número de habitantes correspondientes a un médico.

Si consideramos para facilitar los cálculos que el producto bruto es igual al ingreso, la cifra obtenida mediante la multiplicación explicada mediría el ingreso del número de habitantes por médico en un país y un año determinado.

De la observación de los CUADROS 6 y 7 surge:

- 1.- Que para el grupo latinoamericano el promedio de la razón médico-habitante es de 1/1770 o sea 5,7/10.000;
- 2.- Que para el grupo de los países desarrollados el promedio de la razón médico-habitante es de 1/932 o sea 10,7/10.000. Mientras que, insistimos, en nuestro país las razones son 1/515 y 19,9/10.000, es decir, casi cuatro veces mayores que las del grupo latinoamericano y cercanas al doble de los países desarrollados.
- 3.- Que los ingresos del grupo de habitantes correspondientes a un médico según la razón médico-habitantes, es el mejor de los 15 países considerados;
- 4.- Que este ingreso es casi triple en la mayoría de los del grupo latinoamericano y cuádruple en los del grupo desarrollado llegando en el caso de Suecia a ser seis veces mayor.

Si bien esta relación global, entre la razón médico-habitante P.B.p.c. pudiera parecer carente de sentido social y hasta sanitario ya que puede sostenerse que las necesidades de atención médica son prioritarias e impostergables se nos ocurre razonable pensar, que el nivel de satisfacción de las necesidades debe estar siempre en relación con las disponibilidades de recursos y que, si la sociedad es un todo cuyos sectores interactúan permanentemente entre sí, es imposible imaginar dar solución a los problemas de uno de ellos desconociendo los de los demás. A propósito, puede ser útil recordar que asuntos tales como la tendencia a la urbanización, los planes de educación y vivienda, los progresos en el saneamiento e incluso los cambios de la estructura productiva, influyen directamente en el tipo de los problemas de salud, en la demanda de prestaciones y en los recursos para satisfacerlas.

Con el objeto de traer a estas Jornadas, una experiencia verídica y reciente sobre el tema, nos permitimos aportar un resumen de los datos obtenidos por el estudio conjunto de factibilidad para la Provincia de Mendoza realizado en 1970, por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia y la Federación Médica de Mendoza. De la observación del CUADRO 8 puede concluirse que nuestros índices son más altos que los medios del país pues tenemos un total de 2.222 médicos, un médico cada 437 habitantes y 22,80 cada 10.000, y que además adolecemos en la Provincia del mismo defecto de mala distribución que es norma para el país.

PRODUCCION DE MEDICOS

Para el mantenimiento de la razón médico-habitante que se estime correcta, o en otras palabras para adecuar la oferta médica a las necesidades de atención que se establezcan como meta, es factor determinante la producción de médicos "Entendiendo por tal el número de profesionales técnicamente formados en un periodo de tiempo".

La consideración del CUADRO 9 nos indica que para el período 1961/69 (9 años) se han producido en el país 19.967 médicos con un promedio de 2.218 por año. Si a su vez, dividimos este período en otros dos 1961/64 y 1965/69, se observa que el promedio muestra franca tendencia al aumento pasando de 1947 médicos por año para el primero a 2.417 para el segundo.

Considerando que la población aumentó entre 1960 y 1970 en 3.351.000 habitantes y aceptando como correcta la estimación del CONADE, de que había en el país en 1960 un médico cada 750 habitantes, se puede establecer que para mantener esa proporción deberíamos haber producido en el período 4.462 médicos más los estimados como fallecidos, retirados y emigrados en ese lapso. No estamos en condiciones de realizar esta última estimación, pero tenemos la impresión que no debe introducir variaciones fundamentales.

Hemos producido en cambio 19.967 médicos en nueve años y la población médica ha aumentado de acuerdo también con las estimaciones hechas para 1960 por el CONADE y para 1969 por la Encuesta Nacional de Salud Pública y Educación Médica (27.751/1960 - 45.340/69) en 17.589 médicos.

Los cuadros 10 y 11 confeccionados en base al de "Datos sobre Escuelas Médicas y Médicos en relación a la población de las Américas" demuestran que un grupo de seis países americanos entre los que se incluyen Canadá y Estados Unidos, producían un médico cada 26.775 habitantes en 1960 mientras que nosotros producíamos uno cada 9.942 en 1961 y uno cada 8.101 en 1969, y que mientras el promedio de producción para los mismos países era 76 médicos por escuela de Medicina en 1960, el nuestro era de 287 en 1961 y 412 en 1969 para las escuelas estatales.

Sería interesante, que quién tuviera la posibilidad, calculara el número de médicos que dejará de ejercer por fallecimiento, retiro o emigración en los próximos 10 años, para así poder determinar con alguna exactitud, cuántos médicos habrán en el país en 1980 de continuar el ritmo de producción actual de 2.400 por año. Para una cifra estimada de crecimiento de la población hasta 1980 de 4.794.000 habitantes habremos producido 24.000 médicos que sumados a los 45.340 existentes harían un total de 69.340 suma a la cual debería deducirse la cifra obtenida como consecuencia de computar esos fallecimientos, retiro y emigraciones.

Este ritmo de producción es seguramente el que explica el GRAFICO 12, en el cual puede observarse como en nueve años hemos pasado de 11,8 médicos cada 10.000 habitantes a 18,6/10.000, mientras que América del Norte lo hacía de 14,8 a 15,2 y América del Sur de 5,3 a 6,4. Es decir que mientras en nueve años América del Norte aumentó 0,6 médicos cada 10.000 habitantes y América del Sur 1,1 nosotros aumentamos en el mismo período 6,8.

DISTRIBUCION

De los cuadros 1 y 2 puede concluirse que existe mala distribución de médicos en el país y que las áreas más afectadas por esta mala distribución son las áreas rurales y los distritos clásicamente considerados como de menores ingresos.

Creemos oportuno recordar aquí algunas de las razones que explican esta desigual distribución. Aparte de la mayor complejidad técnica y administrativa de la medicina ciudadana con la lógica consecuencia de mayores requerimientos de médicos, y aparte también de la mayor demanda que suponen las mayores expectativas individuales y proximidad de los efectores en los centros urbanos, nos parece útil señalar algunos aspectos que, dependiendo del médico, son causa de mala distribución; a este respecto el centro urbano ofrece para el profesional tres fuentes de interés:

- 1.- Mayores ganancias por mayor número de consultas per cápita y por mayor capacidad adquisitiva de los pacientes urbanos que de los pacientes rurales;
- 2.- Ejercicio profesional más especializado, en equipo de colaboración con mayores posibilidades de perfeccionamiento y progreso y en general más probabilidades de satisfacción para las aspiraciones técnicas y científicas;
- 3.- Para el médico como consumidor el centro urbano brinda mayores oportunidades de acceso a los bienes y servicios que lógicamente desea como cualquier otro ciudadano.

Para corregir esta mala distribución dentro del marco de nuestra organización político institucional es evidente que el único camino es que el Estado cree los estímulos necesarios para favorecer la radicación de médicos en las áreas deficitarias. Es su deber pues, estudiar un plan de radicación rural que contemple remuneraciones adecuadas, acortamiento del tiempo para jubilar por año de permanencia en la zona, posibilidad de intercalar períodos de perfeccionamiento y control en los centros urbanos y regreso con cargos asegurados a estos centros luego de lapsos preestablecidos.

CONCLUSIONES

En nuestra opinión, del estudio presentado puede deducirse:

- 1.- Que estamos frente a una verdadera y grave plétora médica en nuestro país.
- 2.- Que existe una desmesurada producción de médicos en relación a nuestras necesidades actuales y a las expectativas de aumento de la población, y
- 3.- Que pese a esta plétora y a esta desmesurada producción hay grandes áreas del país, si bien de menor significación demográfica, con evidente déficit de atención médica.

No insistiremos sobre las consecuencias que la mala distribución geográfica implica como disminución de posibilidad de acceso a la medicina en oportunidad, cantidad y calidad para los vastos grupos sociales que habitan estas áreas, ni insistiremos tampoco en la desigualdad e injusticia a que se ven sometidos respecto a sus connacionales de las áreas más favorecidas.

En cambio queremos recalcar, las graves consecuencias que están creando la plétora y la desmesurada producción, consecuencias que, sufridas por todos los médicos, son muchas veces mal interpretadas respecto de sus causas, llevando así a la búsqueda de soluciones erróneas que no hacen más que agravar los problemas.

Así por ejemplo, lo que más suele alarmarnos y preocuparnos, los enfrentamientos y resentimientos interprofesionales con su lógica perturbación de la correcta coleganza, deben buscarse, más que en actitudes personales en un exceso de oferta médica que coexistiendo con una demanda empobrecida, mal estructurada y mal administrada conduce a un verdadero estado de competencia profesional.

Competencia profesional, desequilibrio entre oferta y demanda que implican para el médico ingresos insuficiencias, inestabilidad en el presente e inseguridad en el futuro; exceso de oferta que le disminuye sus posibilidades de práctica profesional imprescindible para su progreso y training y que creando en general un clima adverso a la especulación y creación científica repercuten en definitiva sobre la calidad global de la medicina.

Creemos que este de la Confederación, entidad gremial madre en el país, es recinto adecuado para que confesemos que esta plétora, este exceso de oferta, está generando una básica debilidad frente a la demanda, que minando y comprometiendo la unidad gremial impide la adopción de actitudes colectivas homogéneas que resguarden el interés común y la jerarquía profesional.

El médico es un recurso humano de compleja y difícil formación que insume para su producción grandes sacrificios individuales e ingentes inversiones del Estado.

Sin embargo, presenciamos en el país el lamentable espectáculo de la permanente frustración de esos sacrificios e inversiones en lo que se ha dado en llamar eufemísticamente sub-utilización profesional y que yo me atrevería a calificar de verdaderos dramas individuales e irracional conducción de la política profesional y sanitaria.

De esta irracional conducción debemos todos asumir la parte de responsabilidad que nos toca porque solo así habremos dado el paso inicial en la búsqueda de soluciones.

Estado, Universidad, y Entidad Gremial, tienen la ineludible obligación de intercambiar su información y aunar sus capacidades para concertar una política que, adecuando la producción y la oferta a las necesidades y recursos, evite el insensato despilfarro y la continua frustración profesional.

A tal efecto creemos imprescindible que se forme un grupo de trabajo con representantes de los tres sectores para abocarse al problema de una manera sistemática.

Levantar en todo el país un censo profesional que establezca de manera fehaciente número y radicación de los profesionales, distribución por especialidades, distribución en la pirámide de edades, tablas de vida, así como también dividir y calificar por regiones la Nación, estipulando sus características socio-económicas, sus expectativas de demandas y de recursos, es una tarea inmediata que no admite dilación.

Mientras tanto, deben tomarse con las cifras ya disponibles algunas medidas concretas:

La entidad Gremial, al carecer de poder de decisión, tiene la obligación de hacer pública esta situación, colaborar en los estudios y reclamar ante las autoridades la toma de medidas que le competen.

La Universidad, debe limitar el ingreso de alumnos nuevos al mínimo necesario para no deteriorar su estructura docente. Al respecto, debe sentarse sin falsos rubores el principio que no existen vocaciones individuales que puedan anteponerse a las necesidades colectivas de la población. Intertanto el desequilibrio se corrija, la Universidad debe canalizar sus recursos y esfuerzos a la formación de profesionales y técnicos intermedios, formados mediante carreras más cortas y de los cuales la medicina tiene un agudo déficit; debe también intensificar los cursos de post-grado y establecer carreras de especialistas, contribuyendo así a elevar el nivel de los cuadros profesionales.

El Estado, si desea una buena medicina para la población, debe tomar clara conciencia que en el área de la medicina asistencial, el acto final, el que concreta todos los esfuerzos de organización, planificación y dotación de infraestructura, es el acto médico; y que este es y seguirá siendo una relación interpersonal, en la cual uno de sus protagonistas mediante una tarea de investigación, interpretación y síntesis, crea un

diagnóstico y asume una actitud terapéutica que comporta siempre en mayor o menor grado una intervención en el destino personal del otro. Que en consecuencia, es su directa responsabilidad velar porque se creen las condiciones más aptas para su realización eficiente, brindando, a la vez de los modernos recursos de la tecnología médica, condiciones de seguridad, tranquilidad y libertad para el médico a fin de que este pueda desarrollar en plenitud sus conocimientos, acumular experiencia, lograr un fértil equilibrio y proceder con agudo a la vez que sereno juicio crítico.

Si se piensa por último que una de las causas fundamentales de esta plétora, es la falta de oportunidad que tiene nuestra juventud estudiantil para canalizar sus inquietudes en otras ramas del saber, es fácil deducir que es también obligación del Estado, asumir la responsabilidad de formular un Proyecto Nacional de Desarrollo estableciendo dentro de él cuáles serán las verdaderas necesidades científico-tecnológicas que demandará la nueva estructura productiva, para así poder estimular la formación de las Escuelas destinadas a satisfacerlas.

CUADRO 1

NUMERO DE MEDICOS EXISTENTES POR PROVINCIAS E IDEAL SEGUN EL INDICE DE UN MEDICO CADA 1.000 HABITANTES Y SEGUN EL CENSO DE 1970.

División Política	Población (1)	Nº Ideal	Médicos (2) Existentes	Difer.	Hab/Med Ex (2)
Total País	23.364.431	23.364	45.340	+ 21.976	515
Cap. Fed.	2.972.453	2.972	18.116	+ 15.144	164
Buenos Aires	8.774.529	8.744	11.999	+ 3.255	731
Catamarca	172.323	172	145	- 27	188
Córdoba	2.060.065	2.060	4.666	+ 2.606	441
Corrientes	564.147	564	412	- 152	1.369
Chaco	566.613	556	345	- 211	1.642
Chubut	189.920	189	195	+ 8	1.004
E. Ríos	811.691	811	827	+ 16	981
Formosa	234.075	234	119	- 115	1.967
Jujuy	302.436	302	228	- 74	1.324
La Pampa	172.029	172	118	- 4	1.023
La Rioja	136.237	136	124	- 12	1.018
Mendoza	973.075	973	1.497	+ 524	693
Misiones	443.020	443	239	- 204	1.853
Neuquén	154.570	154	135	- 19	1.144
Río Negro	262.622	262	227	- 35	1.157
Salta	509.803	509	429	- 80	1.188
San Juan	384.284	384	497	+ 137	773
San Luis	183.460	183	177	- 6	1.036
Santa Cruz	84.457	84	84		1.005
Santa Fé	2.135.583	2.135	3.469	+ 1.334	616
S. D.Estero	495.419	495	258	- 237	1.920
Tucumán	765.962	765	967	+ 202	792
T. del Fuego	15.000	15	14	- 1	1.100

De acuerdo al índice de 1 médico cada 1.000 habitantes deberíamos tener 23.364 médicos, tenemos 45.340 ó sea un exceso de 21.976 o lo que es lo mismo, un excedente del 48,50 %.

Para llevar a 1.000 habitantes por médico a las provincias que tienen exceso habría que sacar 23.236. Para llevar a 1.000 habitantes por médico habría que llevar 1.177 a las provincias con déficit.

Población total de las provincias con exceso 18.433.000 habitantes.

Población total de las que tienen déficit 4.931.000.

FUENTES:

(1) Censo del año 1970 de la Dirección de Estadística y Censos.

(2) Encuesta Nacional de Salud Pública y Educación Médica.

CUADRO 2

POBLACION URBANA Y RURAL EN 1970 CALCULADA SEGUN % DE 1960 Y NUMERO DE MEDICOS NECESARIOS DE ACUERDO A INDICE 1/500 URBANO Y 1/2.500 RURAL.

División Política	Población Urbana	%	Nº Med. Seg 1/500	Pobl. Rural	%	Nº Médico S. 1/2.500
Bs.Aires (1)	2.172.213	64	4.344	1.221.869	36	488
Catamarca	72.375	42	144	99.948	58	40
Córdoba	1.318.442	64	2.636	741.623	36	296
Corrientes	259.507	46	520	304.640	54	122
Chaco	215.312	38	430	315.300	62	140
Chubut	102.557	54	206	87.363	46	34
E. Ríos	397.709	49	796	413.942	51	165
Formosa	79.585	34	167	154.490	66	61
Jujuy	148.193	49	296	154.243	51	61
La Pampa	99.777	58	200	72.252	62	28
La Rioja	58.581	43	117	77.656	57	31
Mendoza	622.768	64	1.246	350.307	36	140
Misiones	141.766	32	283	301.254	68	120
Neuquén	74.193	48	148	80.377	52	32
Río Negro	165.462	63	330	97.170	37	38
Salta	280.392	55	560	229.411	45	91
San Juan	207.514	54	535	176.770	46	70
San Luis	95.400	52	191	88.060	48	35
Santa Cruz	45.607	54	91	38.850	46	15
Santa Fe	1.388.129	64	2.776	747.454	36	298
S. Del Est.	173.396	35	346	322.023	65	129
Tucumán	413.620	54	827	352.344	46	140
T.D. Fuego	13.936	89	28	1.722	11	1
C. Federal	2.972.431	100	5.944			
Bs.As.Part. Con Urbano	5.380.437	100	10.750			
TOTAL País	16.887.302		33.921	6.443.009		2.575

RESUMEN:

El Total de médicos de acuerdo a la aplicación del índice 1/500 para la zona urbana y 1/2.500 para la zona rural, es de 36.496 ó sea 1 médico cada 640 habitantes ó 15,6 cada 10.000 habitantes.

En la Argentina existen 45.340 (2) ó sea 1 médico cada 515 habitantes ó 19,4 cada 10.000 habitantes.

Conforme a estos índices habría un exceso de 8.844 médicos o lo que es lo mismo el 19,5 %

(1) Provincia de Buenos Aires sin incluir el cono urbano.

(2) Fuentes: 2) Censo 1970 de la Dirección Nacional de Estadísticas y Censos
Porcentaje de Población urbana y rural según censo de 1960 de la Dirección Nacional de Estadísticas y Censos.

3) Encuesta Nacional de Salud Pública y Educación Médica.

CUADRO 3

DIFERENCIA ENTRE MEDICOS EXISTENTES Y ESTIMADOS SEGUN LOS INDICES DE
1/500 URBANO Y 1/2500 RURAL 1970.

PROVINCIA	ESTIMADOS	EXISTENTES	DIFERENCIA
Catamarca	184	145	- 39
Córdoba	2.932	4.666	+ 1.734
Corrientes	642	412	- 230
Chaco	570	345	- 225
Chubut	240	198	+ 42
Entre Ríos	961	827	- 134
Formosa	228	119	- 109
Jujuy	357	228	- 129
La Pampa	228	168	- 60
Rioja	148	124	- 24
Mendoza	1.386	1.497 (2.220)	+ 111 (+834)
Misiones	403	239	- 164
Neuquén	180	135	- 45
Río Negro	368	227	- 141
Salta	651	429	- 222
San Juan	605	497	- 108
San Luis	226	177	- 49
Santa Cruz	106	84	- 22
Santa Fe	3.074	3.469	+ 395
Santiago del Estero	475	258	- 217
Tucumán	967	967	—
Tierra del Fuego	29	14	- 15
Capital Federal	5.944	18.116	+12.172
Gran Buenos Aires	10.760		
Bs.As. sin cono urbano	4.832	15.592	11.999 - 3.593
Número de distritos con déficit	19	Nº de distritos con exceso	4
TOTAL DEL DEFICIT	<u>5.568</u>	TOTAL DEL EXCESO	<u>14.412</u>

CUADRO 4

RELACION ENTRE DEMANDA DE ATENCIONES Y RENDIMIENTO HORAS MEDICAS

Metodología de la comisión especial de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Alternativa 1.

Según metas de demanda y pautas de rendimiento fijadas para la República de Chile considerando 270 días laborables.

Actividad	meta	Rendimiento Hora médica	Horas médicas neces. por 10000 Hab.
Atenc. Hospitalizados	44 camas	5 camas	9,00
Consultas consultorio	25000 (2,5 x Hx año)	6 consultas	15,40
Consultas domicilio	2500 (10 % consult.)	1 consulta	<u>4,60</u>
		TOTAL	29,00
	Más 12 % Rayox, laboratorio anatomía patológica, docencia, Administra- ción investigación		<u>3,60</u>
		TOTAL	32,60

Con jornadas de 8 horas se necesitarían:

4,20 médicos cada 10.000 habitantes
ó 1 médico cada 2.380 habitantes

Con jornadas de 6 horas se necesitarían:

5,6 médicos cada 10.000 habitantes
ó 1 médico cada 1.780 habitantes
(cifra aproximada a la actual de Chile).

De acuerdo a esta estimación con jornadas de 6 horas, Argentina debiera tener 13.670 médicos siendo el exceso de 31.670.

Fuente: COMISION ESPECIAL FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE.

CUADRO 5

Alternativa 2

Actividad	Meta	Rendimiento hora médica	Horas médicas neces. por 10.000 Hab.
Atenc. Hospitalizados	47 camas (Mza.)	3 camas	15,60
Consultas consultorio	50.000 5xhxaño	4 consultas	46,20
Consultas domicilio	5.000 (10% cons.)	1 consulta	18,50
		TOTAL	80,30
	más 12 % Rayox, Laboratorio anatomía patológica, Docencia, Administ. Invest.		9,60
		TOTAL	89,90 = 90

Con jornadas de 8 horas se necesitarían:

11,20 médicos cada 10.000 habitantes ó

1 médico cada 892 habitantes (Promedio países desarrollados).

Con jornadas de 6 horas se necesitarían:

15,00 médicos cada 10.000 habitantes ó

1 médico cada 666 habitantes

De acuerdo a esta estimación y con jornadas de 6 horas, Argentina debería tener: 35.400 médicos, siendo el exceso actual 9.940.

CUADRO 6

ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS NECESARIOS POR COMPARACION CON OTROS PAISES.

2 GRUPOS

LATINOAMERICA

Colombia	1965	1/2390
Cuba	1963	1/1180
Panamá	1964	1/2700
Uruguay	1963	1/850
Venezuela	1963	1/1300
Chile	1965	1/1750
Méjico	1965	1/2220

PROMEDIO: 1/1770 = 5,7 med. c/10.000 Hab.

PAISES DESARROLLADOS

Japón	1964	1/960
Dinamarca	1962	1/780
España	1964	1/990
Finlandia	1964	1/1360
Francia	1962	1/920
Noruega	1963	1/880
Suecia	1964	1/930
EE.UU.	1964	1/640

PROMEDIO: 1/932 = 10,7 med. c/10.000 Hab.

ARGENTINA 1/515 = 19,9 med. c/10.000 Hab.

Fuente:

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y EDUCACION MEDICA.

CUADRO 7

RELACION DE INGRESOS POR GRUPO DE HABITANTES CORRESPONDIENTE A UN MEDICO
EN VARIOS PAISES.

<u>PAIS</u>	<u>AÑO</u>	<u>HAB/MEDICO</u>	<u>PR/B p.c.</u>	<u>PROD/B G/HABIT.</u>
Argentina	1969	1/515 (1)	U\$S 900 (3)	U\$S 463.500
Colombia	1965	1/1230(2)	" 680 "	" 840.000
Chile	1965	1/1750 "	" 650 "	" 1.137.500
Méjico	1965	1/2220 "	" 650 "	" 1.443.000
Venezuela	1963	1/1300 "	" 916 "	" 1.190.800
Uruguay	1963	1/850 "	" 650 "	" 552.500
Canadá	1961	1/860 "	" 3000 "	" 2.580.000
Japón	1964	1/960 "	" 1400 "	" 1.344.000
España	1964	1/990 "	" 770 "	" 762.300
Finlandia	1964	1/1360 "	" 1700 "	" 2.312.000
Francia	1962	1/920 "	" 2530 "	" 2.300.000
Dinamarca	1962	1/780 "	" 2500 "	" 1.950.000
Noruega	1963	1/910 "	" 2300 "	" 2.093.300
Suecia	1967	1/930 "	" 3230 "	" 2.976.000
EE.UU.	1964	1/640 "	" 4300 "	" 2.752.000

FUENTES:

- (1) Encuesta Nacional Salud Pública y Educación Médica.
- (2) Organización Mundial de la Salud 1968.
- (3) Fuentes diversas.

CUADRO 8

NUMERO DE MEDICOS Y SU RELACION A LA POBLACION DE LA PROVINCIA SEGUN ZONAS
Y DEPARTAMENTOS - AÑO 1970 - MENDOZA.

JURISDICCION	POBLACION	MEDICOS	HAB.P./MEDICO	MEDICOS P/10000
TOTAL PCIA.	973.075	2.222	437	22,80
ZONA NORTE	590.168	1.567	344	22,90
Capital	118.568	977	121	82,30
Godoy Cruz	112.481	236	476	20,90
Guaymallén	138.469	220	629	15,80
Las Heras	84.489	49	1.724	5,70
Lavalle	17.478	5	3.495	14,20
Luján	47.074	44	1.069	9,30
Maipú	71.599	36	1.988	5,00
ZONA ESTE	142.355	135	1.054	9,40
Junín	22.052	11	2.004	4,90
Rivadavia	37.369	36	1.038	9,60
San Martín	65.806	76	865	11,50
Santa Rosa	10.727	7	1.532	6,50
La Paz	6.401	5	1.280	7,80
ZONA OESTE	58.680	40	1.467	6,80
San Carlos	19.742	10	1.974	5,00
Tunuyán	24.778	23	1.077	9,20
Tupungato	14.160	7	2.022	4,90
ZONA SUR	181.872	280	649	15,30
Gral. Alvear	39.206	41	956	10,40
Malargüe	11.427	7	1.632	1,00
San Rafael	131.239	232	565	17,60

Fuentes: Estudio conjunto de factibilidad Secretaría de Salud Pública de la Nación - Ministerio de Bienestar Social y Federación Médica de Mendoza.

CUADRO 9

NUMERO DE MEDICOS EGRESADOS DURANTE EL PERIODO 1961/1969 SEGUN FACULTAD Y AÑO DE EGRESO.

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	total	promedio
UNIV. DE BUENOS AIRES	1214	1057	1048	1366	1319	1016	1316			8336	1190
UNIV. NAC. DE CORDOBA	340	314	347	363	381	450	470			2665	380
UNIV. NAC. DE LA PLATA	188	175	225	158	190	161	277			1374	197
UNIV. NAC. DEL NORDESTE	11	15	8	4	8	10	19			75	10
UNIV. NAC. DE CUYO	52	80	62	78	58	131	64			525	75
UNIV. NAC. DEL LITORAL	173	132	108	110	77	131	232			963	138
UNIV. NAC. DE TUCUMAN	35	45	69	52	68	107	107			483	69
UNIV. CATOLICA DE CORDOBA		3	10	16	31	32	36			128	21
UNIV. DEL SALVADOR				11	19	30	40			100	25
TOTAL	2013	1821	1877	2158	2151	2068	2561	2434	2884	19967	2218

NOTA: Promedio del Primer período, años 61/64 1947 médicos por año.

Promedio del segundo período, años 65/69 2417 médicos por año.

FUENTES:

Asociación de Facultades de Medicina - Oferta Médica 1969.

CUADRO 10

CANTIDAD DE HABITANTES P)R MEDICO EGRESADO EN UN AÑO EN LOS DISTINTOS PAISES.

<u>País</u>	<u>Habitantes</u>	<u>médicos por año</u>	<u>Habitantes por médico</u>
Estados Unidos	177.700.00.-	6.895	25.770.
Canadá	17.400.000.-	817	21.300.-
Chile	7.475.000.-	280	26.696.-
Méjico	33.304.000.-	1.100	30.036.-
Colombia	13.824.000.-	500	27.648.-
Venezuela	6.512.000.-	223	29.201.-
Argentina censo 1960	20.013.793.-	2.013	9.942.-
Argentina Ult. censo	23.364.431.-	2.884	8.101.-

Fuentes:

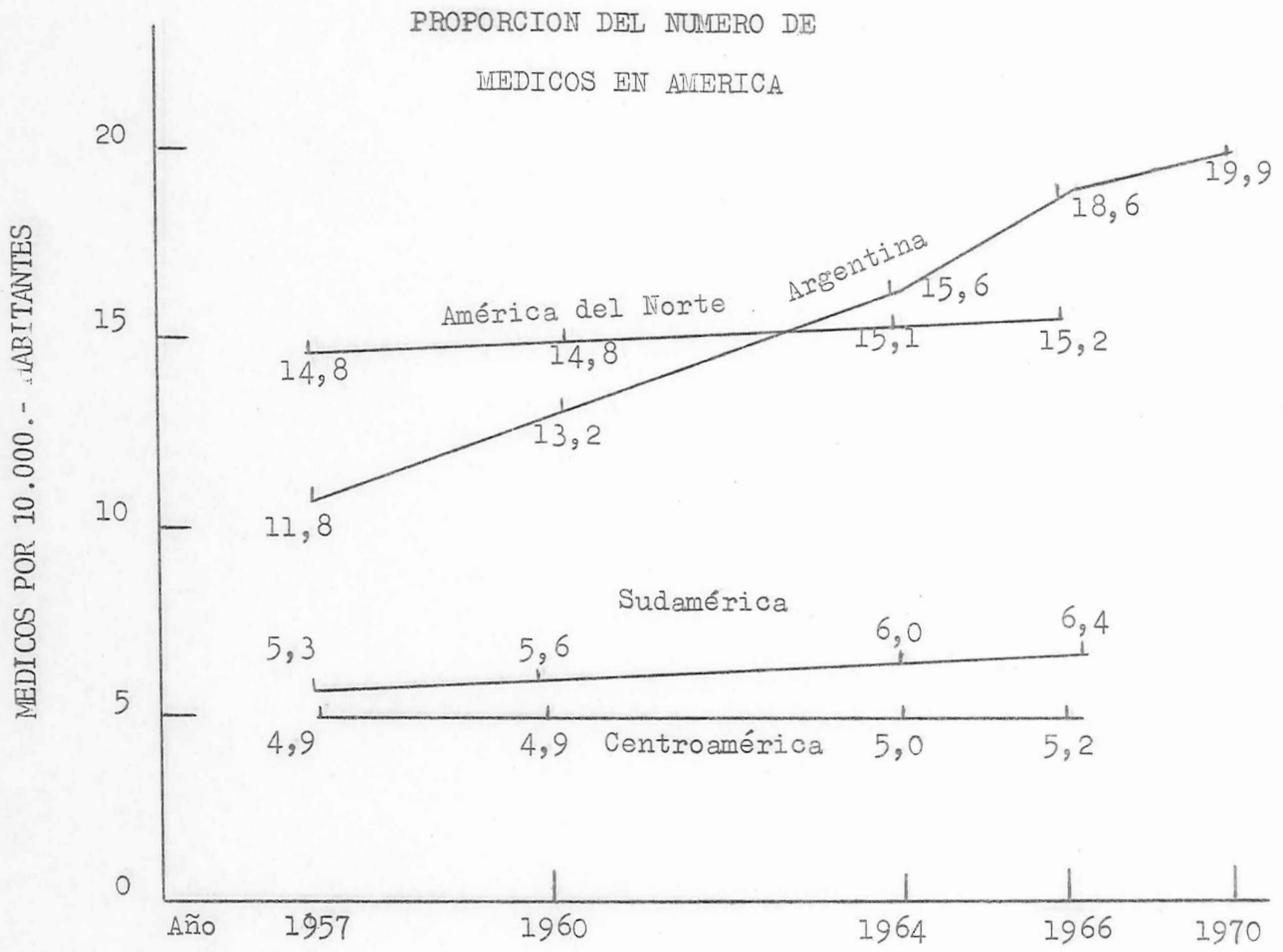
Oficina técnica de la Confederación Médica Argentina.

MEDICOS GRADUADOS ANUALMENTE POR ESCUELA EN LOS DISTINTOS PAISES

- (1) Número anual de graduados
- (2) Número de escuelas
- (3) Promedio de médicos graduados por escuela.

<u>Estados Unidos:</u>		<u>Argentina:</u> (escuelas estatales)	
(1)	6.895	año 1961	(1) 2.013
(2)	85		(2) 7
(3)	81,1		(3) 287
		año 1962	(1) 1.818
			(2) 7
<u>Canadá:</u>			(3) 259
(1)	817	año 1963	(1) 1.867
(2)	12		(2) 7
(3)	68		(3) 276
<u>Méjico:</u>			(1) 2.131
(1)	1.100	año 1964	(2) 7
(2)	21		(3) 304
(3)	52,3		(1) 2.101
<u>Brasil:</u>		año 1965	(2) 7
(1)	2.000		(3) 300
(2)	28		(1) 2.006
(3)	71,4	año 1966	(2) 7
<u>Chile:</u>			(3) 286
(1)	280	año 1967	(1) 2.485
(2)	3		(2) 7
(3)	93,3		(3) 355
<u>Colombia:</u>			(1) 2.434
(1)	500	año 1968	(2) 7
(2)	7		(3) 347
(3)	73,3		(1) 2.884
<u>Total para América:</u>		año 1969	(2) 7
(1)	14.479		(3) 412
(2)	191		<u>Promedio Argentina:</u>
(3)	76		(1) 2.193
			(2) 7
			(3) <u>313</u>

Fuentes: Asociación de Facultades de Medicina - Oferta Médica 1969
 Organización Mundial de la Salud.
 Datos sobre escuelas médicas y médicos en relación población.
 América Oficina técnica de la Confederación Médica de Argentina.



CUADRO 12