





VII COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTION UNIVERSITARIA EN AMERICA DEL SUR

"Movilidad, Gobernabilidad e Integración Regional"

Mar del Plata, Argentina

29 de Noviembre al 1º de Diciembre de 2007



Masividad, calidad y racionalidad de generación de recursos humanos en salud: Reflexiones iniciales para una política de ingreso a las Facultades de Medicina.

Damián Fió*, María Cristina Plencovich**, Sivia Quadrelli***, María Eugenia Rovetto****, Patricia Rufini*****
damfio@yahoo.com, plencovi@agro.uba.ar, silviaq@satlink.com, mrovetto@me.gov.ar, patrufini@hotmail.com

Un componente esencial de la respuesta de las sociedades frente al fenómeno de la masividad universitaria ha sido también la exigencia de evaluación de la calidad y muy probablemente, el desafío de masividad con calidad sea el gran desafío de la Universidad de este siglo. El nuevo concepto de autonomía es el de una autonomía acompañada de la rendición de cuentas a la sociedad y al estado pero en un estilo que debería implicar rendición social que trasciende lo meramente contable. Esta redefinición de la autonomía tiene múltiples aspectos e impacta de maneras diversas en múltiples maneras de vivir el proceso universitario. El objetivo de este estudio fue analizar de qué manera, en ese marco de nueva autonomía, se redefine el análisis de las formas de acceso a la Universidad y más específicamente a las Facultades de Medicina. En nuestro medio con frecuencia se discute acaloradamente (pero sin demasiada argumentación) a favor y en contra de limitar el ingreso a las Facultades de Medicina. Las posiciones sobre el acceso libre y la reducción de plazas están tan gravadas por sus vinculaciones con marcos ideológicos (y/o intereses corporativos) que pocas veces se genera el espacio para una discusión racional que incluya con seriedad los aspectos éticos, sociales, políticos y técnicos de la discusión y que abarque las necesarias tensiones que confluyen en una decisión que afecta los intereses de diferentes colectivos que necesariamente tienen intereses sectoriales muchas veces divergentes. Este trabajo analiza los distintos argumentos esgrimidos por los distintos grupos a favor y en contra de la limitación al ingreso de las Facultades de Medicina, explora su base empírica y sugiere que la toma de decisión sobre la pertinencia, oportunidad, forma y magnitud de una eventual limitación al ingreso no puede hacerse sin una reformulación del mejoramiento de oportunidades en el nivel medio y sin una planificación de una mejor distribución de los recursos humanos en salud analizando la necesidad de encontrar formas de articular las decisiones con el sistema de salud pública sin que esto vulnere la autonomía universitaria.

* Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales UNR. Maestría en Gestión y Políticas Universitarias MERCOSUR. Instituto para el Desarrollo de la Educación Superior. Argentina.

** Facultad de Agronomía UBA. Maestría en Gestión y Políticas Universitarias MERCOSUR. Instituto para el Desarrollo de la Educación Superior. Argentina.

*** Facultad de Medicina UBA. Maestría en Gestión y Políticas Universitarias MERCOSUR. Instituto para el Desarrollo de la Educación Superior. Argentina.

**** Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales UNR. Maestría en Gestión y Políticas Universitarias MERCOSUR. Instituto para el Desarrollo de la Educación Superior. Argentina.

***** Facultad de Ciencias de la Educación UNER. Facultad de Ciencias de la Gestión UADER .

MASIVIDAD, CALIDAD Y RACIONALIDAD DE GENERACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD. REFLEXIONES INICIALES PARA UNA POLÍTICA DE INGRESO A LAS FACULTADES DE MEDICINA.

La masificación de la matrícula universitaria es un fenómeno que afecta a todos los sistemas de educación superior en el mundo. La matrícula universitaria a nivel mundial pasó de 13 millones en 1960 a 79 millones en el 2000 y a 110 millones en el 2005. UNESCO en sus proyecciones considera que se llegará a 125 millones antes del 2020. En nuestro país en 1950, la tasa bruta de educación universitaria para la cohorte 20-24 años era del 5.2%; en 1988 ya era del 38.4% y el incremento de la matrícula entre los años 1980 y 1991, fue del 100% (11-13). Esta masificación de la matrícula, es ahora un proceso generalizado. Mientras algunos países se encuentran recién en la etapa inicial de este proceso otros se encaminan hacia la universalización de la cobertura, con tasas de participación superiores a un 75% (11-10). Para avanzar en este proceso, los países usan diversas estrategias, expandiendo ya bien la matrícula pública, la matrícula privada o combinando ambas estrategias . De acuerdo a la categorización ideada por Trow (65) en los años 70 se puede decir que un sistema universitario deja de ser de minorías cuando un 15% del grupo en edad de cursar estudios superiores se hallaba matriculado en este nivel. En ese momento se convierte en un sistema de Educación Superior (ES) masivo. El segundo umbral se alcanzaba en el momento en que un 50% del grupo de edad correspondiente se hallaba matriculado en la educación superior; con lo cual se entraba en la etapa de universalización de la enseñanza superior. En la actualidad la mayoría de los países, con excepción de aquellos de ingresos más bajos, han atravesado el primer umbral y se encuentran en pleno proceso de masificación de su enseñanza terciaria mientras que solamente dos países—Corea y Finlandia—han ingresado a la etapa de universalización (64). .

En América Latina las universidades fueron creadas en la época de la colonia con excepción de Brasil, que creó su primera universidad en 1920. En Argentina la Universidad Nacional de Córdoba fue fundada en 1613 y la Universidad de Buenos Aires en 1821. La universidad colonial hispánica, señorial y clasista como la sociedad a la cual servía y de la que era expresión, estuvo dirigida a la formación de sacerdotes y agentes de gobierno. Con las luchas por la independencia se abrió ampliamente las puertas a la influencia de la ilustración francesa, llevando a la sustitución del modelo de la Universidad Colonial por el de la Universidad Francesa Napoleónica. Pero la Universidad Latinoamericana si bien heredó la tendencia a generar escuelas autárquicas, a estimular el profesionalismo, la convicción de erradicar la teología y la inintroducción

del culto positivista, conservó su modelo de universidad patricia, que preparaba a los hijos de los hacendados, de los comerciantes y de los funcionarios para el desempeño de los cargos políticos-burocráticos. La Reforma de Córdoba en 1918 – que cómo señala Claudio Rama, se constituyó en el acontecimiento que dio origen y proyección a un movimiento de alcance internacional vinculado a la idea de “República Universitaria- fue el primer cuestionamiento serio a ese modelo de Universidad, asociado al ascenso de las clases medias urbanas, reforma que replanteó profundamente las relaciones entre la universidad, la sociedad y el Estado (61). El concepto de autonomía que instaló la Reforma era muy amplio: implicaba el reconocimiento del derecho de la comunidad universitaria a elegir sus propias autoridades, la libertad de cátedra, la designación de los profesores mediante procedimientos puramente académicos, la dirección y gobierno de la institución por sus propios órganos directivos, la aprobación de planes y programas de estudio, la elaboración y aprobación del presupuesto universitario, etc. Pero a pesar de este espíritu democrático imbricados en el primer tipo de reformas descritas por Rama - la universidad siguió siendo sólo para una elite; alcanzando a incluir sólo al 15% de los jóvenes entre 20 y 24 años (40). Se produjo una segunda generación de reformas durante los años cincuenta y ochenta, fundamentalmente como reflejo de tensiones políticas internas e internacionales, pero los cambios más notables del último siglo fueron los de la década del 90 – las denominadas por Rama, reformas del mercado - que en el contexto de la redefinición del rol del Estado afectaron básicamente tres aspectos: el financiamiento (reducción de la inversión pública), la estructura jurídica (reestructuración del sistema con nueva legislación y normativa) y el rol del Estado en la responsabilidad sobre la educación (definición de un Estado evaluador, fiscalizador más alejado de la función social de educar) (30,39)..

Las IES en América Latina pasaron de 5.438 en 1995 (53,7% privadas) a 7.514 en el 2002 (69,2% privadas) mientras que las universidades propiamente dichas pasaron de 812 en 1995 (60,7% privadas) a 1.213 en el 2002 (69,2% privadas). (43-44). La matrícula en las IES pasó de 7.405.257 estudiantes en 1995 (38,1% en IES privadas) a 12.186.260 en el 2002 con megasistemas de educación superior con más de dos millones de estudiantes (como Brasil); sistemas grandes –entre un millón y dos millones (como México y Argentina) o pequeños (entre 500,000 y 150,000 estudiantes) (como Bolivia, Cuba, Ecuador, Guatemala) (44). La tasa de matrícula es variable con una tasa de aproximadamente 50% en Argentina; entre 20 y 30 % en Brasil, México, Colombia, Cuba y menores del 20% por ejemplo en Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay (43). En Argentina la matrícula de la educación superior en su conjunto (comprendiendo los subsistemas universitario y no universitario) pasó de 86.080 estudiantes en 1950 a 1.724.397 en el año 2000, creciendo en más de 20 veces. En el año 1950 la matrícula se concentraba casi exclusivamente en las universidades nacionales ya que la educación superior no universitaria tenía sólo 5.635 estudiantes. Las universidades privadas consiguen su autorización a partir del año 1958 y recién en la década del 70 aparece una participación mayor de la universidad privada (12,5%) y de la no universitaria (13,5%). Como consecuencia de las políticas restrictivas en el sector público durante los períodos de dictaduras militares la participación del sector privado creció considerablemente pero este crecimiento fue masivo en la década del 90. De las 91 instituciones universitarias públicas y privadas actuales (universidades e institutos universitarios), más de la tercera parte fueron creadas en el último decenio: 11 instituciones universitarias (7 universidades nacionales, una provincial y 3 institutos universitarios) en el ámbito estatal y 27 instituciones (alrededor de la mitad de la cantidad total de universidades privadas) en el ámbito privado.

Esto significa que en la actualidad en la Argentina la oferta existente en educación superior incluye 1845 instituciones, de las cuales el 95% pertenece al subsistema no universitario y solamente 5% a las universidades atrayendo ambas en su conjunto a más de 1.700.000 alumnos. Aunque el número de instituciones no universitarias es mayor, la proporción de alumnos del subsistema universitario sigue siendo el más importante de la ES (74,5%) (24,41).

Este fenómeno de la masificación, lejos de ser una “desgracia” para los Sistemas universitarios y los países a los que pertenecen es un enorme capital y una valiosa fuente de crecimiento para una sociedad. En primer lugar porque ya no hay dudas en cuanto a las relaciones entre niveles de instrucción de una población y sus tasas de desarrollo productivo. Hay un consenso cada vez más generalizado acerca de que la educación es, simultáneamente, crucial para el crecimiento económico, clave para mejorar la equidad social y necesaria para la participación de los ciudadanos en la vida política de todos los países (46). Pero además porque como ha señalado la Declaración Mundial Sobre La Educación Superior En El Siglo XXI convocada por la UNESCO en 1998 (18) aunque la función esencial de las instituciones de Educación Superior es formar diplomados altamente calificados y ciudadanos responsables, capaces de atender a las necesidades de todos los aspectos de la actividad humana, también es función de la educación superior “contribuir a proteger y consolidar los valores de la sociedad, velando por inculcar en los jóvenes los valores en que reposa la ciudadanía democrática y proporcionando perspectivas críticas y objetivas a fin de propiciar el debate sobre las opciones estratégicas y el fortalecimiento de enfoques humanistas. Además de mayor capacidad para incrementar el PBI, las universidades deben aportar elementos para generar un proyecto convergente más justo y que una a la sociedad en la búsqueda del bien común (4). La Universidad debe ser una casa para albergar y fortalecer las utopías, tiene que asumir el papel de conciencia crítica de la sociedad y participar en el análisis y la evaluación de las nuevas tendencias sociales, políticas y económicas, así como en los avances del conocimiento humanístico y científico para proponer la construcción de un futuro donde el hombre pueda alcanzar su desarrollo pleno.(45).

Sin embargo, aún partiendo de este presupuesto inequívoco de que la masividad del acceso a la educación superior es una usina de capital humano y una fuente potencial de equidad social, obviamente esta presión del incremento de la matrícula ha generado nuevas demandas sobre los sistemas de ES no siempre fáciles de resolver. La masificación de la matrícula tiende a producir, en grados variables, una proliferación de las instituciones y una diferenciación entre universidades e instituciones no-universitarias. lo cual trae consigo una mayor demanda por información sobre la calidad de la enseñanza superior y una fuerte presión para establecer procedimientos públicos de aseguramiento de la calidad (37)..

De alguna manera los actuales modelos políticos y la mayor demanda financiera y organizacional que exige la masificación, han debilitado la función social que la sociedad siempre esperó de la universidad (no sólo en cuanto a equidad en el acceso, sino también en lo que se refiere a liderar la producción y circulación del conocimiento y ofrecer propuestas de soluciones a los problemas de la sociedad) En las dos últimas décadas -y en especial en los países en desarrollo. muchas de las IES han perdido el carácter de instituciones y tienden a asemejarse a las organizaciones del mundo de los negocios. Con una importante pérdida de su función social, (43-44).

Esta mayor demanda exige que hoy en día todos los países deban aumentar las oportunidades de formación para los graduados de la educación media. La masificación exige de las IES que diversifiquen su oferta con el fin de poder incluir a un número

creciente de jóvenes y adultos con demandas formativas mucho más variadas, que acepten ser evaluadas externamente para asegurar una calidad acorde a las demandas pero también que aumenten la relevancia y pertinencia de sus funciones; aumentando su contribución a la profesionalización y tecnificación de la economía. Pero por sobre todo, en todo el mundo la educación superior está bajo creciente presión para ampliar y diversificar sus fuentes de financiamiento con el objeto de hacer frente a la espiral de costos desencadenada por la masificación de la matrícula, por la complejidad de las funciones de gestión, por la incorporación de tecnologías de información y por la carrera competitiva de reputaciones y prestigio académico que ha instalado el mundo global (10-11).

La competitividad es de hecho una de las características más notables de la nueva Universidad en el mundo global que ha paulatinamente reemplazado la tradicional cultura universitaria de la cooperación solidaria. Hay una tendencia creciente a valorar las universidades con criterios de eficiencia empresarial y a analizarlas como a unidades de negocios trasladándoles además los sistemas de valores propios del mundo de los negocios. Hay corrientes de opinión de gran influencia que afirman que un sistema de educación superior orientado hacia el mercado es mucho mejor que el modelo tradicional dominado y financiado por el estado (64) y que han llegado a afirmar que Europa debería dismantelar sus sistemas de educación superior con gran apoyo financiero del Estado e imitar el modelo de ES de EE.UU. En realidad estas opiniones reflejan la posición que los organismos de crédito internacional tienen al respecto. Durante la última década, a pesar del intento de la UNESCO por reafirmar el estatuto de servicio público de la ES y abogar por mantener un importante financiamiento estatal para desarrollar una educación superior igualmente accesible a todos sobre la base del mérito, las recomendaciones del Banco Mundial se dirigieron enfáticamente a la defensa de la orientación competitiva y de mercado mientras que la OMC ha planteado incluir la enseñanza superior como un bien de importación y exportación regulado por sus normas y conforme a las políticas del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicio (GATS) (43). Esta posición implica un claro giro (como se intenta también en la salud) para transformar la educación de su actual concepción de bien social a un nuevo estatuto de mercancía. Estos cambios no son gratuitos a la hora de la definición de políticas ni en la percepción que la sociedad tiene de la institución universitaria. Los actuales procesos de globalización de la economía, la disminución del Estado benefactor y la mercantilización de la cultura de las universidades, sin duda se refleja en nuevos discursos y prácticas que hacen hincapié en el valor del dinero, la mayor oferta de opciones, el análisis costo-beneficio, el saneamiento administrativo, la distribución de recursos, los costos unitarios, los indicadores de desempeño y la selectividad. La crisis fiscal del Estado y sus resultantes recortes presupuestales y las estrategias sostenidas de despresupuestación del financiamiento universitario (Stubrin 2002) han generado una gran confianza en las estrategias de ahorro o reducción de costos y en las fuentes privadas de ingresos. Esto ha provocado, entre otras cosas, la morigeración de la autonomía universitaria y el debilitamiento de los cogobiernos; la desregulación en las condiciones de trabajo de los docentes, restricciones en la matrícula, crecimiento de instituciones privadas, actividades empresariales del profesorado, y fuertes vinculaciones con el sector de negocios (12,46).

Por supuesto, las IES se ven presionadas por problemas de financiamiento. Casi sin excepción todas ellas sufren un proceso de marcado incremento de los costos, producto de la masificación del acceso que obliga a expandir vacantes, carreras, infraestructura física, tecnológica y pedagógica y a aumentar el personal docente. Los países gastan

anualmente entre medio punto y hasta cerca de 3 puntos del PBI en educación superior (o sea entre 1,6% y 8,5% del gasto público total). Lo que cada alumno le cuesta al sistema es muy variables con gasto por alumno medido en dólares con paridad de poder de compra (PPC entre menos de US\$ 1 mil y más de US\$ 22 mil. En respuesta a esta creciente presión financiera, los estados han intentado dos ramas de soluciones: limitar el acceso y/o diversificar las fuentes de financiamiento, llegando inclusive, en muchos casos, a aceptar el fin de la gratuidad. Ya a mediados de la década de los '90, la UNESCO preveía que en adelante ningún gobierno, ni siquiera en los países desarrollados, estaría en condiciones de financiar por sí solo una educación superior masiva de calidad. Hay tres principales conjuntos de estrategias que están siendo empleadas por los gobiernos e instituciones: a) traslado de costos, b) financiamiento público ligado al desempeño y la demanda y c) empresarialización. En el primer caso, diversos países han optado por trasladar el costo de los estudios, en partes mayores o menores, a los alumnos y sus familias, ya bien por la vía de impulsar el desarrollo de un sector privado que absorba en parte el crecimiento de la matrícula y / o mediante el cobro de aranceles en las instituciones financiadas por el gobierno.

Sin duda un componente esencial de la respuesta de las sociedades frente al fenómeno de la masividad universitaria ha sido también la exigencia de evaluación de la calidad – aparece aquí el tercer tipo de reformas que señala C Rama, amparadas en torno a los procesos de aseguramiento de la calidad - y muy probablemente, el desafío de masividad con calidad sea el gran desafío de la Universidad de este siglo. Sin embargo, los métodos para medir calidad han sido muy diversos y son fuertemente discutidos en el ámbito académico aunque nadie pone ya en duda la necesidad de una mayor “accountability” por parte de la institución universitaria. El nuevo concepto de autonomía es el de una autonomía acompañada de la rendición de cuentas a la sociedad y al estado pero en un estilo que debería implicar rendición social que trasciende lo meramente contable. Esta redefinición de la autonomía mantiene la total libertad que los miembros de una universidad deben tener para explorar todas las áreas del saber y corrientes del pensamiento humano pero sin que esto signifique eludir su responsabilidad educativa, ni su responsabilidad de rendir cuentas por el uso de los recursos públicos puestos a su disposición para cumplir esas tareas académicas.

Si bien esta redefinición de la autonomía tiene múltiples aspectos e impacta de maneras diversas en múltiples maneras de vivir el proceso universitario, nos interesa hoy analizar de qué manera, en ese marco de nueva autonomía, se redefine el análisis de las formas de acceso a la Universidad y más específicamente a las Facultades de Medicina.

El acceso a las Facultades de Medicina en la Argentina y el mundo.

En todos los países del mundo existen sistemas de limitación al acceso a la educación superior. Estos sistemas pueden ser implícitos o explícitos, pero todos resultan en una notable disminución del número de alumnos que cursan carreras terciarias respecto de los que aspiran a hacerlo. Se ha argumentado que la modalidad de admisión explícita es más transparente, es universal y sistemática y permite en casi todos los países un control nacional sobre la base de criterios uniformemente establecidos sobre el contenido y características de las pruebas, su desarrollo y corrección. Hoy en día es el sistema utilizado por la mayor parte de los países del mundo, de hecho: los únicos casos con sistemas sin mecanismos de selección explícitos para el ingreso son la Argentina, Uruguay y Bolivia (60).

Por ejemplo, en todos los sistemas educativos de la Unión Europea, después de la realización de la prueba general de acceso a estudios superiores, se plantea una segunda instancia que es el ingreso a la universidad propiamente dicho (5)

En casi todos los países el sistema de ingreso en la enseñanza superior entre los subsistemas universitarios y los universitarios es diferente. Para el ingreso en las universidades se exige generalmente el certificado de estudios secundarios superiores donde conste haber superado la prueba correspondiente (el Bac, el Abitur, la Maturität, la Prueba de acceso a la universidad, etc). Pero adicionalmente, como algunas universidades y algunas carreras son más demandadas que otras (por ejemplo, los estudios de odontología y veterinaria en España, o las universidades de Oxford y Cambridge en UK), además de las calificaciones obtenidas en el nivel secundario y la prueba de ciclo, puede haber mecanismos adicionales para el ingreso con condiciones más estrictas cuanto más solicitada sea la carrera. Como la prueba de acceso a la universidad de alguna manera certifica los estudios secundarios en casi todos los países se lleva a cabo en los propios centros de educación secundaria, con tribunales externos compuestos por profesores de Bachillerato y universitarios y con exámenes elaborados por expertos procedentes siempre del profesorado de secundaria y frecuentemente también de universidad. El número de materias que se incluye en el examen en cada país se relaciona con los contenidos educativos que cada país considera que configuran la madurez del alumno (5). En general el resultado de estas pruebas ha demostrado ser un buen predictor de la tasa de éxito en estudios superiores.

En nuestro país, el modo de selección implícita es el más generalizado, con un mecanismo de ingreso directo o irrestricto a la universidad mediante el cual, para ser alumno regular, sólo es necesario el diploma de estudios medios.

En la década de los 50 y los 60 (años de grandes expectativas sociales sobre las potencialidades de la educación para favorecer el desarrollo económico y social de los países) y en un contexto de crecimiento continuo de la educación secundaria y por ende, de la demanda por educación superior comienza a aparecer en la agenda de las políticas públicas el tema de la admisión a la universidad. Para enfrentar esta desestabilización en la articulación vertical entre los niveles secundario y superior - señala García Guadilla - se van creando mecanismos de control explícitos en la mayoría de los casos (exámenes de selección) los cuales tienden a lograr un aumento de la eficiencia en la selección de los «mejores». Es posteriormente que surgen paulatinamente los mecanismos de control implícitos, en los que se supone prima el principio de justicia social sobre el de la eficiencia (29).

Esta modalidad implícita constituye en nuestro país, tal como lo describe Sigal (60), un sistema heterogéneo ya que hay alrededor de 14 formas diferentes de acceder a la universidad, que varían no sólo entre universidades sino también entre facultades de una misma universidad. Las modalidades surgen de una combinación de las siguientes opciones: a) ingreso sin cursos de apoyo; b) con ciclos introductorios que forman parte de la carrera; c) con cursos de nivelación con aprobación presencial sin examen; d) con cursos y exámenes no eliminatorios pero vinculantes con el cursado de las carreras (en que las calificaciones se consideran un parcial o trabajo práctico o afectan el cursado de las materias correlativas). Los ciclos introductorios o de nivelación duran desde un mes a varios meses, y sus contenidos pueden variar sensiblemente entre universidades y facultades. En cuanto a las modalidades con pruebas de examen, con o sin cupo, se han incorporado en los últimos años en algunas universidades (Universidad de Quilmes, de la Matanza, de Cuyo) y especialmente en algunas carreras de medicina. Casi todos los sistemas de ingreso irrestricto incluyen sistemas no formales (como las famosas

materias “filtro” en niveles muy iniciales de la carrera) que están en realidad en flagrante contradicción con el declarado principio del acceso libre y universal y que sin duda contribuyen a los altos niveles de desgranamiento de los primeros años.

Qué sucede específicamente con el ingreso a las Facultades de Medicina?

La mayor parte de las Escuelas de Medicina del mundo tienen sistema de numerus clausus con la intención de limitar (en esta y otras carreras muy populares) el número de ingresantes. Las Facultades de Medicina en Europa adoptaron el numerus clausus (NC) no sin discusiones, entre otras cosas porque su misma concepción estaba ligada a un pasado sombrío que generaba mucha resistencia (antes de la Segunda guerra Mundial, varios países de Europa Occidental aplicaron un numerus clausus para estudiantes judíos). El estudio de, Trost & Ebach 1996 (Trost 1996), muestra que el NC es el sistema más difundido en el continente europeo : 33 países europeos seleccionan el ingreso en función de las aptitudes (los últimos en unirse fueron Bélgica y Suiza en 1996). El NC también existe para medicina en USA, Canadá, Japón y Australia. Muchos países consideran que las pruebas de madurez que se toman para certificar los estudios secundarios no son suficientes para determinar la aptitud para el estudio de la medicina por lo cual se toma adicionalmente una prueba de aptitud específica. Las ventajas teóricas del NC con alumnos seleccionados por tests de aptitud son la garantía de igualdad de derechos y la ausencia de arbitrariedad asociados a la posibilidad de admitir exactamente el número de estudiantes que el sistema tiene la capacidad de recibir manteniendo sus standards de calidad. La mayor parte de las Facultades de Medicina con NC se basan en el requerimiento de la Déclaration de Bologne que enfatiza que los estudios de medicina no son posibles sin prácticas clínicas durante los mismos lo cual ha llevado en casi todas las curriculas a un cambio de estructura que obliga a los estudiantes a poner en práctica aptitudes clínicas desde el primer año. En función de este requerimiento las Universidades europeas enfatizan que no es posible extender ilimitadamente la disponibilidad física y de enfermos y estructura hospitalaria para permitir este tipo de prácticas y que el sistema es relativamente inextensible debiendo limitar el número de alumnos a los que acoge. Por otra parte, si bien la reforma curricular que siguió a Bolonia estimuló la creación de titulaciones de tiempo más breve y con gran posibilidad de movilidad entre carreras, los estudios de medicina requieren una formación altamente especializada que sólo adquiere utilidad de otorgamiento de licencia cuando se completan todos los años por lo cual consideran que es más conveniente seleccionar una cohorte reducida desde el inicio con la intención de obtener una elevada tasa de titulación.

En Francia por ejemplo, el Ministerio establece para cada Universidad el cupo de estudiantes autorizados a proseguir los estudios en segundo año, sistema en el que sólo 10-15% de los estudiantes de PCEM 1 (Primer Ciclo de Estudios Médicos, 1 año) es admitido en segundo año. La duración total de las carreras se organiza en tres ciclos con 9 años para la obtención del DE (Diploma del Estado) en Medicina General y 10 a 11 años (según las especialidades) para la obtención del título de Doctor en Medicina Especializada (DE + DES: Diploma de Estudios Especializados) ya que, en todos los casos es necesario completar el sistema de residencias. En Alemania las calificaciones obtenidas en el Abitur permitirán acceder o no a una Facultad de medicina y en diferentes estados con distinto nivel de demanda. Por ejemplo para una plaza en una Universidad como Baden-Württemberg se necesita un mínimo de 1.8 en una escala de 1

(mejor) a 4 (peor) mientras que para una plaza en Mecklenburg-Vorpommern, 2.4 puede ser una calificación suficiente.

Qué razones existen a favor de limitar el número de ingresantes a las Facultades de Medicina?

Hay acuerdo en que las políticas de admisión al ingreso no pueden ser analizadas fuera de su contexto histórico (ya que corresponden a determinados lineamientos políticos y demandas sociales de cada período) ni pueden ser iguales para las distintas ramas disciplinares ya que estas tienen diferentes lógicas de funcionamiento, diferentes mercados laborales y diferente peso estratégico para la planificación de políticas públicas. Por eso el caso de las ciencias médicas tiene que ser analizado específicamente más allá de las reglas generales que se aplican a una política de admisión a la ES.

En nuestro medio con frecuencia se discute acaloradamente (pero sin demasiada argumentación) a favor y en contra de limitar el ingreso a las Facultades de Medicina. Las posiciones sobre el acceso libre y la reducción de plazas están tan gravadas por sus vinculaciones con marcos ideológicos (y/o intereses corporativos) que pocas veces se genera el espacio para una discusión racional que incluya con seriedad los aspectos éticos, sociales, políticos y técnicos de la discusión y que abarque las necesarias tensiones que confluyen en una decisión que afecta los intereses de diferentes colectivos que necesariamente tienen intereses sectoriales muchas veces divergentes. Frases tan vacías de sentido y desprovistas de soporte empírico como “libertad de aprender”, “médicos que no se quieren ir al interior” por un lado o “aulas atiborradas de alumnos” y “proletarización de la medicina” por el otro, vienen impidiendo un análisis equilibrado de la situación que permita planificar políticas públicas en el largo plazo. Sin embargo una expectativa de crecimiento anual de 4% de la matrícula universitaria para los próximos años, un notable deterioro de los indicadores objetivos de calidad de la prestación educativa y una indudable escasez de recurso humano en salud en muchas áreas críticas de nuestro país hacen urgente esa discusión con la necesaria cuota de generosidad por parte de cada sector para pensar el fenómeno globalmente y no en función de sus intereses particulares. La política de admisión a la universidad constituye un componente esencial de la política de educación superior que surge de cómo negociar la relación demandantes-poder público en un contexto temporal y espacial determinado, e incluye tanto aspectos técnicos como propiamente políticos y sociales que necesariamente deben ser contemplados para su establecimiento

Los principales argumentos a favor de limitar el acceso a las escuelas de medicina son: a) la tasa de titulación es muy baja y es un gasto importante para la sociedad costear los estudios de aquellos que nunca llegarán a graduarse y que, por lo tanto, sería mejor detectar en fases tempranas para evitar su frustración individual importante y su costo social desmedido, b) el número de egresados es superior a la demanda del sector y por lo tanto precariza el mercado laboral y/o aumenta innecesariamente los costos de salud y c) la masiva concurrencia de alumnos resulta en educación de baja calidad.

En relación con el primero de estos puntos (la baja tasa de titulación) es sabido que la tasa de deserción en las universidades latinoamericanas es elevada y que, con excepción

de Cuba, anualmente se gradúan, en un periodo normal, del orden del 43% de los ingresan, situación por cierto no satisfactoria (16, 33).

La eficiencia de titulación de las universidades privadas suele ser superior. Brasil por ejemplo es un sistema caracterizado por la fuerte predominancia del subsistema privado con una férrea limitación al ingreso en las universidades públicas (que son consideradas las más prestigiosas). De las 1.859 instituciones de educación superior el 89% son privadas. La eficiencia de titulación para el año 2003 fue de 41%, (46% en las privadas y 26% en las públicas)..

Las cifras de deserción universitaria en la Argentina son, aunque parezca increíble, también polémicas. El método de recolección y procesamiento de los datos influye notablemente en los indicadores generados. Por ejemplo las estadísticas universitarias, elaboradas sobre la base de la información que brinda cada institución, dan cuenta de un cociente entre egresados e inscriptos dentro de un periodo equivalente a la duración teórica de las carreras cercano al 20% (MECyT, 2000). En realidad lo que este indicador está mostrando es que sólo un quinto de los alumnos inscriptos termina sus estudios *en el período esperado*. Específicamente en la Universidad de Buenos Aires, en la década 89-98 se graduaron en la UBA 123.164 estudiantes e ingresaron 461.207. Si se calculan los ingresantes entre 1985-1994, (cuando se crea el CBC) son 452.422 ingresantes. Si se descuenta un prudente 20 % correspondiente a inscriptos que, a último momento, no inician sus cursos, nos ubicamos con un promedio estimable de entre 36.000 y 40.000 ingresantes reales por año. Tomando los 12.300 que egresan anualmente, nos encontramos con que sólo uno de cada tres estudiantes se gradúan. La tasa de deserción entonces debe acercarse al 70%, pero esta forma de cálculo puede por lo mencionado no ser verdaderamente representativa.

El grupo de edad estudiado cuando se analiza la población global es también determinante para el tipo de resultado obtenido. En uno de los estudios de García de Fanelli (26) la tasa calculada de abandono para la población de 25 a 39 años medida como la que ya no asiste pero que asistió a la educación universitaria según datos del Censo Nacional de Población del año 2001 ascendía al 39,2%, pero la misma autora señala que este dato era provisional, pues todavía se encontraban asistiendo el 31% de los jóvenes de dicho grupo de edad, una proporción de los cuales también podían llegar a abandonar sus estudios a futuro. Con otra metodología, en un estudio de la Universidad de Córdoba, Hebe Goldenhersch y colaboradores analizaron la evolución de los alumnos de esa unidad académica que iniciaron sus estudios en 1997 y concluyeron que las tasas de deserción en las universidades públicas del país no son tan elevadas y se mantienen en niveles similares a las que presenta los países europeos que oscilan entre el 30 y 50 por ciento. Las discordancias entre los distintos estudios podrían explicarse por las diferentes metodologías aplicadas y por la sobreestimación de la cantidad de ingresantes (muchísimos estudiantes se inscriben en dos o más carreras y otros cambian de carrera una o más veces luego de iniciados sus estudios). . Por eso si bien en el caso de la cohorte analizada por los investigadores de la UNC, se prevé que el 30 por ciento de los alumnos que comenzó realmente a estudiar llegará a obtener su título de grado en esa unidad académica, la mitad de los denominados desertores no abandonó en realidad sus estudios sino que optó por otras carreras o universidades, con un resultado final coherente con los datos censales de los que surge una deserción universitaria global de alrededor del 40 por ciento. Parte de la sobre-estimación de la tasa de deserción está relacionada con los estudiantes fantasmas, que son aquellos preinscriptos en la facultad pero que luego no confirman su inscripción o no inician ninguna actividad académica (34). En casi todos los sistemas estudiados en Argentina la

mayor deserción se da en los primeros años (32.39 % de este grupo desertó durante el primer año) según las estadísticas de la SPU, la tasa de deserción, supera el 60 % entre el primer y el segundo año de cursada (SPU 2005) con una evidente “demora” en la finalización de los estudios según el plan teórico.

Cómo se aplican estas cifras de desgranamiento a las Escuelas de Medicina en particular? En primer lugar debe remarcarse que los estudios de medicina tienen varias particularidades. Como mencionamos previamente, la especificidad de la formación profesional (sobre todo con el diseño curricular prevalente en la Argentina) hace poco probable sino imposible generar títulos intermedios o darle un sentido de inversión personal costo-efectiva a los estudios incompletos. Esto debilita uno de los argumentos para desestimar la alta deserción como una razón para limitar el ingreso. En la mayor parte de los estudios universitarios, si bien tenemos que hacer todo el esfuerzo para que el sistema aumente su eficiencia para retener al alumno, deserción y fracaso universitario no son sinónimos. Cualquiera sea el tiempo de permanencia del alumno en la Universidad y aunque no obtenga un título de grado, la exposición a la cultura, valores y modalidades de pensamiento crítico propios de la Universidad son un capital en sí mismo. A pesar de que esto también sea cierto en los estudios de medicina, la aplicabilidad de los conocimientos parciales en este campo disciplinar es muy baja y genera una gran frustración personal y social ante la deserción. Debe también tenerse en cuenta que quizás por esta misma especificidad (aunque no contamos con datos precisos en la Argentina), las cifras de deserción en el área de Ciencias de la Salud suele ser menor que en otras disciplinas. Pero la deserción de la magnitud actual tiene altos costos, costos sociales y psicológicos de los que desertan; costos de la docencia, costos administrativos y de mantenimiento, costos de oportunidad de los alumnos y costos en la disponibilidad de espacios físicos e infraestructura.

Cuadro 6. Eficiencia de titulación para el período 1998-2002 para carreras específicas (basado en estadísticas nacionales)

PAISES	DERECHO	MEDICINA	INGENIERIA EN OBRAS CIVILES
Argentina			
Bolivia	43,0	42,0	30,0
Brasil (1)	91,7	97,3	88,9
Chile	20,9	96,0	34,4
Colombia			
Costa Rica (2)	65,0	96,5	42,0
Cuba	91,0	87,0	67,7
Guatemala	25,9	32,0	18,7
Honduras	52,2	49,2	20,4
México	62,0	52,0	44,0
Panamá	57,0	97,0	42,0
Paraguay (5)	49,0	99,0	(6) 55,0
República Dominicana	30,0	37,0	19,0
Uruguay	27,6	(4) 40,6	(3) 33,2
Venezuela	66,7	100	38,6
Promedio	46,8	70	38,2

Fuente: Elaborado en base a los estudios nacionales

Notas (1) En los datos de cuadros generales por áreas de conocimiento da resultados distintos lo cual puede atribuirse a fuentes distintas o a diferentes modelos de compilación (2) Promedio sin considerar al año 2000 en Medicina. (3) Incluye todas las Ingenierías. (4) Incluye todas las carreras del área de salud. (5) solo considera universidades públicas (falta de datos)

Fuente: García de Fanelli, Ana M. (2004) “Indicadores y estrategias en relación con el abandono y la graduación universitarios”, en Marquís, C. La Agenda Universitaria. Buenos Aires, Colección Educación Superior, Universidad de Palermo

Las grandes ilusiones de una carrera profesional sin “obstáculos”, abonadas por un bachillerato facilista y un ingreso directo, sin esfuerzos aparentes, se derrumban cuando aparecen las dificultades académicas y aptitudinales no anticipadas de la misma forma que las grandes ilusiones sobre una educación universitaria gratuita se desvanecen cuando los alumnos se enfrentan con los elevados costos de oportunidad y tasas de retorno menores que las esperadas (60). Ahora bien: qué expectativas existen de que la limitación al ingreso disminuya la tasa de deserción? Sabemos que las variables que influyen en la permanencia en la Universidad son múltiples. Existen al menos dos conjuntos de condiciones que determinan tanto la permanencia como la apropiación efectiva de conocimientos y la obtención de los diplomas. En primer lugar está la influencia de determinadas condiciones sociales. El aprendizaje requiere una inversión de diversas especies de capital, tanto por parte de la familia como del estudiante. Además de los costos de oportunidad, están los gastos que requiere el hecho de frecuentar una institución y una importante inversión de tiempo y esfuerzo. Es preciso que el estudiante tenga garantizado un determinado nivel de vida que está asociado a ciertas condiciones materiales tales como vivienda, alimentación y condiciones habitacionales, por lo cual no bastan las oportunidades de inscripción e ingreso a una institución, sino que es preciso sostener la escolaridad para avanzar en la carrera y alcanzar el correspondiente título. La distribución crecientemente desigual de la riqueza y los recursos estratégicos hacen que las familias y los estudiantes no se encuentren en igualdad de condiciones sociales para garantizar el éxito de la empresa educativa. y esto se ve reflejado en la proporción de jóvenes que ingresan y que permanecen en el sistema según quintiles de ingreso familiar (23,26):

Cuadro 1: Argentina 2000. Jóvenes de 18 a 30 años por nivel educativo alcanzado, asistencia y quintil de ingreso per capita familiar (IPCF) e indicador de deserción (en porcentaje)

Indicador	Quintiles de IPCF					Total
	1	2	3	4	5	
1. Secundario ^a	58,7	50,4	43,0	33,4	21,0	34,8
2. Desertor educación superior ^b	9,2	8,9	8,1	8,3	10,9	9,3
3. Estudiante educación superior	28,2	35,1	42,1	47,5	46,5	43,3
4. Graduado educación superior	3,9	5,4	6,5	10,8	21,8	12,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Indicador deserción (2/(2+3+4))*100	22,2	18,1	14,3	12,4	13,8	14,2

a. Jóvenes de 18 a 30 años que han concluido el nivel medio y que no asisten ni asistieron a la educación superior.

b. Jóvenes de 18 a 30 años que han concluido el nivel medio y que han asistido pero que ya no asisten al nivel superior.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de SITEAL, EPH, total urbano octubre 2000.

Fuente: García de Fanelli, Ana M. (2004) “Indicadores y estrategias en relación con el abandono y la graduación universitarios”, en Marqués, C. La Agenda Universitaria. Buenos Aires, Colección Educación Superior, Universidad de Palermo

El segundo grupo de factores tiene que ver con la necesidad de reunir una serie de condiciones pedagógicas para continuar los estudios en el nivel superior. El acceso al conocimiento no es arbitrario, sino estructurado: es preciso aprender antes ciertas cosas para luego aprender otras, de diferente nivel de complejidad. Anteriormente un diploma de la enseñanza media garantizaba una serie de conocimientos y competencias básicas que habilitaban para continuar los estudios en el nivel superior, correspondencia que hoy no se puede dar por asegurada. La influencia de la escuela media es decisiva y recientes investigaciones realizadas concluyen que los factores que predicen el éxito o el fracaso del estudiante en ES, se explican en parte, desde el primer año de la escuela secundaria (15). Los factores que afectan la posibilidad de ingresar a una institución de educación superior, de cambiar de una institución no universitaria a otra universitaria y de darle continuidad a los estudios hasta graduarse incluyen: las expectativas de los padres, el apoyo y el estímulo de la familia, los compañeros y los docentes del colegio secundario; el desarrollo de claras aspiraciones ocupacionales y educacionales demostradas en los primeros años del nivel medio; las experiencias en la escuela secundaria; los recursos académicos que brinda la misma; la posibilidad de acceder a información sobre lo que ofrecen las universidades; el conocer la disponibilidad de ayuda financiera; el prepararse para los exámenes de ingreso; el conocimiento del tipo de institución a la que se ingresa y las responsabilidades familiares (3,16).

El estímulo recibido durante los años de secundaria parece esencial para asegurar la posterior inscripción en el nivel superior. Estudios realizados en la Universidad de Rosario indican que los egresados de colegios nacionales tienen cuatro veces más probabilidad de desertar que los egresados de colegios dependientes de la universidad y que el haber concluido el secundario e iniciado inmediatamente la universidad reduce la probabilidad de desertar. Los resultados confirmaron que las características demográficas y personales del estudiante son todas significativas: ser varón incrementa el riesgo de deserción; los estudiantes que viven con sus familias tienen mayor riesgo de desertar que los alumnos que viven independientes y como era de esperarse haber iniciado los estudios universitarios y simultáneamente a estar trabajando provoca un mayor riesgo de abandono (3.4 veces más). Finalmente cuanto menor nivel educativo de los padres mayor es el riesgo de deserción (16,24,33).

El ejemplo de Brasil que, pese a su férreo sistema de restricción al ingreso a las universidades públicas tiene una tasa de titulación de solamente 26% (contra 46% en las privadas) muestra que las relaciones acceso limitado-tasa de titulación no son en absoluto lineales. El peso determinante de todos los factores que acabamos de mencionar pone de manifiesto que: a) en primer lugar si no se mejoran las condiciones de equidad en la apropiación de conocimientos en la escuela media, cualquier medida de limitación al ingreso de la Universidad simplemente seleccionará los alumnos que tuvieron mejores oportunidades de educación secundaria y reforzará el fenómeno de reproducción social de la clase de origen (los grupos de mayor nivel socioeconómico acceden y concluyen la educación universitaria en mayor medida que los más pobres) (9.) y b) que dado que las determinantes de la permanencia y posibilidad de graduación, exceden las aptitudes mensurables en una prueba de aptitud o nivelación, probablemente el impacto de la limitación al ingreso sobre la deserción no sería tan manifiesto.

El segundo argumento es que el número de egresados es superior a la demanda laboral y por tanto precariza el mercado laboral y/o incrementa los costos. La fuerza laboral en salud está constituida por más de 500.000 trabajadores, en su mayoría profesionales universitarios, técnicos y auxiliares. Son características del sector en la Argentina la desigual distribución geográfica de profesionales y un déficit marcado de enfermería. El mercado de trabajo de la salud ha estado signado desde hace años por creciente flexibilidad de las formas de contratación con el consiguiente aumento de precariedad laboral en todas las categorías. Es cierto que mientras la salud maneja el mercado, lo que determinará las reglas de juego son las leyes del mercado y que un mayor número de profesionales significará un mayor riesgo de precarización laboral. Sin embargo, en un país donde hay un reclamo constante desde múltiples sectores por la enorme cantidad de médicos, paradójicamente la queja más frecuente de los pacientes de sectores urbanos es el poco tiempo que los médicos les dedican y la de los sectores rurales es la escasa disponibilidad de médicos tanto generalistas como especialistas(1-2). Es una frase hecha repetida que la Argentina tiene muchos más médicos que los que recomienda la OMS. Obviamente la OMS sólo puede sugerir que por debajo de un determinado número de médicos es imposible garantizar el acceso a la salud de las poblaciones. La cantidad de médicos que necesita un sistema de salud depende enteramente de qué estructura organizacional adopte, de los niveles de descentralización, de la distribución geográfica y de los roles de los distintos segmentos del sistema (médicos, enfermeras, agentes de salud, etc). La distribución geográfica de los profesionales de la Argentina refleja la severa distorsión socioeconómica existente en el país. La Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires concentran el 55% de los profesionales aunque la población radicada en esos distritos no llega al 46%. La Ciudad de Buenos Aires tiene una relación de 90 habitantes por médico pero en Formosa y Misiones las cifras son 677 y 668 habitantes por médico respectivamente. En Argentina la demanda real de recursos humanos del sector salud no ha sido bien estudiada y es urgente promover el desarrollo de estudios que brinden información confiable. Pero sobre todo es fundamental crear instancias para la construcción de consensos para encarar procesos de planificación, proponer y aplicar mecanismos de regulación y control de la práctica profesional e implementar sistemas de información permanentes para sustentar la toma de decisiones (2,57) . Implementar programas de desprecariación laboral y adecuar los niveles de remuneración a fin de generar condiciones de trabajo dignas es un objetivo legítimo de la corporación médica y es lógico que ésta vea con preocupación la situación de debilidad en que la coloca una población supernumeraria frente a un mercado oligopólico de prestadores privados de salud. En las condiciones imperantes del mercado nada es más cierto: sobran médicos y una alta tasa de egresados conspira contra la posibilidad de las organizaciones de trabajadores de la salud para conseguir buenas condiciones de trabajo. La pregunta es: es admisible que la Universidad y la sociedad en su conjunto se limiten a convalidar este sistema en el que la precarización del acceso a la salud y de las condiciones de trabajo de los médicos está más determinada por el tratamiento de la salud como mercancía o sería deseable que la Universidad abogara por un sistema más justo de prestación médica que garantizara equidad de acceso y calidad? La respuesta a cuántos médicos necesita la Argentina es: no sabemos. Pero seguramente esa cifra se redimensionará si en algún momento el Estado encara una política de incentivos para la localización de recursos humanos en zonas menos favorables e impone sus reglas de regulación para volver a llevar la salud de su categoría actual de mercancía a su campo inicial (el de un derecho básico esencial y por ende un bien social). Las políticas adoptadas en salud apoyadas en una visión liberal que confía en alguna mano invisible

que modele la relación oferta-demanda de la fuerza laboral explican las distorsiones en la estructura de la fuerza laboral y la ausencia de instancias de diálogo de los actores sociales relevantes. Las medidas implementadas en forma creciente en los últimos años repercutieron fuertemente por un lado generando una menor accesibilidad de la población de bajos recursos a los servicios de salud y por el otro la generación de un proceso de desregulación y privatización en el sector con capacidad de pago. Esto creó nuevas lógicas de regulación de la oferta y la demanda vehiculizadas en distintas modalidades de contratación de prestaciones (por ejemplo, pago “per cápita” con facturación sobre valores globalizados o módulos). En este contexto, las condiciones de la práctica profesional quedaron fuertemente atadas al modelo organizativo de la atención médica, orientado a administrar la oferta, con una fuerte reducción de la autonomía profesional (6). Pero esto no tiene sólo que ver con la cantidad de médicos sino con el sistema con el que se ha organizado la prestación de la salud.

Al mismo tiempo, es necesario contextualizar el descontento de los médicos (sin duda legítimo) dentro de la realidad de la ocupación profesional en nuestro país en las últimas décadas y en el impacto de la formación universitaria y sus lógicas sobre las mismas. La desocupación profesional es un fenómeno que existe obviamente en la Argentina. Así, mientras entre 1990 y 1995 el número de graduados creció el 1,2% anual la generación de puestos de calificación profesional o científica aumentó a sólo 0,68 anual. La comunidad profesional se sintió justificadamente conmovida por el aumento de las tasas de desocupación a partir de la década del 90: la tasa de desocupación de egresados universitarios se incrementó en esa década, aunque en menor medida que para el total de la población (31-32).

Nivel Educativo	1991		1995		1999	
	PUT	GBA	PUT	GBA	PUT	GBA
Total	7,0 %	6,4 %	18,3 %	20,2 %	14,6 %	15,6 %
Superior	5,1 %	4,4 %	12,5 %	12,8 %	9,5 %	9,7 %
Incompleto	8,0 %	6,9 %	19,1 %	19,0 %	14,3 %	14,3 %
Completo	2,6 %	2,3 %	6,4 %	6,7 %	5,2 %	5,4 %

Fuente: Riquelme, op. cit.

Fuente: García de Fanelli, Ana M. (2004) “Indicadores y estrategias en relación con el abandono y la graduación universitarios”, en Marqués, C. La Agenda Universitaria. Buenos Aires, Colección Educación Superior, Universidad de Palermo

Pero pese a este fenómeno, la comunidad médica no ha sido la más afectada: así, en una encuesta a 3.041 profesionales universitarios y terciarios, realizada por la Sociedad de Estudios Laborales para el Ministerio de Educación, en marzo de 2000, la tasa de desocupación para egresados de nivel superior era de 9,2% para el total; con algunas profesiones liderando las cifras (como Comunicación Social y Periodismo con el 20,4%) o Psicología con el 16,5%). Pero este mismo estudio mostraba que trabajan en su profesión el 90% de los egresados de Ciencias Aplicadas: el 68% de los sociólogos,

el 93% de los abogados y el 98% de los médicos. Es cierto que los niveles de precarización e informalidad son bastante significativos en el mercado laboral, pero mucho más bajos que para el conjunto de la población (31). Notablemente los profesionales mejor pagados son los de las áreas de administración y economía, seguidos por contadores, abogados, ingenieros, arquitectos e informáticos; mientras que los de remuneraciones más bajas son los egresados de comunicación social, paramédicas, ciencias sociales, farmacia y bioquímica, medicina, odontología y psicología.(32). La Facultad de Ciencias Económicas con 44.000 alumnos es la más poblada de la UBA y la mayor parte de las Universidades tienen un crecimiento sostenido de la matrícula en las carreras de economía, lo cual no impide que sus egresados estén entre los mejor remunerados del mercado profesional (22). Obviamente la relación entre masividad del alumnado y condiciones del mercado laboral no son lineales y las lógicas propias de funcionamiento de la demanda del campo disciplinar tienen mucha mayor influencia que la cantidad de egresados de un sistema universitario.

En diversos estudios (2,7,20) se han señalado es menester necesario supeditar la creación de carreras y las políticas de admisión a estudios adecuados que avalen su necesidad o su calidad, con políticas de promoción de determinadas carreras de interés estratégico, con planes de estudio articulados con las cambiantes necesidades sociales.

Parece claro que la mera limitación del número de egresados con la imposición de un *numerus clausus* adecuado no mejorará ni las marcadas desigualdades en la distribución geográfica de todas las categorías profesionales ni la creciente flexibilidad en las condiciones de contratación y precariedad laboral en todas las categorías del equipo de salud. Las lógicas que orientan la configuración de los equipos de salud no están actualmente guiadas por las necesidades que imponen los perfiles epidemiológicos, el grado de desarrollo y complejidad de esos servicios y los problemas específicos de los grupos sociales que deben ser atendidos como rezan los manuales de salud pública sino más bien por la tradición y la cultura de los servicios, por la burocracia que arrastra un sistema de salud sin planificación ni cambios estructurales importantes pese a los enormes cambios de la dinámica de organización de la salud en los últimos 20 años y por la existencia de un sistema de salud pública debilitado y definanciado que fomenta el crecimiento de un sistema con reglas de mercado para todos aquellas personas con capacidad de pago. Planificar el número de egresados necesarios requiere primero planificar una política de recursos humanos en salud, diseñada a medida para un sistema pensado, anticipado, consensuado y deseablemente orientado a una obligación impostergable del estado que es garantizar la universalidad del acceso a la salud.

El tercer argumento a favor de limitar el ingreso es que la masividad perjudica la calidad de la enseñanza.

Escapa a las posibilidades de este texto el análisis del controvertido tema de la calidad universitaria y las herramientas para evaluarla. Sin embargo, existen algunas particularidades de la educación médica que parece necesario enfatizar. La Educación Médica latinoamericana estuvo decisivamente marcada por la influencia del modelo norteamericano moldeado sobre el Informe Flexner (21). El modelo flexneriano definió que la atención médica debía basarse en el conocimiento de las ciencias médicas, especialmente de las ciencias básicas, que sólo las escuelas de alta calidad debían acreditarse para la enseñanza de la medicina, que las escuelas aceptadas debían privilegiar la práctica clínica y de laboratorio y que las escuelas de medicina debían contar con un hospital propio que garantizara un determinado número de camas por alumno para garantizar una práctica clínica adecuada. Este modelo (que debemos entender que fue concebido 100 años atrás) entendía el rol del médico a partir de la

enfermedad y enfatizaba los aspectos biológicos de las enfermedades y por ende la territorialización del conocimiento y la medicina de especialidades. Durante los últimos 30 años las críticas a este modelo se han hecho más y más frecuentes y está claro que el positivismo a ultranza del paradigma epistemológico flexneriano no da respuestas a las necesidades de educación de los futuros médicos porque las concepciones de salud y enfermedad son mucho más extensas que la pura explicación biológica. Así el nacimiento de un modelo epistemológico crítico que reconoce los factores económico-sociales como determinantes de enfermedad ha intentado generar estructuras más novedosas en materia curricular y aproximaciones pedagógicas para la enseñanza de la medicina. La Conferencia Mundial de Educación Médica de 1988 y otras conferencias regionales, recogen parte de las reflexiones críticas que estos cambios generaron en la educación médica y recomiendan la generación de un nuevo modelo científico biomédico y social que fundamente un nuevo paradigma educativo enfocado en el individuo y la sociedad (8). Como en otras disciplinas la calidad se ha transformado en la obsesión de los educadores médicos en los últimos años. El Instituto para la educación Médica Internacional (con sede en New York) ha trabajado para definir standards mínimos esenciales aplicables en todo el mundo y organizados a través de 7 categorías y 60 objetivos de aprendizaje a los que deberían agregarse las prioridades locales. Las categorías están relacionadas con las habilidades clínicas, los fundamentos científicos de la medicina, los valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética, la salud pública y los sistemas de salud, el análisis crítico y la investigación, el manejo de la información y las habilidades de comunicación.

Sin intentar profundizar en la problemática de las nuevas pedagogías médicas, se adscriba a uno u otro modelo epistemológico, hay un claro acuerdo en que la enseñanza de la medicina requiere un contacto precoz y frecuente con el paciente (sea en medicina hospitalaria en el modelo flexneriano, sea en la práctica orientada a la comunidad y a la prevención en los modelos críticos) y que la práctica en campo es un componente esencial de cualquier modelo educativo. Por eso podemos afirmar que existe consenso en que la posibilidad del contacto directo y estrecho con los destinatarios de la práctica médica desde etapas precoces de la formación puede no ser suficiente pero es decididamente indispensable para definir la calidad de la educación médica.

Existen pocos datos precisos sobre la forma en que se organiza la educación médica en el país. Sabemos que del 92 al 2002 se triplicaron las escuelas de medicina privadas del país y que entre 1993 y 1998 egresaron de 12 universidades un promedio de 3960 médicos cada año. En la Universidad de Buenos Aires la Facultad de Medicina tiene 3.579 docentes y 18.900 alumnos, es decir que hay 5,12 alumnos por docente. Del total de la planta profesional sólo el 30,4% es rentado y existe una alta proporción de docentes sin preparación pedagógica.

Los alumnos recién entran en contacto con los pacientes en el cuarto año de la carrera al ingresar a las Unidades Docentes Hospitalarias (UDH). No existe la práctica de medicina ambulatoria o preventiva. Hay aproximadamente 59 UDH incluyendo gran cantidad de hospitales del GCBA, de la provincia, centros privados y por supuesto los 3 hospitales universitarios. La proporción de alumnos que reciben es muy variable. Hospitales como el Hospital Argerich (con 400 camas) reciben 20 alumnos por año mientras Hospitales universitarios como el Instituto Lanari (con 80 camas) reciben 80 alumnos por año. Si bien no existen estudios sistematizados en gran escala los estudios realizados en varias unidades hospitalarias han mostrado que la mayor parte de los alumnos no han realizado nunca destrezas manuales, no han tenido oportunidad de examinar pacientes en forma exhaustiva y no han vivido escenarios reales de entrevistas

médico-paciente. La percepción que los alumnos tienen de las destrezas adquiridas muestra que son concientes de que no manejan la mayor parte de las actividades médicas de baja complejidad que les serán requeridas en la práctica médica en cualquier contexto y, teniendo en cuenta que las destrezas manuales no están incluidas en la curricula oficial, quienes las adquieren lo hacen en contextos extraoficiales no sistematizados como los famosos practicantados sin supervisión o control alguno por parte de las escuelas de medicina. (14.)

TABLA 2. Percepción de los alumnos sobre la capacidad de realizar e interpretar las destrezas adquiridas (expresadas en porcentaje, en orden decreciente)

	%		%
Extracción de cuerpos extraños	75,00	Exploración del llenado capilar en el lecho ungueal	35,00
Taponamiento anterior de una epistaxis	70,00	Interpretación de un electrocardiograma	35,00
Intubación traqueal	66,25	Interpretación de una radiografía simple de tórax	32,50
Punción venosa y colocación de vía intravenosa	58,75	Interpretación de una radiografía simple de abdomen	30,00
Punción lumbar	56,25	Exploración otoscópica	28,75
Toracocentesis y drenaje pleural	55,00	Exploración de senos paranasales	28,75
Pruebas funcionales respiratorias	55,00	Utilizar inhaladores y aerosoles	28,75
Colocación de sonda nasogástrica	53,75	Preparación de una nebulización	25,15
Colocación de sonda rectal	48,75	Administrar inyectables intramusculares	18,75
Colocación de sonda vesical	47,50	Administrar inyectables subcutáneos	16,25
Recolección de muestras	45,00	Administrar inyectables intradérmicos	13,75
Asepsia de heridas simples	43,75	Preparación de una solución hidroelectrolítica	11,25
Sutura de heridas simples	41,25	Interpretar un examen de laboratorio de sangre	08,75
Mantener permeable la vía aérea	40,00	Interpretar un examen de laboratorio de orina	07,50
Reanimación cardiopulmonar básica	37,50	Prescripción de una indicación terapéutica	06,25

Fuente: BURASCHI, Jorge A., DURO, Eduardo A., BURASCHI, María F. et al. Percepción de los alumnos de quinto año de medicina sobre algunas de sus competencias clínicas. Arch. Argent. Pediatr., sept./oct. 2005, vol.103, no.5, p.444-449

Si se piensa que para la medicina de especialidades o la medicina interna la opción de completar esa capacitación mínima necesaria para el ejercicio autónomo son las residencias médicas, la baja relación de oferta/demanda para ese sistema de formación no es muy alentadora: por ejemplo, el Sistema de Residencias para la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) ofrece capacitación rentada en 60 especialidades médicas distribuidas en 30 hospitales de Capital Federal. En 2003 se ofrecieron 366 vacantes de residencias médicas básicas, para las cuales se presentaron 3.927 postulantes de universidades estatales y privadas es decir que ingresaron 10% de las mujeres y 7 % de los varones que se postularon. (49.). En medicina general la situación no es mejor ya que existen apenas esbozos iniciales de formación específica de posgrado y la mayor parte de los médicos generalistas sólo cuentan con la opción de su formación de grado. Para la mayor parte de quienes ejercen la docencia médica es difícil imaginar que el producto de su trabajo (los recientes graduados) puedan asumir tareas médicas autónomas porque son concientes de que no han adquirido la capacitación necesaria que en muchos casos, hasta cuenta explícitamente con que el posgrado en las residencias médicas completará esos vacíos de formación. Pero no es fácil imaginar qué tipo de tarea médica desempeñan ese 85% de graduados que no acceden a una residencia.

Siguiendo estas argumentaciones y pese a las enormes dificultades para sistematizar su análisis y evaluar objetivamente sus indicadores, el deterioro de la calidad de la educación médica sí **podría ser** es un argumento de peso para considerar seriamente la restricción del número de alumnos de las Facultades de Medicina. Si bien es cierto que se ha argumentado con fundamento que esto es así sólo en los casos de sistemas universitarios poco diversificados, especialmente aquellos de nivel único y que estructuras más complejas permiten un desarrollo más integral de todas las funciones universitarias incluida la investigación (56) o que como claramente señala Weinberg la pérdida de calidad - relacionada con procesos de masificación - no tiene lugar por una derivación fatalista, sino porque «no se adoptan las medidas para responder adecuada y eficientemente a los nuevos requerimientos» (65-66.), los cambios de estructura necesarios para mantener la calidad de la educación médica exceden el ámbito de competencia de la Universidad, afectan a la totalidad del sistema de salud de la Argentina y no es realista pensar que serán capaces de sufrir en el corto plazo las transformaciones radicales que serían necesarias para mantener standards mínimos de calidad educativa. Obviamente esto de ninguna manera implica que la sola reducción del número de alumnos será suficiente para mejorar la calidad, parece claramente ser una condición necesaria pero no suficiente. Esto queda demostrado por un lado (pese a lo controvertidas que puedan ser) por la acreditación establecida por la CONEAU que muestra que los cambios en el sistema de ingreso de algunas universidades no fueron acompañados de mejoramiento en los indicadores de calidad. Y si se evalúa la calidad a punto de partida de la eficiencia para conseguir ubicar a los egresados en el sistema de residencias médicas, universidades con reducido número de alumnos y excelentes cocientes docente/alumno no tuvieron mejor eficiencia de ingreso a los sistemas de residencia (sólo 7.4% de los postulantes de la Universidad Favaloro y 6.7% de la Universidad Barceló accedieron a una residencia comparados al 14.3% de los postulantes de la Universidad de Buenos Aires). Obviamente el número de alumnos no es la única determinante de la calidad de la enseñanza.

Qué argumentos hay en contra de limitar el ingreso a las Facultades de Medicina?

Quienes están en contra de la restricción al ingreso dan fundamentalmente dos tipos de razones: a) de planificación: las restricciones al ingreso pueden llevar a la escasez de recurso humano en salud y b) ideológicas: las restricciones al ingreso aumentan la inequidad social y atentan contra la igualdad de oportunidades.

En relación al primero de estos puntos varios de los países que han instrumentado *numerus clausus* están enfrentando el riesgo de lo que se ha dado en llamar la “desertificación médica”. La limitación del número de ingresantes determina la cantidad de médicos desde el momento que se gradúan hasta muchos años hacia delante y los ajustes que se requieran no pueden hacerse efectivos en apenas un par de años porque el tiempo de formación de un médico es inelásticamente largo. Las disparidades regionales, las migraciones internas o externas en función de los cambios de oportunidades, la feminización de la profesión, los cambios en la edad y condiciones de retiro son factores que deben ser cuidadosamente tenidos en cuenta y que varias naciones europeas lamentan actualmente no haber considerado con suficiente precisión. El reporte BERLAND muestra la heterogeneidad regional aún en un país pequeño y muy poblado como Francia. La Ile-de-France (París y sus alrededores) cuenta con 456 médicos por 100 000 habitantes, mientras que la Picardie tiene 256 y los especialistas se concentran en las áreas más urbanizadas con el doble de especialistas en Provence-Alpes-Côte d’Azur que la de las zonas de la Picardie. El informe sobre "El ejercicio

médico en el horizonte del año 2020" indica que dentro de 20 años habrá un 40% menos de médicos en el territorio francés y por ello las autoridades estudian aumentar el "numerus clausus" a 8.000 a partir de ese año y mantenerlo así durante los 5 a 10 años siguientes (19). El problema se agrava para ciertas actividades. Hay unos 103.697 generalistas en Francia, pero si se cuentan los que realmente ejercen y que se ocupan de la asistencia primaria y de las guardias, son menos de 60.000. y todo hace pensar que las dificultades de la medicina general se agravarán ya que los estudiantes cada vez se inclinan menos hacia esta disciplina. A pesar de esta planificación bastante cuidadosa se calcula que el número de médicos que se va a jubilar (sobre los 65 años) no se compensará con la llegada de médicos jóvenes a partir del año 2008.

De la misma manera en España Ciencias de la Salud constituye una «*rara avis*», pues es la única rama que entre 1982 y 1997 sufrió una disminución neta de estudiantes de casi un 25%. Si bien manteniendo el *numerus clausus* en sus niveles actuales y con inactividad forzosa desde los 65 años, el número de médicos activos seguirá aumentando un mínimo de 12 años, posteriormente la tendencia se invertirá. Ante la experiencia de otros países europeos (que están debiendo recurrir a la contratación de médicos extranjeros para cubrir las tareas menos apetecidas por los trabajadores comunitarios) España planifica que hacia el año 2007 debería empezar a aumentar el *numerus clausus* en torno al 5% anual.

En definitiva, reducir el número de médicos no corrige las desproporciones que afectan a un sistema de salud ni las históricas (que en la Argentina básicamente están relacionadas con la concentración en las ciudades) ni las emergentes (como la escasez de generalistas, o la potencial selección diferente de especialidades o tipos de estructura laboral ante un masa de egresados fuertemente feminizada). Por eso sólo con un horizonte de largo plazo en la planificación educativa puede evitarse la inequidad intergeneracional potencialmente producida por oleadas de limitación y explosión de la matrícula asociadas a las necesidades de corto plazo.

Mucho más importantes que estos cuestionamientos basados en la planificación son aquellos que provienen de las voces que defienden la democratización de la educación superior y sostienen que una restricción al ingreso de cualquier tipo sería una herramienta para aumentar la inequidad e injusticia social poniendo barreras a la movilidad social. Partimos del presupuesto ideológico de que la educación es y debe ser una herramienta de inclusión y construcción de ciudadanía aún en el nivel de ES. La discusión gira entonces alrededor de si un sistema de restricción al ingreso explícito contribuye más o menos a ese objetivo que el actual sistema de restricción implícita.

No es fácil definir que significa equidad específicamente en términos de acceso a la ES. Puede decirse que el proceso de democratización es «aquel que permite que la composición social del conjunto de los estudiantes se acerque, hasta coincidir, con la composición de la sociedad dentro de la cual el sistema universitario está inmerso» y que las probabilidades de acceder a la universidad sean las mismas para todos los estratos sociales (60). Lo que no es fácil de determinar es si la universidad por sí misma puede romper la cadena de exclusiones que se originan en otros segmentos del sistema educativo y en las mismas desigualdades sociales.

El ingreso restringido está vinculado a las prácticas de selectividad social vigentes en una sociedad y constituye una forma de garantizar la exclusividad de la educación universitaria - o de cierta educación universitaria - para determinados sectores sociales siguiendo el modelo bourdieuano de reproducción de las élites. Sin embargo, como

afirma Chiroleau, no puede ignorarse que la selectividad social puede tomar distintas formas y aún enmascararse detrás de posiciones aparentemente «democratistas» (17).

El ingreso directo para algunos, no necesariamente supone una mayor democratización del nivel educativo ya que la igualdad de oportunidades otorgada a todos los candidatos no elimina las desiguales posibilidades de éxito a partir de orígenes socioeconómicos dispares. En términos de Tedesco el acceso a la universidad puede ser real o ilusorio y si no se garantizan las condiciones mínimas de calidad de la educación previa que permitan un proceso efectivo de aprendizaje, el ingreso de los alumnos que no poseen las cualidades necesarias para apropiarse del conocimiento será solamente ilusorio. (63). Si bien al analizarlo comparativamente con el sistema chileno y el brasileño estos países son mucho más elitistas que muestra universidad (hay una fuerte concentración de la matrícula en los sectores que se ubican en el quinto quintil de ingresos: en el caso de Brasil, el 59% de los estudiantes del sistema público y el 74% del privado se ubica en dicho quintil, en el caso de Chile, el 52%) Argentina sigue teniendo una selección social en su sistema de ES con casi el 60% de los estudiantes en los dos quintiles superiores. Esto quiere decir que los pobres no acceden a la ES. Además, como hemos señalado el acceso a la educación superior se ve fuertemente condicionado por las características excluyentes que asume el sistema educativo en niveles inferiores que condicionan las posibilidades de acceso de los sectores más vulnerables. Por ejemplo en la Universidad de Buenos Aires, de los ingresantes al CBC, un 43.36% de los estudiantes provienen de colegios secundarios estatales, un 51.75% egresaron de secundarios privados, un 3.54% egresaron de los colegios dependientes de la propia universidad mostrando una menor tasa de pasaje al siguiente ciclo (53.53% de los estudiantes cursaron sus estudios secundarios en un colegio privado y 40.57% lo hicieron en colegios públicos) (23,41).

En la Facultad de Medicina la situación empeora ya que el diseño curricular, sobre todo a partir del tercer año es prácticamente incompatible con el desarrollo de cualquier actividad laboral. Por otra parte, los estudiantes con mayor capital previo capitalizan mejor las manifiestas heterogeneidades de la enseñanza del Ciclo Clínico. Las unidades con mejor rendimiento académico y mayor prestigio (sin que exista ningún mecanismo de restricción explícita) concentran los estudiantes provenientes de los estratos sociales más favorecidos. A modo de ejemplo, los alumnos de la UDH del Instituto Lanari, en promedio provienen de colegios secundarios públicos en menos del 30% de los casos.

Desafortunadamente el ingreso irrestricto no anula en sí mismo las inequidades del acceso a la ES y tiene según Sigal el efecto perverso de haber eliminado del discurso político la cuestión de la equidad, ya que se considera que, por definición, este problema está resuelto debido a que no existen limitaciones formales al ingreso a la universidad.

Aceptar que el ingreso irrestricto no garantiza en sí mismo la equidad de acceso no es de forma alguna lo mismo que acordar con aquellos que utilizando este argumento proponen ampliar las desigualdades, introduciendo nuevas exclusiones y requiere enfatizar (al decir de Chiroleau) que una «democratización imperfecta» no puede ser subsanada con «menos democracia».

La ES es un bien público y aún desde el punto de vista legal de acuerdo a los principios de la Declaración Universal de derechos humanos debería ser igualmente accesible a todos sobre la base del mérito. En la Convención de la UNESCO y el Consejo de Europa en Lisboa los estados miembro reconocieron la ES como un bien cultural y

científico de la sociedad y el Seminario de seguimiento de Bolonia del 2003 enfatizó la dimensión social de la ES y la negativa a que fuera considerado como una variable negociable y meramente económica. Europa teóricamente trata de asegurar que candidatos con igual nivel de calificación tengan iguales oportunidades. Pero aún en ese contexto de mucha mayor homogeneidad de la escolaridad media y menor disparidad social la discusión se centra alrededor de cómo mejorar las oportunidades de los grupos más vulnerables (58-59).

La discusión sobre en qué medida el libre acceso a la ES es un requisito para garantizar la equidad no está de ninguna manera cerrada pero de lo que cabe poca duda es que una política de acceso a la universidad no puede reducirse a un cálculo de naturaleza técnica, meramente a una relación entre recursos disponibles para ofrecer educación al máximo número de estudiantes, asegurando una calidad académica adecuada a estudios del tercer nivel. El cálculo debe tomar en consideración las necesidades sociales por educación superior y las referidas a la atención de servicios básicos en áreas rurales o en centros urbanos pequeños. Una vez más, la ES como cosa pública y no como mercancía de consumo.

Conclusiones:

Queda claro que muchas de las ventajas que se le adjudican a la restricción del ingreso no están debidamente justificadas por la investigación empírica y que para liderar el cambio y la innovación, para reinventar la universidad y lograr su autoreforma permanente, no sólo es necesario tener voluntad política de cambio sino además tener una amplia información confiable y fundamentada sobre la universidad en las distintas regiones del país. La toma de decisiones políticas de envergadura como sería limitar el ingreso a una Facultad o sistema universitario requiere que se adquiera previamente más información sobre el impacto potencial de la medida en términos de mejoramiento de la calidad y de formación de los recursos humanos necesarios para atender las necesidades de todos los sectores.

También es obvio que la educación superior es un servicio público, independientemente de cuál sea su fuente de financiamiento y esto implica que las IES, tanto públicas como privadas, deben asumir un compromiso público con la sociedad en que están insertas (53). Y deben proporcionar a la sociedad los elementos para el desarrollo de capital social y humano, para lo cual sólo el Estado está en condiciones de coordinar adecuadamente el uso de los recursos y de priorizar y financiar áreas no rentables en lo inmediato (54). Los criterios sobre los cuáles se basen las decisiones no pueden ser puramente economicistas y medirse en términos de cuánto cuesta formar un alumno o cuánto más fácil será discutir las remuneraciones con menos egresados, sino que deben comprender el análisis del costo-beneficio en términos de capital social y de preservación de la ES como herramienta de construcción de desarrollo económico pero mucho más que eso como instrumento de mejoramiento de la equidad y la justicia social.

La adopción de una determinada política de admisión a la universidad es un proceso complejo en cuya configuración participan diversos factores. La adopción de un criterio u otro está relacionada con diferentes variables entre las cuales ocupan un lugar especial las extraeducativas, tales como las características de la estructura social y del sistema

político y las relacionadas con la organización educativa, como las propias del sistema de educación superior y de las distintas disciplinas (17).

La política de admisión a la universidad es un producto histórico, vinculado con las constantes que van planteándose en el desarrollo de los sistemas y sobre todo con los valores que presiden su funcionamiento.

En la Facultades de Medicina en particular, hay razones para sospechar que el sistema universitario no está en condiciones actuales de proveer la educación de calidad necesaria para garantizar otro derecho básico esencial como es una prestación de salud universal y confiable. Hoy estamos corriendo el riesgo no sólo de producir segmentación social al permitir implícitamente el acceso y permanencia a los estudiantes más favorecidos en cuanto a su capital social y cultural, sino el de generar médicos mal formados que el mercado se encargará de derivar hacia los sectores con menor capacidad de pago reproduciendo el modelo de una medicina para pobres y otra medicina para ricos.

La toma de decisión sobre la pertinencia, oportunidad, forma y magnitud de una eventual limitación al ingreso no puede hacerse sin una reformulación del mejoramiento de oportunidades en el nivel medio y sin una planificación de una mejor distribución de los recursos humanos en salud. Es inadmisibles limitar el análisis a decir que sobran estudiantes sabiendo que en las condiciones actuales un examen de admisión limitará aún más la posibilidad de acceso de los sectores más vulnerables o a decir que sobran médicos sabiendo que extensas zonas del país tienen escasez marcada de recurso humano en salud y que los pacientes de casi todos los sectores (aún con capacidad de pago) tienen escasa disponibilidad de tiempo médico. Solamente después de una reformulación de la asignación de recursos humanos para garantizar la universalización del acceso a la salud (con intentos más serios que precarizaciones laborales legitimadas por el propio Estado en forma de becas o contratos de bajo costo para localizar médicos en áreas desfavorables) se podrá definir cuántos médicos necesita el sistema para cumplir con su mandato social y moral. Y solamente cuando se generen estrategias serias de mejoramiento de las oportunidades en el nivel medio (que no pueden ser reemplazadas por becas universitarias cuando la suerte de los estudiantes ya está echada) se podrá pensar en un sistema de nivelación del ingreso que no incremente la injusticia social del sistema educativo. A la hora de las decisiones debe imperar la dimensión ética y no debe aceptar supeditar los valores de la cultura de la paz, la democracia, el desarrollo sostenible, la equidad, la solidaridad, y la justicia, a intereses sectoriales o presiones corporativas.

Es necesario que todos los sectores discutan y consensuen medidas que atiendan los intereses de todos y en los que los más desfavorecidos estén representados. Se deben superar falsos dilemas como los que se plantean entre masividad y excelencia o entre cantidad y calidad y enfrentar el desafío de conseguir patrones razonables de calidad académica y de equidad social (17). Sin embargo, se debe recordar que esta última no estará asegurada solamente a través de la apertura del acceso y que en el caso particular de las disciplinas como la medicina, equidad social también es garantizar buenos médicos para todos los niveles sociales y que la responsabilidad de la Universidad no termina en su burbuja académica.

Las escuelas de Medicina del país hoy no están formando buenos médicos capaces de ejercicio autónomo en el momento en que el Estado les otorga una licencia de práctica. Probablemente el número excesivo de alumnos sea uno de los varios factores contributivos y deba pensarse en formas de adecuar la admisión de alumnos a las

posibilidades de contención del sistema. Pero esta es una dimensión aislada que deberá considerarse en el contexto de una planificación mucho más amplia que asegure suficiente diversificación de oportunidades de acceso a la ES para generar otras oportunidades de formación y una política de recursos humanos en salud que no quede atrapada en las reglas del mercado para garantizar equidad de acceso y disponibilidad de personal de salud para todos los segmentos sociales.

Bibliografía

1. ABRAMZÓN, M. (2005): Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. Publicación N° 62. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires. (En prensa)
2. ABRAMZÓN, M.; CADILE, M. C. (2001): Recursos Humanos en Salud en Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998. En: Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Publicación N° 53. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires.
3. ADELMAN, C. (1999); *Answers in the tool box: Academic intensity, attendance patterns, and bachelor's degree attainment*. Document # PLLI 1999- 8021. Washington DC: U.S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement, USA.
4. AIU, (1996) *Rapport de la quatrième Conférence générale de l'Association internationale des universités, Tokio. París*
5. Arrimadas Gómez I, Muñoz-Repiso Izaguirre Mercedes : El acceso a la Universidad en Europa: problema común, soluciones diferentes: Revista de educación, N° 314, 1997 , pags. 115-134
6. BLOCH, C.; LUPPI, I.; ARONNA, A.(2003): Mercado de Trabajo Médico. Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario
7. BORRELL BENTZ, R. M (2001): Apreciaciones sobre las residencias médicas en Argentina. En: En: Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Publicación N° 53. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires.
8. BORRELL BENTZ, R. M (2005): Desarrollo curricular de las residencias médicas en la argentina”. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. Publicación N° 60. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires (En prensa)
9. Bourdieu, Pierre y Passeron, Jean Claude (2003). “La elección de los herederos”, en *Los herederos. Los estudiantes y la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI, pp. 11-45.
10. BROVETTO, J. (2000) “La educación superior para el siglo XXI”. En Tünnermann, C. y López Segrera, F. La educación en el horizonte del siglo XXI, Colección Respuestas No. 12. Ediciones IESALC/UNESCO Caracas.
11. BRUNNER, J. J. (2001) “Globalización y el futuro de la educación. Tendencias, desafíos, estrategias”. En Análisis de Prospectivas de Educación en América Latina y el Caribe. UNESCO Santiago.
12. Brunner, José Joaquín (coord.), Educación Superior en América Latina: una agenda para el Año 2000, editorial Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1995
13. Brunner, José Joaquín, «Educación en América Latina durante la década de 1980; la economía política de los sistemas» en Rollin Kent (compilador), Los Temas Críticos de la Educación Superior en América Latina. Estudios Comparativos; Fondo de Cultura Económica, México, 1996.
14. BURASCHI, Jorge A., DURO, Eduardo A., BURASCHI, María F. et al. Percepción de los alumnos de quinto año de medicina sobre algunas de sus competencias clínicas. Arch. Argent. Pediatr., sept./oct. 2005, vol.103, no.5, p.444-449. ISSN 0325-0075
15. CABRERA, A. (2001); *Los caminos que conducen a una carrera de cuatro años: Historia de la Educación Superior en una generación* . Ponencia presentada en el Seminario: Deserción universitaria. Universidad Nacional de Tres de Febrero, mayo de 2001.

16. CABRERA, A. F. & LA NASA, S. M. (2001); *On the path to college: Three critical tasks facing America's disadvantaged*. *Research in Higher Education*, 42(2), 119-150.
17. Chiroleu, Adriana R Admisión a la universidad: Navegando en aguas turbulentas. *Educ. Soc.* [online]. 1998, vol. 19, no. 62 [citado 2007-03-10], pp. 81-103. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0101-7330. doi: 10.1590/S0101-73301998000100005
18. *Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo xxi: visión y acción**Documento aprobado en la Conferencia Mundial sobre Educación Superior, convocada por la UNESCO. París, 5-9 de octubre de 1998*
19. DESERTIFICATION MEDICALE EN FRANCE.
[HTTP://WWW.LIBRES.ORG/FRANCAIS/ACTUALITE/ARCHIVES/ACTUALITE_0605/SANTE_A3_2205.HTM](http://www.libres.org/francais/actualite/archives/actualite_0605/sante_a3_2205.htm)
20. Ferreira, RJ. Escenarios posibles de la educación, la práctica y su regulación en las profesiones de la salud del Mercosur. En: *El presente y futuro en la formación, practica y regulación profesional en Ciencias de a Salud. OPS/OMS. México, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Pág. 415-448*
21. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin N°4. Boston, Massachusetts: Updyke. 1910*
22. FOIO Socorro, ROMERO Juan Carlos Estudio Exploratorio Del Grado Superior Universitario Para La Identificación De Alternativas De Cambios Posibles En La Estructura De La Enseñanza RECTORADO - UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE.
23. García de Fanelli Ana M. Educación superior. Acceso, permanencia y perfil social de los graduados comparados con los egresados de la educación media. Acceso, abandono y graduación en la educación superior argentina
24. García de Fanelli, A. M. y Trombetta, A. (1996) *Diferenciación institucional y reformas curriculares en los sistemas de educación superior*. Serie Estudios y Propuestas del Ministerio de Cultura y Educación, R. Argentina.
25. García de Fanelli, A. M. y Trombetta, A. (2004) *Experiencias internacionales de sistemas de educación superior binarios: lecciones para una política de mejoramiento de la educación terciaria en Argentina*. Buenos Aires,
26. García de Fanelli, Ana M. (2004) "Indicadores y estrategias en relación con el abandono y la graduación universitarios", en Marquís, C. *La Agenda Universitaria*. Buenos Aires, Colección Educación Superior, Universidad de Palermo. i, 2004
27. García de Fanelli, Ana M. (2005) *Universidad, Organización e Incentivos. Desafío de la política de financiamiento frente a la complejidad institucional*. Buenos Aires, Miño y Dávila -Fundación OSDE.
28. García Guadilla, Carmen, *Situación y Principales Dinámicas de Transformación de la Educación Superior en América Latina*, ediciones CRESALC/UNESCO, Caracas, 1996.
29. GARCIA GUADILLA, Carmen. «Modelos de acceso y políticas de ingreso a la educación superior. El caso de América Latina y el Caribe». *Revista Educación superior y sociedad*. Caracas, Cresalc, 1991.
30. Gentili, Pablo 2002 *La universidad en penumbras. El círculo vicioso de la precarización y la privatización del espacio público* (Río de Janeiro:UERJ).
31. GÓMEZ, Marcelo, "Mercado de trabajo e inserción laboral de los profesionales universitarios" en *Estudiantes y profesiones en la Argentina*, Aníbal Jozami y Eduardo Sánchez Martínez (compiladores), EDUNTREF, Buenos Aires, marzo de 2000
32. GÓMEZ, Marcelo, *El mercado de trabajo para los egresados universitarios recientes*, EDUNTREF, Buenos Aires, julio de 2000.
33. González Luis Eduardo INSTITUTO EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE IESALC/UNESCO : Repitencia y deserción en américa latina. Documento preparado para la Reunión de Rectores de Universidades Panameñas Panamá Marzo de 2006

34. Hoy la Universidad. Revista de la Universidad Nacional de Córdoba.
<http://www.hoylauniversidad.unc.edu.ar/portada/notas/archivo/050613vienedetapadesercio.html>.
35. HÜFNER KLAUS Higher Education as a Public Good: Means and Forms of Provision. Higher Education in Europe, Vol. XXVIII, No. 3, October 2003
36. JOZAMI, Anibal, y SÁNCHEZ MARTINEZ, Eduardo (compiladores), Estudiantes y profesionales en la Argentina. Una mirada desde la Encuesta Permanente de Hogares, EDUNTREF, Buenos Aires, marzo de 2001
37. Kisilevsky, M. y Veleda, C. (2002) *Dos estudios sobre el acceso a la educación superior en la Argentina* Buenos Aires: IIPE-UNESCO.
38. Kolars Joseph C. Forecasting physician supply and demand MEDICAL EDUCATION 2001;35:424±425
39. KROTSCH P. La universidad frente a los desafíos de la imprevisibilidad y la integración social Avaliação (Avaliação) 2000, vol. 5, no1, pp. 19-29 (
40. KROTSCH, Pedro, (organizador), La universidad cautiva. Legados, marcas y horizontes, Ediciones Al Margen, La Plata, Pcia. de Buenos Aires, septiembre de 2002.
41. Landi, J. A. y Giuliadori, R. F (2001) "Graduación y deserción en las universidades nacionales", en Jozami, A., Sánchez Martínez, E. (comps.) *Estudiantes y profesionales en la Argentina. Una mirada desde la Encuesta Permanente de Hogares*. EDUNTREF.
42. López Segrera Francisco : "AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: GLOBALIZACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR"
43. LOPEZ SEGRERA, F y Maldonado, A. (2002), Educación Superior Latinoamericana y organismos internacionales. Un análisis crítico. Prefacio Philip G. Altbach. UNESCO, Boston College y Universidad de San Buenaventura de Cali, Colombia.
44. LOPEZ SEGRERA, F. (2001) Globalización y educación superior en América Latina y el Caribe. Colección Respuestas No.18. Ediciones IESALC/UNESCOCaracas.
45. MAYOR, F y Tanguiane, S. (2000) *L'enseignement supérieur au XXIe siècle. Hermes Science Publications, París*
46. Mayorga Román Los desafíos a la universidad latinoamericana en el siglo XXI OEI - Ediciones - Revista Iberoamericana de Educación - Número 21-
47. MEDICI, A. C. (1999.): "Los desafíos de la formación médica en el próximo siglo", en: Cuadernos Médicos Sociales (76) 93-105, Rosario.
48. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación docente,
49. NEUMAN, Marcos; QUESTA, Ulises; KAUFMANN, Rodolfo. Concurso de residencias médicas en la ciudad de Buenos Aires: importancia del género y universidad. Educ. méd., Barcelona, v. 7, n. 2, 2004
50. O'Neil EH. Are there too many physicians? Hospital Practice 1997;32:146±8.
51. OPS - Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (2002): Estudio DELPHI: Problemas presentes y futuros de los Recursos Humanos en Salud, Washington.
52. PASSOS NOGUEIRA, R. (1999): Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. En: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Ministerio de Saúde- OPS Brasil-Universidad Federal Rio Grande do Norte, Natal.
53. PER NYBORG Higher Education as a Public Good and a Public Responsibility. *Higher Education in Europe, Vol. XXVIII, No. 3, October 2003*
54. RAMA, Germán. *El sistema universitario en Colombia*. Universidad Nacional de Bogotá, 1970.
55. *Rapport de la Commission Jacques Attali: "Pour un modèle européen d'enseignement supérieur"*. Ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie: <http://www.education.gouv.fr/forum/attali.htm>
56. Ricoeur, Paul 1991, Lectures 1. Autour du politique, Paris, Editions du Seni
57. ROVERE, M. (1993): Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud. OPS-OMS, Washington.
58. SCOTT, P. The Meanings of Mass Higher Education. Buckingham: Open University Press, 1995.

59. Scott, Peter Ethics 'in' and 'for' Higher Education [Higher Education in Europe](#), Volume 29, Number 4, December 2004, pp. 439-450(12)
60. SIGAL, Víctor, El acceso a la educación superior, SPU- Ministerio de Cultura y Educación, Buenos Aires, 1995
61. Sverdllick Ingrid, Ferrari Paola y Jaimovich Analía Desigualdad e inclusión en la educación superior. Un estudio comparado en cinco países de América Latina Serie: Ensayos & Investigaciones del Laboratorio de Políticas Públicas - Buenos Aires, N° 9 (Buenos Aires, 2005)
62. TEDESCO, Juan Carlos. «Reflexiones sobre la universidad argentina». *Punto de Vista. Revista de Cultura* nº 24. Buenos Aires, Año VII, 1985.
63. Tedesco, Juan Carlos (1987), El desafío educativo. Calidad y democracia, Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano;
64. The Economist, «A Suvey of Universities», october 4th, 1997, p. 19
65. TROW, M. Problems in the Transition from Elite to Mass Higher Education. Carnegie Commission on Higher Education. Novota, CA: McGraw-Hill Book Co., 1973.
66. Weinberg, Gregorio (1982), El descontento y la promesa, Buenos Aires, ed. de Belgrano, p. 68