

Las residencias del equipo de salud

Desafíos en el contexto actual



DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO
SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



INSTITUTO GINO GERMANI
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



REPRESENTACIÓN OPSOMS ARGENTINA



Las residencias del equipo de salud

Desafíos en el contexto actual

362.1 Las residencias del equipo de salud : desafíos en el contexto actual /
LAS Cristina Davini...[et al.].- 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS. Gobierno
de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. UBA. Instituto Gino
Germani, 2003.
160 p. ; 23x16 cm.

ISBN 950-710-081-4

I. Davini, Cristina - 1. Servicios de Salud

Fecha de catalogación: 28-08-03

Dirección de Capacitación y Desarrollo
Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos
Aires

Auspiciado por la Representación Argentina de la OPS

© Organización Panamericana de la Salud/Secretaría de Salud del Gobierno de
la Ciudad de Buenos Aires/Instituto Gino Germani. Fac de Ciencias Sociales,
UBA

I.S.B.N. 950-710-081-4

Primera edición: 1.000 ejemplares

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Impreso en Argentina
Gráfica Laf S.R.L.
Loyola 1654, Ciudad de Buenos Aires, Argentina
en el mes de julio de 2003

Diseño y diagramación: Rosario Salinas

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial
pero mencionando la fuente de información.

MEMORIAS DE LA JORNADA

Las residencias del equipo de salud

Desafíos en el contexto actual

11 de noviembre de 2002



DIRECCIÓN DE CAPACITACION Y DESARROLLO
SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



INSTITUTO GINO GERMANI
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



REPRESENTACION OPS/OMS ARGENTINA

Comité Organizador

Lic. Mónica Abramzón

Dr. Pablo Bonazzola

Lic. Silvia Dubkin

Lic. Liliana Findling

Lic. María Julia Giorgi

Lic. Haydée Lorusso

Dr. Mario Rovere

INDICE

Prólogo del Dr. Juan Manuel Sotelo Representante OPS en Argentina	9
Prólogo del Dr. Rodolfo Kaufmann Director de Capacitación y Desarrollo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.....	11
Prólogo del Lic. Pedro Krotsch Director del Instituto de Investigaciones Gino Germani	15
Introducción	17
Documento de base	23
Apertura.....	29
Mesa Recursos humanos y servicios de salud	37
Ponencias	
Lic. Cristina Davini.....	39
Dr. Marcelo García Diéguez	45
Dr. Mario Rovere	55
Mesa Las residencias en el marco de una política de salud	63
Ponencias	
Dr. Mario Drisum	65
Lic. Rosa María Borrell.....	71
Dra. Alicia Gillone	97

Dr. Pablo Bonazzola	101
Mesa La gestión de las residencias	107
Ponencias	
Lic. Mauro Dobruskin.....	109
Lic. Alicia Alvarez.....	119
Dr. Nery Fures.....	125
Lic. Gabriel Litovsky.....	131
Ejes del debate.....	143
Líneas futuras de trabajo.....	149
Anexos:	151
Programa	153
Listado de participantes.....	157

PRÓLOGO DR. SOTELO

El esfuerzo editorial que se presenta concentra el trabajo de distinguidos profesionales que hicieron posible una jornada de debate importante y necesaria sobre las residencias médicas. Estuvo organizada por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y por el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud.

El trabajo en salud adolece de recursos humanos adecuados para la tarea propuesta, por ejemplo, para el marco del quehacer actual en salud orientado al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados a mediados de 2000 en la cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. Tres de estos objetivos, que tienen que ver con la reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna, la lucha contra el VIH/SIDA y otras enfermedades, el acceso a medicamentos, entre otros, los cuales se vinculan a la pobreza, al hambre, a la necesidad de igualdad entre los géneros, dibujan un derrotero que requiere una fuerza laboral y talentos en toda la estructura de debilitados sistemas de salud.

Esta publicación documenta puntos de vista en el terreno de los servicios de salud, las políticas y la gestión, siempre referidos a las residencias del equipo de salud. Confiamos que, en un futuro no muy lejano, tengamos mejores respuestas al derrotero que arriba se menciona y que nos oriente hacia la Salud para Todos con recursos humanos bien formados, producto de una buena planificación y programación de los mismos, tanto por parte de los servicios como de las universidades.

OPS/OMS tiene como producto singular de su trabajo la cooperación técnica internacional en salud. Esta cooperación técnica está en transformación y ajuste a las necesidades de los países, particularmente en lo que atañe

a un buen recurso humano. Esperamos así contribuir al progreso de los diversos insumos necesarios para construir una mejor salud.

La representación OPS/OMS en la Argentina tiene gran placer en participar en la documentación de los debates que este libro registra con la intención de compartir los mismos a diversos públicos y con la expectativa de que sirva de estímulo para avanzar en nuevas reflexiones y trabajos que signifiquen progreso.

Juan Manuel Sotelo
Representante OPS/OMS
en Argentina

PRÓLOGO DR. KAUFMANN

La presentación de un libro expresa varias cuestiones importantes. Ante todo, es el resultado de intensas y activas tareas de colaboración entre la Dirección de Capacitación y Desarrollo de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Área Salud y Población del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

También, refleja el significativo apoyo de la Representación en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud y finalmente da cuenta de la manifiesta voluntad de colaboración brindada por profesionales, académicos e investigadores resueltos a posibilitar un valioso análisis y una reflexión crítica de las Residencias. Todos comprometidos en la búsqueda de alternativas que contribuyan a mejorar la formación de posgrado en salud en nuestro país.

El desarrollo actual del sistema de Residencia requiere ser analizado fundamentalmente en función de las exigencias que plantean las necesidades surgidas de la crisis social en nuestro país y su directa articulación con un mundo globalizado que experimenta bruscas transformaciones sociales, económicas, políticas e institucionales.

La Residencia es el espacio cotidiano privilegiado para el aprendizaje, el del saber hacer, el lugar que construye la subjetividad del aprendiz, moldeando el pensamiento y el comportamiento social y profesional actual y futuro.

El sistema formativo que implantaron las residencias evidencia actualmente el impacto que produjeron los cambios en la orientación, estrategias y objetivos del modelo de atención de la salud, muy especialmente los de los años noventa. En este marco es que debemos evaluar cómo en la formación de Recursos Humanos se expresan las dificultades que, como consecuencia de esos procesos, afectan tanto a los procesos educativos como al mundo del trabajo.

Es indudable que su orientación ha ido variando significativamente en el tiempo y la incorporación de las especialidades provenientes de las Ciencias Sociales a mediados de la década de los 80 ha sido trascendente en reorientar los procesos de aprendizaje y especialización contribuyendo a erosionar sistemáticamente la hegemonía médica y posicionándose como recursos trascendentes en los cuidados y atención de la salud.

El despliegue de las tecnologías, especialmente, de la información, combinadas con la crisis del Estado, las demandas sociales y las quejas e insatisfacciones de los propios profesionales con respecto a su formación, nos plantea la multiplicidad de factores que debemos considerar a fin de generar una profunda revisión de los criterios, concepciones y prácticas educativas en las instituciones sanitarias.

También es ineludible contemplar que para elaborar nuevos marcos organizativos y legales en la formación de posgrado, se requiere considerar el impacto cualitativo y cuantitativo producido, por ejemplo, por la feminización en las residencias y las nuevas demandas potenciales que ellas generan.

Actualmente lo que está en juego es la propia consideración de qué requerimos, cómo implementamos y qué acordamos como necesario, para organizar una formación de posgrado privilegiada por el Estado, en el campo de la salud.

A pesar de que el sistema público de salud es el formador estratégico de especialistas altamente calificados, con una amplia gama de opciones de capacitación e investigación permanente, se ve permanentemente enfrentado a rigideces e incapacidades que limitan sus posibilidades para liderar procesos de transformación y la posibilidad de conservar para sí sus mejores productos en Recursos Humanos.

La confrontación de intereses corporativos entre los especialistas dado por el impacto de los cambios tecnológicos que afectan la práctica profesional y su organización en un mercado laboral restringido y concentrado en los grandes centros urbanos, hace impostergable que las políticas de formación en las residencias superen la polaridad de intereses sectoriales y permitan desarrollar una integración coherente entre las disciplinas involucradas.

El relato de las experiencias de los invitados y el diálogo posterior a las exposiciones, sintetizados en este libro, dan un renovado y promisorio impulso a un proceso que debe ocupar un lugar primordial en las agendas de las políticas educativas y de salud de nuestro país.

Los desafíos próximos deberían contemplar el desarrollo de estudios para la construcción de los perfiles profesionales esperados y la consecuente evaluación comparada entre el alcance de los objetivos educacionales y las aspiraciones de los residentes.

Personalmente aspiro a que este libro pueda generar nuevos estímulos al conocimiento basado en la investigación compartida, que ese conocimiento logre difundirse y convertirse en plataformas de otros debates que orienten la toma de decisiones de los cambios propuestos.

Este ha sido un gran esfuerzo, pero estoy seguro de que constituye un aporte muy valorable para el desarrollo de la formación de los Recursos Humanos en Salud y particularmente para el sistema que hasta la fecha ha evidenciado ser el que mejor ha sintetizado experiencia, saber y poder creador, el de Residencias.

Rodolfo Kaufmann

Director de la Dirección de Capacitación y Desarrollo
Secretaría de Salud-Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

PRÓLOGO PEDRO KROTSCH

La problemática de la salud en nuestro país se encuentra actualmente en un punto crítico. Los efectos de los cambios en la política económica y la reforma del Estado sitúan a las políticas sociales en general, y a la salud en particular, en un lugar central de las preocupaciones de las ciencias sociales. Los principales efectos implicaron transferencias de servicios sociales a las provincias, ajustes presupuestarios, privatización parcial de servicios en las instituciones de salud y reducción de la oferta de servicios en algunas obras sociales por el proceso de desregulación. Asimismo, los cambios científicos y tecnológicos de los últimos veinte años han determinado importantes modificaciones en los perfiles y en las prácticas profesionales.

La combinación de estos procesos en el área salud ha impactado significativamente en la gestión de los Recursos Humanos. Si bien este área es uno de los actores centrales de todo sistema de salud, varios autores reconocen que este aspecto no fue considerado en las agendas de definición de reformas en el sector.

Por otra parte, la velocidad de los cambios está planteando en muchos campos profesionales crecientes dificultades para la articulación entre la formación universitaria y el mundo del trabajo. Esta situación brinda a la Universidad la posibilidad de asumir un papel preponderante en tanto sea capaz de producir conocimiento anticipatorio de posibles desajustes en esa articulación y actuar de interfase entre las instancias de decisión de políticas y las distintas organizaciones del mundo científico, académico, productivo y social.

El caso de las residencias médicas resulta representativo de esta problemática, ya que pareciera que las modificaciones que no pudieron realizarse durante el grado debido a las rigideces de los programas académicos, aparecen como tensión en la residencia, instalando los requerimientos de la primera inserción laboral en el espacio de la formación de posgrado.

Así, en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales un conjunto de equipos interdisciplinarios desarrolla investigaciones que atraviesan aspectos tanto teóricos como empíricos de la realidad. Estos equipos indagan diversos aspectos de las ciencias sociales: salud y población, cultura y comunicación, estudios rurales, estudios urbanos, teoría política, modernización del Estado, conflicto y cambio social, género, estructura social, ciencia y sociedad, epistemología y filosofía de la acción social, estudios del trabajo, etc.

Estas preocupaciones orientan algunas de las líneas de trabajo que encara el Área Salud, Población y Sociedad del Instituto. En particular, en este campo, nuestra preocupación, como una de las unidades de producción de conocimiento científico en la Universidad de Buenos Aires, es fortalecer el trabajo en conjunto con otras instituciones relacionadas con la formación y la práctica a fin de contribuir a identificar problemas y generar propuestas que puedan responder con calidad, en términos de excelencia científica y pertinencia social, a las nuevas necesidades de la población y de los servicios de salud.

Por ello, como integrantes de la Universidad Pública sostenemos un compromiso permanente con la sociedad civil y el Estado, promoviendo todas aquellas iniciativas que trasciendan el marco de nuestra propia actividad y sean capaces de producir conocimiento socialmente relevante.

Por ello, hemos participado con mucho entusiasmo en la organización y desarrollo de este encuentro y creemos que la edición del libro que compila el debate que tuvo lugar en las Jornadas “Las Residencias del equipo de salud” realizadas en conjunto entre la Dirección de Capacitación y Desarrollo de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Instituto de Investigaciones Gino Germani constituye un primer avance importante para profundizar el desarrollo de proyectos comunes.

Pedro Krotsch

Director Instituto de Investigaciones Gino Germani
Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Universidad de Buenos Aires, dos instituciones que tienen una larga historia en el campo de Recursos Humanos se han propuesto, en un esfuerzo conjunto de la Dirección de Capacitación y Desarrollo y del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales auspiciado por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Argentina, generar un espacio de debate orientado a:

1. Analizar el papel del Estado y de la Universidad en la formación de posgrado de Recursos Humanos en Salud.
2. Evaluar el impacto de los procesos de reforma en el sector salud sobre el modelo de atención y los escenarios de aprendizaje.
3. Orientar cambios en la formación de posgrado a fin de adecuar los perfiles profesionales resultantes a los requeridos por la actual situación de salud de la población.
4. Identificar los mecanismos que facilitan la articulación de las residencias con los objetivos del sistema formador; la capacidad de los servicios y las necesidades de salud de la población.
5. Evaluar el peso relativo de la organización de los establecimientos públicos y sus recursos humanos para la formación de posgrado de los Recursos Humanos en Salud.
6. Producir conocimiento que permita generar acuerdos y consensos para implementar alternativas innovadoras en la capacitación de Recursos Humanos en Salud.

Con ese fin se organizó una Jornada de debate que tuvo lugar el 11 de noviembre de 2002 en la sede de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires

(Salón de los Pasos Perdidos). El debate se desarrolló en torno de tres ejes:

- Recursos Humanos y Servicios de Salud.
- Las residencias en el marco de una política de Salud.
- La gestión de las residencias.

El encuentro, contó con la presencia de expertos invitados provenientes de diversas jurisdicciones e instituciones del país y de profesionales vinculados con la problemática de las residencias, convocados a discutir en torno de un Documento Base que, elaborado por el Comité Organizador, sirvió de marco referencial de las presentaciones. La metodología de la reunión se basó en exposiciones de trabajos, espacios de debate e intercambio de experiencias

Es propósito del Comité Organizador que esta publicación pueda ser utilizada en distintos ámbitos para orientar criterios para la toma de decisiones y formulación de políticas en la formación de Recursos Humanos en Salud en nuestro país.

Para esta edición, ha quedado a criterio de los expositores el formato en que dan a conocer sus intervenciones. Por ello, algunas tienen el carácter coloquial de la exposición y otras se presentan como documentos de trabajo. A todos ellos, nuestro reconocimiento por su tiempo y generosa dedicación.

En la primer mesa sobre *Recursos humanos y servicios de salud* la Lic. María Cristina Davini analiza la dimensión educativa, entendiendo a las residencias como un programa y un proceso de formación. Rescata el acercamiento de la educación a la vida cotidiana a partir de reconocer el potencial educativo de la situación de trabajo. Señala que la experiencia acumulada muestra que las organizaciones tienden a inhibir el aprendizaje transformador enfatizando los procesos que tiendan a confirmar el *status quo*, por lo que se requiere elaborar dispositivos pedagógicos de educación permanente en servicio y de formación en las residencias, que incluyan el manejo de las variables culturales, del contexto local y subjetivas de los actores.

El Dr. Marcelo García Diéguez realiza una revisión del concepto de competencia profesional y plantea la necesidad de reflexionar sobre la evolución del concepto de competencia y cómo ello orienta tanto la planificación curricular como los criterios y métodos de evaluación. Destaca la importancia de definir qué se espera de los profesionales, cuáles son los conocimientos y habilidades específicos que componen esa competencia. Plantea además algunas cuestiones sobre la realidad de las residencias que requieren ser pensadas: ¿Hay planes? ¿Contemplan necesidades y competencias? ¿Las evaluaciones se ajustan a estos modelos? ¿Están preparados los docentes para estos

cambios de paradigma? ¿Cómo se articulan estas competencias con un pregrado tradicional?

El Dr. Mario Rovere analiza varios dilemas en la relación entre residencias y recursos humanos y el problema de la política o la ausencia de ella en este campo. En tal sentido, plantea que el campo de recursos humanos en la Argentina ha estado claramente configurado por el mercado pero más predominantemente por el mercado educacional y el de servicios y enfatiza la importancia de enraizar la discusión en términos del contexto social, económico y político para poder evaluar el peso real de los residentes en el sistema de salud y reorientar el proceso de formación en el marco de una política de salud.

A continuación, en la mesa sobre *Las residencias en el marco de una política de salud*, la Lic. Rosa María Borrell analiza las propuestas de reformas del sector salud que en los últimos diez años se han desarrollado en Argentina y la ausencia de políticas orientadas al desarrollo de los recursos humanos en salud en general y en la formación de especialistas de salud en particular. Revisa además la legislación sobre las residencias en salud y los mecanismos de regulación, resaltando las dificultades de su ejecución y sus implicaciones en el proceso de regulación, planificación y formulación de políticas de recursos humanos especializados.

El Dr. Mario Drisum describe las principales características del programa de formación de especialistas a través del sistema de residencias médicas del Municipio de Rosario. Señala que su desarrollo histórico fue similar al resto del país: la oferta municipal de cargos siempre fue propuesta por los servicios de los distintos hospitales y fundamentadas por las necesidades asistenciales pero sin un debido análisis de los requerimientos de la población y de los programas de salud vigente. El mercado laboral médico fue el gran trazador de las necesidades de especialización. La Secretaría de Salud Pública del Gobierno Municipal de Rosario se propuso producir cambios, creando escenarios que incorporen otras propuestas a las prácticas de formación.

La Dra. Alicia Gillone señala la importancia de pensar las residencias en el marco de políticas de Estado, de una política de salud, entendiendo la salud como un bien común y un derecho incuestionable de todos los habitantes. Afirma que el residente debe ser considerado como un profesional de la salud, que se encuentra en capacitación activa en servicio, con una programación supervisada del trabajo y una delegación progresiva de funciones y responsabilidades. Sin embargo, sigue observándose formación de recursos humanos sin políticas públicas coherentes. Revisa en este aspecto, la experiencia del sistema de salud de Neuquén de los años 70 que fue considerado nacional

e internacionalmente como un modelo de salud que se estructuró como sistema debido a la coherencia entre el poder político y el poder técnico.

El Dr. Pablo F. Bonazzola enmarca su exposición en la necesidad impostergable que se plantea el campo político sanitario de transformación del sistema de salud. Desarrolla un análisis de la relativa coincidencia diagnóstica sobre los componentes de la crisis y dedica un espacio al análisis de las políticas públicas de salud. Identificó a los Recursos Humanos como un factor clave en la transformación de los sistemas de salud. Por ello, señala que pensar en residencia y pensar en recurso humano, implica pensar en políticas integrales, en el marco del modelo de atención y con una legislación que las ampare. En ese sentido, destaca que la Ciudad de Buenos Aires ha avanzado mucho.

En la tercer mesa acerca de *La gestión de las residencias*, la Lic. Alicia Ruth Alvarez comenta algunos aspectos de las residencias de Salud Mental en la ciudad de Rosario. Considera que el campo de las residencias de Salud Mental atraviesa al conjunto de prácticas de salud con su especificidad en lo clínico, en lo institucional y en lo comunitario. La instalación de un programa de formación de posgrado de concurrencias fue pensado ya no entonces desde las necesidades profesionales sino más ligado a las demandas de la población y al modo en que los profesionales pueden satisfacer dichas demandas.

El Lic. Dobruskin centra su exposición sobre la gestión de las residencias del equipo de salud y advierte que el Estado es el principal actor en la definición de la distribución de los especialistas mediante la asignación de cargos de residentes. Por ello, la Dirección de Políticas de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación ha definido algunas premisas entre las que se plantea el consenso con las jurisdicciones para la distribución de cargos de residentes según especialidades soporte de Atención Primaria de la Salud y especialidades críticas en términos de mercado de Recursos Humanos y la generación de instancias para la definición de criterios comunes para la evaluación y acreditación de residencias.

La exposición del Dr. Nery Fures reseña los principales lineamientos del Programa bonaerense de Residencias que, en términos cuantitativos, es uno de los más importantes que se desarrollan en el país, ya que incorpora un promedio de 700 profesionales por año. Ese Programa, a cargo de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud dependiente de la Subsecretaría de Planificación de la Salud realizó, a partir de 1997, una reconsideración integral del Sistema, de manera de incrementar la calidad del proceso formativo y sus resultados a fin de que lograr una correspondencia mayor con las necesidades sanitarias y sociales del país.

La exposición del Lic. Gabriel Litovsky refiere al contexto actual en el que se desarrollan las residencias en el Gobierno de la Ciudad en cuanto a cantidad, especialidades y financiamiento. En el marco de concebir el sistema de residencias como una política de formación, resume los principales lineamientos estratégicos que orientan la gestión de la Dirección de Capacitación y Desarrollo.

Por último, este Comité desea agradecer a la Representación Argentina de la Organización Panamericana de la Salud el apoyo recibido para la realización del evento y para la edición de esta publicación.

Comité Organizador

DOCUMENTO BASE

LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

Desafíos en el contexto actual¹

Los avances y desarrollos en el campo científico y tecnológico, los fuertes cambios en la realidad socio económica y sus correlatos en el sistema de valores generan transformaciones de los sistemas productivos y crean nuevas condiciones y demandas sociales. Dar adecuada respuesta a esas demandas requiere de nuevas competencias, procesos de organización y modalidades de intervención.

El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires administra una de las redes de servicios públicos de salud más complejas del país dentro de la cual se desarrolla un amplio programa de residencias multiprofesionales. Al igual que en el caso de la prestación de servicios, el sistema de residencias extiende su influencia mucho más allá de los límites geográficos de la ciudad, constituyéndose en un actor influyente del complejo campo de Recursos Humanos en el país.

En la última década la formación de Recursos Humanos en el ámbito de la Ciudad se ha encontrado sometida a procesos y limitaciones en la transformación institucional de sus servicios. Esto se expresa, por ejemplo, en la imposibilidad de realizar concursos que dificulta la incorporación y renovación de los equipos profesionales, demorando los cambios necesarios para adecuar la capacitación a las necesidades de la Ciudad.

El programa de residencias en la Argentina reconoce diferentes momentos históricos, que no difieren demasiado de lo que ha ocurrido en América

¹ Este documento base ha sido elaborado por el Comité Organizador de la Jornada "Las residencias del equipo de Salud: Desafíos en el contexto actual".

Latina excepto en el detalle que las residencias en el resto de los países de la Región han contado desde el inicio con una fuerte presencia y tutoría de la universidad.

1. Las décadas de los '60 y '70 representan un momento transformador en el que las residencias estuvieron asociadas a procesos de reformas y transformaciones de los modelos de atención; fueron momentos conflictivos y a la vez fértiles por sus consecuencias, ya que el tener residencias pasó a constituirse en un estándar de calidad de la atención médica.
2. En la década de los '80 se alcanza un cierto "equilibrio estratégico" en el que los servicios comenzaron a diferenciarse, se definieron áreas de influencia en la atención, la residencia forma un "servicio dentro del servicio", la planta se repliega a zonas y prácticas consideradas de alto interés y el sistema de formación pasa a un modelo "residente forma residente". Se dispuso así de un cuerpo profesional joven, motivado, full time, que se ocupa a menudo de las funciones menos atractivas con eficiencia.
3. En la década de los '90 hay una presión por democratizar el sistema ampliando el número de residencias y las profesiones que pueden acceder a esta formación. En este esfuerzo se pierde, en ocasiones, el sentido de la acreditación de servicios para "merecer" la residencia y ésta termina extendiendo su presencia a muchos hospitales y servicios que no tienen condiciones para sostenerlas. No se establecen acuerdos claros con el personal de planta y no se dispone de instructores con lo cual se pierde el componente formación.

Entre fines de los '80 y los primeros años de los '90 las residencias tuvieron un importante crecimiento en diversidad de especialidades y en cantidad de profesionales ingresantes. De la propuesta para una pequeña élite de las especialidades médicas más tradicionales pasó a convertirse en un proyecto masivo, abierto a distintos profesionales del equipo de salud como médicos, psicólogos, enfermeros, nutricionistas, kinesiólogos, bioquímicos, obstétricas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y profesionales de las ciencias sociales (educadores, antropólogos, sociólogos) responsables de programas de Educación para la Salud.

Estos rasgos, aunque con diferentes matices e intensidades, parecen haber ocurrido en todas las jurisdicciones e invitan a pensar en el futuro de las residencias cuyos lineamientos probablemente deberán combinar la "recuperación" de criterios fundacionales con nuevas técnicas y modalidades adecuadas a las demandas de la sociedad.

La normativa vigente en la Ciudad señala que “la residencia del equipo salud constituye un sistema remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo, con actividad asistencial programada y supervisada, tendiente a incorporar a todos los profesionales del área de la salud con el objeto de formar en el ámbito intra y extra hospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad” (Ordenanza N° 40.997/86)

En una breve caracterización, el sistema de Residencias del Equipo de Salud de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 2354 profesionales entre residentes, jefes e instructores de residentes. Se desarrollan 86 especialidades en 36 hospitales generales y de especialidad. El 59% de los Residentes está incorporado en especialidades básicas de primer nivel, 14% en postbásicas y 13% en no médicas. El 67% de los residentes son mujeres y su promedio de edad es de 29 años.

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de aspirantes a los 575 cargos que se concursan anualmente. En el 2002 se inscribieron 7.096 postulantes, un 15% más que en el año 2001.

Otra alternativa de formación que ofrece la Ciudad de Buenos Aires son los programas de concurrencia, *ad honorem* y de tiempo parcial. En julio de 2002 el número total de concurrentes en las diferentes especialidades registrados en la Dirección de Capacitación y Desarrollo alcanzaba a 5.686 profesionales.

Históricamente la oferta de residencias ha sido decisión unilateral de los servicios, fundamentada en las necesidades de cada servicio o del hospital, aunque estas decisiones no son totalmente independientes de las presiones corporativas y de las demandas del mercado laboral. En todo caso, no han resultado de una consideración de las necesidades de la población, de proyectos de adecuación de los servicios a esas demandas, de acuerdos entre las entidades formadoras de pre y posgrado o de la acreditación de la capacidad formadora de los servicios.

En los últimos años, la falta de articulación con las políticas de salud ha consolidado una fuerte dispersión y desintegración del sistema de residencias del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires provocando que éstas continúen operando en espacios cerrados y aislados al interior de los servicios. Esta fragmentación, determina que los diversos programas de residencias no se visualicen como miembros de una red mutuamente dependiente capaz de sostenerse, apoyarse, complementarse y retroalimentarse de acuerdo con el perfil propio de cada hospital, a partir del reconocimiento de sus falencias y la potencialización de sus fortalezas.

En la actual coyuntura es fundamental delinear con claridad las líneas directrices, la visión y los objetivos que deben guiar el proceso de gestión del sis-

tema de residencias para darle coherencia, sentido y orientación a las distintas actividades que se generen, evitando las acciones aisladas, inconexas o contradictorias.

Teniendo en cuenta los complejos tiempos que vive el país, la inexistencia de procesos sistemáticos de evaluación y monitoreo y la necesidad de adecuar el funcionamiento de las residencias a las pautas de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires y a las establecidas por la Ley Básica de Salud, resulta oportuno revisar algunas de las tensiones que actualmente enfrenta el sistema de residencias de la Ciudad de Buenos Aires fin de contar con insumos que posibiliten la toma de decisiones.

A efectos de sistematizar algunos de los dilemas o “tensiones”² que caracterizan el campo de las residencias se presenta a continuación un listado preliminar que podría orientar este debate:

- Formar para la ciudad o formar para el país.
- Las residencias como herramienta para el logro de objetivos de política de salud o escindida de un proceso transformador.
- Las residencias como sistema independiente de las universidades o como programa articulado con las universidades.
- Las residencias como un sistema de formación o como una instancia de inserción laboral.
- Modelo educacional basado en “residente forma residente” o involucrar a los profesionales de planta en el proceso, “la planta también juega”.
- Modelo educacional tradicional versus un modelo problematizador
- Residentes en servicios fijos con rotaciones versus todos son residentes de la red de servicios (“red-sidencias”).
- Residencias para cada profesión de salud o residencias multiprofesionales para el equipo de salud.
- Formar en los ámbitos hospitalarios clásicos de práctica profesional versus formar en escenarios emergentes o no convencionales.
- La residencia es suficiente para ser especialista o no alcanza para acreditar especialidad.
- Rotaciones finales orientadas por intereses personales o pasantías sociales de acuerdo con las necesidades de la comunidad.

²En términos de Paulo Motta "tensiones creativas" ya que no son en sentido estricto problemas que deban ser resueltos sino más bien *cuerdas que deben ser afinadas, equilibradas para recuperar la efectividad del dispositivo.*

- Promover la formación de profesionales generalistas o formar especialistas.
- Priorizar la formación en especialidades básicas versus residencias subspecializadas.
- Retribución por salario versus retribución por becas
- Residentes Full time versus Flexing time

El actual escenario de crisis social está marcado por el crecimiento de la demanda hacia el sector público y plantea la necesidad de introducir modificaciones en la organización y gestión de los servicios de salud. Asimismo es necesario avanzar en la identificación de grupos de usuarios con necesidades específicas que requieren respuestas adecuadas, reconociendo y respetando las identidades culturales para facilitar la comunicación y facilitar la participación ciudadana en la definición de los problemas y de los mecanismos para resolverlos.

APERTURA DE LA JORNADA

Integran la mesa: el Sr. Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dr. Alfredo Stern, la diputada Clori Yelicic, presidente de la Comisión de Salud de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, la Lic. Rosa Maria Borrell, Consultora de Recursos Humanos y Servicios de Salud de la Representación Argentina de la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. Rodolfo Kaufmann, Director de Capacitación y Desarrollo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Lic. Pedro Krotsch, Director del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

—**Dr. Alfredo Stern:** Hoy es un día de suerte porque me invitaron a abrir estas Jornadas y no a disertar sobre el tema y entonces simplemente voy a compartir con Uds. algunas pocas ideas.

En primer término, nosotros tenemos la sensación que éste fue un año complicado, un año difícil que registró un notable aumento de la demanda de servicios de salud. En algunos rubros, como por ejemplo en salud mental, tuvimos aumentos de hasta el 20% en las prestaciones habituales. En general llegamos a tener casi un 10% más de consultas, considerando los primeros nueve meses, o sea en los tres primeros trimestres, comparados con el año 2001, que ya había sido un año de alta producción de servicios, tuvimos muchísima demanda de prestaciones de alta complejidad en nuestro sistema de salud. Afortunadamente las pudimos solventar y satisfacer adecuadamente.

Este año tuvimos las dificultades presupuestarias lógicas de una recaudación en caída, y necesidades sociales en crecimiento. Tuvimos que aportar más dinero del que teníamos previsto, reitero, en momentos en que las arcas del Gobierno estaban debilitadas por la menor percepción de impuestos respecto de otros años. El último mes registramos una caída de casi 350 millones de

pesos en nuestra recaudación y no obstante eso, obtuvimos posibilidades de financiación para nuestros insumos. Quiero decir con esto que este año tuvimos que sostener el nivel de la atención y la preocupación central fue poder acceder a los insumos, que eran un bienpreciado, un bien cotizado en dólares cuando se rompió la convertibilidad y, no obstante ello, en medio de esta crisis, en medio de la situación, mantuvimos la firme decisión y la resolución de sostener a pleno todas nuestras actividades de formación de recursos humanos e incluso las actividades de investigación que desarrollan más de 230 protocolos en marcha financiados por la Ciudad.

Mantener la residencia supone el desafío de sostener los 3000 residentes, volver a llamar, como hicimos este año, las 575 mismas plazas que teníamos en el 2001. Y fue un desafío que en definitiva nos condujo a que este año pudiéramos además de hacer lo que hacíamos, cumplir con las necesidades de formación, por lo menos, mínimas. Sin embargo todavía no estamos muy conformes con lo que hemos hecho. Creo que nos faltan dos elementos fundamentales, el primero de ellos está relacionado con que si bien tenemos un sistema de residencias, estas residencias y este modelo de formación de recursos humanos es tradicional. Sin embargo, no tenemos todavía exactamente delineado cuál es el modelo de formación de recursos humanos que nosotros queremos para la Ciudad. ¿Cuál es el modelo que requiere el modelo de prestación de salud o de atención de la salud que nosotros tenemos? Con esto quiero decir que la distribución interna de las residencias, el mismo número no está cabalmente estudiado y no sabemos si estos residentes que llamamos son pocos, son muchos, son los adecuados o son los que tenemos que llamar en las especialidades que la Ciudad o el país necesitan.

Somos conscientes que estamos formando más especialistas de alguna de las especialidades médicas de las que en realidad la Ciudad precisa. Pero también somos conscientes que estamos formando los recursos humanos del país con altísima calidad profesional. Por otro lado, tampoco estamos seguros que algunas de las especialidades no médicas, las menos tradicionales, estén adecuadamente soportadas por nuestro sistema y creemos que allí tendríamos que repensar cuál es el número, cuál es la calidad y cuál es la forma en que debemos, valga la redundancia, formar estos recursos.

El año 2003 viene con ampliación de presupuesto, no en lo que hace a recursos humanos, pero si en lo que hace a nuestra necesidad de insumos. Esperamos que en el año 2003 la formación de recursos humanos esté garantizada en el mismo número. Creo que no estamos a tiempo para rediseñar las especialidades que integran la residencia en su conjunto pero creo que es el camino a transitar en el 2003, adecuarlo mucho más a las necesidades de sa-

lud de nuestra población, en especial de la población de la Ciudad, que es la que soporta con sus impuestos este sistema.

Creo que con la residencia tenemos otra deuda. Hay insuficiente evaluación de lo que hacemos. Me parece que tendríamos que trabajar mucho más en evaluación de resultados, en las características que nuestro sistema tiene y, en definitiva, en cuál es la calidad del producto que estamos sacando como residente formado. Los residentes no son para nosotros una mano de obra barata, no son un ave de paso en el hospital, sino gente que debiéramos aprovechar e incorporar ávidamente al sistema. Nuestro sistema de Recursos Humanos en este momento tiene una plétora de personas añosas, con dificultades de retirarse, que se resisten a las jubilaciones y que impiden y taponan la entrada de nuevos recursos frescos con gente formada incluso por el mismo sistema.

En definitiva tenemos un sistema de formación por asociación con universidades públicas y privadas que no fabrica profesionales del modelo que nosotros necesitamos y para peor cuando nosotros los terminamos de formar, el producto acabado tampoco responde cabalmente a nuestras necesidades ni a las del país y éste es un punto a revisar.

Yo vine hoy mucho más a escuchar, que a contarles cuál es mi opinión. Creo que en este grupo de expertos de alta trayectoria y muchísimos conocimientos en el tema, tiene que aparecer el faro que nos ayude a guiarnos sobre cuál es el destino de este modelo de formación, frecuentemente criticado por cierto, pero que hasta ahora ha demostrado ser el mejor y, por supuesto, como mejor que es, también puede ser mejorable.

Al declarar en lo formal, al menos, abiertas estas Jornadas, yo les agradezco el esfuerzo y espero que las conclusiones que Uds. saquen me las hagan llegar y desde el área de la Dirección de Capacitación y Desarrollo esto pueda ser aplicable porque si no, este tipo de reuniones terminan siendo un pensamiento en el vacío con poca aplicación sobre la realidad. Nuestro problema es cómo las cosas que debatimos en los foros académicos y donde nos llenamos de orgullo por lo que escuchamos o decimos, se transforman en hechos concretos para la gente, en adecuada gestión y en mejora de la calidad de vida para nuestros ciudadanos. Por eso gracias por estar acá y fundamentalmente gracias por vuestras conclusiones que espero sean de ayuda para mi gestión. Nada más.

—**Lic. Pedro Krotsch:** Quería agradecer y alegrarme por la participación en esta actividad del Instituto Gino Germani, que es un Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales. Con ello demostramos que no siempre estamos haciendo desorden, a veces también participamos en estas actividades constructivas.

Quería brevemente señalar que en el Instituto trabajan más de 150 investigadores y becarios y es el único Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales. El actual es una continuación del Instituto de Sociología creado en 1940 y refundado en 1960 por Gino Germani.

Sus principales objetivos son: a) desarrollar investigaciones sobre las ciencias sociales, b) contribuir a la formación de recursos humanos y c) sostener los programas de enseñanza universitaria. El Instituto realiza varios tipos de publicaciones por entender que la difusión de los resultados a través de publicaciones es una misión complementaria que constituye un eje fundamental de la vida científica e institucional del organismo.

El área de Salud, Población y Sociedad creada en 1990, desarrolla diferentes actividades:

1. Reuniones periódicas mensuales con la presentación y discusión de proyectos de investigación en curso o finalizados, tanto de miembros del Instituto como invitados de otras instituciones (universidades, centros de investigación u organizaciones estatales).
2. Jornadas bianuales sobre diversos temas relacionados con las temáticas de la población, salud y sociedad. Como resultado de la realización de estas Jornadas, el área ha editado 4 libros que reúnen los trabajos presentados en dichos eventos.
3. Participación en diferentes redes, foros y grupos a nivel nacional e internacional sobre salud y sociedad.
4. Las investigaciones se orientan principalmente a fecundidad y salud reproductiva, formación de la familia, políticas sociales y de salud, enfermedades sexualmente transmisibles, drogadicción y juventud.

Para nosotros participar en este evento es muy importante porque creo que todo lo que podamos hacer con relación a la sociedad, al asumir compromisos con la sociedad civil y el Estado es parte fundamental de nuestras actividades y nos permiten no encerrarnos en nuestra actividad de investigación. Creo que incluso debemos impulsar —más de lo que lo hacemos— este tipo de compromisos con la prestación de servicios.

Más allá de alegrarme por la participación conjunta en la organización de este evento con la Dirección de Capacitación y Desarrollo del Gobierno de la Ciudad, quería compartir una pequeña reflexión porque no es para nada mi especialidad, pero me llamó la atención, me pareció muy útil sobre todo, la discusión que Uds. se plantean, incluso para otras áreas temáticas que no son solamente las de la salud, teniendo en cuenta las dificultades cada vez mayo-

res que existen de articulación entre la formación universitaria y el campo concreto del mundo del trabajo. Creo que los cambios espectaculares que se están dando en el mundo ocupacional, en el mundo del trabajo, exigen una reflexión más sistemática sobre esta articulación y muchas veces se supone que es la universidad la que tiene que adaptarse al mundo del trabajo y yo creo que no, que ésta es justamente una tarea de espacios, organismos e instituciones de interfase y me da la impresión de que las residencias, aunque no son mi tema, son las especializaciones, la forma tradicional en que se realiza el posgrado en el campo de las ciencias médicas.

Lo que sí me pregunto, es ¿qué relación hay entre las residencias y la intensificación de las prácticas curriculares de grado? Me pregunto si es simplemente una intensificación de esas prácticas y, si es así, porqué está fuera y no dentro del curriculum? Me pregunto por otro lado, qué vinculación tiene la residencia con el curriculum y el mundo del trabajo, la prestación del servicio concreto en el mundo del trabajo, si tiene una especificidad, cuál es y la otra cuestión es, en qué medida y qué papel tiene como formación en servicio, porque también me da la impresión de que tiene mucho que ver con la formación en servicio, no solamente de preingreso al trabajo, sino como formación en el mundo concreto del trabajo.

De todas maneras yo creo que esta reflexión amerita ser llevada a otros campos, al de las ingenierías, al del derecho, al de las ciencias sociales, donde toda esta temática de la articulación entre mundo del trabajo, esta discusión está faltando y yo creo que éste es un espacio, el de las ciencias de la salud, que tiene una larga práctica en esta materia. En ese sentido creo que Uds. pueden hacer un aporte que nos interesa a todos los que trabajamos en la cuestión universitaria.

La otra cuestión que me preocupa es la del posgrado, es decir cómo los posgrados o algunas alternativas del posgrado pueden estar jugando como articuladores entre la formación, el ingreso o el preingreso al mundo del trabajo. Finalmente, quiero reiterar que estamos muy contentos de poder participar en este evento que se organiza en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

—**Lic. Clori Yelicic:** Desde la Presidencia de la Comisión de Salud les quiero dar a Uds. la bienvenida a esta casa, felicitarlos por esta iniciativa conjunta entre la Dirección de Capacitación y Desarrollo del Gobierno de la Ciudad y el Instituto Gino Germani, con el auspicio de la OPS. Realmente me parece un espacio muy interesante de reflexión sobre una temática tan importante como es la formación.

A veces nos negamos a llamarle recursos humanos y preferimos hablar del equipo de salud porque los servicios están formados por personas. Los servicios los hacen la gente y por eso importa su formación. Entonces, cada uno desde el ámbito donde está, desde las obligaciones que nos competen en cada lugar donde estamos, tiene una responsabilidad.

Sabemos hoy que nuestro país se convierte en uno de los exportadores de servicios de salud por los altos niveles y su alta calidad de servicios de atención médica, pero al lado de eso también nos preocupa el avance, la persistencia, de tantas enfermedades y de tantos males que tienen que ver con nuestra pobreza, nuestra exclusión, con nuestros modos de vida actuales, las adicciones, la desnutrición o los padecimientos mentales, para nombrar sólo algunos problemas.

Es por eso que uno piensa que entonces no va a haber transformación si no hay un proyecto sanitario en el país que amplíe los derechos ciudadanos, que amplíe los derechos de la gente para tener más acceso a los servicios y garantía del derecho a una salud integral. Hoy estamos en una etapa difícil. En nuestra Ciudad, tiempo atrás teníamos que discutir si se reducían las residencias. Muchos de Uds. lo recuerdan. Hoy lo ha dicho el Secretario de Salud, no tenemos la discusión.

Partimos de decir seguimos con este número de residentes, este proceso de formación y tenemos este espacio para discutir sus contenidos, para discutir los objetivos y también entonces uno piensa que cuando habla del proceso transformador en salud, de un proceso de transformación en el modelo de atención, cómo vamos a poder transformar esto si no hablamos de una transformación en toda la formación de grado y de posgrado. Estas son cuestiones esenciales y no solamente planteado desde el sector público y el Estado por supuesto jugando un papel central en la definición de estas políticas públicas de salud pero en combinación, en consenso, en discusión con los otros sectores, con el sector privado, con las obras sociales. De modo que esto también es impensable si desde cada sector no hay una discusión y un debate en conjunto. Así, nosotros y yo, particularmente en este lugar que es el ámbito legislativo, seguiremos trabajando por los marcos legislativos que hagan a una política sanitaria que garantice más el derecho de la gente. Muchas gracias.

—**Lic. Rosa María Borrell:** Quisiera agradecer al Gobierno de la Ciudad y a la UBA en nombre de la OPS el habernos invitado a participar en estas Jornadas. Quisiera excusar también al Dr. Juan Manuel Sotelo, que es el Representante de nuestra Organización, que fuera invitado a participar de esta apertura, pero lamentablemente no se encuentra en el país.

Yo en realidad no voy a hablar mucho porque me corresponde hacerlo en el siguiente panel pero sí me gustaría felicitar a la Dirección de Capacitación y Desarrollo, a Rodolfo Kaufmann principalmente, y al Instituto Germani en la figura de Mónica Abramzón por este espacio diferente en que nos reunimos hoy en día para trabajar sobre las residencias. Me parece que éste es un espacio que rompe con las clásicas reuniones de residencias médicas que desde otro ángulo se celebran permanentemente en Buenos Aires y en otras ciudades, y me parece que comenzar a hablar de las residencias en salud significa un inicio de un rompimiento de un modelo hegemónico basado exclusivamente en la formación del médico.

No quisiera dejar de decir que me gustaría, esto ya en términos de deseos personales, que esta reunión no termine en un lamento entre amigos, o en un análisis o una reflexión de lo que son las residencias hoy en día o de lo que son los recursos humanos en el país, sino que esto pueda convertirse en un espacio de reflexión permanente con la posibilidad de poder ir, definiendo propuestas específicas, propuestas de cambio, propuestas que de alguna manera se correspondan con la crisis del sector salud que está viviendo el país.

En ese sentido, más allá del ofrecimiento que hemos hecho en nombre de la Organización Panamericana de la Salud de poder publicar las conclusiones, los proyectos, las presentaciones que de aquí surjan, me gustaría que también terminaran en algunos lineamientos de una propuesta a seguir de aquí en más. Muchísimas gracias.



PONENCIAS

Lic. Cristina Davini

Dr. Marcelo García Diéguez

Dr. Mario Rovere



Mesa

Recursos Humanos y servicios de salud

LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

Dra. María Cristina Davini*

El análisis acerca de las residencias en las profesiones de salud es complejo e incluye distintas dimensiones: histórica, política, institucional, económica, educativa. Sin duda, las distintas presentaciones en esta Jornada abordarán estas dimensiones y sus distintas miradas. Sin dejar de lado esta riqueza, mi reflexión apunta principalmente a la dimensión educativa, entendiendo a las residencias como un programa y un proceso de formación.

Mucho se ha transformado en las últimas décadas como resultado del debate sobre los enfoques educativos en la formación universitaria y el desarrollo profesional. Se han operado avances en el análisis del contenido de la formación y sobre las competencias profesionales que se busca desarrollar, o sea, en qué ejes sustantivos se implican en la formación. También se ha avanzado en el debate de las estrategias educacionales, o en otros términos, cómo se forma. *Qué y cómo* son aspectos indisolubles, en la medida en que las formas implican también el contenido mismo y la manera de instalar las competencias profesionales.

Los cambios de enfoques se han operado como resultado de la reflexión crítica de las tendencias clásicas y, asimismo, por los aportes de la sociología de las organizaciones, el análisis institucional y la perspectiva de la educación de adultos. Los nuevos paradigmas han facilitado, entre otras, importantes contribuciones:

- El reconocimiento de la especificidad del adulto como sujeto de la educación, frente a la perspectiva tradicional centrada en el niño. De este

* Doctora en Ciencias de la Educación, Especialista en Programas de Formación y Educación Permanente, Docente Universitaria, Consultora de OPS/OMS.

modo, se reconoce que el aprendizaje se desarrolla a lo largo de toda la vida y particularmente en la vida adulta;

- La ampliación de los ámbitos de aprendizaje, más allá del ambiente escolar y académico, y en contextos comunitarios y laborales¹. Se aprende, entonces, más allá de las aulas, en los múltiples contextos de la acción;
- La aproximación fértil entre las teorías y las prácticas, entendiendo la enseñanza no como desarrollo de temas sino como el trabajo sobre problemas reales y contextualizados.

Así, el enfoque de *Educación Permanente*², construido colectivamente a lo largo de las últimas dos décadas en soportes teóricos y en experiencias concretas, representa un importante soporte para las prácticas de formación del personal de salud, comprometidas no sólo con el aprendizaje individual sino también con el desarrollo de los servicios de salud:

- Incorporando el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren;
- Modificando sustancialmente las estrategias educativas, al partir de la práctica como fuente de conocimiento y de problemas, problematizando el propio quehacer;
- Colocando a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores;
- Abordando el equipo o el grupo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones disciplinarias;
- Ampliando los espacios educativos fuera del aula y dentro de las organizaciones, en la comunidad, en clubes y asociaciones, en acciones comunitarias;

¹ Le Boterf, G. *La investigación participativa como proceso de educación crítica*, UNESCO, 1979; Barquera, H. "Las principales propuestas pedagógicas en América Latina". En: *Investigación y evaluación de la innovación en educación de adultos*. CEA, México, 1982; entre muchos otros.

² Davini, M. C., *Bases Conceptuales y Metodológicas para la Educación Permanente en Salud*. OPS/PWR Argentina, Pub. N° 18, 1989; Davini, M. C., *Educación Permanente en Salud*, Serie PALTEX N° 38, OPS/OMS, Washington, 1995.

La nueva vertiente ha dado lugar a la construcción teórica y metodológica de la Educación Permanente en Salud, ampliamente desarrollada en la bibliografía y en los programas de desarrollo de los recursos humanos en distintos países de América Latina³. La aproximación al mundo de las prácticas en los mismos contextos de la acción ha sido inevitable.

Acercar la educación a la vida cotidiana se asienta en el reconocimiento del *potencial educativo de la situación de trabajo*, en otros términos, que en el trabajo se aprende⁴. Ello supone tomar las situaciones diarias como “palanca” del aprendizaje, analizando reflexivamente los problemas de la práctica y valorizando el proceso de trabajo en el contexto en que ocurre. Esta perspectiva, no se agota en determinadas categorías profesionales sino que atañe a *todo el equipo*, incluyendo médicos, enfermeros, administrativos, docentes, trabajadores sociales y toda la variedad de actores que conforman al grupo.

Aunque los aprendizajes son necesariamente individuales, ya que solamente los individuos son capaces de aprender, muchos autores han usado metafóricamente la expresión “aprendizaje organizacional”⁵ para describir situaciones en la que los aprendizajes individuales son integrados, compartidos y puestos en acción a través de la coordinación de la conducta en equipos, incluyendo necesariamente a quienes ocupan posiciones de coordinación o de conducción jerárquica en la organización.

De allí que la formación implique, en las nuevas perspectivas, también un proceso de desarrollo de los servicios y de los ámbitos de trabajo. De allí, también, los aportes del análisis de las organizaciones en este campo. Sin embargo, ha habido mucho avance en las reflexiones y en diversas experiencias, pero no siempre han estado acompañadas por efectivos cambios en las prácticas de formación. Es que, mientras las instituciones se desarrollan y mejoran cuando aprenden, y cuando permiten que sus equipos de trabajo aprendan y cambien sus prácticas, a su vez, las instituciones se mantienen inhibiendo el

³ La revista *Educación Médica y Salud* (OPS/OMS), en su Vol. 27 N° 4, se dedica integralmente a la recopilación de contribuciones en distintos países bajo el título de "Trabajo y Educación en los Servicios de Salud. La experiencia latinoamericana. En la misma línea, ver Haddad, J., Davini, M. C., Roschke (edit.) *Educación Permanente del Personal de Salud*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 100, OPS/OMS, Washington 1994.

⁴ Davini, M. C., “Prácticas laborales en los servicios de salud. Las condiciones del aprendizaje”. En Haddad-Davini-Roschke (edit.) *Op. Cit.* ; Haddad, J., Pineda, E. (edit.) *Educación Permanente de Personal de Salud. La Gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud*, OPS/PWR Honduras, N° 17, 1997

⁵ Ver, por ejemplo, la obra de Peter Senge *La Quinta Disciplina*, Ed. Granica, Barcelona, 1992.

aprendizaje, es decir, evitando el cambio. Entonces, tanto los individuos como las organizaciones tienen una apertura para aprender, y por otro, una tendencia a mantener la vigencia de las prácticas consuetudinarias, estables y confortables al mantenimiento del *status quo*.

Esta cuestión es particularmente crucial en la formación en las residencias profesionales en salud. Por un lado, la lógica de las residencias facilita el desarrollo de los nuevos enfoques educacionales, por el mismo hecho de que los procesos de formación se sitúan en los contextos reales de trabajo profesional. Sin embargo, el hecho de estar “en contexto” no se presenta como condición suficiente. La experiencia acumulada y los aportes de la sociología de las organizaciones y el análisis institucional muestran que, con frecuencia, las organizaciones tienden a inhibir el aprendizaje transformador, enfatizando los procesos que tiendan a confirmar el *status quo*.

En ello operan tanto las tradiciones, como los supuestos de los sujetos y las formas de intercambio entre los actores (rutinas, rituales, circulación de la información, relaciones verticales, etc.), y, en general, la cultura del trabajo en el hospital. En otros términos, se trata de pensar si las prácticas de formación en las residencias llevan a la *adaptación* al contexto o permiten su *revisión* y *transformación*.

Ello provoca la necesidad de repensar en algunas “tensiones” en las prácticas de formación de residentes. Entre ellas:

- ¿Las residencias constituyen un sistema de formación o un medio de inserción laboral?
- ¿El modelo educacional es adaptativo a las lógicas y procesos de los servicios o es problematizador de las prácticas?
- ¿En qué medida se reaprenden o desaprenden las formas de interacción pedagógica subyacentes a la formación de pregrado?
- ¿Las residencias son monoprofesionales o permiten el juego del trabajo en equipos de salud?
- ¿El contexto es sólo el hospital o puede formarse incorporando otros escenarios emergentes o no convencionales?

A la luz de éstas y otras tensiones, se requiere la revisión crítica de las prácticas de formación, analizando en qué medida ellas contribuyen a la problematización de las prácticas profesionales y a la transformación misma de los servicios (aprendizaje organizacional).

A partir de ello, entiendo que acercar la educación a la práctica no se agota por el mero hecho de instalar a la gente en los contextos. Se requiere ela-

borar dispositivos pedagógicos de educación permanente en servicio y de formación en las residencias, que incluya el manejo de las variables culturales, del contexto local y subjetivas (de los actores), de modo de favorecer:

- La integración y retroalimentación de las teorías y las prácticas a la luz de la reflexión sobre los escenarios;
- La formación en competencias profesionales para problematizar las prácticas y la puesta en juego de las mismas;
- La articulación de la enseñanza y las necesidades de los contextos reales, comunitarios y de la gente;
- Las transformaciones en las prácticas de trabajo, fortaleciendo el trabajo en equipos de salud;
- El fortalecimiento de la reflexión en la acción y de la capacidad de toma de decisiones en el contexto institucional y local;
- El desarrollo de investigaciones operativas sobre los procesos locales que hacen a la vida de los servicios y a las necesidades de la gente.

Con ello se podrían generar dispositivos que no sólo favoreciesen el desarrollo de competencias individuales, sino que también permitirían la coordinación de acciones y nuevas prácticas de desarrollo institucional de los servicios de salud, en aras de criterios de calidad, eficacia y compromiso.

COMPETENCIA PROFESIONAL Y RESIDENCIAS MEDICAS

Marcelo García Diéguez*

El concepto de competencia profesional

Una profesión o especialidad es definida cuando la sociedad reconoce y circunscribe un cuerpo distintivo de conocimiento. El cuerpo profesional debe determinar cuáles son los estándares de competencia y los niveles de rendimiento esperados. El proceso por el cual se busca reconocer que el estándar de competencia se ha alcanzado, es la certificación. Con estos conceptos en mente se debe reflexionar sobre la evolución del concepto de competencia y como incide sobre la planificación curricular y sobre los criterios y métodos de evaluación.

A comienzos del siglo XX el modelo Flexneriano marcó un gran cambio en la concepción de la formación médica y la competencia. Los déficit educacionales, fundamentalmente en contenidos, llevaron a considerar que la exposición a contenidos específicos, con énfasis en las llamadas disciplinas “científicas” conducía, en un período determinado, a completar la formación del profesional. Este concepto resaltaba los contenidos, los saberes necesarios para ejercer la profesión médica.

Con el correr del siglo y la introducción de conceptos provenientes de la psicología cognitiva, las teorías de aprendizaje de los adultos se comenzó a sumar a ello el poner énfasis no sólo en los contenidos sino también en el proceso de aprendizaje (Caraccio *et al.*, 2002). Las residencias médicas son claramente un resultado de estas conceptualizaciones. Un sistema basado en la competencia pone énfasis en los resultados de ese aprendizaje y en la evaluación que certifica haberlas alcanzado.

* Médico. Candidato a Master en Educación de Profesionales de la Salud, Universidad de Maastrich, Países Bajos. Miembro de la Comisión Carrera de Medicina, Universidad Nacional del Sur. Secretario Científico Asociación Médica de Bahía Blanca.

¿Qué significa ser competente?

La competencia se describe como una habilidad personal, nacida de la construcción de conductas complejas que se originan a partir del conocimiento, las destrezas y las actitudes. Según Neufeld y Norman (1985) la competencia se compone de habilidades clínicas, conocimiento, atributos interpersonales, juicio clínico y capacidad de resolver problemas y habilidades técnicas.

Aún nos resta definir en estas categorías, qué es lo que se espera de este profesional, cuáles son los conocimientos y habilidades específicos que componen esta competencia. Varias técnicas han sido utilizadas para definir o convertir en términos operativos la competencia. La descripción de tareas por expertos corre el riesgo de ser demasiado idealista. También han sido ensayadas otras alternativas, las técnicas cualitativas como la de incidente crítico, los registros de actividades desarrolladas, entrevistas o estudios observacionales sobre la labor de médicos que desarrollan actualmente la tarea de aquellos que se desea certificar. También se han utilizado estudios de prevalencia que permiten determinar las situaciones más frecuentes en la práctica sobre las que la competencia debe ser evaluada.

En esta definición de categorías es necesario además considerar una serie de competencias nuevas exigidas a los profesionales de la salud. La capacidad de reflexión y autoevaluación, las habilidades para el trabajo en equipo constituyen parte de estas nuevas competencias (Tabla 1)

Tabla 1
Nuevas competencias de los profesionales de la salud

- Aprender como aprender
- Autoevaluación
- Evaluación crítica
- Liderazgo
- Habilidades para el trabajo en equipo
- Metacognición
- Habilidades de expresión (escrita, oral)
- Capacidad de reflexión

La Importancia de la Competencia en la Planificación Curricular

El plantearnos una definición de competencia supone de algún modo un cambio en la planificación curricular. Significa determinar primero adónde se quiere llegar y luego diseñar el programa que permita alcanzar esas metas.

Si bien puede establecerse un paralelo con el modelo de planificación Tayloriano, en los últimos años ha tomado auge lo que se da en llamar educación basada en los resultados (“outcome-based learning”) (Tabla 2)

La educación basada en los resultados se caracteriza por (Harden R., 2002):

- El desarrollo de objetivos de aprendizaje claramente definidos y publicados que deben alcanzarse antes de terminar el cursado.
- El diseño de un currículo, estrategias de aprendizaje y oportunidades de aprendizaje que aseguren que se conseguirán los objetivos de aprendizaje.
- Un proceso de evaluación que es coherente con los objetivos de aprendizaje y una evaluación de los estudiantes en forma individual que asegure que ellos han conseguido los resultados.
- La provisión de remediación y enriquecimiento para los estudiantes que lo necesiten.

Tabla 2
Nuevas competencias de los profesionales de la salud

	Planificación Educacional	
	Basada en Estructura y Proceso	Basado en la Competencia
Fuerza que guía el curriculum	Adquisición de conocimiento factico	Aplicación de conocimientos
Fuerza que guía el proceso	Docente	Estudiantes
Sentido del aprendizaje	Jerárquico (docente-aprendiz)	No-jerárquico (docente-aprendiz)
Responsabilidad por el contenido	Docente	Estudiante y docente
Meta de las actividades	Adquisición de Conocimiento	Aplicación de conocimiento
Método típico de evaluación	Medida única subjetiva	Múltiples medidas objetivas
Ambiente de evaluación	Teórico	“en la trinchera” (obs. directa)
Evaluación	Referenciado a norma	Referenciado a criterio
Tiempo de la Evaluación	Énfasis en lo sumativo	Énfasis en lo formativo
Duración del programa	Tiempo fijo	Tiempo Variable

Las ventajas de este enfoque son la relevancia, el ser fácilmente aceptable por docentes y estudiantes al verse claros los lazos entre el aprendizaje y la práctica, el proveer un marco claro y una guía directa para la evaluación (Harden R, 1999). Este modelo puede usarse desde la generación global del currículo como para actividades puntuales

Evaluación y Competencias

Tomando este modelo vemos que tan importante como planificar es evaluar el logro de la meta. Esta es una fuerza además que puede torcer lo planificado si no se mantiene la coherencia. La distancia entre el currículo planificado y el que perciben los estudiantes puede estar influenciado por diferentes aspectos. En primer lugar la implementación, Fullan y Pomfret en un trabajo clásico analizaron este proceso y las influencias que pueden modificarlo, considerando esta etapa tan crítica como la planificación misma. En este enfoque la implementación está regida por la fidelidad con lo planificado. Otros enfoques de implementación consideran la negociación con docentes y estudiantes como parte de este proceso. Sea cual fuera el enfoque elegido, éste debe ser cuidadosamente planificado para evitar que el currículo oculto del docente, sus decisiones, se aparten de lo planificado. La evaluación juega aquí también un rol relevante. Si esta no es coherente con el modelo educacional puede guiar el abordaje de los estudiantes, más preocupados por superarlas que por su aprendizaje

Cuando tratamos de correlacionar el concepto de competencia con la evaluación encontramos que debemos ser cuidadosos al seleccionar los métodos que permitan poner en evidencia al profesional competente (Ben-David M.F, 1999). Una mirada inicial dirá que es básico el *saber*, el conocimiento. En este punto se han detenido muchas concepciones sobre competencia, y de hecho ha dominado la evaluación por años.

Con una visión más amplia se puede reconocer la necesidad de *saber cómo* usar ese conocimiento, deben tener habilidad para obtener información y procesarla junto con su conocimiento previo. Además debe estar en condiciones de *mostrarlo*. Aquí es donde el concepto de resolución de problemas o situaciones clínicas para la evaluación basó su desarrollo, pero debemos ir más allá, ¿es acaso posible la generalización a partir de unas pocas situaciones clínicas o de una situación ideal pero irreal generada para la evaluación? Esto nos lleva a la necesidad de sumar el *hacer* en la vida real como forma más avanzada y compleja de evidenciar la competencia (Miller G.E., 1990). Con este esquema podemos com-

prender que competencia es mucho más que conocimiento. Probablemente no se pueda definir con un método único de evaluación y varias de estas técnicas se deben combinar para una mayor aproximación (van der Vleuten C.P.M, 1996)

Podemos, desde este punto de vista, afirmar que de nada sirve teorizar sobre estos conceptos de evaluación si en el momento de evaluar se prioriza el enfoque fisiopatológico de la entrevista médica, orientada sólo al diagnóstico, dejando de lado los aspectos sociales y psicológicos implícitos en cualquier situación de salud. (Handfield Jones R, 1992).

Evaluación de las competencias

Los pasos que se deberían seguir para la construcción de cualquier prueba de competencia, una vez definidos los componentes a evaluar, son (Newblee D. 1994, Crosley et al, 2002):

- La selección del método a utilizar
- La elección del modo de administración
- El desarrollo de las pruebas y su método de puntuación
- La definición de los estándares de referencia

Selección del Método de Evaluación

En este punto nos encontramos con uno de los conceptos cruciales para la determinación de la metodología de evaluación. Sólo sabiendo qué queremos medir podemos elegir un método válido. Entendiendo la validez como la propiedad de un instrumento de medir lo que se intenta medir. Asimismo la confiabilidad, es decir la reproducibilidad de los resultados, debe ser asegurada. A partir de ello parece evidente que las preguntas de respuesta múltiple, que sólo evalúan conocimiento factual y alejado de la práctica así como los exámenes orales no estructurados —ambos métodos extensivamente utilizados— constituyen estrategias poco válidas y confiables.

Los métodos seleccionados deben tratar de representar lo más fielmente posible la práctica. Exclusivamente determinando previamente los aspectos a medir (conocimientos, habilidades clínicas, comunicacionales, etc.) se puede seleccionar el o los métodos que mejor los evalúan. Para que ésta sea una selección realista debe considerar el tiempo y los recursos disponibles y la aceptabilidad del método, tanto en evaluadores como en evaluados. Debe consi-

derarse que algunos métodos extensivamente utilizados en otros lugares pueden requerir el entrenamiento de los evaluadores.

No debe desconocerse que el tratar de medir en forma más válida y confiable la competencia clínica significa mayores esfuerzos en tiempo y recursos, pero una forma más honesta de asegurarle a la sociedad la competencia de los profesionales que cuidan su salud.

El uso de métodos más realistas no debe significar que queden librados al arbitrio de la subjetividad del evaluador como tradicionalmente ha ocurrido con los exámenes “al lado de la cama”. Cualquier sistema de observación debe acompañarse de listas de cotejo o escalas de puntuación con ítems definidos, que limiten la subjetividad. Asimismo debe establecerse cuidadosamente el peso de los ítems de modo que representen lo más fielmente el peso que la habilidad o el conocimiento tienen en la práctica (Wass V. *et al*, 2001).

Recientemente la Asociación para la Educación Médica en Europa (AMEE) (Karle, H. & Nystrup, J. 1996) señaló que puede estimarse mejor quién se desempeñará adecuadamente en la vida real a partir de los resultados de evaluaciones con uso de pacientes simulados, o simulaciones de cualquier tipo. La combinación de éstas en múltiples estaciones es lo que permite el muestreo adecuado de tareas para establecer una visión más global. Para ello, hay diferentes formas siendo el examen clínico objetivo estructurado (ECOÉ ú OSCE de la literatura inglesa) la más conocida.

No deben marginarse en la evaluación las habilidades referidas a la reflexión y al análisis de la propia práctica. Estas “meta-habilidades” requieren la introducción de nuevos métodos válidos en relación con ellas. La autoevaluación y la evaluación de pares son prácticas que deben ser estimuladas para desarrollar esa capacidad reflexiva. Una consideración adicional merecen los cuadernos de bitácora (“Log book”) y los portfolios. El portfolio es una colección de trabajos y material que ponen en evidencia que se ha producido el aprendizaje. Son una forma de evaluación que cabalga simultáneamente sobre los conceptos de producto y proceso de aprendizaje, ya que si bien puede coleccionar resultados también refleja reflexiones y desarrollo de los procesos de aprendizaje. Estos deben ser:

- Reflexivos
- Formales
- Destinados a fomentar el desarrollo profesional y el aprendizaje
- Con fines primordialmente formativos
- De desarrollo continuo
- De contenido amplio

Otro aspecto relevante es el establecimiento de puntos de corte en las evaluaciones. En el caso de la evaluación de la competencia profesional sólo pueden considerarse las formas “referidas a criterios”, es decir, que serán satisfactorios aquellos resultados que superen un estándar mínimo. Este concepto contrasta con el “normalizado”, que considera la media de resultados de los postulantes para el establecimiento de puntos de corte, inaceptable frente a la responsabilidad social de garantizar una competencia mínima.

No obstante todo el análisis presentado no se deben olvidar las limitaciones, aún de los métodos más sofisticados, ya que la transformación de estos conceptos en términos operacionales tiene grandes limitaciones por lo que si bien no hay un método ideal, conocemos los estándares para aproximarnos a la mejor selección y por sobre todo, clarificamos el marco conceptual y tenemos soluciones pragmáticas para ese enfoque teórico.

Conclusión y final abierto

La planificación basada en las competencias tiene un rol fundamental en la obtención de resultados educativos, pero el currículo oculto de los docentes y el currículo percibido por los estudiantes no siempre responden al currículo planificado. La evaluación muchas veces rige el aprendizaje. Al realizar planes intentamos quedarnos tranquilos acerca de que ésta es la llave del aprendizaje. Para promoverlo la evaluación debe formar parte de la educación y para ello debe ser formativa (deben recibir frecuente devolución sobre su aprendizaje), considerando múltiples fuentes de información y asimismo basada en un concepto integral de competencia. Por otra parte es claro que hay una nueva serie de competencias que no deben dejarse de lado y representan un desafío para la planificación y para la evaluación.

Frente a todos estos conceptos resulta difícil establecer conclusiones sobre la realidad de las residencias pero nos alerta a dirigir nuestras preguntas para reflexionar: ¿Hay planes? ¿Contemplan necesidades y competencias? ¿Las evaluaciones se ajustan a estos modelos? ¿Están preparados los docentes para estos cambios de paradigma? ¿Cómo se articulan estas competencias con un pregrado tradicional?

Referencias bibliográficas

- Ben-David M.F.(1999) AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 3) Assessment in outcome-based education *Medical Teacher*, 21, 1, 23–25
- Brailovsky C. (2001). Educación Médica, Evaluación de las Competencias. En *Aportes para un Cambio curricular en Argentina 2001* (Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud.
- Caraccio C., Wolfsthal S.D., Englander R., Ferentz K., Martin C. (2002) Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Academic Medicine*, 77, 361-367
- Challis M. (2001). Portfolios and assessment: meeting the challenge. *Medical Teacher*, 23,5, 437-440.
- Crossley J., Humphris G., Jolly, B.(2002) Assessing health professionals. *Medical Education*, 36, 800–804
- Felletti G., Cameron D., Dwanson-Sanders B., Groseilliers J.P. des, Dooley B., Farmer E., McAvoy P (1994).In-training assessment. In Newble D., Jolly B., Wakeford R. Ed. *The Certification and Recertification of Doctors: Issues in the Assessment of Clinical competence* (pp. 151-166) Cambridge: Cambridge University Press.
- Friedman, M., Davis, M. H., Harden, R. M., Howie, P. W., Ker, J., & Pippard, M. J. (2001). AMEE Medical Education Guide No. 24: Portfolios as a method of student assessment. *Medical Teacher*, 23, 533-551.
- Fullan, M., & Pomfert, A. (1977). Research on curricula and instruction implementation. *Review of Educational Research*, 47,1, 335-397.
- Handfield Jones R.(1992) Integration of the patient-centered clinical method into the scoring of the Oral Component of the Certification Examination of the College of Family Physicians of Canada. In Harden, R.M., Hart, I., Mulholland, H. *Approaches to the Assessment of Clinical Competences Part 2*. Dundee: Centre for Medical Education
- Harden R.M. Crosby J.R., Davis M.H.(1999) AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1_ An introduction to outcome-based education *Medical Teacher*, 21, 1, 7–14
- Harden, R.M. (2002) Developments in outcome-based education *Medical Teacher*, 24, 2, 117–120
- Karle H, Nystrup J. (1996) AMEE No 1: *Evaluation of medical specialist training: assessment of individuals and accreditation of institutions*. Dundee. Association for Medical Education in Europe
- Laine, C., & Davidoff, M. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA*, 275, 152-156.
- Miller, G.E: (1990) The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine* 65, S63-S67
- Neufeld V.R., Norman G.R.(1985) *Assessing Clinical Competence*. New York, Springer Publishing Co.

- Newble D., Dauphine D., Dawson-Sanders B., McDonald M., Mulholland H., Page G., Swanson D., Thomson A, Vleuten C van der (1994) Guidelines for the development of effective and efficient procedures for the assessment of clinical competence, In Newble D., Jolly B., Wakeford R. Ed. *The Certification and Recertification of Doctors: Issues in the Assessment of Clinical competence* (pp. 69-91) Cambridge,UK: Cambridge University Press.
- Postner GJ (1995). *Analyzing the curriculo*. (2 ed.) New York: McGraw Hill Inc.
- Stewart, M., Belle Brown, J., Wayne Weston, W., McWinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). *Patient-Centered Medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CL: SAGE Publications, Inc.
- van der Vleuten C.P.M. (1996). The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Advances in Health Science Education*,1, 41-67
- van der Vleuten, C.P.M. (2000). Validity of final examinations in undergraduate medical training. *British Medical Journal*, 321, 1217-1219.
- Wass V., Van der Vleuten C., Shatzer J., Jones R. (2001) Assessment of clinical competence. *Lancet*. 357, 945-949.

LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD: PROBLEMAS Y PROPUESTAS

Dr. Mario Rovere*

Quiero comenzar agradeciendo al Gobierno de la Ciudad, especialmente a las autoridades de la Dirección de Capacitación la posibilidad de estar participando de esta reunión y además quiero resaltar el valor de esta iniciativa porque me parece que es siempre refrescante la posibilidad de abrir un espacio para discutir sobre un tema tan estrechamente vinculado a la problemática de recursos humanos, que en términos generales tiene pocos espacios para ser discutida.

El objetivo de esta presentación es tratar de hacer una metalectura de la preocupación fundamental acerca de *la relación entre residencias y recursos humanos y el problema de la política o la ausencia de ella* en este campo en particular.

Esto me obliga, por una suerte de defecto profesional, a preguntarme cuando hablamos de residencias y recursos humanos ¿de qué estamos hablando?, o en forma más precisa ¿de quiénes estamos hablando? Dentro de un universo cercano a los quinientos mil trabajadores de salud con que cuenta la República Argentina y entre ellos alrededor de ciento diez mil médicos, ¿qué representa la residencia dentro de este conjunto más grande? y ¿de qué manera, en ocasiones, los intentos por racionalizar este sistema de estudio-trabajo, aparentemente racionalizable, podría poner más en evidencia la falta de racionalización del universo más grande que lo contiene?

Si además consideramos a la residencia como parte de las ofertas de formación de posgrado, ¿cómo juega en una especie de juego de cajas chinas la residencia dentro de los *procesos de formación*, dentro de los *procesos de utilización* de los recursos humanos?

* Médico Sanitarista, ex Secretario de Políticas Sociales de la Nación, ex Director de Planificación Secretaría de Salud Ciudad de Buenos Aires, Coordinador de la Maestría en Salud Pública (UBA), Docente Universitario.

Me parece que la Argentina, al igual que otros países latinoamericanos, pero en una forma más extrema, es un país que a lo largo de su historia, ha tenido muy poca preocupación por la reflexión sobre el campo de los recursos humanos, escudándose en la idea que se está frente a una especie de océano de necesidades, y en consecuencia “¿qué proceso de formación no viene bien habiendo tantas necesidades?”.

Esto nos ha llevado a lo que podríamos describir casi como el cuerno de un dilema, vinculado con lo que los economistas denominan —dicho en inglés suena mucho más suave— si el campo de los recursos humanos se configura en una lógica de “policy oriented” o de “market oriented”. Este dilema técnico podría llevarnos sin embargo a preguntarnos si en sentido estricto la ausencia de política de recursos humanos en la Argentina a lo largo de los últimos treinta años no es en sí misma una política, y si esa ausencia no expresa la convicción que el mercado de una manera u otra va a arreglar, va a compensar las cargas, va a generar los mecanismos necesarios de adecuación.

Si tomamos en consideración lo sucedido en los últimos 30 años resulta bastante evidente hasta aquí que el mercado no lo hace bien. La situación actual es en buena medida consecuencia de haber dejado las cosas en manos del mercado. En ese contexto de “no intervenciones” se licúa incluso el efecto de una serie de medidas muy interesantes pero que resultan parciales, y en el marco de la ausencia de otras orientaciones más amplias, han quedado como medidas muy limitadas. Como si uno quisiera canalizar una parte del cauce de un río, sin entender y tomar en cuenta el cauce en su totalidad.

Además se supone acertadamente que las políticas de recursos humanos tienen que haberse articulado de alguna forma con las políticas de salud en el marco de la autonomía relativa de las políticas de recursos humanos respecto de las políticas de salud. Debe tenerse en cuenta que las intervenciones en el campo de recursos humanos tienen tiempos de latencia más largos y que con mucha frecuencia exceden tanto las políticas de una jurisdicción como las políticas en términos de los periodos de gobierno.

Por diferentes mecanismos, por tiempo y por espacio, las políticas de recursos humanos requieren de la constitución de espacios de construcción de consensos entre actores complejos como para poder construir esta política sustentada por lo menos en los principales protagonistas del campo de recursos humanos como son los formadores, los utilizadores, los que definen o forman políticas de salud, los gremios, los colegios, las asociaciones profesionales, de especialistas, etc.

Este espacio de regulación democrática capaz de llegar a analizar y a concertar temas importantes o relevantes en el campo de recursos humanos en sa-

lud nunca se ha concretado en el país, y en la medida en que no ha ocurrido tenemos una explicación más sobre como llegamos a la situación actual.

Yo quisiera señalar en este sentido que me parece que el campo de los recursos humanos en la Argentina ha quedado predominantemente configurado por el mercado pero de todas maneras vale la pena preguntarse ¿qué mercado? Porque en la práctica la primera reflexión o la primera imagen que nos podría aparecer es que quien ha configurado el campo de recursos humanos en la Argentina ha sido el mercado de trabajo. Y yo en este sentido quisiera poner un signo de interrogación porque creo que no ha sido así.

Creo que los que verdaderamente han configurado el campo de recursos humanos en la Argentina han sido el mercado educacional y el mercado de servicios. El mercado educacional ha utilizado su autonomía relativa para desarrollar las propuestas más rentables de cuyos resultados no tienen que rendir cuentas, en buena medida porque los profesionales de los que estamos hablando, o una buena parte de ellos, tienen formas de saltar las señales del mercado de trabajo, dentro de las cuales quisiera mencionar por su importancia, la capacidad de auto emplearse y diversificar los servicios y las prácticas.

El mercado de servicios a su vez reacciona a la sobreoferta y aprovecha el abaratamiento de la “mano de obra”, lo que genera múltiples posibilidades de que a pesar de que los números indican que estamos en sobreoferta, ésta no se plasma automáticamente en desempleo o falta de ocupación.

Si uno lo compara con otros sectores y se pregunta ¿qué hacen tantos jóvenes que siguen eligiendo estudiar medicina?, no están muy desacertados, si se lo compara con el desempleo de las otras profesiones que se gradúan en la universidad, de tal manera que en el conjunto salud sigue siendo un sector considerablemente exitoso en términos de su capacidad de empleo.

Esta especie de “compliance”, esta especie de flexibilidad del sector para absorber “siempre alguno más”, y a veces cientos o miles más, representa una presión expansiva dentro del mercado de trabajo. En términos generales se puede pronosticar que un porcentaje cada vez mayor de la población económicamente activa estará trabajando en salud, en un país en donde además el empleo se ha retraído significativamente. Esto podría producirse por dos vías: porque más gente trabaja en salud y/o porque menos gente tiene trabajo.

En este contexto vale la pena señalar que analizar el campo de recursos humanos cuenta con una dificultad inicial que es la *falta de visibilidad* del mismo campo, es decir el campo desaparece como objeto, en tanto que está subsumido habitualmente en las reflexiones más genéricas sobre la formación o sobre los servicios de salud. Desde la perspectiva de los servicios de salud parece que los recursos humanos son simplemente un insumo. A esto nos ha lle-

vado fundamentalmente la perspectiva sistémica del análisis de los servicios de salud.

Hemos señalado frecuentemente que el principal cambio de perspectiva consiste en que los recursos humanos no están dentro de los servicios de salud, sino que los recursos humanos son, somos los servicios de salud y éste es un cambio de mirada que tiene consecuencias bien prácticas.

Allí donde este medio millón de trabajadores de salud se está desempeñando aún en carencia de recursos, ahí hay servicios de salud. Allí donde pudiéramos tener todo lo otro, como se ve últimamente en algunos hospitales del Conurbano, donde tenemos edificios, donde estamos siempre por inaugurar o por reciclar los edificios, las ambulancias, las salas, los equipos, sin recursos humanos no son servicios de salud. Sólo hay servicios de salud si estamos de alguna manera nosotros trabajando en ellos y prestando servicios directos en esta lógica histórica que nos dice que salud es básicamente un servicio de personas para personas. Esta lógica sigue siendo el centro del análisis.

Si nos centramos en las residencias una pregunta que podríamos hacer a partir de la presentación de Marcelo García Dieguez sobre la evaluación de las residencias, es ¿cómo situar la residencia dentro de un sistema de servicios de salud y de un sistema de recursos humanos que no se evalúa a sí mismo y que además no contrasta ni siquiera con la lógica de mercado en términos de que al sostener su presión expansiva no captura señales externas de corrección? La quiebra por ejemplo puede pensarse como la consecuencia de un hecho brutal y extremo de estímulos y desestímulos que el mercado envía como señal.

Esto no ocurre en el mercado de trabajo fundamentalmente porque hay fenómenos que de alguna manera dispersan cualquier inadecuación que se pueda estar realizando. Los servicios de salud no se contrastan sistemáticamente con la población. Los servicios de salud son fabricas de consultas y egresos que operan en vacío, operan casi en la misma lógica que poniendo un aire acondicionado en el medio de una plaza. O sea, la lógica es producir. Yo puedo producir, seguir produciendo y seguir produciendo, siempre hay alguna demanda, siempre tiene algún sentido más consultas y más egresos. Desarrollen Uds. cualquier proceso de planificación de servicios de salud y la meta para el año que viene será más consultas y más egresos.

Ahora si uno quiere preguntarse qué problemas resuelven esas consultas y esos egresos descubre que con frecuencia, no solamente no resuelven problemas concretos, sino que además, por una tendencia al productivismo, se ha caído la calidad de estas prestaciones y en consecuencia lo que antes se resolvía con dos consultas ahora se resuelve con ocho consultas. Con lo cual, tener

más consultas y más egresos en realidad no significa mejor servicio y a veces hasta se relaciona con maltratar a la gente y resolver menos cosas.

El sector salud en la Argentina, incluso el sector público, ha resistido sistemáticamente contrastarse contra cualquier resultado definido en términos poblacionales, ha resistido cualquier lógica de área de responsabilidad, ha tenido un gran enamoramiento por el concepto de área de influencia y todos los servicios de salud se perciben como que tienen un área de influencia enorme, con lo cual se validan a sí mismos como diciendo “mire toda la gente que nos busca y de cuántos lugares nos buscan”. Ahora qué problema de salud resolvemos, de qué población concreta nos hacemos cargo, nada.

Esto es parecido en el caso de los procesos de formación porque las universidades también resisten contrastarse con un espacio de población acotado; todas las universidades públicas y privadas son nacionales y se perciben que forman para el país, para el planeta, para Latinoamérica, y para el Mercosur. Obviamente es posible pensarse con un área de influencia importante y al mismo tiempo contrastarse con un espacio geopoblacional concreto de donde uno puede aprender y problematizarse y en donde uno pueda contrastar propuestas y resultados.

Esto también se aplica a las residencias, porque las residencias también se validan porque en realidad formamos recursos humanos para un espacio concreto y podemos al mismo tiempo hacerlo para otros espacios pero no podemos perder cualquier tipo de lógica de referencia o de feed back y organizar las propuestas educacionales sobre la base de qué tipo de problemas concretos nosotros podemos estar resolviendo.

En este contexto me parece que es donde se inserta un proceso llamativamente racional dentro de un conjunto notablemente irracional. Entonces los intentos de racionalización podrían ser intentos endógenos, es decir cómo le damos más coherencia a las residencias o, cómo hacemos para que las residencias sean un factor dinamizador, un analizador capaz de ponernos a reflexionar sobre el conjunto de estos procesos que se han vuelto progresivamente más y más irracionales. En este sentido creo que debe plantearse también un poco la lógica de la ubicación particular de la residencia.

Progresivamente nos hemos ido olvidando cómo las residencias surgieron y se insertaron en los servicios de salud. Cabe recordar a Barthés cuando plantea que “las cosas tienden a perder la memoria, de que alguna vez fueron hechas”. Las residencias no están aquí desde siempre. Cuando llegaron fueron instaladas por alguna lógica: había una preocupación seria por la calidad de la atención médica y por la calidad de los servicios de salud. Las residencias fueron asociadas o identificadas como una estrategia del sector tendiente tanto

para salud como para educación para poder levantar la calidad de la atención y la calidad de la formación y éste es un fenómeno que efectivamente ocurrió en la perspectiva de lo que planteaba Cristina Davini, en este dilema que siempre tiene la educación entre reproducir o transformar.

La primera etapa de la residencia fue fuertemente transformadora. Las residencias eran una escarapela en un servicio de salud, había que merecérsela, de alguna manera había que tener condiciones o crearlas y demostrarlas para poder contar con ella y los criterios y mecanismos de acreditación impulsaron una subida en la calidad pero también una alta tensión dentro de los servicios de salud.

En algún momento dado esta tensión se corta, básicamente porque los servicios en concreto, dejan de pelear con la residencia, delimitan áreas de influencia y dejan una porción de los servicios de salud en manos de la residencia.

La residencia deja de dialogar con la planta, “residente forma residente” será desde entonces una especie de paradigma en la segunda etapa de la residencia y luego progresivamente y más claramente en esa asignación de recursos, tareas, la residencia se apropia de una parte de los servicios de salud. Como además es una porción altamente productiva con gente motivada a dedicación exclusiva, empieza a transformarse también en un gran negocio, en una gran ventaja, tener residencias.

Seguramente vamos a discutir aquí si los residentes son estudiantes, o si los residentes son profesionales de salud evidentemente, éste es un dilema que no tiene resolución fácil porque son las dos cosas, pero de alguna manera la tensión indica que sólo la residencia se sostiene en la medida en que mantenga un determinado equilibrio. Si se extrema en la dimensión estudiante el escenario de aprendizaje se vuelve neutro y generará una fuerte desresponsabilización; si se extrema en la dimensión de trabajo habrá simplemente mano de obra barata, atractiva si otros sistemas de empleo están clausurados.

Se trata de evitar que se piense en la residencia como mano de obra altamente motivada que se puede explotar con el motivo o la excusa de la formación y que de alguna manera nos permite subir enormemente la producción e incluso facilita un grado de desresponsabilización de la misma planta. En algunos servicios concretos donde hay una enorme cantidad de profesionales encontramos casi literalmente a la planta desresponsabilizada de la atención de pacientes o concentrada en la atención de pacientes de patologías complejas, o prestigiosas en términos académicos.

Creo que este conjunto configura en cierta manera dilemas muy marcados y hasta exagerados por motivos didácticos; naturalmente creo que vamos a escuchar durante las distintas mesas presentaciones de ámbitos donde esto

no es tan así y creo que en ese sentido lo bueno es aprender de esos ámbitos y de esas experiencias. Si uno piensa por ejemplo, la forma cómo la Provincia de Neuquén eligió en su momento las residencias de medicina general, uno puede hacer una lectura y descubrir hasta qué punto esa Provincia colocó a las residencias profesionales en el eje de su política de salud. Quizás la presentación de la Dra. Gillone se oriente en ese sentido.

Muchos dicen en una lectura desde afuera, “esto se pudo hacer gracias a que Neuquén no tenía Facultad de Medicina”, y probablemente ha sido uno de los mecanismos que le permitió definir una política de recursos humanos en términos de inclusión, de puerta de entrada al sistema.

Este caso ilustra claramente que recién enraizado en territorios concretos, en políticas concretas, en esos ámbitos efectivamente la residencia puede ser una herramienta fantástica para producir resultados que van más allá de la residencia misma, más allá del proceso de formar residentes, que puede ser una estrategia fundamental para la transformación de los sistemas. Creo que es innecesario resaltar la importancia de poder hacer esta reflexión en momentos como los que vive la Argentina de hoy.

Quiero terminar con mis comentarios señalando que en buena medida enraizar nuestra discusión en términos del contexto social, económico, y político es fundamental porque hoy, en muchos lugares de nuestro país, son los residentes —sobre todo los que trabajan en el primer nivel de la atención— lo que tiene que ver con la medicina general, con las rotaciones de los residentes por los centros de salud. Son los que están sosteniendo en buena medida los servicios, un sistema de salud que esta en buena medida colapsado.

Un sistema de salud que en el año 2001 se financiaba con 23.000 millones de dólares, que en el mejor de los casos en el año 2002 cerrará con un gasto (o inversión) de 20.000 millones de pesos. Pero además combinado con una situación social de la población que está viviendo momentos críticos que todos Uds., conocen. Este doble empobrecimiento tiene como órgano de choque los servicios de salud. Los servicios de salud, están viviendo en este momento una situación crítica y toda esa transferencia de problematizaciones, complejidades, etc., está siendo amortiguada por quienes de alguna manera están en el día a día de los servicios de salud, y sin lugar a dudas esto también está tiñendo el desarrollo o el desempeño de las residencias profesionales.

Creo que en este contexto nos toca discutir y proponer; resalto nuevamente que ésta es una gran oportunidad, creo que hay pocas oportunidades para discutir políticas de recursos humanos en nuestro país y ojalá podamos aprovecharlo al máximo. Muchas gracias.



PONENCIAS

Dr. Mario Drisum

Lic. Rosa María Borrell

Dra. Alicia Gillone

Dr. Pablo Bonazzola



Mesa

Las residencias en el marco de una política de salud

LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD EN LA CIUDAD DE ROSARIO

Dr. Mario Drisum*

El gobierno de la Ciudad de Rosario cuenta con un amplio programa de formación de especialistas a través del Sistema de Residencias Médicas.

Su desarrollo histórico es similar a las del resto del país: la oferta municipal de cargos siempre fue propuesta por los servicios de los distintos hospitales y fundamentadas por las necesidades asistenciales, pero sin un debido análisis de los requerimientos de la población y de los programas de salud vigentes. El mercado laboral médico fue el gran trazador de las necesidades de especialización.

La Secretaría de Salud Pública del Gobierno Municipal de Rosario se propuso producir cambios. Los mismos son posibles de ser explicados en el marco de los siguientes procesos:

1. El modelo de Salud
2. Los cambios en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario

El modelo de salud de Rosario

El Gobierno de la Ciudad de Rosario tiene más de 12 años construyendo un sistema local de salud y para ello contó con:

- Un proyecto de salud en el marco de un proyecto de ciudad.
- Recursos, definidos por el presupuesto municipal en cada año. Del 8% en 1990 al 25% actual.
- Continuidad de la política aplicada

* Médico Sanitarista. Sub Secretario de Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Rosario.

Una política de igualdad que desde el Estado Municipal construye junto a los ciudadanos el derecho a la salud abriendo caminos de accesibilidad a los servicios, transfiriendo saberes y poderes y mejorando las condiciones de vida de la población que en forma creciente son marginados y excluidos por el modelo neoliberal.

El proyecto se basa en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. El Estado local asume así una responsabilidad activa, comprendiendo que es el nivel institucional, más cercano al ciudadano.

El proceso que estamos desarrollando nos permite afirmar que la participación social y la estrategia local son mecanismos eficientes y eficaces para poder resolver los problemas de salud-enfermedad de la comunidad.

Percibir las problemáticas que inciden sobre la salud es el primer paso para visualizar las acciones para transformar las propias condiciones limitantes, la relación con los otros, su relación con las instituciones y coronar hacia una vida más saludable.

Rosario, ciudad de 1.000.000 de habitantes, definió junto con los sectores sociales un proyecto de ciudad en un plan estratégico y dividió la ciudad en 6 distritos, desarrollando una estrategia de descentralización municipal con el objetivo de facilitar a la población el acceso a espacios de gobierno y participación y, al mismo tiempo, viabilizar respuestas a las necesidades que se plantean diariamente.

La Salud Pública Municipal acompaña este proceso de descentralización impulsando desde el nivel central una red de servicios organizados en niveles de complejidad creciente. El *primer nivel* está compuesto precisamente por los centros de salud y los de mayor complejidad se prestan en los 6 hospitales municipales de alta y media complejidad, dos maternidades y un centro de rehabilitación.

Dentro de esta orientación se incluye el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario (CEMAR). Esta unidad de organización atiende la demanda de población referida exclusivamente a los centros de salud y hospitales públicos. Se dedica a la resolución de problemas que revisten cierto grado de especialización y tecnología, y que pueden encararse sin recurrir a la internación.

De la Dirección de Atención Primaria de la Salud dependen los 48 centros que están distribuidos en 5 de los 6 distritos. Son lugares de encuentro donde la comunidad y el equipo de salud promueven estrategias de atención, prevención y promoción de la salud.

El centro de salud es un escenario de la vida cotidiana donde se desarrolla un vínculo entre equipo y comunidad. Esto posibilita que cada centro ten-

ga un perfil propio, resultado de las necesidades, problemáticas y particularidades de la zona o barrio de influencia. Este perfil se desarrolla bajo los siguientes ejes de trabajo:

- *Prácticas de construcción de la salud colectiva:* se diseñan a través de procesos locales de planificación participativa que parten de una visión epidemiológica y dinámica de la situación de salud. Son prioritarios los criterios de equidad, participación, eficiencia, prevención y promoción de la salud.
- *Prácticas amplias y contextualizadas de atención a la salud:* permiten la efectividad del diagnóstico y las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso de salud y enfermedad. Aseguran la integralidad y seguimiento de cada problema de salud, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal donde el equipo terapéutico es continuamente responsable del proceso de atención, aún cuando éste incluya interconsultas o referencias a otros niveles.

Esta práctica clínica se reformula permanentemente a la luz de una visión epidemiológica sujetándose a la planificación local. Este aspecto es sumamente importante en relación a la impronta que luego será discutida cuando hablemos de las residencias.

- Prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de salud según necesidad: estas tareas se refieren al desarrollo de posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad de la institución en relación con las diversas necesidades de la comunidad.

La información que se obtiene de la comunidad influye positivamente a la hora de realizar correctamente las derivaciones, simplifica el acceso a la red y permite al paciente beneficiarse de los servicios que brinda evitando la postergación, la demora o el rechazo.

Al mismo tiempo se avanza en la determinación de las características y particularidades de la comunidad demandante en función de crear actividades y coberturas acordes y en sintonía con las circunstancias de la población. En definitiva aporta eficiencia y resolución en los 48 centros de salud con los que cuenta actualmente el municipio.

Una muestra de la consolidación y autonomía que se va afianzando en los Centros de Salud es que, en la actualidad, se cubren ahí mismo el 60 por ciento del millón de consultas anuales que se hacen en la red de salud pública municipal.

Este hecho implica una clara mejoría para el usuario que obtiene una satisfacción a su consulta en el radio geográfico más próximo.

Situarse ante la salud desde un punto de vista integral implica contar con un equipo interdisciplinario compuesto por especialistas, médicos generalistas, obstetras, tocoginecólogos, pediatras especialistas en clínica, trabajadores sociales, farmacéuticos, odontólogos, psicólogos, personal administrativo y mucamas. Implica también interrelacionarse con otras instituciones, intersectorializar las acciones a través de educación, vivienda, saneamiento ambiental. Dentro de esta estrategia los equipos de salud cumplen un rol fundamental porque son los promotores de una relación activa con la población.

El equipo de salud detecta el pulso de las relaciones humanas, económicas, sociales y culturales del mismo, lo cual les permite diseñar y actuar según estrategias de planificación local. El seguimiento de un programa de estas características ofrece la posibilidad de una valoración continua y un encuadre de situaciones y tratamientos con objetivos precisos y evaluables.

Por todo lo desarrollado es evidente que existe una formación permanente de los profesionales que deciden trabajar en Atención Primaria de la Salud. La misma se hace a través de talleres internos de educación permanente que vinculan la reflexión teórica al proceso de trabajo. Se suman otras actividades de formación y capacitación en Salud Pública que se concretan a través del desarrollo del Área de Investigación en Salud con el dictado de cursos de iniciación en Metodología de la Investigación, Medicina Basada en la Evidencia, etc. Esta también presenta publicaciones periódicas y otorga premios anuales a los trabajos de investigación. Además, los convenios con la Universidad en forma conjunta con el Instituto Juan Lazarte permiten el desarrollo de Maestrías, seminarios y carreras afines.

Facultad de Ciencias Médicas

La Facultad de Ciencias Médicas está realizando un profundo cambio curricular, que influye positivamente en la transformación del modelo de atención y de formación de posgrado. Las características fundamentales son las siguientes:

- Grado: curricula innovada
 - Aprendizaje basado en problemas centrados en el alumno.
 - Eliminación de las disciplinas en forma tradicional, integrando los conocimientos de las áreas biológicas, sociales y de la conducta.

- Enseñanza tutorial: de 10 alumnos por tutor. Laboratorio de habilidades, seminarios integradores y trabajo de campo.
- Los docentes de las disciplinas se constituyen en expertos para la consulta de los alumnos.
- Objeto de estudio: Proceso salud-enfermedad-atención. Se divide en 4 ciclos: promoción, prevención, atención y recuperación de la salud, práctica final obligatoria.
- El eje estructurante del curriculum es el ciclo vital.
- Perfil: formación de médico de atención primaria.

- Posgrado:

La Facultad de Medicina de acuerdo a las leyes vigentes, ley de Educación Superior, reivindica el papel de las universidades para el otorgamiento de títulos de especialista. La Universidad Nacional de Rosario obliga a reconsiderar las modalidades actuales de especialización médica. La Facultad de Medicina ha acreditado con la CONEAU la nueva carrera de grado, y toma las exigencias que fija para las carreras, de especialización.

Residencias médicas en Salud Pública de Rosario

Es necesario tener un proceso de transformación política que legitime los cambios que se quieren realizar. Nos propusimos crear escenarios que incorporen otras ideas a las prácticas de formación: la comunidad, el centro de salud, el seguimiento longitudinal del paciente, la idea de cuidado en lugar de atención, el equipo multidisciplinario.

Fortalecimos la idea de que la residencia es un ciclo de formación práctica como parte de una carrera universitaria. Sostuvimos el concepto de los múltiples actores en la formación y la equidad como eje de la política pública. Reivindicamos la formación tutorial pero en múltiples situaciones en toda la red, con muchos docentes y en múltiples espacios de reflexión teórica.

Las residencias de pediatría y médicos generalistas son 12 que incluyen 148 profesionales y 25 concurrencias que suman 245 profesionales.

Las principales resoluciones que la Secretaría de Salud pública ha tomado son las siguientes:

- Rescatar la formación de posgrado en la red municipal
- Modificar el sistema de contratación pasando a becarios a los residentes.

- Discutir las residencias rentadas de acuerdo a las necesidades de la red municipal, jerarquizando las especialidades básicas.
- Unificar tiempo de formación, y determinar la red de salud pública como ámbito de la formación estableciendo rotaciones de los profesionales en diferentes efectores de distintas complejidades
- Aplicación del régimen tutorial.
- Adherir a las carreras creadas por la UNR, participando del nuevo diseño en los espacios establecido por la UNR.
- Con todas las direcciones y jefaturas de servicios definir: el cambio del perfil de los especialistas enriqueciéndolo con contenidos orientados a la APS, epidemiología, gestión y metodología de la investigación.
- Replanteo del rol de los médicos en formación en el sentido, de colocarlos con mayor definición en situación de aprendizaje, reduciendo carga de las obligaciones asistenciales.

La Secretaría de Salud Pública acompaña esta definición con cambios en los servicios asistenciales.

EL SISTEMA DE RESIDENCIAS EN SALUD Y LAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EN ARGENTINA

Lic. Rosa María Borrell Bentz*

1. Introducción

En este trabajo se intenta llamar la atención sobre las propuestas de reformas del sector salud que en los últimos diez años se han desarrollado en Argentina y la ausencia de políticas orientadas al desarrollo de los recursos humanos en salud en general y a la formación de especialistas de salud en particular, como situación paradójica, en tanto que el desarrollo de las instituciones y de los procesos de trabajo dependen en gran medida de los recursos humanos de dichas instituciones.

La primera parte del trabajo intenta reflejar las debilidades del campo de Recursos Humanos de los países de la región en cuanto a su poca visibilidad dentro de las políticas del sector, la ausencia o achicamiento de las unidades responsabilizadas por el desarrollo de los recursos humanos y las intervenciones básicas que de manera general y en particular para las residencias en salud habría que considerar: las políticas de desarrollo y los mecanismos de planificación y regulación de los recursos humanos.

Sobre cada uno de los temas se formulan problemas visibles en Argentina y se presentan preguntas claves para ser consideradas en los ámbitos de discusión y decisión nacional y provincial, especialmente aquellas relacionadas con la composición de la fuerza de trabajo en salud, incluidos los especialistas en salud que egresan fundamentalmente de las residencias de salud.

El documento analiza en detalle el tema de la legislación de las residencias en salud, como uno de los aspectos y mecanismos de regulación, tanto por

* Consultora de Recursos Humanos y Promoción de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

la magnitud de legislaciones variadas, producidas históricamente en el país, como por la importancia que los actores institucionales le dan al tema. Se trata de resaltar las dificultades de su ejecución y sus implicaciones en el proceso de regulación, planificación y formulación de políticas de recursos humanos especializados.

2. La rectoría y conducción del sector de la Salud

Desde hace más de una década, los países de la Región de las Américas han estado trabajando en las llamadas “reformas” de salud, planteadas como procesos orientados a “introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ellos lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población”. (1)

Hablar de reforma implicó desde sus inicios considerar criterios rectores como la equidad en las condiciones de salud, la calidad oportuna, eficaz y segura que los servicios puedan brindar a los usuarios, la eficiencia y sostenibilidad para lograr una relación favorable entre los resultados y los costos y asumir los retos de mantenimiento y desarrollos futuros, y por otra parte, implicó considerar la participación social como influyentes de la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud.

Como parte de los avances de las reformas y de todos estos deseos de cambio, se comenzaron a redefinir los roles institucionales en el sistema de salud, especialmente en lo que concierne a la función de rectoría en los ministerios de salud. Si bien el papel rector de la autoridad sanitaria no surgió de las reformas actuales, adquirió una renovada importancia, además de nuevas formas y contenidos. El “Estado benefactor” tenía una forma de concebir lo público y distintas formas de gestión de lo público. Algunas tendencias han estado incidiendo en el replanteamiento y revaloración de la función de rectoría, entre las que se destaca, la “modernización del Estado”, impuesta por el desarrollo de la democracia participativa y la liberación de la economía, lo que ha exigido una modificación de sus estructuras tradicionales, una revisión de su participación en la economía y de sus relaciones con la sociedad civil y el fortalecimiento del poder regulador y de producción de políticas públicas por el gobierno, así como la reorientación de las funciones propias e indeclinables. (2)

La creciente tendencia hacia la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios ha repercutido en las nuevas responsabilidades de los Estados, que exigen entre otras cosas, una mayor ca-

pacidad de conducir y regular las funciones esenciales de la salud pública. Dicho de otra manera, la rectoría intensifica la necesidad de reconfigurar y adoptar responsabilidades para fortalecer la conducción del sector, la regulación, la implementación de las funciones esenciales de salud pública, la modulación del financiamiento, la vigilancia del aseguramiento y la armonización de la prestación de servicios.(3)

Las reformas de los sistemas de salud han tenido que enfrentarse con el reto de fortalecer la función rectora de autoridad sanitaria y una parte importante ha sido la de redefinir y ejercer las funciones correspondientes a los niveles central, intermedio y local, fortaleciendo el liderazgo de dicha autoridad en todos los niveles del Estado. Sin embargo, las evaluaciones y monitoreos realizados en los últimos años dan a entender que la rectoría sectorial está exigiendo una capacidad institucional y personal que no coincide con la organización, marco legal, liderazgo político, capacidades técnicas e instrumental operacional vigentes en la mayoría de los ministerios o secretarías de salud del continente.

En un artículo publicado a mediados del año 2000 (4) sobre la situación y tendencias de las reformas, los autores resumen que una gran mayoría de ellas han realizado modificaciones del marco jurídico, promulgando nuevas leyes básicas de salud o se han modificado las normas existentes. En otros se han desarrollado programas para aumentar la cobertura y se han introducido paquetes o conjuntos básicos de prestaciones dirigidos a toda la población o a grupos específicos. En la mayoría de los casos se han propuesto reforzar la función rectora de los ministerios de salud con la incorporación de nuevos sistemas de información sobre financiamiento y gasto, formulación de políticas, definición de funciones de regulación y coordinación del sector. También observaron la modificación de la oferta de servicios, la redefinición de los modelos de atención y los cambios en los modelos de gestión.

En relación al tema de los recursos humanos este informe sostiene que una minoría de los países informó sobre los cambios en la formación y capacitación de los recursos humanos. También se observan cambios en la planificación y gestión de los recursos humanos por parte de los principales empleadores públicos en 11 países de 20, aunque sólo 7 de ellos muestran suficiente regularidad y dirección. Sólo en ocho países existían o se han introducido incentivos económicos para el desempeño; únicamente cuatro países han introducido modificaciones en la práctica profesional orientadas a fomentar enfoques multidisciplinarios y sólo cinco han introducido la recertificación de los profesionales de salud.

Algunos investigadores del sector salud han reconocido que las reformas implementadas en América Latina “fueron mucho más radicales que la de los países del Norte, abarcando varios ámbitos, desde el financiamiento hasta la

reorganización de los sistemas de servicios”.... “Sin embargo, su implementación ha implicado importantes conflictos con el principio de solidaridad y equidad, que tradicionalmente guiaron la contribución y los beneficios en la salud y la organización de los sistemas de servicios” (5). En el mismo artículo, la autora sostiene que a pesar de la aprobación de principios legales que institucionalizaron el derecho a la salud, la operacionalización de estos cambios aumentó la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud y, por otra parte, las exigencias de regulación y desarrollo institucional no se llevaron a cabo como era necesario para garantizar los objetivos planteados en las premisas reformadoras.

También en Europa, la mayor parte de las llamadas reformas de la asistencia sanitaria no se ha concentrado en el mejoramiento de la salud en absoluto, siendo los ajustes financieros y administrativos los que han ocupado el centro de atención de las mismas (6), aún cuando la Carta de Liubliana (7) de 1996, sobre la reforma de la atención sanitaria, ha señalado como prioridad la reorientación de los recursos humanos hacia el cuidado de las salud, adoptando una perspectiva más amplia, que trascienda la tradicional atención curativa, de la formación básica, la especialización y la educación permanente del personal sanitario. La misma Carta hace un llamado especial para implantar incentivos adecuados para sensibilizar al personal de salud respecto de la importancia de la calidad, los costos y los resultados de la asistencia.

En el caso específico de la Argentina se identifican algunas reformas:

- En 1992 se establecen las Políticas Nacionales de Salud (decreto 1269/92); se crea la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT), entidad de carácter autárquico y descentralizado y se crea el Programa Nacional de Garantía de la Calidad (Resolución 432/92)
- En 1993 se establece la Desregulación del Sistema de Obras Sociales (Decreto 9/93); la Autogestión Hospitalaria (Decreto 578/93).
- En 1996 se crea el Programa Médico Obligatorio (PMO) para asegurar una cobertura básica uniforme y para regular el accionar de las OS se crea la Superintendencia de Servicios de Salud (1996).
- En el año 2000 se intenta reglamentar las Obras Sociales (decreto 446/00).
- En Enero del 2002, la Ley sobre Emergencia Pública y Reforma del Régimen Cambiario; en Marzo sale el decreto de Emergencia Sanitaria, en Abril el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, (PMOE) y en Septiembre se aprueba la Ley sobre Especialidades Medicinales y Medicamentos Genéricos (ley 25649).

En el campo de los recursos humanos no se hicieron reformas sustantivas que impliquen una política de desarrollo de recursos humanos, aunque en algunas de ellas como el Programa de Garantía de Calidad aparecen algunos incisos que establecen como parte de los objetivos, normatizar las actividades vinculadas con el accionar sanitario —con el fin de asegurar la calidad de servicios y de las prestaciones que se brindan a la población— establecer la medida de la Certificación y Recertificación de los distintos integrantes del Equipo Salud.

Podrían considerarse además, para fines de análisis, algunas leyes y reglamentaciones relacionadas con la Ley Marco de Regulación del Empleo Público Nacional de 1998 por los derechos, deberes y garantías acordados en esta ley para los trabajadores que integran el servicio civil de la Nación.

3. Algunas tendencias observadas sobre la rectoría de los Recursos Humanos

En el ámbito regional, la estrategia del Observatorio de Recursos Humanos en Salud (8), iniciada en 1999¹ ha puesto de manifiesto algunas tendencias críticas relacionadas con la rectoría del campo, tales como: la desaparición de departamentos², divisiones o áreas de recursos humanos en algunos países o el achicamiento de sus funciones; la ausencia de políticas de recursos humanos en salud; la desaparición de mecanismos regulatorios como las comisiones específicas por profesiones o niveles de formación (comisiones de residencias médicas, de técnicos, etc.); y las continuas divergencias y conflictos entre los ministerios de salud y educación u otros organismos (gremios, asociaciones, colegios) interesados en el control y evaluación de la formación profesional y técnica.

Por otra parte se observa el establecimiento de modalidades flexibles en los contratos de trabajo, como criterio esencial de reducción de costos y de aumento de la competencia, lo que viene acompañado de la pérdida de estabilidad la-

¹ El Observatorio de Recursos Humanos en Salud es una estrategia regional, que busca apoyar el fortalecimiento de políticas de desarrollo de recursos humanos en el marco de los procesos de cambio.

² Parte de estos problemas se ratifican en el "Estudio Delphi: Problemas presentes y futuros de los recursos humanos en salud", realizado por el programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, en septiembre de 2002.

boral y los beneficios sociales (9), y sin una política explícita de acompañamiento e integración a través de procesos de educación continua y permanente.

En cuanto a las regulaciones existentes, también se confirma a través del Observatorio, que habitualmente éstas contemplan mecanismos para definir procesos, como la práctica profesional o la educación, y los estándares técnicos que estos procesos deben alcanzar, aunque la mayoría de los países informan situaciones de una regulación insuficiente y conflictiva. Hay vacíos regulatorios, falta de adecuación a las nuevas políticas, también falta de vigilancia de su cumplimiento en el campo de recursos humanos, ausencia de mecanismos de planificación y formulación de políticas de recursos humanos.

Las causas de estas situaciones manifiestas pueden ser producto de la multiplicidad de actores, intereses y conflictos característicos del propio campo que impiden una toma de decisión acorde con los cambios, la poca prioridad que se le ha otorgado al campo en los últimos años dentro de las reformas, la cultura política instalada que impide una continuidad de la acción técnica con los cambios de gobierno y la carencia de recursos para poder llevar a cabo el diseño e implementación de un sistema de vigilancia y evaluación permanente sobre los distintos ejes correspondientes a la rectoría del campo de los recursos humanos.

Queda claro, tanto por las evaluaciones mencionadas como por los informes obtenidos a través del Observatorio, que en las denominadas reformas de “primera generación”, la mayoría de los países se concentraron en temas relacionados con cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en ajustes a las prestaciones de los servicios sanitarios a la población, descuidando de alguna manera las funciones básicas de la salud pública, entendidas como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública, es decir, de las acciones colectivas del estado y la sociedad civil con el fin de proteger y mejorar la salud de las personas. (10) Los temas de recursos humanos quedaron pendientes, siendo este un tema no menor ya que difícilmente las reformas anteriores puedan realizarse adecuadamente si no se cuenta con recursos humanos capacitados, motivados y protegidos dentro de sistemas que permitan su desarrollo.

En Argentina los problemas de los recursos humanos en salud y en particular la formación de especialistas a través de las residencias en salud y otras modalidades como las concurrencias, han sido expresados en diversos procesos (11) encarados por diversos actores institucionales para su reflexión y toma de decisiones, los cuales han permitido al menos, identificar algunas áreas que requerirían intervenciones básicas por parte de los órganos rectores de las mismas: *definición de políticas de formación y empleo de especialistas y los mecanis-*

mos de planificación y regulación. Si bien la gestión de los recursos humanos constituye un aspecto importante para los mecanismos de mejora del desempeño, no es objetivo de este documento considerarlo.

En cada uno de los acápites siguientes se detallan problemas específicos relacionados con estos tres grandes ejes que en definitiva deberán formar parte de una política de rectoría de los recursos humanos general, que acompañe las nuevas políticas de salud identificadas en los actuales momentos de crisis.

4. Las políticas de desarrollo de los Recursos Humanos en salud

La noción de “políticas de recursos humanos en salud” no siempre se ha concebido de una manera uniforme. Dussault y Dubois (12) identifican dos enfoques principales en la formulación de políticas de recursos humanos: el tradicional abordaje de política pública como proceso cíclico de la toma de decisiones, que en orden de resolver un problema la política es trazada a partir del establecimiento de un número de objetivos y estrategias para alcanzarlos. La implementación operacional de la política tiene como expectativa alcanzar la resolución del problema. Con este enfoque, la racionalidad del proceso es una sucesión lógica, una evaluación objetiva de diferentes alternativas y el uso del conocimiento científico.

El otro enfoque que estos autores distinguen es el que pone el énfasis en las relaciones personales y contextuales del proceso de formulación de políticas. La política es concebida no como un proceso secuencial, sino como un proceso integral donde los valores y las diferencias son explícitas, se busca un consenso entre las partes, se formulan compromisos, se forman alianzas y se justifican las acciones. Este es un ejercicio político más allá de las actividades técnicas y requiere un proceso de intercambio y negociación entre los diversos grupos interesados.

Estos autores son de criterio que los cambios políticos rara vez surgen de un proceso lineal y son resultado de interacciones repetidas entre tres aspectos: la definición de problemas, la propuesta de soluciones y la obtención de consenso político. Cuando estos tres aspectos convergen crean oportunidades para establecer políticas de recursos humanos.

El uso complementario de los dos enfoques puede ser beneficioso para el desarrollo de una política de recursos humanos. El primero tiene el reconocimiento del rol de la información, las modernas técnicas analíticas y las herramientas de toma de decisión para el desarrollo de políticas coherentes, las cuales son necesarias pero no suficientes. Las segundas brindan un panorama

del contexto político, económico y social donde se implementarán y desarrollarán las políticas.

Martínez y Martineau (13) sugieren 4 categorías de situaciones en las que las políticas de recursos humanos se desarrollan:

- *Planificar la provisión de personal.* El propósito es asegurar la cantidad adecuada de personal en las diferentes categorías de profesionales y técnicos y que haya personal disponible y distribuido equitativa y coherentemente entre las regiones geográficas, establecimientos y niveles de atención.
- *Educación y capacitación.* Proveer a las distintas categorías de personal con la capacitación requerida por el tipo de objetivos establecidas en las políticas de salud. Las acciones de la política pueden influir en la transformación de los currículos a los objetivos de las políticas de salud y los requerimientos de los servicios, desarrollo de nuevos métodos de enseñanza y aprendizaje, monitoreo de necesidades de capacitación, desarrollo de infraestructura de capacitación, formación de formadores y la regulación de instituciones de formación.
- *Gestión para el desarrollo.* Asegurar la motivación del personal de los servicios de salud a fin de producir calidad de los servicios incluidas las guías relacionadas con la división y organización del trabajo, los estándares de desempeño, los métodos de pago, circulación de información, herramientas de prácticas y gerenciamiento, mecanismos de evaluación y rendimiento y las estrategias de reclasificación.³
- *Condiciones de trabajo.* Desarrollo de guías dirigidas para selección de personal, incentivos, carrera funcionaria, mecanismos de movilidad.

La definición de políticas de recursos humanos está indisolublemente ligada a la planificación, la regulación y la gestión de los recursos humanos. Cada una de ellas, sostiene Brito y colaboradores, tiene su propósito específico, su teoría de base, y sus propios correlatos metodológicos y prácticos, pero en la práctica cotidiana muchas veces, y cada vez más, es difícil distinguir o separar esas cuatro intervenciones. (14)

³ El 43er Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó la resolución CD43.R6 instando a los países a aplicar medidas para el desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud. La gestión de los recursos humanos incluye las decisiones e intervenciones sobre los procesos inherentes al desempeño del recurso humano de salud en su contribución a la atención de la salud de la población.

Algunos problemas del campo de los recursos humanos en salud de la Argentina, que ameritarían una política nacional consensuada entre las diferentes instancias que intervienen en la rectoría del binomio formación-utilización, ya han sido identificados en décadas anteriores. Me refiero a los desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo. Por una parte, se observan (Tabla 1) las categorías profesionales y su representación en porcentaje: los médicos ocupan el 25% de la fuerza de trabajo sectorial, las auxiliares de enfermería y empíricos el 13% y el 10% los psicólogos.

Tabla 1

Categoría	Número	Porcentaje
Médicos	108.800	24,7
Odontólogos	28.900	6,6
Farmacéuticos	15.300	3,5
Bioquímicos	11.100	2,5
Psicólogos	43.000	9,8
Kinesiólogos	9.800	2,2
Dietistas/Nutricionistas	5.300	1,2
Enfermeros	29.000	6,6
Auxiliares de enfermería y empíricos	57.000	13,0
Ingenieros Sanitarios*	1.000	0,2
Trabajadores Sociales*	3.300	0,7
Veterinarios	13.000	3,0
Técnicos (excluidos profesionales)	11.100	2,5
Administrativos y Servicios Generales	103.500	23,5
Total	440.100	100

Fuente: Abramzón y colaboradores, Secretaría de Planificación de la UBA, publicado en *Recursos Humanos en Salud en Argentina*, 2001, OPS/OMS.

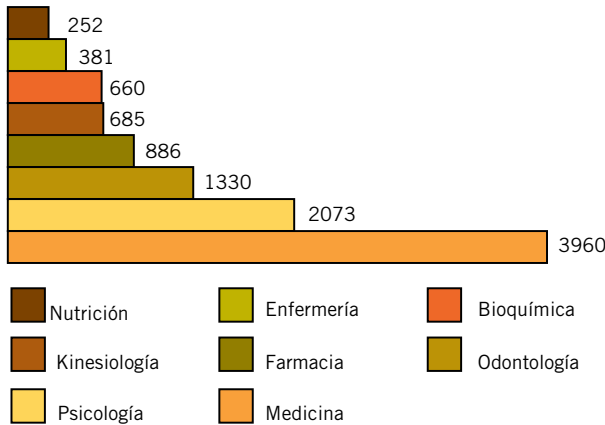
Por otra, los datos de 1998 muestran la existencia de un médico cada 332 habitantes, esta relación es de un médico cada 95 habitantes en la Ciudad de Buenos Aires y más de 10 veces inferior en Tierra del Fuego (un médico cada 962 habitantes). Mayores disparidades pueden verse con otros recursos humanos como en el caso de los odontólogos, donde el promedio nacional es de un odontólogo cada 1267 habitantes, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires existe un odontólogo cada 367 habitantes y en Tierra del Fuego uno cada 4.279 habitantes (casi 12 veces inferior). (15)

Durante el período 1993 a 1998, egresaron de 12 universidades un total de 23.762 médicos, con un promedio de 3.960 nuevos médicos cada año. En el mismo período, egresaron 12.438 psicólogos (2.073 al año), 5.319 farmacéuticos (886 al año) y 3.962 bioquímicos (660 al año). (16)

En concordancia con la pirámide de fuerza de trabajo, la *pirámide de egresados* (Gráfico 1) de las facultades en Argentina muestra alguna desproporción de acuerdo a la relación recomendada de médicos/enfermeros/equipos de salud.

Gráfico 1

Número de egresos por profesión



Fuente: Abramzón y colaboradores, Secretaría de Planificación de la UBA, publicado en *Recursos Humanos en Salud en Argentina*, 2001, OPS/OMS.

Uno de los problemas que tiene el país es la ausencia de un sistema de información que contenga la información de todos los especialistas formados e incorporados dentro de la fuerza laboral del sistema de salud. De la información obtenida hasta el momento, recopilada por Abramzon y colaboradores, pueden extraerse algunas ideas que muestran hacia dónde se inclina el balance de las especialidades en el país, cuales son las prioridades y a qué tipo de sistema de salud responde.

En relación a los médicos, aproximadamente la mitad de los que egresa cada año, realizan estudios de posgrado a través del *sistema de residencias de salud*.

En 1998 existían 1251 residencias que eran desarrolladas en 309 instituciones. Se calcula que cada año, entre el Ministerio de Salud, la Provincia de Buenos Aires y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se invierten 105 millones de pesos (tomando en consideración los años 1997, 98 y 99 respectivamente) en el desarrollo de estas residencias de salud. Por otro lado, un estudio sobre Residencias Médicas que retoma, entre otros temas, 22 años de financiamiento de las mismas, muestra que el promedio de áreas de especia-

Tabla 2
Estimación parcial del número de profesionales médicos
para algunas especialidades

Categoría	Número	Porcentaje
Clínica médica*	18.000	24,0%
Pediatría	12.500	16,6
Cardiología	8.450	11,3
Psiquiatría	2.050	2,7
Cirugía	4.300	5,7
Oftalmología	3.400	4,5
Ortopedia y Traumatología	2.600	3,5
Ginecología y Obstetricia	3.500	4,7
Anestesiología	3.400	4,5
Diagnóstico por Imágenes	1.750	2,3
Dermatología	4.000	5,3
Otorrinolaringología	3.000	4,0
Neurología	600	0,8
Patología	1.200	1,6
Endocrinología	1.100	1,5
Nefrología	850	1,1
Alergia e Inmunología	750	1,0
Urología	1.400	1,0
Gastroenterología	600	0,8
Diabetología	800	1,1
Neurocirugía	400	0,5
Reumatología	450	0,6
Total	75.100	100%

* Se repiten los datos del año 1992

Fuente: Abramzón y colaboradores, Secretaría de Planificación de la UBA, publicado en *Recursos Humanos en Salud en Argentina*, 2001, OPS/OMS.

lidades apoyadas por el Ministerio de Salud en dicho período ha recaído en las especialidades de: Pediatría, Medicina General, Clínica Médica, Tocoginecología, Cirugía General, Psiquiatría, Bioquímica y Anestesiología. (17)

El mismo estudio muestra que en 1977 se financió un solo cargo de residencia en Medicina General, en 1985 la prioridad se traslada a ésta área de especialidad, observándose una disminución paulatina en el área de la Psiquiatría y el aumento a partir de 1985 en Psicología; el apoyo a cargos en residencia de Enfermería desde 1992 y la tendencia constante al apoyo de cargos en Pediatría y Clínica Médica (18). Sobre las tendencias observadas no encontramos documentación que justifique las razones de los cambios y las prioridades del sistema para financiar determinados cupos de formación.

Otros problemas específicos que aparecen reiteradamente están relacionados con aspectos de regulación y planificación, de orientación de la formación y de gestión de las residencias, de enfoques de los perfiles educacionales, y problemas de tipo pedagógico. Algunos problemas específicos merecen destacarse: la diversidad de denominaciones en la formación de un mismo campo; las diversas formas de adquirir una especialidad; los problemas de intercambio del personal especializado entre las provincias; proliferación de especialidades posbásicas y subespecialidades; acuerdos para homologar normas de acreditación, certificación y recertificación; la actualización de planes y mecanismos de evaluaciones periódicas de los programas de formación de especialistas; establecimiento de acuerdos que incorporen las nuevas orientaciones de la globalización económica y el sistema de empleos dentro del MERCOSUR.

4.1. Algunas preguntas para pensar

En el tema de la política y planificación de los recursos humanos en salud para la Argentina hay preguntas pesadas que no deben dejarse de lado:

- 1) ¿Se corresponde el número de especialistas existente en el país con lo que necesita el sistema de salud actual y futuro, tomando en cuenta el escenario económico y de crisis del sector? ¿Es adecuada la relación de generalistas/ especialistas?
- 2) ¿Es adecuada la estructura de formación o sobrepasa los requerimientos del país en el marco de las transformaciones?
- 3) ¿Cuál es el campo de trabajo de un médico habilitado pero de reciente egreso, sin una especialidad? ¿Tiene posibilidades de trabajo dentro del sistema de salud argentino? ¿Por qué no? Si tiene, ¿qué tipo de trabajo realiza?

- 4) Es conocida la desproporcionada relación médicos especialistas vs. el personal de enfermería existente en el país (19); también es conocida la inversión financiera realizada anualmente por los gobiernos nacional, provincial y municipal en la formación de especialistas. ¿Se podría comenzar a pensar en una inversión más equitativa, que contribuya a equilibrar la pirámide invertida de recursos humanos que tiene el país, mirando hacia la conformación de equipos de salud y al desarrollo de la Atención Primaria y la Promoción de la Salud?
- 5) El alto costo, tales como préstamos, bonificaciones, matrícula, becas, ¿podría ayudar a que más personas entren en el sector público y permanezcan?
- 6) ¿Cuáles incentivos se podrían pensar para mejorar la equidad en la distribución geográfica de la fuerza laboral de salud de la Argentina?
- 7) ¿Requiere la complejidad de los problemas de salud incorporar otro tipo de profesionales al sistema de residencias en salud?

5. La planificación de los Recursos Humanos en salud y de los especialistas

La planificación en el sector social y en Salud en particular ocupó gran parte de los esfuerzos de los países de las Américas entre los años sesenta y ochenta y en el campo de los recursos humanos en salud, constituyó una línea de cooperación técnica importante, en una primera etapa con un enfoque normativo y más tarde con el enfoque de la planificación estratégica. A pesar de que la importancia del tema, la planificación dejó de ocupar los primeros lugares del temario político técnico cuando se discuten problemas de formación y distribución a nivel nacional y local. Pese a ello las demandas de los países sobre normas o recomendaciones internacionales por categoría profesional, por población o número de camas, son de alta frecuencia.

En ese marco de las reformas del sector salud, la función de planificación de recursos humanos casi desapareció, y al parecer se transfirió la lógica de la planificación en cuanto a las decisiones claves sobre disponibilidad de personal, la orientación y dinámica de la formación de pre y posgrado y del empleo, a las propias reglas del mercado.

Cabe admitir que los mecanismos de planificación normativa y las diversas metodologías que se implementaron en los años señalados habían mostrado poca efectividad y eficacia para orientar la toma de decisiones, especial-

mente porque fue entendida como la búsqueda de un balance de ecuación entre oferta y demanda del personal en los sistemas de salud.

Al respecto, algunos autores señalan que “el convencional proceso planificador implica un momento analítico, seguido por un momento de formulación e implementación de un plan de acción que continúa con la evaluación y el monitoreo de cambios en los entornos educacional y laboral para realizar los ajustes que fueran necesarios. La planificación (vista como un proceso aislado) ha sido históricamente, reactiva a las variaciones del sistema de salud, no consideraba los condicionantes políticos (en entornos institucionales inestables y conflictivos) y no logró establecerse como procesos permanentes con proyección al futuro. Se realizaba en tiempos reales y con acciones concretas en el presente”. (20)

Los planteos teóricos de la planificación estratégica y/o situacional, promovida ampliamente por la OPS, rescata otras aproximaciones a la planificación del personal, como las dimensiones políticas, la incertidumbre y la complejidad del campo sanitario y del propio campo de recursos humanos, como condicionantes del proceso de planificación y de los objetivos y componentes de un plan, estando los aportes más dirigidos a la discusión de aspectos conceptuales que a la ejecución de planes y operación de procesos, organizaciones, métodos y técnicas de planificación.

Es conocida la persistencia o agravamiento en la gran mayoría de los países de la región los problemas de disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en salud. Es por esta razón que actualmente el programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS está retomando el tema de la planificación de los recursos humanos en salud, considerándola como una de las “funciones esenciales” del desarrollo de los recursos humanos en salud. Se parte del criterio de que un sistema de planificación de recursos humanos debería tener como propósito fundamental asegurar que haya suficiente personal disponible con las competencias adecuadas para entregar una atención de salud de buena calidad a la población y que la “planificación es una intervención estratégica y necesaria para la factibilidad, viabilidad y ejecución de las políticas, para orientar la intervención regulatoria y para, junto a la orientación de política de recursos humanos, definir marcos para la gestión de recursos humanos en las jurisdicciones descentralizadas y organizaciones de salud”. (21)

En principio, se plantean un conjunto de dimensiones a ser considerados en busca de respuestas para configurar una idea o una pauta (no un modelo) de la planificación de recursos humanos necesaria:

- El contexto sanitario y de las reformas sectoriales.

- La integración de la planificación a las políticas, la regulación y la gestión de los recursos humanos.
- La viabilidad política y la participación de actores.
- La descentralización de los servicios y la planificación.
- El sujeto planificador.
- La cuestión de la información para las decisiones.
- La cuestión metodológica.

En un proceso de planificación de los recursos humanos⁴ deberán contemplarse los nuevos escenarios y las nuevas condiciones del desarrollo de los sistemas de salud en lo político, económico e institucional, así como las implicaciones de los objetivos sustantivos de las reformas para las intervenciones estratégicas sobre la fuerza de trabajo en salud. El Observatorio regional de los Recursos Humanos ha definido algunas categorías de datos básicos identificados como necesarios para encarar un proceso de planificación y toma de decisiones futuras:

- Disponibilidad (oferta) de recursos humanos (profesionales, técnicos y auxiliares).
- Flujos de la formación y capacitación de los recursos humanos.
- Vínculos de trabajo.
- Desempeño y productividad del personal.
- Remuneraciones, salarios y ingresos y sistemas de beneficios.
- Regulación laboral y profesional.
- Organización, conflictos y negociación colectiva.

5.1. Algunos datos específicos a considerar

Algunos datos más específicos sobre los especialistas resultan imprescindibles para el análisis y las futuras propuestas:

- Número y perfil competencial de profesionales y especialistas que se forman en un período dado.

⁴ Entendemos que tanto las políticas como la planificación de los recursos humanos en salud deben encararse considerando todas las categorías profesionales y técnicas, centrada en los equipos de salud y en la fuerza de trabajo como un todo.

- Tipo y número de plazas de residencias y concurrencias de salud, tanto públicas como privadas.
- Tipo de especialistas formados y trabajando en el sector público y privado.
- Modalidades de contratación, incentivos y las formas de pago.
- Estudios sobre desempeño y productividad de los especialistas.
- Relación especialistas/ otras categorías profesionales y técnicas.

Si bien se plantean algunos ejemplos de datos a considerar sobre residencias y especialistas, es imprescindible comenzar a moverse desde un análisis y planificación centrada en el médico hacia un análisis y planificación centrada en los equipos de salud y la fuerza de trabajo como un todo. El clásico movimiento entendido como planificación de las residencias ha sido para enfrentar los cíclicos desequilibrios entre oferta y demanda de determinados médicos especialistas, sin que un proyecto de políticas de salud oriente y establezca las necesidades de los recursos humanos, considerando entre ellos a los especialistas que se requerirán.

6. La regulación

La regulación es una de las funciones de la rectoría del sector salud que se cumple a través de procesos complementarios de normatización y vigilancia y constituye un factor determinante para asegurar la pertinencia, racionalidad, proporcionalidad, la eficacia y eficiencia de un sistema determinado. Las funciones de la regulación pueden ser normativas (de carácter político y técnico, con representatividad política, solvencia y autoridad técnica y transparencia de gestión) y de supervisión y control. La fijación de normas es política mientras la vigilancia de su cumplimiento es técnica. (22)

Las nuevas responsabilidades que emergen a partir de las reformas que define cada país, requieren un proceso de fortalecimiento y diseño de una estructura organizacional y de nuevos instrumentos para realizar sus operaciones. El perfeccionamiento de las funciones de regulación exigen adoptar nuevas y realistas estrategias que permitan alcanzar los objetivos deseados. Parece necesario partir del reconocimiento de las capacidades autónomas de decisión y acción que tienen las instituciones y de los objetivos propios de cada una de ellas que no necesariamente son coherentes con el desarrollo de la Salud Pública. Esta aceptación podría significar la ruptura con un concepto formal de rectoría sectorial fundamentado en el clásico binomio gobierno-man-

da y adoptar una posición realista, apoyada en la construcción del consenso, en el desarrollo del conocimiento, basada en la investigación y en el manejo de la información, que tienda a colocar al Ministerio de Salud en una posición de liderazgo.

La regulación pasa por varias instancias relacionadas con los aspectos relativos al trabajo y a las regulaciones específicas de la formación y de los individuos como profesionales. No es el objetivo de este trabajo desarrollar cada uno de estos aspectos en cuanto a los contenidos teóricos y metodológicos y problemas que entrañan cada uno de ellos, ya que se cuenta con una buena producción de documentos escritos en la última década, por especialistas en estos temas. Para fines de este trabajo me limitaré a analizar la situación *la legislación correspondiente a las residencias de salud desde el surgimiento de las mismas*, encarada a través de un cuerpo legal específico, constituido por leyes y reglamentos que han intentado conducir los distintos temas que atañen el desarrollo de las residencias en salud y a los futuros especialistas. Un resumen de ellas y el grado de cumplimiento son tomados como ejercicio de análisis para conocer la lógica de la “regulación formal” de las residencias desde el Ministerio de Nación y su nivel de cumplimiento.

6.1. Las legislaciones nacionales pasadas y actuales que modelan el sistema de formación de especialistas

A continuación se rescatan para fines de análisis algunos de los puntos más relevantes de la legislación histórica para las residencias en salud y la regulación de las especialidades que fuera elaborada en forma de digesto y base de datos por el Ministerio y publicada en el año 2001 (23).

Es en el año 1960, cuando el sistema educativo se institucionaliza para los establecimientos asistenciales dependientes del Ministerio de Salud mediante la creación del Sistema Nacional de Residencias Médicas por *Resolución Ministerial N° 1.778/60*. Esta norma se fundamentó en los resultados que el sistema de residencias que ya funcionaba parcialmente en el país había evidenciado respecto a la capacitación del personal y en la necesidad de mejorar la eficiencia en la atención de los enfermos. La resolución aprueba un Reglamento para la Residencia Médica Hospitalaria, y establece que será la Escuela Nacional de Salud Pública la encargada de fijar el régimen de funcionamiento y de evaluación y de determinar cuáles serán los establecimientos en los que se aplicará el sistema de residencias. Asimismo, crea un Comité de Control y Evaluación de Residencia. Se considera que el residente cumple

funciones de becario, por lo que recibe una beca que debe ser considerada como un estímulo y no como un salario. Se establece asimismo que las becas serán asignadas por concurso.

Pocos meses después de creado el Sistema Nacional de Residencias, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública —poniendo énfasis en la necesidad de desarrollar una capacitación progresiva a partir de las disciplinas básicas— establece, por *Resolución Ministerial N° 223/61*, que las residencias a implantar en establecimientos asistenciales dependientes del Ministerio serán exclusivamente en disciplinas básicas como Medicina Interna, Cirugía General, Clínica Pediátrica, Obstetricia y Ginecología. El cumplimiento de estas residencias básicas será considerado un requisito para acceder a las residencias hospitalarias en otras especialidades.

A estas normas les siguen algunos años en los que el Sistema de Residencias no sufre mayores modificaciones. Recién en 1967 se elabora una norma que tendrá un fuerte impacto en la organización del sistema de residencias, la *Resolución Ministerial N° 622/67*, mediante la cual se crea el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CO.NA.RE.ME)

Esta resolución se fundamenta en la necesidad de incrementar la experiencia práctica de los médicos graduados en las facultades y escuelas de medicina en un marco que garantice, al mismo tiempo, la formación integral, intensiva y programada de los graduados y el cuidado de los pacientes a su cargo. Reconoce también que el sistema de educación médica basado en las residencias hospitalarias se articula alrededor de objetivos formativos integrales, supervisión adecuada, adquisición de experiencia personal en plazos prefijados, dedicación exclusiva y programas educacionales y que la experiencia de su aplicación en el país ha resultado altamente satisfactoria para la educación de médicos de reciente graduación. La norma señala también la necesidad de homogeneizar, coordinar, racionalizar e interrelacionar los sistemas existentes en diversas instituciones con el fin de asegurar un funcionamiento eficiente de los mismos, por lo que crea una instancia, el Consejo Nacional de Residencias Médicas, que se encargará de acreditar y evaluar las residencias médicas como organismo dependiente de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Es de destacar que, en su artículo 1º, la Resolución Ministerial N° 622/67 define qué se entiende por residencia médica, al establecer que se refiere al *“sistema educativo del graduado reciente, que tiene por objeto completar la formación integral del médico, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficiente de las especialidades médicas”*.

La modalidad que propone para la formación incluye un régimen de trabajo a tiempo completo con dedicación exclusiva en el marco de un plan de

formación y con plazos preestablecidos, remunerado, que enfatice la ejecución personal de actos médicos progresivamente complejos, bajo una supervisión adecuada.

El CO.NA.RE.ME llevaría adelante sus funciones de promoción, normatización, evaluación, y certificación de las residencias. Contradictoriamente, el mismo año que se establece este organismo, se sanciona una Ley 17.132/67 del Ejercicio Profesional de la Medicina, la Odontología y las Actividades de Colaboración de las mismas en la que el cumplimiento de un programa de residencia en una especialidad médica no habilita (no habilita para anunciarse como especialista y sí lo hace con una concurrencia de 5 años) para su ejercicio profesional.

En 1979 se establece, finalmente, el Sistema Nacional de Residencias de Salud, dando un marco legal apropiado a un sistema de formación profesional que ya contaba con más de veinte años. *La Ley N° 22.127/79 es el instrumento que instituye definitivamente el sistema, al que le asigna como objeto "complementar la formación integral del profesional" (Art. 1°), mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión. Establece que las residencias serán remuneradas mediante una beca anual y que la actividad del residente será de tiempo completo y con dedicación exclusiva.*

Hubo que esperar más de veinte años para que la instancia formativa de la residencia sea habilitante para anunciarse como médico especialista. Mediante la Ley 23.873/90 se reemplaza los artículos 21 y 31 de la Ley del Ejercicio Profesional N° 17.132, estableciendo que para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social para emplear el título o certificar la condición de especialista se deberá acreditar entre otras condiciones, la de poseer un certificado de aprobación de residencia profesional completo (de una duración no inferior a tres años), extendido por una institución (pública o privada) reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación.

Pese a las dificultades para instituir una instancia definitiva de acreditación, coordinación y evaluación del sistema de residencias, se sucedieron normas que fueron contribuyendo crecientemente a su organización como tal. Así la *Resolución Ministerial N° 476/86*, establece un nuevo ordenamiento del régimen de enseñanza-aprendizaje que conforma el Sistema de Residencias de la Salud, dándole prioridad a las especialidades básicas (como fundamento de las sub-especialidades) y a las denominadas críticas por la escasez de profesionales y la especificidad de formación.

Al año siguiente, la *Resolución Ministerial N° 478/87 M.S. y A.S.* pone en evidencia la preocupación por el funcionamiento y los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje que se desarrolla en las residencias mediante la

aprobación de un método de evaluación y control del Sistema de Residencias de la Salud, que será de aplicación anual obligatoria.

El método propuesto contempla la evaluación de los diversos componentes del Sistema de Residencias (objetivos, programas y metodología y profesionales docentes y profesionales residentes) y tiene por objeto establecer si el proceso de enseñanza-aprendizaje se adecua a lo establecido en el Reglamento de Residencias y en la Ley 22.127.

La complejidad creciente del Sistema de Residencias requirió la organización de una instancia orientada a adecuar los programas de los distintos servicios a las posibilidades de cada institución, a contribuir a interrelacionar las instituciones y los servicios, y a unificar criterios relativos al desarrollo del sistema. Es así como la *Disposición N° 4/87* de la Dirección Nacional de Recursos Humanos crea un Comité Asesor de Residencias de la Salud, que tiene como funciones principales elaborar y proponer las medidas y modificaciones que considere necesarias a las reglamentaciones ya vigentes, proponer nuevas reglamentaciones y colaborar en la supervisión de las actividades de las residencias (en el ámbito de los establecimientos y de su relación con las demás tareas asistenciales y docentes).

Sin embargo, la inexistencia de un mecanismo regular para la evaluación de la calidad educativa de los programas de las residencias de salud (debido, entre otras razones, a la no reglamentación de la Ley 22.127) y la consecuente demora en el reconocimiento del carácter de nacional de las residencias de distintas jurisdicciones e instituciones, hizo necesaria la constitución de una instancia que atendiera estas cuestiones. Es así como la *Resolución Secretarial N° 174/88* crea el Comité de Evaluación de Residencias de Salud, cuyas funciones involucran analizar la estructura docente, programas y resultado de las residencias de salud que soliciten el reconocimiento de la Secretaría de Salud. Establece también que sociedades profesionales reconocidas de la especialidad podrán acreditar la calidad de las residencias de salud previa firma de convenios con la autoridad reguladora.

Como parte de las iniciativas orientadas a regular el sistema de residencias y, consecuentemente, el desempeño de los residentes de Salud, en el mes de Abril de 1989 se aprueba la *Resolución Ministerial N° 389/89* que instaura un nuevo Reglamento Básico de la Residencia de Salud, como una manera de sistematizar tanto los aspectos comunes como los específicos de todas las residencias nacionales e invita a las demás jurisdicciones a adherir al mismo.

Este reglamento no introduce modificaciones sustantivas ni en la definición vigente de las residencias ni en sus objetivos y régimen de trabajo, pero si expone detalladamente las funciones, obligaciones y derechos de los resi-

dentes, sus mecanismos de promoción durante el programa de formación, y los requisitos para desempeñarse como Jefe de Residentes, su modalidad de selección y sus funciones, derechos y obligaciones.

A partir del año 2000, las reformas de la estructura del Ministerio de Salud impactaron en los procesos de acreditación y evaluación de las residencias, dado los sucesivos cambios de dependencia que sufrió la histórica Dirección Nacional de Recursos Humanos. Así, convertida en Dirección de Formación de Recursos Humanos de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud vio ratificada su participación en la acreditación de las residencias de salud (*RM 1270/01*). Pocos meses después, la *DA 24/02* establece una nueva estructura organizativa, creando la “Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud” (DNPRRHHS) que, junto con otras acciones, será la responsable del Programa de Residencias del Equipo de Salud. La responsabilidad de la acreditación de las residencias en salud pasa entonces de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, a cargo de la DNPRRHHS a la propia Dirección de Políticas de Recursos Humanos, quien estaría a cargo además de las contrataciones de residentes (*Decreto 1559/02*).

6.2. Dificultades en la ejecución de la legislación Argentina sobre Especialidades, Residencias Médicas

A continuación se presentan algunas observaciones que a mi juicio han obstaculizado la ejecución y cumplimiento de la legislación que históricamente ha propuesto el Ministerio de Salud de Nación, expresadas con la única intención de reflexionar sobre las dificultades que impiden el avance y concreción de buenas ideas y con propósito de promover la discusión para la búsqueda de nuevas estrategias que permitan construir caminos diferentes para el fortalecimiento de las residencias de salud:

- No ha habido un acompañamiento permanente en las acciones técnicas que den seguimiento a cada una de las legislaciones vigentes, especialmente en lo relacionado con el cumplimiento de mecanismos de evaluación, acreditación y desarrollo de las residencias.
- A lo largo de la historia de las residencias se observan discontinuidades y pautas en la acción de vigilancia en algunos aspectos propuestos por la legislación.
- Las legislaciones realizadas de manera esporádicas y coyunturales contribuyen a su propio debilitamiento como mecanismo regulatorio. Ejemplos:

- Existen leyes como la 22.127 de 1979, que establece el sistema nacional de residencias y la 23.873 de 1990, que modifica los artículos 21 Y 31 de la Ley del Ejercicio Profesional, que no fueron reglamentadas y para utilizarlas o ponerlas en funcionamiento se definieron de manera coyuntural resoluciones puntuales. Para esta última se realizó la disposición 1329 del 1993, que reglamenta la manera de tomar el examen para obtener el título de especialista y anunciarse como tales.
- Otro ejemplo específico son los cambios de especialidades reconocidas: en el año 2000 (*Resolución N° 1.337/01*) se eliminaron como especialidades la Salud Pública y la Medicina General y la Cardiología fue definida como especialidad básica. Más tarde, se modificó y agregó Medicina General de nuevo, pero no fue incorporada Salud Pública.
- No existen mecanismos de evaluación, monitoreo y seguimiento para el cumplimiento de las mismas.
- La apertura de algunas residencias podría obedecer a presiones políticas o posiciones particulares de grupos de poder, que no se corresponde con una política explícita de recursos humanos especializados.
- Existe una falta de consenso y acuerdos de trabajo permanente entre las distintas instituciones formadoras y empleadoras de recursos humanos de este nivel para el desarrollo de acciones que den cumplimiento de las legislaciones vigentes.
- Falta de compromiso de las instituciones para exigir el cumplimiento de determinada legislación.
- Se identifican algunas especificidades de legislaciones provinciales que se contraponen con la legislación nacional, lo que hace complejo la ejecución de programas y contratos nacionales como, por ejemplo el pago de residentes con financiamiento de Nación y el cumplimiento de ciertas normas y reglamentos exigido por el sistema de residencias provincial, tales como el régimen de conducta y las vacaciones.
- No existen estudios/análisis/reflexiones particulares relacionadas con el tema de la legislación en esta área en particular, por lo que pasa a ser un tema olvidado.
- La legislación vigente no constituye ni forma parte de una política de Recursos Humanos especializados coherente, sino que funciona como mecanismo normativo para el control de aspectos específicos.
- Desconocimiento de la legislación histórica y vigente por parte de las instituciones relacionadas con esta área, lo que dificulta el cumplimiento de determinadas normas.

6.3. Sugerencias para la profundización del tema de legislación

Los múltiples esfuerzos realizados durante décadas por el Ministerio de Salud de Nación para regular algunos aspectos de las residencias en salud pueden leerse en dos grandes volúmenes que recopilan dicho esfuerzo y en la base de datos que se actualiza de manera permanente. Sin embargo, el esfuerzo realizado por cada uno de los gobiernos ha alcanzado poco éxito en cuanto a su cumplimiento, en lograr una articulación real entre las distintas instancias del sector, y en alcanzar propuestas de cambios que acompañen, al menos, parte de las políticas de salud establecidas en los diferentes períodos. Es por esto que realizamos las siguientes recomendaciones:

- Analizar la legislación sobre recursos humanos en salud y en especial, de las residencias en salud, con el propósito de determinar su adecuación a los cambios producidos en la formación y ejercicio profesional por la reforma sectorial, y a las nuevas adecuaciones requeridas en función de las modalidades del sistema de servicios de salud del país.
- Identificar vacíos e incongruencias en la legislación vigente y áreas en las cuales sea necesario proceder a su adecuación y proponer opciones para su posible actualización.
- Generar procesos de investigación que permitan profundizar en temas específicos de las propias normativas y sirvan de evidencias para promover discusiones entre los distintos actores institucionales a fin de concertar acuerdos básicos.
- Proponer un sistema permanente de vigilancia de su cumplimiento. No basta con modificación y adecuación de la legislación. La supervisión de su cumplimiento debe constituir un esfuerzo político-técnico.
- Considerar las residencias en salud como una herramienta que permita avanzar en la construcción de una política de recursos humanos, que forme parte además, de una política de salud.

7. A modo de cierre

Las reformas que a lo largo de la década pasada se han propuesto en la mayoría de los países del continente han dejado de lado algunas cuestiones importantes relacionadas con el desarrollo de los recursos humanos en salud. Aspectos que tienen que ver con mecanismos de planificación y regulación de los mismos no fueron colocados dentro de una propuesta prioritaria, aun

cuando el énfasis de las reformas ha estado centrado, en gran parte, en mecanismos de búsqueda de equidad, calidad y eficiencia de la gestión, que depende fundamentalmente de la calidad y compromiso de los recursos humanos.

A pesar de que la mayoría de los países han enfocado las reformas en salud en reforzar la función rectora de los ministerios de salud, en el campo de los recursos humanos la función de rectoría no se ha trabajado de manera regular y suficiente y no se cuenta con políticas claras de desarrollo de recursos humanos en la mayoría de los países.

En el caso de Argentina, recién el año pasado se propuso un cambio importante en dos aspectos: se rescata la unidad de Recursos Humanos, achicada en años anteriores, reconvirtiéndola en una nueva unidad de Políticas de Recursos Humanos y se presenta una forma diferente de encarar algunas decisiones fundamentales a través de “mesas de diálogo” y procesos compartidos con el Ministerio de Educación, Universidades y provincias. Hasta el momento, se avanza en mecanismos colectivos de regulación de la formación, acreditación y habilitación de algunas “tecnicaturas” en salud y en los nuevos requisitos para el desarrollo de las residencias de salud. Se podría pensar, a partir de estas experiencias, que el país estaría avanzando con uno de los enfoques señalados por Dussault y Dubois, en el que se pone énfasis en las relaciones personales y contextuales, en el que los valores y diferencias se explicitan por todos los actores institucionales que intervienen en los distintos procesos, buscando formar alianzas y compromisos para decidir sobre aspectos particulares por temas, áreas o problemas.

Aun tomando en cuenta este avance, que podría servir de estímulo para desarrollo de otros procesos más abarcativos, el país todavía no cuenta con una decisión política para el avance hacia una construcción compartida y consensuada de políticas de recursos humanos en salud que redefina cuál es el equipo de salud que requieren los servicios, cuáles son los déficit de personal (el caso de la enfermería requiere de una mirada especial) cómo incentivar su entrada al mercado y a procesos formativos, cómo encarar los problemas conocidos de las residencias en salud en cuanto al número de formados, al tipo de especialidad a apoyar, a la calidad de la formación, a la evaluación de los procesos formativos y a la acreditación de los mismos.

En cada uno de los ejes básicos que señalamos en el documento para la construcción de una política de recursos humanos en salud, que contemple la situación de los especialistas y sus diferentes modalidades de formación, se formulan problemas visibles y preguntas que a nuestro modo de ver el país tendría que considerar para dar coherencia a los desequilibrios manifiestos, para orientar el tipo de personal requerido en un determinado sistema de salud (el

que se pretenda construir de aquí en adelante) y para permitir el desarrollo de los recursos humanos en todos los aspectos de su vida profesional, especialmente en los requerimientos de los servicios y la atención a la población.

Una política de especialidades en salud, que contemple las modalidades de formación (residencias y concurrencias), número, tipo y orientación de las mismas, funcionamiento y desempeño, evaluación y acreditación, requiere pensar sobre la especificidad misma del tema y también sobre la composición general de los recursos humanos en salud, los problemas de salud de la población y el sistema de salud en general a que apunta Argentina a partir de la crisis económica y del sector en particular.

Referencias bibliográficas

- (1) OPS/OMS. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del Sector Salud. Washington D.C. 1997. Pág. 13
- (2) José María Marín. "Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector salud" en Revista Panamericana de Salud Pública. Washington. Vol. 8. Nos 1/2. Julio-agosto. 2000.
- (3) OPS/OMS. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas. Washington. 2001
- (4) Alberto Infante, Isabel de la Mata y Daniel López Acuña. "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias" en Revista Panamericana de Salud Pública. Washington. Vol. 8. Nos 1/2. Julio-agosto. 2000.
- (5) Celia Almeida. "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 89 y 90" en Cuadernos de Salud Pública: Equidad y reformas de sistemas de servicios de salud en América Latina y Caribe. Brasil. Editora Fiocruz. Vol. 18, No. 4, Julio-agosto 2002.
- (6) Mikko Viononen, Danguole Jankauskiene y Arvi Vask. "De la política a la acción: Hacia una reforma de la atención de salud basada en pruebas" en La Revista Internacional de Salud Pública, Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1999, 77 (1-6).
- (7) Carta de Liubliana sobre la reforma de la atención sanitaria. Junio de 1996, publicada en La Revista Internacional de Salud Pública, Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1999, 77 (1-6).
- (8) OPS/OMS. Observatorio de los Recursos Humanos de Salud. Propuesta interagencial OPS-CEPAL-OIT. Serie de Observatorio de Recursos Humanos de Salud. Quito. 2000.
- (9) Pedro Brito Quintana. "Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral" en Revista Panamericana de Salud Pública. Washington. Vol. 8. Nos 1/2. Julio-agosto. 2000.
- (10) Daniel López Acuña y colaboradores. "Iniciativa La Salud Pública en las Américas: una manera de mejorar la práctica de la salud pública en el continente americano" en Educación en Salud Pública: Nuevas Perspectivas para las Américas. OPS/OMS. Washington. D.C. 2001.

- (11) Borrell R., Fiorentino M., Walter H. Informe sobre el Proyecto de Regulación de Especialidades Médicas en la Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación-OPS/OMS, Buenos Aires, 1996.
- (12) Dussault, Gilles y Dubois Carl-Ardy. Human resources for health policies: a critical component in health policies. 2001
- (13) Martínez J. y Martineau T. "Rethinking human resources: an agenda for the millennium" citado por Dussault, Gilles y Dubois Carl-Ardy. Human resources for health policies: a critical component in health policies. 2001.
- (14) Brito P., Padilla M., Rigoli F. Planificación de recursos Humanos y Reformas del Sector Salud. Programa de Recursos Humanos en Salud. OPS/OMS. Documento borrador. Pág. 21.
- (15) Abramzon, Mónica y Cadile, María del Carmen. "Recursos Humanos en Salud en la Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998" en Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. OPS/OMS. Argentina. 2001
- (16) IBID. Pág. 43-48.
- (17) Borrell, Rosa María. "Apreciaciones sobre las Residencias Médicas en la Argentina" en Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. OPS/OMS. Argentina. 2001.
- (18) Borrell, Rosa María. Op. Cit.
- (19) Abramzon, Mónica y Cadile, María del Carmen. Op. Cit.
- (20) IBID. Pág. 8.
- (21) IBID, Pág. 17
- (22) OPS/OMS. Taller sobre nuevos marcos e instrumentos para la regulación del financiamiento y el aseguramiento en el sector de la salud. Chile. Documento de relatoría. Enero 2001
- (23) Ministerio de Salud de Nación y OPS/OMS. Digesto de Recursos Humanos en Salud. Publicación Serie PWR/ARG No. 52. Buenos Aires. 2001.

LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD. DESAFÍOS EN EL CONTEXTO ACTUAL

Alicia Gillone*

Ante todo quisiera agradecer al Gobierno de la Ciudad y a la Dirección de Capacitación y Desarrollo, por brindarme la posibilidad de reflexionar y pensar con otros, para aportar elementos que sumen al accionar cotidiano. Efectivamente, en el contexto actual que nos condiciona y determina, hablar y actuar en Residencias Médicas, será un desafío muy grande.

Creo, que por todo lo que sabemos, tenemos elementos consistentes para pensar políticas de salud y políticas de Estado. Hoy, en medio de un creciente deterioro de los equipos institucionales y de espacios marcados por el desentendimiento del Estado Nacional y de los Estados provinciales, resulta necesario aunque obvio, recordar que la salud es un bien común y un derecho incuestionable de todos los que habitan este país.

Desde esta perspectiva, se pueda hacer una puesta al día de los recursos humanos en salud, de su capacitación y de las Residencias Médicas. Así, compartimos que el residente es un profesional de la salud, que se encuentra en capacitación activa en servicio, con una programación supervisada del trabajo y una delegación progresiva de funciones y responsabilidades; pero también pensar en el residente, es pensar en quién se va constituyendo como tal, con el soporte de todo el entramado institucional que se comprometió con él en su formación.

Creo entonces que buena parte de los interrogantes por los cuales hemos sido convocados, tienen que ver no tanto con las problemáticas de las residencias, que serían problemas presentes, sino con las ausencias que devienen de estas

* Médica sanitarista, egresada de la Universidad de Buenos Aires, especializada en Salud Mental y problemáticas psicosociales de familia, niñez y adolescencia. Ex diputada de la Provincia de Neuquén en el período 1995/1999 y en el período 1999 hasta mayo del 2002.

presencias. Quiero decir con esto que se puede mejorar el currículum o todos los aspectos que hagan a lo pedagógico docente de las residencias, pero para no caer en la ya mencionada pedagogía del refuerzo y poder hacer pedagogía de la transformación tendríamos que pensar en la falta de políticas de salud.

Los diferentes documentos que ha elaborado la Dirección de Recursos Humanos del Gobierno de la Ciudad, contienen conceptualizaciones resultantes de mucha experiencia en capacitación, de sucesivas evaluaciones y de opiniones de protagonistas directos en este campo, con lo cual aparece conceptualmente clara la formación de residentes. Y sin embargo ¿por qué seguimos encontrándonos para hablar y pensar estas problemáticas? Creo que lo que sucede se relaciona con ciertos círculos perversos del Estado, en sus desviaciones y en las transformaciones enunciadas y no hechas. Podemos mencionar, por ejemplo, el tema de la Universidad y que hace sin embargo a la formación de grado. Hace unos días leímos en los diarios que un decano de una facultad de la Universidad de Buenos Aires, defendía públicamente su preocupación porque miles de estudiantes necesitaban un mayor espacio físico y en superficie de aulas, para estudiar. Si bien me pareció bien la reivindicación ya que el decano se refería a miles de estudiantes de esa facultad, me llevó inevitablemente a preguntarme cuánto tiempo más, una universidad nacional, de fondos públicos, alienta determinadas carreras, sigue formando jóvenes en carreras de grado y no desalienta, para estimular hacia otras direcciones.

Creo que hoy somos muchos los argentinos que decimos: repensemos la Argentina. En materia del tema universitario distintas fuerzas políticas, dirigentes, estudiantes, docentes, diferentes gestiones de gobierno universitario han hablado y propuesto las modificaciones necesarias a hacer en la universidad. Pero quizá porque no se enfatiza en encontrar caminos de consenso que trasciendan al propio plano universitario, es que sigue observándose formación de recursos humanos sin políticas públicas coherentes. Desde ahí me parece que viene como una herencia, lo que viene después, que es el contexto adecuado para la formación de posgrado.

Hace pocos días acompañé a profesores de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, justamente invitados por residentes de un Hospital del Conurbano Bonaerense en el servicio de Salud Mental del Policlínico Evita de Lanús. Se trata de una residencia interdisciplinaria en Salud Mental que se lleva a cabo en unos de los servicios más famosos que tuvo el país y que fue escuela para centenares de profesionales de la Salud Mental. Sin embargo, los residentes relataban sus problemas cotidianos, sus penurias, sus soledades, que parecían estar en parte compensadas por sus otros compañeros residentes más adelantados, o por el apoyo de supervi-

siones realizadas desde afuera. Pero lo fundamental que se desprende de lo que ellos decían, es que tienen una sobrecarga de trabajo cotidiano, no alcanzan los recursos profesionales para atender la demanda del área y un aislamiento marcado respecto del sentido cotidiano de su trabajo.

Este ejemplo refuerza la pregunta de si los residentes se han transformado en un modelo ideal no viable frente a la realidad y sistema en el que se forman, exigiéndonos hoy buscar a los residentes reales, con sus intrínsecos problemas de formación, atinentes a las residencias en sí, pero carentes del soporte estructuralmente necesario del servicio al que pertenecen, del Hospital y de la política que orienta su tarea.

Me parece que en vez de hablar de las cualidades de lo que falta o de lo que tienen las residencias médicas en las que sin duda los expertos en estos temas pueden corregir, habría que hablar de lo que no tiene arreglo desde las residencias médicas y que es lo ya mencionado de las políticas nacionales de salud.

En esta jornada de exposiciones y reflexiones sobre las residencias médicas, fue mencionada la provincia de Neuquén, y quisiera entonces hacer mis propias consideraciones. El sistema de salud de Neuquén fue considerado nacional e internacionalmente como un modelo de salud. En los años 70 nace el sistema con una coherencia entre el poder político y el poder técnico. Desde el poder técnico estaba el equipo de salud, apoyado y asistido técnica y financieramente por el Estado nacional, así como la Organización Panamericana de la Salud. No eran tiempos del Banco Mundial ni del BID, eran tiempos de la OPS y de la OMS. Esto es, los centros internacionales que analizaban y definían políticas de salud en acuerdo de países, transferían sus apoyos para consolidar en los países que lo necesitaban, aspectos sanitarios que hicieran realidad la salud como derecho. También se podría agregar para poner en contexto histórico, que no eran épocas de Bush ni de determinados modelos hegemónicos en el mundo, era la época de Kennedy, de la Alianza para el Progreso, de la existencia del bloque socialista soviético, y en definitiva, de una realidad geopolítica que daba espacios muy importantes para el desarrollo nacional de políticas de salud.

En ese contexto, Neuquén tenía la decisión política de su gobierno, de construir un sistema sanitario público, donde el objetivo principal era bajar la tasa de mortalidad infantil, que en ese momento era junto con Jujuy una de las más altas del país. En épocas del gobernador Felipe Sapag se inició la construcción del sistema sanitario, desarrollando intensamente la formación del recurso humano. Cabe mencionar que un caudillo popular que con sus políticas hoy podemos criticar por los resultados económicos sociales que sufre la Provincia, fue sin embargo un intuitivo dirigente que supo construir un ca-

mino para que los pobladores neuquinos puedan ejercer el derecho a la salud. El Estado y la sociedad neuquinos, saben que la dedicación exclusiva de los médicos del sistema es una de las reivindicaciones centrales para el éxito de la gestión.

En la actualidad por cambios en las políticas de gobierno y afectado también por la política nacional, hay un creciente deterioro del sistema de salud de Neuquén. Ha habido diversos intentos de desviar los objetivos y las políticas públicas de salud; ya sea tercerizando servicios, congelando plantas y cargos de profesionales y desalentando las dedicaciones exclusivas. Sin embargo hay todavía una defensa muy fuerte por parte de todos los integrantes del sistema de salud y de la comunidad neuquina de los logros y beneficios que disfrutaron hasta hoy. Neuquén no está excluido del daño nacional que ya se sufre en el campo sanitario, pero es verdad que frente a otras provincias cuenta con recursos, estructura y memoria, para seguir atendiendo las necesidades de buena parte de su población.

Para concluir y regresar al tema que nos ha convocado, creo que tiene una enorme trascendencia darse estos espacios de debate y reflexión, que ojalá concluyan sumando sobre la preocupación de la capacitación y específicamente de las residencias. Ojalá en las conclusiones quede explicitado el compromiso de contribuir a encontrar los consensos, los caminos eficaces que le permitan al Estado nacional, al Gobierno de la Ciudad y a las provincias, reconocer la realidad epidemiológica sanitaria de la población y decidir con ella, cuáles serán los objetivos, los pocos y fundamentales objetivos, acordes con los recursos que hoy tiene el país, que decidiremos como políticas absolutamente prioritarias. Políticas, objetivos y acciones que una vez formulados y acordados debemos ser capaces de mantener.

LAS RESIDENCIAS EN EL MARCO DE UNA POLÍTICA DE SALUD

Dr. Pablo F. Bonazzola*

Transformar el sistema de salud

Desde hace más de dos décadas han desaparecido prácticamente las formulaciones de políticas de salud, fundadas en el sostenimiento y desarrollo del modelo de atención médica predominante durante el siglo XX, y han sido sustituidas por las que definen un escenario de *crisis* y *cambio*. La necesidad impostergable de la transformación del sistema de salud es una enunciación casi inexcusable hoy en el campo político sanitario.

También suele hallarse una relativa coincidencia diagnóstica sobre los componentes de la crisis, entre los que se pueden mencionar:

- La desigualdad e iniquidad determinadas por la marginación, la exclusión y la pobreza, la pérdida de coberturas sociales y la fragmentación social.
- La aparición de nuevos problemas de salud y la mayor complejidad de los mismos.
- El desarrollo de una mayor conciencia y una posición crítica de la sociedad, al menos de los sectores con mayor acceso cultural y económico, con respecto a la salud y su abordaje por el sistema de atención, y al impacto de la atención individual sobre la vida y los valores sociales.

* Médico clínico, Diplomado en Salud Pública (UBA). Ex - Jefe de Departamento Técnico del Hospital Argerich, Director del Hospital de Quemados, del Hospital Ramos Mejía, y de la Dirección de Planificación de Salud (GCBA). Director de la Comisión de Salud de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Subsecretario de Recursos de Salud de la Nación. Secretario de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Docente de Salud Pública. Actual Miembro del Consejo de Administración del Hospital Garrahan

- La inadecuación de los sistemas de salud y de la asignación de recursos, para dar respuestas efectivas a la creciente inaccesibilidad y a las nuevas problemáticas
- El cuestionamiento epistemológico, teórico y práctico hacia las disciplinas y profesiones con respecto a su capacidad de comprensión e intervención sobre los problemas de salud de las personas y las poblaciones.
- El incremento insostenible de los costos del actual modelo prestacional.

Deja de haber semejanzas en las ideologías sobre las que se basan, en forma más o menos explícita, las políticas de salud.

Esquemáticamente, podríamos señalar tres cauces: el primero, característico del tercio medio del siglo XX, y sustentado en el “imperativo tecnológico”, en “hacer en cada paciente lo máximo que la ciencia provee a la fecha”, en la asociación lineal entre el desarrollo científico y el progreso y bienestar humanos, en la medicina como arma para derrotar a la pobreza. El mismo ya no constituye el eje discursivo de casi nadie, aunque en la práctica sigue de manera subyacente influyendo en la cultura de los servicios y profesionales, a través del paradigma de la superespecialización, y en la asignación de recursos, que se destinan en alto porcentaje a las prestaciones diagnóstico-terapéuticas de mayor complejidad y costo. Las críticas desde el campo social, sanitario y bioético, tanto como la preocupación económica por los costos insostenibles, contribuyeron a desplazarlo de la superficie de la escena.

El segundo cauce, muy activo desde el auge del neoliberalismo en los 80, parte de la concepción de la salud como problema exclusivamente individual, de la consecuente desvirtuación del Estado social, y del privilegio de las reglas de juego del mercado en el desarrollo de sistemas de salud más eficientes. Debe señalarse que desde esta lógica, el tratamiento de la cuestión de los recursos humanos y las residencias sólo podría derivar en un problema exclusivo de costos y eficiencia, o a lo sumo en la garantía de calidad de atención de las personas desde un encuadre individualista como consumidores de servicios.

El tercer cauce es el que sostiene el carácter histórico social del proceso salud-enfermedad-atención, la salud como derecho social, y la necesidad de políticas activas del Estado para garantizarlo.

La ubicación en esta tercera concepción lleva a considerar a las residencias como parte de la problemática de los recursos humanos, a éstos como pieza clave en la transformación de la salud, y a la consecuente necesidad de su integración en las políticas públicas de salud.

Las políticas públicas de salud

Es conveniente en relación con las políticas de salud efectuar algunas apreciaciones.

La ausencia de leyes no implica ausencia de políticas

Desde 1988 —cuando se sancionaron las leyes 23660 y 23661 de Seguro Nacional de Salud y de Obras Sociales—, no se aprobó ni se discutió en las sesiones del Congreso Nacional ningún proyecto de ley integral sobre el sistema de salud de nuestro país. Esto no implica que no haya habido políticas de salud. Toda la década del 90 estuvo signada por una intensa actividad del gobierno nacional en su proyecto de desregulación de las obras sociales e incorporación del mercado en la seguridad social, mediante algunos decretos y resoluciones, pero principalmente a través de acciones de hecho. La ausencia de salud en la agenda legislativa fue, en realidad, parte de la política de salud.

Las leyes son instrumentos, y no designios infalibles

En 1963, en la discusión de la Ley de Medicamentos, el Senador Alfredo Palacios expresaba que no había que caer en la “superstición de la ley”, entendiendo por tal cosa que una ley no podía producir efectos si una gran parte de la sociedad no estaba consciente de sus objetivos y dispuesta a cumplirla, apoyarla y defenderla.

Especialmente en el campo social, las leyes suelen actuar como legalizadoras o propiciadoras de cambios culturales profundos (por ejemplo, la figura de presunción de donante en la ley de trasplante). Una ley no produce efectos mágicos; sí es un poderoso instrumento cuando la sociedad se apropia de la misma. En la realidad, la viabilidad de una ley transformadora no es dada por una situación de hegemonía circunstancial, sino que representa un escalón de consenso entre una pluralidad de intereses y actores.

Las políticas públicas deben encauzar la diversidad, no sancionar la uniformidad

Las políticas públicas deben propiciar aquellas orientaciones que se consideren deseables para la sociedad, priorizando la asignación de recursos, abrien-

do puertas a nuevos actores, sin la pretensión de regimentar a la sociedad. Una política educativa en función de un proyecto nacional no implica abolir la autonomía universitaria. Una política de investigación que priorice los intereses de la sociedad no implica prohibir la libertad científica, aunque hoy gran cantidad de científicos estén subordinados a empresas de lucro. Un proyecto de sistema de salud no debe establecer normas rígidas que mutilen la posibilidad de innovación y creatividad del equipo de salud y de los actores sociales.

Estas relativizaciones no invalidan la importancia de sancionar legislación transformadora en salud. Por el contrario, su inexistencia actual a nivel nacional expresa que sigue siendo una asignatura pendiente el amplio proceso de debate, consenso y visibilidad que implica el abordaje de proyectos de tales características.

Política de salud y recurso humano

El recurso humano es un factor clave en la transformación de los sistemas de salud, en un doble rol de transformado y transformador.

En tal sentido, la residencia es un potencial motor de la transformación en salud. La residencia es futuro en términos biológicos, pero para construir futuro en términos políticos, debe articularse en un proyecto.

La transformación es un proceso circular; requiere de recurso humano innovador, pero el recurso humano requiere de ámbitos propicios para innovar.

Por ejemplo, la Residencia de Educación para la Salud es una de las innovaciones más importantes en la materia en la Ciudad de Buenos Aires. Pero uno de sus mayores problemas es encontrar campos de aplicación donde los objetivos de los servicios, la formación y la actitud de los equipos de salud, les “den una mano” en un proceso de formación-reflexión-acción innovador y con perspectivas. En las condiciones actuales, la tarea consiste más en buscar “brechas” en lo existente, que en integrarse a procesos en marcha.

Desde estos enfoques pretendemos centrarnos, entonces, en la normativa sobre el sistema de salud de la Ciudad, como marco propicio para interactuar con la transformación de la residencia.

La Ley Básica de Salud

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires y la Ley Básica de Salud N° 153 constituyen el primer marco normativo de tal jerarquía en la historia

de la jurisdicción, que aborda explícitamente los lineamientos y la organización del sistema de salud.

La Ley Básica es una norma marco que no desarrolla reglamentaciones específicas. La cuestión de la residencia está presente en el artículo de docencia:

ART. 40°. Docencia. Lineamientos. La autoridad de aplicación adoptará las medidas necesarias para posibilitar y priorizar la actividad docente de grado y posgrado en todas las disciplinas relacionadas en el ámbito del subsector estatal de salud, bajo los siguientes lineamientos:

- a) La promoción de la capacitación permanente y en servicio;
- b) La inclusión de todos los integrantes del equipo de salud;
- c) El enfoque interdisciplinario;
- d) La calidad del proceso enseñanza-aprendizaje;
- e) La articulación mediante convenio con los entes formadores;
- f) La jerarquización de la residencia como sistema formativo de posgrado;
- g) El desarrollo de becas de capacitación y perfeccionamiento;
- h) La promoción de la capacitación en salud pública, acorde con las prioridades sanitarias.

Con respecto al subsector estatal, la Ley establece que el mismo debe organizarse y desarrollarse conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel, y la descentralización progresiva de la gestión.

En relación con la organización territorial, se determina la creación de regiones sanitarias y de áreas de salud, espacios locales que deben articularse con las futuras comunas de la Ciudad. Se prevén instancias de participación ciudadana en los tres niveles territoriales, como se muestra en el cuadro anexo:

Organización subsector estatal (Ley Básica de Salud)		
Organización por niveles	Organización territorial	Consejos
EFECTORES 1er. nivel 2do. nivel 3er. nivel	Area de salud	Consejo local de salud
	Región Sanitaria	Consejo regional de salud
	Ciudad	Consejo general de salud

Durante el año 2002, la Secretaría de Salud inició una experiencia piloto de desarrollo de área de salud en el Centro de Gestión y Participación N°3, en la zona sur de la Ciudad.

Este marco brinda una posibilidad objetiva de replantear el sistema de residencias integrado a un proyecto estratégico de salud de la Ciudad.

Algunas reflexiones finales

Tarde ó temprano, el nuevo modelo de organización irá propiciando la incorporación de la población como sujeto activo. Esto es fundamental en todos los temas de salud, inclusive en la residencia, ya que incorpora nuevos actores, ampliando un debate que suele restringirse a quienes integran la oferta de servicios con el consiguiente sesgo de los objetivos.

La normativa sobre residencias, en sus eventuales actualizaciones, debe asumir el nuevo diseño del sistema de salud, incorporando la organización y la pertenencia a redes, la prioridad del primer nivel y la interdisciplina entre otras.

La organización de las redes de atención centrada en poblaciones y territorios definidos permitirá cuantificar las prestaciones necesarias en el primer nivel y establecer tasas de utilización en el segundo y tercer nivel, lo que brindará datos invalorable con respecto a las prioridades de formación de recursos humanos.

El replanteo de las herramientas de gestión públicas es esencial. La rigidez de reconversión del recurso humano y la carencia de figuras contractuales determina muchas veces que los servicios echen mano, desvirtuando su naturaleza, a los escasos mecanismos de incorporación de personal profesional, entre ellos las residencias, concurrencias, becarios y suplencias de guardia.

Sobre estos supuestos, la acreditación de los servicios como sede de residencias es imprescindible. Es decir, los residentes no deben cumplir la función de “tapar agujeros”, sino que el servicio debe poder garantizar su proceso formativo.

Por último, queremos señalar el carácter imprescindible del consenso para estas transformaciones. En la realidad cotidiana de los servicios no existe una línea divisoria entre los “réprobos” del modelo hipermedicalizado y los “apóstoles” de la salud integral. Preferimos la imagen de conjuntos de profesionales sometidos a los avatares frecuentemente alienantes de la inserción laboral, pero muchos de ellos dispuestos a sumarse a objetivos de transformación, cuando los mismos son lo bastante claros y compartibles.



PONENCIAS

Lic. Mauro Dobruskin

Dr. Alicia Alvarez

Dr. Nery Fures

Lic. Gabriel Litovsky



Mesa

La gestión de las residencias

EL GERENCIAMIENTO EN LA TORMENTA

Mauro D. Dobruskin*

La primera pregunta que surge es; ¿gestionar para qué? Es decir, la gestión no es una parte escindida del proceso de formación de especialistas del equipo de salud¹. Por el contrario, la gerencia del proceso de capacitación está intrínsecamente articulada con el para qué de la misma. Por lo tanto antes de avanzar en el análisis de la gestión en sí, es pertinente señalar ciertos procesos y situaciones contextuales que la determinan en general y en particular, en situaciones de crisis.

Puntos de partida

El 80% de la formación de especialistas del equipo de salud es solventado con fondos públicos: nacionales, provinciales, municipales, universitarios y de las Fuerzas Armadas. Es decir, que es el Estado a través de las políticas públicas de formación de recursos humanos en salud, quien define la distribución de las especialidades².

Dadas las características del sistema de salud argentino con sus tres subsistemas —público, de seguridad social y privado— y ante las limitaciones de

* Licenciado en Antropología - Director Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

¹ Definimos como "residencias del equipo de salud", al conjunto de residencias, tanto médicas como no médicas (por ejemplo enfermería, asistente social, obstétricas, etc.)

² En los cuadros 1 y 2 puede apreciarse la distribución por especialidad y profesión, según fuente de financiamiento (nacional o jurisdiccional). Los datos están actualizados al mes de octubre de 2002, aunque cabe consignar que los datos de algunas provincias corresponden al 2001, sin embargo en términos cuantitativos son de baja significación.

contratación del subsistema público, la oferta laboral generada por el sistema de residencias se desempeña como mano de obra en un mercado cuasi libre de oferta y demanda, regulando éste, los precios de contratación de los servicios profesionales.

En tal sentido, a grandes rasgos, podemos afirmar que las fuerzas del mercado operan de la siguiente forma: las asociaciones profesionales intentan limitar la oferta de mano de obra a fin de valorizar la misma, mientras que las unidades contratantes intentan liberar las restricciones a fin de aumentar la oferta de profesionales y de esta manera devaluar el precio de la misma.

La situación tiende a complejizarse cuando incorporamos a las anteriores, las fuerzas que operan en la definición de cargos a asignar por especialidades, recurso humano formado que finalmente se volcará al mercado de mano de obra, presionando según los volúmenes de la misma.

A las fuerzas precedentemente indicadas, se le añaden otros actores que incorporan nuevos intereses, correspondientes a los servicios de las unidades hospitalarias y sanitarias en general y de los equipos de docencia e investigación. Finalmente, este panorama se complejiza con las expectativas de futuro laboral o profesional de los aspirantes a residentes y los residentes mismos.

Todo esto da por resultado un complejo e intrincado polígono de fuerzas que libran su accionar en un contexto de indeterminación de políticas de salud, de altos índices de desocupación y de crisis económica generalizada, lo que conlleva, por un lado, a una carga suplementaria sobre los servicios de salud pública y, por otro, a una defensa exacerbada de los cargos de residencia bajo el pretexto de la defensa de las fuentes de trabajo o desarrollo de las especialidades.³

Es preciso destacar, y no es un detalle menor, el rol de trabajadores de la salud que desarrollan los residentes en cada uno de los servicios de las unidades sanitarias, en un escalonamiento piramidal donde, según los niveles de complejidad de la atención, los residentes y los jefes de residentes cumplen actividades asistenciales, muchas veces sin supervisión, es decir supliendo a la planta de profesionales formados, (ver cuadro N° 3).

Dada la proximidad geográfica o administrativa de los centros asistenciales a los organismos de decisión en la distribución de cargos y el papel que cumplen en los servicios de atención directa a la población más desprotegida,

³ Una pregunta que cabe hacerse, al margen del proceso de formación de los residentes, es si el número y tipo de especialistas formados, en el marco del Programa de residencias, está, como mínimo, correlacionado con las necesidades prestacionales de los centros de salud, o si, por el contrario, el número de residentes es aleatorio.

el poder de presión o lobby que estas instituciones pueden ejercer es magnificado, convirtiéndolas en decisoras de las vacantes de los cargos de residencia por especialidad y logrando, en general, mantener su “status quo”.

A la vez, al interior y entre los establecimientos, regiones sanitarias y/o jurisdicciones se desatan pujas por la obtención de cargos cuyo resultado varía en virtud de la correlación de fuerzas dadas en un momento determinado.

A partir de lo expresado pueden percibirse las fuertes restricciones con que los organismos reguladores, ejecutores o financiadores se enfrentan para la toma de decisión en la gestión de las residencias.

Si bien las afirmaciones antedichas deberían considerarse como hipótesis de trabajo, ya que las mismas merecerían ser convalidadas por investigaciones a fin de establecer las variables significativas que operan en la toma de decisión de estos organismos, podemos afirmar que el fenómeno descrito es el que se aprecia.

Objetivos en la Gestión de las Residencias

Existe acuerdo generalizado en que la residencia es el método que las disciplinas de la salud han experimentado y reconocen como el más apropiado para completar o complementar su formación. Por otra parte el Estado tiene la responsabilidad indelegable de garantizar la mejor formación posible de sus profesionales, en el marco de las condiciones y posibilidades del país, a fin de garantizar una atención de calidad a la población que la requiera.

Sin embargo, no es menor la responsabilidad que le atañe en términos de la cantidad de profesionales por rama de actividad o especialidad, en función tanto de las políticas de salud que se establezcan, como de los desarrollos tecnológicos y/o los cambios epidemiológicos y demográficos previstos.

Las condiciones de restricción financiera y el estado de emergencia sanitaria en que se halla la Argentina no pueden ignorarse como criterios para establecer la distribución de cuotas por especialidad, como tampoco el equilibrio de la oferta de trabajo de los recursos humanos de salud.

Los niveles de autonomía de los organismos decisores se encuentran sumamente restringidos. Existe cierta convicción entre los responsables jurisdiccionales de las áreas de recursos humanos y entre muchos de los integrantes de los Comités de Docencia e Investigación de los servicios de salud, que el actual sistema de distribución de cargos, no se adecua ni a los intereses de la salud pública ni aún al de los propios profesionales, muchos de los cuales se hallan saturando segmentos de determinadas especialidades.

Ahora bien, si la política de recursos humanos sobre residentes, tiene impacto tanto en el presente de la atención en los centros públicos de salud como en el futuro de la salud pública, no es posible que los cargos de residentes sean definidos exclusivamente por los intereses de estos centros, que inevitablemente introducen elementos de irracionalidad en el sistema de distribución de cargos. Por lo que la gestión requiere de un trabajo que se asiente en la integración de nuevos actores capaces de contemplar en su conjunto el complejo entramado de actores, instituciones e intereses, en el marco de una transparencia del mercado laboral y de los grandes lineamientos sanitarios a fin de coadyuvar a una adecuada definición de la distribución de especialistas.

En síntesis, el Estado es el principal actor en la definición de la distribución de los especialistas de salud mediante la asignación de cargos de residentes, no obstante, esta definición está fuertemente condicionada por la puja de cargos que se juega al interior del polígono de fuerzas al que hicimos referencia. Por otra parte, se aprecia una manifiesta disconformidad con la actual distribución de cargos de residencias, que ni responde a necesidades del sistema sanitario, ni a las expectativas de sus actores.

En el marco de crisis de la economía argentina que se manifiesta en dificultades de financiamiento del sistema de salud, y que impide ampliar la capacidad de los cupos de residentes con financiamiento público, se trata por lo tanto de lograr una redistribución de los cargos existentes, más acorde a las necesidades del sistema.

Para llevar adelante este objetivo consideramos necesario operacionalizar la participación de nuevos actores que intervengan en la definición y clarificación, tanto del mercado de recursos humanos como de las necesidades del sistema de salud a través de un proceso de negociación multilateral de consensos, entendida ésta como un espacio de legitimación mediante la concertación de intereses, basada en evidencia documental y en el análisis de la historia y del proceso de formación profesional. Democratizar las decisiones, legitimarlas y racionalizar los resultados a fin de tender a una estructura e recursos humanos de la salud más eficaz y al servicio de la población.

Es en el marco de las definiciones precedentes que la Dirección de Políticas de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación ha definido, en sintonía con las políticas establecidas por el Ministerio, las siguientes premisas:

1. Consensuar con las jurisdicciones, políticas de distribución de cargos de residentes según políticas de salud, privilegiando las especialidades

- soporte de Atención Primaria de la Salud y las especialidades y/o profesiones críticas en términos de mercado de Recursos Humanos.
2. Considerando la formación de los Recursos Humanos en Salud como una política de Estado promover instancias de negociación interjurisdiccional a fin de homogeneizar a nivel nacional los contenidos de los programas de residencia por especialidad, atendiendo a las demandas y particularidades regionales, en el marco de un Sistema Nacional de Residencias y teniendo en cuenta las residencias de los subsistemas de seguridad social y privado.
 3. En el marco de la articulación precedente, generar instancias para la definición de criterios comunes para la evaluación y acreditación de residencias, integrando en esta actividad a las instituciones de formación de grado (Universidades) y al Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, a través de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).
 4. Establecer criterios de excelencia para la conformación del cuerpo docente y de formación de los residentes, a fin de promover una política que trascienda los meros requerimientos asistenciales y se convierta en un acicate para las jurisdicciones que revelan mayores dificultades o limitaciones en la formación de RRHH.
 5. Implementar acciones de capacitación en todo el país con el fin de incorporar a la formación de los residentes áreas de conocimiento estratégicas, ausentes en su carga curricular, tales como Epidemiología, Estadística, Calidad de los Servicios, Salud Ocupacional, Farmacología Clínica, Prescripción por Genéricos y propender a establecer criterios de equidad regional en los procesos de capacitación profesional.
 6. Desarrollar información pertinente y actualizada sobre recursos humanos en salud, a fin de establecer elementos de análisis para la definición de las políticas sobre la base de información fidedigna. Ese es el objetivo del "Observatorio Permanente de Recursos Humanos en Salud" que la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos viene implementando con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Los objetivos mencionados, claro está, no agotan las tareas pendientes pero, después de largos años de desarticulación, pretenden abordar el proceso de refederalización, que transitó la Argentina en la década del noventa y que compromete a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a redoblar esfuerzos en la tarea de construir un Siste-

ma de Salud, con su correlato en recursos humanos, integrados en términos nacionales.

Cuadro N° 1
Distribución de cargos de residentes por especialidad,
según financiamiento nacional o de las jurisdicciones

Especialidad	Financiación Nacional	Financiación Jurisdiccional	Totales
ANATOMIA PATOLOGICA	11	69	80
ANATOMIA PATOLOGICA PEDIATRICA	0	6	6
ANESTESIOLOGIA	32	106	138
ASISTENTE SOCIAL	12	0	12
ATENCION PRIMARIA DE SALUD	0	0	0
BIOQUIMICA CLINICA	43	90	133
BIOQUIMICA TOXICOLOGICA	7	0	7
BIOQUIMICA Y MICROBIOLOGIA	0	62	62
CARDIOLOGIA	15	96	111
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	0	11	11
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	0	11	11
CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA	0	9	9
CIRUGIA ESTETICA PLASTICA Y REPARADORA	0	23	23
CIRUGIA GASTROENTEROLOGICA	0	3	3
CIRUGIA GENERAL	87	337	424
CIRUGIA PEDIATRICA	2	27	29
CITOGENETICA	4	0	4
CLINICA MEDICA	166	571	737
COMUNICACION SOCIAL	0	3	3
CONTROL DE CALIDAD EN MEDICAMENTOS	10	0	10
DERMATOLOGIA	4	27	31
DERMATOLOGIA PEDIATRICA	0	7	7
DIAGNOSTICO POR IMAGENES	7	103	110
EDUC.P/SALUD-ANTROPOLOGOS	0	3	3
EDUC.P/SALUD-ENFERMEROS	0	2	2
EDUC.P/SALUD-LIC.EN COMUNICACIÓN	0	3	3
EDUC.P/SALUD-LIC.EN EDUCACION	0	2	2
EDUC.P/SALUD-MEDICOS	0	3	3
EDUC.P/SALUD-PSICOLOGOS	0	3	3
EDUC.P/SALUD-PSICOPEDAGOGOS	0	3	3
EDUC.P/SALUD-SOCIÓLOGOS	0	2	2
EDUC.P/SALUD-TRABAJADORES SOCIALES	0	2	2
EMERGENTOLOGIA	0	4	4

Cuadro N° 1 (Continuación)

Especialidad	Financiación	Financiación Nacional	Jurisdiccional	Totales
ENDOCRINOLOGIA		0	23	23
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		0	10	10
ENFERMERIA		10	8	18
ENFERMERIA COMUNITARIA		0	28	28
ENFERMERIA CUIDADOS CRITICOS		0	9	9
ENFERMERIA CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS		0	5	5
ENFERMERIA EN INFECTOLOGIA		0	5	5
ENFERMERIA ONCOLOGICA		0	4	4
ENFERMERIA PEDIATRICA		27	13	40
ENFERMERIA PERINATOLOGICA		0	20	20
ENFERMERIA PSIQUIATRICA		0	0	0
FARMACIA		2	61	63
FISIATRIA		0	8	8
FISIATRIA Y REHABILITACION		6	6	12
FONOAUDIOLOGIA		0	28	28
GASTROENTEROLOGIA		4	26	30
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA		0	4	4
GENETICA MEDICA		8	0	8
GERIATRIA		0	6	6
HEMATOLOGIA		8	16	24
HEMATOLOGIA PEDIATRICA		0	15	15
HEMOSTASIA Y TROMBOSIS		1	0	1
HEMOTERAPIA		0	5	5
INFECTOLOGIA		0	33	33
INFECTOLOGIA PEDIATRICA		0	12	12
INFORMATICA BIOMEDICA		0	11	11
ING.MANT.HOSP.Y ELECTRO.		0	2	2
INMUNOLOGIA		0	8	8
INMUNOLOGIA P/BIOQUIMICOS		0	3	3
INMUNOLOGIA PEDIATRICA		0	5	5
INVESTIGACION		2	1	3
KINESIOLOGIA		12	61	73
MEDICINA AMBULATORIA PEDIATRICA		0	8	8
MEDICINA FAMILIAR		97	28	125
MEDICINA FAMILIAR COMUNITARIA		14	0	14
MEDICINA GENERAL		345	392	737
MEDICINA INTERNA PEDIATRICA		0	11	11
MEDICINA RURAL		0	0	0
MICROBIOLOGIA		9	7	16

Cuadro N° 1 (Continuación)*Continuación*

Especialidad	Financiación	Financiación	Totales
	Nacional	Jurisdiccional	
NEFROLOGIA	4	33	37
NEFROLOGIA PEDIATRICA	0	14	14
NEONATOLOGIA	28	82	110
NEUMONOLOGIA	7	22	29
NEUROCIRUGIA	3	20	23
NEUROCIRUGIA PEDIATRICA	0	4	4
NEUROLOGIA	2	26	28
NEUROLOGIA PEDIATRICA	0	8	8
NUTRICION	0	30	30
NUTRICION PEDIATRICA	0	12	12
OBSTETRICAS	15	0	15
OBSTETRICIA	0	42	42
ODONTOLOGIA	14	48	62
ODONTOLOGIA PEDIATRICA	1	33	34
OFTALMOLOGIA	4	39	43
ONCOHEMATOLOGIA	0	0	0
ONCOLOGIA	4	12	16
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	31	186	217
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	0	6	6
OTORRINOLARINGOLOGIA	8	32	40
OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIATRICA	0	1	1
PEDIATRIA	327	828	1.155
PSICOLOGIA	20	248	268
PSICOPEDAGOGIA	0	35	35
PSIQUIATRIA	18	190	208
PSIQUIATRIA PEDIATRICA	0	8	8
REUMATOLOGIA	0	19	19
REUMATOLOGIA PEDIATRICA	0	10	10
SALUD MENTAL	43	28	71
SALUD PUBLICA	0	0	0
SERVICIO SOCIAL	0	89	89
TERAPIA INTENSIVA ADULTOS	22	170	192
TERAPIA INTENSIVA INFANTIL	6	15	21
TERAPIA OCUPACIONAL	0	17	17
TOCOGINECOLOGIA	126	495	621
TOXICOLOGIA	5	0	5
TRABAJO SOCIAL	0	7	7
TRAUMA	0	8	8
UROLOGIA	7	26	33
VETERINARIA EN SALUD PUBLICA	0	7	7
Total	1.640	5.326	6.966

Cuadro N° 2
Distribución de cargos de residentes por jurisdicción,
según financiamiento nacional o de las jurisdicciones

Jurisdicción	Financiación Nacional	Financiación Jurisdiccional	Total
BUENOS AIRES	275	2.138	2.413
CDAD. BUENOS AIRES	178	2.316	2.494
CATAMARCA	25	7	32
CHACO	72	0	72
CHUBUT	46	9	55
CÓRDOBA	22	123	145
CORRIENTES	83	82	165
ENTRE RÍOS	58	0	58
FORMOSA	58	53	111
JUJUY	84	85	169
LA PAMPA	24	0	24
LA RIOJA	48	0	48
MENDOZA	108	130	238
MISIONES	91	42	133
NEUQUÉN	0	90	90
RÍO NEGRO	24	0	24
SALTA	42	2	44
SAN JUAN	118	0	118
SAN LUIS	38	0	38
SANTA CRUZ	12	0	12
SANTA FE	90	171	261
SANTIAGO DEL ESTERO	21	63	84
TUCUMÁN	123	15	138
TOTAL	1640	5326	6966

Cuadro N° 3
Relación entre número de cargos de “médicos” y “médicos residentes”
en ciertos establecimientos de salud de algunas jurisdicciones⁴

Tipo de Cargo	Jurisdicción/Establecimiento					
	Pcia. de Buenos Aires (todos los establecimientos del distrito Capital)	Pcia. de Córdoba (todos los establecimientos del distrito Capital)	Pcia. de Tucumán (todos los establecimientos del distrito Capital)	Pcia. de Jujuy (todos los establecimientos del distrito Capital)	Pcia. de Mendoza (sólo establecimientos públicos)	Ciudad de Buenos Aires (sólo establecimientos con internación)
Médicos	5907	7857	2990	1072	2548	22310
Médicos Residentes⁵	870	826	232	99	326	4220
Totales	6777	8683	3222	1171	2874	26530
Porcentajes						
Médicos	87.2	90.5	92.8	91.5	88.7	84.1
Médicos Residentes	12.8	9.5	7.2	8.5	11.3	15.9

⁴ Ref: Elaboración propia en base a Abramzón, Mónica C. (2002) "Los datos del Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud Relevado por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) Ministerio de Salud. 1998" Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

⁵ Si tenemos en cuenta que se trata de la proporción entre cargos (no personas), que cada cargo de residente corresponde a una persona, mientras que cada médico puede tener más de un cargo, vemos que la participación de los residentes en el sistema de salud es aún mayor.

LA FORMACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

Alicia Ruth Alvarez*

Ante todo, quería agradecer esta invitación a los organizadores, que es en realidad una invitación a la Secretaría de Salud Pública de Rosario. Me toca a mí en esta ocasión estar acá pero puedo estar yo porque soy parte de una gestión con ciertos lineamientos compartidos aunque como es natural, no exentos de mil y una controversias. Quisiera enmarcar, entonces, el pequeño aporte que yo puedo hacer a este debate dentro de esta política de la que dio cuenta ya el Señor Subsecretario, el Doctor Mario Drisum.

Estoy en el área de salud mental y hago este prólogo porque también intentamos que en nuestra política de formación se refleje nuestra política de gestión y nuestra política sanitaria más general. En este campo específicamente un cambio que, a mi modo de ver, es significativo ha sido la creación del Programa de Salud Mental hace unos pocos años atrás.

Esto no significa que previo a estos años no hubiera prácticas en el terreno de la salud mental. Las había, pero eran prácticas de tipo disciplinar y estaban organizadas de manera disciplinar; es decir, por un lado los psiquiatras, por otro lado los psicólogos y otros profesionales que en algunas ocasiones también abordaban estos temas, como trabajadores sociales, médicos, etc.

Se ha dado un paso importante en este sentido, tratando de que dentro de nuestra red de servicios se pudiera ir generando un discurso, una política de salud mental que diera cabida a distintas disciplinas, distintos posicionamientos teóricos y aún a distintas prácticas que hacen a las especificidades de formación disciplinar pero con una estrategia común.

Esto no se consigue por decreto; hubo un largo trabajo para generarlo en el que participaron los distintos actores involucrados y, en consecuencia, se

* Psicóloga. Coordinadora de l Programa de Salud Mental de la Secretaría de Salud de la ciudad de Rosario.

pudo plasmar a nivel institucional con la creación del Programa de Salud Mental, los servicios de salud mental hospitalarios y un avance importante de nuestros recursos en el área de la atención primaria integrados en los equipos de salud de los centros de atención primaria. En consecuencia, nos debíamos una política de formación en este campo acorde con estos cambios, una política de formación que reflejara la estrategia del programa.

En esta perspectiva, no podíamos continuar con las antiguas concurrencias de psicología o de psiquiatría sino que debíamos pensar en un programa de formación acorde con esta lógica de un campo de trabajo que no es el de una especialidad. Así lo entendemos nosotros. Esto puede ser objeto de debate pero consideramos que este campo no es una especialidad sino que atraviesa el conjunto de las prácticas de salud. Que no se trate de una especialidad no implica que no haya una especificidad en lo clínico, en lo institucional y en lo comunitario.

Pensamos la formación de recursos de acuerdo con estos lineamientos, no sólo por una cuestión de generosidad de la salud pública que siempre ha cumplido tareas docentes, sino por una cuestión de necesidad, ya que nosotros nos encontramos con la dificultad de que, si bien los conocimientos académicos pueden ser de alto nivel, la orientación de la formación de los profesionales poco contribuye a su inserción y a la resolución de los problemas de la salud pública o lo hace de una manera muy recortada.

Un obstáculo es el sesgo disciplinar que hace muy difícil la integración en los equipos, la interlocución y el compartir estrategias con otros pero también, además de esto, por cierto desfase entre una formación ligada a ciertas condiciones de la demanda en salud mental que no son las que encontramos nosotros ahora.

Si bien no podemos explayarnos en este momento en la caracterización de esta demanda, sí podemos situar su criticidad relacionada con la mudanza del síntoma social neurótico hacia formas más precarias de la subjetivación, con miseria simbólica y predominio de las patologías del cuerpo y del acto, afectando tanto a individuos como a comunidades enteras.

Se revela que la formación académica es insuficiente o poco articulada a las problemáticas actuales de la población lo que nos plantea el desafío de poder generar en el campo de nuestras prácticas nuevas respuestas a estas nuevas demandas que se presentan como de difícil resolución, podríamos decir, son rebeldes a nuestros métodos más tradicionales. Por lo tanto, hay un campo de creatividad y de invención necesario al que nosotros pensamos que contribuimos con un programa de formación que genera recursos mejor preparados para afrontar estos desafíos.

Desde esta perspectiva es que establecimos un programa de formación de posgrado que, por distintas vicisitudes, incluso de orden presupuestario, es un programa de concurrencias, no de residencias, aunque originalmente la idea había sido de residencias.

Además del problema presupuestario, en el momento de su creación estaba el debate y el cambio en la modalidad de las residencias al que hizo referencia hoy el Doctor Drisum respecto de las acreditaciones de las carreras de especialización en la actual normativa. Esto complicó un poco también el panorama.

Pero, al mismo tiempo, esto tiene sus ventajas porque hemos podido pensar esta formación de posgrado con otra lógica que la de la especialización; esta formación a nadie le va a dar ningún título y efectivamente esto tiene sus consecuencias; está pensada no desde las necesidades profesionales sino en función de cuáles son las demandas de la población y cómo los profesionales se pueden poner a tono con estas demandas.

De modo que no se trata de una formación que después tenga, —podríamos decir para usar las mismas palabras— créditos en el campo del mercado del saber. Puede tener sí un valor para la persona que realiza esta formación y supongo que, alguien también podrá poner en valor esto en un currículum en la medida en que tenemos un programa acreditado por los colegios profesionales.

Los ejes temáticos a desarrollar en nuestra concurrencia se desprenden de las prácticas específicas en este campo, entendidas como anudamiento complejo, cuyo núcleo es la producción de subjetividad.

En este sentido, y ubicando nuestro quehacer fundamental en el campo de la clínica en un sentido amplio, pretendemos articular la dimensión de lo actual con lo histórico, de lo singular con lo colectivo, de lo individual con lo grupal, institucional y comunitario, de lo preventivo con lo asistencial.

De esto se desprende un programa de formación que vaya tomando estas diversas articulaciones no como campos de conocimiento separados y dilemáticos sino como nudos múltiples a ir desarrollando progresivamente en distintos niveles de complejidad.

Así se va tramando una red de saberes y de discursos que se interpelan y descompletan respectivamente, evitando caer en la tentación de un ideal de unicidad y certeza, que no corresponde epistemológicamente a este campo sino que es propio de las ciencias exactas.

Los ejes del programa de formación son dos: Uno es la formación en servicio, siguiendo los lineamientos de la política de formación de recursos humanos de la Secretaría de Salud Pública, se propone brindar espacios de prác-

ticas en Salud Mental, priorizando la formación en la práctica y la reformulación permanente de la misma. Consideramos las prácticas en servicio como lugar privilegiado para la transmisión y construcción de experiencias.

Para nosotros el tema de la formación en servicio es crucial porque partimos de la idea de que hay una necesaria articulación teoría-práctica que no podemos pensar en términos de la aplicación de un saber sino de la construcción con otro de un saber que ponga en discurso la singularidad de las prácticas. Por lo tanto, la formación en servicio es algo que, a nuestro modo de entender, hace a su diferencia con una carrera de especialización y es una fuente de interrogantes y de movilización de las prácticas tradicionales muy importante para los jóvenes que vienen a formarse con nosotros.

Esto se sostiene en el acompañamiento de los concurrentes por parte de los profesionales miembros de los equipos de los diferentes servicios a quienes se les asigna la función de “tutor” y la coordinación y supervisión general por parte de un instructor designado por la Dirección del Programa de Salud Mental, con la colaboración de la Comisión de Docencia de dicho programa.

Se hace necesaria la delimitación de funciones docentes para que no se desvirtúe el carácter formativo de las prácticas y que termine siendo, como ya se mencionó, mano de obra barata o gratuita. Este aspecto nos ha preocupado sobremanera porque queremos cuidar el objetivo principal que es formativo, por lo tanto hemos puesto un cupo muy bajo de concurrentes de modo tal que su incidencia en la resolución del trabajo sea mínima y siempre bajo supervisión, bajo tutelaje de los colegas del servicio.

Esto es muy importante porque, aunque se diga que no es así, muchas veces la oferta de concurrencias o de residencias tiene que ver con el exceso de trabajo en un servicio. Como nos preocupa mucho cuidar este aspecto hemos designado un instructor externo a los servicios con un nivel de centralización que hace que los concurrentes no tengan una pertenencia única y absoluta a su jefe de servicio.

El otro eje es la interdisciplinariedad que prefiero pensarla en términos de interdiscursividad porque nosotros entendemos que en este trabajo hay algo que se rompe productivamente de las disciplinas, que puede ser pensado a partir de conceptos como el de *deconstrucción*. La complejidad y heterogeneidad del campo de la Salud Mental plantea a éste como un terreno que excede el abordaje desde una sola disciplina y requiere, para un desenvolvimiento eficaz, de la convergencia de diferentes discursos, prácticas y lecturas.

La formación de los concurrentes está enmarcada en los lineamientos del Programa de Salud Mental. Dicho programa propicia un perfil del profesional que cuente con una formación clínica que posibilite promover e incorpo-

rar nuevas estrategias en articulación con otras disciplinas. En ese sentido incorporamos médicos y psicólogos en esta formación aunque el proyecto original incluía también otras profesiones.

En el caso de los médicos, se trata de profesionales que a su vez hacen la concurrencia de psiquiatría en alguna otra parte, es decir, como esta formación no les acredita la especialidad, hacen esta formación en la salud pública los que están interesados en no tener una formación psiquiátrica tradicional exclusivamente, entonces hacen esta otra formación y en alguna medida, estamos logrando que les acrediten parte de su concurrencia con estas prácticas.

En cuanto a la modalidad de funcionamiento, la concurrencia se desarrolla en dos años, con especial atención a la realización de prácticas en distintos dispositivos de menor y mayor complejidad de manera progresiva.

La inclusión se produce en los diferentes dispositivos con los que cuentan los distintos centros de salud de Atención Primaria y la red de efectores hospitalarios, siguiendo un sistema de rotación, que tiene en cuenta objetivos y prioridades del Programa de Salud Mental. Los concurrentes tienen una carga horaria de 10 horas semanales.

En cuanto a la evaluación del proceso de formación, existe una evaluación permanente a cargo de tutores e instructor y una evaluación anual con la presentación de un trabajo escrito, en jornadas abiertas al debate.

He querido presentar, sintéticamente, la forma de funcionamiento que nosotros tenemos. Espero que contribuya, quizás de manera tangencial, al tema de las residencias de salud que en su tradición médica y de especialistas siempre ha tenido otra lógica.

Para nosotros es enriquecedor, es una práctica que necesitamos realizar, que nos cuesta bastante porque no tenemos la estructura académica de las universidades aunque apelamos a veces a parte de ella. Hoy se hablaba de si esto puede ser instituyente, yo creo que sí. Pero lo que pasa es que ciertamente todo nuestro trabajo en salud mental tiende a ser instituyente en el marco de lo que ha sido históricamente la salud pública, muy centrada en la atención médica.

Bajo estas coordenadas considero que la práctica de la salud mental es instituyente porque descoloca los límites disciplinares y la presencia de los concurrentes, evidentemente, obliga a movilizarse a quienes pueden estar incluso muy instituidos en una determinada lógica de servicios establecida. Trabajamos con la idea de red, por lo tanto nuestros concurrentes rotan por servicios, no son pertenencias de un determinado servicio sino que hacen sus prácticas en atención primaria pero también en los hospitales.

Nosotros aspiramos a que esta dialéctica, que es dialéctica en muchos sentidos, entre una disciplina y otra, entre la universidad y la salud pública, entre

lo nuevo y lo viejo, entre los psiquiatras y los psicólogos, nos permita ir construyendo nuestra política de una manera mejor orientada, sobre todo porque es lo que nos está demandando la gente. Tenemos en el país un tercio de las consultas vinculadas a la salud mental y nuestras respuestas tienen que estar a la altura de esa demanda. Porque no sólo es un problema que crece sino que además se presenta de manera nueva y como se presenta de manera nueva no lo podemos atender como lo atendíamos antes, lo que nos obliga a repensar nuestra formación y a encontrar los modos apropiados para alojar esta demanda. De modo que son muchos los desafíos y espero que esto agregue algún elemento para el debate.

UN INTENTO DE TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE FORMACIÓN DE LAS RESIDENCIAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 1997- 2002

Nery Fures*

El Programa de Residencias para Profesionales de la Salud que en nuestra provincia tiene una vigencia de casi cuarenta años se ha legitimado a lo largo de estos años como el más importante sistema de formación profesional de posgrado en salud.

En términos cuantitativos, el Programa bonaerense de Residencias es uno de los más importantes que se desarrolla en el país, ya que incorpora un promedio de 700 profesionales por año y un numeroso equipo de apoyo de instructores docentes y jefes de residentes.

A partir de 1997 desde la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud dependiente de la Subsecretaría de Planificación de la Salud nos propusimos realizar una reformulación integral de este sistema, de manera de incrementar la calidad del proceso formativo y sus resultados para lograr una correspondencia mayor con las necesidades sanitarias y sociales de nuestro tiempo.

Al inicio de la gestión identificamos los siguientes problemas, que fueron marcando los lineamientos estratégicos del programa de capacitación.

Problemas relacionados con la organización y gestión:

- Ausencia de un programa provincial de recursos humanos articulado con los lineamientos sanitarios de la provincia de Bs. As.
- Ausencia del rol regulador y fiscalizador del estado en la capacitación de los recursos humanos profesionales destinados a atender las problemáticas de salud de la población.

* Médico. Ex Director de Capacitación de Profesionales de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

- Predominio de las residencias en los hospitales de alta complejidad, desnaturalizando la práctica médica poniendo demasiado énfasis en las actividades profesionales de alta especialización y sub-especialización y excesivo protagonismo de las prácticas diagnósticas de alta tecnología orientadas a la atención de la enfermedad.
- Excesivo centralismo en las decisiones. Relación directa hospital o jefes de servicio con el nivel central. Trabajo a demanda centrado en cuestiones administrativas, como el ingreso o egreso y ausencia en el proceso formativo por parte del nivel central y regional.

Problemas relacionados con el enfoque de formación:

- Falta de un diagnóstico de necesidad de recursos profesionales en la Pcia. de Bs. As.
- Modelo formativo centrado en el hospital, tanto de las especialidades médicas como de otras profesiones del campo de la salud.
- Ausencia de evaluaciones y acreditaciones de las instituciones formadoras.
- Inexistencia de currículos construidos con enfoques orientadores de la de formación.
- Desarticulación entre el pre y los posgrados universitarios
- Modelo pedagógico de capacitación centrado en la transmisión del conocimiento y los casos clínicos complejos.
- Ausencia de programas de formación docentes destinados a los instructores y jefes de residentes.

Al inicio de la gestión, los hospitales con residencias eran un total de 48, distribuidos en las 11 regiones sanitarias en que se divide la provincia de Bs. As. Teniendo como guía de acción estos objetivos y partiendo de los problemas identificados al inicio a través de dos fuentes: la primera, el documento base presentado en las 1ras. Jornadas de Orientación a las Residencias (julio de 1997) y meses después el proceso de autoevaluación de las residencias, tomando como base el documento propuesto por la OPS. Así se fueron plasmando las políticas de capacitación en las residencias, que no eran aisladas, sino que eran parte de la redefinición del modelo de atención de la provincia.

De este modo, pudimos concretar

1. *Un proceso de descentralización.* Constituyendo en cada región sanitaria un equi-

po regional de capacitación, aumentando la autonomía de las regiones sanitarias en la planificación y gestión de las actividades de capacitación y la formulación de proyectos para cubrir las demandas de los sistemas locales de salud.

2. *Reorientación de las disciplinas profesionales.* Aumentando los cargos en *Medicina General y en las especialidades médicas básicas* en concordancia con la propuesta de reforma del sector salud que desde el Seguro de Salud se propiciaba en la Provincia. Abriendo nuevas residencias de disciplinas no médicas como *Enfermería*, dando cumplimiento así a una deuda con esa noble y esencial actividad profesional. A esto le sumamos un mayor esfuerzo por *disminuir el empirismo* en enfermería capacitando profesionales, completando la educación secundaria con los CEBAS y abriendo *cursos para licenciados* en convenio con universidades nacionales.

También pusimos en marcha las *Residencias Regionalizadas de Salud Mental* de manera que los profesionales integren conocimientos de la salud mental en los tres niveles de atención y no exclusivamente el hospitalario como tradicionalmente se hacía.

3. *Adecuación con las nuevas exigencias de formación y certificación profesional.* Incrementamos los años de duración de las residencias en varias especialidades médicas, y exigimos antes de ingresar a las especialidades un mayor tiempo de formación en las básicas.
4. *Aumentamos la calidad formativa.* Formulamos Programas Únicos de Formación para cada especialidad y disciplina, de manera de definir con precisión los perfiles profesionales y hacerlos homogéneos para la certificación, además de las cuestiones adaptativas regionales o locales. Debo decir que hasta ese momento no existían programas unificados en las residencias de la provincia.

A esto le sumamos el diseño e implementación de un Sistema Único de Evaluación de Residentes, ya que las evaluaciones no tenían una matriz común o no estaban sistematizadas con rigor pedagógico. En esto somos la primera jurisdicción del país que implementó en forma consensuada un criterio de evaluación individual para todas las especialidades, teniendo en cuenta 4 áreas de intervención-evaluación.

Comenzamos la Capacitación del Personal Docente de las Residencias (instructores, jefes de residentes, coordinadores docentes, etc.) de manera de garantizar una mayor formación pedagógica y que la misma este evaluada y certificada.

Y aspirando a una mayor integralidad en la formación de posgrado, incorporamos Cursos de Salud Pública obligatorios para instructores, jefes y residentes que se dictan en cada región sanitaria.

5. *Aumentamos la integración sectorial. Firmamos convenios con Municipalidades bonaerenses* para participar en forma conjunta en la formación de profesionales y acordar perfiles profesionales que atiendan las necesidades comunitarias, principalmente en aquellas especialidades orientadas al primer nivel de atención.
6. *Fomentamos el trabajo y la formación interdisciplinaria.* Desarrollamos e implementamos las Residencias Integradas Multidisciplinarias, integrando en una residencia común a Médicos Generalistas, Trabajadores Sociales y Psicólogos, capacitándose conjuntamente en estrategias de abordaje individual, familiar y comunitario. En el año 2000 incorporamos a esta experiencia a la Residencia en Enfermería Comunitaria.
7. *Fomentamos la desconcentración.* Aumentamos las sedes de residencias en el interior de la provincia y en el segundo cordón del conurbano en hospitales recientemente incorporados, de manera de hacer un aporte para disminuir la concentración profesional en los grandes centros hospitalarios del Conurbano y La Plata.
8. A partir de la Ley de Educación Superior iniciamos un *proceso de integración con las facultades de medicina con presencia en la provincia: UNLP y UBA* para articular programas tanto en el pregrado como en el posgrado intentando concretar la certificación universitaria de las residencias.
9. *Efectivizamos el Convenio marco con el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.* Dimos así cumplimiento a nuestra aspiración de aumentar los consensos dentro del sector salud, y en este caso con el Colegio de Médicos se concretó un trabajo conjunto que ha legitimado los Programas de las Residencias de las disciplinas Médicas, la Evaluación Única y conjunta de Residentes, la Evaluación de Unidades de Residencias (sedes), la Acreditación de las mismas y el acceso al Título de Especialista.
10. Con el ingreso hemos adecuado la estructura administrativa en cada región sanitaria para facilitar la descentralización.
11. Se inició la primera experiencia de examen de resolución de problemas clínicos y de salud pública en el ingreso a las residencias en el año 2001, siendo muy bien valorado por los aspirantes, hecho demostrado en una encuesta realizada a 1500 ingresantes.

Finalmente, es importante dejar sentado que estas políticas han podido llevarse a cabo por el firme compromiso y decisión de las autoridades sanitarias. Esto puede cotejarse en el incremento del presupuesto para la capacitación que creció entre el año 1997 y el año 2001 en casi un 30%.

Estas transformaciones se han ido construyendo con el aporte de todos los

actores involucrados en el sistema de formación de la provincia, desde los jefes de servicios, instructores, jefes de residentes y residentes, secretarios de salud municipales, directores de hospitales, equipos regionales de capacitación, en una estrategia participativa, donde a partir de las diferencias se han podido ir definiendo consensos que pudieron ser incorporados como normas al proceso formativo.

LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA GESTIÓN

Gabriel Listovsky*

El propósito de esta presentación es:

- Describir el contexto actual en el que se está gestionando el sistema de residencias del Gobierno de la Ciudad;
- Caracterizar brevemente a la residencia como sistema de formación;
- Exponer los lineamientos estratégicos con los cuales el equipo profesional de la Dirección de Capacitación y Desarrollo¹ (DCyD) viene trabajando desde hace algunos años y constituyen en la actualidad herramientas oportunas para la profundización de cambios en el sistema.

Las residencias y concurrencias en el contexto del sistema de salud de la Ciudad

La Ciudad de Buenos Aires cuenta, según el último relevamiento de la Secretaría de Salud, con 13.844 profesionales en su staff permanente². La DC y D es responsable de la gestión del sistema de residencias conformado por 2.377 profesionales entre residentes, jefes e instructores y el sistema de concurrencias que cuenta con 5000 profesionales en formación³.

* Licenciado en Ciencias de la Educación, Especialista en Formación de Formadores, a/c Departamento Formación de Posgrado Dirección de Capacitación y Desarrollo, Secretaría de Salud, GCBA.

¹ El presente trabajo ha sido realizado con la colaboración de Cecilia Acosta, María Barroetaveña, Elina Dabas, María Julia Giorgi, Rodolfo Kaufmann, Alicia Maggiani, Patricia Rodríguez, Ricardo Rodríguez, Debora Yanco, Fabiana Reboiras,

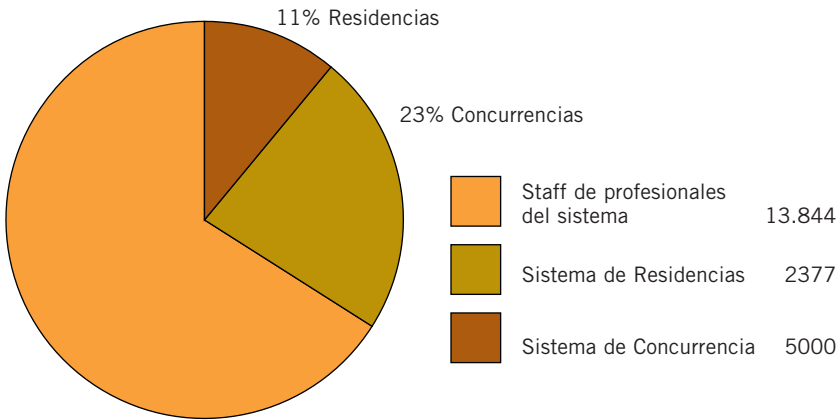
² Información a Febrero del 2002. Fuente: Secretaría de Salud. GCBA.

³ El sistema de concurrencias sufre un importante proceso de desgranamiento. Se está trabajando en un registro inmediato de dicho proceso.

De acuerdo con esos valores, un 34% de los profesionales que actualmente están trabajando en los hospitales y centros de salud de la Ciudad está en formación, lo cual indica la relevancia estratégica de analizar cómo se forman, para qué se forman y cuál es la calidad del trabajo que realizan.

Estos profesionales constituyen la masa crítica del sistema y su formación se convierte en una herramienta nodal para la motorización de cambios en los modelos de atención.

La residencia en el contexto del sistema



Las residencias y concurrencias representan alrededor del 34% de los profesionales del sistema de salud.

La Ciudad invierte más de 40.000.000 de pesos anuales en el sistema de residencias. Esta importante inversión se ha sostenido a lo largo de los años, lo que da cuenta de la relevancia que para la Ciudad de Buenos Aires tiene la residencia.

Asimismo, desde 1998 ha ido aumentando paulatinamente la cantidad de aspirantes a ingresar a nuestro sistema de residencias y concurrencias. En el último año se ha producido un incremento del 15% respecto del año 2001. En el año 2002, sólo el 8,2% de los 7080 postulantes accedió a una vacante de los 575 cargos de residencia, ingresando una parte de los restantes aspirantes al sistema de concurrencias.

El 59% de las vacantes está destinado a residencias básicas de primer nivel de 4 años de duración que incluyen las residencia de clínica médica, pediatría, tocoginecología, cirugía y medicina general. Un 14% de las plazas co-

rresponde a residencias clínicas con orientación (cardiología, terapia intensiva, neumonología, etc.), un 6% a las residencias post-básicas pediátricas, y un 1% a post-básicas generales (emergentología, trauma y bioinformática)

Cantidad de postulantes a Residencias y Concurrencias

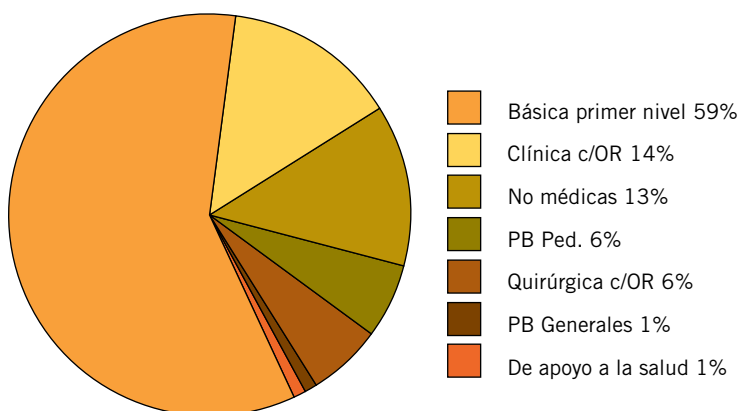
Año	Cantidad	Incremento*
1998	5311	
1999	5663	7%
2000	6052	7%
2001	6176	2%
2002	7080	15%

*Incremento respecto del año anterior.

Asimismo, la Ciudad de Buenos Aires ha sido pionera en la apertura de residencias para distintas especialidades no médicas⁴ muchas de las cuales tienen programas fuertemente centrados en el primer nivel de atención y tienen su sede permanente en los centros de salud junto a la residencia de medicina general.

El 13% de las vacantes se destina a distintas profesiones del equipo de salud.

Distribución de residentes por tipo de especialidad



⁴ El listado completo de las distintas especialidades se encuentra disponible en www.dircap.org.ar

La residencia como sistema de formación

La propuesta que orienta la gestión del sistema de residencias se fundamenta en la valorización de la residencia como espacio de formación en servicio. Es por ello, que importa destacar algunas características distintivas de la residencia como sistema de formación que se vinculan directamente con los lineamientos estratégicos sobre los cuales está trabajando la DCyD.

La residencia, como sistema de formación en servicio brinda la oportunidad de formarse en el marco de problemas reales y contextualizados. El residente aprende trabajando, aprende observando a sus colegas, aprende en el contexto de servicios de salud que se enfrentan cotidianamente a multiplicidad de logros y dificultades. En la residencia la realidad cotidiana de los hospitales y pacientes constituye el motor y la guía de las propuestas de enseñanza y aprendizaje.

Desde esta perspectiva, la residencia constituye un espacio de alto impacto en la orientación de la práctica de los profesionales de la salud, y, en este sentido, es importante la reflexión acerca de las características de los espacios de formación y, especialmente, sobre el modelo de práctica implícito en esa formación, para poder orientar el proceso hacia la atención de las necesidades de salud de la Ciudad y el país.

La residencia articula una variedad de necesidades e intereses:

- Para los graduados universitarios combina la oportunidad de formación práctica, con una actividad rentada. Así, esto que en algún momento era una puerta de entrada al sistema, para muchos residentes hoy se está tornando una necesidad; pertenecer al sistema de residencia garantiza un trabajo rentado con una relación laboral no precarizada.
- Para el sistema de salud, la residencia “es” o “debería ser” un mecanismo adecuado para orientar la formación del recurso humano del sector y promover el compromiso de los servicios con la educación permanente. Sin duda, orienta el tipo de formación y las especialidades, siendo así, se plantean entonces algunas preguntas: ¿en qué medida se está logrando orientar la formación en la residencia hacia los objetivos o intereses de un sistema de salud que responda a las necesidades de la comunidad? ¿En qué medida se está formando un profesional sensible a las necesidades sociales e individuales de la comunidad?

Tensiones sobre la gestión

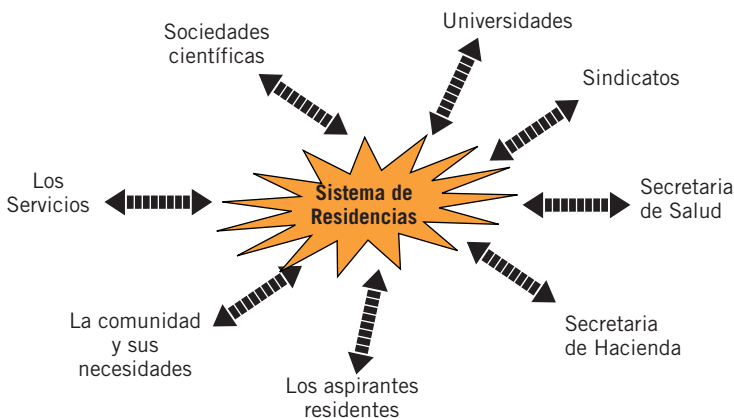
La residencia como sistema de formación en servicio es interpelada por una multiplicidad de necesidades e intereses y sobre ellos la DCyD debe gestionar cotidianamente. En el espacio de la residencia confluyen a diario los intereses de una diversidad de actores, al tiempo que la residencia interpela a todos ellos, instalándose así un permanente estado de tensión. El desafío es entonces cómo, en el contexto actual de nuestro país, puede ser abordada dicha tensión preservando el lugar de la residencia como sistema de formación y el cuidado de la salud de la comunidad.

En este sentido se convive en un marco de tensión permanente entre la lógica de la competencia y la lógica de la cooperación.

El sistema es interpelado por los aspirantes que quieren, por ejemplo, más vacantes. Los residentes que se preocupan por la posibilidad de su futura inserción laboral más que por la calidad de su formación (“vos me querés formar de una manera pero yo necesito trabajar después”). Los intereses de las sociedades científicas y de las universidades que, en muchos casos, estructuran sus programas de formación de especialistas (arancelados y selectivos) a partir de la experiencia práctica ofrecida por el sistema de residencia.

También los distintos servicios del sistema demandan recursos humanos para responder a la creciente demanda asistencial. La propia Secretaría de Salud, a través de sus diversas áreas, también evidencia la diversidad de intereses que incluye desde el pedido para áreas de superespecialización, la necesidad de disponer de profesionales para los centros de salud y/o la presión de determinados grupos y corporaciones.

La dirección de capacitación y desarrollo y la gestión del sistema de residencias



¿Cómo gestionar frente a esta diversidad de intereses?

Los trabajos de Tenti e Isuani⁵ orientan la formulación de algunas preguntas: ¿cómo asumir desde el Estado un papel activo de intervención sistemática, coherente, determinando políticas por encima de la diversidad de intereses?; ¿cómo ir poco a poco introduciendo modificaciones en los ámbitos sobre los cuales se tiene la responsabilidad de actuar y que se caracterizan por la fragmentación y la heterogeneidad?

Las posibles respuestas a estos interrogantes están dadas por los lineamientos estratégicos que la DCyD se ha propuesto trabajar, intentando mantener un movimiento creativo capaz de asumir y afrontar situaciones emergentes sin descuidar una intervención sobre el sistema que marque rumbos y oriente el proceso de formación.

La DCyD debe asumir un rol activo en la conducción y regulación del sistema pero desde una perspectiva asociativa e intersectorial. Por ello, el área de gestión de recursos humanos debe constituirse en un área de intercambio, de encuentro, de reconocimiento de la diversidad, de reflexión crítica acerca de las prácticas cotidianas, y de promoción del trabajo interdisciplinario e intersectorial.

La DCyD como organismo vertebrador del sistema de residencias debe promover el compromiso de los servicios y de sus formadores en la construcción de un perfil profesional capaz de:

- Resolver con experticia la especificidad de cada área de formación en un marco de permanente incertidumbre y cambio.
- Comunicarse eficazmente con el paciente y su familia.
- Trabajar cooperativamente con otros profesionales.
- Formarse para gestionar de manera eficaz los recursos disponibles aprendiendo a desarrollar estrategias de intervención de acuerdo con las necesidades de cuidado de la salud de la comunidad en la cual interviene, y
- Dominar herramientas de docencia e investigación que le permitan constituirse en un profesional con iniciativa para la formación y para el desarrollo constante de nuevos conocimientos.

Por otra parte, uno de los mecanismos importantes que se está fortaleciendo para otorgar coherencia y direccionalidad a la gestión está dado por al-

⁵ Isuani Ernesto, Tenti Emilio. *Estado Democrático y Política Social*, Eudeba.

go tan sencillo y difícil a la vez como es difundir, hacer conocer y cumplir la normativa legal vigente.

En este sentido, rescatamos las siguientes normativas vigentes⁶:

- La Ordenanza 40.997 del año 1985, que todavía hoy tiene muchos aspectos de avanzada y que debe ser aprovechada para trabajar activamente en el fortalecimiento de la residencia como sistema de formación en servicio en beneficio de la comunidad.
- La Ley 601/2001 sancionada por la Legislatura el año pasado que normaliza dos cuestiones esenciales:
 1. La contratación de instructores para los centros de salud, recurso fundamental si se pretende ofrecer formación de calidad en el primer nivel de atención.
 2. La regulación del descanso post-guardia. Aspecto esencial para la dignidad del residente como trabajador, y clave para evitar accidentes de trabajo según lo demuestran diversas investigaciones.

Del mismo modo, se difunde y fortalece el conocimiento de los deberes y derechos que pautan la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires y la Ley Básica de Salud (Ley 153).

Los Lineamientos Estratégicos de la Gestión

En función del contexto presentado, de la preocupación por el fortalecimiento de la residencia como sistema de formación y de la responsabilidad de la DCyD en asumir activamente la gestión del sistema, se viene trabajando en una serie de proyectos y acciones para fortalecer el lugar de la residencia en el sistema de salud de la Ciudad, y otorgarle visibilidad y relevancia al área responsable de la capacitación y formación de los recursos humanos.

Los siguientes son algunos de esos proyectos y acciones:

⁶ Las normativas que se mencionan se encuentran disponibles en nuestra página web (www.dircap.org.ar)

- **El programa único por especialidad.**

Se destacan los principales puntos:

- Adecuar el perfil de la formación a las pautas de la Ley Básica de Salud.
- Garantizar un piso mínimo común a todo residente del sistema más allá del hospital base en el cual cumpla su formación.
- Organizar actividades, establecer ámbitos, pautar responsabilidades.
- Articular formación, trabajo y gestión.
- Favorecer la visibilización de redes de intercambio y asociación que permitan al programa de formación optimizar el aprovechamiento de toda la red de servicios del sistema.
- Intervenir sobre la tensión formación–trabajo garantizando la consolidación de espacios formativos.
- Intervenir sobre la tensión modelo educacional tradicional–modelo problematizador promoviendo estrategias que permitan e incentiven la reflexión sobre la práctica.
- Posibilitar la articulación y el trabajo asociativo con universidades, sociedades científicas, etc.

- **El coordinador general de residencia**

La DCyD viene coordinando desde ya hace largos años las residencias no médicas del equipo de salud y desde este año trabaja con profesionales que han asumido la coordinación de las cuatro residencias médicas básicas. Vale destacar que los coordinadores han surgido de una convocatoria abierta a profesionales del sistema que cuentan con formación e interés por la docencia y que no conlleva una nueva partida presupuestaria sino que se ha gestionado la posibilidad de que el profesional pueda compartir horas asistenciales en su servicio con horas docentes en la DCyD.

Se ha sumado recientemente un profesional en la coordinación de la residencia de medicina general y se sigue trabajando para poder poco a poco asumir desde la DCyD la coordinación de residencias que no cuentan con una coordinación específica.

Entre las tareas y responsabilidades del Coordinador general de residencia se destaca:

- Favorecer el trabajo conjunto entre la DCyD, y los Comités de Docencia y Servicios en la gestión de los programas.

- Optimizar recursos, facilitar el intercambio y la articulación entre sedes.
- Favorecer el desarrollo de experiencias interdisciplinarias.
- Trabajar en la creación de espacios formativos de calidad en el primer nivel de atención.
- Intervenir sobre la tensión formación-trabajo garantizando la consolidación de espacios formativos.
- Intervenir sobre la tensión residencia-staff favoreciendo el compromiso de la planta con la formación de residentes.
- Intervenir sobre la tensión modelo educacional tradicional-modelo problematizador promoviendo espacios de reflexión sobre la práctica.

• **La acreditación de la capacidad formadora**

El programa único por especialidad y el trabajo de una coordinación por área constituyen elementos esenciales para lograr la acreditación de la capacidad formadora de los servicios que se proponen formar residentes.

Desde la perspectiva de la DCyD, la acreditación de la capacidad formadora no pretende constituirse en una categorización de servicios (servicios buenos-servicios malos) sino que se propone operar con una doble dinámica: el servicio trabajando para estar en condiciones de recibir una residencia (standard mínimo) y, por otro lado, la DCyD apoyando y fomentando la capacidad formadora de los servicios. En este sentido, se busca conocer y articular la riqueza y la diversidad del sistema y promover la predisposición hacia la formación y educación permanente.

Como puntos centrales de un proceso de acreditación de la capacidad formadora al interior de los servicios de salud de la Ciudad importa destacar que:

- Al trabajar en el cumplimiento de un programa común por especialidad se objetivan requisitos mínimos para “recibir” residentes.
- El “servicio” no es autosuficiente, forma parte de la “red de servicios” del sistema. Se trabaja en fortalecer la articulación y complementariedad.
- La evaluación de la capacidad formadora brinda información clave para la definición anual de sedes y proporciona a los servicios información para sostener sus fortalezas y revisar sus debilidades.
- Favorece la mejora permanente desde una perspectiva participativa.

Un trabajo sistemático del equipo profesional en la acreditación de capacidad formadora posibilita disponer de un sistema permanente de monitoreo del proceso formativo brindando elementos para asignar vacantes a partir de información certera sobre la calidad del trabajo que se realiza en cada sede.

• El Programa de Formación de Formadores

“La formación de formadores [...] se dirige a quienes tienen a su cargo la función de formar a todos aquellos que en distintos ámbitos y niveles cumplen funciones de formación y actúan en espacios diversos de intervención pedagógica en el contexto de la educación permanente”

“La formación de formadores cumple una inevitable función reproductora, pero tiene además un valor como generadora, productora de transformaciones [...] es allí en la tensión reproducción-producción que adquiere relevancia y valor estratégico [...] insertándose como una cuña que genera rupturas con efecto multiplicador”⁷

La Formación de Formadores constituye una herramienta estratégica en tanto posibilita:

- Colocar en la agenda de la capacitación de los responsables de cada unidad hospitalaria, de cada servicio, temáticas consideradas nodales, transversales, para la gestión del sistema de salud en su conjunto.
- Acreditar idoneidad como “docente”, “formador”, “instructor” en diversas áreas a los asistentes a los programas de Formación de Formadores.
- Optimizar recursos a partir de su consecuente efecto multiplicador.

Este programa viene desarrollándose de manera ininterrumpida, aunque con modalidades diversas, desde el año 1996. Durante los primeros años, se destinó exclusivamente a jefes de residentes ofreciéndoles formación en docencia, estímulo a la investigación y temáticas transversales. En el año 2002 se dirigió a los profesionales con responsabilidad y permanencia en el sistema, miembros de CODEI y coordinadores de programas de residencia.

Los contenidos transversales, temas relevantes para todo el equipo de salud, que pocas veces tienen espacio para ser abordados desde los ser-

⁷ Souto Marta. "La formación de Formadores. Un punto de partida". En: Revista del IICE. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. año IV nro 7. Diciembre de 1995.

vicios, fueron ofrecidos de manera abierta a todos los profesionales y técnicos del sistema.

Vale resaltar también que todos estos cursos han sido dictados aprovechando la experiencia y disponibilidad de profesionales del sistema, potenciando la tarea que venían desarrollando en sus hospitales y servicios.

Durante el 2002 se han ofrecido cursos de:

- Ética y cuidados paliativos
- Medicina Basada en la Evidencia
- Informática
- HIV
- Salud y Trabajo
- Comunicación institucional

- **Principios orientadores para favorecer la integración de ingresantes al sistema**

La intención de esta actividad es sensibilizar a los responsables de la formación de residentes y concurrentes acerca de la importancia de cuidar el proceso de integración de los que ingresan al sistema como un modo de optimizar el programa de formación y hacer visible que ésta incluye contenidos y actitudes, afectos, modalidades de lenguaje, contextos, hechos cotidianos, registros corporales, que inciden en su resultado.

La presente propuesta fue diseñada a partir de las serias dificultades que se vienen registrando año a año en diversos servicios para la integración de los residentes a un trabajo hospitalario intensivo que, pocas veces, respeta los tiempos y necesidades del joven profesional y que no cuenta con la contención adecuada por parte de los formadores.

La presente actividad se elaboró a partir de talleres de discusión con distintos actores del sistema, especialmente Secretarios de Docencia, que en la presente etapa, ya cuenta con un material publicado con recomendaciones y sugerencias⁸.

- **La comunicación institucional**

La página web de la DCyD se está constituyendo día a día en un espacio de consulta y referencia para los profesionales del sistema. Su cono-

⁸ Material disponible en www.dircap.org.ar

cimiento y visita periódica favorece la comunicación con los distintos actores del sistema posibilitando un contacto fluido con residentes, concurrentes y profesionales de staff.

Constituye también una herramienta eficaz para la gestión del concurso de residencias y para la organización de cursos. Ya no es sólo una página para obtener información sino que es utilizada permanentemente para la gestión de la DCyD (preinscripción a concursos, inscripción a cursos, consulta de programas, formulación de consultas).

Cierre y desafíos futuros

Las citadas son sólo algunas de las acciones cotidianas que se vienen realizando en pos de sostener, fortalecer y valorizar al sistema de residencias dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Diariamente se trabaja para otorgar a la residencia un lugar de relevancia estratégica en la construcción de un modelo de atención de la salud adecuado a las necesidades de la población.

Como se ha señalado, son muchas las tensiones cotidianas con las que el sistema convive y son también muchos los desafíos futuros. Entre otros y para abrir nuevos espacios de reflexión y diálogo, quisiera plantear algunos interrogantes:

¿Cómo impactan en la residencia los importantes cambios tecnológicos y organizativos? ¿Qué contenidos temáticos deberán priorizarse? ¿Es oportuno crear residencias en áreas tales como administración y gestión de servicios?

¿Cuáles son las alternativas para superar la puja entre la formación general y la especializada?

¿Cómo incorporar en los procesos de formación en la residencia espacios que permitan reflexionar sobre el contexto político-social nacional y que incide significativamente sobre nuestro quehacer cotidiano en salud?

Como señaló Ilya Prigogine:

No podemos tener la esperanza de predecir el futuro, pero podemos influir en él. En la medida en que las predicciones deterministas no son posibles, es probable que las visiones del futuro, y hasta las utopías, desempeñen un papel importante en la construcción.

EJES DEL DEBATE

A partir de las presentaciones de los expositores se generó un productivo intercambio entre éstos, los participantes y los integrantes del Comité Organizador de la Jornada. A fin de ordenar la discusión planteada se han resumido las principales comentarios y se agruparon en ejes temáticos vinculados con la formación y la práctica de los recursos humanos en salud.

Políticas de recursos humanos y servicios de salud

- El necesario asumir que las políticas deben cumplir un rol fundamental, orientando la diversidad y dándole sentido a la formación de recursos humanos. El análisis de la experiencia internacional demuestra que la relación médico/habitante no se puede establecer pensando que la lógica del mercado acomodará las cargas. Detrás de esa relación siempre hay una política de salud que organiza los recursos humanos y un modelo de atención.
- La falta de la lógica de atención primaria en la organización de los servicios de la Ciudad de Buenos Aires impide que la formación contemple cómo atender los problemas básicos. Hay servicios complejos, servicios de derivación, servicios de segunda referencia y eso naturalmente marca el tipo de prestación.
- Falta de una política concertada que, con base en un diagnóstico epidemiológico, sea capaz de instrumentar los mecanismos para poder formar a los profesionales que deberán atender las necesidades de la población.
- La cuestión central es cómo organizar el sistema de atención para poder contar con un responsable que se haga cargo de la atención integral, del cuidado de la salud y que se apoye en el sistema cuándo y dónde lo

requiera, con el nivel de complejidad que necesite, sin abandonar el manejo de la atención integral de la salud. Este es uno de los puntos clave para una adecuada formación de los profesionales y poder lograr un primer nivel de atención resolutivo para los adultos, como hoy lo tiene la pediatría.

- La medicina se ha fragmentado en múltiples áreas de decisión a cargo de distintas especialidades y subespecialidades dentro de cada disciplina. Este complejo menú de ofertas dificulta el acceso de la población a la atención de sus necesidades. De este modo el 80% de los problemas que atienden los servicios especializados son los que tendrían que estar resolviendo los clínicos, y los especialistas se convierten en especialistas de atención primaria. Este es el contexto en el que se forman los residentes.

Políticas de formación de Recursos Humanos

- Necesidad de articular las políticas de formación de residentes entre todos los actores: instituciones formadoras, servicios de salud y gobiernos locales.
- La Universidad es sólo uno de los actores, el responsable de formar a los profesionales, pero se debería acordar con otras instancias de decisión (gobierno, instituciones de servicios, organizaciones de la sociedad civil) cuáles son las reales necesidades y cuál es el tipo de profesional que necesitamos. De lo contrario esto queda en una cuestión corporativa donde los que regulan el ingreso o la entrada al mercado de trabajo son las corporaciones. Es necesario pensar además qué otros mecanismos se requieren instalar o utilizar para redistribuir a los profesionales que forma el sistema, para generar incentivos que favorezcan la radicación en zonas de necesidades insatisfechas y esto debe ser enmarcado en una política global.
- Es importante incluir el trabajo en contextos externos al propio hospital, lo que permite discutir las residencias no sólo desde la lógica de los servicios de salud sino insertas en una política de recursos humanos. De este modo se generan las condiciones para que el proyecto educacional, el aprendizaje en práctica profesional resulte transformador y no reproductivo. La reflexión crítica sobre la práctica profesional permite cambiar prácticas.

Formación e inserción laboral de los residentes

- La mejor formación de posgrado es la residencia, pero carecemos de un plan estratégico unificado del sector público de programas de formación de las residencias. Faltan programas de evaluación en los que participen activamente los coordinadores y los docentes a cargo de las residencias en los distintos hospitales públicos.
- La residencia en la mayor parte de los hospitales públicos y privados ha sido muy aceptada y de tal utilidad en la conformación institucional que hoy los hospitales difícilmente puedan manejarse sin residentes.
- El objetivo central de los residentes es su formación, pero a medida que va pasando el tiempo la necesidad institucional hace que los residentes sean cada vez menos estudiantes y cada vez más docentes.
- Al inicio del sistema de residencias se produjeron algunas resistencias por parte de los médicos de planta. Pero actualmente, los residentes son aceptados y reemplazan a esos profesionales en muchas tareas.
- Importancia de compatibilizar los horarios de los médicos residentes con los médicos de planta.
- Considerando el total de la oferta pública y privada de residencias, el 60% de los egresados de la carrera de medicina tiene una vacante en el sistema remunerado.
- El gran problema de los residentes es el momento en el que dejan la residencia. Pueden algunos de ellos ser jefes de residentes, pero frecuentemente quedan sin inserción en el sistema, para lo que no están preparados. No hay un sistema de salud que pueda dar cabida a los que dejan de ser residentes, a pesar de lo cual en la decisión de ingresar al sistema predomina aún la formación sobre la inserción laboral.
- Hay una asignatura pendiente que es la integración entre el grado y el posgrado. Para los alumnos de medicina, la práctica de la medicina parece empezar en el posgrado. Algunas experiencias han demostrado que el aprendizaje basado en problemas introducido en el grado mejora significativamente la integración de ambos ciclos.
- Importancia de diseñar dispositivos o mecanismos que en el contexto actual permitan trabajar desde la residencia en articular el trabajo y los espacios de formación.
- No hay un dispositivo único que pueda ser aplicado en cualquier contexto, pero es importante establecer qué lugar va a ocupar la tarea de formación en la práctica profesional. Para ello, cualquier dispositivo tiene que tener raigambre e inserción en la lógica institucional y en las tareas organizacionales del responsable o del equipo de responsables. Se

requiere preparación en tutoría, en gestión, en planificación, en pedagogía. Como el dispositivo no se agota fácilmente tiene que tener una dimensión político organizacional y una dimensión de preparación de los responsables de coordinar estas acciones. Además el grupo de conducción y coordinación debe ser multidisciplinario.

- Es necesario revisar el criterio de admisión y selección de residentes, ya que si la residencia tiene una autonomía relativa tendría que seguir valorando el criterio de formación que actualmente obliga a optar por una especialidad.

Gestión de las Residencias

- Se requiere que a nivel jurisdiccional se tomen decisiones que contemplen la planificación, la acreditación y la evaluación de las residencias.
- Es conveniente contar con servicios que atiendan poblaciones definidas, que sean responsabilidad de una estructura asistencial y que brinden un tratamiento integral a esa población. Esto supone una residencia en atención ambulatoria de alta resolución que configura un sistema de pacientes continuos.
- Hay que recuperar de la historia de las residencias, el rol de las pasantías por el interior del país. La rotación en los últimos seis meses de residencia en otros servicios del sistema permitía conocer otros contextos y, probablemente, tener estímulos como para que un porcentaje de los residentes se radique en ellos.

Calidad de las Residencias

- Resulta auspiciosa la presencia del Ministerio de Educación como actor planteando requerimientos de evaluación. Antes de esto sólo existían sistemas de evaluación planteados por las Sociedades Científicas. La articulación de las carreras universitarias con las residencias exigió acreditar programas a partir de la evaluación por grupos de pares. Se plantea la necesidad de un programa de evaluación integrada.
- Se debe diferenciar claramente la acreditación de programas, su desarrollo y la evaluación final del egresado.
- Necesidad de establecer criterios claros sobre la acreditación de residencias, ya que ante la masividad y la falta de normas, se desarrollan resi-

dencias que no tienen la solvencia ni la capacidad ni las horas médico-/docente necesarias para garantizar una formación de calidad.

- Para acreditar un servicio es necesario tener en cuenta que debe tener un programa de formación adecuado y a cargo de profesionales en condiciones de formar residentes. Lo importante es que el servicio esté en un proceso de aprendizaje y tenga programas de cambio y proyectos de transformación.

LÍNEAS FUTURAS DE TRABAJO

Como resultado de las presentaciones y del intercambio que se produjo entre los participantes y los expositores se reafirmó la necesidad de dar continuidad a todas las iniciativas que contribuyan a instalar el tema de la formación y capacitación de profesionales en el sistema de residencias como un componente esencial de una *política pública* sostenida en el tiempo.

En esta perspectiva se visualizan tres ejes centrales:

- **Capacitación**
 - Desarrollar un sistema de acreditación y evaluación homogénea de los programas
 - Diseñar mecanismos e instrumentos que permitan evaluar la vigencia de los programas y facilitar su actualización permanente
 - Instalar sistemas de evaluación de desempeño para el equipo de salud
 - Desarrollar propuestas de capacitación innovadoras con la participación de los residentes como sujetos centrales de las estrategias de formación

- **Red de intercambio y actualización permanente en Residencias**
 - Favorecer la constitución y el desarrollo de una red de comunicación e información sobre temas de interés en gestión y formación de recursos humanos entre todos los componentes del sistema. Entre otros:
 - ✓ Comunicación con pacientes, familia y otros profesionales

- ✓Aspectos legales y éticos de la práctica en salud
- ✓Calidad de la atención
- Promover la producción de materiales de capacitación para su difusión entre los miembros de la Red en diferentes tipos de soportes.
- **Fortalecimiento institucional de las Residencias**
 - Incorporar nuevas estrategias que permitan acompañar el proceso de crecimiento y transformación que experimentan los servicios, mejorando la tarea asistencial
 - Fomentar y estimular la articulación entre áreas, sectores y programas, trabajando en equipos interdisciplinarios para resolver problemáticas comunes.
 - Generar espacios de trabajo con CODEI y jefes de Servicios para superar la fragmentación disciplinaria.
 - Profundizar la vinculación con instituciones académicas para el desarrollo de proyectos colaborativos de investigación y transferencia sobre gestión y formación de Recursos Humanos
 - Generar debates que puedan dar lugar a propuestas consensuadas en torno de las cuestiones vinculadas con la Regulación, Planificación y Gestión de las Residencias así como sobre el modelo de formación.
 - Favorecer la conformación de espacios de trabajo con legisladores para elaborar un marco político-legal actualizado.
- **Investigación en torno de diversos aspectos del desarrollo del proceso de formación**
 - Estructura del proceso
 - Resultados del proceso
 - Inserción laboral de los egresados



Anexos

PROGRAMA

JORNADA

LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD: DESAFÍOS EN EL CONTEXTO ACTUAL

Organizadas por: Dirección de Capacitación y Desarrollo del G.C.B.A. y el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales – U.B.A.

Auspiciadas por: Organización Panamericana de la Salud.

Lugar y fecha: Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, Perú 160, Salón de los Pasos Perdidos, el 11 de noviembre de 2002.

Programa:

08.15 hs.: Acreditación

08.30 hs.: Mesa 1:
Recursos Humanos y Servicios de Salud

Con la participación de:

- *Dra. María Cristina Davini.* Directora General de Educación Superior, G.C.B.A., Especialista en Programas de Formación y Educación Permanente, Docente Universitaria.

- *Dr. Mario Rovere*, Médico Sanitarista, Ex Secretario de Políticas Sociales de la Nación, Ex Director de Planificación. Secretaría de Salud. Ciudad de Buenos Aires, Docente Universitario
- *Dr. Marcelo García Dieguez*, Especialista en Educación de Profesionales de la Salud, Miembro Comisión Carrera de Medicina, Universidad Nacional del Sur, Secretario Científico Asociación Médica de Bahía Blanca “Dr. Felipe Glasman”.

Moderadora: Lic. Fabiana Reboiras.

09.30 hs.: Debate.

10.30 hs.: Café

11.00 hs.: Apertura con la presencia de autoridades de:

Secretaría de Salud del G.C.B.A.:

- Sr. Secretario de Salud, *Dr. Alfredo M. Stern*
- Sr. Director de Capacitación, *Dr. Rodolfo Kaufmann*

Instituto Gino Germani:

- Sr. Director, *Lic. Pedro Krotzsch*

Organización Panamericana de la Salud:

- Sr. Representante en Argentina, *Dr. Juan Manuel Sotelo*

Legislatura de la Ciudad de Bs. As.:

- Sra. Presidente de la Comisión de Salud Dip. *Clori Yelicic*.

11.30 hs.: Mesa 2:

Las Residencias en el marco de una Política de Salud

Con la participación de:

- *Dr Mario Drisum*, Subsecretario de Salud. Secretario de Salud del Municipio de Rosario.
- *Dra. Alicia Gillone*, Médica Sanitarista, Ex Presidenta Comisión de Salud y

Políticas Sociales Legislatura Prov.de Neuquén, Docente Universitaria.

- *Dr. Pablo Bonazzola*, Miembro Directorio Hospital Garrahan, Ex Secretario de Salud GCBA, Ex Director Hospital Ramos Mejía, Docente Universitario.
- *Lic. Rosa María Borrell*, Consultora Recursos Humanos OPS Argentina.

Moderadora: Lic. Débora Yanco.

12.45 hs.: Debate.

13.45 hs.: Intervalo

14.45 hs.: Mesa 3:
La Gestión de las Residencias

Con la participación de:

- *Dr. Nery Fures*, Médico Pediatra y Especialista en Salud Pública. Ex Director Capacitación de Profesionales de Salud Prov. de Buenos Aires, Docente universitario
- *Lic. Gabriel Listovsky*, a/c Depto Formación de Posgrado Dirección de Capacitación, Secretaría de Salud GCBA, Especialista en Formación de Formadores, Docente Universitario
- *Lic. Mauro Dobruskin*, Director Nacional de Políticas de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la Nación, Docente Universitario.
- *Lic. Alicia Ruth Álvarez*. Programa de Salud Mental. Secretaría de Salud Pública, Municipio de Rosario.

Moderadora: Lic. Elina Dabas.

16.00 hs.: Debate.

17.00 hs.: Conclusiones generales.

Comité Organizador:

Lic. Mónica Abramzón
Dr. Pablo Bonazzola
Lic. Silvia Dubkin
Lic. Liliana Findling
Lic. María Julia Giorgi
Lic. Haydeé Lorusso
Dr. Mario Rovere

LISTADO DE PARTICIPANTES

Invitados	Institución a la que representa
Dr. Mercer, Raúl	CEDES
Dra. Agliano, Asunción	CODEI - Santojanni
Dra. Lamas	CODEI Durand
Dr. Echezarreta, Eduardo	CODEI Garrahan
Dra. Galoppo,	CODEI Gutiérrez
Dr. Rodríguez, Ricardo	DCyD
Lic. Giorgi, María Julia	DCyD
Lic. Lorusso, Haydé	DCyD
Lic. Maggiani, Alicia	DCyD
Lic. Neuman, Marcos	DCyD
Lic. Rodríguez, Patricia	DCyD
Ben David, Judith	DCyD - Coordinador Residencia
Dr. Marcos, Edgardo	DCyD - Coordinador Residencia
Dr. Quesada, Carlos Gustavo	DCyD - Coordinador Residencia
Dr. Sproviero, Jorge	DCyD - Coordinador Residencia
Dra. Buchta, Cecilia	DCyD - Coordinador Residencia
Dra. Zappulla, Estela Rosa	DCyD - Coordinador Residencia
Enf. Sánchez, Alejandro	DCyD - Coordinador Residencia

Kloga. Geijo, Liliana	DCyD - Coordinador Residencia
Kloga. Ramundo, Sandra	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Blasco, Marina	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Cabral, Ana Lía	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Del Mazo, Silvia	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Dubkin, Silvia	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Ferraro, Marcelo	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Fuks, Ana	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Rúa, Alberto	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Siskin, Daniel	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Torre, Alicia	DCyD - Coordinador Residencia
Lic. Yanco, Debora	DCyD - Coordinador Residencia
Obst. Rosa Vartabedian	(DCyD)
Manuel García Delfín	Legislatura Ciudad de Buenos Aires
Dra. Mendes Diz, Ana Maria	Instituto Gino Germani (UBA)
Lic. Lamboglia, Susana	Facultad de Filosofía y Letras (UBA)
Lic. Abramzón, Mónica	Instituto Gino Germani (UBA)
Lic. Findling, Liliana	Instituto Gino Germani (UBA)
Dr. Carlos Schonfeld	Curso Posgrado Calidad Total en el Laboratorio de Bioquímica – Facultad de Farmacia y Bioquímica (UBA)
Dr. Argente, Horacio	Hospital de Clínicas (UBA)
Dr. Iérmoli	Hospital de Clínicas (UBA)
Dra. Griemberg Gutierrez, Gloria	Hospital de Clínicas - Directora del Area de Residencias de la Escuela de Graduados - Bioquímica.
Dr. Valli, Raúl	Hospital Durand - Subdirector
Dr. Mestman, Carlos	Hospital Francés
Dr. Sarasqueta, Pedro	Hospital Garrahan y S.A.P.

Dr. Blanco, Osvaldo	Hospital Italiano-UBA
Dra. Langer, Marta	I.U. CEMIC Asesora Pedagógica
Dr. Durante, Eduardo	Integrante del Comité de Becarios y Residentes
Dra. Yelicic, Clori	Legislatura G.C.B.A. Diputada
Dra. Lopez Val, Liliana	Ministerio de Salud Nación
Dr. Repetto, Horacio	S.A.P. y Hospital Posadas, UBA
Dra. Silberberg, Eva	Salud mental G.C.B.A.
Lic. Barraco, Angel	Salud mental G.C.B.A.
Dr. Capmourteres, Emilio	Sociedad de Anestesiología - Secretario de RRHH
Dr. Deluca, Carlos	Sociedad de Anestesiología - Subdirector
Dr. Ovide, Menín	Universidad de Rosario, Pedagogo
Dr. Melita, Horacio	Sociedad de Anestesiología
Dra. Repetto, Nora	Cecilia Grierson
Dra. Manes Rossi, Graciela	Comisión de Salud
Lic. Jaïtt, Andrea	Secretaría de Salud GCBA (prensa)
Lic. García, Alicia	DCyD