

LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN ARGENTINA

UNA ESTRATEGIA DE CONSENSOS

2008 - 2015



Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación



LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN ARGENTINA

UNA ESTRATEGIA DE CONSENSOS



LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN ARGENTINA

UNA ESTRATEGIA DE CONSENSOS



DIRECCIÓN NACIONAL DE
CAPITAL HUMANO Y
SALUD OCUPACIONAL

2008-2015

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación



Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN ARGENTINA. Una estrategia de consensos. 2007-2015

Noviembre, 2015

COMPILADORAS: María Isabel Duré (1), María del Carmen Cadile (2)

EDICIÓN: Paula Kornblihtt

DISEÑO: Emiliano Fernández

(1) Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.
Ministerio de Salud de la Nación

(2) A cargo de la Coordinación del Área de Planificación y Capacitación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.
Ministerio de Salud de la Nación.

AGRADECIMIENTOS: Al equipo de la Dirección Nacional de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, al Dr. Guillermo Williams y el equipo de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y a los equipos provinciales de Recursos Humanos y Capacitación, por sus valiosos aportes y el trabajo compartido en todos estos años. A la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) por su apoyo permanente.

Autoridades

Presidenta de la Nación

Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud de la Nación

Daniel Gustavo Gollan

Secretario de Políticas, Regulación e Institutos

Mario Rovere

Subsecretario de Políticas, Regulación y Fiscalización

Pablo Emilio Kohan

Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

María Isabel Duré

Director Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud

Guillermo Ismael Williams

Integrantes del equipo de trabajo de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

Yanina Aliste	Eugenia Bagnasco
María del Carmen Cadile	Walter Caffarena
Mariana Cavalieri	Silvia Chera
María Cristina Ciz	Analía Cumo
Daniela María Daverio	María Isabel Duré
Guido De Nicotti	Mercedes De La Cruz
Imelda De Lella	Carolina Dursi
Alejandro Drienisienia	Alejandra Farías
Pablo Farías	Daniela Liliana Fernández
Emiliano Fernández	Carola Garcés
María José García	Mercedes Guarch
Livia Herrera	Virginia Jalley
Diana Juárez	Paula Kornblihtt
Susana Lloveras	María Eugenia Luna
Isabel Malamud	María Catalina Martínez
Larisa Novelli	Malena Quiroga
María Eva Raffoul Sinchicay	Erica Riquelme
Teresa Nora Rizzi	Valeria Rizzi
Gabriela Lorena Rodríguez	Gilda Rojas
Ana Julia Ruiz	Sabrina Rujinsky
Florencia Saade	Romelia Sotelo
Adriana Sánchez Toledo	Gladys Skoumal
María Eugenia Vera Tapia	Mario Virgolini
Lucas Zamboni	Mauro German Zanier Gallardo

Nuestro especial recuerdo para María Cristina Davini y
María Ester Libonatti

Contenidos

PRÓLOGO	13
PRESENTACIÓN	17
INTRODUCCIÓN	23
CAPÍTULO 1 / LA COMPLEJIDAD DEL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN ARGENTINA	27
CAPÍTULO 2 / LA RED FEDERAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	67
CAPÍTULO 3 / REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN SALUD EN ARGENTINA	87
CAPÍTULO 4 / LAS RESIDENCIAS NACIONALES EN ARGENTINA: POLÍTICAS Y GESTIÓN	125
CAPÍTULO 5 / EXAMEN ÚNICO DE INGRESO A RESIDENCIAS MÉDICAS	167
CAPÍTULO 6 / SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD	197
CAPÍTULO 7 / LA FORMACIÓN SUPERIOR EN SALUD	245
CAPÍTULO 8 / LA INTEGRACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	269
CAPÍTULO 9 / LA GESTIÓN DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE: UN COMPONENTE DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RHUS EN EL MINISTERIO DE SALUD.	309
CAPÍTULO 10 / OBSERVATORIO FEDERAL DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD	327
CAPÍTULO 11 / TALLERES DE METAS DE RHUS. LA EXPERIENCIA EN ARGENTINA 2010-2014	339

Prólogo

Desde la Representación Argentina de la Organización Panamericana de la Salud nos complace escribir el prólogo de este libro que sistematiza un proceso de recuperación de rectoría por parte del Estado Argentino, y construcción de políticas públicas en el terreno de los recursos humanos en salud, y que, - como los autores lo plantean - se propone realizar un aporte a los gestores y responsables en esta temática.

Es de destacar que los alcances de esta contribución podrán superar incluso el nivel sub-nacional y el nacional, ya que sin duda, podrá ser aprovechado por otros países de la región que atraviesen problemáticas similares a las que conformaron los puntos de partida de las experiencias que el texto describe. Asimismo, resultará valioso para los gestores de políticas públicas de otros ámbitos, tanto relacionados con la salud como con otros sectores, debido a la descripción y el análisis de las estrategias de construcción de consensos y de negociaciones entre sectores, sub sectores, instituciones y diversos actores que presenta. Esto significa que la utilidad de la información vertida puede superar los límites de los problemas de gestión específicos de "los recursos humanos en salud" y se puede vincular con los de toda política que se proponga construir federalismo a través de la complementación de recursos y la circulación de experiencias y saberes entre las jurisdicciones.

Con alto nivel de pertinencia, el texto enmarca conceptualmente a las políticas públicas que describe. Para ello, hace referencia a la noción de campo de Pierre Bourdieu, señalándola como parte de un posicionamiento teórico y también político. Este marco le posibilita la identificación de actores, instituciones, intereses en pugna, conflictos subyacentes y sus alternativas de negociación, destacando al Estado asumiendo diversos roles: como planificador, formador, y como regulador de las prácticas.

Cualquiera que intenta en la práctica adentrarse vívidamente en la trinchera de los recursos humanos en salud, tiene al inicio la sensación de una maraña ininteligible de múltiples vericuetos que se arborizan más y más; y se tarda un tiempo en entenderla como una verdadera complejidad, como diría Edgar Morin, a través de un proceso en el que la complicación se hace inteligible, y la red de conexiones se visualiza para permitir una comprensión del objeto como campo. La navegación por los capítulos de este libro ayuda a captar esta complejidad a partir de ir entramando la multiplicidad que se expone en el capítulo 1 referido al Campo de los Recursos Humanos en Salud y que asume aún mayor claridad en un excelente cuadro de la pág 30.

No hay tema del campo de los recursos humanos en salud que no esté desarrollado y analizado en esta obra. La gobernanza, la planificación, la regulación, la formación, la educación permanente y la producción de información sistemática para la gestión tienen experiencias relevantes para transmitir.

Desde el área de Recursos Humanos en Salud/Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, tanto a nivel regional, sub regional y nacional, agradecemos haber podido acompañar algunas instancias de este proceso que aquí se relatan. Los proyectos y actividades del libro coinciden temporalmente con lo que se denominó la Década de los Recursos Humanos en Salud. Los países que conforman la OPS definen en el año 2005, 5 desafíos críticos para el campo en una reunión en Toronto*. Esta coincidencia temporal se complementó con un Convenio entre OPS y el Gobierno Argentino que priorizaba 5 Objetivos en los que se centraría la Cooperación Técnica. Tanto los desafíos de Toronto, como este acuerdo posibilitaron cooperar en diversos temas relacionados con la fuerza de trabajo en salud.

Uno de ellos fue la decisión del Ministerio de Salud de abordar la Educación Permanente en Salud a través del Campus Virtual de Salud Pública. Asimismo, la cooperación técnica permitió realizar el acompañamiento de otras experiencias descritas en el libro como ser la aplicación en el nivel nacional de un instrumento de medición de los 5 Desafíos en 20 metas para obtener la línea de base, la presencia en una mesa integrada de políticas en salud y educación, y otros temas de planificación, regulación y desarrollo de Observatorios de Recursos Humanos.

*. www.observatoriorh.org

Los invitamos a leer este libro, que refleja con claridad teórica, abundancia de información relevante y capacidad analítica los andares de una gestión de políticas públicas en recursos humanos en salud, que servirá para distintos países de la Región de las Américas.

Alejandro Gherardi

Asesor en Sistemas y Servicios de Salud OPS/Argentina

Débora Yanco

Consultora Nacional de Recursos Humanos en Salud OPS/Argentina

Presentación

El conjunto de los mecanismos a través de los cuales un país y sus diversos territorios pueden contar con una adecuada disponibilidad en cantidad y calidad de recursos humanos en salud no ocurren como consecuencia de mecanismos espontáneos en el así denominado “mercado de trabajo”. Su adecuada regulación requiere, por su amplitud en el tiempo y en el territorio, constituirse como una verdadera cuestión de estado. Esta necesidad se sustenta en los largos períodos de formación que se requiere para poder contar con profesionales de salud, muchos de los cuales quedan habilitados para ejercer sus prácticas luego de 10 años de estudios de grado y de posgrado, y en la fluida interconexión de los mercados de trabajo con rápida circulación entre subsectores, entre municipios y provincias e incluso entre países.

Puede resultar útil aquí el uso de algunas metáforas como las de una cuenca fluvial o de un sistema de riego por el carácter fluido de los procesos, por la posibilidad de verificar súbitas o episódicas bajantes o inundaciones, por la posibilidad de predecir lo que sucederá en el tiempo “cuenca abajo” y por la necesidad de contar con una “autoridad de cuenca” que tenga capacidad de observar e intervenir ante contingencias críticas.

En ese sentido las instituciones concurrentes (formadoras, empleadoras, reguladoras) pueden generar súbitas carencias o excesos por el simple hecho de no tomar en cuenta el carácter sistémico de sus decisiones.

Sería muy difícil, por ejemplo, para las instituciones responsables de la formación, con períodos de latencia de 8 a 10 años en la plena aplicación de reformas curriculares, el dar respuesta automática a políticas que en un ciclo largo pudieran parecer contradictorias. Del mismo modo las instituciones empleadoras se pueden ver obligadas a tomar decisiones riesgosas para el equilibrio de sus sistemas de retribución frente a súbitas carencias en algún segmento del mercado de trabajo profesional.

Un enfoque estructuralista de ésta división del trabajo se complejiza cuando deben incluirse, adicionalmente, mecanismos mixtos de estudio-trabajo muy valorados en el sector como el caso de las residencias profesionales en donde ambas funciones se combinan sirviendo en diversas ocasiones y circunstancias como amortiguadoras o como intensificadoras de transitorios desbalances.

A partir de la creciente complejidad del campo de RR. HH en Salud se percibe cada vez más la necesidad de profesionalizar la tarea de gestión. Esa profesionalización requiere combinar competencias que provienen de diferentes campos de conocimiento como la demografía, la economía, la educación, el derecho, la sociología, la administración con otras que devienen de la necesidad de comprender las dimensiones técnico-políticas de un campo en donde diferentes actores concurren con previsibles y legítimos intereses y perspectivas institucionales y en donde la defensa del interés superior del propio derecho a la salud requiere la construcción de marcos de regulación democráticos combinando, entre otras competencias de negociación, planificación estratégica, regulación y construcción de consensos.

Es por ello que el Ministerio de Salud de la Nación, en pleno cumplimiento de su función de rectoría viene desarrollando un conjunto de herramientas e instrumentos adecuados para la producción de consensos interinstitucionales: a nivel internacional con organismos del sistema de naciones unidas, y en instancias intergubernamentales (Mercosur y UNASUR) a nivel nacional con las autoridades directamente responsables de los Ministerios de Educación y de Trabajo, con universidades, sociedades científicas, colegios profesionales y a nivel sub-nacional con ministerios de salud provinciales, directamente o a través del COFESA, con colegios profesionales, etc.

Hasta apenas una década atrás la Argentina se autopercibía como un país adecuada y hasta excesivamente equipado en recursos humanos en el sector salud, probablemente a partir de datos constatables y relativamente privilegiados, en una perspectiva internacional, en la relación médicos por habitante. Las propias dificultades de distribución geográfica se percibían como en vías de remediación por la saturación en las grandes ciudades y la muy inadecuada relación médico-enfermera parecía disimulada en alguna forma de readecuación territorial de las funciones de producción entre ambas profesiones.

Una década después el panorama se complejizó al punto de poder problematizar como un recurso didáctico con una sola pregunta “¿cómo es que faltan médicos en un país en el que aparentemente sobran?”.

No hay una respuesta exacta para esa pregunta; mas bien un conjunto de hipótesis, varias de las cuales requieren, no solo constatación sino una adecuada medición del grado de contribución a este fenómeno.

Quizás se llegó a un exceso de medicalización de las funciones de producción en desmedro de otras profesiones de la salud, quizás la sobre especialización con monopolio de prácticas impulsa a redefinir las necesidades cuantitativas de médicos por habitante, quizás una mayor absorción del sector privado acompañado de una mayor concentración geográfica de los servicios de alta complejidad en este subsector participe del fenómeno, quizás la ostensible feminización de la medicina redefina las preferencias de especialidades y reduce en parte la tendencia al multiempleo, quizás la recuperación de la iniciativa en la construcción de hospitales públicos pone más en evidencia las dificultades o quizás la misma expansión de la oferta de residencias le pongan más de manifiesto cuando en determinados territorios y en determinadas especialidades las vacantes no alcanzan a cubrirse.

El Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud con su red de observatorios provinciales, el Examen Único de Residencias, la participación en redes del ISAGS/UNASUR Salud y el GT11 de Mercosur, la red federal de Registro de Profesionales de Salud, la profundización de mecanismos de educación permanente y de formación de formadores, la ampliación del uso de la educación a distancia con una oferta ampliada de cursos virtuales, algunos de los cuales tienen demanda de profesionales de otros países latinoamericanos, constituyen entre otros avances sustanciales en este campo.

La capacidad de analizar e intervenir a tiempo real requería de una herramienta complementaria que pudiera servir para proyectar necesidades y poder anticiparse a fenómenos y contingencias futuras. Con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud, se ha elaborado una propuesta metodológica de planificación de necesidades de especialistas en el país y una herramienta informática apta para realizar proyecciones y simulaciones que ayudarán a la toma de decisiones en este campo.

No es de extrañar entonces que al cumplirse una década de la Cumbre Continental de Recursos Humanos realizado en Toronto, nuestro país haya sido elegido como sede para la segunda cumbre continental que se realizó con pleno éxito y amplia participación a principios del 31 de agosto al 3 de septiembre del presente año bajo el lema “Los Equipos de Salud frente a nuevos y renovados desafíos”, un encuentro regional que busca impulsar una agenda post 2015 de la Región de las Américas en Recursos Humanos en salud.

Mucho se ha avanzado en una década y lo que alguna vez se pensó como un techo a alcanzar hoy configura un piso que permite soñar a su vez con nuevas metas hasta alcanzar una fuerza laboral adecuada y bien distribuida, altamente calificada y fuertemente motivada y comprometida en valores ciudadanos para que el derecho a la salud sea una realidad en todo el territorio nacional.

Mario Rovere

Secretario de Políticas, Regulación e Institutos



Introducción

Solemos comenzar una introducción explicitando los objetivos de la publicación. Pero casi siempre la escribimos al final, cuando la escritura ha objetivado los procesos que queremos narrar y podemos encontrar un sentido global a lo que deseamos transmitir. Los artículos van adquiriendo vida propia, más aún cuando se publican.

Este libro pretende documentar el trabajo de muchas personas. Y, como estamos en el campo de recursos humanos de salud, está dirigido a otras personas que trabajan cotidianamente para que más personas se formen y cuiden la salud de todos en Argentina.

Es un libro de gestores para gestores, a través del cual intentamos compartir los procesos reflexivos y las estrategias de gestión de las políticas de recursos humanos fijadas por el Ministerio de Salud de la Nación y el Consejo Federal de Salud entre los años 2008 y 2015. En un movimiento espiralado alrededor de esas políticas, fuimos profundizando nuestra comprensión del escenario, creciendo colectivamente y reconfigurando nuestras intervenciones.

Creemos que las políticas sanitarias cuyos enunciados parten de un “deber ser” y proponen soluciones que desconocen la singularidad del contexto, están condenadas al fracaso. Se trata de “políticas sin sujeto” en las que se privilegia una racionalidad instrumental que insta a hacer, pero omite el cómo y, sobre todo, el por qué hacerlo. En ese mismo movimiento de lógica vertical que clausura estos interrogantes, se separa la política de la gestión de manera tal que esta última es asociada a una tecno burocracia que queda reducida a un hacer lo que otros deciden. En realidad, cuando en realidad política y gestión son términos de una misma ecuación: no hay política sin gestión, y ni gestión sin política.

Superar la vieja herencia verticalista, propia de la planificación administrativa que termina por naturalizar la diferencia, supone diseñar nuevas formas organizativas al estilo de vasos comunicantes transversales, que alimenten y alienten por igual a las zonas menos favorecidas para hacer visible una demanda y diseñar formas de gestión articuladas con su propia singularidad.

Pero para ello, se requiere no solo de recursos económicos sino también una distribución equitativa de conocimientos, información y capacitación de los equipos de salud.

Por tanto, consideramos que consenso y transversalidad son las llaves que permiten alcanzar este objetivo que, por ambicioso, no deja de ser un requerimiento insoslayable en materia de las funciones esenciales de la salud pública.

Sin duda, todo proceso basado en el consenso de las partes implica una serie de negociaciones que, hasta que se alcanza el acuerdo, requieren un tiempo de maduración. Sin embargo, estos procesos promueven una apropiación de las decisiones por parte de todos los actores, generando mayor sustentabilidad en el tiempo. Hemos dispuesto de ese tiempo y creemos que pudimos aprovecharlo.

Este es un libro redactado por algunos pero escrito por muchos. Son parte de estas letras no sólo los equipos de la Direcciones Nacionales de Capital Humano y Salud Ocupacional y de la de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios, sino que tienen un rol protagónico la Red Federal de Recursos Humanos en Salud, los responsables de Regulación y Fiscalización de las provincias, los integrantes de Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (los miembros de la Comisión Asesora, los evaluadores, los integrantes de las subcomisiones redactoras de documentos por especialidad), los compañeros de la Mesa Intersectorial de Salud – Educación y del Ministerio de Trabajo, los integrantes de la Subcomisión de Elaboración de Documentos Base para Técnicos los responsables de capacitación de los programas del Ministerio, los que desde la Organización Panamericana de la Salud a nivel nacional o regional trabajan los temas de recursos humanos.

Nos propusimos hacerlo desde la perspectiva de las tensiones que conlleva

la gestión, pero también incluimos información que ayudara a comprender el escenario y los desafíos que quedan por abordar. Intentamos no repetirnos, pero encontramos que la cohesión en las políticas de recursos humanos y la claridad en la visión compartida de todos los que escribimos tienen una presencia innegable, atraviesan nuestra escritura y enfatizan en los mismos puntos de tensión.

Quisimos documentar siete años de gestión en un marco de rectoría del Estado sobre las políticas de recursos humanos. Y en el proceso de escritura ratificamos nuestro tránsito, la complejidad de la tarea que llevamos adelante y las transformaciones y mejoras que logramos concretar.

Finalmente, queremos agradecer la confianza depositada por los ministros, secretarios y subsecretarios que, a lo largo de estos años, sostuvieron la inversión de tiempo y recursos que requieren las políticas de desarrollo de equipos de salud.

María Isabel Duré

Directora Nacional de Capital Humano
y Salud Ocupacional

1

LA GESTIÓN EN EL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN LA ARGENTINA. UNA ESTRATEGIA DE CONSENSOS Y CONCERTACIÓN FEDERAL

MARÍA ISABEL DURÉ
CAROLINA DURSI
MARÍA DEL CARMEN CADILE

Introducción

Este artículo recoge la experiencia de trabajo de años de gestión en el campo de los recursos humanos y, desde ese lugar, pretende formalizar su complejidad, su dinámica y el juego de actores que se despliega en este espacio. Su intención es realizar un aporte dirigido a los gestores y responsables de las políticas públicas de estas áreas con el objetivo de recuperar, en algunos casos, parte de la historia de estos actores que determinó su actual posición y, en otros, transmitir experiencias de trabajo en primera persona que acompañaron importantes procesos de consenso e instalaron políticas que marcaron un antes y un después en este terreno.

Referirnos al “campo de los recursos humanos en salud” implica adoptar una posición teórica, pero fundamentalmente, política, que nos sitúa frente al desafío de pensar una estructura intersectorial en permanente transformación, con dinámicas cambiantes, con actores e instituciones sociales con intereses propios, muchas veces complementarios, muchas otras contradictorios.

En este sentido, la noción de campo, es una perspectiva, es un modo de comprender y recortar una realidad determinada. En el caso que nos convoca, es un análisis del entramado en el que conviven los servicios de salud, sus trabajadores y la población usuaria, y la construcción un mapa dinámico de actores e instituciones de diversos sectores que permita definir intervenciones. Al mismo tiempo, es una apuesta a desentrañar las relaciones que establecen estos actores y cómo esta dinámica impacta en la formación, el trabajo del personal de salud y, por ende, en la atención de salud de la población.

En este sentido, en palabras de Bourdieu (2008), *“un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc)”* (p. 134-135). No se trata, entonces, de los lazos intersubjetivos de los individuos, sino de las relaciones objetivas que tienen lugar independientemente de que los sujetos tengan conciencia de ellas. En esta conceptualización, encontramos la potencia de utilizar el paradigma de campo para organizar analíticamente la mirada de este recorte de la realidad social que pretendemos analizar y comprender en nuestro escenario nacional.

Los actores del campo de recursos humanos de salud.

Los individuos y las instituciones no son estructuras estáticas, sino que adquieren sus posiciones determinadas y determinantes de otras, en función de las relaciones con otras estructuras (en su posición determinada y determinante, también).

Particularmente, en el campo de los recursos humanos en salud, reconocemos la confluencia de dos espacios: *“el espacio de la educación (aquel en que las instituciones educan o forman a los futuros trabajadores de salud), y el espacio del trabajo en salud (aquel donde los trabajadores de salud realizan técnica y socialmente sus actividades). En la interacción compleja entre estas dos áreas, suceden otros procesos de gran importancia como son: el*

funcionamiento de los mercados de trabajo (dónde se desarrollan los procesos de empleo, relaciones laborales, sindicalización, etc.), y los procesos de profesionalización (en virtud del cual los grupos ocupacionales se estructuran como grupos de poder autónomo que están en condiciones de imponer normas de comportamiento a sus miembros y obtener regímenes especiales para defender sus intereses). Asimismo, toda vez que el trabajo en salud es un servicio público y una responsabilidad social, que requiere de un equilibrio entre los derechos y las responsabilidades de los trabajadores y los ciudadanos, el Estado interviene como un actor complejo que participa a su vez en la formación y en la regulación de las prácticas, propias y del resto de los actores sociales” (Rocha y Purcallas, 2006).

De acuerdo con este planteo, encontramos a las instituciones de formación como un primer actor interviniente y determinante en muchos casos de la visión de las prácticas de los profesionales de salud. Enclavadas en dos sectores, el público y el privado, asumen relaciones corporativas y pujas en relación con los objetivos de formación y el perfil de los futuros trabajadores de salud.

En este entramado, los trabajadores de salud constituyen otro actor cuyos intereses son representados por los sindicatos o gremios que se suman al campo en su puja con empleadores de diversos sectores: el Estado, el sector privado y la seguridad social. Esto configura relaciones dispares y en muchos casos posicionamientos antitéticos de acuerdo con el lugar donde ejercen su trabajo.

La población demandante de los servicios sanitarios constituye otro actor importante, ya que también se convierte en productor y/o reproductor de prácticas de salud. Esta relación asimétrica por definición se ha ido morigerando gracias a la democratización del conocimiento y al reconocimiento de la salud como un derecho generando un movimiento de apropiación progresiva.

Entre los principales actores de este campo sobresale el Estado que participa asumiendo diversos roles: como formador, como empleador y como regulador de las prácticas. El análisis de estos roles nos permitirá comprender la importancia de la rectoría y la concertación de las políticas públicas intersectoriales.

Por último, debemos mencionar actores que se mueven en espacios menos

definidos, como las corporaciones profesionales, pero no menos influyentes en la dinámica general, ya que en muchos casos ejercen su influencia en los pliegues invisibles de la estructura.

Al mismo tiempo, tal como sostienen Novick y Rosales (2006), las diversas estructuraciones del campo de Recursos Humanos están determinadas por los modelos de desarrollo económico y social que se despliegan tanto en el ámbito nacional como regional.

El siguiente gráfico muestra el modo en que se estructura el campo en nuestro país, y nos permitirá dar cuenta de los procesos que marcan el ritmo de su dinámica y los actores que se involucran en cada uno de ellos. Los procesos que analizaremos como estructurantes del campo en nuestro país son: el proceso de formación y profesionalización de los trabajadores de la salud, los procesos de gestión del trabajo y funcionamiento de los servicios y los procesos de regulación.



En la Argentina, desde la perspectiva política, la fragmentación del sistema de salud, el federalismo y la autonomía universitaria son el marco que estructura y determina, en una trama de libertades y obstáculos, la dinámica y los vínculos de los actores principales del campo de recursos humanos de salud.

Los procesos del campo

Pensar en términos de procesos implica reconocer que la estructura del campo no es rígida, no está dada de una vez y para siempre, sino que se va configurando en la medida que los procesos se desenvuelven, cobran forma, se transforman y se vuelven centrales o marginales de acuerdo con el momento que se transita y la perspectiva de los actores involucrados. Repasar estos procesos también permite aprehender la trama de actores que tiene lugar en cada uno de ellos y en cada tiempo en particular, permite observar sus relaciones de determinación, condicionamiento, legitimación, al mismo tiempo que sus conflictos y tensiones. Permite adoptar una postura que explora también la historia de esos vínculos, porque sostiene que es ese desarrollo histórico el que explica el funcionamiento de las estructuras sociales del campo tal como hoy las conocemos.

En el despliegue de los distintos procesos podemos observar una de las principales características que tiene este campo: la intersectorialidad encarnada por una multiplicidad de actores. Asimismo, podemos dar cuenta del rol de Estado, en sus distintas formas: como formador, como empleador, como fiscalizador del ejercicio profesional y como regulador en cada uno de estos procesos, y de cómo ello estructura el campo, tanto si realiza estas actividades per se como si las delega en otros actores.

Al repasar estos procesos, en los últimos años, encontraremos hitos que dieron vida a nuevos actores sociales tanto en el ámbito público como en el privado y modificaron las relaciones existentes. Uno relevante fue la creación, en el año 1981, del Consejo Federal de Salud (COFESA), como el órgano articulador de las autoridades sanitarias de la Nación y las 24 jurisdicciones. Otro fue la conformación de AFACIMERA, en el año 1986, que agrupaba a las Facultades de Medicina, hasta ese momento siete públicas y dos privadas, fue ocupando una posición dominante en la educación médica con la creación de mayor cantidad de facultades durante la década del 90. Y la creación en el año 1995, a partir de la sanción de la Ley de Educación superior, de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), como órgano regulador de la formación y de la acreditación de la calidad de las carreras de riesgo social. En el espacio del trabajo, con las Leyes 24.185 (Año 1992) y 25.164 (Año 1999) que aprueban las Convenciones Colectivas de Trabajo y el marco para la Regulación del Empleo Público Nacional, se abre un espacio para la negociación colectiva en la administración pública,

que hasta entonces le estaba vedado y comienzan los convenios de los profesionales de la salud. Como se puede apreciar, en las últimas tres décadas se incorporan al juego en el campo actores de peso que modifican sustancialmente las relaciones de poder que influían en la formación y en el mercado de trabajo en salud.

En las páginas siguientes, ofreceremos una explicación sobre los procesos que operan al interior del campo como estructuras estructuradas y estructurantes de las relaciones entre los actores e instituciones de distintos sectores que dan forma a este complejo sistema. Reconstruiremos la genealogía del modo en que se fueron gestando sus vínculos a lo largo de los últimos años, y mostraremos las tensiones que aparecen en esos vínculos cuando los intereses y las incumbencias de cada uno entran en conflicto.

El federalismo y la fragmentación del sistema sanitario como marco y contexto del campo de RHUS

En el sistema sanitario argentino conviven la puja de intereses de sus 24 jurisdicciones por la dispar disposición de recursos financieros, la posibilidad o no de formar profesionales y, en consecuencia, la necesidad de reclutar y retener a los profesionales de salud para atender sus servicios. La falta de libre circulación entre jurisdicciones se expresa en la obligación de matricularse en cada provincia para ejercer la profesión y la “matrícula nacional” ha quedado circunscripta al ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para ejercer en instituciones de la órbita nacional o para emigrar a otros países.

Con la reforma constitucional de 1994, al integrarse en su texto los Tratados y Convenios Internacionales sobre los Derechos Humanos, la salud se incorpora como responsabilidad del Estado en sus tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal. Como consecuencia de esta modificación, el Estado debe, en cada instancia de gobierno, procurar las condiciones necesarias para mantener el mayor nivel de salud física, mental y social posible en pos de concretar la vigencia del derecho a la salud para todos los habitantes del país.

Los estados jurisdiccionales son los responsables por las cuestiones referidas a la conducción, gestión y regulación sanitaria dentro sus ámbitos

territoriales. El Estado Nacional tiene la responsabilidad de conducir, coordinar y modular el sistema de salud en su conjunto para que sea ejercido el efectivo cumplimiento de los derechos humanos a lo largo de las distintas jurisdicciones del país, entre los que se incluye el derecho social a la salud. Para ello, promueve medidas de acción positivas, concertadas con las provincias, con el fin de garantizar la igualdad real de oportunidades y de trato y la equidad global en el acceso. Dichos acuerdos se llevan adelante en el marco del COFESA.

En un país federal, entonces, es imprescindible el logro de consensos, con instrumentos eficientes de diseño y seguimiento de políticas públicas. Estos consensos deben reflejar la diversidad económica, cultural y el grado relativo de desarrollo de los servicios entre y al interior de las provincias, en un territorio con una importante diversidad regional. Por ello, junto a la organización de la forma federal, ha ido desarrollando en la Argentina el llamado federalismo de concertación, que es la coordinación voluntaria o cooperativa entre Nación y provincias a fines de coordinar, armonizar o unificar sus políticas y sus regulaciones jurídicas (Casal, 2009).

Los acuerdos federales, el desarrollo institucional y la articulación con base en las prioridades sanitarias de los distintos actores en salud, hacen necesaria la formulación de objetivos y estrategias a mediano y largo plazo que aseguren la viabilidad política y la sustentabilidad técnica y financiera de las propuestas. Todo esto supone la generación de un proceso constante de planificación, evaluación y validación de estrategias.

Entre las líneas de acción del Ministerio de Salud Nacional, se encuentra la responsabilidad de definir políticas de Recursos Humanos en salud y apoyar su desarrollo con equidad en todas las jurisdicciones.

Primera complejidad: Estructura del Sistema.

El acceso universal que propone nuestro sistema de salud, supone que cualquier persona que resida o transite el suelo nacional, puede recibir asistencia gratuita en los efectores que el subsector público posee en todo el territorio. Sin embargo, en el sistema de salud argentino coexisten tres subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y provisión, segmentados en estratos de acuerdo con su inserción al mercado de

trabajo, capacidad de pago y la situación socioeconómica: el público, gratuito y de acceso universal, el de la seguridad social, que atiende a los trabajadores estables, y el privado, arraigado en las grandes ciudades y el más pequeño en comparación con los otros sectores y la población que atiende.

El subsistema público se sostiene a través de las rentas generales, y presta servicios a través de una red propia. El subsistema de la seguridad social se financia a partir del aporte de los trabajadores, y conviven en él organismos de nivel nacional y provincial. Entre los de alcance nacional está el que brinda servicios a los jubilados (INSSyP con 4,5 millones de beneficiarios).

Las obras sociales provinciales son las que agrupan al personal que trabaja en las administraciones públicas jurisdiccionales (6 millones) y suelen estar gestionadas por los Ministerios de Salud provinciales.

El subsistema privado se sostiene a través del pago de los usuarios que lo contratan (en forma directa o a través de aseguradoras o entidades de medicina pre paga). Tanto la seguridad social como las aseguradoras prestan servicios mediante la contratación con instituciones privadas de salud, ya sea en forma directa o a través de empresas gerencadoras de servicios.

Segunda complejidad: la gobernabilidad del sistema

Otra complejidad del sistema sanitario argentino está vinculada al carácter federal de la gestión de salud. La existencia de veinticuatro ministerios de salud jurisdiccionales, con igual número de obras sociales provinciales, municipios con distintos niveles de descentralización, junto con más de 300 fondos de seguridad social nacional, el INSSyP y diversas empresas de medicina prepaga, plantean un enorme desafío para el Ministerio de Salud de la Nación en su rol rector y de planificador de la política sanitaria, en el que la política de consenso entre actores adquiere una centralidad fundamental. El tema de la planificación y la gestión de los recursos humanos de salud en particular es un tema sensible, ligado a la provisión de los servicios por el modelo imperante.

Cada provincia busca desarrollar sus propias estrategias para la formación, atracción y retención de sus profesionales, de acuerdo con los recursos de los que dispone. La accesibilidad a los servicios es más acuciante en las zonas en donde la pobreza es más extrema y justamente es allí a donde es más dificultosa la inserción

estable de equipos de salud en condiciones de atender la complejidad social.

Por otra parte, los hospitales de mayor complejidad provincial, centros de derivación de todo aquello que no puede ser resuelto en los centros rurales o periurbanos, demandan de una diversidad de profesionales formados. Y las patologías complejas terminan en las grandes ciudades.

Un escenario deseado por las autoridades sanitarias es la propia sustentabilidad de los recursos humanos. Constituye un escenario complejo, ya que implicaría contar con capacidad formadora y de contratación acorde a las necesidades en cada provincia y con una planificación ajustada al mediano y largo plazo. Esto, como ya se ha visto, involucra a otros órganos de rectoría, principalmente del sector educativo, y a una cantidad variable de instituciones con sus correspondientes intereses, regulaciones y tiempos con las cuales concertar. Por otra parte, ignora que los límites provinciales son difusos y que las decisiones provinciales se ven mutuamente afectadas, en tanto las personas se desplazan en busca de mejores oportunidades de formación y trabajo.

Las acciones de intervención en esta complejidad

Con el objeto de recuperar el rol de rectoría nacional se puso en marcha una política en la asignación de financiamiento de Residencias como política de planificación, regulación y equidad en la distribución de especialistas para el Sistema de Salud.

Con esta convicción se acordó en el COFESA, priorizar especialidades ligadas al Primer Nivel de atención y apostar fuertemente el financiamiento a estas especialidades¹. La aplicación de esta política requirió de un trabajo de consenso con las distintas jurisdicciones, tomando en cuenta su capacidad formativa en los servicios de su competencia y la disponibilidad de financiamiento nacional. En los últimos ocho años, esta concertación se realiza periódicamente y el financiamiento se ha incrementado progresivamente.

Sin embargo, el problema subsiste. A pesar de los esfuerzos por orientar la planificación de los profesionales hacia las especialidades de atención primaria, se ha registrado en los últimos años una creciente preferencia por

1. Ver Capítulo 2 en este volumen.

aquellas especialidades que ofrecen mejores condiciones de vida y salario. Son aquellas que no requieren de guardias y rotaciones y cuya retribución es mejor que los salarios ofrecidos para las especialidades ligadas al primer nivel de atención. En esta situación se puede observar la influencia que ejercen las corporaciones (valorando el status y prestigio que brindan las “superespecialidades”) y el desarrollo tecnológico que creado un mercado de prácticas, necesarias pero no prioritarias, con elevados costos, en algunos casos no reconocidas por los entes financiadores.

Retomando la convicción y la necesidad de orientar la formación hacia las especialidades prioritarias, surge el desarrollo del “Examen Único de Residencias Médicas”. Este dispositivo federal ha cumplido cinco ediciones sumando 19 jurisdicciones y a las instituciones de dependencia nacional².

Este proceso a su vez trajo aparejados otros aportes importantes para la planificación de las especialidades: la consolidación de una base de registro de los postulantes y la posibilidad de realizar investigaciones y estudios de perfiles y tendencias en esta población. Así como también, a través de encuestas, indagar acerca de las preferencias de los jóvenes profesionales con el fin de buscar las causas para los problemas detectados en la cobertura de vacantes en las especialidades prioritarias y el aumento creciente en otras.

Este trabajo de concertación federal, fue sumando voluntariamente otros actores, Colegios de Ley y Universidades que se acercaron a formar parte, con distinta participación, pero integrándose en un movimiento tendiente a abandonar la multiplicidad de concursos (nacional, provinciales, municipal, privados, y de asociaciones profesionales) que terminan compitiendo entre sí para cooptar la población de egresados, para trabajar en una más racional oferta de formación de especialistas.

Los procesos de formación y profesionalización de los trabajadores de la salud

En estos procesos las tensiones se registran entre las instituciones formadoras y las necesidades de perfiles que requiere el Sistema de Salud. Es decir, en la búsqueda de una armonización entre una oferta orientada con el perfil epidemiológico y las características sociodemográficas de cada re-

2. Ver Capítulo 2 sobre la Red de Recursos Humanos en Salud y Capítulo 5 sobre el Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas.

gión y que provea profesionales para satisfacer una distribución equitativa de profesionales en todo el país.

Se disputan, en este aspecto del campo, los modelos que el sector formador sostiene histórica y corporativamente: una visión profesional vinculada al ejercicio liberal que, en estos tiempos, no encuentra lugar en el mercado de trabajo. La formación de grado disciplinar, que atenta con el desarrollo de la aptitud para el trabajo en equipo en las instituciones. Entran en tensión el modelo de atención hospitalocéntrico y centrado en la tecnología, mientras el Estado busca instalar el modelo de atención orientado hacia la Atención Primaria de la Salud. En síntesis, las estructuras de formación y sus planes de estudio, que en algunos casos se han modificado, pero solo con cambios cosméticos.

La arquitectura del Sistema Nacional de Educación: la gobernabilidad

Como señalamos en la introducción, uno de los procesos más importantes que estructuran el campo de desarrollo de los recursos humanos de salud, es el relativo a la formación y profesionalización de los trabajadores. A partir de ellos, se configura una trama de actores, muchos de los cuales son propios del ámbito de la educación y otros del ámbito de la salud, pero que en su acción conjunta constituyen el ámbito de la formación en salud.

De la misma manera que la salud, la educación no es una competencia delegada en el Estado Nacional, y en este sentido, la soberanía provincial ha determinado una gran disparidad en el desarrollo de la oferta formativa, que colisiona con el principio de equidad en el acceso a la formación y con la calidad en las prestaciones en los distintos territorios provinciales.

En relación con la educación superior, la misma se distribuye entre instituciones universitarias y de educación técnico profesional³. Las universitarias se conforman de los institutos universitarios y las universidades, que gozan de plena autonomía tanto en lo administrativo como en lo académico, para decidir la apertura de nuevas formaciones. Sin embargo, esta autonomía fue encontrando límites. Por un lado, las carreras deben pasar por un proceso de aprobación en la cartera educativa para contar con validez nacional. Y por otro lado, como instancia regulatoria de la calidad de la formación, existe un organismo descentralizado, la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), que funciona en ju-

3. La educación superior en Argentina está regulada por la Ley de Educación Superior N° 24.521, la Ley de Educación Nacional N° 26.206 y la Ley de Educación Técnico Profesional N° 26.058.

jurisdicción del Ministerio de Educación y que tiene por función coordinar y llevar adelante la evaluación externa de las universidades, acreditar las carreras de grado y posgrado, pronunciarse sobre la consistencia y viabilidad del proyecto institucional para la puesta en marcha de una nueva institución universitaria nacional o privada, así como los informes con base en los cuales se evaluará el período de funcionamiento provisorio de dichas instituciones (CONEAU, 2011).

A su vez, en las últimas décadas han comenzado otros procesos de evaluación en ámbitos internacionales, como por ejemplo, la Evaluación del Sistema ARCUSUR, en donde las agencias de acreditación de los países, en este caso, del MERCOSUR, interactúan y a la vez, impulsan o presionan a las instituciones a realizar las evaluaciones y acreditaciones locales. Es decir, que se han ido sumando actores que representan otros intereses, en este caso, actuando en el mercado de trabajo de la región, proponiendo acuerdos en los estados miembros, por ejemplo, para la libre circulación de los profesionales de salud, sumando procesos de regulación y acreditación internacionales (Duré, Williams, cord.; 2015).

En el terreno de la formación técnica, los institutos y escuelas, son controlados por los ministerios de educación de cada jurisdicción, también con autonomía para la creación de carreras e instituciones con reconocimiento local. Los procesos de evaluación son llevados a cabo por un área del Ministerio de Educación Nacional, el Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET), que luego de la sanción de la Ley de Educación Técnica Profesional 26.058/2005, inauguró un proceso de intensificación de la calidad educativa a través de la evaluación, compartido por las provincias y concretado por las propias instituciones educativas.

La oferta formativa en educación superior ha crecido a partir de la década del '90, con la incorporación de numerosas universidades y escuelas superiores de formación técnica, sobre todo en el ámbito de la educación de gestión privada. En la última década, se crearon universidades públicas en el conurbano bonaerense y en otros lugares del territorio nacional que no contaban con una oferta universitaria gratuita, con el objetivo de mejorar la accesibilidad a la educación superior de poblaciones alejadas de las universidades más tradicionales. La mayoría de estas universidades dictan la Licenciatura en Enfermería, y el título intermedio de enfermero universitario, y dos de ellas la carrera de Medicina.

Junto con esta expansión en la oferta de carreras, aparecieron formaciones que en muchos casos no reúnen los requisitos para su reconocimiento oficial ni son perfiles requeridos por el sistema de salud. Este es uno de los núcleos de tensión de la estructura formadora de los trabajadores de la salud. A pesar de los esfuerzos por regularizar la situación de las formaciones que no pasan por los procesos de acreditación y los intentos por asegurar la calidad de todas ellas, aun se registran situaciones de falta de regulación. Ello sucede, por ejemplo, con los convenios que se suscriben para dictar cursos por extensión.

Por otra parte, también existe una gran diversidad en cuanto a las titulaciones, debido a que se registran diferencias entre lo que es carrera, título y profesión, justamente por la autonomía universitaria.

Las acciones realizadas en el ámbito de la formación técnica

Con el objeto de intervenir en los perfiles de las tecnicaturas de salud, funciona desde 2002 una Comisión Interministerial Salud Educación, ocupada en el desarrollo de estándares que fijen lineamientos comunes para la formación de los técnicos a nivel nacional y de jerarquizar el rol de estos profesionales en los equipos de salud⁴. En esta Comisión participa la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional por parte del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Educación Técnica por el Ministerio de Educación. Sin embargo, estos estándares nacionales requieren posteriormente de un proceso de adecuación jurisdiccional de los programas y del fortalecimiento de las instituciones formadoras para incorporar las nuevas regulaciones. Estos procesos se verían beneficiados por la reproducción a nivel provincial de Comisiones intersectoriales, que además se conviertan en los ámbitos privilegiados para pensar las formaciones. Lamentablemente, en la coyuntura de urgencia que plantean las políticas sanitarias y edu-

4. Para la creación de estándares de carreras técnicas de salud se crean comisiones consultivas por especialidad, conformadas por integrantes de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud Nacional, miembros del Instituto de Educación Técnica (INET) y representantes de las asociaciones de técnicos. Estas comisiones elevan una propuesta a consideración de las provincias que, a su regreso debe ser aprobada por el COFESA. Una vez aprobada se remite al INET para que otorgue el aval técnico, y finalmente, se eleva al Consejo Federal de Educación. Una vez concluido este proceso, todas las carreras ligadas a esa profesión tienen un plazo de dos años para adecuarse y obtener la validez nacional.

cativas, estas funciones de planificación estratégica en el campo tienen, a pesar de su centralidad, una escasa visibilidad.

No obstante ello, encontramos procesos paradigmáticos en el campo, como fue el de creación y aprobación del Marco de Referencia de la Tecnicatura Superior en Enfermería, que tuvo lugar entre los años 2012 y 2013. Los integrantes de la Comisión Consultiva de Enfermería se convocaron en el marco de la Comisión Interministerial (coordinada por la DNCHySO y el INET) a discutir y elaborar un documento que permitiera homologar las carreras de enfermería a nivel nacional y contar con estándares que facilitarían el proceso de evaluación de la calidad y su futura acreditación. La Comisión estuvo compuesta por diferentes actores relevantes del campo de la Enfermería: instituciones educativas, asociaciones gremiales y decisores del ámbito de la salud y la educación de nivel regional, nacional y provincial. Fue un proceso enriquecedor que concluyó en la aprobación del Marco en el año 2013 por parte del Consejo Federal de Educación (Resolución CFE N° 207/13)⁵.

En el campo de la salud, las profesiones tradicionalmente reconocidas tienen nivel de formación superior: técnico y de grado. Sin embargo, el equipo de salud está conformado por múltiples perfiles. Uno de ellos es el del agente sanitario, promotor de salud o cuidador, según sus distintas denominaciones, con una inserción laboral extendida en el territorio. En este sentido, el escenario de la formación profesional es mucho más diverso, ya que interviene también el Ministerio de Trabajo, a través de los convenios que mantienen con asociaciones gremiales y de programas especiales, el Ministerio de Desarrollo Social, y otras organizaciones de la sociedad civil que dictan cursos de manera desregulada. Estos cursos cubren un rol muy importante, sin embargo se debe observar que respondan a perfiles requeridos en el sistema. Actualmente se encuentra el proceso de aprobación del Marco de Referencia del Promotor de Salud Comunitaria, también desarrollado a través de la Comisión Interministerial, que es un avance muy importante en la regulación de los perfiles con orientación en APS e inserción territorial.

Como se puede ver, el proceso regulatorio comenzó con los técnicos y seguirá por la formación profesional, con los promotores como punta de

5. Para ampliar, ver Capítulo 8 en este volumen.

lanza. Ello representa un desafío mayor para el sistema, ya que las tecnicaturas superiores están ligadas a la estructura formal, mientras que la formación profesional requiere de un esfuerzo regulatorio mayor para la adecuación, debido a su dispersión institucional y los múltiples actores que intervienen.

La formación de grado: los actores y su dinámica.

En relación con la formación superior existen numerosos actores que intervienen en los procesos educativos y marcan el carácter de la formación de los profesionales de la salud. Ya se ha hecho mención a las universidades e institutos técnicos, como también a los Ministerios de Educación Provinciales y el Nacional. En este último, lo relativo a la formación en salud se encuentra a cargo de varias áreas, que en algunos casos sufren la fragmentación imperante en las organizaciones públicas, con baja relación entre sí. De la gestión de las universidades se ocupa la Dirección Nacional de Gestión Universitaria, a través de la Secretaría de Políticas Universitarias, y el Consejo de Universidades. De la Formación técnico profesional, el INET.

La CONEAU aparece como otro actor de importancia, por su rol en la acreditación de las carreras de riesgo social. La Ley de Educación Superior cuenta con un instrumento (Artículo 43) para apuntar a la calidad y a la armonización de la formación en aquellas profesiones de grado denominadas “de riesgo social”. La definición de las carreras incluidas en el Artículo 43, la realiza el Consejo de Universidades (CU)⁶ y es aprobada por el Ministerio de Educación. Este organismo también establece los estándares para la acreditación de dichas formaciones, que luego aplica la CONEAU. De las profesiones de salud, están incluidas las carreras de Medicina⁷, Odontología, Farmacia, Bioquímica, Psicología, Veterinaria y este año, ingresó la carrera de Enfermería, que paradójicamente no estaba incluida.

6. El CU fue creado por la misma Ley N° 24.521 y está integrado por el Comité Ejecutivo del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), por la Comisión Directiva del Consejo de Rectores de Universidades Privadas (CRUP), por un representante de cada Consejo Regional de Planificación de la Educación Superior (que deberá ser rector de una institución universitaria) y por un representante del Consejo Federal de Cultura y Educación. Está presidido por el Ministro de Educación o quien este designe.

7. La carrera de Medicina fue la primera carrera universitaria en ser incorporada a este proceso regulatorio.

Por su parte, el Ministerio de Salud nacional, y sus pares jurisdiccionales, tienen mayor peso en la toma de decisiones con respecto a los lineamientos para la formación de técnicos, debido a existencia de la Comisión Interministerial, que de profesionales universitarios. Esta limitación que tiene el área de salud para incidir en el perfil de formación de grado de sus equipos, es un aspecto que marca una de las tensiones características del campo. Dado que el título universitario es habilitante para el ejercicio profesional, las matrices disciplinares definidas durante la formación de grado condicionan las posibilidades de contar con perfiles profesionales que vayan en la línea de las políticas sanitarias que se intentan promover en los distintos territorios de una vasta nación.

Sin embargo, y a pesar de esta limitación, se han producido algunos avances, a través de articulaciones horizontales con las áreas que habilitan las nuevas carreras. Por ejemplo, se realizan consultas al Ministerio de Salud desde la Dirección Nacional de Gestión Universitaria (DNGU) ante la aparición de nuevas carreras de equipo de salud, cuyas respuestas, aunque no vinculantes, forman parte del dictamen para otorgar validez nacional. En el caso en que la cartera sanitaria no la incluya entre las profesiones del equipo de salud, se debe informar a los interesados que esa carrera no contará con el reconocimiento de la cartera de Salud.

Otra acción de concertación en esta línea, ha sido la Resolución conjunta firmada por ambos Ministerios para regular el reconocimiento de títulos extranjeros para los profesionales que ingresan al país para continuar su formación de posgrado⁸.

Un actor de importancia en el campo es la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA). Creada en 1986, inicialmente integrada por los decanos normalizadores, posteriormente, culminaría constituida por las 7 facultades estatales y 2 privadas existentes en aquel momento. Este actor ha sido, desde su creación, una fuerte oposición a todos los intentos de reformas curriculares, a ingresar a los procesos de acreditación y la articulación intersectorial. Actualmente, nuclea a todas las facultades de medicina del país, incluidas las privadas, que son más instituciones, pero cuya población de alumnos es menor que las universidades públicas.

8. Resolución Conjunta N° 351 del Ministerio de Educación y N° 178 del Ministerio de Salud, 14 de marzo de 2013.

Luego de 25 años de hegemonía, en el 2011, nace el Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP), conformado con el fin de fortalecer los lazos académicos e institucionales entre ellas, de contribuir a la generación de políticas de salud y, particularmente, de educación médica, constituyéndose como interlocutor de los Ministerios de Salud y Educación en esta materia.

Este novel actor, representa actualmente, el 85% de la matrícula de estudiantes de medicina del país, según datos de la Secretaría de Políticas Universitarias para el año 2013. Este dato confirma la preferencia de la población por las instituciones de educación pública frente a la oferta privada, aunque esta elección implica en muchos casos el traslado y la radicación en otra jurisdicción. La creación del foro, entonces, apunta a generar un liderazgo desde la formación pública y asumir el compromiso social de la profesión. Al mismo tiempo, suma un nuevo actor social, que jugará sus intereses en el campo de la formación y el trabajo en salud.

De manera similar a las asociaciones de decanos de Medicina se han conformado asociaciones de decanos o directores de carreras de Enfermería (AEUERA), Psicología (AUAPSI), Farmacia y Bioquímica (ECUAFyB), Odontología (AFORA), etc, que han tenido intervención en los procesos de regulación de sus carreras pero también una fuerte presencia en resguardo de sus intereses y, en ocasiones de oposición, ante la creación y regulación de formaciones técnicas en instituciones no universitarias.

La formación de posgrado en salud: una tarea compartida

La formación de posgrado en salud, por su parte, presenta algunas características que la hacen distintiva. La misma incluye Especialidades, Maestrías y Doctorados, y se desarrolla a través de dos modalidades: la primera corresponde a la forma clásica, academicista, que tiene lugar en la institución educativa; la segunda se denomina “formación en el trabajo”, que es la más jerarquizada por el sector salud como proceso de aprendizaje. La formación en servicio está promovida desde los sistemas de salud y en algunos casos se realizan en convenio con el sector educativo (Programa de Médicos Comunitarios, Cursos de Terapéutica Racional en el Uso de Medicamentos, iniciativas provinciales, etc).

Un sistema de formación en el trabajo característico del sector, reconocido como el sistema por excelencia para la formación de especialistas, es el de Residencias del Equipo de Salud. En muchos países, se desarrolla en el ámbito universitario, mientras que en la Argentina, este sistema es mayoritariamente dependiente de los Ministerios de Salud nacional y provinciales. Constituye un sistema de formación de dedicación exclusiva para graduados recientes, al que se accede mediante concurso público y en el cual se establece un contrato de formación en servicio entre la institución y el profesional. Se trata de una oferta consolidada que se extiende por todo el territorio⁹.

Debemos señalar nuevamente que en un contexto federal, cada jurisdicción conforma su oferta de formación y de puestos de Residencias provinciales, posee su reglamento y realiza su propio concurso para el ingreso, sobre la base de principios comunes establecidos a nivel nacional. Si bien se ha avanzado en la cohesión y la gestión federal de las Residencias a través de la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación y de procesos como el Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas, la dificultad para arribar a una planificación concertada a nivel nacional deriva en déficits en la formación de perfiles importantes para las políticas sanitarias y a una competencia por algunos profesionales entre las provincias (Duré, 2015).

En relación con los posgrados universitarios, del mismo modo que para las carreras de grado, se registra un crecimiento de la oferta universitaria. También en este caso las universidades tienen autonomía para la creación de nuevas formaciones, pero para obtener la validez nacional de las titulaciones, deben pasar por el proceso de acreditación que determina la Ley de Educación Superior, a través de la CONEAU.

No toda la oferta de formación de posgrado en salud de las universidades ha pasado por el proceso de acreditación de CONEAU, y por lo tanto tiene validez nacional. En un principio existieron tensiones por parte de las universidades para sumarse al proceso de acreditación, sin embargo, en vigencia de la tercera convocatoria (desde su creación), se han ido sumando progresivamente.

La norma que regula los posgrados universitarios, Resolución 160/2011

9. Ver Capítulo 4 en este volumen.

del Ministerio de Educación, establece un mínimo de 360 horas para acreditar una carrera de especialista, sin reconocer especificidad al sector salud que requiere de una carga horaria mayor y de prácticas profesionalizantes intensivas para la mayoría de sus carreras.

Intervenciones para la recuperación de la rectoría en el Sistema de formación en Servicio: el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias, un trabajo de concertación intersectorial.

El COFESA ha desarrollado acuerdos sobre especialidades prioritarias para orientar el financiamiento nacional¹⁰, pero la jerarquización social de perfiles ligados al complejo médico industrial y las presiones corporativas y de los servicios orientan la oferta y las preferencias de los jóvenes profesionales hacia especialidades de mayor rentabilidad económica y prestigio, ligadas a la perspectiva de un modelo de mercado, como ya hemos mencionado.

En años anteriores, la inexistencia de marcos regulatorios para la formación abrió lugar a la creación de una cantidad de programas de Residencias en diferentes sedes, derivando en inequidades entre las diversas propuestas formativas. A pesar de que en diferentes momentos se llevaron adelante mecanismos para la evaluación y acreditación de las Residencias, recién en el año 2006 se aprueba una reglamentación para la acreditación con procedimientos y estándares comunes, creándose el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) (Resolución 450/06 Ministerio de Salud de la Nación)¹¹.

Anteriormente, las Residencias eran evaluadas y acreditadas por las asociaciones profesionales, por delegación del ministerio o por ausencia del Estado. Para estos procesos estas instituciones utilizaban estándares propios ligados a las prácticas profesionales vigentes o basados en los internacionales. A partir de la creación del SNARES, en sintonía con una recuperación de la presencia del Estado de la última década, se establece que la acreditación de Residencias es responsabilidad del Ministerio de Salud de la Nación. La misma constituye un proceso de armonización de los criterios

10. Las especialidades priorizadas por el COFESA son: Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología, para el área de atención primaria, y Anestesiología, Neonatología, Terapia Intensiva de Adultos y Terapia Intensiva Pediátrica, para el área crítica. También lo es Salud Mental.

11. Para ampliar, ver Capítulo 6.

mínimos para la formación de Residencias del equipo de salud, cuyo objetivo es lograr que todas las Residencias del país ofrezcan oportunidades de formación equivalentes.

Con este fin, se trabaja en el desarrollo y aplicación de estándares a alcanzar por todas las Residencias, según su especialidad y respetando las particularidades locales. Dichos estándares se plasman en los llamados “Marcos de Referencia”, que son los documentos que establecen los rasgos definitorios de la formación en las Residencias para cada especialidad.

Los Marcos se elaboran en conjunto entre el Ministerio de Salud de la Nación y Sociedades Científicas, Asociaciones Profesionales, Universidades, referentes provinciales y de programas de nivel jurisdiccional y/o nacional y son aprobados por el COFESA¹². Esta posibilidad de construcción política del currículum en sentido amplio, al incluir a todos los actores, limita las pugnas existentes entre los distintos actores del campo de la formación, el quehacer académico y la certificación de las especialidades para imponer criterios de forma arbitraria, con ajuste a criterios propios, tendencias del mercado o estándares internacionales.

Hemos observado, entonces, que la formación de especialistas en salud constituye un espacio que se halla a mitad de camino entre el ámbito propiamente educativo y el ámbito del trabajo en salud, ya que el lugar de la formación son los servicios sanitarios. En este sentido, los ministerios de salud provincial y nacional tienen posibilidades a través de la residencia de una mayor injerencia para determinar la oferta formativa que en el caso del grado.

En los últimos años se está observando un incremento progresivo en la demanda de los posgrados universitarios por parte de los profesionales de la salud, a pesar de ser arancelados aún en las universidades públicas. En algunos casos se debe a que muchas sedes de Residencia, sobre todo en las universidades de la región centro del país, se han ido asociando a los posgrados, coexistiendo en una misma sede dos estructuras académicas con lógicas diferentes, que deberán ser armonizadas para potenciar los beneficios que cada uno de los sistemas está en condiciones de ofrecer al otro.

12. Los Marcos contemplan criterios básicos y estándares que definen aspectos sustantivos del perfil del especialista, para ser tenidos en cuenta durante la Acreditación y la elaboración de los Programas de Formación de las distintas sedes y jurisdicciones e incluso para la certificación de la especialidad.

La autonomía en el armado de carreras en salud plantea un importante desafío para los decisores de política sanitaria, ya que muchas veces los perfiles formativos no están en concordancia con las necesidades de la población y los servicios. El modelo formativo vigente, ligado a la visión flexneriana y a los intereses de mercado, aún no logra instalar una mirada del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado como una trama compleja, ligada a determinantes sociales, construcciones colectivas y derechos humanos y ciudadanos que exceden el enfoque positivista y fragmentado tradicional del médico frente a un paciente aislado y descontextualizado.

Desde el sistema público de salud, y particularmente, desde el Ministerio de Salud de la Nación se invierten recursos y esfuerzos para introducir nuevas orientaciones a través de la formación de posgrado o de múltiples dispositivos de capacitación en el ámbito del trabajo, que se diversifican de acuerdo con la coyuntura sanitaria.

En este sentido, los marcos de referencia de las Residencias ofrecen un punto de partida para articular los perfiles de formación de los posgrados universitarios en consonancia con las necesidades sanitarias. Para avanzar en ello, será menester trabajar con la norma regulatoria general de los posgrados universitarios.

Como ya hemos dicho, las posibilidades de avanzar en este sentido, están ligadas a los procesos de construcción y articulación federal e interinstitucional.

Uno de los espacios de vinculación y consenso más importantes se ha dado a partir de la firma de un convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para la creación de la Mesa de Políticas Integradas Salud – Educación¹³. La Mesa tiene como uno de sus objetivos pensar en forma conjunta el desarrollo de políticas y estrategias para la formación de los equipos de salud, lo cual ha permitido profundizar el trabajo intersectorial.

A este ámbito se llevan las prioridades y se discuten las iniciativas de ambos ministerios para la formación de equipos. Atendiendo a que en el Ministerio de Educación se concentra el financiamiento educativo, y que a su vez dicho Ministerio tiene la responsabilidad por la planificación educativa

13. La Mesa, que comienza a funcionar en forma efectiva en 2011, reconoce como antecedente el convenio 296 del 2002 para la elaboración de los documentos marco de las tecnicaturas de salud. Para ampliar, ver Capítulo 8.

desde el nivel inicial, es importante un liderazgo efectivo del Ministerio de Salud para orientar las agendas de trabajo hacia las prioridades sanitarias.

En este espacio, un tema de trabajo reciente ha sido el tema de la acreditación de especialidades. Las universidades han planteado que, en algunos casos, la formación de especialistas cuya modalidad es la formación en servicio, han debido atravesar un doble proceso de acreditación: por la CONEAU y por el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Ministerio de Salud. En este sentido, se ha generado un nuevo espacio de trabajo intersectorial que actualmente avanza en un proyecto de acreditación conjunta para estas especialidades.

Los procesos de gestión del trabajo y los servicios en salud

Las tensiones en este sector del campo se producen entre los sindicatos que agrupan a los trabajadores de salud, las asociaciones profesionales que presionan por su preminencia en el campo y los empleadores del sector público y privado.

La conflictividad se extiende sobre los empleadores del sector público y, en menor medida, hacia los privados o de la seguridad social, teniendo en cuenta que las formas de contratación difieren con el grupo anterior.

El sector salud es un poderoso empleador, representa el 5,2 del total de ocupados en todos los sectores del país. En el primer semestre de 2015, contaba con 827 mil personas ocupadas, los que marca un incremento del 37,6% con respecto al mismo período de 2003, superando el incremento de ocupados en el resto de la economía. Este crecimiento tuvo lugar principalmente en el sector Privado, quien sigue concentrando la mayor proporción de ocupados de Salud. Del número total de ocupados del sector, 360 mil están en el subsector público y 467 mil en el subsector privado. También se registra una alta proporción de mujeres, que representan más de las dos terceras partes. Este valor se encuentra muy por encima del resto de la economía, donde apenas representan el 40%. Por otra parte, una de las características distintivas del sector es el pluriempleo. El 15,1% de estos ocupados tienen otra ocupación, mientras que en el resto de los sectores de la economía apenas es el 7,3% (Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales –DGEyEL, Ministerio de Trabajo, 2015).

Cada uno de los subsistemas de salud tiene sus propios regímenes de contratación de trabajadores y de regulación de la actividad laboral en su interior. La administración del empleo público en salud es potestad de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el ejercicio de su autonomía, cada jurisdicción define las condiciones en las que organiza la contratación de sus trabajadores, encontrándose los mismos encuadrados habitualmente en los distintos regímenes de servicio civil: en algunos casos se cuenta con estatutos específicos para el área de salud y en otros se comparte el régimen con el resto de los trabajadores de la administración pública. Para aquellos que cuentan con estatutos exclusivos, coexisten en el país regímenes dirigidos exclusivamente a los profesionales universitarios de salud, otros que engloban a profesionales de nivel universitario y técnico y también los que incluyen en su carrera sanitaria a todos los trabajadores dependientes del ministerio de salud local (Duré, 2009).

La creación de carreras sanitarias resulta de gran relevancia debido a que ayuda a hacer confluir los intereses de los trabajadores con los objetivos de la política, a ofrecer condiciones de trabajo decentes y a brindar un horizonte de previsibilidad.

A partir de un relevamiento de las distintas carreras sanitarias del país, realizado entre los años 2007 y 2009 (Duré, 2009), pudo observarse que una característica importante en el sector salud es que sus trabajadores demandan un estatuto diferenciado dentro del régimen previsto para el común de la administración pública, lo cual implica el reconocimiento de especificidades propias del proceso de trabajo.

Ahora bien, la creación de una carrera sanitaria no es un proceso sencillo, ya que debe conciliar situaciones históricas al mismo tiempo que se proyecta hacia un escenario futuro y debe guardar condiciones de equilibrio con el resto de las carreras vigentes en una administración.

Debido a la tradición liberal de la profesión médica, es innovador el encuadre de los profesionales de salud dentro de la institucionalidad de las relaciones de empleo y de la negociación colectiva y dentro del campo de los “trabajadores” (Duré, 2010). No obstante, son pocas las jurisdicciones que cuentan con entidades gremiales que nucleen a los médicos y otros profesionales del equipo de salud, que tengan presencia significativa en términos de poder de negociación: puede comprobarse que cuando los gremios

profesionales alcanzan mayores niveles de organización, son mayores sus posibilidades de contar con una carrera sanitaria separada.

Por otra parte, en los últimos años, la introducción de la negociación colectiva y los avances de algunas jurisdicciones (Nación¹⁴, CABA; Mendoza, Chubut, etc) para acordar las carreras a través de convenios colectivos de trabajo, aporta a reconfigurar las relaciones laborales en el sector público de salud y ofrece alternativas a la resolución de conflictos. Resulta destacable la aprobación de la carrera a través de un convenio colectivo, ya que reconoce el derecho de los trabajadores de la administración pública para negociar sus condiciones laborales.

Las tensiones en el ámbito de la gestión del trabajo en Salud

No obstante, la existencia de una carrera no excluye la presencia de diferentes formas de contratación que apuntan a resolver situaciones emergentes y que pueden prolongarse en el tiempo. Aquí conviven la tensión de contar con estructuras y equipos estables que sustenten las políticas y los servicios, pero cuyos procesos de incorporación y reconversión son prolongados, con la contratación rápida de perfiles que permitan salvar problemas de coyuntura.

En relación con el empleo en salud en el ámbito privado, el mismo se encuentra regulado mediante la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744, como marco general. Existen a su vez, Convenios Colectivos de Trabajo en los que se estipulan acuerdos salariales y condiciones laborales para el sector sanitario específicamente, o entre una institución y alguno de los sindicatos del sector. De este modo, vemos que el empleo en el subsector privado y en el de la seguridad social, está regulado históricamente mediante la negociación colectiva de los trabajadores a través de sus representantes sindicales, la cual tiene lugar periódicamente. Entonces, los principales actores que entran en negociación son las asociaciones de trabajadores y los empleadores privados, como las clínicas, obras sociales y, más recientemente, empresas aseguradoras internacionales.

14. La Carrera Sanitaria Nacional se aprobó a nivel nacional por Decreto N° 277 del 14 de febrero de 1991. El 25 de agosto de 2009, se homologó por Decreto N° 1133, el primer Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial que regula específicamente a la "Carrera Profesional del Equipo de Salud de Establecimientos Hospitalarios e Institutos y Organismos de Fiscalización y de Investigación y Producción que dependen del Ministerio de Salud".

El papel del Estado, por su parte, es el de control de los acuerdos mediante su homologación una vez que estos tuvieron lugar.

Uno de los principales actores en las negociaciones sindicales es la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA), entidad sindical de segundo grado fundada en la Ciudad de Buenos Aires en 1949. Actualmente agrupa a los principales sindicatos del sector y tiene filiales en todo el país. En algunas provincias, también es una organización de importancia como gremio del sector público en general¹⁵.

En los últimos años, a tono con el contexto de resurgimiento del conflicto laboral en el país en todos los sectores, se registró un aumento de los niveles de conflictividad en el sector salud. Salud es uno de los sectores en los que prevalece un comportamiento sindical orientado hacia una alta intensidad del conflicto, ya que se registran numerosas medidas de fuerza que involucran a una gran cantidad de trabajadores. Según un estudio realizado por Aspiazu, Baldi y Lanar (2011), la mayor cantidad de ellos se concentraron en el ámbito público (el 90% para el período 2006-2011). También se desprende del análisis de las autoras, que más de la mitad de los conflictos fueron impulsados por trabajadores no profesionales, no obstante, el sector profesional tuvo una fuerte actividad también. En cuanto al contenido de las demandas, se registran una diversidad de reclamos, desde los salariales hasta los relativos a las condiciones de trabajo. Esta heterogeneidad obedece a la complejidad y diversidad de situaciones que son características del sector.

En síntesis, este aspecto del campo se estructura fundamentalmente en el macroproceso social del trabajo. Sus actores sociales tienen intereses encontrados y se mueven en función de vectores que definen el campo: la economía, el empleo y el desarrollo científico tecnológico.

La negociación colectiva ofrece nuevas alternativas para la resolución de los conflictos, pero sin haber alcanzado todavía el desarrollo esperado en el sector ni una representatividad homogénea. Es así como algunos problemas subsisten, y los gremios y corporaciones intervienen en los mercados laborales y tensionan permanente las decisiones del Estado, afectando la prestación de un servicio esencial y requiriendo por ello de regulaciones

15. El Convenio Colectivo de Trabajo 122/75 agrupa a los trabajadores de sanidad y, más recientemente, se aprueba el Convenio Colectivo 619/11 de Médicos de la Actividad Privada, que agrupa a los médicos en relación de dependencia de las clínicas y sanatorios privados.

específicas a nivel nacional y provincial. Las estructuras económicas y políticas: mercados, profesionalización, el desarrollo tecnológico, la industria de medicamentos generan estructuras de poder y plantean relaciones políticas que requieren de intervenciones del Estado a través de la regulación y gestión, el financiamiento, las políticas públicas y la planificación (Brito).

Los procesos de regulación del equipo de salud

Quien regule el mercado de la formación y el ejercicio profesional definirá la disponibilidad y la distribución de los profesionales de salud y, en consecuencia, la cobertura y la calidad de la atención de salud de la población. Esta afirmación pone de relieve el peso de estos actores en el campo de los RHUS y la dimensión de la disputa de poder que en él se despliega.

La regulación en salud es, *prima facie*, un proceso político que fija prioridades, modela conductas, sincroniza esfuerzos, orienta y fortalece a determinados actores sociales del campo de la salud a través de un conjunto de medidas generadoras, a su vez, de nuevas situaciones y por ende nuevos posicionamientos (Cavalieri, no publicado).

En Argentina los procesos regulatorios en el campo de los recursos humanos en salud están presentes en numerosas instancias y por parte de actores diversos. Por un lado, encontramos los procesos de regulación propiamente educativos, es decir, la acreditación de las tecnicaturas, carreras universitarias de grado y formaciones de posgrado, que realizan los ministerios de educación provinciales, el Consejo Federal de Educación, el INET, la CONEAU y la SNARES. Por otro, los procesos de regulación del trabajo en salud, que ejercen el Ministerio de Trabajo de la Nación, mediante la homologación de los convenios colectivos de trabajo, y también los sindicatos y asociaciones profesionales, que velan por el mejoramiento de sus condiciones de trabajo. Estos dos procesos han sido descriptos ya, para encontrarlos con un tercer proceso, que refiere a la regulación de la habilitación del ejercicio profesional, lo cual tiene incidencia directa en la conformación de los equipos de salud.

El Ministerio de Salud de la Nación en su rol de garante de la equidad global, busca cohesionar las especialidades y carreras reconocidas en todo el territorio nacional. Aún cuando el título de grado sea habilitante para

ejercer una profesión de las que integran los equipos de salud, los profesionales deben estar registrados por la autoridad competente jurisdiccional, quien otorga una matrícula o licencia para dicho ejercicio.

La responsabilidad de registrar y habilitar el ejercicio de profesiones de la salud en nuestro país es ejercida en forma federal. Los gobiernos provinciales deciden si ejercen esa competencia por se a través de los ministerios de Salud provinciales o si el Poder Legislativo delegan esta potestad en pares profesionales mediante una ley. La denominada “colegiación de las profesiones” no es uniforme a nivel provincial. No todas las jurisdicciones han delegado en Colegios el gobierno de la matrícula y no todas las profesiones están colegiadas (Duré; Williams, coord. 2015).

Esta situación configura en el país un mosaico muy variado de organismos que regulan la profesión, lo cual tiene varias consecuencias. En primer lugar, como dijimos, la habilitación para el ejercicio profesional no es uniforme en el país. Es así que existen profesiones que son reconocidas en una jurisdicción y no en otras. Por otro lado, las matriculaciones son diversas para el ejercicio de una misma profesión, en vinculación al título emitido por la institución formadora. Un ejemplo de esta situación se puede observar entre los profesionales de Enfermería. En algunas jurisdicciones se otorgan matrículas de enfermero universitario, enfermero profesional y/o enfermero, siendo la profesión en todos los casos “Enfermero/a” con una formación aproximada de 1900 horas. Por último, si bien tanto los Ministerios de Salud como los Colegios de Ley se rigen por los mismos principios, existen matices y/o modalidades de matriculación no necesariamente homogéneas en el país (Duré; Williams, coord. 2015)

De este modo, poseer la potestad de habilitación del ejercicio en un territorio constituye una fuente importante de poder, ya que determina quiénes podrán presentarse como profesionales de la salud y como especialistas, y cuáles son los mecanismos de acceso a la certificación de la especialidad. Dado que la regulación del ejercicio profesional en salud corresponde al ámbito provincial, cada jurisdicción es autónoma para establecer qué profesiones y especialidades reconoce y regula. En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, es el Ministerio de Salud de la Nación el organismo encargado de la matriculación de los profesionales.

De esta manera, la variabilidad en las profesiones que cada jurisdicción

reconoce y regula, tiene una incidencia directa sobre el modo en que se conforma el equipo de salud desde el propio sistema provincial.

Las distintas exigencias provinciales y la necesidad de registros diferenciales por provincia limitan la libre circulación de los profesionales y su inserción en algunas provincias.

Respecto de la certificación de especialidades, se verifican cinco formas de acceder a la misma:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de (cinco) 5 años de egresado y (tres) 3 de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia;
- b) Poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;
- c) Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;
- e) Poseer certificado de aprobación de Residencia profesional completa, no menor de (tres) 3 años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

Estas modalidades, reconocidas en la Ley N° 23.873 se combinan de diferente manera en las distintas provincias. En general, cuando los ministerios de salud son los responsables de la certificación, suelen reconocer condiciones similares que la mencionada Ley.

En cambio, cuando esta potestad es ejercida por los colegios de ley, dichas instituciones establecen reglas restrictivas de acuerdo con sus propios intereses y los convenios que cada uno desarrolla con universidades o socie-

dades científicas. A través de las condiciones de certificación, estimulan o desalientan los distintos procesos formativos, desconociendo incluso las prioridades establecidas por el Estado Nacional y los estados provinciales, que se manifiestan a través del financiamiento de las Residencias. Los colegios, juegan sus intereses como otro actor dentro del campo, tensionando los procesos de rectoría de los equipos de salud.

Del mismo modo, los colegios no suelen jerarquizar la Residencia como proceso formativo que habilita directamente a la certificación de la especialidad, debiendo los profesionales someterse a un nuevo proceso de examen. Esto desalienta la certificación de la especialidad y contribuye a desjerarquizar la modalidad de formación a través de la Residencia.

A los fines de ordenar y sistematizar la información de los profesionales de la salud en el ámbito nacional, y en vistas a la construcción nacional de los distintos acuerdos del MERCOSUR, se crea la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS)¹⁶. La misma muestra que hay una diversidad de matrículas, consistente con la variedad de títulos y carreras. Encontramos 69 matrículas de profesionales de grado universitario, que podrían resumirse en 32 profesiones de referencia; 115 matrículas de profesiones técnicas que podrían consolidarse en 33; y 33 de auxiliares que podrían resumirse en 23¹⁷. Esto constituye una expresión de la diversidad de formaciones y titulaciones: se encuentran casos de una misma formación para distintas titulaciones o de una misma titulación para distintas formaciones.

16. En el año 2004, los países del MERCOSUR firman un acuerdo mediante el cual se establece que los estados parte deben disponer de una cantidad de datos mínimos de los profesionales de la salud en caso de que un profesional desee migrar de un país a otro. La Matriz Mínima fue adoptada por Argentina mediante la Resolución Ministerial 604 del año 2005 y su consolidación requirió la creación de un sistema de registro de profesionales de alcance nacional, que comenzó a gestarse en el año 2008, a partir de la firma de convenios con las diferentes provincias. En ellos se acuerda la incorporación de los datos de la matriz mínima en los registros provinciales y su carga en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA), dando nacimiento a la REFEPS. La Red se construye como un proceso colaborativo entre los ministerios provinciales, los colegios de ley y las instituciones formadoras (de grado y posgrado), bajo la coordinación del Ministerio de Salud de la Nación. Ello constituyó un gran desafío debido a la cantidad de actores que intervienen en la formación, matriculación y empleo de los recursos humanos de salud en nuestro país. (Williams y otros, 2013).

17. Datos de SISA para Octubre de 2015.

Los actores del campo de recursos humanos en salud en el marco regional

En el plano regional, las tensiones están representadas por los intereses y necesidades de cada país miembro. Aquellos países que detentan una hegemonía en la producción de conocimiento, en la disponibilidad de capital para invertir en salud o en la complejidad de desarrollo de sus servicios, pujan por mantener su posición y en algunos casos, por intervenir indirectamente en otros países, por ejemplo encarando procesos de contratación de profesionales provenientes de países que no cuentan con un número suficiente para la cobertura de sus necesidades.

En estos espacios internacionales, se buscan formas de consenso para evitar estas situaciones y se impulsan acuerdos y normas de circulación para proteger a los países con menor desarrollo.

Como hemos podido observar, muchas de las políticas de recursos humanos de salud que se llevan adelante en el ámbito nacional, tienen como trasfondo los lineamientos acordados en el marco regional. El Grupo Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), cuentan con diversos subgrupos que se ocupan, desde distintas perspectivas, del campo de desarrollo de los recursos humanos en salud a nivel regional. En realidad no son actores externos, sino que son los mismos países de la región que constituyen una serie de acuerdos en relación con diversas temáticas, entre ellas la que concierne a la agenda de recursos humanos de salud, con el fin de promover la integración regional.

En el Mercosur, Argentina participa de la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional perteneciente al Subgrupo de Trabajo N° 11 Salud, en el cual se trabaja para armonizar la regulación de las profesiones de salud con miras a la libre circulación de trabajadores. Como parte de los acuerdos, se ha establecido una matriz de registro con datos comunes de los profesionales de salud que podrá ser consultada por los Estados parte. Derivadas de la implementación de la Matriz Mínima de datos de profesionales de la salud en el Mercosur, se han definido nueve profesiones universitarias (Medicina, Enfermería, Odontología, Farmacia, Bioquímica, Nutrición, Fisioterapia / Kinesiología y Fonoaudiología) por ser comunes a toda la subregión (Resolución N° 07/12). Próximamente se incorporará Terapia Ocupacional y se está trabajando en las profesiones técnicas.

El Consejo Suramericano de Salud cuenta con cinco grupos técnicos, uno de los cuales es el Grupo Técnico (GT) de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos de Salud. Dicho grupo se constituyó en 2009 y presentó los proyectos de creación de las Redes de Escuelas de Salud Pública y de Escuelas de Formación de Técnicos de Salud y del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS).

El GT tuvo una dinámica de reuniones anuales hasta 2013, si embargo, los objetivos fijados de producir conocimiento para la elaboración de una política regional de recursos, el seguimiento del impacto de las migraciones del personal de salud, las prioridades de investigación y capacitación en recursos humanos en salud, los mecanismos de incentivo a la formación, la disminución de las brechas de inequidad en cuanto a la distribución de Recursos Humanos en Salud, fueron progresivamente pasando a integrar la dinámica de trabajo de las Redes y del ISAGS más que la de los responsables de recursos humanos de los países.

Otro actor de peso en el contexto regional es la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la agencia de salud pública que brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida de los países de la región.

En el tema de recursos humanos, en el año 2007 la asamblea de ministros de los países que componen la OPS establece las 20 metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015. Las mismas están orientadas a definir políticas y planes de largo plazo para la formación de la fuerza de trabajo, el mejoramiento de la distribución de los trabajadores de la salud en los lugares de necesidad, el mejoramiento de las condiciones de trabajo para los agentes sanitarios, la promoción de medidas nacionales e internacionales para la conservación de personal sanitario por parte de los países en desarrollo, y por último, la creación de mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para adaptar la educación de los profesionales a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de calidad.

Se debe tener en cuenta que los acuerdos de la OPS son resultado de consensos entre países muy disímiles, no solo en sus problemas sino también en los recursos con que se cuenta para dar respuesta a ellos.

Otra iniciativa importante impulsada por la OPS en este campo, fue “el Llama-

do a la Acción de Toronto”¹⁸, que puso en agenda el tema de recursos humanos de salud a nivel regional y estableció la “década de los recursos humanos” (2005-2015). A partir de esa iniciativa regional, durante la primera parte de la década se orientaron fondos que permitieron a los países realizar evaluaciones de recursos humanos de acuerdo con las metas establecidas y orientaron procesos de planificación y mejoras en ese sentido. También permitió compartir estrategias entre los países, compartir experiencias, problemáticas comunes con particularidades locales y ver que las alternativas de solución respondían a iniciativas similares. Las diferencias estaban relacionadas con los escenarios de actores en los distintos países. Es decir, se hablaba de estrategias similares condicionadas por los actores que participan en el campo.

La cooperación técnica en estos años con la Organización Panamericana de la Salud, impulsó buena parte de las iniciativas bilaterales, como el trabajo con Brasil para el desarrollo de algunas tecnicaturas de salud, el desarrollo del Observatorio Federal de RRHH de salud, la educación permanente a través de la participación en el Campus Virtual de Salud Pública. Así como también, el desarrollo conjunto de investigaciones entre países del MERCOSUR.

Un hito en la cooperación regional, que no se producía desde el Llamado a la Acción de Toronto, fue la Reunión Regional de Recursos Humanos para la Salud: “Los equipos de salud frente a nuevos y renovados desafíos”, realizada en agosto del 2015 en Buenos Aires, en la cual participaron todos los países del continente americano. La elección de la sede por parte de OPS/OMS, constituyó un reconocimiento al liderazgo del Ministerio de Salud de la Nación de Argentina en las iniciativas llevadas a cabo, en esta década, en el ámbito de las políticas de recursos humanos de salud.

Como podemos observar, organismos como la OPS también constituyen un gran marco en el que orientar las acciones que tienen lugar al interior campo de los recursos humanos en salud.

18. El Llamado a la Acción de Toronto es un documento que reúne las discusiones de los grupos de trabajo de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto, Canadá en 2005. “El Llamado a la Acción busca movilizar a los actores nacionales e internacionales, del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015.” (OPS, 2005)

A modo de cierre

El quehacer cotidiano de la gestión de los recursos humanos de salud, nos enfrenta, como dijimos, al desafío de trabajar en una estructura intersectorial en permanente transformación, con dinámicas cambiantes, con actores e instituciones sociales con intereses propios, que en ocasiones son complementarios pero en otras aparecen como contradictorios.

Para pensar esta estructura, para tratar de comprender el terreno de las posibilidades que nos ofrece para la acción, adoptamos el concepto de campo. Repetimos entonces: campo es una perspectiva que decidimos asumir en toda su complejidad, es un modo de comprender y recortar esta realidad en que nos toca operar. En este sentido, es la perspectiva de análisis que permite aprehender la compleja problemática delimitada en el entramado de los servicios de salud, de sus trabajadores y sus procesos formativos, y de la población usuaria.

La gestión estatal en este campo dinámico de los recursos humanos de salud en Argentina, tiene toda la potencia y todas las dificultades que la diversidad de actores que participan en él permiten. Con la fragmentación del sistema de salud, el federalismo y la autonomía universitaria como marco que estructura y determina la dinámica y los vínculos entre los actores dentro del campo, la última década ha marcado un cambio en las iniciativas de intervención del Estado en el mismo. La recuperación del rol de rectoría del Estado abre la posibilidad de asumir un lugar de liderazgo en la convocatoria a los diversos actores, de encarar acciones intersectoriales, de carácter federal e interinstitucional.

El fortalecimiento de la política de consenso, como estrategia de construcción en el campo, fue una de las principales líneas de intervención. Dicha modalidad de trabajo, permitió consolidar redes de colaboración y acción que buscan perdurar en el tiempo y ampliar sus márgenes de gestión. Esta estrategia tiene como motor la voluntad de incidir sobre el Estado desde el Estado, pero no en forma aislada, sino en una construcción conjunta que parta de una colaboración genuina de todos los actores del campo. Como ya se ha dicho: ante la ausencia del Estado, priman las regulaciones corporativas, alejando las iniciativas de las necesidades sanitarias de los distintos territorios.

Por otra parte, el trabajo realizado en la última década también se ha dado en el marco de posibilidades que ha ofrecido la colaboración en el ámbito regional. En parte por voluntad explícita de los Estados, y en parte por las necesidades de la época, ya no es posible pensar solo en el plano nacional. Para la planificación es menester romper las fronteras, bajo el precepto de

que los profesionales de la salud circulan, las poblaciones usuarias también, y las acciones deben acompañar ese nuevo escenario. La rectoría regional se impone y ofrece renovadas posibilidades de colaboración entre Estados Nación.

En resumen, en los procesos que hemos analizado hemos visto múltiples instancias de concertación federal y consenso interinstitucional, en lo referido a la formación de los trabajadores de la salud, la gestión del trabajo en el campo y la regulación de su ejercicio profesional. Ello implica la articulación de diferentes actores, que se da en forma simultánea en distintos espacios:

- Al interior del Ministerio de Salud de la Nación, cohesionando las políticas de formación y de regulación del ejercicio de los equipos de salud.
- Con el Ministerio de Educación para el reconocimiento de nuevas carreras y la regulación de los perfiles formativos de los profesionales de salud.
- Articulación Nación – Provincias, que involucra al Consejo Federal de Salud y a las áreas técnicas de Recursos Humanos y Regulación del Ministerio de Salud de la Nación y las de los Ministerios de Salud de las provincias se trabajó para reforzar los mecanismos de la gestión local y las necesidades desde la mirada local y regional.
- Trabajo conjunto y de articulación a nivel local, entre los colegios de ley y los Ministerios de Salud provinciales para la regulación y el control del ejercicio profesional.
- Con el Ministerio de Trabajo para determinación de las condiciones de trabajo en el sector y la regulación de los conflictos laborales.
- Consultas y consenso con los diferentes actores de la sociedad civil (asociaciones de formadores, sociedades científicas, gremios) para la elaboración de marcos de referencia para la formación técnica y de Residencias, la incorporación de nuevas especialidades y la regulación del Sistema Nacional de Residencias.
- Articulación en espacios de carácter supranacional, como OPS, MERCOSUR y UNASUR, para la construcción de políticas en el marco regional.

El mapa trazado configura una experiencia en nuestro país, que recoge parte de la reciente historia de actores e instituciones. Se han individualizado los espacios de concertación y relatado cómo se trabajó con los intereses y tensiones que se presentaban. En algunos casos con más éxito que en otros, sin embargo parte del quehacer es tratar de registrar y transmitir la experiencia de gestión para que pueda ser retomada, amplificada y modificada de acuerdo con su dinámica intrínseca.

Los actores que intervienen en este campo seguirán cambiando, seguirán tensionando su estructura, seguirán moldeando nuevas estrategias de acción, seguirán estableciendo lazos de colaboración y conflicto. Y los gestores, como un actor más, seguiremos buscando aquellos espacios que faciliten el consenso, la articulación para intervenir sobre los procesos que tengan impacto sobre el mejoramiento de la formación y de las condiciones de trabajo de nuestros recursos y sobre la calidad de los servicios que atiende a la población.

Retomando la intención de este trabajo, creemos que el análisis de la situación y la recopilación de las intervenciones realizadas en los espacios intersectoriales, constituyen una experiencia de gestión que esperamos sea un aporte al trabajo futuro en el campo del desarrollo de los recursos humanos de salud.

Referencias Bibliográficas

Azpiazu, E; Baldi, L; y Lanari, M.E. *“Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud”*, ponencia presentada en el 10º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Buenos Aires, Agosto de 2011.

Bourdieu, P y Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008.

Brito, P. *Determinantes políticos en la planificación de Recursos Humanos en Salud*. OPS / Campus Virtual de Salud Pública. Disponible en: <https://www.google.com.ar/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Determinantes+pol%C3%ADticos+en+la+planificaci%C3%B3n+de+Recursos+Humanos+en+Salud>.

Cadile, María Del Carmen (Comp.); Duré, M. Isabel y Williams, Guillermo (Coords.). Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. *La Construcción de la Matriz Mínima de datos de profesionales de la salud del MERCOSUR desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil y Uruguay*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2015.

Casal, Ana. *"Federalismo y Salud. Tensión Nación-Provincias"*, ponencia presentada en el V Congreso de Administración Pública, San Juan, 2009. Disponible en <http://www.asociacionag.org.ar/congreso-de-administracion-publica/quinto-congreso/paneles-y-ponencias/>

Cavaliere, M. *Políticas integradas para el desarrollo de los recursos humanos en el subsector público de salud. El caso de los Ministerios de Salud y Educación de la Nación*. Tesis de Maestría en Desarrollo Local, Universidad Nacional de San Martín- Universidad Autónoma de Madrid. Marzo de 2014. No publicada.

CONEAU. Informe de Evaluación, 1er Ciclo de Acreditación del Sistema AR-CU-SUR. 2011.

Duré, M.I. (coord.). *Políticas de salud. La carrera sanitaria en la Argentina*. En Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2009.

Duré, M.I. (coord.). *Políticas de salud. La carrera sanitaria en la Argentina*. Decreto N° 1133/2009. En Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2010.

Duré, M.I. Residencias médicas en Argentina 2015. Revista Argentina de Medicina. Volumen 3, Número 5, Mayo de 2015, Buenos Aires.

Novick, Marta; Rosales Carlos, *Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud 2005-2015*, Washington DC, OPS, 2006.

OPS. Llamado a la acción de Toronto, 2006-2015. *Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas*. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. 4-7 de octubre de 2005. Washington, D.C: OPS, 2005.

Rocha C. y Purcallas D. *Enfoques, problemas y perspectivas del campo de los recursos humanos en salud*. Lectura del Curso Liderazgo de Recursos Humanos de salud. Washington, D.C: OPS, 2006. Disponible en <http://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id=2156>

Rovere, M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington, D.C: OPS, 1993.

Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – DGEyEL, Ministerio de Trabajo. Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud. Noviembre de 2015.

Williams, G; Duré, M.I; Dursi, C; y Pereyra, J.L. *Médicos en Argentina. Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud*. En Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2013.

Normativa

Ley 20744 HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 05-sep-1974

LEY DE CONTRATO DE TRABAJO/ REGIMEN

Publicada en el Boletín Oficial del 27-sep-1974 Número: 23003

Ley 22373 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.), 13-ene-1981

CONSEJO FEDERAL DE SALUD/ SU CREACIÓN

Publicada en el Boletín Oficial del 19-ene-1981 Número: 24588

Ley 23873 HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 28-sep-1990

ARTE DE CURAR/ LEY 17132- MODIFICACIÓN

Publicada en el Boletín Oficial del 30-oct-1990 Número: 26999

Ley 24521 HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 20-jul-1995

EDUCACIÓN SUPERIOR/ NORMATIVA APLICABLE

Publicada en el Boletín Oficial del 10-ago-1995 Número: 28204

Ley 26058 HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 07-sep-2005

LEY DE EDUCACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL / OBJETO, ALCANCES, ÁMBITO DE APLICACIÓN...

Publicada en el Boletín Oficial del 09-sep-2005 Número: 30735

Ley 26206 HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 14-dic-2006
LEY DE EDUCACIÓN NACIONAL/ SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL
Publicada en el Boletín Oficial del 28-dic-2006 Número: 31062

Decreto 277/1991 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.), 14-feb-1991
MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL / ESTABLECIMIENTOS HOPITALARIOS-
PERSONAL PROFESIONAL- CARRERA
Publicada en el Boletín Oficial del 20-feb-1991 Número: 27078

Decreto 1133/2009 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.), 25-ago-2009
ADMINISTRACION PÚBLICA NACIONAL / CONVENIO COLECTIVO - HOMOLOGACION
Publicada en el Boletín Oficial del 27-ago-2009 Número: 31724

Resolución 7/2012 GRUPO DEL MERCADO COMUN, 14-jun-2012
MERCOSUR/ LISTADO DE PROFESIONES DE SALUD
Publicada en el Boletín Oficial del 10-sep-2013 Número: 32719

Resolución 604/2005 2006 MINISTERIO DE SALUD, 27-mar-2005
MINISTERIO DE SALUD / INCORPÓRASE AL ORDENAMIENTO JURÍDICO NACIONAL
LA RESOLUCIÓN GRUPO MERCADO COMÚN N° 27/2004 "MATRIZ MÍNIMA DE RE-
GISTRO DE PROFESIONALES DE SALUD EN EL MERCOSUR".
Publicada en el Boletín Oficial del 02-jun-2005 Número: 30666

Resolución 450/2006 MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE 07-abr-2006
MINISTERIO DE SALUD / SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS
DEL EQUIPO DE SALUD - CREACION
Publicada en el Boletín Oficial del 18-abr-2006 Número: 30887

Resolución 47/2008 CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN, 29-may-2008

Resolución 160/2011 MINISTERIO DE EDUCACION, 29-dic-2011
EDUCACION SUPERIOR / PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE CARRERAS DE POS-
GRADO- ESTANDARES Y CRITERIOS
Publicada en el Boletín Oficial del 12-ene-2012 Número: 32316

**Resolución Conjunta 351/2013 MINISTERIO DE EDUCACION, Resolución Con-
junta 178/2013 MINISTERIO DE SALUD**, 05-mar-2013
MINISTERIO DE EDUCACION / ESTUDIOS DE POSGRADO- TRÁMITES DE CONVALI-
DACIÓN PROVISORIA
Publicada en el Boletín Oficial del 14-mar-2013 Número: 32600

Resolución 207/2013 CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN, 29-oct-2013

Resolución 229/2014 CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN, 08-sep-2014

Convenio Colectivo de Trabajo 122/1975, 31-jul-1975

FATSA- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ESTABLECIMIENTOS GERIÁTRICOS; ASOCIACIÓN CI-
VIL DE CLÍNICAS Y SANATORIOS PRIVADOS DE NEUROPSIQUIATRÍA; CÁMARA DE
INSTITUCIONES MEDICO ASISTENCIALES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA; CONFE-
DERACIÓN ARGENTINA DE CLÍNICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS

Disposición 60/2011 SUBDIRECCION NACIONAL DE RELACIONES DEL TRABAJO 21-ene-2011

MINISTERIO DE TRABAJO / DECLARESE HOMOLOGADO EL CONVENIO COLECTIVO DE
TRABAJO, CELEBRADO ENTRE LA ASOCIACION DE MEDICOS DE LA ACTIVIDAD PRIVA-
DA (A.M.A.P.) Y LA ASOCIACION DE CLINICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS
DE LA REPUBLICA ARGENTINA (A.D.E.C.R.A.) A.M.A.P. - A.D.E.C.R.A. REG. 619/11
Publicada en el Boletín Oficial del 06-may-2011 Número: 32144

2

LA RED FEDERAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

MARÍA ISABEL DURÉ
CAROLINA DURSI

Transmitir el trabajo en Red

La Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación en Salud nace como un intento de otorgar institucionalidad a un modelo de gestión colaborativo y por consenso, como una forma de dotar de viabilidad las decisiones tomadas por los ministros en el ámbito del Consejo Federal de Salud. Es coordinada por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación (DNCHySO) y cuenta con la participación de representantes de recursos humanos en salud de los ministerios provinciales.

Desde sus comienzos, la Red se propone construir capacidades para cohesionar la planificación de recursos humanos en las estructuras de gestión provincial, que se encontraran preparadas para dar un salto cualitativo cuando existiese la oportunidad de planificar colectivamente. Los funcionarios de las áreas que la integran tienen perfiles y niveles de profesionalización muy diversos y las unidades de organización pueden oscilar entre

oficinas de administración de personal hasta subsecretarías con funciones estratégicas, al tiempo que la rotación de los cuadros de conducción es alto.

Un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud sobre el perfil de las unidades de recursos humanos de los países de América (URHUS) alertó sobre el déficit tanto cuantitativo como cualitativo de los funcionarios de las unidades ministeriales. Según los entrevistados *“el personal es insuficiente porque la preocupación está centrada en los servicios de salud y mucho menos en todo lo que es el ámbito de la autoridad sanitaria”*¹⁹. De 14 unidades que habían respondido la encuesta, cinco había tenido una rotación de entre 3 y 6 directores en los últimos 5 años y sólo cuatro países (Uruguay, República Dominicana, Canadá y Brasil habían mantenido el mismo funcionario en ese período, dando cuenta de un fenómeno que no es estrictamente local.

Una encuesta realizada, siguiendo este modelo de perfil de las URHUS mostró que en nuestro país de 24 jurisdicciones, menos de la mitad contaban con una Dirección de RHUS, solo tres eran Direcciones Generales y el resto de las áreas avocadas al tema dependían de otras dependencias.

En este sentido, cuando comenzó a gestarse, el desafío era poder acompañar la construcción de las áreas técnicas de las provincias a partir del reconocimiento de las personas que las integraban como interlocutores potentes. Era importante que las personas pudieran convertirse en verdaderos representantes de su provincia como actores del campo de los recursos humanos. Se buscaba que pudieran aportar a la reflexión colectiva desde la identidad de su jurisdicción pero también desde la problemática propia del campo. Para cohesionar el sistema, los miembros de la Red debían poder preservar su identidad desde las distintas regiones, pero reconociendo que el proyecto provincial difícilmente podía existir por fuera de un proyecto colectivo, de raigambre federal.

El presente artículo se propone relatar cómo fue el nacimiento de la Red, cuáles fueron sus objetivos, cuáles los desafíos que surgieron en el proceso de consolidación de la misma, cuáles las tensiones que la atravesaron y la atraviesan aun hoy, cuáles los logros que se han obtenido en el trabajo conjunto y los retos a futuro.

19. Organización Panamericana de la Salud, Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe, pág 30 a 38, OPS WDC, 2008.

Federalismo: historia de inequidades y búsqueda de equilibrios

Argentina es una república federal, que tiene descentralizada en sus administraciones provinciales la función de atención sanitaria. Una república federal se caracteriza por proteger las facultades provinciales a través del respeto por la autonomía política, administrativa y financiera de las provincias, cuyos derechos tienen rango constitucional. Al mismo tiempo, el Estado Nacional tiene facultades sobre los estados provinciales y sus habitantes (Cao, 2012).

Esta situación requiere de una búsqueda de equilibrio entre la orientación de políticas desde el nivel nacional, en sentido de ir hacia la construcción de mayores niveles de equidad entre los territorios, y el respeto por las autonomías provinciales.

¿Por qué es importante en nuestro país una mirada federal de los problemas regionales? Pues porque en la Argentina el desarrollo regional ha estado signado por la asimetría territorial.

Como bien desarrollan Cao y Vaca (2006a), uno de sus elementos característicos es que es un país con una notoria heterogeneidad y desigualdad territorial, siendo esta asimetría común a todos los períodos de su historia. Si bien ha habido cambios a lo largo de las décadas, permanece intacta la preeminencia del Área Central (CABA, Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba), el retraso relativo de las provincias del Área Periférica (Cuyo, NOA y NEA), y el del Área Despoblada (Patagonia).

El ajuste estructural que tuvo lugar a partir de la década del '70, y montado sobre él, la profundización de las políticas descentralizadoras, concluyeron con la consolidación del esquema de desequilibrios entre las distintas regiones. Las posibilidades de desarrollo de territorios que ya estaban históricamente relegados, que dependían del estado central para muchas funciones, fue coartada con estos procesos, en los que se produce una retirada del Estado Nacional.

La descentralización implicó que muchas de las funciones más importantes de los estados, que antes estaban en manos de la administración nacional, pasaran a formar parte de las tareas de gestión de las provincias y los municipios. Estas tareas, entre las que podemos mencionar la salud y

la educación como las de mayor carga administrativa y financiera, sobrepasaron en muchos casos las posibilidades de administraciones débiles y carentes de recursos. Si bien se asignaron fondos nacionales para el fortalecimiento organizacional, las jurisdicciones los destinaron muchas veces a otras funciones, y no fue posible lograr la consolidación de burocracias capaces de llevar adelante las nuevas tareas (Cao, Vaca, 2006b).

Luego de la fuerte crisis de fines de los '90 y principios de los 2000, el Estado Nacional retoma su función de rectoría y regulación. Desde muchos ministerios, comienzan a desarrollarse políticas de alcance nacional pero no ya como paquetes de medidas pre armados, sino como construcciones colectivas llevadas adelante con el trabajo consensuado y colaborativo de los ejecutivos provinciales. La nueva década inaugura un modo de pensar la resolución de los problemas locales: la colaboración es un elemento fundamental para la resolución de problemas que afectan localmente de diversas maneras y con diversas intensidades, y el consenso legitima las respuestas que se proponen. Como eje central de las intervenciones se encuentra el fortalecimiento de las administraciones provinciales como base para la gestión.

De acuerdo con Astarita, Bonifacio y Del Cogliano (2012), el escenario de descentralización determina la necesidad de intensificar las relaciones intergubernamentales. Las mismas pueden definirse como el conjunto de interacciones que tienen lugar entre unidades gubernamentales de todas las clases y los niveles del estado federal. "Ellas abarcan tanto estructuras institucionales formales orientadas a la coordinación y el control, como así también relaciones informales que establecen los técnicos y profesionales encargados de gestionar las distintas políticas públicas que se implementan sobre el territorio, pasando por la propia actividad de los partidos políticos con responsabilidades de gobierno en los distintos niveles estaduales" (pp. 230).

Como podemos observar, el nacimiento de la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación en Salud se enmarca en esta nueva coyuntura de respeto por las autonomías locales, que ya no significa librar a su suerte a los territorios, sino la comprensión de que la autonomía solo es completa y verdadera si está acompañada del fortalecimiento de las administraciones locales, teniendo como consecuencia el aumento de su poder de gestión sobre las funciones esenciales que deben llevar adelante.

Redes y Comunidades de Práctica

Una de las formas que pueden adoptar las relaciones intergubernamentales es la del trabajo en red, o la constitución de una comunidad de práctica. A nuestro entender, el desarrollo de vínculos entre responsables de nivel técnico de distintas geografías, que enfrentan muchas veces desafíos similares en su quehacer cotidiano, constituye una de las mayores fortalezas de la cual puede nutrirse la gestión pública provincial en nuestro país.

Plantear el trabajo en red implica asumir un modo de pensar y de pensarse junto con otros. Implica dejar a un lado la visión de que se es uno (persona o institución) gestionando en soledad en un determinado ámbito, para comprender que el trabajo cotidiano se enriquece en la interacción con otros. En este sentido, el primer nivel en la construcción de una red es el reconocimiento de otros, el reconocimiento como interlocutor, desde el acuerdo o incluso desde el desacuerdo. Luego, conocer al otro, sus intereses, quién es y qué hace. A partir de allí podemos ubicar el trabajo conjunto propiamente dicho. En un inicio con la colaboración esporádica, luego con la cooperación más sistemática y finalmente con la asociación, lo que implica sostener un proyecto o iniciativa conjunta. Entonces, podemos caracterizar una red como un conjunto de heterogeneidades organizadas, que implica la aceptación de lo diverso, las riquezas y limitaciones de cada uno. Alcanzar estos acuerdos comunes, trae consigo atravesar situaciones de competencia, conflicto y negociación, con el propósito de alcanzar grados de cooperación sustentables en el tiempo (Rovere y Tamargo, 2005).

La Red también puede ser conceptualizada como una comunidad de práctica, en donde el principal elemento es el despliegue de un modelo colaborativo que se sustenta en la reciprocidad, base de la confianza. Para su desarrollo es fundamental reforzar la idea de futuro, de metas a alcanzar en conjunto, y sobre todo, sostener la idea de continuidad. Por otra parte, es necesario establecer reglas de participación, que vayan más allá de los acuerdos puntuales que suscriben sus integrantes. Esto permite la entrada y salida de los individuos sin perder continuidad por parte de las organizaciones. Finalmente, una comunidad de práctica requiere la promoción de la colaboración por parte de sus miembros, no su imposición. La idea de cooperación voluntaria, bajo el precepto de que el resultado es un enriquecimiento de las individualidades a la vez que el fortalecimiento del conjunto, debe prevalecer.

Tal como podemos comprobar en el caso que nos convoca, la organización de una red o una comunidad de práctica requiere voluntad y decisión por parte de las organizaciones que la componen y un compromiso de corresponsabilidad para sostenerla en el tiempo. En el análisis de la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación en Salud, veremos que es posible hallar los niveles/momentos que Rovere y Tamargo identifican: Reconocer - Conocer - Co-laborar - Co-operar - Asociarse.

El nacimiento de la Red

Tradicionalmente, el Ministerio de Salud Nacional convocaba a reuniones a representantes de recursos humanos de todas las provincias. En ellas exponía un lineamiento de política y, derivado del mismo, alguna propuesta de trabajo conjunto. Las propuestas eran recibidas con cierta indiferencia si no se contaba con financiamiento nacional para llevar adelante los desarrollos locales. En esta instancia, no había una continuidad en las convocatorias, con excepción de aquellas situaciones en las que hubiera un proceso de instalación de una política determinada.

En el año 2007 se producen dos hitos normativos que dan un marco institucional al nacimiento a la Red: la creación del Observatorio Nacional Permanente de Recursos Humanos en Salud (Resolución MSAL 1343/2007), que identifica la importancia del conjunto de los actores para generar información sobre recursos humanos, y del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias (SNARES), que crea un Comité Técnico federal, representante del COFESA (Resolución MSAL 1922/2006), para participar en la validación de estándares y herramientas del sistema, así como para acompañar en la resolución de conflictos que pudieran surgir del proceso de acreditación. En ambas instancias, la DNCHySO, cumplía un rol de coordinación.

Ahora bien, ¿cuáles eran normativamente las responsabilidades de la DCHySO? El Decreto 1343 del año 2007 especificaba que la Dirección tenía como responsabilidad primaria "Entender en la elaboración de las pautas de formación del capital humano en salud de acuerdo a la estrategia establecida por el Ministerio en la materia. Promover las acciones dirigidas a la capacitación, formación y fortalecimiento de los integrantes del equipo de salud -profesionales y no profesionales- tendientes a alcanzar su desarrollo y afianzar los procesos de calidad de los servicios y su vinculación con

la comunidad. Coordinar con los organismos de la Administración Pública Nacional las acciones orientadas a tutelar la salud de sus trabajadores”. Entre sus acciones se contaban:

1. Definir los criterios de formación y capacitación del Capital Humano en Salud, teniendo como eje central la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
2. Determinar el perfil de profesionales, técnicos y auxiliares, que requiere el sistema, promoviendo las acciones necesarias para su formación y capacitación, de acuerdo a los requerimientos previamente detectados.
3. Implementar, en coordinación con la DN de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, un sistema de información y comunicación sobre el Capital Humano en Salud, de disponibilidad nacional, con el objeto de mejorar la toma de decisiones e incrementar la equidad en su distribución.
4. Intervenir, junto a los organismos nacionales competentes, en el reconocimiento de los programas de formación del equipo de salud, en sus diferentes modalidades, tanto de grado como de postgrado, promoviendo las reformas curriculares necesarias para su adaptación a las demandas del sistema y la comunidad.
5. Financiar e intervenir en las adjudicaciones de becas nacionales en el área de la salud, recabar y evaluar los informes y los resultados presentados por los becarios.
6. Financiar e intervenir en las adjudicaciones de cupos de Residentes del Equipo de Salud en las distintas jurisdicciones del país.
7. Promover e impulsar el conocimiento vinculado al desarrollo del Capital Humano y la calidad de los servicios para la actualización permanente, capacitación y formación del mismo.
8. Coordinar y participar en programas de capacitación profesional y formación en administración y gerencia para el Capital Humano en salud y su actualización permanente.

9. Asistir técnicamente a las jurisdicciones provinciales para la capacitación y el desarrollo de su Capital Humano y el de los procesos de calidad de los servicios.

10. Promover acciones tendientes a modelar conductas del Capital Humano en el proceso de atención de la salud según los requerimientos del sistema.

11. Asistir a la Subsecretaría en el diseño de las políticas de recursos humanos con énfasis en el sistema de Residencias.

12. Desarrollar el relevamiento de instituciones formadoras y de capacitación de los recursos humanos en salud.

El objetivo de política era claro: desarrollar equipos con orientación hacia la estrategia de Atención Primaria de la Salud en un marco federal e intersectorial. El objetivo de gestión también: constituir la Dirección como un área de intervención estratégica en el desarrollo de los recursos humanos del sistema de salud. El desafío consistía en concertar con todos los actores provinciales del sector salud y con el sector educativo, a los fines de superar el rol tradicional y casi excluyente que la unidad había tenido hasta el momento: el financiamiento y gestión de los contratos de residentes.

En las primeras reuniones que se realizan en 2008, tanto nacionales como provinciales, las propuestas iniciales de la DNCHySO a las provincias se orientaban a instalar la planificación de recursos humanos, en el marco del Observatorio, como eje para el trabajo conjunto. Sin embargo, las realidades de los responsables provinciales estaban aún muy alejadas de esa posibilidad. No contaban con información consolidada de los recursos en el territorio, que se encontraba dispersa en distintas unidades de los ministerios, y no aparecía la posibilidad inmediata de construirla, más allá de los planteles del sector público. En este momento, el Registro Federal de Establecimientos²⁰ estaba en proceso de elaboración, de modo que se pudo validar con ellos el diseño de un módulo para registrar en cada establecimiento los datos de los trabajadores. Aún la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud²¹ no había nacido.

En esta coyuntura, el desafío principal fue encontrar el modo de orientar el trabajo colectivo. El Observatorio y el Sistema de Acreditación tenían un desarrollo incipiente y no estaban en la agenda de los equipos de re-

curso humano de las provincias. Desde la lógica dominante del trabajo a través de programas, que signaba la gestión articulada Nación - Provincias históricamente, aquellas actividades de planificación o regulación con una perspectiva federal no aportaban recursos económicos y, por lo tanto, no conformaban una prioridad.

Sin embargo, ni el Observatorio ni el SNARES serían los que movilizarían inicialmente a la Red, sino la tarea cotidiana en la cual las provincias ocupaban gran parte de su gestión, y en la que debían, necesariamente, articular con el Ministerio nacional y los recursos que éste proveía: la gestión de las Residencias nacionales. Dicha gestión no resultaba sencilla, ya que detrás de ella se hacía visible el abanico de problemas del campo de los recursos humanos en salud: la falta de perfiles adecuados, los déficits de formación de los recién egresados, las preferencias por especialidades ligadas al prestigio social y económico, las dificultades para insertar a los profesionales en áreas rurales o periurbanas, la poca capacidad formadora y de trabajo de algunos servicios, la sobrecarga de trabajo de los residentes en la atención de los pacientes, los déficits docentes, la diversidad de modalidades para acceder a la certificación de la especialidad, los déficits de información para evaluar la magnitud de los problemas²².

20. El Registro Federal de Establecimientos de Salud tiene como objetivo brindar una herramienta de análisis y consulta a las autoridades sanitarias (nacionales y provinciales) que ayuda a la toma de decisiones, a través de la instrumentación de los registros federales. También brinda a la comunidad la posibilidad de consulta acerca de los establecimientos y profesionales de la salud de todo el territorio nacional.

21. La Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud nace en 2008, como mecanismo para implementar la Matriz Mínima de datos de profesionales acordada en el marco del MERCOSUR en 2004. El objetivo de la red consiste en articular los registros de profesionales a lo largo de Argentina, en base a los datos de la Matriz Mínima. Su creación constituyó un gran desafío debido a la cantidad de actores que intervienen en la formación, matriculación y empleo de los recursos humanos de salud en el país. La adopción de la Matriz Mínima como ficha básica de registro de los profesionales supuso la participación de los ministerios provinciales y colegios de ley encargados de la matriculación, la identificación de las profesiones reconocidas en cada jurisdicción y su habilitación para el ejercicio, la identificación de las instituciones formadoras de dichos recursos humanos, y la asociación con el proceso de formación que constituyen las residencias del equipo de salud.

22. Para ampliar el tema de la complejidad del campo de RHUS, ver el Capítulo 1 en el presente volumen.

Entonces, el primer paso para la constitución de la Red como comunidad de práctica fue identificar aquellos problemas compartidos por personas ligadas por una práctica común.

Según Jesús Martínez, la implementación de una comunidad de práctica en entornos de administración pública sigue una secuencia determinada por la identificación del colectivo idóneo y motivado, la identificación de los problemas recurrentes, la identificación de la persona que sería el animador, la organización de la primera reunión presencial y la continuación de las conversaciones.

El colectivo estaba dado. Los problemas recurrentes habían sido en un principio señalados por el Consejo Federal de Salud con la identificación de especialidades priorizadas, aquellas hacia las cuales orientar y mejorar la oferta de formación. La animación, en principio, la proveería la DNCHySO.

En ese momento, la gestión de las Residencias nacionales se enfrentaba a un cambio de reglamentación (Resolución MSAL N° 303/2008) que no había sido consultado con las provincias. La norma ponía énfasis en el procedimiento administrativo de contratación pero no aportaba a una estrategia de cohesión de las Residencias a nivel nacional, ni a resolver los problemas que surgían cotidianamente. Un valioso punto de partida fue discutir sobre las tensiones que podría generar el nuevo reglamento y sus vacíos normativos. Si bien la DNCHySO seguía teniendo una centralidad en la resolución de los problemas de gestión de las Residencias nacionales, los referentes comenzaron a escuchar sus coincidencias y a reconocer la diversidad en un tema que parecía instrumental. También circulaban experiencias y buenas prácticas, en un intercambio que nutría el trabajo de todo el colectivo. La DNCHySO, en tanto, pasaba de un modelo de gestión centralizado y verticalista a identificar las particularidades provinciales en su territorio de intervención y a repensar sus estrategias en función de este escenario. Estaban dadas las condiciones para un aprendizaje recíproco.

En este proceso, la tarea primordial fue ir transformando paulatinamente los encuentros que eran vividos como una “bajada” de lineamientos nacionales en una comunidad de práctica que pudiera ir construyendo confianza mutua y conocimiento común desde una situación de paridad. Un hecho que facilitó la faena fue que muchos de los participantes pertenecían a unidades de organización pequeñas y llevaban su tarea cotidiana en soledad.

Entonces, rápidamente hubo conciencia de que el trabajo colectivo sumaba en varios sentidos a su labor en los equipos provinciales: permitía identificar mejor los problemas, aportaba experiencias para imaginar soluciones alternativas, favorecía alianzas estratégicas a nivel regional y nacional, proveía respaldo para la implementación de acuerdos federales. A su vez, la DNCHySO tuvo como objetivo acompañar a todas las provincias en la resolución de sus problemas de gestión de recursos humanos.

Así fue que de las primeras reuniones en las que las agendas eran elaboradas por la coordinación, progresivamente las provincias fueron reconociendo la potencialidad del espacio, y fueron cobrando protagonismo en la inclusión de diversas temáticas en la programación de los encuentros. De a poco, los equipos técnicos fueron identificando que no había posiciones privilegiadas de algunas jurisdicciones, sino distintas aristas del problema de la escasez. De la impotencia, la queja y los reproches de las provincias formadoras hacia las provincias con mayor capacidad de atracción de profesionales mediante mejores ofertas económicas, se pasó a un intento de trabajo colaborativo que beneficiaba a todo el conjunto.

Por otra parte, los distintos niveles jerárquicos de los representantes se ponían en evidencia en las miradas sobre el campo de los recursos humanos y en las preocupaciones de cada uno. El espectro abarcaba desde subsecretarios con una visión más global y una preocupación política, hasta responsables administrativos de la contratación de Residencias. Fue un desafío y un aprendizaje conciliar y sacar provecho de las distintas perspectivas.

La construcción conceptual de la Red

El sustento que hizo posible la consolidación de la Red fue una construcción conceptual alrededor de los temas que convocaban al colectivo, que se realizó alrededor de diversas instancias.

Un momento importante fue la propuesta surgida en el seno de las reuniones nacionales, de construir colectivamente un documento conceptual sobre el sistema de Residencias. Las discusiones giraron en torno a lograr una visión compartida acerca de qué es una residencia, constituyendo uno de los ejes de trabajo a lo largo del año 2010. Se elaboró un documento borrador que fue sometido a discusión en todas las reuniones regionales,

dando como resultado final la creación del Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud²³. Los acuerdos acerca de qué se entiende por residencia, qué aspectos constituye como modelo privilegiado de formación de posgrado, qué necesidades de planificación plantea a las distintas administraciones, entre otros temas, hicieron posible conformar un lenguaje común que sirviera de base a prácticas compartidas.

Otra de las instancias clave para la construcción de miradas comunes fue la realización de cursos virtuales que abordaban los problemas del campo de los recursos humanos en salud. Inicialmente se gestionaron becas para los cursos de capacitación sobre Liderazgo en Recursos Humanos de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y se invitó a participar a un grupo de integrantes de la Red. Luego, la DNCHySO nacionalizó el curso de la OPS adaptando su contenido a las realidades locales, para dictarlo en el Nodo Argentino del Campus Virtual de OPS. Este cambio permitió que prácticamente todos los referentes de recursos humanos y responsables de Residencias provinciales participaran de la capacitación.

En los cursos se consolidó una visión sobre el campo, fortaleciendo la comunidad a través de un proceso reflexivo sobre la propia práctica en un entorno complejo. Dicho proceso ayudó a limitar las quejas y potenció la capacidad de resolución individual y colectiva.

Del mismo modo que con el curso de Liderazgo, se ofreció a los referentes de las provincias la realización de un curso de tutores virtuales. El principal objetivo fue que se familiarizaran con la herramienta del campus. Posteriormente a la capacitación, algunos de los referentes se constituyeron como tutores docentes en el curso que se ofrece a instructores de Residencias, lo cual reforzó y potenció la pertenencia y los conformó también en pilares de la Red.

Otra estrategia para profundizar en el conocimiento y apropiación conceptual del campo de recursos humanos fue invitar a las reuniones a actores clave relacionados con las diversas problemáticas de la agenda. Así, participaron autoridades nacionales de los Ministerios de Educación y Trabajo, de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, expertos de la Organización Panamericana de la Salud.

En cooperación técnica con la OPS se realizó una medición de metas regio-

23. El Documento puede consultarse en el siguiente link: http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf

nales de RHUS a nivel nacional. Este ejercicio proveía información acerca de la situación de los RHUS de cada país con el objeto de construir los observatorios regionales y a la vez poder comparar la situación de la región. A esta reunión son convocados referentes de cada región y en los resultados de esta medición, estos gestores, no ven reflejadas sus particularidades locales. Una vez más, la organización federal de nuestro país ameritaba un tratamiento especial. Es a partir de esta identificación que se comienza a formular un proyecto para realizar este trabajo a nivel local.

En el año 2011, se aprueba un proyecto financiamiento internacional (FES-PII), para el fortalecimiento de la URHUS cuyos objetivos se orientaban a la consolidación de Observatorios Locales de RHUS con miras a conformar una red de observatorios enlazados con el Observatorio, ahora FEDERAL, de RHUS que funcionaría a modo de nodo integrador. Se realizan 12 mediciones provinciales y sus resultados se publican en el observatorio. Actualmente, varias provincias se encuentran abocadas a la Fase II del proyecto (actualización anual de los resultados).

La consolidación de la Red

Sobre la base de los acuerdos compartidos, las etapas de consolidación de la Red fueron varias. En todo momento, la continuidad de las reuniones periódicas fue la estrategia privilegiada para su constitución. Permitió la construcción de la agenda en forma compartida. A pesar de enfrentar el problema de la alta rotación de los referentes provinciales, fue posible una apropiación del espacio, lo que permitió que nuevas personas se fueran incorporando sin que ello implicara comenzar de cero. Se generó un espacio específico para la difusión de los encuentros en el Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud en donde los que se sumaban podían encontrar los antecedentes del trabajo realizado por la Red.

Desde 2009 y hasta la actualidad, la dinámica de reuniones periódicas consiste en dos encuentros anuales de alcance nacional, y un encuentro por región (NEA, NOA, Centro, Cuyo y Patagonia). Las reuniones nacionales permiten fijar los ejes de trabajo a nivel nacional, mientras que las regionales permiten abordar problemáticas específicas y facilitan una mayor profundidad en las discusiones propias de los territorios y las relaciones entre provincias con problemáticas similares. Al mismo tiempo, la posibilidad de alternar las provincias que son sede de los encuentros le otorga visibilidad

a los temas a nivel provincial y permiten que una mayor cantidad de participantes locales se enriquezcan con las discusiones. Para el responsable provincial, constituye un fuerte apoyo a la tarea cotidiana, ya que refuerza su discurso y acciones a nivel local ante sus co-provincianos. Las reuniones regionales, además, sirvieron para que las provincias potenciaran acuerdos regionales. Para encontrar modos de cooperar y no competir, para construir procesos solidarios.

La posibilidad de incluir a los referentes provinciales en espacios de discusión fue también una estrategia de cohesión y un aporte a la construcción de la discusión conceptual de RHUS. Desde el Ministerio se gestionó la participación de los equipos provinciales en eventos académicos, como por ejemplo, los Congresos del Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina, o a discusiones regionales, como fueron las convocatorias a participar en el Foro Global de RHUS²⁴ realizado en la ciudad de Recife, Brasil, o la Reunión Regional de Recursos Humanos para la Salud: “Los equipos de salud frente a nuevos y renovados desafíos”, evento organizado por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) realizada en 2015 en Buenos Aires. Estos espacios ampliaron la mirada y permitieron participar de las discusiones, en un movimiento que partió desde el trabajo local a la comprensión de la problemática global.

En otra línea, la adopción del campus virtual como espacio privilegiado para las discusiones de la Red en los períodos entre reuniones, fue un salto cualitativo en las posibilidades de trabajo conjunto. Entre 2012 y 2014 se instala el campus como espacio de comunicación, trabajo e intercambio. Permite compartir los documentos a ser trabajados, y que las discusiones en torno a ellos se realicen de manera democrática y horizontal. Todos pueden opinar en una misma plataforma, y todos pueden enterarse al mismo tiempo de las opiniones de los restantes miembros del grupo. Para aquellos que no pueden participar de las discusiones en el momento que se producen, permite tener una memoria escrita de las interacciones entre las personas. Más allá de la periodicidad de las reuniones, el campus permite achicar las distancias geográficas en el quehacer cotidiano.

Sin embargo, para alcanzar esta dinámica, hizo falta un trabajo sostenido de orientar y acompañar a todos los integrantes de la red en el uso de la

24. “Third Global Forum on Human Resources for Health”. “Rising to the grand challenge of human resources for health”. 10 al 13 de Noviembre 2013. Recife. Brasil.

herramienta virtual. Desde la DNCHySO se asignó en principio a una integrante del equipo pedagógico para la animación de las discusiones, con la tarea de incentivar el ingreso a los rezagados y las discusiones en los foros. Luego se tomó la decisión de no remitir más documentos por otras vías para obligar a la consulta rutinaria. Finalmente, luego de dos años de insistencia, comenzó a ser utilizado en forma generalizada. No se requiriere ya de un animador sino que los debates los inicia el responsable de cada tema, por lo cual también todo el equipo de la DNCHySO está familiarizado con su utilización. Ahora, cada responsable que se suma a la Red, junto con la bienvenida, recibe su clave de acceso a la plataforma.

¿Cuáles fueron los temas alrededor de los cuales ha girado el trabajo de esta comunidad de práctica en estos años?

Un primer imperativo fue el de compartir información para la gestión de las Residencias y para poder construir un mapa de su distribución. De esta manera se consolidaron cuadros de oferta de especialidades y remuneraciones.

Como ya ha sido mencionado, el SNARES constituyó una oportunidad para promover la participación federal. La DNCHySO elaboraba los proyectos de documentos con los estándares, instrumentos de evaluación, matriz de valoración, etc., y luego, las herramientas del sistema eran presentadas en las distintas reuniones para su discusión por los referentes provinciales, en su rol de Comité Técnico.

Por otra parte, la creación del Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU) constituyó otro hito en el inicio de la colaboración entre provincias y la coordinación federal²⁵. El EU nace como iniciativa de las seis provincias patagónicas (Neuquén, La Pampa, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego) en 2011. Es importante destacar que los responsables de estas provincias venían construyendo un vínculo de cooperación sólido a partir de las reuniones regionales y habían logrado establecer una relación de confianza entre ellos y con los representantes de la cartera nacional. Ello fue lo que les permitió sortear las resistencias al interior de sus provincias y depositar la responsabilidad de la coordinación del dispositivo y elaboración del instrumento de examen en la DNCHySO. Posteriormente, el EU se amplía a otras jurisdicciones, logrando en 2014 un alcance de 19 provincias y la integración de las instituciones nacionales que contaban

25. Para ampliar el tema del EU, ver el Capítulo 5 en este volumen.

con Residencias médicas.

El desarrollo del EU moviliza la discusión sobre los reglamentos del concurso, la organización del dispositivo para garantizar la transparencia del examen, de la adjudicación de cargos y la igualdad entre las diversas jurisdicciones. Al mismo tiempo, permite una discusión profunda acerca de las distintas realidades que enfrentan las administraciones provinciales para la formación de especialistas y la retención de los recursos humanos de salud en los territorios, y, sobre todo, permite posicionarse frente al desafío de lograr una mejor cobertura de las Residencias de acuerdo a las necesidades sanitarias que se plantean. Otra de las fortalezas del EU fue que permitió ampliar la Red a otras instituciones que estaban ajenas: las instituciones nacionales, los colegios y universidades de Santa Fe, el Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas.

En esta misma línea, las políticas intersectoriales llevadas adelante por el ministerio favorecieron la incorporación de otros actores del campo de la educación que se sumaron en forma permanente a las reuniones. En la actualidad, la participación de los actores de la educación varía de acuerdo a la temática que se trata en cada encuentro. En un principio se convocó a los actores de la formación técnica en las provincias, movilizados por las discusiones de los estándares de formación para las tecnicaturas en salud.

Luego, comienzan a sumarse las facultades locales a las reuniones regionales. Regionalmente se trabajó la promoción del armado de mesas de salud-educación locales y la mediación de los vínculos con las universidades.

Otros de los temas importantes de trabajo de estos años fueron:

- el Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería, que fue presentado como proyecto de Ley ante el Congreso pero finalmente no prosperó,
- la elaboración de indicadores comunes de recursos humanos,
- la discusión de los documentos marcos por especialidad,
- la discusión de la pertinencia de las Carreras Sanitarias.
- el perfil del médico que el país necesita,

- el perfil del agente sanitario /promotor de salud comunitaria,
- la formación de acompañantes terapéuticos
- la definición de contenidos del curso de instructores de residencia,
- el nuevo reglamento de Residencias.

La Fortaleza del Trabajo Colaborativo

Numerosos fueron los obstáculos que debieron sortearse para que la Red Federal de Recursos Humanos en Salud se constituyera como una comunidad de práctica. Uno de los que hemos mencionado fue la alta rotación de los referentes provinciales, que pudo superarse a partir de constituir una conceptualización común de aquello que los convocaba. Una vez que el colectivo se fortalece como tal, los lineamientos de trabajo son promovidos por el conjunto, las dinámicas y modos de abordaje están consensuados y aceptados de antemano, y es menos problemática la entrada y salida de los individuos. La Red finalmente se institucionaliza cuando se establece un espacio participativo respetuoso de las institucionalidades y las personas, y vínculos de cooperación más allá de los liderazgos.

Del mismo modo, se supera la visión inicial de las provincias como autonomías excluyentes. Se comprende que es indispensable pensar las soluciones a los problemas locales desde la globalidad de un país federal. Llevó un proceso de discusión y reflexión comprender que no es posible formar recursos humanos propios para cubrir todas las necesidades que se presentan. En este movimiento, las regiones con mayores carencias pudieron desarrollar vínculos más rápidamente frente a la gravedad de sus urgencias, y se fortalecieron al poder empezar a pensar regionalmente. Desde un primer momento, la Red fue un espacio de contención frente a la soledad en la provincia.

Asimismo, también fueron muchos los hechos que permitieron fortalecer la Red. En primera instancia, contar con recursos financieros fue fundamental para desplegar la logística que suponía movilizar una gran cantidad de personas a lo largo y ancho del país varias veces al año. A partir del año

2011, como hemos mencionado, la DNCHySO recibe una línea de financiamiento del proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP) para este fin. Ello tenía por detrás una decisión política de asignar recursos, como parte del fortalecimiento de las capacidades institucionales de las provincias. Fue importante tomar conciencia de que si bien el federalismo es políticamente significativo, no es posible alcanzar una autonomía verdadera sin el desarrollo de las capacidades institucionales para gestionarla cotidianamente.

Sostener esta comunidad requirió lograr un equilibrio entre el respeto por las autonomías provinciales y la responsabilidad de la DNCHySO de gestionar las políticas orientadas a garantizar una equidad global del sistema, reflejada en propuestas permanentes de trabajo conjunto y una línea de planificación siempre sometida a la discusión por parte del colectivo. Ello permitió que se genere la confianza indispensable para el trabajo colaborativo, que se consolide y que crezca en el tiempo.

Por otra parte, la introducción de la comunicación a través de entornos virtuales provee una alternativa de encuentro y diálogo permanente, aun cuando este dispositivo no reemplaza a las reuniones presenciales.

El nuevo reglamento de Residencias configura un ejemplo del cambio en la manera de gestionar de la comunidad. El ciclo de construcción de la Red comienza con la presentación y análisis de un reglamento elaborado en el despacho de un funcionario, en abril del 2008. En el año 2012 se comienza a discutir la necesidad de un nuevo reglamento, con base en los problemas que la Red había detectado a partir de su aplicación. Durante el 2013 se trabaja en los encuentros regionales una propuesta preliminar. Finalmente, la DNCHySO elabora una versión de reglamento que se pone a consideración de la Red en junio de 2015. La discusión fue intensa, las observaciones y el debate continuaron por el campus. La propuesta definitiva no sólo recoge los consensos sino que el reglamento que se aprueba es el producto de una reflexión profunda sobre los problemas de la formación a nivel nacional.

Fue así que a lo largo de los últimos años, la concepción de las redes y comunidades de prácticas se instaló como un modo de gestión, los acuerdos se transformaron en consensos y los resultados tienen la fortaleza del trabajo colaborativo, donde todos se reconocen como autores de los cambios y propietarios de los logros.

Referencias Bibliográficas

Astarita, Martín; Bonifacio, Santiago; Del Cogliano, Natalia. (2012) *“Relaciones intergubernamentales (RIG’s) en la administración pública argentina”*, en Abal Medina, Juan Manuel; Cao, Horacio (comps.). Manual de la nueva Administración Pública argentina. Editorial Ariel: Buenos Aires.

Cao, Horacio. (2012) *“Las provincias y el Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires”*, en Abal Medina, Juan Manuel; Cao, Horacio (comps.). Manual de la nueva Administración Pública argentina. Editorial Ariel: Buenos Aires.

Cao, Horacio; Vaca, Josefina (2006a). *Desarrollo regional en la Argentina: la centenaria vigencia de un patrón de asimetría territorial*. Revista Eure (Vol. XXXII, N°95), pp. 95-111. Santiago de Chile, mayo de 2006.

Cao, Horacio; Vaca, Josefina (2006b). *El fracaso del proceso descentralizador argentino. Una aproximación desde la crítica a sus supuestos conceptuales*. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. 14. 2006. 2

Letona M., Fernández J., Ciarán i., Enríquez P, Sánchez P, Santamarina J, Errasti J. y Triguero S. (2012)

Manual para crear y gestionar Comunidades de Práctica. Comunidad de práctica de marketing educativo. La experiencia de los centros de formación profesional. Tknika. http://www.marketingunea.com/wp-content/uploads/Manual_Coop_ME.pdf

Martínez Marín, Jesús (2012). Trabaja diferente. Redes corporativas y Comunidades Profesionales. Capítulo 1 Programa Compartim: comunidades de práctica en una Administración pública. Generalitat de Catalunya Departament de Justícia.. http://www.dreig.eu/trabaja_diferente.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2008). Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe, pág 30 a 38, OPS WDC.

Rovere, Mario; Tamargo, Ma del Carmen. (2005) *Redes y Coaliciones o cómo ampliar el espacio de lo posible*. Gestión Social. Universidad de San Andrés.

3

REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN SALUD EN ARGENTINA

GUILLERMO WILLAMS
JUAN LUCAS PEREYRA

Introducción

En el presente capítulo se intentará mostrar la manera en que en base a la construcción federal e interinstitucional y el desarrollo de herramientas apoyadas en sistemas de información se ha logrado avanzar no solo en el proceso de fiscalización y habilitación de las matriculaciones de los profesionales de la salud en nuestro país sino, a su vez, en la determinación de la fuerza laboral existente y su evolución en el tiempo.

En primera instancia exploraremos el estado de la cuestión en torno al control del ejercicio profesional para luego relatar la forma en que los consensos intersectoriales han permitido la conformación de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) y una serie de resultados que derivan, al día de hoy, en un conocimiento más extenso de la realidad de los recursos humanos en salud dentro de la Argentina.

El control del ejercicio profesional en el ámbito de la salud ²⁶

En la Argentina la responsabilidad del registro y la habilitación para el ejercicio de las profesiones de la salud es practicada federalmente por los ministerios de salud provinciales o por los llamados Colegios de Ley, en uso de una potestad delegada a los pares por parte del Poder Legislativo de cada provincia.

La denominada “colegiación de las profesiones” no es uniforme en el país: no todas las provincias han delegado en Colegios el gobierno de la matrícula y no todas las profesiones están colegiadas. Esta situación configura un mosaico muy variado a nivel nacional de organismos que regulan la profesión. En la Tabla 1, puede observarse el modo en que está regulado el ejercicio profesional de las principales profesiones de grado universitario en cada una de las 24 jurisdicciones del país.

Cuadro 1: Profesiones por jurisdicción y entidad fiscalizadora

JURISDICCIÓN	ABOGADO	ENFERMERA	ODONTÓLOGO	ODONTÓLOGO	ODONTÓLOGO	ODONTÓLOGO	ODONTÓLOGO
Buenos Aires	Colegio de Ley	Ministerio de Salud	Colegio de Ley				
Catamarca	Consejo de Médicos	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Consejo de Biocímicos	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos
Ciudad de Buenos Aires	Ministerio de Salud						
Córdoba	Colegio de Ley	Ministerio de Salud	Colegio de Ley				
Corrientes	Ministerio de Salud						
Chaco	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Colegio de Odontólogos	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos
Chubut	Secretaría de Salud						
Entre Ríos	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Biocímicos	Secretaría de Salud	Colegio de Psicólogos
Formosa	Ministerio de Desarrollo Humano						
Jujuy	Consejo de Médicos	Ministerio de Bienestar Social	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Consejo de Biocímicos	Colegio de Nutricionistas	Colegio de Psicólogos
La Pampa	Colegio Médico	Ministerio de Bienestar Social	Colegio	Colegio de Psicólogos			
La Rioja	Colegio de Médicos	Ministerio de Salud	Colegio	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Mendoza	Ministerio de Salud						
Misiones	Colegio Médico	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Biocímicos	Colegio de Nutricionistas	Colegio de Psicólogos
Neuquén	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos					
Río Negro	Ministerio de Salud						

26. Elaborado en base a Cadile, M. del Carmen (Comp.), Duré, M. Isabel y Williams, Guillermo (Coord.). Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. La Construcción de la Matriz Mínima de Datos de Profesionales de la Salud del MERCOSUR desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil y Uruguay. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2015.

Ciudad	Colegio de Médicos	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Colegio de Graduados en Nutrición	Colegio de Psicólogos
San Juan	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Colegio de Psicólogos
San Luis	Ministerio Provincial	Ministerio Provincial	Ministerio Provincial	Colegio de Farmacéuticos	Ministerio Provincial	Ministerio Provincial	Colegio de Psicólogos
Santa Cruz	Colegio de Médicos	Ministerio de Asuntos sociales	Colegio de Odontólogos	Ministerio de Asuntos sociales	Ministerio de Asuntos sociales	Ministerio de Asuntos sociales	Colegio de Psicólogos
Santa Fe	Colegio de Médicos	Colegio de Enfermería	Colegio de Odontólogos	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Colegio de Graduados en Nutrición	Colegio de Psicólogos
Santiago del Estero	Colegio	Ministerio de Salud y Desarrollo Social					
Tierra del Fuego	Ministerio de Salud	Colegio de Enfermería	Ministerio de Salud	Colegio de Farmacéuticos	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Tucumán	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Colegio de Odontología	Colegio de Farmacéuticos	Colegio de Bioquímicos	Ministerio de Salud	Colegio de Psicólogos
MINISTERIO	11	11	12	11	15	17	9
COLEGIO	11	5	12	11	9	7	15

Algunas de las consecuencias de este mosaico de instancias de control son:

- 1 - Habilitación para el ejercicio profesional no uniforme en el país. Existen profesiones que son reconocidas en una jurisdicción y no en otras.
- 2- Matriculaciones diversas para el ejercicio de una misma profesión vinculada al título emitido por la institución formadora. Un ejemplo de esta situación se puede observar entre los profesionales de Enfermería: en algunas jurisdicciones se otorgan matrículas de enfermero universitario, enfermero profesional y/o enfermero, siendo la profesión en todos los casos enfermero/a.
- 3- Matices y/o modalidades de matriculación no necesariamente homogéneas en el país, si bien, tanto los Ministerios de Salud como los Colegios de Ley, se rigen por los mismos principios.

Algunas de las consecuencias de este disímil mosaico de instancias de control que pueden nombrarse son:

- 1- La habilitación para el ejercicio profesional no uniforme en el país. Existen profesiones que son reconocidas en determinadas jurisdicciones y no en otras.
- 2- La existencia de matriculaciones diversas para el ejercicio de una misma profesión, vinculada al título emitido por la institución formadora.²⁷

27. Un ejemplo de esta situación se puede observar entre los profesionales de Enfermería: en algunas jurisdicciones se otorgan matrículas de enfermero universitario, enfermero profesional y/o enfermero, siendo la profesión en todos los casos enfermero/a.

3- Los matices y/o modalidades de matriculación no son necesariamente homogéneas en el país (si bien tanto los Ministerios de Salud como los Colegios de Ley se rigen por los mismos principios).

Formaciones de grado

De la misma forma, existe una **relación entre la habilitación y regulación de las profesiones y el nivel de formación alcanzado**, es decir, de si se trata de una formación universitaria, una tecnicatura o un auxiliario.

1- En las profesiones de **grado universitario** la validez de los títulos es siempre nacional por ser las universidades nacionales en prácticamente todos los casos. Asimismo, en el caso de títulos de universidades extranjeras se aplica el mecanismo de convalidación de títulos en aquellos países con los que existen convenios específicos como por ejemplo Bolivia, Ecuador o Colombia, entre otros. En los países sin convenios de convalidación se emplea el mecanismo de revalidación de títulos que no tiene la automaticidad de las convalidaciones. Esto repercute en la cantidad de profesionales extranjeros que se matriculan en el país, como veremos más adelante en el caso de los médicos.

2- En el caso de los **técnicos** de salud, la regulación está en poder de la autoridad sanitaria provincial y el reconocimiento de los títulos puede contar con validez nacional o solamente provincial.

3- Por último, los **auxiliarios** son formaciones generalmente locales y cuya validez nacional está desapareciendo. Del mismo modo, ya en algunas provincias no se están reconociendo y habilitando los mismos para el ejercicio profesional (por ejemplo, los auxiliares de enfermería) aunque en otras sigue prevaleciendo este tipo de formación como analizaremos en este apartado.

Especialidades

Deben mencionarse aparte las formaciones de posgrado, particularmente en relación al tema de las **especialidades** de las profesiones de la salud. Si bien en los hechos el título es habilitante para efectuar cualquier práctica de la profesión sin ser especialista la certificación de una especialidad es el reconocimiento a una aptitud garantizada en las prácticas inherentes a esa especialidad. Así, para poder anunciarse como especialista en todas las jurisdicciones es necesario estar certificado y registrado como tal por la

autoridad competente (Ministerio o Colegio de Ley según la jurisdicción). El escenario inicial es que no se reconocían iguales especialidades para una misma profesión en las distintas jurisdicciones, así como tampoco en todas las profesiones se reconocen especialidades.

Las **modalidades de certificación** en el país son similares entre las jurisdicciones:

- a) Reconocimiento de la formación a través de una residencia acreditada por autoridad competente.
- b) Reconocimiento por carrera de especialista universitario.
- c) Reconocimiento al profesor titular o adjunto de una cátedra de la especialidad.
- d) Reconocimiento efectuado por sociedad científica de la especialidad, siendo dicha sociedad debidamente acreditada por autoridad competente.
- e) Reconocimiento por evaluación de antecedentes y examen de autoridad jurisdiccional.

Con pocas variaciones, estas son las modalidades adoptadas en las distintas jurisdicciones por los ministerios de salud o los colegios de ley para la certificación de los profesionales.

Estrategias para la cohesión e integración del Control del Ejercicio Profesional

Partiendo de este escenario sin lugar a dudas heterogéneo respecto la formación, registro y control del ejercicio profesional se hizo necesaria la formulación de una serie de lineamientos generales y puntos de apoyo en común con el objetivo de establecer una plataforma integrada, dinámico y relacional que permitiera el diálogo entre los distintos sectores que participan del sistema sanitario. Esto sólo fue posible mediante la construcción de consensos a nivel federal e interinstitucional, lo que requirió a su vez de intervenciones en distintos espacios, como se ilustra y detalla a continuación.

Figura n° 1 – Estrategias de cohesión para la regulación del ejercicio profesional



- En primer lugar, debe mencionarse la aprobación de la **Matriz Mínima de Datos del Mercosur** (internalizada en nuestro país por la Resolución Ministerial 604/05) la cual permitió poseer un instrumento único para registrar la información de los profesionales de la salud, y de ese modo poder sistematizar la misma.

- La **Integración a nivel nacional**: al interior del Ministerio de Salud, cohesionando las políticas de formación y de regulación del ejercicio de los equipos de salud así como junto al Ministerio de Educación para el reconocimiento de nuevas carreras y para la regulación de los perfiles formativos de los profesionales de salud.

- La **articulación Nación – Provincias** para la elaboración de lineamientos de consenso federal, que involucró al Consejo Federal de Salud y a las áreas técnicas de Recursos Humanos y Regulación del Ministerio de Salud de la Nación y las de los Ministerios de Salud de las provincias, con miras a unificar las distintas profesiones matriculadas provincialmente bajo profesiones de referencia.

- El trabajo conjunto y la **articulación a nivel local entre los Colegios de Ley y los Ministerios de Salud provinciales**, para el control del ejercicio profesional.

- La consulta permanente y la **construcción de consenso con los diferentes actores de la sociedad civil** (asociaciones de formadores, sociedades científicas, gremios) para la elaboración de marcos de referencia para la formación técnica y de residencias, la incorporación de nuevas especialidades y la regulación del Sistema Nacional de Residencias.

Fue en función de este proceso de articulación que se avanzó en el desarrollo de un conjunto de herramientas técnicas capaces de viabilizar el registro y control del ejercicio profesional. La integración de la información, respetando una visión federal e intersectorial de nuestro sistema sanitario, ha servido para que en la actualidad pueda contarse con datos actualizados, certeros, plausibles de ser utilizados tanto para la consulta como para la planificación local, provincial o nacional en materia de salud.

Entre estas herramientas técnicas cabe destacar el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA), la creación de la Red Federal de Profesionales de la Salud (REFEPS) y el desarrollo de la ficha única del profesional.

El Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA)

La fragmentación de los registros dentro del propio Ministerio de Salud dio lugar en su momento a la creación del “Sistema Nacional Único de Información Sanitaria” (S.U.I.S.), en el ámbito de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias a través del Resolución Ministerial 883/07, con el objeto de fortalecer y hacer disponible la información sanitaria de los diferentes sistemas existentes en el sector salud, mediante el desarrollo de un proyecto de tecnología de la información. De este proyecto inicial surgió el **Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina** (SIISA): una plataforma web que alberga en su interior la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud (REFEPS) y el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), complementario del REFEPS para el control del ejercicio profesional. Debe mencionarse, a su vez la Ficha Única del Profesional como eje central del REFEPS para la conformación de un registro capaz de brindar información no sólo numérica sino a su vez nombrada y cualitativa de los profesionales sanitarios.

Los principios que orientaron su creación fueron:

- La necesidad de crear un sistema de alcance federal.
- La condición de no reemplazar bajo ningún concepto a los sistemas pre-existentes
- La voluntad de incorporar a todos los actores en las decisiones para su construcción y desarrollo
- La información contenida con carácter bidireccional
- La priorización de la seguridad, calidad y disponibilidad de la información.

De esta forma, el propósito esencial fue contribuir al fortalecimiento del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud provinciales en su función de rectores del sistema de salud, así como la mejora en la toma de decisiones de los actores implicados a través de la optimización de la gestión en las organizaciones de los diversos subsectores y niveles mediante la integración y conformación de un Sistema Federal de Información Sanitaria. Gracias a esto se ha logrado sortear la fragmentación preexistente y poder disponer de la información en tiempo y forma para quienes la necesiten, con etapas de implementación gradual de largo plazo.

La Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS)

Creación del REFEPS

El REFEPS, hoy existente como módulo dentro de la plataforma web SIISA, se comenzó a desarrollar a partir de la firma de diversos convenios con las provincias en el año 2008 y es finalmente aprobado por RM 2081/15 con acuerdo COFESA. A partir de esto se acuerda la incorporación de los datos de la Matriz Mínima en los registros provinciales y su carga en la Red con una ficha única por profesional, lo que ha permitido la identificación de las distintas matrículas y profesiones con las que cada persona cuenta a nivel federal.

La construcción del REFEPS consistió en la articulación de los múltiples registros existentes en las provincias, responsables principales de pro-

ducir la información y de su carga en Red. Es a su vez decisión de cada jurisdicción donde haya Colegios de Ley hacerlos partícipes directos en la Red o hacerlo a través del respectivo ministerio provincial. Del mismo modo se determinó el rol de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación como coordinador de la Red y en la fijación de metas de trabajo, el control y la facilitación de la calidad de la información (tal cual quedó establecido en la Resolución 2081/15).

La gestión de la REFEPS configuró un desafío mayúsculo por la cantidad y complejidad de actores intervinientes en la formación, matriculación y empleo de los equipos de salud. Su conformación supuso:

- 1- La implementación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales del MERCOSUR como ficha básica de registro de los profesionales de la salud.
- 2- La identificación y participación de los Ministerios provinciales y Colegios de Ley responsables de la matriculación de profesionales de la salud.
- 3- La articulación con las autoridades educativas para identificar las instituciones formadoras de profesionales y técnicos en salud.
- 4- La asociación con el proceso de formación de las residencias del equipo de salud.
- 5- Otro de los desafíos de la Red fue la identificación de las profesiones reconocidas en cada jurisdicción provincial y su registro habilitante para el ejercicio, ya que no existe una decisión de tipo federal respecto de cuáles son las profesiones que integran el equipo de salud. Ello llevó a la discusión respecto de cuáles son las profesiones deben estar matriculadas en el sector.²⁸

Profesiones de referencia

Aun teniendo en cuenta lo explicitado en el punto anterior, cada jurisdicción tiene autonomía para matricular las profesiones que considere. De allí que en el país existen **69** matrículas de profesiones de grado universitario, **115** de tecnicaturas y **33** de auxiliaratos, es decir, un total de **217** matrículas.

28. Por ejemplo, si un contador o un abogado que trabajan en el sector requieren o no una matrícula de salud para ejercer su actividad, cuando cuentan con un sistema propio de regulación y su ámbito de incumbencia excede el del sector salud.

las de profesionales de la salud. La sobreabundancia de matrículas parte de no identificar con precisión la diferencia entre tres términos que a veces son usados como si fueran sinónimos y no lo son. Ellos son: carrera, título y profesión. En el caso de los médicos: la carrera es medicina, el título puede ser médico, médico cirujano o licenciado en medicina y la profesión es médico.

Esta problemática ha sido resuelta en el marco del REFEPS mediante la agrupación bajo la “profesión de referencia”, sin perjuicio de la matrícula emitida en cada jurisdicción, y siendo la misma la base de la información en Red. Se estima que si se agrupan por “profesiones de referencia” se pueden encontrar que son sólo 32 en el grado universitario, 33 entre las profesiones técnicas y 23 en el nivel de auxiliar, lo que da un total de 88 profesiones reales o de referencia matriculadas en todo el país*.

Del mismo modo, esto permitirá en el mediano plazo poder homogeneizar el proceso de registro de profesiones en Argentina, a partir de la utilización de estas profesiones de referencia y de la identificación y limitación de aquellas profesiones que no existen más o que su registro fue inadecuado oportunamente.

Instituciones formadoras

Otro de los contenidos del REFEPS es el registro de todas las **instituciones que forman profesionales de la salud** en nuestro país y también de aquellas extranjeras que cuyos títulos han sido revalidados o convalidados en Argentina.

Este registro de instituciones también registra las carreras que se dictan o han dictado, con la normativa correspondiente que identifica la validez nacional de los títulos que emiten para los trabajadores de la salud.

Con la misma modalidad, se están registrando las instituciones hospitalarias que se encuentran formando profesionales de posgrado a través de residencias y registrando la evaluación de calidad de dichos procesos a través del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias de profesionales de la Salud.

A la fecha se encuentran registradas 1.432 instituciones formadoras de grado universitario, técnico, auxiliar y de residentes

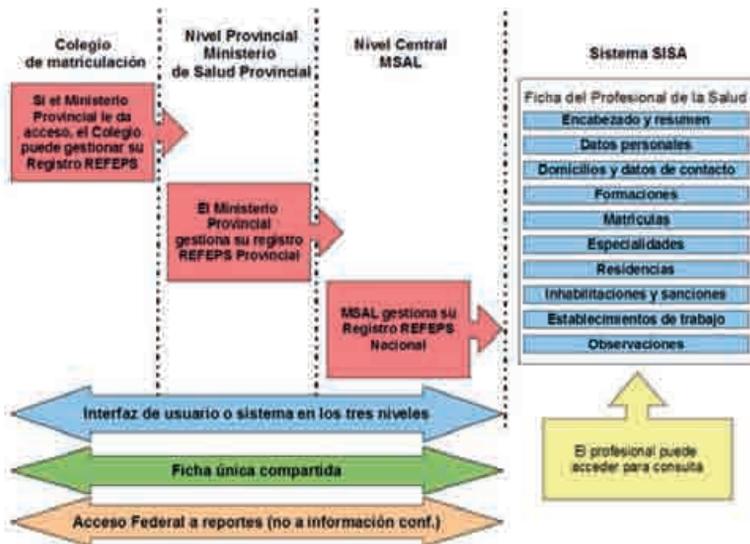
*Número de profesiones de referencia actualizado a 2015

Disponibilidad y acceso a la Red

Los actores identificados para participar en la gestión del Registro REFEPS y la Ficha Única del Profesional de la Salud son autoridades nacionales y provinciales e integrantes del equipo de diseño y gestión SIISA. El REFEPS está estructurado para que, funcionando a pleno, existan varios tipos de acceso a la información. Cada uno de ellos tiene permisos de acuerdo con su perfil y nivel de gestión

- 1- Un **acceso público** a la información, vinculado a la consulta individual de cualquier ciudadano para verificar la profesión del profesional que lo atiende y su especialidad. El mismo ya está funcionando para la profesión médica
- 2- Un acceso a las **autoridades** competentes en el **control y ejercicio profesional** a los fines que les corresponde.
- 3- Un acceso a las **autoridades a los fines de la planificación** y gestión del Recurso Humano en Salud.
- 4- Un **acceso de cada profesional a su ficha individual** en forma completa (en implementación)

Ilustración 2 - Actores involucrados en el REFEPS



La difusión del sistema se realiza a través de la página Web del Ministerio de Salud (www.msal.gov.ar), donde ocupa un lugar destacado y puede ser consultada en sus aspectos generales por cualquier ciudadano.

Supervisión y actualización del REFEPS

Para una adecuada actualización del REFEPS se requieren condiciones de articulación con otros registros y sostenimiento de las siguientes actividades:

- 1- Mantenimiento de altas y bajas permanente de los registros provinciales a través de los Ministerios de Salud provinciales y/o Colegios de Ley cuando así corresponda, con auditoría permanente del nivel central nacional.
- 2- Cruce periódico de información con las bases de datos de fallecimientos para dar de baja a los profesionales fallecidos.
- 3- Cruce periódico con los datos previsionales para determinar los profesionales que han dejado de trabajar por jubilación ordinaria y/o extraordinaria (discapacidad).

El registro REFEPS incluye auditoría de todas las operaciones realizadas por los usuarios para seguimiento y control de los cambios realizados.

Al 20 de Noviembre de 2015 se encuentran registrados en el REFEPS profesionales de todas las jurisdicciones y de todas las profesiones, según el siguiente detalle²⁹:

- 763.623 profesionales de la salud con matrículas activas
- 993.887 matrículas de profesionales activas.
- 40.863 profesionales pasivos (fallecidos o retirados)
- 61.465 matrículas pasivas.
- 117.928 certificaciones de especialidades médicas registradas

29. Es necesario realizar algunas aclaraciones:

- La diferencia existente entre profesionales activos y matrículas activas se debe a la matriculación en más de una jurisdicción por parte de algunos profesionales de la misma profesión y en otros casos por poseer más de una profesión dicho profesional.
- En el caso de los registros pasivos se repite lo descripto en el párrafo anterior y se le agregan las solicitudes de baja de matrículas en determinadas jurisdicciones para que puedan persistir activos en otra jurisdicción.
- Las certificaciones de especialidades médicas no son necesariamente equivalentes a número de especialistas ya que algunos profesionales médicos tienen más de una especialidad certificada.

Ficha única del profesional en REFEPS

Como se dijo anteriormente el diseño, funcionamiento y la estructura de datos de la Ficha Única del Profesional de la Salud es el componente central y constitutivo del registro REFEPS. Esta Ficha recoge toda la información de cada profesional de la salud del país en relación con sus datos personales, formación y sus registros de matriculaciones, especializaciones y residencias. El profesional en cumplimiento y adhesión a la ley de protección de datos personales (Habeas Data, Ley Nacional 25.326) tiene derecho al acceso de su información personal y de sus registros asociados y puede solicitar la modificación de aquellos datos que pudieran ser incorrectos. A su vez, existe un código único para cada Profesional, constituido por 12 dígitos enteros compuestos por el código de país, el tipo y el número de documento (resolución MSAL 604/2005); dadas estas características la ficha no es duplicable.

Este complemento fue desarrollado por el equipo de proyecto SIISA y aprobado por las autoridades correspondientes. Entre los actores involucrados en este proceso vale mencionar: la Dirección de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud (MSN), la Dirección de Capital Humano (MSN), Dirección de Fiscalización (MSN) y la red de referentes de regulación sanitaria y tecnología del proyecto SIISA (Autoridades de regulación y equipos provinciales).

Composición de la Ficha del Profesional

La Ficha del Profesional se compone de distintas secciones, las cuales se gestionan de forma independiente pero manteniendo integridad, coherencia y consistencia en su conjunto.

1. Encabezado y resumen: Incluye el título de la ficha, un espacio para la foto del profesional, el código único de profesional, información de los estados de la ficha, acceso al a ayuda en línea, un bloque de información resumen de la ficha y un espacio para botones de acción sobre la ficha (como por ejemplo crear la cuenta de usuario del profesional). El diseño y contenido del encabezado podrá cambiar con las nuevas versiones del SISA con el objetivo de mejorarla.

2. Datos personales: Incluye los datos personales del profesional.

3. Domicilio e información de contacto (sección con lista de registros): Incluye un registro histórico de domicilios e información de contacto (teléfonos y mails), lo que permitirá el registro del domicilio vigente sin perder el acceso y visualización a los domicilios anteriores.

4. Formación (sección con lista de registros): Incluye un registro de todas las posibles formaciones del profesional (sus profesiones).

5. Matrículas (sección con lista de registros): Incluye un registro de todas las matriculaciones del profesional (de todas las profesiones y todas las provincias disponibles).

6. Especialidad (sección con lista de registros): Incluye un registro de todas las especializaciones del profesional (de todas las matriculaciones y todas las provincias disponibles).

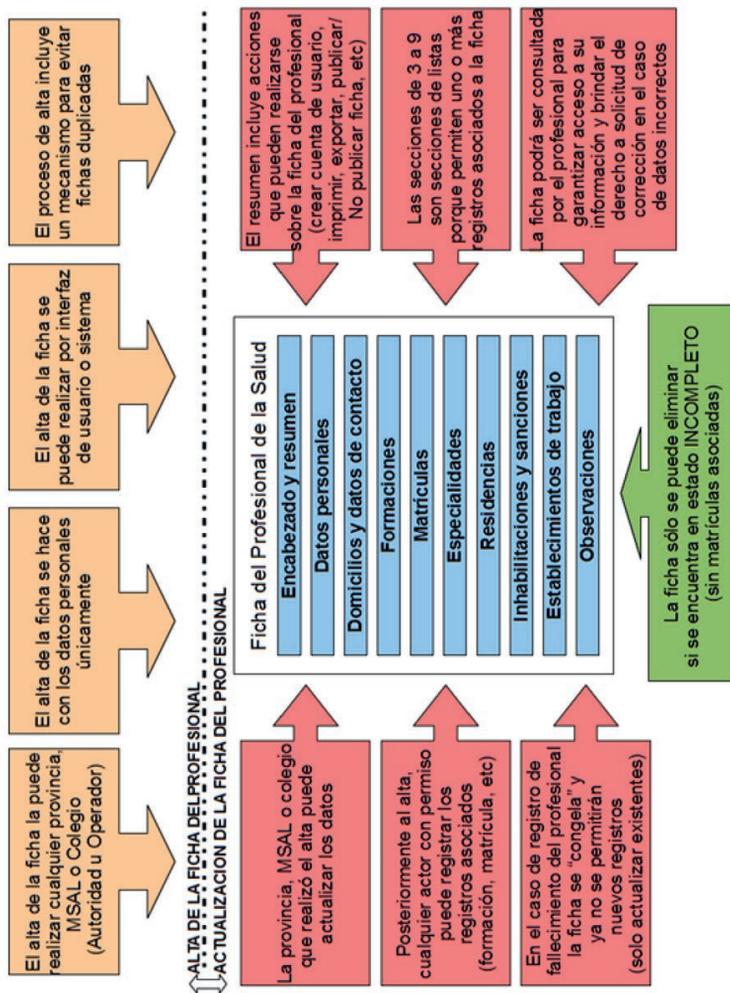
7. Residencia (sección con lista de registros): Incluye un registro de todas las residencias del profesional (de todas las matriculaciones y todas las provincias disponibles).

8. Bajas y sanciones (sección con lista de registros): Incluye un registro de todas las bajas y sanciones inhabilitantes y no inhabilitantes del profesional (de todas las matriculaciones y todas las provincias disponibles).

9. Establecimientos de trabajo (sección con lista de registros): Incluye un registro de los establecimientos de salud en donde el profesional está registrado en el plantel de RRHH. Cada registro de esta lista permite el acceso al formulario del establecimiento en el registro REFES.

10. Observaciones (sección con lista de registros): Incluye un registro de todas las observaciones realizadas a los registros del profesional (de todas las matriculaciones y todas las provincias disponibles).

Figura n° 3 – Ciclo de vida de la Ficha del Profesional



Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES)

Es necesario mencionar el Registro de Establecimientos de Salud como otro de los desarrollos centrales, junto con el REFEPS, en el control del ejercicio profesional. El mismo, creado por la Resolución Ministerial 1070/09 previo acuerdo de las distintas jurisdicciones, brinda información consistente sobre todos los establecimientos públicos y privados existentes en el país.

Este permite, al mismo tiempo, contar con datos precisos y nominalizados de los planteles en los diferentes establecimientos existentes en el país. En el REFES se registran y se tipifican los RRHH cuantitativamente y se vinculan a su vez a la ficha del Profesional del registro REFEPS lo que permite así verificar identidad, profesión y registro de dicho RRHH.

De la misma manera que la Red de Profesionales, en tanto registro federal la responsabilidad por la calidad de los datos es de las autoridades provinciales donde se ubican los establecimientos. Cada jurisdicción realiza la carga de datos y es responsable de la habilitación y fiscalización de dichos establecimientos. Este registro se realiza con una modalidad estandarizada y acordada entre el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales.

Disponibilidad y acceso al Registro

Existen dos tipos de acceso a la información: una de **acceso público** y otro acceso completo para el **nivel de gestión**, a la que acceden las autoridades nacionales y provinciales.

Es de **acceso público** la siguiente información:

1. Datos generales del establecimiento
 - a. Nombre del establecimiento
 - b. Tipología y categorización del mismo
 - c. Responsable a cargo
 - d. Domicilio - Teléfono/s - e-mail
 - e. Otros datos
2. Georreferenciamiento del mismo.
3. Tipo de prestaciones que brinda.

4. En tanto, para el nivel de gestión puede accederse también a:

- El número de camas existentes clasificadas según el tipo de las mismas
- La evaluación de los servicios que existen en el establecimiento, incluido el recurso humano
- La habilitación y posteriores fiscalizaciones al establecimiento.

Al 10 de Noviembre de 2015 este registro posee 23.634 establecimientos según el siguiente detalle según provincia y tipología del Establecimiento según el siguiente detalle:

Tabla 1- Establecimientos agrupados por provincia y tipología³⁰

	ESCI	ESCIPE	ESCIEM	ESCIEM	ESCIEM	ESCIETE	ESSIDT	ESSID	ESSIT	ESCL	%	Total
Buenos Aires	588	13	24	215	274	957	2883	88	688	463	26.2%	6193
Córdoba	286	5	6	11	18	293	1164	39	75	194	8.8%	2091
Santa Fe	239	5	4	37	26	195	884	531	45	61	8.6%	2027
Mendoza	50	4	3	19	22	130	918	293	131	70	6.9%	1640
Tucumán	58	4	2	11	13	15	814	207	29	34	5.0%	1187
CABA	77	5	3	38	46	1	660	146	64	110	4.9%	1150
Santiago del Estero	75	2	2	3	12	-	605	65	18	17	3.4%	799
Misiones	97	1	1	4	3	34	419	138	24	74	3.4%	795
Chaco	93	1	-	5	4	9	556	33	50	35	3.3%	786
Entre Ríos	92	2	2	10	23	17	418	60	30	106	3.2%	760
Salta	84	-	1	7	2	2	463	14	57	87	3.0%	717
Corrientes	74	2	3	4	2	7	450	14	33	9	2.5%	598

30. ESCIG: Establecimiento de salud con internación general

ESCIPE: Establecimiento de salud con internación especializada en pediatría

ESCIEM: Establecimiento de salud con internación especializada en maternidad/m.infantil

ESCIEM: Establecimiento de salud con internación especializada en salud mental

ESCIETE: Establecimiento de salud con internación especializada en otras especialidades

ESSIDT: Establecimiento de salud con internación especializada en tercera edad

ESSIDT: Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento

ESSID: Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico

ESSIT: Establecimiento de salud sin internación de tratamiento

ESCL: Establecimiento de salud complementario

A su vez, se identificaron 212.105 camas hospitalarias, discriminadas por tipología de cama y por provincia y por establecimiento.

Comisión Nacional Asesora de Profesiones de Grado Universitario

Antes de abocarnos al análisis de la información construida a partir del desarrollo de estas herramientas, es importante referirse en al rol de la Comisión Nacional Asesora de Profesiones de Grado Universitario. Esta reúne a todos los actores de cada una de las profesiones creada por RM 1105/06, y sus objetivos definidos en la propia resolución son:

- a) Establecer en forma armónica para todas las jurisdicciones del país las profesiones de grado universitario y las especialidades de las mismas, que deben integrar el Equipo de Salud enmarcados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y el Plan Federal de Salud.
- b) Armonizar a nivel federal los criterios y las reglamentaciones para el reconocimiento de una profesión o de especialidades para el ejercicio profesional por la autoridad competente y según la reglamentación vigente en cada jurisdicción.
- c) Homogeneizar los mecanismos y modalidades de validación periódica de las especialidades reglamentadas por autoridad competente con el fin de eliminar asimetrías y establecer mecanismos de mutuo reconocimiento interjurisdiccionales.

El cumplimiento de esos objetivos ha dado lugar a los siguientes resultados.

En relación al primer objetivo vale destacar fundamentalmente el reconocimiento de especialidades por profesión a través de consenso sucesivos. Cada vez que hay un pedido de reconocimiento de una nueva especialidad de una profesión, se reúne una subcomisión que es específica de la disciplina que analiza el pedido de reconocimiento de la especialidad, los antecedentes nacionales e internacionales de la misma; emite un dictamen y se presenta con posterioridad ante la Comisión en pleno de todas las profesiones que analiza la pertinencia de la solicitud y su relación con otra profesiones de la salud.

El segundo objetivo se cumplimenta a través de la consulta para su análisis por parte de las áreas de control del ejercicio profesional de cada jurisdicción y, de no existir objeciones se lleva al Consejo Federal de Salud. Si el Consejo Federal de Salud acuerda, esta especialidad pasa a ser reconocida por todas las provincias y pasa a integrar los registros.

El resultado de este funcionamiento se expresa en las siguientes resoluciones que aprueban especialidades con consenso federal

- **Especialidades Médicas:**

RM N° 1814/15 actualmente vigente que contempla 70 especialidades médicos y que tiene como precedentes a la misma las RM 908/12 RM-2273/10 y RM-1923/06

- **Especialidades Odontológicas:**

RM N° 956/2010 contempla 10 especialidades

- **Especialidades para Lic. en Enfermería:**

RM N° 199/2011 contempla 6 especialidades

- **Especialidades Bioquímicas:**

RM N° 1341/2013 contempla 8 especialidades

- **Especialidades Farmacéuticas:**

RM N° 1186/2013 contempla 7 especialidades

- **Especialidades Multiprofesionales:**

RM N° 1337/11 contempla 4 especialidades

Resultados del análisis obtenidos a partir del REFEPS

Dentro de algunas de las utilidades más importantes en el proceso de integración de los registros de profesionales a través del REFEPS ha podido ser comenzar a determinar con mucha mayor precisión la fuerza laboral de los profesionales de la salud en la Argentina y su evolución en el tiempo. Como la integración de la información de los múltiples registros es un proceso progresivo se han priorizado en el análisis a los profesionales médicos y de enfermería por su importancia cuali y cuantitativa en el Sector Salud,

sin perjuicio de continuar el mismo esquema de análisis del resto de las profesiones de la salud paulatinamente.

Situación de profesionales médicos en Argentina

Los datos que aquí se presentan provienen de los registros de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS), que se configura a partir de la información provista por los responsables de las áreas de fiscalización y regulación de los ministerios de salud provinciales o los colegios de ley en el caso de que la habilitación del ejercicio profesional les haya sido delegado por la autoridad sanitaria provincial.

Tras el proceso de carga y consolidación de los datos correspondientes a los profesionales de la salud de nuestro país, de acuerdo a la información obtenida a partir de la REFEPS al 31 de diciembre del año 2012, los médicos que se encuentran en edad activa en el ámbito nacional alcanzan el número de 160.041.

Si tomamos la cantidad de médicos registrada en el año 2012 en relación con la población estimada para el mismo año de acuerdo al último censo poblacional (año 2010), la relación de los médicos cada mil habitantes es de 3,88. El último cálculo del que se disponía era de 3,2 médicos por mil habitantes, basado en los datos censales del año 2001 (Abramzón, 2005). Este nuevo número permite actualizar uno de los indicadores básicos de cobertura de salud en el país, observando un mejoramiento de la misma. Se debe tener en cuenta que el cálculo anterior está basado en la cantidad total de médicos (en actividad e inactivos), mientras que el cálculo de 3,88 médicos por mil habitantes fue realizado contabilizando solo a los médicos en actividad. Esto hace suponer que el aumento en la relación es aún mayor. La posibilidad de arribar a un cálculo confiable del número de profesionales médicos en edad activa no resultaba sencilla en función de las distintas fuentes de datos disponibles. En este sentido, se comprende la importancia de establecer un registro de profesionales matriculados en la profesión médica que sirviera para conocer más cabalmente la cantidad de profesionales y algunas de sus características, como también así el ámbito o ámbitos jurisdiccional/es en que llevan adelante su actividad. De este modo, también pueden detectarse las necesidades de médicos en las distintas provincias.

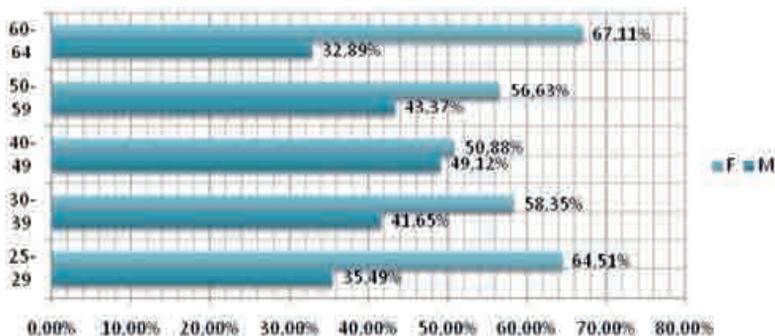
La densidad de médicos en Argentina en relación con la de otros países

Veamos ahora el lugar en que nuestro país se ubica respecto al resto de los países de acuerdo a la relación entre la cantidad de médicos y la población total. Como dijimos, dicha relación es de 3,88 médicos cada mil habitantes. Argentina aparece posicionada al mismo nivel que varios países europeos como España, Suecia, Italia, y también Australia. En relación con los restantes países del continente americano, a excepción de Cuba (que encabeza la lista de cantidad de médicos muy cómodamente) y Uruguay, Argentina se encuentra en una situación muy ventajosa en la región, duplicando la cantidad de médicos cada mil habitantes con que cuenta Brasil, por ejemplo, y casi cuadruplicando los de Chile y Perú, según la información que brinda el informe de OMS para el año 2013. No obstante, la situación no es homogénea en todo nuestro país.

Gráfico1. Índice de profesionales médicos por país



Gráfico 2. Médicos según sexo y grupo etario en SIISA



Fuente Gráfico 1 y 2 : Elaboración propia en base al REFEPS. Año 2012

El gráfico anterior muestra el porcentaje total de médicos según sexo y grupo etario registrado en el relevamiento de SIISA para el año 2012. En todos los grupos etarios de edad activa prevalecen las mujeres, sin embargo, las proporciones cambian cuando analizamos cada uno individualmente. Entre los mayores hay más mujeres, siendo el grupo en el que se registra una diferencia mayor entre sexos. Entre los grupos de mediana edad se empareja la relación y vuelve a tornarse favorable a las mujeres en los médicos más jóvenes. Como ya ha sido abordado en la literatura, las profesiones de la salud han experimentado en los últimos años un fuerte proceso de feminización (Abramzón, 2005). No obstante, la igualdad entre sexos aun es una meta a alcanzar, ya que como fue explorado en trabajos anteriores (Duré, Cosacov y Dursi, 2009) entre las mujeres aún se registran menores salarios y menores posibilidades de ascenso a puestos jerárquicos y se concentran mayormente en especialidades asociadas a lo típicamente femenino (Pediatría, Tocoginecología, Dermatología, entre otras), aunque ésta es una tendencia que empieza a revertirse.

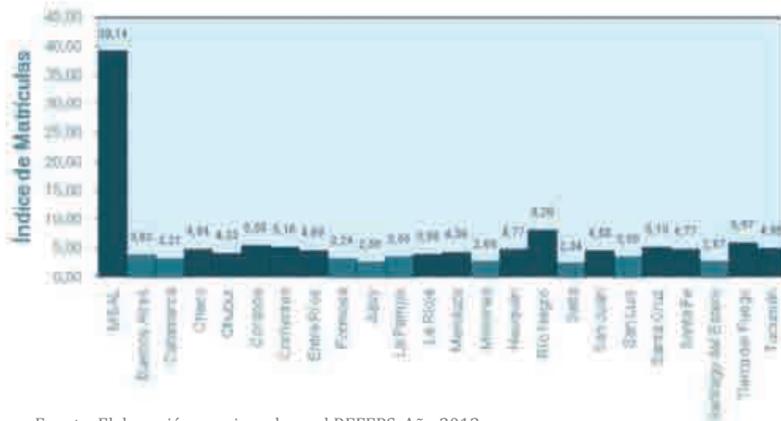
Si bien hay carreras históricamente femeninas como la enfermería (en proceso de masculinización lento pero sostenido) y la obstetricia, en la carrera de medicina que había sido hegemonizada por varones se registra un crecimiento importante de la matrícula femenina. Mientras que en el año 2002 la diferencia entre varones y mujeres estudiantes de medicina alcanzaba un 12%, en el año 2011 la misma ya superaba el 27%. Consecuentemente, existe también una tendencia a la feminización de las formaciones de posgrado, como las residencias.

Distribución de la matrícula de médicos a nivel provincial y regional

En el gráfico que se puede observar adelante, no se toma el número de médicos sino el número de matrículas, por jurisdicción. Recordemos que en la Argentina, para ejercer una profesión de las que integran el equipo de salud no alcanza con poseer un título que certifique un proceso de formación, sino que cada profesional debe estar registrado por la autoridad competente en la jurisdicción en la que se desee ejercer. Dicha autoridad entrega una matrícula que es habilitante para el ejercicio profesional. En el caso de la profesión médica, la matriculación es potestad del ministerio de salud provincial en 13 jurisdicciones y del colegio profesional de ley en 11. En nuestro país, los médicos pueden matricularse en más de una jurisdicción en caso de que quieran hacer ejercicio de la profesión en diferentes lugares. De este modo, poseer el dato del número de matrículas

además del de médicos registrados, otorga la posibilidad de conocer el recurso humano con que realmente se cuenta en las provincias. En efecto, del total de médicos matriculados en una jurisdicción solo se puede contar con que cabalmente se desempeñen allí quienes tengan una sola matrícula. En un futuro cercano, los datos de matriculación podrán cruzarse con los de domicilio, y así se sabrá realmente en cuál o cuáles jurisdicciones se desempeñan los profesionales. Esto es un elemento fundamental para la planificación de políticas de recursos humanos.

Gráfico 3. Cantidad de Matrículas de Médicos por Jurisdicción / 1000 habitantes, según Registros Jurisdiccionales



Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS. Año 2012

El dato del número de matrículas tiene como fuente la información brindada por las autoridades sanitarias provinciales o los colegios de ley, en los casos en que la facultad de habilitación ha sido delegada.

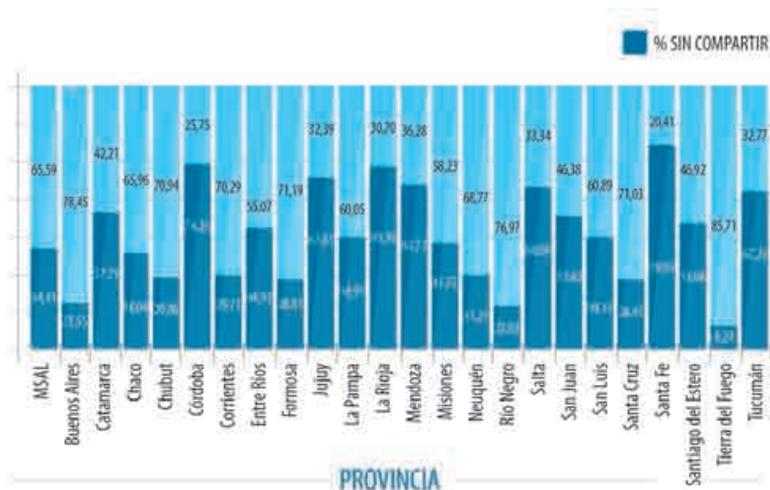
En relación con este dato, se evidencian las importantes disparidades existentes en el ámbito nacional a las que hacíamos referencia anteriormente. El dato que impacta en una primera mirada es el de los matriculados por el MSAL. En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires (lugar en que se requiere matrícula del MSAL), el número de matriculados se encuentra muy por encima del resto de las jurisdicciones, registrando un total de 39,14 matrículas cada mil habitantes. Ello se debe a la tradición histórica entre los médicos de tener matrícula del Ministerio Nacional, la exigencia de tener matrícula nacional para el ejercicio en los hospitales nacionales que pos-

teriormente fueron transferidos, la gratuidad del trámite de matriculación y al elevado número de médicos que residen en la provincia de Buenos Aires y trabajan diariamente en el ámbito de la CABA. De este modo, podemos constatar que el promedio nacional de matrículas cada mil habitantes está fuertemente influido por la cantidad de profesionales matriculados en el MSAL.

A excepción de las matrículas nacionales, las provincias patagónicas son las que registran el mayor número de matrículas por habitante, ya que muchos de los profesionales son migrantes, con una alta rotación, y están matriculados en varias jurisdicciones. En el otro extremo, encontramos a las provincias del NOA y Misiones. En términos generales, en las provincias en que la matriculación es colegiada el número de matriculados tiende a ser menor, ya que año a año debe abonarse una suma de dinero al colegio de médicos para renovar la matrícula.

Si tomamos los números agregados regionalmente. La relación más débil entre cantidad de matrículas y habitantes la encontramos, como dijimos en la región del NOA (2,74 por mil), ubicando en el otro extremo a la región central (6,79 por mil), debido al peso que tiene la Ciudad de Buenos Aires. Sin contar esta jurisdicción, la relación es favorable para la región patagónica (4,83 por mil). Las razones de la alta proporción de matrículas de esta región se fundan en que la Patagonia es históricamente tierra de migrantes, y tiene una alta rotación de profesionales. Muchos de ellos deciden migrar desde otras provincias una vez terminados sus estudios debido a la disponibilidad de puestos y los altos salarios, sin embargo, no se radican allí hasta el final de su carrera profesional por las condiciones adversas del clima y las grandes distancias hacia sus lugares de origen. De este modo, existe una amplia cantidad de matrículas compartidas entre provincias patagónicas y otras provincias de diferentes regiones del país.

Gráfico 4. Matrículas de Médicos Compartidas por Jurisdicción



Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS. Año 2012

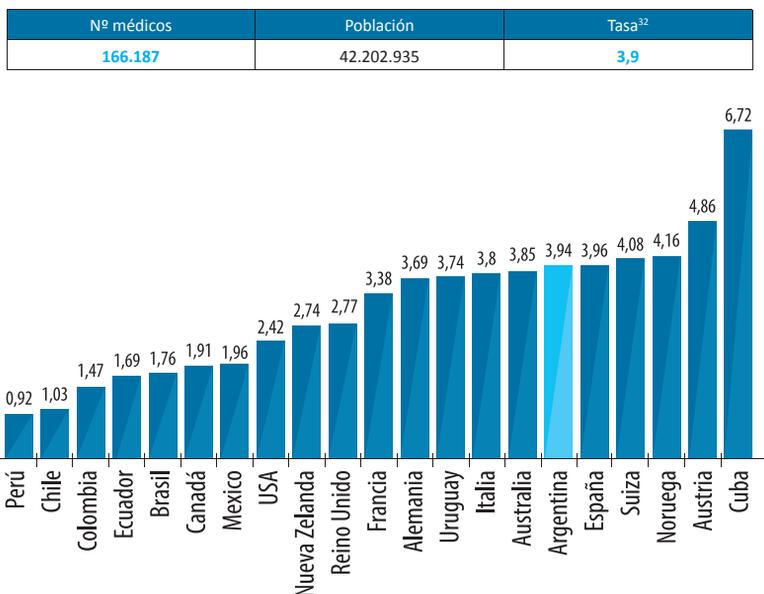
En el precedente gráfico vemos que Tierra del Fuego, Río Negro y Buenos Aires son las provincias que cuentan con más profesionales matriculados en dos o más jurisdicciones. Para las provincias patagónicas vale la explicación anterior, mientras que en el caso de la provincia de Buenos Aires las razones se hallan en la gran cantidad de profesionales que realizan un ejercicio de la profesión compartido entre dicho ámbito y el de la Ciudad de Buenos Aires. En este caso, es evidente la importancia de contar con el dato certero del número de matrículas más allá del número de médicos registrados, ya que muchos de ellos ejercen la medicina en ambas jurisdicciones.

Otros análisis de la profesión médica a partir del REFEPS

En el año 2014 el Ministerio de Salud decide realizar con la Escuela de Salud Pública de Andalucía un estudio de Demografía Médica en Argentina, con especial énfasis en el estudio de especialistas por provincia. El estudio estará finalizado en diciembre de 2015 pero es importante desarrollar algunos análisis del mismo.

En primer lugar la determinación de la cantidad de médicos en edad activa existentes en el país al año 2013 que se puede observar en el Gráfico 5, con su comparación internacional

Gráfico 5. Médicos en Argentina 2013 / Comparación Internacional: Tasas por mil habitantes³¹

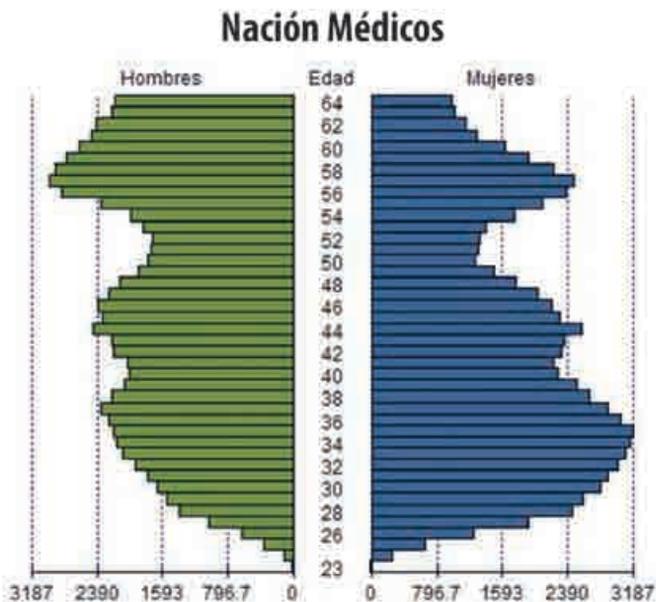


En la siguiente pirámide es posible apreciar la distribución por grupos etarios y sexo de población, mostrando una creciente feminización de la profesión. Asimismo, pone en evidencia la caída de la cantidad de médicos formados en la franja etaria entre 56 y 48 años, coincidente con las restricciones al ingreso de estudiantes a la carrera durante la última dictadura militar.

31. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es/

32. Fuente: Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud, en base al REFEPS. Año 2013

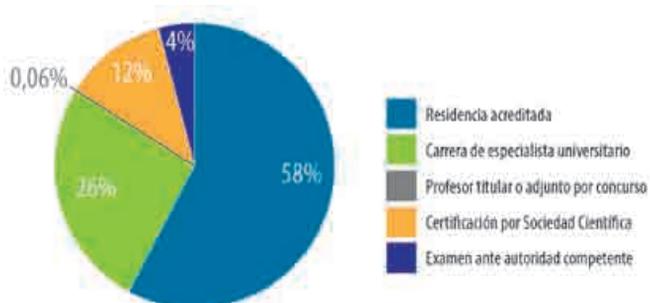
Gráfico 6. Pirámide de edad y sexo para profesionales médicos menores de 65 años



Fuente: Elaborado por la EASP sobre datos de REFEPS - SIISA 2013

Otra información que nos permite construir el REFEPS, es cómo se accede a la certificación de la especialidad médica. Se advierte en el Gráfico 7 que en el período 2003-2014 se certificaron como especialistas 26282 médicos, y que la Residencia representa más del 50% de los casos en lo relativo a la modalidad de validación de la especialidad. Junto con las carreras de especialista universitario, constituyen más del 80% de las certificaciones de especialistas. Este dato, muestra la importancia de continuar los procesos de acreditación de ambas modalidades de formación.

Gráfico 7. Modalidad de certificación especialistas médicos MSN / (2003-2014)



Modalidad de certificación	Total	%
Residencia acreditada	15170	57,72%
Carrera de especialista universitario	6952	26,45%
Profesor titular o adjunto por concurso	16	0,06%
Certificación por Sociedad Científica	3189	12,13%
Examen ante autoridad competente	955	3,63%
	26282	

Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

Del mismo modo el REFEPS nos ha permitido dimensionar la presencia de médicos de nacionalidad extranjera en la Argentina, por lugar de origen de los mismos y si su proceso de formación se realizó en su país de origen o en Argentina como se visualiza en la Tabla 2.

Tabla 2. Resultados Preliminares Médicos Extranjeros en Argentina (2013)

País de nacimiento	Total	%
Bolivia	3585	29,12%
Brasil	494	4,01%
Chile	275	2,23%
Colombia	3373	27,40%
Ecuador	1654	13,43%
EE.UU.	233	1,89%
España	455	3,70%
Paraguay	512	4,16%

Perú	1327	10,78%
Uruguay	404	3,28%
Total general	12312	100,00%
68 otros países con <100 matriculaciones agrupados	953	
Total extranjeros en edad activa	13265	

Porcentaje Médicos Extranjeros sobre Total Médicos Edad Activa: 7.98%

Médicos Extranjeros Formados en Argentina: 35%

Médicos Extranjeros Formados en sus Propios Países: 65%

Respecto al tema de médicos extranjeros, si bien es necesario continuar el análisis de los mismos lo relevado hasta ahora indica que nuestro país es muy receptivo de profesionales extranjeros, prevaleciendo los de aquellos países con los cuales existen mecanismos de convalidación de títulos

Análisis de Enfermería en la Argentina

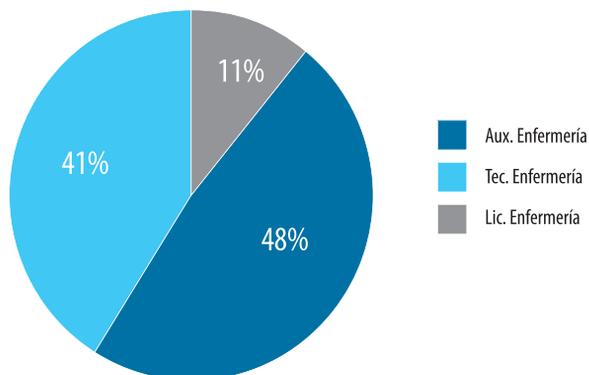
Gracias a la integración de los registros en el REFEPS del mismo modo que con los médicos se ha podido establecer la fuerza de trabajo en Enfermería en nuestro país.

Para dicho análisis es importante tener en cuenta los 3 niveles de formación de la profesión (auxiliares, técnicos y licenciados) y que muchos de los profesionales de enfermería han transitado por los 3 niveles de formación. El otro tema a tener en cuenta es que a partir de la regulación en algunas provincias por parte de Colegios de Ley, puede existir un conjunto de enfermeras sin regulación ya que están en el campo de trabajo pero no colegiadas (fundamentalmente auxiliares de enfermería) lo que presupone en algunas provincias colegiadas.

Como podemos apreciar en tabla y gráfico subsiguiente observamos la cantidad total de enfermeros activos (hasta 65 años) existentes en la República Argentina al 31 de noviembre de 2013 con el grado máximo de titulación alcanzada en exclusividad, lo que evita duplicidad de personas entre los niveles.

Aux. Enfermería	Tec. Enfermería	Lic. Enfermería	Total
86.073	73.373	19.729	179.175
48,04%	40,95%	11,01%	100,00%

Gráfico 8. Enfermeros en edad activa al 31 de noviembre de 2013. Según mayor grado de titulación



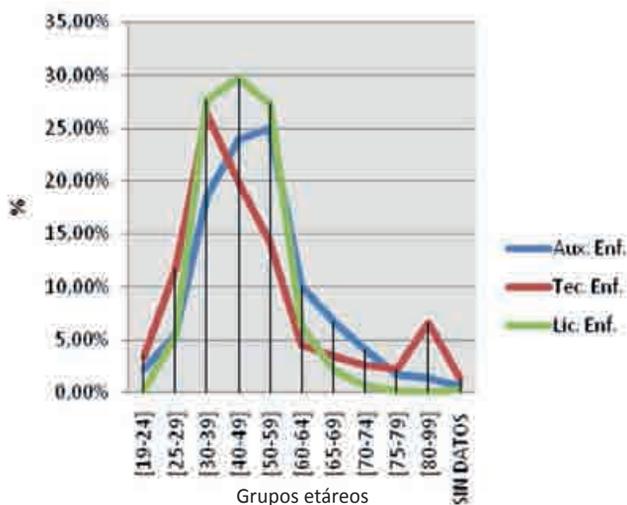
Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

En la Tabla 3 podemos apreciar la cantidad de personas por grupos etarios en edad activa y no activa, por lo que los totales difieren de la tabla anterior. Este dato, permite apreciar el incremento de la profesionalización y licenciados por sobre los auxiliares en los estratos más jóvenes, lo cual es una buena señal de mejoramiento de la calidad en la formación.

Tabla 3. Grupos Etarios en Edad Activa y No Activa

Grupo Etario	Auxiliar Enfermería		Técnica Enfermería		Licenciado Enfermería	
(19-24)	2272	2,26%	314	3,59%	69	0,34%
(25-29)	5538	5,50%	10553	12,18%	1080	5,29%
(30-39)	18769	18,63%	23697	27,34%	5652	27,69%
(40-49)	24092	23,91%	17932	20,69%	6059	29,68%
(50-59)	25258	25,07%	12801	14,77%	5576	27,32%
(60-64)	10144	10,07%	4075	4,70%	1293	6,33%
(65-69)	6827	6,78%	3049	3,25%	440	2,16%
(70-74)	4065	4,04%	2286	2,64%	131	0,64%
(75-79)	1801	1,79%	2018	2,33%	27	0,13%
(80-99)	1339	1,33%	5947	6,86%	20	0,10%
Sin Datos	636	0,63%	1201	1,39%	65	0,32%
Total General	100741	100,00%	86673	100,00%	20412	100,00%

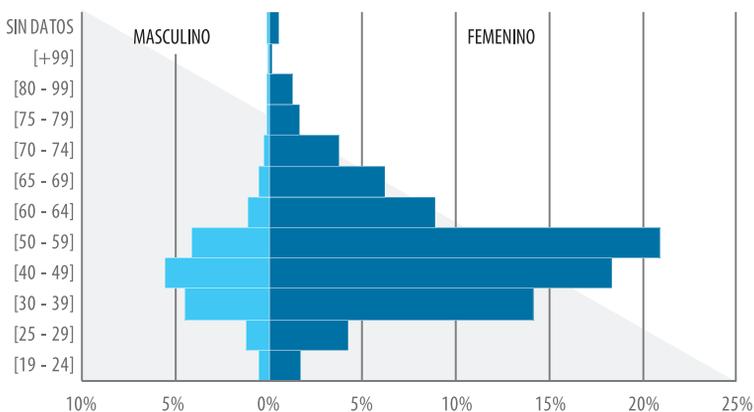
Gráfico 9. Cantidad de Enfermero/as por Grupo Etario y Categoría. Total País al 31 de noviembre 2013



Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

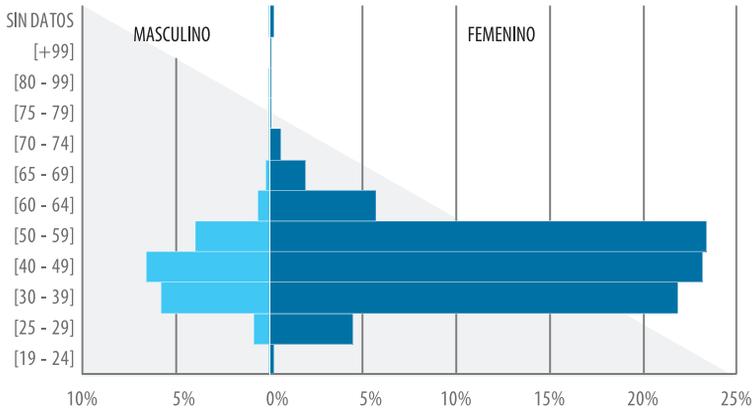
En los gráficos 10 y 11, podemos apreciar el carácter femenino de la profesión. No obstante, en los grupos más jóvenes se evidencia una creciente masculinización.

Gráfico 10. Auxiliares de Enfermería



Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

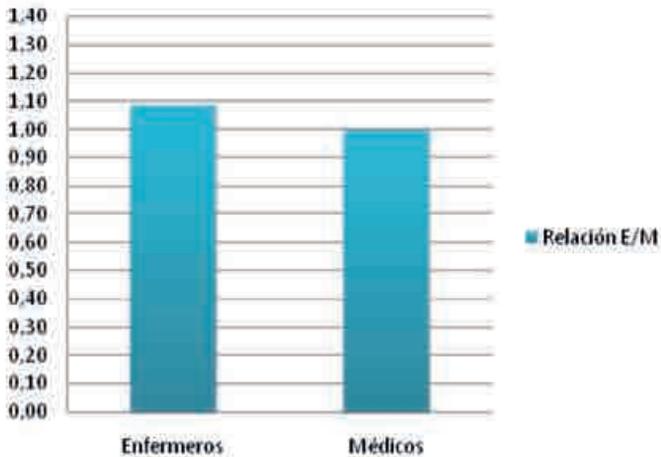
Gráfico 11. Licenciados en Enfermería



Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

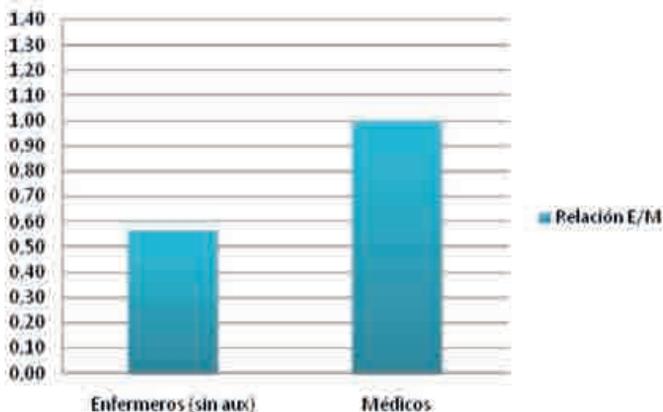
La relación enfermeros/médicos teniendo en cuenta los 3 niveles de formación es 1.08, o sea que hay más enfermeros (179.175 en valores absolutos) que médicos, (166.187 en valores absolutos) en edad activa (Ver Gráfico 12).

Gráfico 12. Relación enfermeros (LE-E-AE)/médicos 1,08



Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

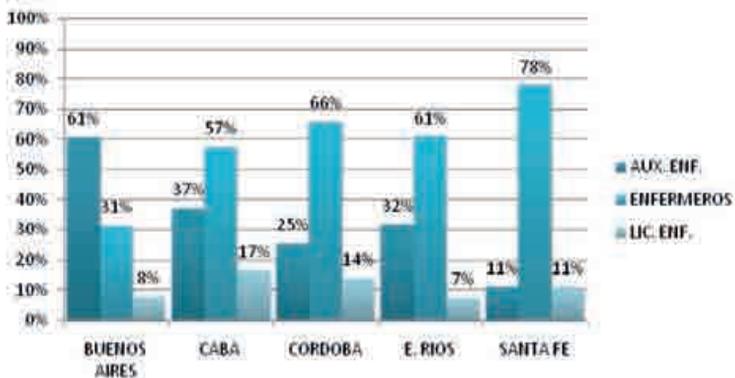
Si se establece la relación con enfermería profesional y licenciados con médicos la relación se reduce a 0.56 como se aprecia en el Gráfico



Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

A continuación se detalla por provincia según región del país las proporciones existentes de matrículas de los distintos niveles de enfermería que permita apreciar la prevalencia en muchas provincias de auxiliares por sobre enfermeros y en algunas otras esto se revierte

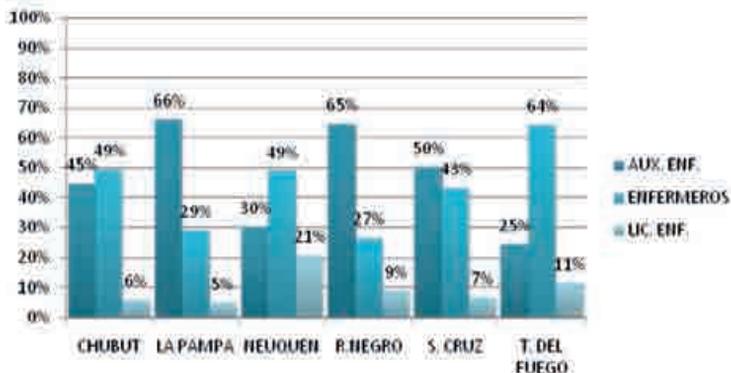
Gráfico 14. Proporción Matriculados en 3 Niveles Enfermería por Provincia / Región Centro



	BA	CABA	CBA	ERI	SFE
AUX. ENF.	36605	26216	2001	1727	789
ENFERMEROS	18858	34526	5979	3310	5554
LIC. ENF.	4708	9964	1093	403	788

Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

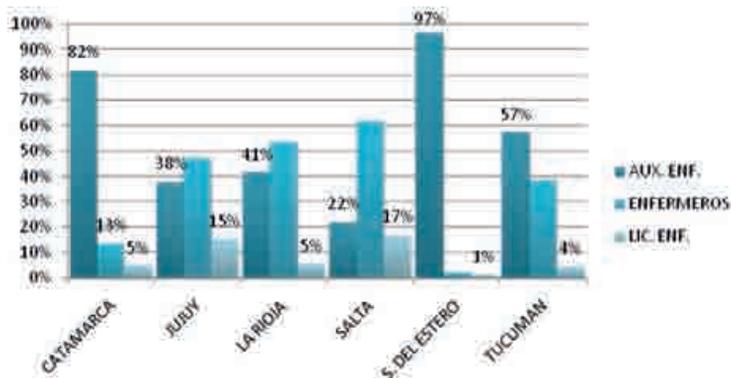
Gráfico 15 Proporción Matriculados 3 Niveles Enfermería por Provincia / Región Patagonia



	CHU	LPA	NQN	RNG	SCR	TDF
AUX. ENF.	1132	1223	1086	3125	1207	186
ENFERMEROS	1253	539	1749	1286	1041	486
LIC. ENF.	151	87	743	430	157	85

Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

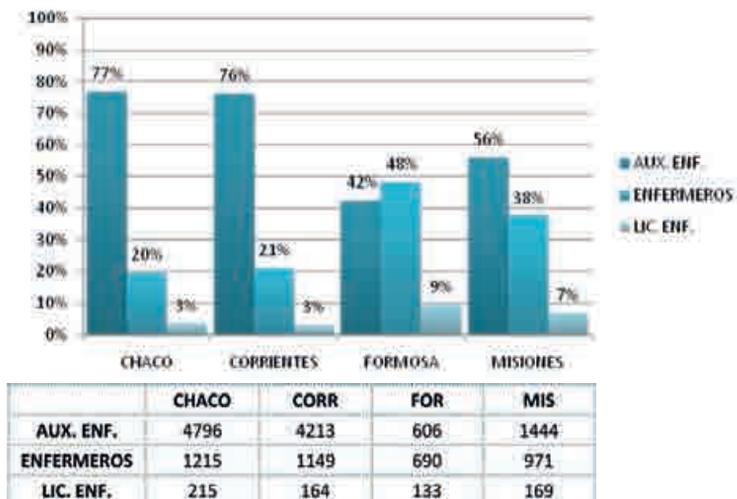
Gráfico 16. Proporción Matriculados 3 Niveles Enfermería por Provincia / Región NOA



	CAT	JUY	LRI	SAL	SGO	TUC
AUX. ENF.	1102	906	467	794	5449	3946
ENFERMEROS	181	1140	604	2229	132	2647
LIC. ENF.	61	366	58	602	62	304

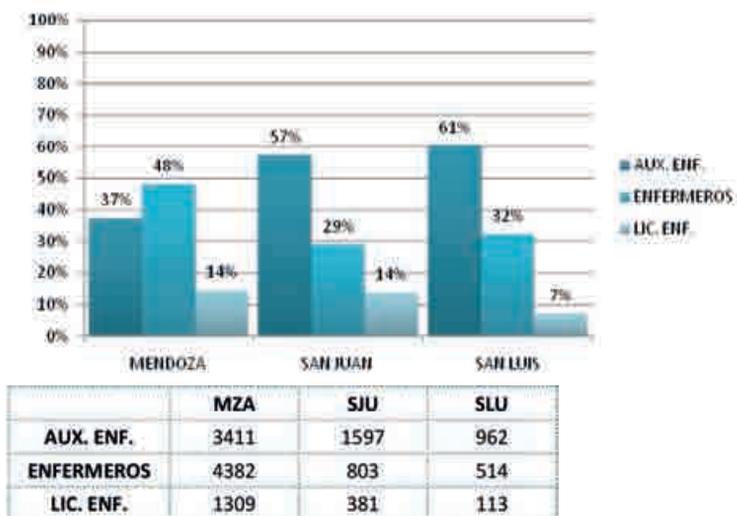
Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

Gráfico 17. Proporción Matriculados 3 Niveles Enfermería por Provincia / Región NEA



Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

Gráfico 18. Proporción Matriculados 3 Niveles Enfermería por Provincia / Región Cuyo



Fuente: Elaboración propia en base al REFEPS 2015

A modo de conclusión, podríamos decir que el REFEPS ha permitido determinar con mayor exactitud el número de profesionales de la enfermería existentes en el país, evitando su duplicación por poseer varios niveles de formación, estableciendo, también, como se compone la matriculación de enfermería en cada distrito del país y la relación con la cantidad de médicos.

Por supuesto que la profundización del análisis de esta información precisará mayor detalle, pero desde ya que constituye una excelente base para la planificación y regulación de la enfermería en nuestro país

Referencias Bibliográficas

Organización Mundial de la Salud, "Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal". OMS, 2013 ISBN: 978 92 4 156459 4. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>

Duré, M.I.; Cosacov, N.; Dursi, C. "La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa". En: Revista de la Maestría en Salud Pública. ISSN: 1667-3700, Año 7- N° 13, Agosto 2009

Abramzon, M. Argentina: Recursos Humanos en Salud 2004. La distribución geográfica. 1ª ed., Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud. OPS-OMS, 2005.

Cadile, María Del Carmen (Comp.); Duré, M. Isabel y Williams, Guillermo (Coords.). Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. La Construcción de la Matriz Mínima de datos de profesionales de la salud del MERCOSUR desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil y Uruguay. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2015.

Normativa

Ley Nacional 25.326 CONGRESO DE LA NACIÓN 4-oct-2000

SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN/ DISPOSICIONES GENERALES. PRINCIPIOS GENERALES RELATIVOS A LA PROTECCIÓN DE DATOS. DERECHOS DE LOS TITULARES DE DATOS. USUARIOS Y RESPONSABLES DE ARCHIVOS, REGISTROS Y BANCOS DE DATOS. ACCIÓN DE PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES.

Publicada en el Boletín Oficial del 02-nov-2000 Número: 29517

Resolución. 27/2004 GMC (Grupo Mercado Común) 8-oct.-2004

MATRIZ MINIMA DE REGISTRO DE PROFESIONALES DE SALUD DEL MERCOSUR

Resolución 604/2005 2006 MINISTERIO DE SALUD 27-mar-2005

MINISTERIO DE SALUD / INCORPÓRASE AL ORDENAMIENTO JURÍDICO NACIONAL LA RESOLUCIÓN GRUPO MERCADO COMÚN N° 27/2004 "MATRIZ MÍNIMA DE REGISTRO DE PROFESIONALES DE SALUD EN EL MERCOSUR".

Publicada en el Boletín Oficial del 02-jun-2005 Número: 30666

Resolución 450/2006 MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE 07-abr-2006

MINISTERIO DE SALUD / SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD - CREACION

Publicada en el Boletín Oficial del 18-abr-2006 Número: 30887

Resolución 1105/2006 MINISTERIO DE SALUD 27-jul-2006

MINISTERIO DE SALUD / CREASE LA COMISION NACIONAL ASESORA DEL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES DE GRADO UNIVERSITARIO EN SALUD

Publicada en el Boletín Oficial del 2-AGO-2006 Número: 30960

Esta resolución es modificada o complementada por:

- RM N° 1814/15 ESPECIALIDADES MÉDICAS/ actualmente vigente. contempla 70 especialidades médicas. Tiene como precedentes a la misma, las RM 908/12 RM-2273/10 y RM-1923/06
- RM N° 956/2010 ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS contempla 10 especialidades
- RM N° 199/2011 ESPECIALIDADES PARA LIC. EN ENFERMERÍA contempla 6 especialidades
- RM N° 1341/2013 ESPECIALIDADES BIOQUÍMICAS contempla 8 especialidades

- RM N° 1186/2013 ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS contempla 7 especialidades
- RM N° 1337/11 ESPECIALIDADES MULTIPROFESIONALES contempla 4 especialidades

Resolución 1923/2006 MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE 06-dic-2006

MINISTERIO DE SALUD / APRUEBASE EL LISTADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS, QUE PODRA SER ACTUALIZADO PERIODICAMENTE A TRAVES DEL MECANISMO INSTITUIDO POR LA RESOLUCION NRO. 1105/2006

Publicada en el Boletín Oficial del 13-dic-2006 Número: 31052

Resolución 883/2007 MINISTERIO DE SALUD 2-ago-2007

MINISTERIO DE SALUD / APRUEBASE LA CREACION DEL SISTEMA NACIONAL UNICO DE INFORMACION SANITARIA

Publicada en el Boletín Oficial del 7-ago-2007 Número: 31212

Resolución 1070/2009 MINISTERIO DE SALUD 26-jun-2009

MINISTERIO DE SALUD / CREASE EL REGISTRO FEDERAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Publicada en el Boletín Oficial del 7-jul-2009 Número: 31689

Resolución 2081/2015 MINISTERIO DE SALUD 17-nov-2015

MINISTERIO DE SALUD / RED FEDERAL DE REGISTROS DE PROFESIONALES DE LA SALUD (REFEPS)

Publicada en el Boletín Oficial del 20-nov-2015 Número: 33261

4

LAS RESIDENCIAS NACIONALES EN ARGENTINA: POLÍTICAS Y GESTIÓN

MARÍA ISABEL DURÉ
CAROLINA DURSI

La Residencia como modalidad en la formación de especialistas

Si bien de acuerdo con la Ley de Educación Superior, el título de grado de médico es habilitante para el ejercicio de la profesión en cualquiera de las especialidades, un número importante de profesionales optan por continuar su formación a través de diversos posgrados. Como ya se ha expresado en otros capítulos de esta publicación, la Residencia es la modalidad más elegida en el sector de la salud para acceder a la especialidad. Según el registro de profesionales del Ministerio de Salud de la Nación, de 2440 médicos que certificaron su especialidad entre 2009 y 2013, el 60% lo hicieron acreditando haber realizado una Residencia. Por otra parte, en una investigación realizada recientemente sobre una población de jóvenes profesionales que no habían ingresado a la Residencia a través del EU, todos destacaron que la Residencia era la mejor opción para la formación, aun cuando no la estuvieran cursando.³³

33. Acevedo, G, Duré I, Cadile M, Dursi, C., Ciaravino O, Nasini S y Farias M Alternativas de formación elegidas por los concursantes del sistema nacional de residencias médicas que habiendo aprobado el examen único no accedieron al cargo. Estudio multicéntrico en las jurisdicciones De Santa Fe, Neuquen, Salta y San Juan. Año 2014. Estudio colaborativo multicéntrico desarrollado en el marco de las Becas Carrillo Oñativía, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires. Disponible en http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/informe-final%20emc%202014_10_06_2015.pdf

La Residencia rescata la potencia de la formación en el trabajo y, en ese sentido, la encuadramos conceptualmente en la perspectiva de la Educación Permanente en Salud como proyecto educativo que, al decir de Cristina Davini³⁴, integra

- La revisión de la cultura del trabajo, de los valores que subyacen en las prácticas. El enriquecimiento personal de los participantes se da a través de una propuesta formativa que contemple no sólo el saber académico sino también el saber individual /grupal que nace de la experiencia vivida por las personas.
- La apropiación de un saber tecnológico como construcción activa, integrando la práctica y la teoría a la resolución de los problemas dentro de aquellos marcos valorativos, y no una mera recepción pasiva de conocimientos.

Se trata de un sistema de formación con dedicación exclusiva para graduados recientes, al que se accede por concurso público y en el que se establece un contrato de trabajo y formación entre la institución y el profesional. Este contrato, que puede durar entre dos y cinco años dependiendo de la especialidad, se sostiene en la medida en que el residente cumplimenta los requisitos académicos de presentismo y evaluación.

El origen de las Residencias en Argentina

La Residencia configura un modelo particular para la formación de especialistas en el posgrado, que se distingue por las posibilidades de práctica intensiva e inmersión en los servicios de salud. El residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: profundizar en un área de conocimientos y aprender el desarrollo del trabajo real.

El origen de las Residencias en nuestro país se ubica en el año 1944, con la creación de la primera Residencia por parte del Dr. Tiburcio Padilla. En el transcurso de estos setenta años de existencia, puede identificarse una serie de etapas en su evolución como sistema de formación. Cada una de ellas se distingue por ciertas tendencias y rasgos comunes.

34. Davini, Cristina, Educación Permanente en Salud, Serie Paltex para Ejecutores de Programas en Salud N° 38, pág 25, Organización Panamericana de la Salud, 1995

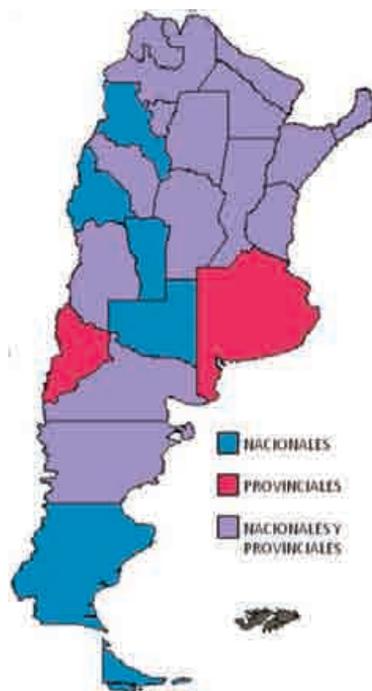
De manera esquemática, se identifica una primera etapa asociada a las denominadas “proto-Residencias”, surgidas en estrecha conexión con centros universitarios y asistenciales de excelencia. En la segunda etapa, que se desarrolla hasta fines de los años 50’, el sistema adquiere sus rasgos definitorios: es un régimen de actividad rentado, a tiempo completo, con dedicación exclusiva y de aprendizaje mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes. Es en este momento que la Residencia se extiende y se instala como el “mejor sistema de formación de posgrado”. En las décadas de los 60’ y 70’ se produce una consolidación del sistema y la definición de marcos normativos que aumentan los niveles de formalización vigentes. Durante los años 80’, la oferta de Residencias se amplía, incorporando grupos de profesionales que hasta ese momento eran ajenos, como psicólogos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, trabajadores sociales y enfermeros. En los años 90’ se observa un crecimiento poco racional del sistema, asociado a los requerimientos de centros privados y con poca intervención del Estado. En la última década, el Estado recupera su función de rectoría y desde el Ministerio de Salud de la Nación se adhiere a la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje vertebral de las políticas de salud y se entiende a la Residencia como una política de desarrollo de recursos humanos orientada a sustentarla³⁵.

Características de las Residencias en el sector público

La mayor parte de las Residencias tiene financiamiento público, principalmente a través de los ministerios de salud provinciales y nacional, pero también de las fuerzas armadas y de seguridad y en algunas universidades nacionales (Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Nacional de La Rioja). Coexisten en el país diferentes situaciones respecto del financiamiento de las Residencias: hay provincias que sólo cuentan con cargos nacionales, otras en las que coexisten los nacionales, los provinciales y los municipales y un tercer grupo de provincias sin financiamiento nacional (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Neuquén) (Ver Mapa 1).

35. Ministerio de Salud de la Nación, Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud, 2011, disponible en http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf

Mapa 1. Distribución de los cargos de Residencias dependientes de los ministerios de salud, según origen de la contratación.



Fuente: DNCHySO, elaboración propia, 2013.

En relación con las Residencias provinciales, cada jurisdicción posee su propio reglamento de Residencias y realiza su propio concurso para el ingreso, sobre la base de principios comunes establecidos a nivel nacional. A partir del trabajo de la Red de Recursos Humanos y Capacitación en Salud se apunta a cohesionar el sistema de Residencias públicas y, con la creación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (Resolución 450/06, Ministerio de Salud de la Nación) en la última década se desarrollaron marcos comunes para su funcionamiento³⁶.

36. Ministerio de Salud de la Nación, Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Normativas, Guías y Estándares a 7 años de su creación, 2014. Disponible en http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/recursos/publicacion_snares.pdf

Respecto de las Residencias del Ministerio de Salud de la Nación, las mismas se desarrollan en los centros de formación dependientes de las provincias o en las instituciones y hospitales nacionales. La distribución de cargos entre las provincias se realiza en forma conjunta, de acuerdo con las necesidades y la capacidad formadora de las sedes.

Las Residencias y las orientaciones políticas desde el Consejo Federal de Salud

En 2008, el Consejo Federal de Salud expresó su preocupación acerca de la dificultad para incorporar residentes en algunas especialidades que consideró prioritarias: las reconocidas como pilares en la Estrategia de APS y el primer nivel de atención (Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología) y las especialidades de área crítica (Terapia Intensiva Infantil y de Adultos, Neonatología y Anestesiología).

El problema se analizó con los diferentes actores del ámbito de la formación y el trabajo del sector. Además de las dificultades que conlleva la planificación en un sistema federal fragmentado, fueron identificados una serie de factores que influyen en la cobertura y gestión de las Residencias. Los mismos pueden agruparse en cuatro grandes grupos: mercado formativo del grado y posgrado, cambios demográficos en los estudiantes de ciencias de la salud, estructura formadora de la Residencia y mercado laboral de las diferentes especialidades³⁷.

Desde la Red Federal de Recursos Humanos en Salud, colectivo que nuclea a los responsables provinciales en temas de formación y gestión de equipos de salud, se profundizó en las explicaciones del problema, con el objetivo de orientar las primeras intervenciones.

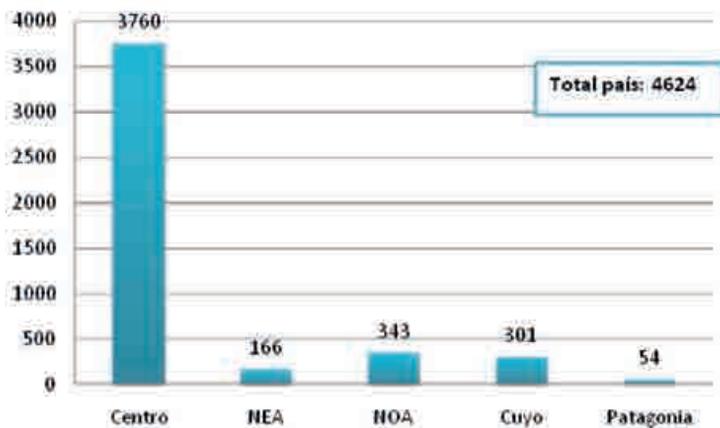
A continuación brindaremos un análisis de los puntos mencionados.

37. Duré, I; Daverio, D. y Dursi C. Planificación y Gestión del Sistema de Residencias en Argentina, Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2013. Disponible en http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/datos/DURE-DAVERIO-DURSI-Observatorio_HUS_Planif_Gestion_SistResid-2013.pdf

1. Mercado formativo universitario

La oferta de formación de grado de médicos muestra una concentración importante en la Región Centro del país. Sobre un total de 4.624 egresados, el 81% egresa de las facultades de esa región.

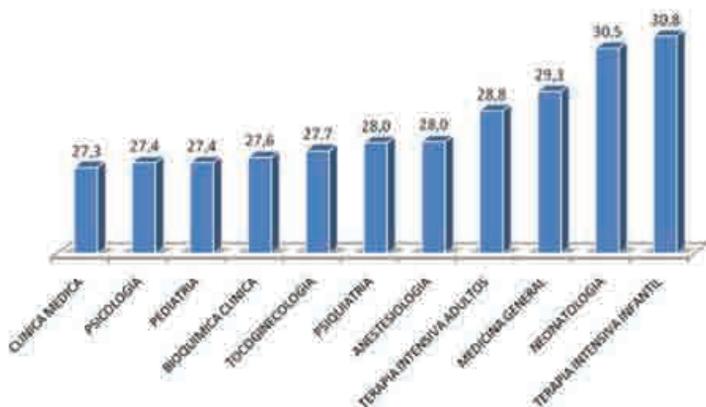
Gráfico 1. Médicos egresados de las facultades de medicina de gestión pública y privada, distribuidos por región, 2013.



Fuente: DNCHySO. Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Políticas Universitarias, ME, 2013

La formación de grado en Medicina se ha extendido en los últimos años, ya sea a través de cursos de ingreso que duran un año, como por la práctica final obligatoria que se realiza con posterioridad a la aprobación de todas las materias. Los planes de estudios tienen una duración de entre 72 y 84 meses, sin adicionar los cursos de ingreso. No todos los estudiantes los completan en el tiempo mínimo. Esto determina que el ingreso a la Residencia se produzca a edades más avanzadas. Los datos del registro de residentes nacionales de los últimos diez años muestran una edad promedio de ingreso a Residencias básicas entre los 27 y 29 años, lo cual sumado a la duración de la Residencia, retrasa la entrada al mercado de trabajo

Gráfico 2. Edad promedio de ingreso a las Residencias nacionales por especialidad, 2001-2015.



Fuente: DNCHySO, Ministerio de Salud de la Nación, 2015. Elaboración a partir de la Base de Datos de Residentes Nacionales.

Por otra parte, si bien los estándares de acreditación de la carrera de medicina (Resolución Ministerio de Educación 1314/2007) prevén una orientación hacia la APS, todavía gran parte de los programas de formación tiene una estructura tradicional, con una estructura curricular fragmentada, con poca jerarquización de los contenidos de salud pública y de los ámbitos comunitarios como espacios de formación.

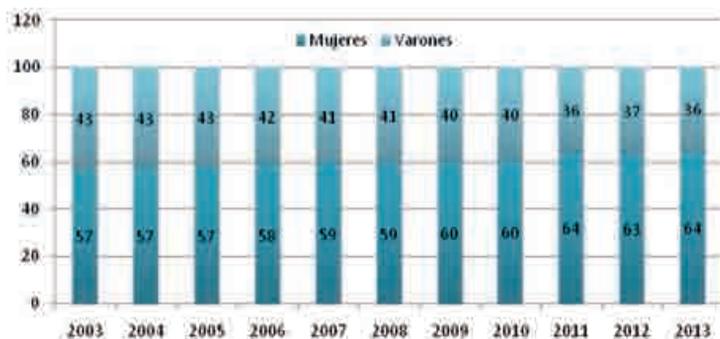
Ante este escenario, y recordando que el título es habilitante y que existen distintas posibilidades de acceso a la certificación de la especialidad, es probable que algunos egresados prefieran otras opciones laborales y de formación, acordes a sus proyectos personales y familiares. Las carreras de especialista universitario, con una exigencia horaria y de duración total menor que la Residencia, configuran una opción. Algunos deciden ingresar en forma temprana al mercado laboral a través de la realización de guardias en los sistemas de emergencias pre hospitalarios, careciendo muchas veces de la formación adecuada.

2. Cambios demográficos

El predominio femenino entre los estudiantes de medicina se viene incrementando en forma progresiva en los últimos años, lo que más adelante

se traduce en una preponderancia de las mujeres entre los residentes de la mayoría de las especialidades priorizadas. Siendo tradicionalmente un proceso formativo diseñado por varones y pensado para ser transitado por sus congéneres, la Residencia plantea algunos inconvenientes para las mujeres. Las prolongadas jornadas laborales, las guardias periódicas, los tratos diferenciales entre géneros y la duración del proceso formativo, son algunos elementos que muchas veces ponen a las mujeres en la disyuntiva de optar por realizar la Residencia o una formación alternativa, en una etapa de la vida en que la que las mujeres atraviesan decisiones de vida como la de encarar la maternidad, la cual para muchas de ellas resulta incompatible con la Residencia.

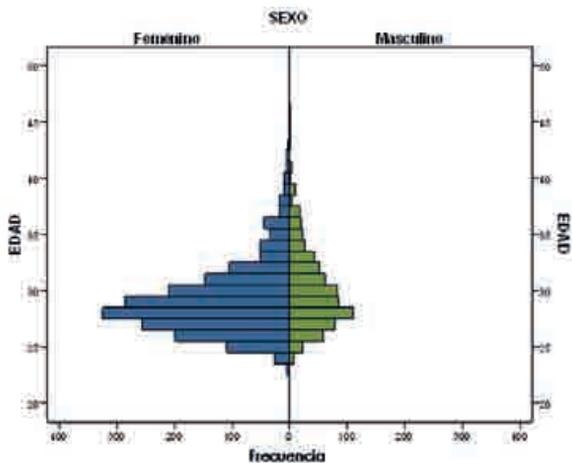
Gráfico 3. Alumnos de carreras de Medicina. Distribución por sexo, 2002-2013.



Fuente: Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación (2015) Los datos del 2002 al 2010 corresponden a todas las facultades del país excepto la Universidad de Buenos Aires (UBA). Los datos a partir del 2011 incluyen la UBA.

Según datos de la base de residentes nacionales, el 74% de los profesionales que se encuentran realizando su proceso de formación en este sistema son mujeres.

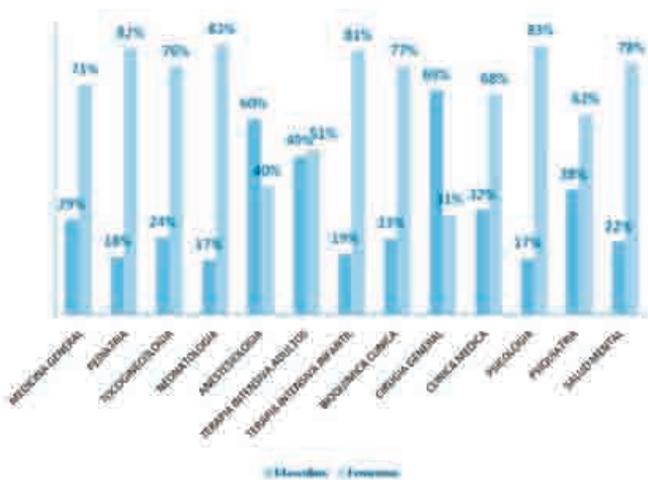
Gráfico 4. Total de Residentes Nacionales, distribución por sexo y edad, 2015.



Fuente: Elaboración de la DNChySO a partir de información propia, 2015.

La distribución por sexo registra diferencias según las especialidades, encontrándose un marcado predominio del sexo femenino.

Gráfico 5. Residencias Nacionales. Distribución por sexo según especialidad, 2001-2015.



Fuente: Elaboración de la DNChySO a partir de información propia.

3. Estructura formativa de la Residencia y mercado laboral

Por tratarse de un proceso de formación en el trabajo, la estructura formativa de la Residencia tiene una fuerte impronta del mercado laboral y lo anticipa. Un problema común es la falta de cobertura de algunas especialidades posbásicas como las subespecialidades pediátricas de área crítica, en una estructura del mercado laboral que organiza el trabajo de estos especialistas con un régimen laboral de guardias de 24 horas.

Por otra parte, hay especialidades más jerarquizadas desde el mercado económico. En estos casos, las posibilidades de inserción laboral futura prevalecen sobre las condiciones de trabajo de las Residencias: el profesional realiza la Residencia apostando a la salida laboral futura.

En este contexto, en el año 2009 el Consejo Federal de Salud propone intervenir sobre el proceso de formación de Residencias, solicitando al Ministerio de Salud de la Nación que en el marco de su rol rector:

- Incremente la oferta de cargos de Residencias.
- Oriente el financiamiento a las especialidades priorizadas.
- Profundice el proceso de acreditación de las Residencias.

Hacia un sistema de Residencias cohesionado y orientado hacia la APS

A partir de la propuesta del COFESA y con la preocupación de intervenir en forma integral para mejorar la formación de especialistas médicos orientados a sustentar la Estrategia de APS, desde el Ministerio de Salud de la Nación, se establecen los siguientes objetivos:

- Consolidar el rol de Rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en la planificación y regulación de las Residencias médicas.
- Cohesionar el sistema de Residencias a nivel federal, a efectos de construir gobernanza mediante una gestión articulada.
- Desarrollar políticas en forma integrada con el Ministerio de Educación para la formación de especialistas en áreas y especialidades priorizadas.

En un escenario como el descrito, el desafío era acercar propuestas respetuosas de las autonomías pero que a la vez apuntaran a generar condiciones de equidad y calidad. Un proceso que además de requerir acuerdos federales implicaba trabajo interjurisdiccional con el Ministerio de Educación y las universidades y construcción de consensos con las diversas asociaciones profesionales, instituciones científicas, colegios deontológicos y organizaciones prestadoras de servicios que participan en las distintas instancias del desarrollo y certificación de los especialistas.

El Ministerio de Salud definió entonces una estrategia orientada a intervenir desde diferentes ejes, con la participación de todos los actores.

- Rectoría
- Orientación y ampliación del financiamiento de cargos nacionales para especialidades priorizadas.
- Regulación de la calidad del proceso formativo mediante el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.
- Gobernanza
- Gestión articulada de las Residencias a través de la Red Federal de Recursos Humanos en Salud y desarrollo de las respectivas capacidades provinciales.
- Implementación de un examen unificado para el ingreso a las Residencias.
- Fortalecimiento de las estructuras formadoras.
- Articulación Intersectorial
- Creación de una Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación.

En este capítulo nos ocuparemos de la evolución que han tenido los cargos de Residencia de financiamiento nacional y del desarrollo organizacional orientado a fortalecer la gestión y la estructura formadora del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.

Orientación del financiamiento de cargos nacionales para especialidades priorizadas

En el COFESA, se acordó asignar el financiamiento nacional en forma prioritaria a las especialidades de Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Neonatología, Terapia Intensiva de Adultos y Pediátrica, Anestesiología. También se decidió continuar con la asignación de una proporción de cargos para otras profesiones del equipo de salud, en particular para la Residencia Interdisciplinaria Salud Mental.

1. Financiamiento

El financiamiento de las Residencias es un pilar estratégico para la rectoría en la formación de especialistas con el que cuenta el Ministerio.

El incremento propuesto no sólo requería aumentar la cantidad de las becas sino también lograr que la actualización del monto de las mismas tuviera una dinámica acorde a la del resto de los salarios de la administración.

Como parte de las decisiones del COFESA, las provincias asumieron el compromiso de suplementar el monto de las becas nacionales³⁸ para estas especialidades, llevando la remuneración de los residentes a valores acordes a los salarios provinciales. Además, se encargarían de financiar provincialmente otras necesidades de formación de especialistas.

En ese momento, la remuneración de los residentes atravesaba una situación crítica. Las becas provinciales se encontraban equiparadas al salario mínimo y se había perdido la diferencia entre los distintos años de la Residencia. Esta falta de diferenciación salarial conllevaba que no se informaran las promociones y dificultaba el seguimiento de la situación formativa del residente. Las correspondientes a los Residentes de instituciones nacionales, cuya remuneración completa es responsabilidad del Estado Nacional, estaban desactualizadas en relación con los salarios de los profesionales de las instituciones en las que realizaban su formación. Los aumentos de las becas, al encontrarse los cargos de Residencias incorporados en el rubro de personal del presupuesto nacional, requerían de un decreto presidencial. En un escenario en el cual los incrementos salariales se realizaban por la vía de la negociación colectiva, el tipo de tramitación constituía una rareza, con la consiguiente dilación de los plazos para su concreción. En mayo de 2009 se aprueba por convenio colectivo un nuevo escalafón

para los profesionales de salud de las instituciones dependientes del Ministerio de Salud de la Nación (Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal Profesional de los Establecimiento Hospitalarios y Asistenciales e Institutos de Investigación y Producción dependientes del Ministerio de Salud homologado por Decreto 1133/09). Si bien los residentes no se encontraban incluidos en el convenio, por su particular figura de profesionales en formación, se logra el acuerdo del Consejo del Salario del Ministerio de Economía para incluir la remuneración de los residentes en el decreto de homologación y a partir de ese momento se realiza la actualización de las becas con cada acuerdo salarial en el marco de dicho convenio.

Respecto de la remuneración de los residentes de instituciones provinciales, hasta el año 2013 continua gestionándose la actualización de las remuneraciones por la vía de un decreto ad hoc. En ese momento, se logra que se los incluya en el decreto que aprueba la pauta salarial anual para la administración pública, por lo cual los montos de las becas se actualizan con la misma frecuencia que los de los trabajadores del Estado nacional.

Sin embargo, los valores de la contratación nacional para los residentes de las provincias actualmente están apenas por encima del salario mínimo³⁹, por lo que dependen de los presupuestos provinciales para que, a través de los suplementos de cada jurisdicción, los profesionales accedan a una remuneración que les permita su sustento cotidiano.

Como puede observarse en la tabla siguiente, ello configura también un mapa inequitativo a nivel nacional, aunque según una investigación sobre elección de especialidades⁴⁰, ninguno de los residentes entrevistados consideró la remuneración como un factor determinante en su elección del lugar de formación.

Sin embargo, puede verse en la diversidad de suplementos provinciales cuáles son aquellas prioridades que cada provincia establece de acuerdo con su política de recursos humanos, con la necesidad de contar con remuneraciones diferenciadas para algunas especialidades o localidades y con el ajuste de las remuneraciones a las características regionales.

38. La contratación nacional incluye los aportes y contribuciones a la seguridad social y la cobertura de riesgo de trabajo. Los residentes perciben también el sueldo anual complementario (SAC)

39. La remuneración bruta de un residente de primer año es de \$5634

40. Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, Barrionuevo K. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic-5(21):30-37.

Tabla 1. Remuneración de primer año y beneficios de los residentes nacionales, según provincia.

REGION	PROVINCIA	Remuneración SerAño		Otros Incentivos	
		SUPLEMENTO PROVINCIAL	REMUNERACIÓN TOTAL (NETA)	ESTIMULOS DE LA PROVINCIA DURANTE LA RESIDENCIA	ESTIMULOS DE LA PROVINCIA AL EGRESO
PATAGONIA	TIERRA DEL FUEGO	\$ 23.030,00	\$ 27.723,42	Posibilidad de vivienda los 6 primeros meses hasta regularizar documentación y cobros. Vivienda	Posibilidad de ingreso a Planta Permanente Provincial. Incentivo laboral al egreso.
	SANTA CRUZ	\$ 13.034,12	\$ 17.686,54		
	CHUBUT	\$ 14.242,38	\$ 19.530,28	Plus Vivienda: estímulo de \$ 1500 a \$2500. Adicional entre \$523,36 y \$1.329,37 por zona desfavorable. Vivienda	Incentivo laboral al egreso.
	RIO NEGRO	\$ 15.881,62	\$ 20.534,04		
	LA PAJUNA	\$ 11.629,22	\$ 16.301,65		
NEUQUÉN (FPE)				Incremento de hasta un 6% más de los items de sueldo según la zona. Vivienda para los de Medicina General. Vivienda sólo para casos de rotación por el interior	Incentivo laboral al egreso para residencias básicas y críticas.
		\$ 13.922,28	\$ 15.922,28		
NOA	LULUY	\$ 9.243,64	\$ 13.956,08	Incremento por mayor jornada (más de 40 hs). Suplemento por dedicación exclusiva.	Incentivo laboral al egreso.
	SALTA	\$ 12.241,58	\$ 17.934,00		
	TUCUMÁN	\$ 13.261,56	\$ 17.934,00	Vivienda en Casa de Residentes del Hospital de la Madre y el Niño	Incentivo laboral al egreso por dos años.
	SANTIAGO DEL ESTERO	\$ 5.777,02	\$ 10.448,44		
	LA RIOJA	\$ 4.000,00	\$ 8.675,42		
CATAMARCA	\$ 8.246,20	\$ 13.930,72	Vivienda el 1º año.	Incentivo de \$525,80 más para Medicina General. Vivienda sólo para Medicina General.	Incentivo laboral al egreso por un año de contrato.
NEA	CHACO	\$ 8.814,00	\$ 13.488,42	Vivienda residente de 35 años. Vivienda sólo para Medicina Familiar en Maripá	Incentivo laboral al egreso para los especialistas prioritarios.
	FORMOSA	\$ 4.581,97	\$ 9.254,39		
	CORRIENTE	\$ 3.409,80	\$ 8.132,22		
CUYO	MISIONES	\$ 5.000,00	\$ 9.672,42	Vivienda sólo para Medicina Familiar en Maripá	Incentivo laboral al egreso.
	MERIÑOZA	\$ 7.965,10	\$ 12.639,52		
	SAN JUAN	\$ 5.000,00	\$ 9.672,42		
	SAN LUIS	\$ 9.344,84	\$ 14.017,26		
CORDOBA		\$ 3.597,29	\$ 8.666,71	Vivienda sólo en el interior	Incentivo laboral al egreso.
	CORDOBA FEM-UNC	\$ 9.012,73	\$ 13.317,46		
CENTRO	SANTA FE	\$ 11.121,48	\$ 17.805,90	Vivienda en algunos hospitales del interior	Incentivo laboral al egreso de Medicina General y otras críticas.
	ENTRE RÍOS	\$ 5.669,58	\$ 10.342,00		
	BUENOS AIRES (FPE)		\$ 10.956,85	Valores diferenciados para residentes casados y solteros.	
	CABA (FPE)	\$ 11.900,00	\$ 11.900,00		
INSTITUCIONES NACIONALES (GUBERNAM. POSADA)			\$ 11.369,83		

Fuente: Elaboración de la DNChySO, con base a información suministrada por la Red Federal de Recursos Humanos de Salud, 2015.

Se han incluido las remuneraciones de las Residencias públicas provinciales de Neuquén, CABA y Buenos Aires que tienen financiamiento provincial exclusivo (FPE) a los efectos de poder comparar la situación de todo el país.

2. Incremento y orientación de las becas nacionales

A partir de 2009 se incrementó sensiblemente la oferta de cargos de primer año, respetando las prioridades del COFESA. Por otra parte, se aprobó la Resolución MSAL 763/09 que autorizó el financiamiento de un cuarto año para las Residencias de Medicina General y/o Familiar y de Pediatría en el caso de que los programas provinciales lo consideraran necesario.

La planificación de la cantidad de cargos a ofertar se realiza en conjunto con cada provincia, a su requerimiento y analizando la capacidad formadora.

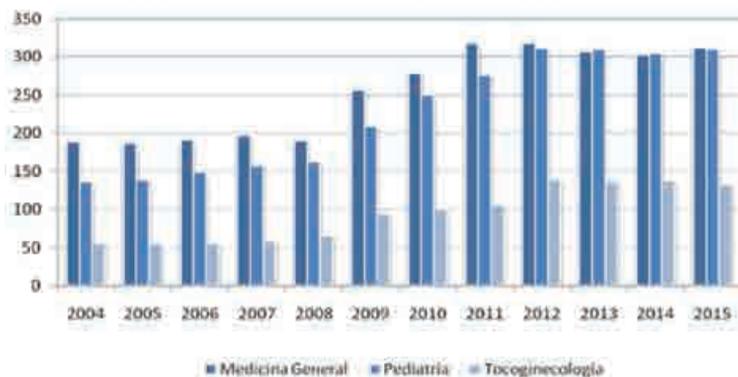
Gráfico 6. Evolución de la oferta de cargos de Residencias Nacionales, 2003-2015.



Fuente: DNCHySO, elaboración propia a partir de la base de datos de Residencias Nacionales, 2015.

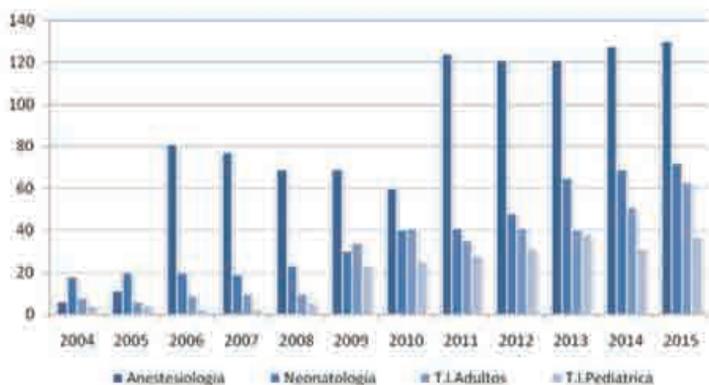
Desde ese momento, el aumento de la oferta de cargos alcanza un 75% pero, si bien la cantidad total de ingresantes también se incrementa, no lo hace en igual proporción (39%). La cantidad total de Residentes financiados por el sistema nacional de Residencias se incrementa en un 50%, guarismo que se ve influido por la prolongación del tiempo de formación. En los gráficos que siguen puede identificarse cómo se aumenta la oferta para ingresantes en las especialidades priorizadas por el COFESA

Gráfico 7. Evolución de la oferta de cargos de Residencias Nacionales para especialidades priorizadas para APS, 2004-2015.



Fuente: DNCHySO, elaboración propia a partir de la base de datos de Residencias Nacionales, 2015.

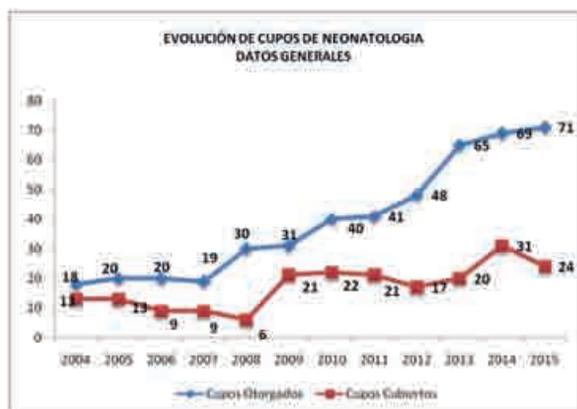
Gráfico 8. Evolución de la oferta de cargos de Residencias Nacionales para especialidades priorizadas de Área Crítica, 2004-2015.

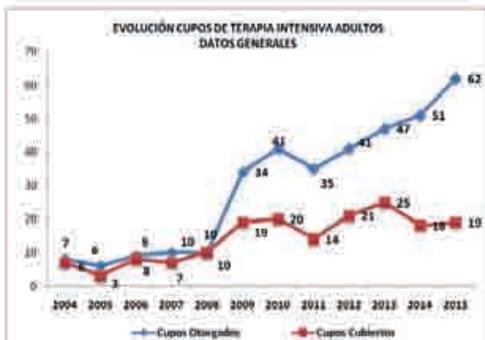
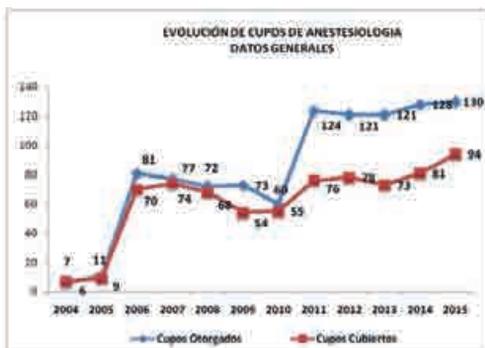
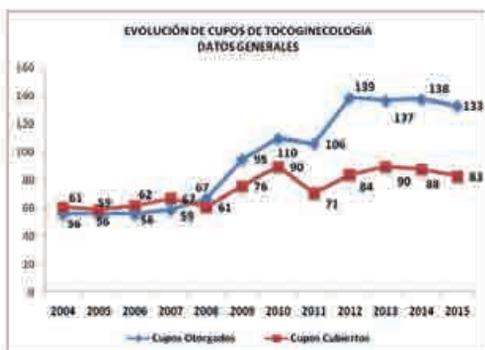


Fuente: DNCHySO, elaboración propia a partir de la base de datos de Residencias Nacionales, 2015.

El incremento de la oferta tiene un impacto dispar en la cobertura según especialidad, encontrándose cifras críticas en Medicina General y/o Familiar y en Neonatología. La situación de la primera es preocupante, ya que luego de un incremento en 2010 fue decreciendo progresivamente hasta las menores cifras de cobertura de los últimos 10 años. En los casos de Pediatría y Tocoginecología, aún con brechas, se verifica un aumento.

Gráfico 9 (varios). Evolución de la cobertura de cargos de Residencias Nacionales, distintas especialidades, 2004-2015.





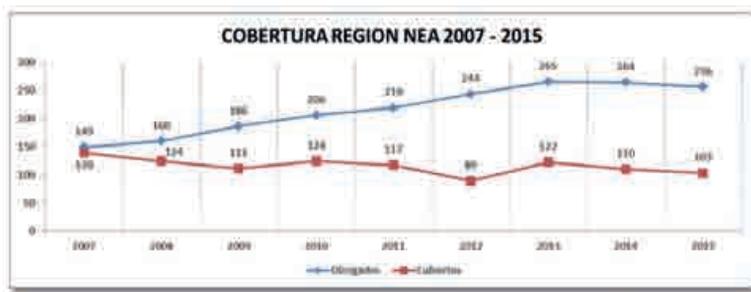
Fuente: DNChySO, elaboración propia a partir de la base de datos de Residencias Nacionales, 2015.

En las diferencias de cobertura se visualizan dos situaciones diferentes: un bajo interés en la especialidad para todas ellas, con excepción de Anestesiología, en donde la oferta de cargos de Residencias nacionales es mediada por los procesos de negociación que las autoridades de cada provincia llevan adelante con los representantes locales de la asociación de anestesiólogos. Lo que se visualiza como cargos ocupados a partir del 2011 coincide con la cantidad real de cargos que las jurisdicciones ofrecen en el concurso, que se cubren en su totalidad.⁴¹

Una mirada a la relación entre los que rindieron el Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas y la cantidad de cargos ofrecidos nos permite objetivar, para una media de 2,1 postulantes por cargo concursado, cuáles son aquellas especialidades que tienen mayor y menor demanda. De las especialidades priorizadas, sólo Pediatría, por escaso margen (2,5 postulantes por cargo), y Anestesiología (5,6), quedan con una cantidad de postulantes por encima de la media.⁴²

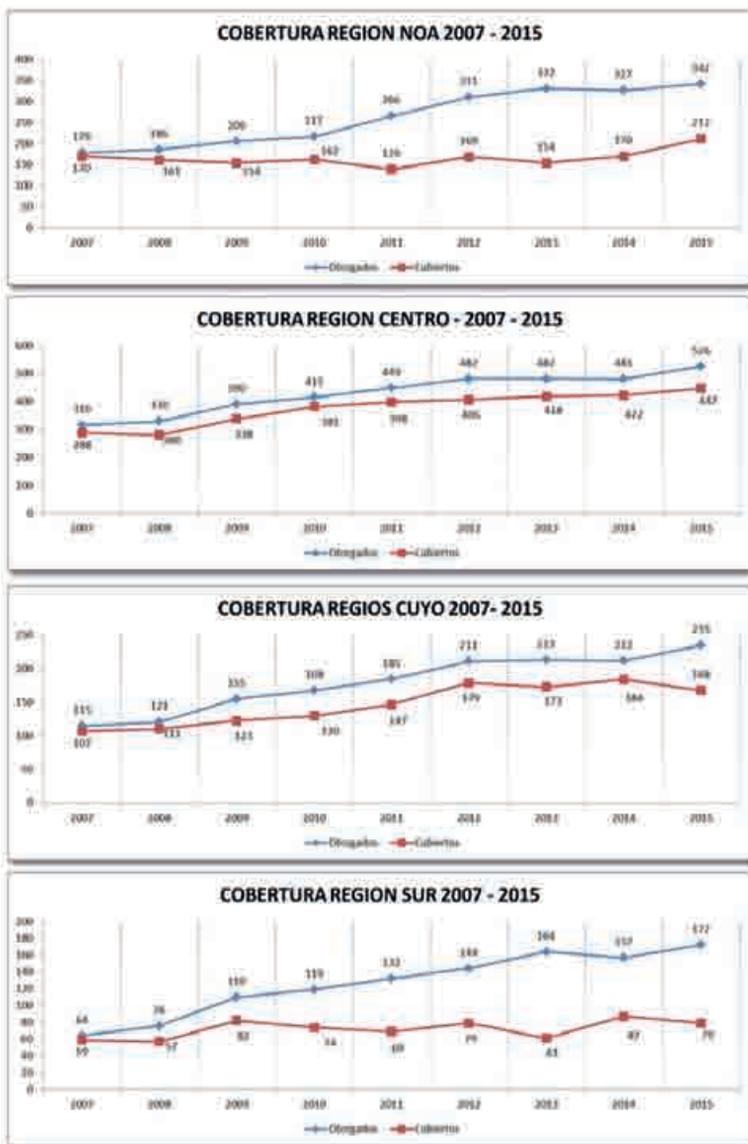
Por otra parte, también la cobertura de los cargos es desigual en las distintas regiones, reforzando las inequidades .

Gráfico 10 (Varios).Evolución de la cobertura de cargos de Residencias nacionales en las diferentes regiones, 2007-2015.



41. El Ministerio de Salud de la Nación asigna a cada jurisdicción una cantidad de cargos, acorde con la necesidad de formación de anestesiólogos. Los ministerios provinciales ajustan el número de cargos que efectivamente concursan en el marco de sus relaciones con la asociación de anestesiología. Por eso existe una brecha entre los cargos ofertados (que no son realmente concursados) y los ocupados (coincidentes en número con los cargos efectivamente concursados).

42. Para ampliar el análisis sobre el proceso de Examen Único, ver el Capítulo 5 en este mismo volumen.



Fuente: DNChySO, elaboración propia a partir de la base de datos de Residencias Nacionales, 2015.

Se combinan múltiples factores para interpretar estos resultados, que no son objeto de análisis en el presente artículo. No obstante, vale resaltar que tienen mayores posibilidades de cobertura las formaciones que se ofrecen en provincias que cuentan con oferta formativa de grado y con un volumen alto de egresados, en detrimento de aquellas que cuentan con restricciones para el ingreso y bajo número de egresados (Ver Gráfico 1 de egresados por región). También hay mayor demanda para las que se ofrecen en los centros urbanos más densamente poblados o en instituciones de mayor prestigio y en aquellas provincias las que ofrecen condiciones favorables a los que desean migrar.

Por otra parte, indagando sobre las preferencias de los profesionales que rindieron el EU se visualiza que los jóvenes prefieren realizar su formación cerca de donde se encuentran sus afectos⁴³.

Tabla 2. Elección del lugar para realizar la formación según región de nacimiento, de domicilio actual y de institución formadora, preinscriptos al Examen Único, 2015.

Regiones	Adjudicaron en:					
	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia	
Región de nacimiento	85,80%	80,36%	83,05%	83,51%	40,54%	42,34% (Centro)
Región de domicilio actual	96,53%	87,50%	91,53%	88,07%	42,34%	47,75% (Centro)
Región institución formadora	88,64%	58,93%	82,20%	64,21%	18,02%	66,67% (Centro)
				24,56%		(Centro)

Fuente: DNChySO, elaboración propia, 2015.

El cuadro muestra que las preferencias de los postulantes se orientan a la región en la que nacieron, en la que se formaron o en la que tienen su domicilio, excepto para el caso de la Patagonia, en que una alta proporción proviene de la región Centro. Puede verse también que una importante proporción de los que se postulan para el NOA se forman en la región Centro.

43. Acevedo, G, Duré I y otros. Op. Cit.

Los cambios en la gestión de Residencias en la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

La gestión de las Residencias constituye un eje central del trabajo de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Las otras áreas son la de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, el Observatorio Federal de Recursos Humanos y el área de Planeamiento y Capacitación.

A través del financiamiento y contratación de residentes en todo el país se ejerce un rol rector sobre el sistema de Residencias en su globalidad, incidiendo sobre la estructura de este modelo formativo. Pero la potencialidad de la gestión de las Residencias corre el riesgo de diluirse cuando la magnitud de la tarea administrativa que implica la gestión de un volumen anual de contrataciones de 1000 residentes y el seguimiento de casi tres mil distribuidos en las provincias obnubila la visión de la política formativa. La unidad de organización puede convertirse en un área de gestión de personal que discurre rutinariamente como si el sólo hecho de la contratación fuera suficiente para garantizar el proceso formativo. Sin duda, la contratación y el acceso a la remuneración son condiciones indispensables, el primer requisito para que se cumpla dicho proceso. Por lo tanto, adquieren centralidad en las tareas de la Dirección. Otorgar a estas tareas el lugar apropiado y aprovecharlas estratégicamente para sustentar el fortalecimiento de las estructuras formadoras, es un primer desafío en la organización del trabajo.

En un inicio, las definiciones del COFESA fueron el eje de la reestructuración de la unidad de organización, en la cual la tarea administrativa de contratación de Residentes ocupaba el 90% del tiempo del escaso personal.

Por otra parte, se contaba con poca información sistematizada. Aun cuando en la DNCHySO existía una base que registraba a todos los residentes ingresantes, había sido pensada para gestionar administrativamente y no estaba preparada para producir informes que apoyaran un proceso de planificación.

Para cumplir con el mandato del COFESA se requería de cambios en la gestión de la unidad de organización:

1. Otorgar centralidad a la planificación y gestión del proceso formativo: profundizar en las singularidades de las provincias, reconocer sus tensiones, anticipar los problemas de las Residencias y establecer consensos federales.

2. Jerarquizar el trámite de contratación, como proceso que inserta al residente en un marco de derecho, le brinda protección para su tarea cotidiana y le permite acceder a una remuneración que facilita la atención de sus necesidades mientras se forma. Optimizar sus tiempos.

3. Aprovechar estratégicamente la asignación de cargos para fortalecer las sedes de formación, en tanto se iba desarrollando el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

4. Consolidar información sobre la diversidad de las Residencias del país y establecer mecanismos de comunicación a nivel nacional sobre las mismas.

1. Trámite de contratación

Si bien se trata de un proceso dinámico, que se va mejorando progresivamente, intentaremos dar cuenta de cómo se integraron las tareas de asignación de cargos y contratación al proceso de fortalecimiento de las sedes y la utilización de la información para mejorar el proceso de planificación.

En una primera etapa

- Se intensificó la utilización de la base de registro de los residentes, permitiendo efectuar reportes y estadísticas con tecnología que interrelaciona distintas bases de datos para evaluar demanda y cobertura histórica de las vacantes en cada provincia.
- Se actualizó la situación de las promociones y se mejoró el circuito de trámite de renuncias. Se establecieron fechas límite para la remisión de los trámites por parte de las provincias.
- Se implementó la obligatoriedad de remitir los rankings de los exámenes provinciales de Residencia, para mejorar la transparencia en las contrataciones.
- Se estableció un nuevo circuito para la confección de las contrataciones, consensuado con las distintas áreas intervinientes del Ministerio, que agilizó los tiempos de tramitación.

Respecto de la gestión administrativa de los contratos de Residencias, si bien la base de datos corría sobre un programa antiguo y complejo de administrar, se procedió a Informatizar totalmente el registro de los residentes de financiamiento nacional y se incluyó mayor cantidad de datos de los mismos.

Como desarrollos informáticos, se incluyeron:

- Desarrollo de una página web para residentes en 2010.
- Disponibilidad online de la documentación correspondiente a la contratación de nuevos residentes, junto con una guía para la confección de los mismos y un listado de preguntas frecuentes.
- Desarrollo de un Sistema de Control y Adjudicación de Cupos de Residencias con Financiamiento Nacional.
- Anticipación de promociones y renunciaciones vía web.

En una segunda etapa, la consolidación del trabajo en red con los responsables de recursos humanos y capacitación de las provincias, el desarrollo del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias y el crecimiento del equipo pedagógico permitieron una mayor integración de ambos sistemas. Este salto, fortaleció la rectoría y gobernanza de las Residencias en forma global, no sólo en la planificación sino en la calidad de la formación. A partir de ello se implementaron mayores exigencias para la gestión:

- El pedido y asignación de cargos se realizaría por especialidad y por sede formadora (originalmente se asignaban por provincia y especialidad).
- Se enviaría el programa actualizado (no más de cinco años de antigüedad) y adecuado al marco de referencia de la especialidad, si lo hubiera. Al momento de la asignación de cargos, se incluirían los años a financiar de la Residencia según el programa.
- Para el caso de pedido de apertura de Residencias en nuevas sedes era necesaria una visita previa de evaluación.
- La asignación de cargos estaría en relación con el cumplimiento de las etapas de la acreditación, obligatoria para las Residencias nacionales. Respecto de los sistemas de información y comunicación:
 - Se comenzó a coleccionar información sobre todas las ofertas de Residencias y se articuló con el Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud, <http://www.msal.gov.ar/observatorio/>

- Se incorporaron a la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) los datos de formación a través de la Residencia de 13.000 profesionales egresados del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud (Ficha del Profesional).
- Se actualizó la página web en 2014, haciéndola más interactiva y con mayor información de las Residencias, del Sistema de Acreditación y del Examen Único. <http://www.msal.gob.ar/Residencias/>
- Se trabajó en la difusión de la información a través de las redes sociales (Facebook: Ministerio Salud Residencias Argentina, <https://www.facebook.com/examenunico/?fref=ts>)
- Se desarrolló el Registro de Residencias del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). Actualmente, está en elaboración dentro de este registro un módulo de contratación de residentes que permitirá migrar el viejo sistema al SISA.

2. Gestión de la información

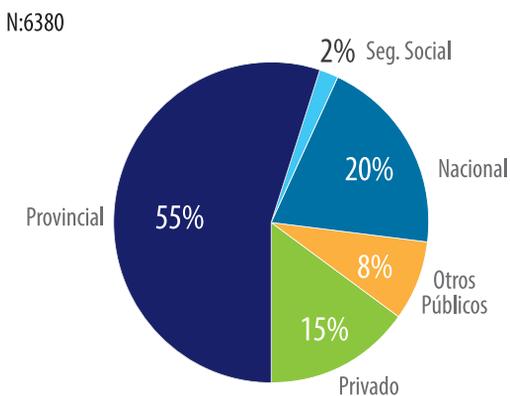
En el desarrollo del presente artículo se da cuenta de las mejoras producidas en el Sistema de Información de Residencias Nacionales, lo cual resulta explicitado en la exposición de datos realizada. No obstante, ha sido parte de la preocupación por las políticas de formación de posgrado el poder ampliar la información sobre todas las ofertas a través de esta modalidad.

Hasta el año 2012, se contaba sólo con información de las Residencias con financiamiento provincial y nacional, que alcanzaba una cifra de 3.000 cargos para el ingreso a Residencias médicas, lo que evidenciaba una cifra preocupante de 1,8 egresados de Medicina para cada cargo⁴⁴. El número no sólo era insuficiente para brindar a todos la posibilidad de realizar una Residencia: además, en un contexto de escasez de cargos, no se alcanzaba la cobertura deseada. La falta de una regulación específica dificultaba contar con datos válidos de otros sectores formadores, como el universitario, el privado y la seguridad social. En 2013, a partir del Sistema Nacional de Acreditación y del trabajo articulado con el Ministerio de Educación y las universidades, se comienza a disponer de mayor información que se sistematiza desde el Observatorio Federal de Recursos Humanos.

44. Duré, I; Daverio, D; Dursi, C. op. cit.

En el gráfico que sigue puede verse la distribución de la oferta de cargos de ingreso al sistema de Residencias en 2014, que muestra una presencia de la oferta privada de Residencias de la que no se tenía referencias hasta el presente. Es un ejemplo de las posibilidades que brindan los procesos de acreditación en relación con el acceso a la información y la transparencia.

Gráfico 11. Cargos de Residencia ofrecidos para 1er año. Total país, todas la profesiones del equipo de salud, según financiamiento. Año 2014.

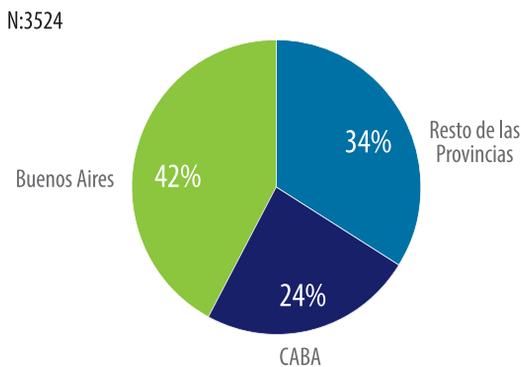


Fuente: DNChySO, elaboración propia a partir de la Base de Datos de Residencias, 2014.

La mayor parte de los cargos (75%) corresponde a los ministerios de salud nacional y provinciales, y un 8% corresponde también a financiamiento público de las fuerzas armadas, de seguridad, municipios y universidades. Estos datos son parciales, ya que aún no se cuenta con toda la información respecto de la oferta de Residencias en el sector privado y de algunos municipios del país.

Entre los 3.524 cargos provinciales, las dos terceras partes corresponden a cargos de las jurisdicciones de mayor peso en la oferta de Residencias, que no tienen financiamiento nacional: Buenos Aires, Neuquén y CABA.

Gráfico 12. Distribución de cargos de Residencias de jurisdicción provincial, Noviembre 2014.



Fuente: DNChySO, elaboración propia a partir de datos de la Red Federal de Recursos Humanos de Salud, 2014.

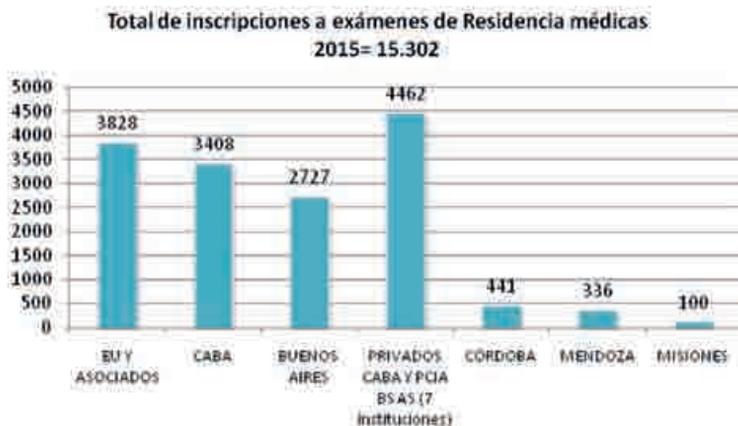
Del total de la oferta, el 82% son Residencias médicas (5.252 cargos) y de éstas, 4.791 son Residencias a las que se accede con el título de grado. Si lo cotejamos con los egresos del 2013, vemos que, aun con datos parciales, la cantidad de egresados señalada para el año 2013 es inferior a la cantidad de Residencias concursadas en 2014. También es importante destacar que en el Ministerio de Educación de la Nación se convalidaron 1.149 títulos de médicos extranjeros durante el 2013⁴⁵, que cubren una porción de los cargos ofrecidos constituyendo una tendencia en alza⁴⁶.

Un relevamiento efectuado desde la DNChySO en 2015 sobre inscripciones a los concursos públicos provinciales y algunas instituciones privadas de la provincia de Buenos Aires, arrojó que se registraron un total de 15.302 inscripciones a exámenes de Residencias médicas, que correspondían a 6.442 profesionales. De estos, 3.425 rindieron más de un examen.

45. Información suministrada por la Dirección Nacional de Gestión Universitaria, julio de 2015

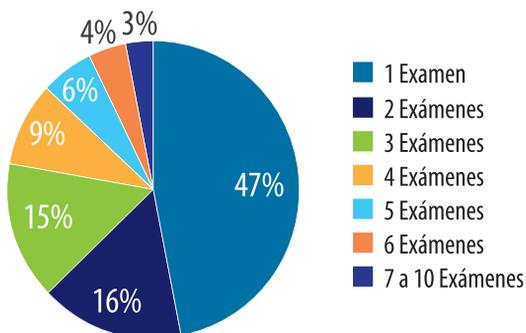
46. Ver Capítulo 4, en el presente volumen.

Gráfico 13. Distribución de inscripciones a exámenes de Residencias médicas, 2015.



Fuente: DNCHySO, elaboración propia a partir de datos propios y de la Red Federal de Recursos Humanos de Salud, 2015.

Gráfico 14. Profesionales habilitados a rendir, según cantidad de exámenes en los que estaban inscriptos, 2015.



Fuente: DNCHySO, elaboración propia a partir de datos propios y de la Red Federal de Recursos Humanos de Salud, 2015.

Estos datos refuerzan la importancia de una política concertada para la oferta de formación.

Si bien el sector público cuenta con la oferta mayoritaria, es evidente que es necesario profundizar en el proceso de cohesión para poder ejercer una rectoría efectiva sobre la planificación de especialistas. Los jóvenes profesionales disponen aún de la posibilidad de itinerar por distintas opciones haciendo prevalecer sus preferencias por sobre las necesidades sanitarias.

3. Investigaciones

El escenario se completa con la información que aportan las investigaciones promovidas desde la DNCHySO.

Como los esfuerzos por orientar el sistema desde la Estrategia de APS se ven limitados por la falta de formación de médicos especialistas en Medicina General y/o Familiar, se promovió una línea de investigación específica para indagar sobre el tema, que brindó evidencia sobre las razones de permanencia o abandono de la especialidad, ligadas a las condiciones de trabajo, la falta de acceso a la capacitación y la poca jerarquización de la especialidad.⁴⁷

También se ha hecho mención al estudio realizado entre profesionales que no accedieron al EU para conocer que alternativa de formación elegían⁴⁸. Surgió que el 74% de estos profesionales se encontraban haciendo una Residencia y que, de la proporción restante, otros habían optado por formaciones no rentadas (adscripciones, concurrencias) con la expectativa de ingresar a la Residencia al año siguiente. La Residencia, y en particular la del sector público, configuran la opción privilegiada por los entrevistados. Como se ha expresado, la elección de las Residencias aparece marcada por el prestigio de las sedes de formación y la cercanía a los afectos, pero el estudio alerta respecto de que no hay que desconocer que la toma de decisiones es resultado de un sistema complejo ligado a factores de carácter instrumental, cultural y emocional, que se combinan en forma particular en cada persona.

4. Nuevo reglamento de Residencias

En el año 2008 se había aprobado la Resolución MSAL N° 303/08 con los lineamientos para la gestión de Residencias. Dicha norma tenía su eje

47. Kremer P, Daverio D, op cit.

48. Acevedo, G, Duré I, op. Cit.

puesto en la gestión de la contratación administrativa y no en el proceso formativo, con bastantes zonas grises, reiteraciones e incluso algunas contradicciones. Además, había sido aprobado en forma previa a la puesta en funcionamiento del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y del Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas.

Progresivamente, fue mostrándose insuficiente para contener una serie de problemáticas surgidas de una gestión integral de las Residencias y motivó discusiones entre la DNCHySO y los responsables de la Red Federal de Recursos Humanos en Salud orientadas a plantear una norma superadora. En noviembre de 2015 se aprueba el nuevo Reglamento de Residencias Nacionales, Resolución MSAL 1993/15.

Un reglamento tiene el objeto de encuadrar las relaciones entre el Ministerio, el Residente y la Sede Formadora, a la vez que transparenta y hace explícitos derechos y obligaciones de las partes y facilita la gestión del proceso de formación. En el caso de un reglamento nacional, además genera rectoría, en tanto es un modelo para el resto de los reglamentos provinciales.

La nueva norma, pensada desde una visión integral, articula en forma estratégica el financiamiento de las Residencias Nacionales con las políticas regulatorias. Recoge la experiencia de 7 años de gestión y de los problemas surgidos en el proceso formativo y es el producto del debate y las observaciones realizadas por los responsables provinciales de Residencias y de las instituciones nacionales, en un marco de gestión concertada.

El reglamento pone el eje en los derechos de los profesionales en formación, para generar mayor accesibilidad al proceso formativo, a la vez que contempla el cambio demográfico en la composición de los profesionales que realizan la Residencia. Se definen los componentes del sistema y se incluye la perspectiva de la gestión de la capacitación y del SNARES.

Define:

- La Residencia como sistema de formación de posgrado para graduados recientes, remunerado y por un tiempo acotado, con dedicación exclusiva y a tiempo completo.
- El encuadre en un programa formativo y en una sede acreditada.
- Las distintas modalidades de Residencia (básica y posbásica).

- El ingreso por concurso público y abierto, exclusivamente a través de Examen Único para las profesiones en que exista esta modalidad.
- Gradualidad de proceso formativo: actos profesionales con autonomía y responsabilidad creciente de acuerdo a los objetivos fijados en el Programa y con supervisión directa en todos los actos del primer año y con supervisión indirecta a partir de los años posteriores.
- Carga horaria semanal y guardias de no más de 12 horas separadas con descanso pos guardia obligatorio.
- Condiciones de Promoción y tipo de evaluación.

Establece:

- Excepción al grado universitario para enfermeros en áreas priorizadas (título de pregrado universitario o técnico con validez nacional).
- Derechos del residente: Suscripción de contrato de formación en servicio, Remuneración con aportes y contribuciones a la seguridad social y cobertura de riesgo de trabajo, período de financiamiento por Residente (6 años), comida, habitación de guardia, lugar de descanso y estudio, concurrencia a Jornadas y Congresos.
- Prórroga de promoción (y de contrato si fuera necesario) de hasta seis meses en caso de embarazo.
- Obligaciones del residente: Conocer y cumplir con el programa de formación, asumir con responsabilidad las tareas asistenciales que se le asignen; consultar obligatoriamente a sus instructores, tutores y/o al jefe de servicio frente a un problema cuando la complejidad del caso lo exija; participar en la elaboración y presentación de trabajos científicos.
- Obligaciones de la sede formadora: contar con Programa de Formación al momento de solicitar la asignación de cargos para la Residencia; garantizar al Residente la supervisión docente; garantizar la formación docente continua de los profesionales que formarán a los Residentes; contar con un área de docencia; asegurar al Residente la provisión de todos los recursos materiales y organizacionales necesarios para sus actividades.

El nuevo reglamento es el corolario de un ciclo de trabajo colectivo, orientado a pensar estratégicamente la gestión de las Residencias y a promover condiciones de formación para un aprendizaje efectivo y para la mejor atención de las personas en el sistema de salud.

5. Concurso de Instituciones Nacionales⁴⁹

Las Residencias de las instituciones dependientes del Ministerio de Salud de la Nación históricamente realizaban su concurso de ingreso con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Con la implementación del Examen Único, se tomó la decisión de que estas instituciones se sumaran a dicha iniciativa. Ello implicó el desafío de generar un concurso para dichas instituciones⁵⁰ que pudiera contener toda su diversidad. Requería elaborar un reglamento, establecer un método de ponderación y ranking de los postulantes, poner en funcionamiento una oficina para recibir las inscripciones, organizar sedes de examen para 2000 personas y realizar la adjudicación de cargos.

Para ello, debieron ponerse de acuerdo y aportar recursos todas las instituciones y el Ministerio de Salud. LA DNCHySO y la Dirección de Supervisión y Monitoreo de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales coordinaron el proceso, que constituyó el desarrollo de nuevas capacidades de gestión para todos los involucrados.

Se estableció un régimen de reuniones periódicas, pero también los responsables de docencia de estos hospitales comenzaron a participar de los encuentros de EU y a sumarse a los debates sobre las Residencias. Ello fue el punto de partida para un trabajo más integrado con la DNCHySO y entre las instituciones para abordar temas en conjunto como contenidos transversales de la formación⁵¹ y mejora de programas y rotaciones.

49. Las instituciones nacionales son: Hospital Nacional Alejandro Posadas, Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones (ex CENARESO), Centro de Genética, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan Garrahan, el Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner.

50. Recordemos que el EU unifica la herramienta de examen, la preinscripción y el cronograma, pero cada jurisdicción preserva su concurso.

51. Ministerio de Salud de la Nación, Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Normativas, Guías y Estándares a 7 años de su creación, 2014. Disponible en http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/recursos/publicacion_snares.pdf

Tabla 2. Cantidad de profesionales médicos que rindieron examen y cargos ofrecidos en el marco del concurso de Instituciones Nacionales – Garrahan – El Cruce

CONCURSO INSTITUCIONES NACIONALES -GARRAHAN-CRUCÉ		
	2014	2015
POSTULANTES PRE INSCRIPTOS	2119	2204
POSTULANTES HABILITADOS PARA RENDIR EU	1709	1878
POSTULANTES QUE RINDIERON EXAMEN EU	1273	1371
Cargos CONCURSADOS	153	171
Cargos Cubiertos	150	159

Fuente: DNCHySO, elaboración propia a partir de datos propios, 2015.

El concurso tuvo una amplia convocatoria con buenos resultados de cobertura⁵². Los números dan cuenta de la carga de trabajo que demandó el dispositivo, que se llevó adelante en ambos años afectando a personal de las instituciones y del ministerio en forma temporaria en una oficina cedida por el Hospital Garrahan, con el objeto de no generar estructuras innecesarias dada la temporalidad de las tareas.

Fortalecimiento de las estructuras formadoras y de conducción de las Residencias

Al hacer referencia a los cambios en el sistema de gestión de cargos de Residencias, se ha mencionado la potencia que tuvo el desarrollo del SNARES para integrar estratégicamente todo el proceso de mejora de calidad de las Residencias.

El progreso de la acreditación permitió también orientar la asistencia técnica a las Residencias y dio lugar a nuevos desarrollos para acompañar la gestión del Sistema y fortalecer las estructuras formadoras provinciales.

1. Desarrollo de herramientas para la gestión de la capacitación

Algunos desarrollos estuvieron ligados a herramientas específicas, como la **Guía para la elaboración de programas de Residencias**⁵³, que provee un formato y recomendaciones metodológicas para facilitar la tarea, el Re-

52. Ver Capítulo 5 sobre el proceso de EU.

53. Ministerio de Salud de la Nación, Guía para la Elaboración de Programas de Residencias, Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/guia%20para%20la%20elaboracion%20de%20programas%20de%20residencia.pdf>

gistro de Prácticas y Procedimientos para la evaluación de residentes⁵⁴

que ofrece un soporte para promover el registro sistemático de las prácticas, la Guía para la Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud, que brinda un abanico de opciones para esta tarea compleja y el Registro de Residencias en el Sistema de Información Integrada Sanitario Argentino (SISA).

2. Asistencia técnica a Residencias

Por otro lado, desde la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional se potenciaron los dispositivos de acompañamiento de las Residencias a partir de las recomendaciones de la acreditación. En servicios en los cuales el responsable provincial tenía dificultades para mejorar las condiciones de la Residencia, la intervención externa abrió también las puertas a discusiones locales y a la posibilidad de proponer cambios desde los ministerios provinciales.

Los resultados del proceso de acreditación, y también la puesta en práctica de los estándares específicos por especialidad para la formación (Marcos de Referencia), fueron generando necesidades de asistencia técnica específica. La elaboración del programa de formación, la definición de criterios para la evaluación que acompañasen el proceso de aprendizaje y la práctica supervisada, fueron algunos de los motivos para la organización de espacios de trabajo como espacios de trabajo colaborativo, para mejorar o generar mejores condiciones para la planificación y evaluación de los aprendizajes.

Asimismo, se implementaron visitas técnicas, que tuvieron como foco el acompañamiento a los responsables de las Residencias para el seguimiento del desarrollo de las Residencias vigentes que hubieran acreditado por períodos de tiempo acotados o que estuvieran prontas a la re acreditación. Estas acciones se desarrollaron considerando el estado de situación de la oferta local de Residencias y las particularidades de cada especialidad.

El propósito general en la elaboración de programas, tuvo como foco la elaboración de un programa único por especialidad y por jurisdicción que contenga las adecuaciones por sede.

54. Registro de Prácticas y Procedimientos para la evaluación de residentes. Disponible en http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/recursos/registro_de_procedimientos.pdf

55. Ministerio de Salud de la Nación, Guía para la Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud, Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Disponible en http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/recursos/guia_evaluacion_desempeno_residencias.pdf

Tabla 3. Talleres de fortalecimiento de los equipos docentes de Residencias 2014-2015

Año	Mes	Jurisdicción	Especialidades	Destinatarios
2014	Abril	La Rioja	Taller de Programas	Responsables de Residencias, Jefes de Residentes e Instructores (20)
	Mayo	San Luis	Taller de Programas	Jefes de Residentes e Instructores. (25)
	Junio	Tucumán	Taller de Programas	Responsables de Residencias, Jefes de Residentes e Instructores. (50)
	Agosto	Santa Fe	Taller de Programas	Jefes de Residentes e Instructores.
	Septiembre	San Juan	Taller de programas	Jefes de Residentes e Instructores. (50)
	Septiembre	NOA	Taller de diseño de Instrumentos de evaluación	Jefes de Residentes e Instructores. (200)
	Octubre	NEA	Taller de Programas/ Criterios para la evaluación.	Referentes. Jefes de Residentes e Instructores. (100)
2015	Junio	Chubut	Diseño de Instrumentos de evaluación	Jefes de Residentes e Instructores (20)
	Agosto	La Pampa	Taller de Programas/Criterios para la evaluación	Jefes de Residentes e Instructores (25)

Fuente: DNChySO, elaboración propia a partir de datos propios, 2015.

3. Formación docente

Dentro de una concepción de educación permanente, se diseñó y desarrollaron tres ediciones del **Curso Virtual de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias**, en colaboración con OPS (2013, 2014 y 2015). La iniciativa nació como una respuesta a las dificultades que enfrenta la práctica docente cuando tiene lugar en el marco de los procesos de trabajo y al interior de los servicios de salud. El Curso planteó un espacio sistemático de formación pedagógica para los formadores de los sistemas de Residencias de salud, valorizando su práctica docente y facilitando el desarrollo de propuestas y estrategias de enseñanza y evaluación superando la visión tradicional, que asigna la función docente exclusivamente a quienes enseñan en el marco de una clase. Se integró también la estrategia de difundir e implementar el trabajo con las herramientas antes enunciadas y sobre los marcos de referencia.

Durante estos años, los participantes han manifestado mucho interés por el curso. Esto se refleja no sólo en las apreciaciones y devoluciones de las encuestas, sino también en el incremento de la matrícula: Año 2013: 170 participantes; 2014: 200 participantes; 2015: 229 participantes.

Construyendo herramientas para la planificación de las Residencias

La preocupación por la planificación de la formación de especialistas en un contexto tan complejo motivó a las autoridades del Ministerio a profundizar en alternativas para orientar las estrategias a seguir.

Durante el año 2014 fue requerida la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud y de la Escuela Andaluza de Salud Pública con el objetivo de *“Proponer un modelo de Planificación de especialistas médicos adaptado a las fuentes de información disponibles que permita identificar desequilibrios entre la oferta y la demanda de médicos especialistas en Argentina”*⁵⁶

El desarrollo del proyecto se realizó con la participación de la Direcciones Nacionales de Capital Humano y Salud Ocupacional y de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios, del Ministerio de Salud de la Nación, y con las contrapartes provinciales de dichas direcciones.

Se partió de las siguientes premisas:

- Disponer de una línea base sólida que caracterice la situación de partida, para planificar donde queremos ir es necesario conocer donde estamos.
- Tomar decisiones para adecuar la formación de especialistas a las necesidades de las diferentes Provincias logrando el equilibrio entre la oferta de especialistas y la demanda de los mismos por parte de los sistemas de salud.
- Incorporar a los actores relevantes en el proceso de planificación para construir políticas de recursos humanos en general y específicamente de la formación de médicos especialistas en consenso que den respuestas a las necesidades de las Provincias y conlleve el beneficio global del país.

56. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Estudio para la planificación de especialistas médicos en Argentina, Informe preliminar 2015.

En función de ello, se formularon los Objetivos específicos del estudio:

1. Identificar un procedimiento de tratamiento de la información para disponer de datos requeridos en el modelo de Planificación de Médicos en Argentina.
2. Construir la línea base que incluya la descripción de la situación de la oferta de médicos y médicos especialistas en Argentina.
3. Analizar factores que influyen en la demanda/necesidad de especialistas médicos y que condicionarán su evolución.
4. Proponer un modelo causal y algoritmos matemáticos que permita proyectar la oferta y simular la demanda de especialistas médicos bajo escenarios alternativos con horizonte temporal 2025.
5. Realizar simulaciones para la oferta, demanda y requerimientos del número de médicos hasta el 2025 bajo escenarios alternativos y un conjunto de especialidades seleccionadas.
6. Proponer un conjunto de acciones para hacer frente a los posibles déficit o superávit resultantes de la aplicación del modelo de planificación.
7. Revisar las principales dificultades y oportunidades para la consolidación del Modelo.

Específicamente se plantea el análisis de especialidades médicas priorizadas que, en los momentos de elaboración del estudio, disponen de criterios mínimos armonizados para la formación de especialistas de manera que aseguren estándares de calidad, a través de lineamientos curriculares comunes, que son los marcos de referencia de especialidades elaborados en el contexto del SNARES: Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Neonatología, Cirugía General, Clínica Médica, Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Infantil, Cardiología.

Dicho estudio estará disponible en diciembre de 2015, pero el informe preliminar ya permite establecer una línea de base que describe la situación y limitaciones de los especialistas a nivel nacional y provincial. Asimismo, permite mostrar simulaciones, es decir, proyecciones de necesidades a medio plazo. A nivel nacional, el modelo facilita la planificación formativa (pla-

zas de las facultades de medicina y plazas de Residencias), y la planificación de políticas migratorias y/ o laborales a nivel país. Del mismo modo, tiene la fortaleza de que a nivel provincial se disponga de una metodología para el proceso de planificación. No obstante, para que sea útil y eficaz deben establecer una línea base sólida de la oferta real de la Provincia, así como determinar correctamente la demanda y previsión de crecimiento. Es importante destacar que el Estudio plantea la necesidad de trabajar coordinadamente a escala federal, ya que el ejercicio de planificación no se puede hacer aisladamente pues generaría errores graves al no contemplar los flujos de movilidad interna de residentes y especialistas entre Provincias.

Respecto de la información y datos disponibles, el Estudio mostró una elevada disponibilidad y calidad de la información de REFEPS, Residencias Nacionales y de la Secretaría de Políticas Universitarias (ME) y el compromiso de las Provincias que facilitaron los datos de planteles y Residencias provinciales. El modelo, por su parte, ha servido para definir un conjunto de datos mínimos que deberían ser provistos por ellas.

En relación con las estrategias que deberán tenerse en cuenta para abordar los resultados, se alerta que su interpretación se debe hacer en el contexto de las necesidades y de las estrategias y políticas definidas para abordarlas, es decir, a la luz de un objetivo estratégico del Sistema Sanitario. De este modo, respecto al déficit o superávit, tampoco se puede valorar la situación de las Provincias de forma aislada. La tasa objetivo de especialistas a alcanzar durante el periodo debe ser definida de forma nacional incorporando las singularidades provinciales y regionales.

En cuanto a las limitaciones en la certificación de especialidades, se destacan como hallazgos que los especialistas identificados no se encuentran en su totalidad certificados, y por ello sería necesario una estrategia que garantice que dicha certificación sea obligatoria. Y, junto con ello, garantizar las competencias profesionales adecuadas en pro de la calidad asistencial y seguridad del paciente. Con respecto a la oferta de grado y formación de especialistas vía Residencia, se ha identificado demasiada variabilidad, lo cual no garantiza un sistema homogéneo. La fragmentación de las vías de especialización debilita el modelo de planificación.

A partir de estos resultados y reflexiones y remarcando la complejidad del proceso de planificación, el estudio plantea los siguientes desafíos: coordi-

nar y consensuar con todos los actores la calidad de los datos; implicarlos para la planificación conjunta de las necesidades de especialistas en el país recogiendo la singularidad de cada Provincia; identificar un catálogo común de ocupaciones para sector público y privado; poder diferenciar una matrícula principal en la Provincia habitual de trabajo; utilizar REFEPS para el Registro de Residentes activos; registrar también los especialistas formados por otras vías; y continuar con la normalización de las Residencias, mejorando la calidad de los procesos formativos y estableciendo pautas comunes para el funcionamiento de todas las Residencias del país.

Los Desafíos a Futuro del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud

Como hemos visto hasta aquí y ha sido planteado en artículos anteriores, la consolidación del Sistema Nacional de Residencias es un proceso que se lleva adelante a través de múltiples objetivos que involucran a una gran cantidad de actores.

Requiere de una visión estratégica y de decisiones políticas que promuevan espacios de consenso y cambios organizacionales orientados hacia un objetivo común.

En los últimos ocho años se han encarado modificaciones profundas en el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, pero la fragmentación en la formación de especialistas atenta contra una planificación efectiva, aun con los logros en la cohesión del sistema realizados a través de la Red de Recursos Humanos y Capacitación en Salud.

No alcanza con el incremento de las plazas de las Residencias para orientar el proceso formativo en línea con las políticas sanitarias: es necesario pensar en una reestructuración global de la oferta y también en las condiciones de trabajo de las distintas especialidades. Para ello corresponde encarar un trabajo de revisión de la diversidad de las especialidades ofertadas en las Residencias, junto con las provincias y con el resto de los actores del sector público. El estudio para la Planificación de Especialistas Médicos en Argentina proveerá una línea de base para avanzar en ese sentido.

A partir de una definición de prioridades ya no sólo a nivel nacional sino

regional, se deberá profundizar el trabajo con los ministerios de salud jurisdiccionales sobre la cantidad de cargos necesarios en cada especialidad y respecto de la posibilidad de asignar incentivos económicos diferenciados y significativos para la formación en especialidades priorizadas en las áreas de baja cobertura. Ello requerirá de información actualizada en forma permanente tanto de los sistemas formativos de grado y posgrado como de los planteles y especialistas certificados.

La continuidad del proceso de acreditación y los desarrollos que de él se derivan, permitirán perfeccionar las condiciones educativas y de trabajo de las Residencias, tanto respecto de la estructura docente como del respeto por los horarios, frecuencia de guardias y otras recomendaciones que surgen de las evaluaciones.

El nuevo reglamento es un paso del sistema de Residencias hacia uno más humanizado, que permita a todos los profesionales compatibilizar el proyecto de formación con los proyectos familiares. No obstante, requerirá de acciones y acuerdos por parte de todos los involucrados para ponerlo en funcionamiento en forma efectiva.

Recapitulando las distintas acciones que se han llevado a cabo en el marco de esta política de formación, podemos ver que la consolidación del Sistema Nacional de Residencias es un proceso que requiere trabajar federal e intersectorialmente generando espacios de discusión, fortaleciendo capacidades a nivel provincial, consolidando acuerdos, respetando las distintas visiones, construyendo confianza y aportando a la construcción y sostenimiento de buenas prácticas que sean extensivas al colectivo.

Referencias Bibliográficas

Ministerio de Salud de la Nación, Residencias del Equipo de Salud, Documento Marco Bs. As., 2011. En http://www.msal.gob.ar/Residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf

Ministerio de Salud de la Nación, Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Normativas, Guías y Estándares a 7 años de su creación, 2014. Disponible en http://www.msal.gob.ar/Residencias/images/stories/descargas/recursos/publicacion_snares.pdf

Duré, I; Daverio, D. y Dursi C. Planificación y Gestión del Sistema de Residencias en Argentina, Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2013. Disponible en http://www.msal.gov.ar/Residencias/images/stories/descargas/datos/DURE-DAVERIO-DURSI-ObservatRHUS_Planif_Gestion_SistResid-2013.pdf

Acevedo, G, Duré I, Cadile M., Dursi, C., Ciaravino O., Nasini S y Farías M Alternativas de formación elegidas por los concursantes del sistema nacional de Residencias médicas que habiendo aprobado el examen único no accedieron al cargo. Estudio multicéntrico en las jurisdicciones De Santa Fe, Neuquén, Salta y San Juan. Año 2014. Estudio colaborativo multicéntrico desarrollado en el marco de las Becas Carrillo Oñativia, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires. Disponible en http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/informe-final%20emc%202014_10_06_2015.pdf

Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, Barrionuevo K. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic -5 (21):30-37

Ministerio de Salud de la Nación, Guía para la Elaboración de Programas de Residencias, Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/Residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/guia%20para%20la%20elaboracion%20de%20programas%20de%20Residencia.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación, Guía para la Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud, Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Disponible en http://www.msal.gov.ar/Residencias/images/stories/descargas/recursos/guia_evaluacion_desempeno_Residencias.pdf

Davini, Cristina, Educación Permanente en Salud, Serie Paltex para Ejecutores de Programas en Salud N° 38, Organización Panamericana de la Salud, 1995

Normativa

Ley 22127 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) 21-dic-1979
PEN / SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DE SALUD / NORMAS PARA SU ESTABLECIMIENTO Y APLICACION
Publicada en el Boletín Oficial del 08-ene-1980 Número: 24329

Decreto 1133/2009 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) 25-ago-2009
ADMINISTRACION PÚBLICA NACIONAL / CONVENIO COLECTIVO - HOMOLOGACION
Publicada en el Boletín Oficial del 27-ago-2009 Número: 31724

Decreto 1166/2009 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) 01-sep-2009
PEN / DESIGNACIONES
Publicada en el Boletín Oficial del 04-sep-2009 Número: 31730
Decreto 435/2012 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) 22-mar-2012
MINISTERIO DE SALUD / MONTO PARA ASIGNACION DE BECAS - ESTABLECESE
Publicada en el Boletín Oficial del 27-mar-2012 Número: 32366

Decreto 1118/2015 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) 12-jun-2015
PEN /ADMINISTRACION PÚBLICA NACIONAL / HOMOLOGASE ACTA ACUERDO Y ANEXOS - MODIFICACION DECRETOS N° 811/14 Y 435/12
Publicada en el Boletín Oficial del 16-jun-2015 Número: 33151

Resolución 450/2006 MINISTERIO DE SALUD 07-abr-2006
MINISTERIO DE SALUD / RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD / SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD - CREACION
Publicada en el Boletín Oficial del 18-abr-2006 Número: 30887

Resolución 1342/2007 MINISTERIO DE SALUD 10-oct-2007
MINISTERIO DE SALUD / RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD / SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS - IMPLEMENTACION
Publicada en el Boletín Oficial del 26-oct-2007 Número: 31268

Resolución 303/2008 MINISTERIO DE SALUD 10-abr-2008
MINISTERIO DE SALUD / REGLAMENTO BASICO GENERAL - APROBACION
Publicada en el Boletín Oficial del 16-abr-2008 Número: 31385

Resolución 48/2015 SECRETARIA DE POLITICAS REGULACION E INSTITUTOS 11-mar-2015

MINISTERIO DE SALUD / RESOLUCION SPREI N° 59/2014 - MODIFICACION
Publicada en el Boletín Oficial del 18-mar-2015 Número: 33092

Resolución 1993/2015 MINISTERIO DE SALUD 02-nov-2015

MINISTERIO DE SALUD / REGLAMENTO BASICO GENERAL PARA EL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS - APROBACION
Publicada en el Boletín Oficial del 06-nov-2015 Número: 33251

5

EXAMEN ÚNICO DE INGRESO A RESIDENCIAS MÉDICAS

MARÍA ISABEL DURÉ
CAROLINA DURSI

COLABORACIÓN:
WALTER CAFFARENA
MARÍA JOSÉ GARCÍA

Introducción⁵⁷

La formación sistemática de posgrado en las especialidades médicas ha sido el resultado de un proceso continuo y progresivo dirigido a jerarquizar y afianzar la calidad de la formación, incorporar los residentes a la profesión y mejorar la atención de la salud de la población.

La idea fuerza que sustenta las políticas en relación con el sistema de residencias es la configuración de un modelo particular dentro de la formación de posgrado en tanto implica la integración de la práctica intensiva en el medio hospitalario y en los centros del primer nivel de atención, con la generación de conocimientos. El residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: profundiza en un área de conocimiento, al mismo tiempo que tiene la posibilidad de aplicarlos en la práctica cotidiana.

57. El presente artículo es una ampliación y actualización del artículo "Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas. Análisis estadístico de Examen Único 2013". Disponible en <http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/desctacados/examenunico/Analisis-estadistico-EU-2013.pdf>

Este proceso ha sido rico y complejo al igual que el panorama de crecimiento, multiplicación y diversificación de las especialidades profesionales. En efecto, nuevos perfiles de formación fueron integrándose a los equipos de salud como resultado de los avances en las concepciones y conocimientos en el campo de la salud, tanto disciplinarios como interdisciplinarios.

En la Argentina egresan cada año entre 4600 y 5500 médicos de las facultades de medicina públicas y privadas⁵⁸. El sistema de residencias en sus distintas modalidades nacionales, provinciales, privadas ofrece en conjunto aproximadamente 5200 vacantes anuales⁵⁹ para realizar la formación de posgrado en las diversas especialidades médicas, de las cuales 4800 corresponden a residencias básicas. Las distintas jurisdicciones y los hospitales privados realizan la selección de aspirantes para el ingreso a las residencias que ofrecen.

En otros países la selección de aspirantes se desarrolla de forma centralizada, asumiendo el examen de ingreso al sistema la función adicional de “distribución de aspirantes”, según las necesidades de recursos humanos en las distintas áreas y especialidades. En España, se estableció en el año 1997 el Examen de Ingreso a las Residencias MIR⁶⁰, que es convocado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; en Panamá, el Ministerio de Salud encomienda a la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá la aplicación y organización de una prueba única para seleccionar a todos los aspirantes a plazas de residencias en el territorio nacional; en México, el desarrollo del Examen Nacional de Aspirantes para Residencias Médicas (ENARM) está a cargo de una comisión interinstitucional integrada por áreas de educación, salud y hacienda.

En la Argentina, al igual que en otras regiones del mundo, la modalidad de selección de aspirantes para el otorgamiento de vacantes de residencias muestra una tendencia creciente a organizarse de manera centralizada por medio de dispositivos masivos y de instrumentos objetivos. La objetividad constituye una condición *sine qua non* en tanto la imparcialidad y transparencia de los resultados es un requisito ineludible.

58. Datos provistos por el Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación, correspondientes al período 2007-2013.

59. Datos para el año 2014, de acuerdo con el relevamiento realizado por la DNChySO.

60. Médico Interno Residente.

¿Qué es el Examen Único?

El Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU) es parte de un proceso de construcción federal en torno a la formación de profesionales de salud, particularmente dirigido a mejorar la gestión y la calidad de las residencias. Tanto su implementación como su estructura fueron consensuadas y aprobadas en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) y son lideradas desde el Ministerio de Salud de la Nación.

La gestión del 70% de las residencias del país es realizada por las jurisdicciones provinciales. Cada provincia cuenta con una ley de residencias u otro tipo de regulación en el ámbito de la salud, que establece características propias para el ingreso y el desarrollo de la residencia, bajo un marco nacional provisto por la Ley 22.127 y otras reglamentaciones. Los concursos de ingreso se han organizado en general contemplando una prueba escrita y tomando el promedio como uno de sus ponderadores, pero incorporando una diversidad de otros elementos como la entrevista personal por parte de los jefes de servicio, antecedentes académicos, idioma, pertenencia a la jurisdicción, los cuales se combinan en distintas proporciones. En años anteriores, esta situación, sumada a las dificultades de algunos jóvenes para trasladarse, configuraba un marco de inequidad en el acceso a estas plazas de formación. En muchas jurisdicciones la generación del examen y la entrevista las realizaba un solo actor, dando lugar a una pérdida de transparencia en el proceso. La falta de criterios comunes para realizar los exámenes potenciaba la distribución inequitativa de aspirantes. A pesar de las particularidades locales de los distintos dispositivos para el acceso a la residencia, la mayoría de las jurisdicciones han encontrado dificultades para conformar su mapa de especialistas.

El fortalecimiento de la rectoría y la construcción de gobernanza en un país federal plantean a la autoridad sanitaria nacional el desafío de acercar propuestas que respeten las autonomías pero a la vez apunten a generar condiciones de equidad.

En el campo de los recursos humanos de salud, esta construcción se ve facilitada por la existencia de la Red Federal de Recursos Humanos en Salud.

Esta red integra a los responsables técnicos provinciales y nacionales del área, trabajando en la búsqueda de estrategias colectivas hacia una cohe-

sión federal de los procesos comunes, con el fin de aportar a la resolución de los problemas más frecuentes.

De este modo, el EU se configura como un proyecto de centralización del ingreso a las residencias que se instala sobre tradiciones e identidades culturales diversas. Constituye la posibilidad de trabajar en favor de la equidad de oportunidades en el acceso de formación de especialistas, ya que promueve una mejor distribución de los jóvenes profesionales entre las provincias y simplifica el proceso de concurso para los aspirantes, al poder competir en distintas jurisdicciones con el puntaje que obtienen en un mismo examen. Al mismo tiempo, facilita y fortalece la gestión provincial de selección de residentes, en tanto se integra a un colectivo con reglas comunes.

La experiencia que da origen al Examen Único de Residencias Médicas es el Examen Único Patagónico del año 2011. Las provincias patagónicas, buscaban alternativas para mejorar su cobertura y la gestión del examen. Venían realizando un trabajo regional de intercambio fluido y a fines de 2009 se propusieron avanzar en la unificación de su examen, para lo cual solicitaron la intervención del Ministerio de Salud de la Nación. Se trata de provincias con baja densidad poblacional, con condiciones climáticas complejas y con una población compuesta fundamentalmente de migrantes. Por otra parte, la región solo contaba con una facultad de medicina en ese momento y la mayor parte de sus candidatos a residencias provenía del centro del país. Antes de la unificación, al tomarse exámenes diferentes en las provincias, únicamente quienes tenían recursos para desplazarse podían presentarse a los concursos. A su vez, como los postulantes se presentaban en más de un concurso, la expectativa de cobertura de los cargos en función de los que rendían la prueba era ficticia. Asimismo, al ser pocas las plazas ofertadas, se tornaba ineficiente que cada provincia realizara un instrumento de examen para un número pequeño de postulantes.

Un examen común persigue el doble propósito de promover una mayor cobertura de vacantes y mejorar la accesibilidad a los concursos, al mismo tiempo que simplifica y aliviana la gestión provincial. Se ofrece a los aspirantes la posibilidad de participar en los concursos de diferentes jurisdicciones a través de un único examen y también de rendir en una sede nacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, provista por el Ministerio de Salud de la Nación. Esta sede facilita la participación de los que residen en CABA, provincia de Buenos Aires y Rosario, donde se encuentra el mayor

volumen de egresados de la carrera de Medicina. Esta primera experiencia regional desarrollada para el ingreso en 2011 resultó exitosa en términos de gestión colaborativa y motivó la incorporación de más provincias. Es la provincia la que expresa su voluntad de adherirse a la modalidad⁶¹.

El proceso de construcción federal del EU se da de manera progresiva y requiere de diversas adecuaciones y modificaciones normativas para darle la viabilidad política e institucional que requiere un proyecto colectivo. En las provincias, el examen convocaba la participación de actores variados: miembros de los equipos centrales, profesionales de distintos centros asistenciales, cátedras o centros universitarios que colaboraban de distintas formas. Muchos de los integrantes de estos equipos fueron convocados a incorporarse al trabajo que implican las distintas instancias del EU. Por otra parte, las jurisdicciones se acercaron con sus distintas institucionalidades ligadas al concurso provincial.

El Comité Técnico se enriqueció con la incorporación de la Universidad del Nordeste (UNNE) para el caso de Chaco y Corrientes y de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y los Colegios Médicos junto con el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, como también con la incorporación de las instituciones nacionales en 2014. En el caso de La Rioja, se suman al concurso las residencias privadas. Así, no sólo se suman plazas de residencias sino que las diversas visiones institucionales aportan a la universalización del proyecto.

Las características más salientes del proceso en la actualidad son:

- La unificación de la instancia de preinscripción, el cronograma de los concursos y el instrumento de examen. Cada provincia mantiene el resto de los elementos de su concurso, adjudica con ranking propio y se responsabiliza por el dispositivo local⁶². El Ministerio de Salud de la Nación coordina la gestión.

61. Cuando definen su voluntad de participación, las provincias firman un convenio con el Ministerio de Salud de la Nación. Se crea, entonces, un Comité Técnico de Examen Único conformado por un referente de cada provincia participante. Cada provincia se hace cargo de la gestión de su proceso de concurso.

62. Las instituciones nacionales son: Hospital Nacional Alejandro Posadas, Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones (ex CENARESO), Centro de Genética, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan Garrahan, el Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner.

- La elección de una provincia y especialidad por cada postulante, lo que hace más previsible la adjudicación de cargos.
- La posibilidad de readjudicar cargos vacantes en otras especialidades o provincias participantes con el resultado del examen, si no se hubiera accedido a la vacante deseada en primer término.
- La existencia de un Comité Técnico de Examen Único conformado por un referente de cada provincia participante. Todas las decisiones se toman por consenso en el Comité y quedan asentadas en actas.
- La elaboración conjunta de la tabla de especificaciones, el temario del examen y la lista de bibliografía. Las provincias remiten preguntas basadas en este temario y el examen se consolida en el Ministerio de Salud de la Nación⁶⁴. A partir de 2014 participa en esta última instancia el Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina.
- La prueba de selección múltiple única, que se aplica el mismo día y a la misma hora en todas las provincias, y utiliza igual escala de calificación.
- La posibilidad de que los profesionales puedan rendir examen en cualquiera de las sedes provinciales, independientemente del concurso al que apliquen.
- El proceso de seguimiento on line de los postulantes y asignación de cargos a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), que permite la integración de las distintas etapas y transparente las acciones ante todas las jurisdicciones participantes.
- La corrección centralizada, a partir de un proceso de escaneo local de los exámenes o lectura óptica a cargo de la Universidad Tecnológica Nacional.

64. En cuanto a la elaboración del instrumento de evaluación, está conformado por 100 preguntas de selección múltiple, cuya aprobación requiere de la obtención de 50 puntos (cifra acordada con los referentes provinciales). Se conforma un banco de preguntas a partir de aquellas enviadas por todas las jurisdicciones participantes. Sobre esta base y la tabla de Especificaciones acordada se realiza el examen. La bibliografía está constituida por textos tradicionales del grado, guías del Ministerio de Salud de la Nación y legislación que regula el ejercicio profesional de las especialidades médicas. Las áreas temáticas que abarca el examen son: salud del niño y el adolescente, salud del adulto y el adulto mayor, salud de la mujer y salud pública (contenidos transversales).

Sin embargo, queda un camino por transitar en pos de la equidad ya que el concurso no se encuentra aún unificado. Su unificación para todas las provincias del territorio nacional constituye el horizonte del proyecto. Una vez que se hayan sumado las jurisdicciones faltantes, podrá plantearse la posibilidad de avanzar en un concurso único nacional con adjudicación centralizada de los cargos.

En el año 2014, ante la evidencia de que había cargos en determinadas provincias y especialidades que no lograban cubrirse en la primera ni la segunda adjudicación, se realizó una investigación⁶⁵ con el objetivo de analizar cuáles son las elecciones de aquellos postulantes que habiendo aprobado el examen, prefieren no tomar los cargos de residencia que quedan vacantes. La indagación arrojó como resultado que las decisiones de formación de los jóvenes médicos configuran esquemas complejos que son producto de un conjunto de variables pluridimensionales de orden instrumental, cultural, emocional, etc. En este conjunto, se comprobó que las variables con mayor peso en la toma de decisiones eran el prestigio de los lugares de formación y la cercanía con sus afectos (permanecer o retornar a sus lugares de nacimiento o crianza). En este sentido, si bien la herramienta del EU tiene toda la potencia que hemos mencionado, existen variables de orden subjetivo que no es posible soslayar en pos de una mayor cobertura de vacantes.

No obstante, la implementación de esta política en forma paulatina y progresiva ha sido un avance en la cohesión del sistema, ya que instala procesos de discusión sobre las pautas provinciales de concursos y gestión de las residencias. Al mismo tiempo, el EU se ha mostrado efectivo en mejorar la calidad del instrumento de examen, brindar mayor transparencia y previsibilidad sobre la cobertura de los cargos, incrementar la información sobre la oferta de residencias y facilitar a los jóvenes médicos el acceso a residencias en todo el país.

65. Acevedo, G, Duré I, Cadile M., Dursi, C., Ciaravino O., Nasini S y Farías M Alternativas de formación elegidas por los concursantes del sistema nacional de residencias médicas que habiendo aprobado el examen único no accedieron al cargo. Estudio multicéntrico en las jurisdicciones De Santa Fe, Neuquén, Salta y San Juan. Año 2014. Estudio colaborativo multicéntrico desarrollado en el marco de las Becas Carrillo Oñativia, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires. Disponible en http://www.msai.gob.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/informe-final%20emc%202014_10_06_2015.pdf

Los alcances del EU 2013-2014-2015

El crecimiento geográfico del examen único ha sido significativo en estos años. Como mencionamos, en el año 2011 se realizó la primera experiencia en las provincias patagónicas: La Pampa, Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego; en el año 2012 se sumaron Catamarca, Jujuy, La Rioja, San Luis y Santiago del Estero y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (INAREPS); en 2013 se incorporaron también Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Salta, San Juan, Santa Fe (que cuenta con una mesa de formación que agrupa 4 concursos) y Tucumán; para 2014 se adhieren al Examen Único la provincia de Formosa y las instituciones nacionales; manteniéndose para 2015 la misma situación. De este modo, a partir de 2014, se agregan dos nuevos concursos, es decir, dos procesos de selección.

En la tabla que sigue, podemos observar el crecimiento en los alcances del EU a lo largo de los años.

Tabla 1. Información general sobre alcances del EU 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
Cargos ofrecidos	s/d	s/d	1124	1293	1340
Preinscriptos	519	695	2466	4439	4240
Provincias participantes	6	11	18	19 provincias + Instituciones Nacionales	19 provincias + Instituciones Nacionales
Especialidades	20	21	33	41	40
Habilitados para rendir	s/d	463	1790	3498	3456
Rindieron examen	246	362	1666	2954 (+ 286 asociados)	2862 (+ 340 asociados)
Aprobaron	93%	83,4%	79,5%	96,1%	84%
Tomaron cargo	119 (48% de los que rindieron)	200 (55% de los que rindieron)	715 (43% de los que rindieron)	871 (29,4% de los que rindieron)	880 (30,7% de los que rindieron)
% de cobertura de los cargos	s/d	s/d	64%	67%	66%

Fuente: DNChySO, elaboración propia, 2015.

A partir del año 2014, con la incorporación de las Instituciones Nacionales, el volumen de cargos y postulantes que mueve el dispositivo se ha ampliado notablemente, ya que las vacantes que se ofrecen para las mismas son muy requeridas por parte de los jóvenes médicos. La cantidad de médicos que rinden examen llega casi a duplicarse. A ritmo similar aumentó el número de profesionales que fueron habilitados para rendir (es decir, que cumplieron todos los requisitos administrativos para la prueba) y los que finalmente rindieron el examen.

También en estos años, se registra un crecimiento en relación con la oferta de especialidades. Se agregan vacantes en Nefrología, Hematología, Endocrinología, Epidemiología, Prevención y Asistencia a las Adicciones, Cirugía Plástica y Reparadora, Hemoterapia e Inmunohematología y Alergia e Inmunología. En 2015 se mantiene esta oferta de especialidades, pero no se concursan cargos para Cardiología Infantil, contabilizando un total de 40 especialidades. Para todas ellas rinden examen 2862 postulantes.

En relación con los resultados, el año 2014 presenta una caída en el porcentaje de médicos que tomaron cargo, por sobre los que rindieron. Ello sucede debido a la incorporación de las instituciones nacionales que son altamente competitivas. Es decir, en este concurso el número de postulantes por cargo es alto (como veremos más adelante) al igual que los niveles de aprobación del examen de los interesados, teniendo como consecuencia que un importante número de ellos no logre adjudicar un cargo, y disminuyendo entonces el porcentaje de postulantes que adjudicaron cargo en relación con los que rindieron el examen.

Finalmente, en relación con la cobertura de los cargos, a pesar de que las plazas de Residencias que se ofrecen en el total del país alcanzan para cubrir las necesidades de formación de los médicos que egresan de las universidades anualmente, en los últimos años se observa una tendencia a la no cobertura de cargos ofrecidos en ciertas especialidades y regiones del país. En relación con el número global de cobertura, en 2014 se registra un aumento, aunque menor, respecto de 2013. En 2015 vuelve a bajar, aunque en un valor muy pequeño.

En las páginas que siguen, veremos los números de alcance y cobertura de los cargos desagregados por jurisdicción y por especialidad. provincia y especialidad.

Alcances y cobertura por provincia y especialidad

En primer lugar, presentamos los números comparados de acuerdo a la provincia de concurso. En el cuadro siguiente podemos observar la evolución de la relación entre cantidad de postulantes que rindieron el examen y la cantidad de cargos por provincia, y también la evolución de la cobertura de los mismos.

Tabla 2. Alcances y cobertura EU, según jurisdicción de concurso, 2013-2015.

	2013			2014			2015		
	Rindieron examen	Rindieron / cargo	Cobertura	Rindieron examen	Rindieron / cargo	Cobertura	Rindieron examen	Rindieron / cargo	Cobertura
Catamarca	12	0,57	33%	14	0,67	43%	20	0,83	50%
Chubut	23	0,43	37%	39	0,75	48%	37	0,57	46%
Entre Ríos	83	0,98	64%	83	1,09	64%	98	1,17	64%
Formosa	-	-	-	16	0,28	21%	14	0,29	25%
Inst. Nacionales-GARRAHAN-CRUCE	-	-	-	1273	8,43	99%	1371	9,08	96%
Jujuy	51	0,74	54%	96	1,45	58%	42	0,65	51%
La Pampa	11	0,38	34%	11	0,41	37%	7	0,24	7%
La Rioja	44	0,73	55%	60	1,03	67%	68	1,11	75%
Neuquén	98	1,92	73%	81	1,62	80%	81	1,47	84%
Río Negro	32	0,71	31%	35	0,85	56%	52	1,27	61%
Salta	101	0,95	50%	108	0,98	32%	122	1,17	58%
San Juan	99	1,50	77%	125	2,08	100%	102	1,89	91%
San Luis	18	0,75	63%	15	0,88	76%	12	0,38	25%
Santa Cruz	3	0,17	17%	5	0,29	41%	8	0,47	53%
Santa Fe	736	6,63	100%	663	6,14	100%	479	3,80	95%
Santiago del Estero	30	0,59	37%	19	0,37	25%	42	0,78	37%
Tierra del Fuego	17	2,83	83%	5	0,83	67%	4	0,67	50%
Tucumán	108	0,92	80%	146	1,19	85%	140	1,14	84%
UNNE (Chaco y Corrientes)	196	0,95	74%	180	0,79	54%	168	0,80	51%
INAREPS*	4	1,33	67%	-	-	-	-	-	-
	1666	1,48	64%	2954	2,28	67%	2862	2,14	66%

*En 2014 y 2015 entra en el concurso de Instituciones Nacionales

Fuente: DNChySO, elaboración propia, 2015.

En términos globales, vemos un aumento del número de postulantes que rinden por cargo entre 2013 y los años siguientes, traccionado por la alta relación registrada en las instituciones nacionales que se incorporan en 2014. Se pasa de 1,48 postulantes que rindieron por cargo en 2013 a 2,28 en 2014 y 2,14 en 2015. A pesar de este aumento en los postulantes por cargo, no aumenta en la misma proporción la cobertura global, ya que, como mencionamos, el valor más alto se registra en el concurso de las instituciones nacionales, que es muy competitivo y deja muchos postulantes sin adjudicar vacante.

La relación entre postulantes que rindieron el examen y la cantidad de cargos ofrecidos, es dispar a nivel federal. Encontramos jurisdicciones que tienen una relación favorable que se mantiene a lo largo de los años, tal es el caso de Santa Fe, Neuquén, San Juan, y las Instituciones Nacionales, mientras que otras no cuentan con postulante suficientes para cubrir los cargos que se ofrecen en sus concursos, como ocurre en Catamarca, Chubut, San Luis, La Pampa, Santiago del Estero y Formosa. El mayor caudal de postulantes que rinden para cada concurso se relaciona directamente con las posibilidades de formar médicos en la misma provincia. Las que cuentan con una facultad de medicina en su territorio se ubican en una situación ventajosa para la cobertura.

Podemos ver una correspondencia entre la relación favorable “médicos que rinden/ cargos ofrecidos” y un alto porcentaje de cobertura. Todas las provincias que mencionamos tienen una cobertura que supera la media nacional: Santa Fe entre 100 y 95%, Neuquén entre 73 y 84%, San Juan entre 77 y 100% y las Instituciones Nacionales entre 96 y 99%. En el otro extremo, las jurisdicciones con pocos postulantes por cargo no alcanzan la cobertura esperada: Catamarca entre 33 y 50%, Chubut entre 37 y 48%, La Pampa entre 37 y 7%, Santiago del Estero entre 37 y 25% y Formosa entre 21 y 25%. San Luis resulta un caso particular, ya que en 2013 y 2014 sus valores de cobertura se ubican cerca de la media pero caen a 25% en 2015. Por otra parte, en las jurisdicciones con una cobertura cercana a la media se registran dificultades para cubrir las vacantes en determinados territorios o instituciones dentro de la provincia. Muchas veces los jóvenes médicos se resisten a ocupar plazas en lugares muy alejados de las grandes ciudades en donde las posibilidades de desarrollo profesional y de formación son mayores, y donde en ocasiones viven sus afectos.

La diferencia que se reconoce entre las provincias tiene como consecuencia que existan grandes disparidades en la capacidad formadora de especialistas dentro los mismos territorios, lo cual repercute a futuro en las posibilidades de contar con médicos para responder a las necesidades sanitarias de la población.

Existen tres jurisdicciones en las que se registró una baja progresiva en la cobertura en estos años. La Pampa, por ejemplo, pasó del 34 al 7% de cobertura. La explicación en este caso podría residir en que la provincia registra un alto nivel de migración hacia otras regiones del país. Al no con-

tar con capacidad formadora (no hay carrera de grado de medicina), los jóvenes migran hacia otros lugares para realizar su formación de grado (Buenos Aires, La Plata y Córdoba, los más importantes). Muchos de ellos prefieren continuar formándose en estos centros urbanos en los que encuentran mayores incentivos profesionales y deciden no retornar a la provincia. Asimismo, tampoco resulta un destino atractivo para otros jóvenes médicos del país. En el caso de UNNE (Chaco y Corrientes), la baja puede deberse a una caída en el volumen de egresados de la Universidad, que es quien tradicionalmente provee de recursos humanos para la cobertura en ambas provincias. Finalmente, la caída de cobertura que se ve en Tierra del Fuego, obedece a una cuestión estadística: se concursan muy pocos cargos, y la no cobertura en uno de ellos altera las cifras de manera llamativa. Igualmente, podemos destacar que existen dificultades para llenar los cargos en la ciudad de Rio Grande, a diferencia de lo que ocurre en Ushuaia.

Del mismo modo que ocurre en la comparación por jurisdicción de concurso, cuando vemos la comparación por especialidades quedan en evidencia las disparidades en la relación postulante que rindió/cargos ofrecidos y sus consecuencias en la cobertura de vacantes.

Tabla 3. Alcances y cobertura EU, según especialidad de concurso, 2013-2015.

	2013			2014			2015		
	Rindieron examen	Rindieron/cargo	Cobertura	Rindieron examen	Rindieron/cargo	Cobertura	Rindieron examen	Rindieron/cargo	Cobertura
Pediatría	214	1,15	70%	645	2,56	76%	655	2,48	76%
Medicina general y/o de familia	224	0,72	40%	196	0,63	42%	185	0,57	39%
Clinica Médica	301	2,33	74%	389	3,06	85%	369	2,65	76%
Tocoginecología	137	1,29	90%	199	1,63	62%	210	1,64	64%
Drugía General	176	2,84	1	245	3,50	83%	240	3,74	82%
Anestesiología	213	4,63	100%	385	0,75	100%	369	5,86	100%
Ortopedia y Traumatología	82	2,34	95%	119	2,77	63%	91	2,02	78%
Terapia intensiva	15	0,35	42%	34	0,60	44%	40	0,63	33%
Cardiología	50	2,17	78%	97	5,39	83%	75	3,75	95%
Psiquiatría	37	1,19	67%	25	1,14	53%	76	1,08	92%
Salud Mental	30	1,30	52%	67	2,68	88%	56	2,15	54%
Anatomía Patológica	25	2,08	100%	21	1,67	85%	26	2,00	85%
Neonatología	9	0,24	22%	24	0,71	47%	14	0,54	42%
Oftalmología	29	3,22	100%	84	5,25	100%	81	6,23	100%
Neurocirugía	25	3,13	100%	77	6,42	100%	68	6,18	100%
Diagnóstico por Imágenes	22	2,75	100%	45	3,21	93%	68	4,86	100%
Cirugía infantil (cirugía pediátrica)	14	1,75	100%	40	3,33	83%	31	3,88	100%
Neurología	12	2,00	100%	34	4,86	100%	29	4,14	86%
Otorrinolaringología	8	1,20	100%	20	2,88	100%	27	3,00	100%
Infectología	4	0,67	67%	28	3,43	86%	15	3,75	100%

	2013			2014			2015		
	Rindieron examen	Rindieron/cargo	Cobertura	Rindieron examen	Rindieron/cargo	Cobertura	Rindieron examen	Rindieron/cargo	Cobertura
Psiquiatría (medicina física y rehabilitación)	5	1,00	80%	10	1,11	56%	11	1,38	63%
Urología	7	1,75	100%	18	6,00	100%	16	3,20	80%
Gastroenterología	10	3,33	100%	25	3,57	100%	29	7,25	100%
Emergentología	2	0,40	40%	3	0,15	16%	6	0,50	33%
Cardiología Infantil	4	2,00	100%	5	1,87	100%	—	—	—
Neumología	1	0,50	100%	11	2,75	75%	8	2,00	50%
Oncología	1	0,50	100%	16	8,00	100%	12	6,00	100%
Dermatología	8	3,00	100%	30	10,00	100%	33	11,00	100%
Terapia intensiva infantil	1	0,25	25%	0	0,00	0%	1	0,25	25%
Geriatría	1	0,50	50%	1	0,25	25%	1	0,25	0%
Rumetología	8	6,00	100%	4	1,11	100%	5	3,00	100%
Genética médica	2	2,00	100%	10	2,50	100%	9	2,25	100%
Ginecología	0	0,00	100%	2	2,00	100%	4	4,00	100%
Nefrología	—	—	—	3	3,00	100%	7	2,33	33%
Endocrinología	—	—	—	19	19,00	100%	16	16,00	100%
Hematología	—	—	—	6	6,00	100%	5	5,00	100%
Prevención y asistencia a las adicciones	—	—	—	0	0,00	0%	0	0,00	0%
Quirugía plástica y reparadora	—	—	—	15	15,00	100%	19	19,00	100%
Hemoterapia e inmunohematología	—	—	—	1	0,50	50%	0	0,00	0%
Epidemiología	—	—	—	1	0,50	50%	1	0,33	67%
Alergia e inmunología	—	—	—	2	2,00	100%	4	4,00	100%
TOTAL	1866	1,48	64%	2952	2,28	67%	2862	2,14	66%

Fuente: DNCHySO, elaboración propia, 2015.

Entre las especialidades que son siempre muy requeridas y tienen varios postulantes que rinden examen por cada cargo, encontramos históricamente a Anestesiología, Diagnóstico por Imágenes, Oftalmología, Neurocirugía y Otorrinolaringología, las cuales también mantienen una cobertura total a lo largo de los años analizados.

Al mismo tiempo, otras especialidades cuentan con más de un postulante que rinde por cargo (incluso más de dos o tres), y logran alcanzar una cobertura superior a la media nacional en todos los años, aunque no completa. Tal es el caso de Cardiología, Ortopedia y Traumatología, Clínica Médica y Pediatría, por ejemplo.

Un tercer grupo cuenta con postulantes suficientes para cubrir los cargos, sin embargo su porcentaje de cobertura se ubica debajo de la media nacional, como ocurre con Tocoginecología y Psiquiatría⁶⁶.

66. En el año 2015, Psiquiatría registra un aumento importante de su cobertura (del 53 al 92%), en detrimento de la residencia de Salud Mental (pasa del 88 al 54%).

Finalmente, encontramos especialidades que no logran convocar médicos suficientes que rindan el examen, y en consecuencia, tampoco logran buenos niveles de cobertura de las vacantes que ofrecen. Es lo que ocurre en Medicina General y/o Familiar; Terapia Intensiva de Adultos y Neonatología, que tienen una amplia oferta de cargos en distintas provincias e instituciones por ser especialidades priorizadas por el COFESA, pero no consiguen atraer la cantidad de jóvenes médicos necesaria para cubrir todas las vacantes.

En anteriores oportunidades hemos estudiado el tema de la elección de las especialidades por parte de los jóvenes médicos⁶⁷. En este sentido, como ya hemos mencionado, la construcción de la decisión de formarse, y bajo qué modalidad y en qué especialidad, es un proceso complejo (más o menos consciente) para cada persona en el que intervienen variables de diversa índole: instrumentales, culturales y emocionales.

Uno de los resultados de la investigación realizada en 2014⁶⁸, fue que la mayor parte de los postulantes que no adjudican un cargo en el EU, se encuentran igualmente realizando una residencia, en el sistema público o privado, ya que consideran que es la modalidad por excelencia para la formación como especialistas.

Entonces, es importante analizar los niveles de cobertura por provincia tomando en consideración el porcentaje de postulantes que se inscriben en más de un concurso para realizar su formación como especialistas, ya que, evidentemente, muchos optarán por un cargo alternativo. Veremos el dato de los preinscriptos que se inscriben en una provincia y especialidad para el EU, al mismo tiempo que se postulan en otros concursos, para el año 2015.

67. Se sugiere ver: Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, Barrionuevo K. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. *Rev. Argent Salud Pública*. 2014; Dic;5(21):30-37

Acevedo, G, Duré I, Cadile M., Dursi, C., Ciaravino O., Nasini S y Fariás M Alternativas de formación elegidas por los concursantes del sistema nacional de residencias médicas que habiendo aprobado el examen único no accedieron al cargo. Estudio multicéntrico en las jurisdicciones De Santa Fe, Neuquén, Salta y San Juan. Año 2014. Estudio colaborativo multicéntrico desarrollado en el marco de las Becas Carrillo Oñativía, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires. Disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/informe-final%20emc%202014_10_06_2015.pdf

68. Acevedo, G, Duré, I. Op. Cit.

Tabla 4. Cantidad de médicos que se inscribieron para rendir examen en más de una jurisdicción, 2015.

Provincia en la que concursó	Total habilitados para rendir EU y Asociados	EU-Asociados y Fide. Bs. As. CABA	EU-Asociados y Asociados Pcia. Bs. As.	EU-Asociados y Asociados C.A.B.A.	EU-Asociados y Asociados Córdoba	EU-Asociados y Asociados Mendoza	EU-Asociados y Asociados Misiones
Inst. Nacionales-Garrahan-Cruce	1852	1391	82	320	14	22	5
Santa Fe	488	46	45	49	11	4	2
Colegio Médico 2° Santa Fe	190	4	6	8	1	1	
Chaco y Corrientes	173	11	5	15		2	34
Tucumán	154	13	1	11		2	
Universidad Nacional de Rosario	139	1	7	2			
Salta	136	10	2	5	9	2	
San Juan	118	18	1	10	12	51	
Entre Ríos	103	9	5	5	4	1	1
Neuquén	96	33	11	6	3	7	
La Rioja	70	1		1	3	1	
Río Negro	60	9	9	5	2	5	
Jujuy	46	1		1	4	1	
Santiago del Estero	44	3	2	3	2	2	
Colegio Médico 1° Santa Fe	43			3			
Chubut	34	6	2	2			
Catamarca	27	1		2	5	1	
San Luis	16			2		1	
Formosa	15	2	1	1	1		4
Santa Cruz	10		1	1			
La Pampa	9	5	3				
Tierra del Fuego	5	3					
Total	3828	1567	183	452	71	103	46

Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

Los números nos muestran que más del 60% de los médicos habilitados para rendir el EU eligen inscribirse en más de un concurso de residencia. Este número aumentó considerablemente en los dos últimos años con la incorporación de las Instituciones Nacionales en el proceso. Por ello vemos que prácticamente todos los que rinden para estas instituciones lo hacen también para otras fuera del EU (99%). Es necesario mirar el fenómeno en algunas regiones puntuales del país para tener una noción más certera de lo que sucede en ellas en relación con la cobertura de los cargos. Por ejemplo, en las provincias patagónicas los postulantes eligen concursar para dichas

provincias en el EU, mientras que también apuestan a obtener una vacante en los concursos que realizan la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires. Los resultados que obtengan en ambos procesos, y las elecciones que realicen posteriormente, incidirán en las posibilidades de cubrir los cargos concursados en el EU.

En el caso de San Juan, un grupo importante de profesionales también opta por concursar en la provincia de Mendoza, impactando eso en la cobertura de las vacantes en la provincia, como mencionamos anteriormente. Por último, tenemos los casos de los aspirantes que concursan para el EU al mismo tiempo que para los cargos de Córdoba y Misiones. En el primer caso, los resultados de las pruebas podrían incidir en la cobertura de los cargos de las provincias del NOA y en La Pampa. En el segundo, en los cargos ofertados en Chaco y Corrientes.

Rendimiento de los postulantes en el examen

El rendimiento general en el examen fue mejorando a lo largo de los años. En 2014 cuando se incorporan las Instituciones Nacionales, el porcentaje de aprobación sube (96%), como también el valor con mayor frecuencia en la distribución de las notas obtenidas (69 puntos). Ello ocurre porque es un concurso altamente competitivo, en donde los postulantes saben que deben obtener buenos puntajes en el examen para quedar bien posicionados en el ranking y tener posibilidades de adjudicar un cargo. En el año 2015, el valor que registra mayor frecuencia baja a 62 puntos y el porcentaje de postulantes con más de 50 puntos a 84%, debido al ajuste en la exigencia del examen a fin de hacer la prueba más competitiva.

Gráfico 1. Rendimiento general de los postulantes en el EU, 2013-2015.



Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

Analizar el rendimiento por provincia resulta muy interesante. Observamos en la tabla que sigue, que muestra datos comparativos para el año 2014 y 2015, que hay diferencia entre las jurisdicciones en cuanto a las notas obtenidas por los postulantes. Encontramos algunas que tienen sus mayores frecuencias en las notas más altas, mientras que otras las ubican en las más bajas. Una de las razones que explican la variabilidad de porcentajes de aprobación entre las jurisdicciones refiere a la competencia por los cargos en cada una de ellas. Esto implica que en aquellos lugares en donde existe mayor competencia entre los aspirantes el desempeño de los mismos en el examen tiende a ser mejor, como es esperable. Aquellos que están verdaderamente interesados en adjudicar un cargo saben que deben obtener puntajes altos en el examen para quedar en condiciones de acceder a la adjudicación. En el extremo opuesto, en las provincias o regiones en donde hay más oferta de vacantes que demanda por las mismas, y muchos médicos pueden asegurarse un lugar en el sistema de residencias, el porcentaje de aprobación tiende a ser menor. Por ejemplo, entre el primer grupo están las Instituciones Nacionales y la provincia de Santa Fe, que son altamente competitivas y obligan a los concursantes a obtener mejores calificaciones para rankear en un buen puesto. En el segundo grupo, hallamos a Catamarca y Jujuy, que representan un fenómeno que se da en general en la región del NOA (a excepción de Tucumán).

Tabla 5. Rendimiento de los postulantes en el EU, según jurisdicción de concurso, 2014-2015.

Concurso para	Menor a 50 puntos		Entre 50 y 59 puntos		Entre 60 y 69 puntos		Entre 70 y 79 puntos		80 puntos y más	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Catamarca	21,43%	60,00%	14,29%	20,00%	42,86%	15,00%	21,43%	5,00%		
Chubut	2,56%	15,63%	23,08%	18,75%	23,08%	56,25%	41,03%	9,38%	10,26%	
Colegio Médico 1° Santa Fe	9,80%	20,00%	17,65%	48,57%	43,14%	25,71%	23,53%	5,71%	5,88%	
Colegio Médico 2° Santa Fe	4,38%	15,56%	26,88%	42,96%	45,00%	28,89%	17,50%	11,11%	6,25%	1,48%
Entre Ríos	4,82%	11,22%	20,48%	35,71%	46,99%	34,69%	24,10%	14,29%	3,61%	4,08%
Formosa	18,75%	64,29%	31,25%	14,29%	37,50%	7,14%	12,50%	14,29%	0,00%	
Inst. Nacionales-Garrahan-Cruce	2,36%	14,66%	10,21%	21,23%	30,56%	36,25%	43,36%	24,65%	13,51%	3,21%

	Menor a 50 puntos		Entre 50 y 59 puntos		Entre 60 y 69 puntos		Entre 70 y 79 puntos		80 puntos y más	
Jujuy	31,25%	42,86%	33,33%	33,33%	30,21%	16,67%	4,17%	7,14%	1,04%	
La Pampa	0,00%		27,27%		45,45%	85,71%	27,27%	14,29%	0,00%	
La Rioja	6,67%	44,12%	50,00%	41,18%	31,67%	11,76%	11,67%	2,94%	0,00%	
Neuquén	0,00%	13,58%	19,75%	25,93%	35,80%	35,80%	37,04%	19,75%	7,41%	4,94%
Río Negro	2,86%	1,92%	11,43%	34,62%	34,29%	50,00%	42,86%	13,46%	8,57%	
Salta	14,81%	28,69%	24,07%	39,34%	42,59%	25,41%	17,59%	4,92%	0,93%	1,64%
San Juan	3,20%	19,61%	23,20%	38,24%	47,20%	34,31%	24,00%	6,86%	2,40%	0,98%
San Luis	0,00%	25,00%	20,00%	58,33%	60,00%	8,33%	20,00%	8,33%	0,00%	
Santa Cruz	20,00%	12,50%	20,00%	62,50%	20,00%	25,00%	40,00%		0,00%	
Santa Fe	1,36%	3,76%	12,07%	34,03%	46,30%	41,75%	33,48%	17,54%	6,79%	2,92%
Santiago del Estero	10,53%	30,95%	31,58%	42,86%	36,84%	21,43%	21,05%	4,76%	0,00%	
Tierra del Fuego	0,00%		40,00%	25,00%	20,00%	75,00%	40,00%		0,00%	
Tucumán	0,00%	10,00%	14,58%	35,71%	32,64%	47,14%	47,92%	7,14%	4,86%	
Universidad Nacional De Rosario	0,00%	20,00%	14,10%	34,71%	46,15%	35,29%	30,77%	10,00%	8,97%	
UNNE	6,25%	32,14%	33,13%	41,67%	43,13%	21,43%	14,38%	4,76%	3,13%	
Total general	4,01%	16,18%	16,41%	29,79%	37,61%	34,98%	33,63%	16,83%	8,33%	2,22%

Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

El cruce por institución formadora de grado, también pone en evidencia disparidades, como se observa en la Tabla 6. El desempeño de las distintas casas de estudios puede agruparse de acuerdo a aquellas que presentan mejor desempeño y aquellas en las que sus estudiantes tienen una performance más inestable. Entre las primeras encontramos grandes instituciones tradicionales como la UBA, las Universidades Nacionales del Comahue, de La Plata, de Tucumán, del Litoral y del Sur, junto a instituciones más pequeñas y privadas como la Universidad Abierta Interamericana, la Universidad del Salvador y la Austral. En el otro extremo, existen algunas instituciones cuyos postulantes no presentaron buenos resultados en estas ediciones del examen, como la Universidad Nacional de La Rioja y la Escuela Latinoamericana de Medicina (Cuba), por el lado de las públicas, y entre las privadas el Instituto Universitario en Ciencias de la Salud (Barceló) y la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. En términos generales, en estas dos pruebas la tendencia indicó que los aspirantes provenientes de universidades públicas tuvieron mejor desempeño que los de las privadas, aunque los resultados por institución formadora deben analizarse también en relación con los niveles de competencia por las vacantes en cada provincia y especialidad. Tabla

6. Rendimiento de los postulantes en el EU, según jurisdicción de concurso, 2014-2015.

Concursa para	Menor a 50 puntos		Entre 50 y 59 puntos		Entre 60 y 69 puntos		Entre 70 y 79 puntos		80 puntos y más	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Universidad Nacional de Rosario	2,42%	11,30%	17,26%	38,21%	47,41%	37,38%	26,81%	11,72%	6,10%	1,39%
Universidad de Buenos Aires	0,14%	1,40%	1,50%	15,27%	25,82%	46,08%	53,83%	33,19%	18,72%	4,06%
Universidad Extranjera	10,95%	56,27%	41,79%	30,69%	34,33%	11,25%	11,44%	1,53%	1,49%	0,26%
Universidad Nacional de Tucumán	0,00%	3,79%	10,78%	34,60%	32,93%	44,55%	51,50%	15,64%	4,79%	1,42%
Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (Barceló)	6,58%	33,85%	30,26%	36,15%	43,42%	25,38%	15,79%	4,62%	3,95%	
Universidad Nacional del Nordeste	2,72%	26,42%	25,85%	39,62%	44,22%	24,53%	23,13%	9,43%	4,08%	
Universidad Nacional de Córdoba	6,92%	14,42%	24,62%	44,23%	44,62%	32,69%	22,31%	8,65%	1,54%	
Escuela Latinoamericana de Medicina	38,28%	s/d	35,94%	s/d	24,22%	s/d	1,56%	s/d	0,00%	s/d
Universidad Nacional de la Plata	0,00%	1,61	5,05%	19,35	29,29%	34,68%	49,49%	34,68%	16,16%	9,68%
Universidad Nacional del Litoral	0,00%	1,45%	2,04%	23,19%	29,59%	41,30%	54,08%	28,26%	14,29%	5,80%
Universidad Abierta Interamericana	6,38%	16,44%	18,09%	35,62%	45,74%	36,99%	26,60%	10,96%	3,19%	
Universidad Nacional de la Rioja	5,00%	44,55%	42,50%	39,60%	38,75%	15,84%	13,75%		0,00%	
Universidad Católica de Cuyo	0,00%	15,09%	21,31%	32,08%	49,18%	41,51%	26,23%	9,43%	3,28%	1,89%
Universidad Nacional del Comahue	0,00%	3,03%	6,25%	21,21%	37,50%	39,39%	40,63%	30,30%	15,63%	6,06%
Otros	0,00%	17,65%	17,24%	38,24%	20,69%	29,41%	48,28%	8,82%	13,79%	5,88%
Instituto Universitario Italiano de Rosario	0,00%		10,34%	30,77%	34,48%	53,65%	51,72%	11,54%	3,45%	3,85%
Universidad de Mendoza	3,70%	20,69%	25,93%	55,17%	44,44%	20,69%	25,93%	3,45%	0,00%	
Universidad Nacional del Sur	0,00%	3,85%	7,69%	19,23%	46,15%	34,62%	46,15%	42,31%	0,00%	
Universidad Adventista del Plata	4,35%	22,22	30,43%	38,89%	60,87%	33,33%	4,35%		0,00%	5,56%
Universidad del Salvador	4,55%	14,29%	13,64%	21,43-%	36,36%	57,14%	45,45%	7,14%	0,00%	

Concursa para	Menor a 50 puntos		Entre 50 y 59 puntos		Entre 60 y 69 puntos		Entre 70 y 79 puntos		80 puntos y más	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Universidad Austral	0,00%	6,25%	0,00%	12,50%	23,53%	56,25%	58,82%	18,75%	17,65%	6,25%
Universidad Nacional de Cuyo	0,00%		0,00%	21,43%	50,00%	42,86%	50,00%	35,71%	0,00%	
Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano	0,00%	6,67%	0,00%	13,33%	18,18%	46,67%	45,45%	33,33%	36,36%	
Universidad Católica de Córdoba	0,00%		18,18%	50,00%	63,64%	33,33%	9,09%	16,67%	9,09%	
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales	0,00%	40,00%	11,11%		44,44%	60,00%	33,33%		11,11%	
Universidad Favaloro	0,00%	5,00%	0,00%	30,00%	42,86%	50,00%	57,14%	15,00%	0,00%	
Universidad de Morón	16,67%	25,00%	0,00%	37,50%	66,67%	25,00%	16,67%	12,50%	0,00%	
Universidad Maimónides	0,00%		40,00%	20,00%	20,00%	40,00%	40,00%	40,00%	0,00%	
Universidad del Aconcagua	0,00%	50,00%	20,00%	25,00%	60,00%		20,00%	25,00%	0,00%	
Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires	0,00%		0,00%	16,67%	50,00%	66,67%	50,00%	16,67%	0,00%	
Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires	0,00%		25,00%	25,00%	0,00%	37,50%	50,00%	37,50%	25,00%	
Total general	4,01%	16,18%	16,41%	29,79%	37,61%	34,98%	33,63%	16,83%	8,33%	2,22%

Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

Elecciones de los postulantes / EU 2015

Como hemos mencionado, un tema que ocupa los análisis sobre la formación de especialistas refiere a las preferencias de los postulantes al momento de la inscripción, entre ellas respecto del lugar para el que concursan. A continuación, veremos cómo incide el lugar de nacimiento, el lugar en donde están domiciliados y el lugar en donde realizaron su formación de grado en la elección de la región en la cual se inscriben al EU, según datos del año 2015. En primer lugar, la elección de región para realizar la residencia en relación con la región de nacimiento. Como muestra el cuadro que sigue, en el caso de todas las regiones existe una correspondencia entre la región de nacimiento

y la elección de la región de concurso. Es decir, la gran mayoría de los postulantes aspira a obtener un cargo de residente en la misma región en la cual nació. Esto también se cumple para cada provincia al interior de las regiones.

Tabla 7. Elección de región para realizar la residencia según región de nacimiento, 2015.

		Región en la cual concursa					
		Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia	
Región nacimiento	Centro	1975	13	24	41	86	1571
	Cuyo	25	92	1	9	8	135
	NEA	61	3	146	1	4	215
	NOA	70	3	3	368	13	457
	Patagonia	45	3	1	3	65	117
	s/d	340		7	12	8	367
		1948	114	182	434	184	2862

Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

La única excepción a esta tendencia es la región patagónica que cuenta con una importante cantidad de inscriptos provenientes de la región central, además de los postulantes nacidos en la misma región. La Patagonia es tradicionalmente un lugar interesante para la migración de jóvenes profesionales atraídos por buenos salarios y poca competencia para ocupar los puestos vacantes. Sin embargo, muchas veces la vida alejada de los lugares de nacimiento y las características geográficas del lugar, influyen en que la experiencia tenga una duración acotada. Por esta razón, se verá que en los concursos de estas provincias el hecho de haber nacido allí mismo incide de manera importante en sus posibilidades, asignándosele un puntaje adicional a los postulantes nacidos y criados en la provincia.

En el cuadro que sigue, vemos que la misma tendencia se corrobora en el caso de la provincia de residencia. Es decir, los aspirantes se inscriben en el EU para concursar en la misma región en la que están domiciliados. Lo mismo ocurre si vemos los números desagregados por provincia.

Tabla 8. Elección de región para realizar la residencia según región de domicilio actual, 2015.

		Región en la cual concursa					
		Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia	
Región domicilio actual	Centro	1881	15	13	45	100	2054
	Cuyo	18	96	1	3	9	127
	NEA	8		167	1	1	177
	NOA	33	2		382	5	422
	Patagonia	8	1	1	3	69	82
		1948	114	182	434	184	2862

Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

En el caso de la Patagonia, se refuerza la relación anterior: algunos de los que nacieron allí residen en la región central pero concursan para sus provincias de origen. Ello sugiere que encaran procesos de movilidad (por motivos de formación de grado, como veremos en el cuadro siguiente), pero aspiran a regresar a sus provincias posteriormente para la formación en la especialidad elegida.

Al analizar el cuadro que cruza la región en la que realizan su formación de grado con la elección del lugar de concurso, vemos que la correspondencia se mantiene, pero no ya de manera tan fuerte para todas las regiones.

Tabla 9. Elección de región para realizar la residencia según región de la institución de formación de grado, 2015.

		Región en la cual concursa					
		Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia	
Región Institución Formadora	Centro	1521	25	17	122	130	1815
	Cuyo	17	72	1	1	9	100
	NEA	35	1	148	2	2	188
	NOA	44	12	1	248	6	311
	Patagonia	9				24	33
	Extranjeras	310	1	15	48	12	386
	s/d	12	3		13	1	29
	1948	114	182	434	184	2862	

Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

En este sentido podemos ver que la región central es una gran distribuidora de médicos formados allí hacia otras regiones del país, por el gran volumen de egresados médicos. Los lugares de migración son el NOA y la Patagonia. En el caso del NOA, incide la cantidad de oriundos de dichas provincias que realizaron su formación de grado en Córdoba, en la Escuela Latinoamericana de Medicina (en Cuba) y otras universidades del Centro como la Universidad Nacional de Rosario y la UBA, aunque en menor medida. Y en el caso de la Patagonia comprobamos lo que mencionábamos anteriormente acerca de la cantidad de jóvenes que migran hacia la región central para estudiar medicina, en parte respondiendo a una tradición de movilidad, y en parte por la escasa oferta universitaria de la región.

Como complemento a este análisis, resulta interesante ver el dato de los médicos que toman la prueba en una sede diferente a la de la provincia para la cual concursan. Para el año 2015 son 526, es decir, un 16,4% de todos los que rinden. Se observa que las instituciones nacionales reclutan profesionales de todo el país, y que muchos postulantes rinden examen en la sede nacional. Esto se explica por dos motivos: el primero es que muchos residen en la CABA porque aquí realizaron sus estudios de grado, y el segundo, es que muchos viajan desde las provincias a rendir varios exámenes para cargos de residencia (públicos y privados) en la ciudad.

Gráfico 2. Médicos que rinden examen en sede diferente a la provincia de concurso, 2015.

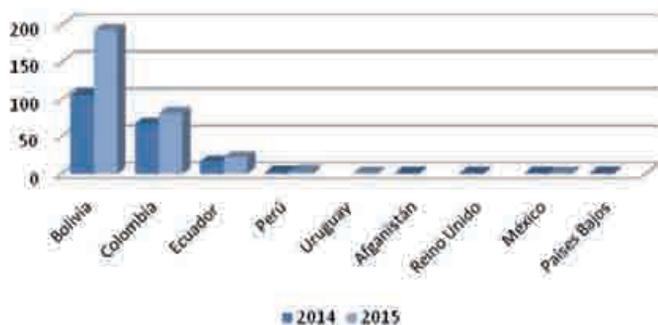


Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

La participación de médicos extranjeros en el EU

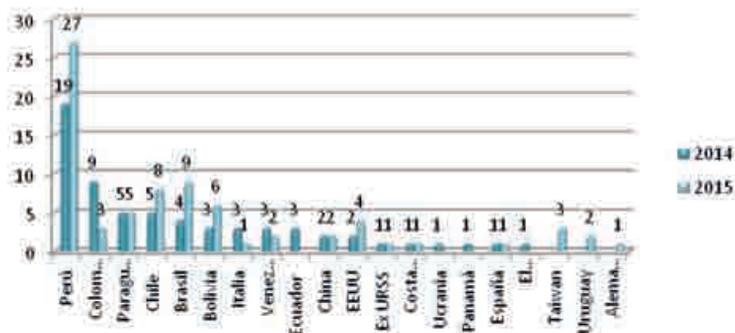
A partir del año 2014, se comenzaron a registrar los datos de médicos extranjeros que rinden el examen. Para ese año el 8% de los que rindieron eran extranjeros, aumentando a 11,8% en 2015. La mayoría proviene de países latinoamericanos (Bolivia, que encabeza el listado, Colombia, Perú, Ecuador, los más numerosos). En ambos años, la mayor parte de ellos realizó su formación de grado en universidades del extranjero, lo que pone en evidencia que vienen al país especialmente a realizar su especialización, atraídos por el prestigio de la formación que se ofrece y las buenas oportunidades profesionales.

Gráfico 3. Médicos extranjeros que rindieron el EU con formación de grado en universidades extranjeras, según país de nacimiento, 2014-2015.



Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

Gráfico 4. Médicos extranjeros que rindieron el EU con formación de grado en universidades argentinas, según país de nacimiento, 2014-2015.



Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

Readjudicación de vacantes: elección de los aspirantes y cobertura de cargos

Los cuadros precedentes nos permitieron tener un panorama de las elecciones de los aspirantes en relación con el lugar para el que concursan. Ahora veremos las elecciones que realizan aquellos que no adjudican un cargo en la primera instancia y se anotan para la instancia de readjudicación. Recordemos que en esta oportunidad los postulantes pueden modificar la elección de provincia para la que concursan y también la especialidad, en función de las plazas que quedaron disponibles y se ofrecen. También pueden inscribirse los médicos que obtuvieron un puntaje entre 40 y 49 puntos en el examen.

Tabla 10. Postulantes inscriptos en la readjudicación y cargos adjudicados, 2013-2015.

	> 40 puntos	Inscriptos en readjudicación		Cargos adjudicados	
2013	1073	310	28,89%	155	50,00%
2014	2209	411	18,61%	133	32,36%
2015	2077	460	22,15%	198	43,04%

Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

Tabla 11. Postulantes inscriptos en la readjudicación, según si cambian de provincia y especialidad, 2013-2015.

	Inscriptos en readjudicación	Cambian provincia		Cambian región		Cambian especialidad	
2013	310	136	43,87%	69	22,26%	120	38,71%
2014	411	132	32,12%	84	20,44%	179	43,55%
2015	460	103	22,39%	54	11,74%	139	30,22%

Fuente: Elaboración propia (DNChySO- MSAL), 2015.

Las Tablas 10 y 11 permiten analizar las dimensiones del fenómeno de la readjudicación de vacantes, que hasta el momento continua teniendo una importancia marginal en el proceso de cobertura de cargos. La primera columna de la Tabla 10, muestra los postulantes que estaban en condiciones de inscribirse para la segunda vuelta. Es decir, aquellos que habían obtenido 40 puntos o más en el examen y no habían adjudicado un cargo en la primera vuelta (lo que no significaba que lo hubieran hecho en otros concursos por fuera del EU). Vemos

un salto entre el año 2013 y 2014, por la incorporación de las instituciones nacionales que dejan muchos postulantes sin adjudicar en primera instancia. Los inscriptos en la readjudicación bajan año a año, partiendo de un número que ya era bajo, solo el 29% de los que están en condiciones lo hicieron en 2013. Al mismo ritmo disminuyen los médicos que finalmente adjudican un cargo. Puede observarse que el número cae considerablemente de 2013 a 2014: solo el 32% de los inscriptos adjudican un cargo en ese año. En 2015 hay una recuperación, alcanzando un 43%.

En la Tabla 11, se registran los profesionales que cambian de provincia y especialidad en esta segunda inscripción, en relación con su preferencia original. Como vemos, son menos de la mitad (43,9%) los postulantes que en 2013 estuvieron dispuestos a modificar su primera elección en función de las vacantes ofrecidas. Y en los años subsiguientes, este número ha caído incluso a llegar casi a la mitad en 2015 (22,4%). Podemos registrar diferentes comportamientos en las provincias en que no se cubrieron las vacantes en la primera vuelta: en las que la causa fue el alto número de desaprobados en el examen, al bajarse la línea de corte en la segunda adjudicación, los cargos tienden finalmente a cubrirse; en aquellas que no contaban con postulantes para determinadas especialidades, es más factible que se mantenga la baja cobertura.

Si ampliamos el lente para observar las movilidades a escala regional, notamos que el porcentaje de médicos que está dispuesto a modificar su elección de región original desciende a la mitad en todas las ediciones. Las migraciones, entonces, se dan con más probabilidad intra regionalmente.

Veamos ahora qué sucede con la elección de la especialidad. En este caso, en 2013, fueron menos aún los que optaron por modificar la especialidad original para la que concursaron, pero no fue así en los siguientes años: en 2014 y 2015 hubo más postulantes dispuestos a modificar su especialidad que la provincia original. Una explicación posible para este cambio es que al quedar vacantes en sedes de gran prestigio como las instituciones nacionales, postulantes de todo el país se juegan a adjudicar un cargo en ellas aunque las especialidades que se ofrecen no sean las de su primera elección. Habrá que ver en un futuro si esto es un hecho particular de estos años o constituye una tendencia.

A continuación, se muestra la distribución de los médicos que se inscribieron en la readjudicación en 2015, de acuerdo con la especialidad y provincia elegida en esta oportunidad. Además de las preferencias de los profesionales, los números

nos permiten ver cuáles puestos de los que se ofrecen en esta instancia son los más deseados. Como es esperable, encabezan la lista todas las especialidades ofrecidas en las Instituciones Nacionales⁶⁹, que reúnen por sí solas el 37% de las inscripciones.

Tabla 12. Cantidad de médicos que se preinscribieron para la readjudicación distribuidos por especialidad y provincia de elección para la readjudicación, año 2015.

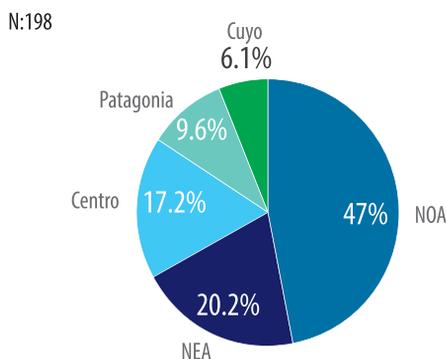
Especialidad Readjudicación	La Paz	Chuqui	Entre Ríos	Formosa	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fe	Trujillo	Tucumán	MJBE	Total
Anatomía patológica				2							1	1	4
Anestesiología	11		4	49									66
Cardiología				5	2							3	10
Cirugía general	2	2	6	30	1	3		3		1	3	6	57
Cirugía infantil (cirugía pediátrica)							4						4
Clinica médica	3	3	1	2	17			3		1	2	7	48
Emergentología				1		1							2
Epidemiología					1								1
Fisiatría (medicina física y rehabilitación)											2		2
Infectología					1	2							3
Medicina general y/o de familia	1			1	2	5	2	3	1	14	1	6	41
Neonatología	1						2		1				5
Neumonología				1							1		2
Neurocirugía							2						2
Neurología							1						1
Oftalmología				11	3							2	16
Oncología				2									2
Ortopedia y traumatología	1		1		3	4		2	2		3	1	17
Otorrinolaringología				1					4				5
Pediatría	3	5	2	44	8	5	2	8	1	2	1	1	91
Psiquiatría		1						1	2			3	5
Salud Mental				1	2								3
Terapia intensiva	1			6	2	1		5	2				18
Tocoginecología	2	1	6		2	1		3	1				16
Urología							2				2	1	5
Total médicos	25	9	18	11	170	14	21	13	3	33	15	9	460

Fuente: Elaboración propia (DNCHySO- MSAL), 2015.

69. Todas las vacantes que se ofrecen en las Instituciones Nacionales habían sido cubiertas en la primera vuelta, sin embargo, los médicos que las tomaron renunciaron al cargo a poco del ingreso. Por eso vuelven a entrar en la adjudicación.

Los médicos que toman un cargo en la readjudicación se distribuyen de manera desigual en las regiones, tal como lo muestra el Gráfico 5, lo que responde a los niveles de cobertura de la primera vuelta. Es decir, las regiones con mejor cobertura en el inicio del proceso tienen menos cargos para ofrecer en esta instancia, mientras que aquellas que suelen presentar problemas para cubrir las plazas, tienen ahora mayor peso. Un ejemplo es la región del NOA: presenta dificultades en la cobertura de cargos en general y es la que tiene mayor cantidad de cargos adjudicados en esta segunda instancia (47% del total adjudicado en el país para 2015), por la posibilidad de adjudicar que tienen los que obtuvieron entre 40 y 49 puntos en el examen.

Gráfico 5. Cargos cubiertos en readjudicación, según región, año 2015.



Fuente: Elaboración propia (DNCHySO- MSAL), 2015.

A modo de cierre

En este artículo nos hemos propuesto ofrecer un análisis estadístico del proceso de EU de los años 2013, 2014 y 2015. En primer lugar, hemos podido observar cómo fue creciendo el proyecto desde sus inicios: la ampliación del dispositivo nos muestra un avance en la planificación y la gestión conjunta de la formación de médicos especialistas. Ello resulta fundamental tanto para la detección de necesidades locales y regionales, como para la consecuente posibilidad de planificar políticas de formación para los médicos en función de ellas.

La consolidación del proyecto de EU implica abrir un camino para el trabajo

conjunto entre el ministerio nacional, los distintos ministerios provinciales y las instituciones formadoras para la planificación de las políticas de formación de los recursos humanos de salud, al mismo tiempo que abre mayores oportunidades a los médicos jóvenes. Uno de los desafíos a futuro es la incorporación de todas las jurisdicciones y de otras residencias públicas y privadas, algunas de las cuales requieren de ajustes normativos para poder concretarlo. En todo este proceso se debe destacar la fortaleza del trabajo colectivo realizado en el marco de la Red Federal de Recursos Humanos y en Salud⁷⁰, que constituye un valioso espacio de concertación y acción conjunta para llevar adelante el EU, como también otras tareas de la gestión de recursos humanos a nivel federal.

Por otra parte, el artículo nos muestra que contar con estadísticas que permitan tener conocimiento de los procesos de formación de médicos especialistas, constituye un elemento vital para la planificación de las políticas de formación. Del mismo modo, fue enriquecedor a los largo de estos años, el desarrollo de investigaciones relacionadas al EU, que permitieran analizar aspectos puntuales del proceso. En este sentido, la investigación realizada en 2014 sobre alternativas de formación de los postulantes al examen que no toman cargos⁷¹, mostró que las decisiones de los jóvenes médicos están influidas por variables que escapan a la racionalidad instrumental ligada al desarrollo de la profesión. Ello coloca a la gestión frente al desafío de pensar modos de compatibilizar los deseos y preferencias de los profesionales, con las necesidades de formación de especialistas que se plantean en todas las regiones del país.

Resumiendo, la consolidación del EU ha sido un proceso complejo, logrado exitosamente gracias al trabajo colectivo de todas las jurisdicciones e instituciones participantes, que vieron en este proyecto la opción de mejorar sus posibilidades de cobertura de los cargos de residencia ofrecidos, además de reconocer problemas comunes a nivel regional y nacional y de enriquecerse de los intercambios con colegas de otras provincias.

70. Para profundizar el trabajo de la Red, ver el Capítulo 2 en el presente volumen.

71. Acevedo, G., Duré, I. Op. Cit.

Referencias Bibliográficas

Acevedo, G, Duré I, Cadile M., Dursi, C., Ciaravino O., Nasini S y Farías M Alternativas de formación elegidas por los concursantes del sistema nacional de residencias médicas que habiendo aprobado el examen único no accedieron al cargo. Estudio multicéntrico en las jurisdicciones de Santa Fe, Neuquén, Salta y San Juan. Año 2014. Estudio colaborativo multicéntrico desarrollado en el marco de las Becas Carrillo Oñativía, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.

Disponible en http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/informe-final%20emc%202014_10_06_2015.pdf

Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, Barrionuevo K. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic; 5(21):30-37

Duré, I; Dursi, C; Raffoul Sinchicay, M.E; Caffarena, W. "Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas. Análisis estadístico de Examen Único 2013". Disponible en <http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/desctacados/examenunico/Analisisestadistico-EU-2013.pdf>

Normativa

Ley 22127 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) 21-dic-1979

PEN / SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DE SALUD / NORMAS PARA SU ESTABLECIMIENTO Y APLICACION

Publicada en el Boletín Oficial del 08-ene-1980 Número: 24329

6

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

DANIELA MARÍA DAVERIO
GLADYS SKOUMAL
GUIDO DE NICOTTI
ERICA RIQUELME
SILVIA CHERA
GABRIELA RODRÍGUEZ

El presente capítulo relata la implementación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) a 10 años de su creación, tomando como base el que ya fuera publicado en 2013⁷², y ampliando con el trabajo realizado en la elaboración de los Marcos de Referencia para la formación de especialidades en Residencias y los Resultados del SNARES.

Su implementación.

La acreditación de Residencias es un proceso de armonización de los criterios mínimos para la formación de Residencias del equipo de salud⁷³, cuyo objetivo es lograr que todas las Residencias del país ofrezcan oportunidades de formación equivalentes y de calidad. Para ello, se trabaja en el desarrollo y aplicación de estándares a alcanzar por todas las Residencias, según su especialidad y respetando las particularidades locales.

72. Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Normativa, Guías y Estándares a 7 años de su creación. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/residencias/index.php/recursos/recursos-para-residencias/374-libro-snares>

73. La acreditación es para las Residencias de especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación.

El presente capítulo relata la implementación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) a 10 años de su creación, tomando como base el que ya fuera publicado en 2013 , y ampliando con el trabajo realizado en la elaboración de los Marcos de Referencia para la formación de especialidades en Residencias y los Resultados del SNARES.

La creación del Sistema. El marco normativo

El Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud se crea el 7 de abril de 2006, por Resolución N° 450/2006 del Ministerio de Salud, en vigencia el Plan Federal de Salud 2004-2007⁷⁴, que establecía, entre las políticas de recursos humanos, la necesidad de “Implementar procesos de evaluación del conjunto de las instancias de formación, con especial énfasis en las Residencias de los equipos de salud a través de la Comisión Asesora en Evaluación de Residencias u otros mecanismos”, expresando la preocupación y rectoría del Estado en la materia.

Los considerandos de la norma ponen eje en las dificultades encontradas para lograr una armonización federal en la formación de los recursos humanos y asegurar estándares mínimos de calidad en la Residencia.

En esta primera norma se aprueban los atributos generales del SNARES y los roles de los distintos actores, dejando la gestión y administración del mismo a cargo de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización y de la entonces Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos. También se delinean las condiciones de la estructura formadora y los programas. Si bien el diseño del SNARES ya contemplaba la participación amplia de diversos sectores, el Consejo Federal de Salud (COFESA)⁷⁵, órgano rector del sistema, evaluó que no era suficiente el rol asignado a las provincias, y exigió mayor presencia.

La norma debe ser perfeccionada a través de la Resolución N° 1922/06, que incorpora la presencia de un órgano técnico en representación del COFESA, el Comité Técnico, de intervención posterior y revisora de los dictá-

74. Plan Federal de Salud 2004-2007 disponible en <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=732>

menes de la Comisión Asesora. A su vez, se determina la intervención necesaria de los responsables provinciales en la elaboración de los estándares para la acreditación y su presencia en los operativos de evaluación.

La Comisión Asesora comienza a reunirse en noviembre de 2006 y tiene en esa etapa seis meses de un intenso trabajo en la definición de la propuesta de estándares que habían sido elaborados desde la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Los estándares, luego de la correspondiente revisión por parte de las provincias, son aprobados en la Resolución 1342 del 10 de octubre de 2007 e incluyen las dimensiones que debe contemplar la acreditación.



Dicha resolución, que amplía los requerimientos para el proceso de evaluación y los organiza, es una muestra de la complejidad del SNARES. Si bien la norma intenta dar inicio al proceso de acreditación (*Art 1. "Impleméntase el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD"*) la multiplicidad de actores y roles requieren de una fuerte coor-

75. El Consejo Federal de Salud es un órgano de rectoría que nuclea a los Ministros de Salud provinciales y nacional para la orientación de las políticas sanitarias.

dinación y de mayor profundidad en el diseño de los procedimientos, que permitan que los procesos de evaluación y posterior acreditación se desarrollen en un marco de equidad entre los distintos evaluadores y evaluados. Era un desafío difícil luego de años de ausencia del Estado, en donde las corporaciones habían asumido el poder de policía interviniendo con criterios disímiles. La norma establece la diferencia entre la evaluación que realizan las entidades inscriptas en el Registro y la acreditación como potestad del Ministerio, como así también las condiciones en que deben realizarse las evaluaciones.

En ese período, la Comisión Asesora define su reglamento operativo y deja plasmados los ejes de trabajo que habrían de marcar la actividad del Sistema Nacional de Acreditación en los años subsiguientes:

- Ranking de especialidades prioritarias
- Estándares y Comisiones de trabajo por especialidad
- Estándares mínimos comunes de calidad de la estructura formadora y requisitos para acreditación
- Estructura de los programas
- Responsabilidad de los residentes y roles en el equipo formador
- Requisitos para integrar el registro de evaluadores
- Circuito de la acreditación

También pone de manifiesto que la magnitud de la tarea requiere de un trabajo de gestión intenso y continuo y del liderazgo del Ministerio de Salud, para promover y garantizar la implementación del Sistema y coordinar la participación de todos los involucrados en el proceso.

La puesta en marcha del Sistema

Como sucede habitualmente en la implementación de una nueva política, es importante comunicarla y difundirla entre los diferentes actores involu-

crados, así como establecer circuitos administrativos e instrumentos que garanticen la equidad y la transparencia en los actos de la administración requiere y contar con un equipo adecuado.

Las prioridades del COFESA

Durante el año 2008, la problemática de las Residencias ocupa la agenda del COFESA. En la reunión realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 11 y 12 de septiembre⁷⁶ se presenta una actualización del estado de las Residencias y las dificultades que aparecen en la cobertura de algunas especialidades. En ese momento, el COFESA define como prioritarias las especialidades pilares de la Atención Primaria de la Salud (Medicina General y Familiar, Pediatría y Tocoginecología) y las de área crítica (Neonatología, Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Pediátrica y Anestesiología), estableciendo así un primer “ranking de especialidades” a trabajar, que ya había surgido como preocupación en la Comisión Asesora. El COFESA acuerda que se oriente el financiamiento nacional a las Residencias de estas especialidades y que se avance con el proceso de acreditación.

La incorporación progresiva de los actores del Sistema

En octubre del 2008 se convoca a la Comisión Asesora para informar lo acontecido en el COFESA y presentar los avances en la conformación del SNARES. La Comisión propone comenzar con la acreditación de las Residencias de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología e iniciar el trabajo de elaboración de los estándares (Marcos de Referencia) para dichas especialidades.

El primer paso para poner en funcionamiento el Sistema fue integrar el Registro de Evaluadores⁷⁷. Las primeras entidades se incorporan al Registro en marzo de 2009. (Tabla 2 al final del artículo).

Del trabajo con los evaluadores surgen inquietudes relacionadas con los estándares generales, aquellos que permiten medir las condiciones de la

76. Acta disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-03-08/acta-03-08.pdf>

77. El Registro de Evaluadores puede consultarse en la página web del Ministerio de Salud de la Nación. Está disponible en <http://www.msal.gov.ar/Residencias/c1b.php>

estructura formadora. Asumiendo la responsabilidad de la gestión del sistema, la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización elabora una propuesta de instrumento de evaluación y categorización de las Residencias.

Entre las problemáticas señaladas por la Red Federal de Responsables de Recursos Humanos de Salud⁷⁸ (2009) surge la ausencia de un marco de referencia común, que defina con claridad las características y alcances del sistema de formación de Residencias y contribuya a adoptar decisiones, intervenir en la resolución de problemas y definir orientaciones futuras.

Se conforma en el Ministerio de Salud de la Nación, un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud y de las ciencias sociales, pedagogos, abogados y perfiles para la gestión administrativa que trabaja en la definición de las herramientas y circuitos administrativos y que lleva adelante el procedimiento de acreditación, facilitando la intervención de todos los actores.

A fines de 2008, se ponen en funcionamiento las comisiones para la elaboración de los Marcos de Referencia de las Residencias de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología, integradas por representantes de las sociedades científicas de la especialidad, de las universidades, de las provincias y del Ministerio de Salud de la Nación.

La construcción de instrumentos para la evaluación y acreditación: Instrumento de Evaluación y sistematización de estándares para la categorización.

Matriz de Valoración para la Categorización de Residencias

En el año 2008, desde la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO)⁷⁹ se elabora un instrumento de evaluación de la

78. La metodología de trabajo federal de la DNCHySO se desarrolla a través de reuniones con todos los responsables de recursos humanos y/o capacitación de las distintas jurisdicciones: al inicio del año para fijar agenda de trabajo y al final para realizar una evaluación. A lo largo del año, se convocan reuniones de trabajo con cada una de las cinco regiones, en las que se abordan los temas consensuados por las mismas en la reunión de marzo. Se trabaja en la búsqueda de consenso para la gestión de las Residencias y la planificación de recursos humanos. La Red se conforma en Comité Técnico para los temas de acreditación.

79. EL Decreto PEN 1343 del 2007 aprueba la estructura orgánica del Ministerio de Salud de la Nación y establece las responsabilidades de la nueva Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional en el marco de la nueva gestión de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner.

estructura formadora en sus tres dimensiones (propuesta pedagógica, desarrollo del programa y condiciones de funcionamiento).

El diseño preliminar, toma en cuenta herramientas anteriores del Ministerio y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las utilizadas por las sociedades científicas (Sociedad Argentina de Pediatría y Asociación Argentina de Cirugía), la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación de Posgrado en la República Argentina (ACAP) y la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), así como instrumentos internacionales.

El instrumento incorpora las siguientes dimensiones de la acreditación:

- a. Criterios pedagógicos generales.
- b. Aspectos teórico prácticos de la enseñanza y el aprendizaje en el contexto de una Residencia.
- c. Características de la figura del residente como profesional en formación.
- d. Formación de los docentes
- e. Distintos elementos de evaluación de los aprendizajes
- f. Información general sobre la Residencia (antigüedad, Profesionales, cantidad de camas, etc.)
- g. La Residencia en el marco de un servicio y de una institución.

Si bien las Resoluciones 450/2006 y 1342/2007 definen los estándares de estructura formadora, las primeras evaluaciones (2009) evidencian una disparidad de criterios para la categorización. Se elabora una propuesta de sistematización y categorización. Estos estándares comunes a todas las profesiones del equipo de salud se incorporan al ordenamiento normativo del SNARES a través de la Disposición 29/2010 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Con todos estos instrumentos se dio inicio al proceso de Acreditación.

Para completar el menú de herramientas que ayudan a perfeccionar la eva-

luación y categorización de la Residencia, en el año 2012 el equipo de Acreditación elabora la Matriz de Valoración para la Categorización de Residencia que aporta parámetros objetivos para graduar los criterios de evaluación.

El Circuito de Acreditación. Acciones y responsables



El gráfico permite observar que el circuito se inicia con la **Solicitud de Acreditación** por parte de la Residencia (1) al Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Esta solicitud deberá acompañarse con una Nota de presentación y acuerdo **Provincial** (2). Luego, el **MSAL solicita la evaluación** a la entidad evaluadora de la especialidad (3).

El evaluador utiliza el **Instrumento Nacional de Evaluación** (4). El procedimiento contempla un primer momento de autoevaluación de la Residencia, donde los responsables completan el instrumento y se lo envían a la Entidad Evaluadora.

Se acuerda una visita durante la cual, los evaluadores se reúnen con los responsables de la Residencia, recorren la institución y contrastan lo expresado en el Instrumento y en el programa. En un segundo momento, los evaluadores realizan una reunión con los residentes en la que ellos completan las

encuestas anónimas que son parte del Proceso de Evaluación. Al finalizar, ambas partes (responsable de la Residencia y evaluadores) firman el instrumento, avalando su contenido.

Con posterioridad a la visita, el evaluador produce su Informe de Evaluación, con una apreciación global integradora del funcionamiento de la Residencia, sus debilidades y fortalezas, y la categoría propuesta en relación con los Estándares Nacionales y la Matriz de Valoración (5).

El **Equipo Técnico de Acreditación** de la DNCHySO es el encargado de triangular la información que llega de las Residencias para su acreditación: programa de formación, instrumento de evaluación con informe de la entidad evaluadora y encuestas a los residentes. Analiza el material, su consistencia y coherencia, en conjunto con la entidad evaluadora. Finalmente, realiza un **Informe Técnico Integrador** (6). El informe incluye los datos más relevantes de la Residencia, que sustentan la decisión tomada para la acreditación y categorización: describe las características generales de la Residencia y la institución en la que se inscribe, la propuesta de formación que se presenta en el Programa de la Residencia, la infraestructura y equipamiento disponible y las condiciones de contratación de los residentes. En cada ítem se incorporan las fortalezas y debilidades relevadas por la entidad evaluadora, se propone la categoría de acreditación y se efectúan **recomendaciones** para mejorar la calidad de formación de la Residencia.

La **Comisión Asesora** se reúne cada 2 meses. Se presentan allí los Informes Técnicos realizados por el Equipo Técnico de Acreditación para la **revisión y aprobación del procedimiento realizado** (7). También discuten y efectúan recomendaciones y propuestas para abordar los distintos problemas que van surgiendo en la implementación del SNARES.

El **Comité Técnico Federal** se reúne dos veces al año y los Comités Técnicos Regionales lo hacen una vez al año. Se informa lo actuado por la Comisión Asesora y se tratan los Informes Técnicos de las Residencias que presentan algún conflicto durante el proceso de acreditación (8).

Lo actuado en la Comisión Asesora y el Comité Técnico se recoge en las **actas de cada reunión**.

Una vez revisado todo el procedimiento de evaluación y los informes, las **re-**

comendaciones, la acreditación y categorización de la Residencia se hace efectiva a través de una **Disposición del Presidente del SNARES** (9), el Subsecretario de Políticas, Regulación y Fiscalización. La disposición **se publica en el Boletín Oficial de la Nación** y se envía al responsable de la Residencia, junto con el Informe Técnico Final. Finalmente, la Residencia **se incorpora al Registro Único de Residencias Acreditadas** (10).

Las primeras acreditaciones se realizan en abril de 2011 inaugurando el **Registro de Residencias Acreditadas del Equipo de Salud**⁸⁰. Estas acreditaciones fueron, en su mayoría, de Residencias privadas nuevas o con acreditación anterior a la Resolución 450/06 y con plazo vencido. Si bien para las Residencias privadas no es obligatoria la acreditación, el Ministerio de Salud de Nación continúa ejerciendo el poder de policía en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, de acuerdo con la normativa vigente, los egresados de las Residencias acreditadas por este Ministerio pueden acceder en forma directa a la certificación de su especialidad⁸¹.

En ese año también tiene lugar la aprobación del Documento Marco de Residencias y la apertura de nuevas comisiones para trabajar los Marcos de Referencia. Tanto la Comisión Asesora como el Comité Técnico proponen agregar las especialidades de Clínica Médica, Cirugía General y Ortopedia y Traumatología a las que ya habían sido señaladas por el COFESA, considerando que ellas configuran las especialidades con mayor volumen de formación y que, sumadas a las anteriores, proporcionan el espectro de especialidades que atienden la mayor parte de los problemas prevalentes de salud de la población.

En el año 2010 comienza la evaluación de las Residencias nacionales de las especialidades definidas como prioritarias que ya cuentan con marco de referencia. Se realizan las evaluaciones de Medicina General / Familiar, Pediatría y Tocoginecología para las Residencias de las regiones del Noreste y Noroeste Argentino, continuándose el siguiente año con las Regiones de Cuyo y Patagonia. En el año 2013, ya consolidado el proceso de acreditación, se continúa con la Región Centro y se avanza en la evaluación de otras especialidades: Cardiología, Clínica Médica, Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Infantil, Neonatología y Cirugía General.

80. El Registro de Residencias Acreditadas puede consultarse en la página web del Ministerio de Salud de la Nación. Está disponible en <http://www.msal.gov.ar/Residencias/c2d.php>

81. Ley 23.873

Otras herramientas para fortalecer el proceso

Documento Marco de Residencias

A propuesta de la Red Federal de Responsables de Recursos Humanos de Salud, se elaboró un documento que rescata los elementos esenciales del proceso formativo de la Residencia con una perspectiva histórica y contiene el pensamiento de los responsables de la gestión de las Residencias, poniendo foco en las tensiones que habitualmente surgen en un proceso de formación en el trabajo.

Guía para la Formulación de Programas

El Programa de Formación es otro de los componentes a analizar en el proceso de acreditación. La normativa contempla su estructura mínima, pero ésta permite una diversidad de formulaciones. Sin pretender hegemonizar el formato, pero tendiendo a orientar su diseño, se elaboró una guía que facilita la elaboración de los programas. A partir de 2012 la guía es de referencia obligada para elaborar los programas de Residencias nacionales.

Guía para la elaboración de Documentos Marcos de Referencia

Las primeras reuniones de las comisiones de especialidades están dedicadas a la comprensión del encuadre de trabajo en el marco de las competencias. A partir de la experiencia con las tres primeras comisiones, se decide elaborar un material que permita a sus integrantes un acercamiento a la metodología utilizada.

Guía para el evaluador

Se confeccionó una “ruta del evaluador” que guía las actividades que deben hacer los evaluadores antes, durante y después de la visita a la sede formadora. Esto se realizó como consecuencia de las reuniones realizadas con todos los actores y a fin de ordenar el proceso de evaluación.

Guía para apertura de Residencias Nuevas

Se elaboró una guía con los requisitos para la apertura de nuevas Residencias con el fin de garantizar una mínima calidad desde el inicio del proceso de formación de posgrado.

Marcos de Referencia para la Formación en Residencias

Son documentos que establecen los rasgos definitorios de la formación en las Residencias. Como tal, contempla criterios básicos y estándares que definen aspectos sustantivos de cada especialidad, para ser tenidos en cuenta

durante la Acreditación y la elaboración de los Programas de Formación de las distintas sedes y jurisdicciones.

Contenidos transversales

Dentro de los Marcos de referencia se han incorporado contenidos epistemológicos, éticos y políticos que son transversales a las distintas disciplinas que integran el equipo de salud.

El trabajo con estos contenidos hacen a la reflexión sobre la práctica en la situación de aprendizaje y constituyen una oportunidad para trabajar transversal e integralmente en la formación con otros y con pares. Brinda en el espacio de formación, la oportunidad del intercambio y trabajo conjunto con profesionales del propio servicio, otras áreas o especialidades y otras Residencias que comparten un mismo escenario. También posibilitan el intercambio del equipo docente para la discusión teórica y conceptual, que signifique un aprendizaje en términos de actualización y discusión crítica.

Están organizados en bloques con tres ejes temáticos que plantean en líneas generales el abordaje de problemas centrales del campo de la salud y de la atención: el primero pone énfasis en el **rol del profesional como parte y actor del sistema de salud**. El segundo subraya el vínculo del **profesional como sujeto de derecho** con otros sujetos de derecho en lo que refiere a la salud de las personas. El último enfatiza el valor de la educación permanente y al residente **como sujeto activo del aprendizaje permanente y de la investigación** para la mejora de la atención y el crecimiento profesional.

La elaboración de los Marcos de Referencia para la formación de Especialidades en Residencias

La recuperación de la rectoría en la formación de especialistas y el desarrollo de un sistema de acreditación exige la definición de criterios y estándares que orienten la formación, permitiendo valorar la oferta vigente y contribuyendo a su mejora. A tal fin, desde 2008, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional comenzó a elaborar Documentos Marco de Referencia, que enuncian estándares mínimos sobre perfil profesional y la trayectoria formativa de las especialidades de Residencias. Estos documentos son una herramienta indispensable para la armonización y mejora del sistema de Residencias médicas a nivel nacional, en tanto definen características,

modalidades y parámetros que deben ser contemplados por las Residencias para su acreditación.

Los criterios y estándares establecidos en los Documentos Marco de Referencia definen una base común para:

- Diseñar nuevos Programas de Formación de Residencias.
- Compatibilizar, transparentar y hacer comparables los procesos de formación y las capacidades de los egresados de distintas jurisdicciones y sedes.
- Desarrollar procesos de evaluación, acreditación y mejora continua.
- Instalar procesos de colaboración e intercambio entre sedes y/o especialidades.

Los documentos se elaboran en conjunto entre el Ministerio de Salud de la Nación, Sociedades Científicas, Asociaciones Profesionales, Universidades, referentes provinciales y de programas de nivel jurisdiccional y/o nacional. Para ello, se conforma una comisión por especialidad que se reúne mensualmente durante un período aproximado de veinte meses, y que discute y consensua.

El documento sigue el circuito de aprobación de la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias y de la Comisión Nacional Asesora del Ejercicio de las Profesiones de Grado Universitario en Salud y es validado federalmente por el Comité Técnico. Por último es aprobado por Resolución Ministerial.

Específicamente, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO) del Ministerio de Salud de la Nación organiza comisiones de trabajo para la elaboración de Marcos de Referencia de diversas especialidades de Residencia. Estas comisiones reúnen mensualmente un promedio de 20 profesionales, que son integrantes de Sociedades Científicas y Académicas, especialistas con diferentes inserciones laborales, integrantes de programas nacionales o provinciales vinculados a cada especialidad y profesionales de reconocida trayectoria provenientes de distintos ámbitos asistenciales.

La coordinación de las reuniones está a cargo de una pareja pedagógica (médico/a y pedagoga), cuya función es presentar y acompañar en la metodología de trabajo para la construcción de los documentos, actualizar y reponer las discusiones y definiciones que se van sucediendo durante el trabajo y plantear la perspectiva de formación que impulsa el Ministerio.

El proceso de construcción curricular involucra dimensiones políticas y técnicas. En términos políticos, se toman decisiones federales con un doble propósito: contemplar las realidades jurisdiccionales en la definición de estándares y posibilitar la construcción de criterios comunes para el establecimiento de políticas nacionales.

La inclusión de las realidades jurisdiccionales es una estrategia de gestión que permite recuperar las buenas experiencias formativas locales.

Por otra parte, referentes y coordinadores de cada Residencia elaboran sus programas de formación y definen: fundamentación, perfil, objetivos, contenidos, rotaciones, actividades, recursos y modalidades de evaluación, atendiendo a sus realidades institucionales y cumpliendo, al mismo tiempo, con las pautas mínimas presentadas en los marcos de referencia.

En términos técnico-instrumentales, los marcos de referencia son prescriptivos para quienes decidan presentarse a acreditación ante el Ministerio de Salud de la Nación y cumplen con un formato curricular que contempla la definición y la justificación de un perfil de especialista, bloques de contenidos de la especialidad y comunes a todas las especialidades y requisitos mínimos para el funcionamiento de las Residencias.

La estructura de los documentos y su función en la acreditación de Residencias va siendo incorporada por los participantes de las comisiones a medida que avanza el trabajo. La coordinación desde la DNChySO del Ministerio de Salud asume como responsabilidad central sostener el marco de trabajo conjunto y orientar en las distintas etapas de la tarea. La dificultad para la apropiación del formato curricular es multifactorial y requiere de investigaciones más profundas pero se reconoce que los marcos de referencia invitan a una revisión sobre el objeto mismo de la especialidad médica y de su ejercicio⁸².

82. Estudios pedagógicos demuestran que las innovaciones en las propuestas de formación en el nivel superior responden a transformaciones sobre el modo de definir el objeto epistemológico de las disciplinas (Cunha, 1998, sobre trabajo de Souza Santos, 1985) y particularmente sobre la relación teoría-práctica (Lucarelli, 2009).

Los especialistas participantes de las comisiones suelen ser instructores de Residencias, profesores universitarios, miembros de entidades profesionales y académicas prestigiosas. La situación misma de la Residencia los enfrenta a una necesidad de construir teoría a partir de la práctica; esto supone: poner en juego conocimientos específicos y saberes relacionales, comprender las problemáticas de salud en términos complejos y no sólo inherentes a contenidos disciplinares, actuar según lo estudiado y según las experiencias transitadas, reflexionar sobre esas experiencias, transformar saberes formales en sentido común. Sin embargo, en situaciones de escritura, se visualiza en las expresiones de algunos especialistas una fuerte necesidad de recurrir a formalismos que tienden a transformar el objeto de conocimiento. Un caso típico suele ocurrir al momento de escribir las competencias que el profesional tiene que desarrollar, y los criterios de realización que definen parámetros para estipular si cada competencia ha sido lograda. Los criterios de realización son enunciados generales sobre las características de una práctica bien realizada. Sin embargo, algunos integrantes de las comisiones expresan una fuerte preocupación por describir la práctica tan detalladamente que puede terminar siendo desglosada al punto de perder de vista la complejidad de la misma y, por lo tanto, transformar el objeto mismo de la formación. Es preciso señalar que los marcos de referencia tienen una estructura innovadora en términos de presentación de sus apartados y una precisión técnico-didáctica que difiere de la habitualmente concebida en la elaboración de programas de Residencias. Estos documentos, se distinguen de los programas de formación. Abarcan un nivel de planificación macro que refleja la diversidad y a la vez sintetiza de modo inclusivo un perfil de especialista válido y adaptable a cada realidad en particular. Se distingue asimismo del programa de formación porque no determina una secuencia de aprendizaje, sino que focaliza en las competencias para la formación.

El perfil se estructura por competencias, es decir el “conjunto complejo e integrado de funciones, capacidades y habilidades que los profesionales del área pueden desempeñar en diversas situaciones reales de trabajo para resolver los problemas que ellas le plantean, de acuerdo con los estándares de profesionalidad y criterios de responsabilidad social” (Davini y Duré, 2013). Las competencias se agrupan por áreas, según diversos criterios: etapas del proceso de intervención, sujetos de la atención, ámbitos de acción.

Las bases curriculares presentan una selección de contenidos que son considerados valiosos para la socialización al interior del campo profesional y del

sistema sanitario y para el desarrollo de la autonomía del especialista. En los Marcos de Referencia se distinguen entre dos tipos de contenidos: propios de la especialidad y comunes a todas las especialidades.

Los bloques curriculares específicos se definen por escenarios de ejercicio profesional, modos de intervención o tipos de pacientes.

Y además, se incorporan bloques curriculares comunes o transversales a todas las Residencias, que pueden ser trabajados en forma interdisciplinaria. Estos bloques aluden al profesional como parte del sistema sanitario, a los sujetos de derecho dentro de dicho sistema y a la educación permanente y la producción de conocimientos por parte de los especialistas. Esto genera una diferencia de fondo con la habitual presentación de contenidos por sistemas, superando así un paradigma biologicista del ejercicio de la medicina.

Finalmente los requisitos para el funcionamiento de las Residencias establecen pautas mínimas que deben cumplir las instituciones que deseen acreditar una Residencia ante el Ministerio de Salud de la Nación. Aquí se presentan: duración de la Residencia, rotaciones básicas, procedimientos mínimos, recursos humanos y materiales, actividades sugeridas, lineamientos generales sobre evaluación. Definir estas cuestiones requiere del logro de un doble equilibrio: por un lado, entre lo deseable y lo posible sin desmerecer la calidad de la formación; por otro, entre lo que la comisión desea prescribir y la autonomía que requieren las jurisdicciones y los centros sanitarios para decidir sus políticas de formación.

Sobre el proceso construcción de los Marcos

La elaboración de los documentos “Marcos de Referencia” supone un trabajo prolongado que se extiende según las especialidades entre 12 y 24 meses. La complejidad de la tarea plantea nuevos desafíos y posibilita la incorporación de otra modalidad de trabajo que consiste en convocar a entidades científicas de la especialidad para la elaboración de un documento borrador y que luego se valida en una Comisión ampliada integrada por los representantes de las jurisdicciones y otros expertos del campo.

Las definiciones requeridas exigen en muchos casos enfrentarse a problemas valorativos que implican dimensiones políticas, sociales y éticas, sobre

las cuales existen perspectivas no siempre coincidentes. Su definición requiere la consideración de puntos de vista múltiples y de intereses de distintos actores: mundo académico, gremial, mercado laboral, etc.

Por ejemplo, los integrantes de las comisiones técnicas de las Terapias Intensivas (Infantil y de Adultos) sostuvieron, a lo largo de las reuniones, una fuerte preocupación: comprender las razones por las cuales la especialidad es poco elegida para el desempeño profesional; la mayoría de ellas relativas a las condiciones laborales. Si bien los marcos de referencia son documentos que regulan la formación, resultó central para esos equipos de trabajo señalar tales preocupaciones, lo cual quedó reflejado en la Justificación del Perfil de la siguiente manera:

Las causas por las cuales este recurso humano es escaso y los médicos abandonan o no eligen los programas de formación en estas áreas es multifactorial y difícil de objetivar. Se han descrito en diferentes publicaciones fenómenos de síndrome de agotamiento profesional como un factor asociado y estilo negativo de vida.

Existen estudios en otros países que identifican factores de riesgo relacionados con la reducción del número o capacitación del personal de UCI, tales como escasa planificación federal para promover la especialidad, aumento de la demanda por parte de la población, escasez de programas que fomenten económicamente la especialidad.

El abordaje para enfrentar la crisis actual de falta de médicos orientados al área de la terapia intensiva requiere tanto del conocimiento de las características y distribución del recurso actual, de sus condiciones de capacitación y laborales, así como de la exploración de los posibles factores asociados a este déficit en la elección y en la continuidad de la especialidad. Parte de las acciones deben estar orientadas a facilitar el ingreso a las Residencias de la especialidad de una manera explícita, ponderada y evaluable, a fin de promover el ingreso a esta formación.

Por otra parte, los Marcos de Referencia, como textos curriculares, producen y crean significados. Cuando en las comisiones se discute acerca del perfil de un especialista, los contenidos que ese especialista debe tratar y qué condiciones básicas debe cumplir la institución formadora, se está debatiendo sobre qué significa ejercer bien una especialidad y formar bien a un

especialista. Y por tanto, los documentos contienen marcas reales e ideales y una búsqueda por la superación de estereotipos. Ejemplo de esto resultó la construcción del perfil de Cirujano General, definido como especialista en el diagnóstico y el tratamiento de personas con patologías quirúrgicas. Decir que el cirujano trata con personas y no con patologías es un discurso del buen hacer en la especialidad *y asimismo refleja un cambio paradigmático en términos de intencionalidad pedagógica.*

Otras definiciones, como el perfil del especialista en Medicina General y/o Familiar plantean la formación de un especialista capacitado para cuidar la salud de la comunidad, a la persona y su familia, gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad y participar del proceso de investigación y educación médica continua y permanente. Reconociéndose así que el proceso de atención es parte de una integralidad y que debe gestionarse para alcanzar el cuidado adecuado, no sólo de las personas sino de sus familias y la comunidad toda, aspectos que dan cuenta de la identidad del médico especialista en medicina general y/o familiar. De aquí se desprende que un escenario muy importante para el desempeño de un profesional en esta especialidad es el primer nivel de atención (centro de salud o de atención primaria) y que su rol se define por una concepción del proceso salud enfermedad atención ligada al contexto. El perfil produce sentidos tanto para la formación como para concretar políticas sanitarias.

Al definir el alcance de cada perfil profesional, se construye una posición social y de identidad del grupo en sí mismo y en relación con otros grupos.

¿Qué diferencia a un médico clínico de un médico generalista o de un intensivista?

La población destinataria de la atención diferencia a cada uno de estos especialistas: la comunidad, la persona y su familia para el generalista; la persona desde la adolescencia a la vejez para el clínico; el paciente en estado crítico para el intensivista. Particularmente en el caso del clínico, el método aparece como elemento central de identidad profesional; entre otras cosas, porque la Residencia en Clínica es requisito para la realización de Residencias en otras especialidades. En el caso del generalista, es el paradigma de abordaje de las problemáticas sanitarias lo que especifica su tarea.

A partir de estas consideraciones se determina cuáles son los escenarios privilegiados para la formación y el desempeño profesional: el centro de salud

o los hospitales rurales para el generalista; la internación, las urgencias, el consultorio externo y el centro de salud, para el clínico; el área de cuidados críticos para el intensivista.

Más allá de las diferencias, los límites son difusos y, por consiguiente, lo que define el perfil de cada uno de estos grupos no sólo es “lo que son” sino también “lo que no son”.

Sobre los debates en las Comisiones

Cada uno de los procesos de trabajo en las comisiones redactoras atravesó, momentos de intensos debates, que fueron el reflejo de algunas tensiones que se están dando en el campo de la medicina y la salud en general, y de algunas especialidades en particular.

Son muchísimos los ejemplos pero entre ellos podemos citar los siguientes: Los neonatólogos definieron que la recepción del recién nacido, podía estar a cargo del pediatra y no, necesariamente, de los neonatólogos. Asimismo incorporaron al traslado de pacientes como una competencia para la cual se requiere una formación.

Los clínicos definieron la necesidad de modificar la fuerte impronta internista habitual que caracterizó (y caracteriza) a la formación tradicional de dicho especialista, por una mayor formación en atención ambulatoria y la incorporación de la rotación obligatoria por el Primer Nivel de Atención.

Los especialistas en Terapia Intensiva de Adultos le dieron especial trascendencia a los aspectos vinculados a garantizar los cuidados del fin de la vida, el mantenimiento del potencial donante de órganos y los aspectos bioéticos y comunicacionales vinculados a la atención del paciente crítico. Debatieron con especial interés el tipo de habilidades clínicas a desarrollar en una etapa inicial de la Residencia, incluyendo el trabajo con la comisión a cargo de Clínica médica.

La comisión de Salud Mental, fue una de las que mayor cantidad de debates generó. La inexistencia de una especialidad “Salud Mental” y el hecho de que sólo los médicos y enfermeros profesionales puedan acceder a un título de especialista al finalizar la Residencia, generó permanentes interferencias en las discusiones. Otro eje que generó poca tensión, se ubica en el deba-

te polarizado entre un modelo de abordaje tradicional, traccionado por la práctica asistencial existente, y un modelo de formación disciplinar en las carreras de grado frente a un modelo de formación interdisciplinario, preventivo – comunitario propuesto por el marco de la Ley de Salud Mental que plantea un abordaje novedoso en la formación de posgrado. Por otro lado, la amplia variedad de dispositivos y modalidades de atención, provocaron muchas tensiones a la hora de priorizar cuáles debían ser los espacios de formación obligatoria u optativa y la carga horaria y distribución porcentual de los mismos en el total. Finalmente se llegó a una fórmula consensuada que deja un cierto margen de autonomía para que cada sede o jurisdicción adapte su programa, en algunos aspectos, a sus posibilidades de oferta de servicios. Sin duda, Las características del campo de la Salud Mental, hacen que se presenten múltiples diferencias conceptuales en torno a la mayoría de los temas, lo que constituyó una dificultad que la coordinación técnica debió trabajar en forma casi permanente.

Este último ejemplo es válido para reflejar, que para el equipo técnico de la DNHYSO, la coordinación de diferentes comisiones de trabajo, constituyó un aprendizaje y fortalecimiento progresivo en la adquisición de herramientas metodológicas para asistir técnicamente estos procesos. En la primera comisión, de Medicina General, se contaba con pocos antecedentes y experiencias, y sin duda, esto influyó en la modalidad de trabajo. Con el transcurrir de los años y las diferentes experiencias atravesadas, se adquirieron capacidades que posibilitaron enriquecer los debates, ordenar las discusiones y mejorar los resultados. Los actores intervinientes han reconocido este mérito, ya que, sin una adecuada asistencia técnica en lo metodológico, no se hubieran logrado los objetivos, por todos buscados.

Por ello, la dinámica de trabajo en las comisiones se orienta a focalizar e identificar las tensiones o problemáticas centrales que se plantean en la formación y en el campo de la especialidad. Esta dinámica de trabajo favorece la toma de postura de los actores participantes, muchos de los cuales históricamente no tenían voz en discusiones sobre estándares, tradicionalmente hegemonizadas por algunos círculos académicos. Tal es el caso de varios responsables de Residencias que participan en calidad de representantes provinciales o regionales, que permiten recuperar las buenas prácticas sanitarias que se crean a nivel local.

A la fecha se ha concluido la elaboración de 11 marcos de referencia (Ver tabla 3, al final del artículo)

Resultados del Proceso de Acreditación.

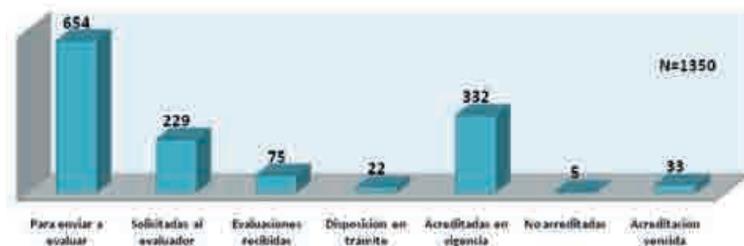
Residencias Acreditadas

Al día de hoy, 370 Residencias han completado el Circuito de Acreditación, encontrándose 332 Acreditadas en Vigencia, 5 No Acreditadas y 33 con Acreditación vencida. El cuadro que sigue presenta la situación de las Residencias dentro de las distintas etapas del proceso de acreditación.

Dentro de las “Residencias para enviar a evaluar” (654) se encuentran el grupo de Residencias Provinciales (Provincia de Buenos Aires y CABA) que si bien realizaron un compromiso de incorporarse al SNARES, solicitaron que se planifiquen las evaluaciones progresivamente. Esto es debido a un tema de gestión de las jurisdicciones y fundamentalmente a la necesidad de las conducciones de las Residencias de realizar una autoevaluación previa para llegar en mejores condiciones a la evaluación del SNARES. Este mismo ítem incluye a las Residencias de especialidades para las cuales el Sistema aún no cuenta con Entidades para evaluarlas (Ej. anestesiología, endocrinología, fisioterapia, radioterapia, toxicología, todas las especialidades de odontología, entre otras).

A partir del año 2013 se empieza a incorporar la categoría “Acreditación vencida”. Estas son las Residencias que tienen vencido el periodo de acreditación y que aún no han iniciado o completado un nuevo proceso de acreditación.

Gráfico 1: Residencias en proceso de acreditación, distintas etapas. Noviembre 2015



Fuente SNARES. Ministerio de Salud de Nación

Las recomendaciones realizadas a las Residencias

Para hacer un mapa de las problemáticas de las residencias evaluadas y poder acompañar los procesos de mejora, se decide realizar un análisis sobre las recomendaciones en las primeras 252 Residencias médicas evaluadas. Primero se identifican las recomendaciones de mayor frecuencia y se agrupan en las siguientes categorías:

Programa: todas las recomendaciones relacionadas a la mejora de la elaboración del programa de formación y a la adecuación a la Resolución 1342/2007 y del Marco de referencia de la especialidad.

Contenidos Transversales: todas las recomendaciones tendientes a incorporar en la Residencia la formación en contenidos transversales.

Rotaciones - Prácticas: todas las recomendaciones referentes a adecuar el desarrollo del programa, especialmente en lo relativo a las rotaciones obligatorias, las prácticas y procedimientos de la especialidad.

Convenios: la recomendación de formalizar los convenios con otras instituciones para el desarrollo de rotaciones externas a la sede con un programa de formación y el compromiso docente.

Integración teórico práctica: las recomendaciones que involucran incremento de la carga horaria y el respeto de los tiempos destinados a formación teórica, el fortalecimiento de la formación teórica de los residentes, la organización de los ateneos incorporando registros sistemáticos y auditorías.

Investigación: las recomendaciones relacionadas a mejorar la formación y participación de los residentes en actividades científicas, de investigación y en publicaciones.

Guardia: las recomendaciones de distribución uniforme de las guardias durante el transcurso de la Residencia y el ajuste de la cantidad de acuerdo a la normativa así como la reducción de la carga horaria de las guardias de fin de semana de 24 a 12 h.

Descanso post guardia: todas las recomendaciones que se hacen para que se haga efectivo el descanso post guardia de 6 horas.

Docentes: las recomendaciones sobre el aumento de la planta docente, la existencia de la figura de coordinador / Instructor y Jefe de residentes y la mejora de la proporción de responsables docentes a cargo de la Residencia. Formación pedagógica: la promoción la formación pedagógica del equipo docente, de tutores, instructores, jefes y profesionales de planta.

Evaluación: todas aquellas recomendaciones relacionadas con la evaluación de los residentes: implementación de registros de prácticas y procedimientos, formalización del sistema de evaluación de los residentes, estableciendo frecuencia y modalidad, utilización de instrumentos de evaluación como listas de cotejo, escalas, u otros para valorar el desempeño de los residentes en actividades prácticas.

Supervisión: Todas las recomendaciones que aportan a fortalecer la supervisión de la Residencia en todos los ámbitos y escenarios de práctica tanto en las rotaciones como en las guardias externas y de internación y reforzando esta supervisión en los primeros años.

A partir del análisis, se construye un ranking de recomendaciones que se grafica en la siguiente imagen:

Gráfico 2: Ranking de recomendaciones



Fuente SNARES. Ministerio de Salud de Nación

Se encuentra que la recomendación más frecuente es la de efectivizar el **descanso post guardia**. Esta recomendación no siempre es detectada en

un principio por las Entidades Evaluadoras, si no que se releva, en su mayoría por el equipo del SNARES, de las encuestas anónimas a los Residentes.

En el segundo lugar aparecen las recomendaciones sobre las **prácticas y rotaciones**. Esta es la categoría donde los evaluadores tienen mayor protagonismo ya que es la opinión del experto en la especialidad. La elaboración de los Marcos de referencia de especialidades hace un aporte relevante para llegar a estas recomendaciones, ejemplo de esto son las definidas en Pediatría (neonatología, adolescencia y terapia intensiva infantil), en Terapia Intensiva (clínica médica), y los diferentes escenarios de formación definidos en el Marco de Cirugía General.

En tercer lugar se encuentran tres tipos de recomendaciones: sobre **programas, evaluación e investigación**.

A partir de la detección de estas problemáticas se implementan distintas acciones que refuerzan y acompañan al objetivo del SNARES de mejorar la calidad de formación de posgrado de Residencias.

Se incorpora en el nuevo Reglamento de Residencias Nacionales aprobado por Resolución 1993/2015 el descanso post guardia de 6 horas.

Se confecciona y publica la “Guía para la formulación de programas de Residencia” y una “Guía para el desarrollo de la evaluación del desempeño en las Residencias del Equipo de Salud”.

Se diseñan y realizan talleres provinciales y regionales para la elaboración de programas y criterios e instrumentos de evaluación de Residencias.

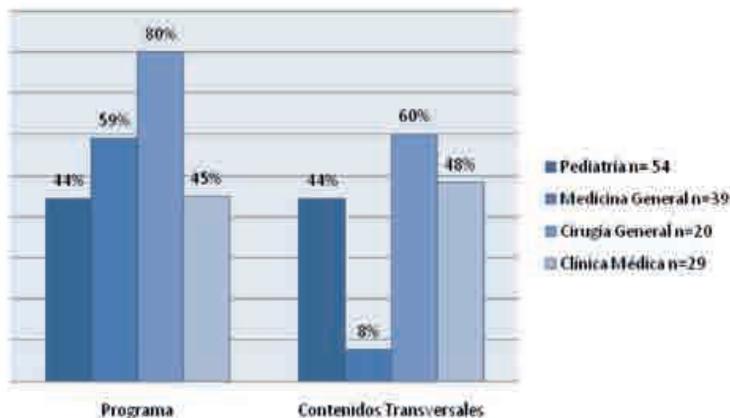
Para colaborar con la evaluación de prácticas en situación de actuación profesional se publican y distribuyen a los residentes Nacionales y provinciales un modelo de Registro de procedimiento.

Se articula con Salud Investiga para mejorar el acceso de los Residentes a becas de investigación con el fin de promover en los profesionales la producción de conocimiento.

Análisis de las recomendaciones por especialidad

El 40% de las residencias evaluadas corresponden a las especialidades de Pediatría, Medicina General, Clínica Médica y Cirugía General. Se analizan las recomendaciones según estas especialidades.

Gráfico 3: Recomendaciones sobre Programa de formación según especialidad



Fuente SNARES. Ministerio de Salud de Nación

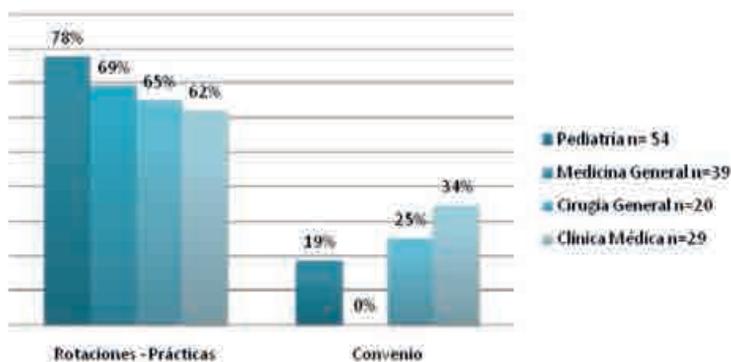
Se destaca que las Residencias de Cirugía General reciben mayor proporción de recomendaciones sobre la mejora de elaboración de programas. Las Residencias de Medicina General son las que desarrollan más formación en contenidos transversales (solo a un 8% de estas Residencias se les hace esta recomendación). (Gráfico 3).

Las cuatro especialidades tienen una proporción pareja en recomendaciones de rotaciones prácticas, aunque en las Residencias de Pediatría hay una mayor incidencia. Esto se puede explicar dado que desde el inicio de las evaluaciones ya se encontraba en vigencia el marco de referencia de la especialidad que incorpora las rotaciones de neonatología, Terapia Intensiva y adolescencia. El mayor peso se encontró sobre esta última.

Es de esperar que a partir del año 2014 aumenten esta categoría de recomendación en las especialidades de cirugía general y clínica médica ya que a partir de ese año comenzaron a estar en vigencia sus respectivos marcos.

Llama la atención la no existencia de recomendaciones de elaboración de convenios para la especialidad de Medicina General. Esto se puede deber a que no realizan rotaciones externas o a que las hagan en Centros de Salud de igual dependencia. (Gráfico 4).

Gráfico 4: Rotaciones, Prácticas y Convenios



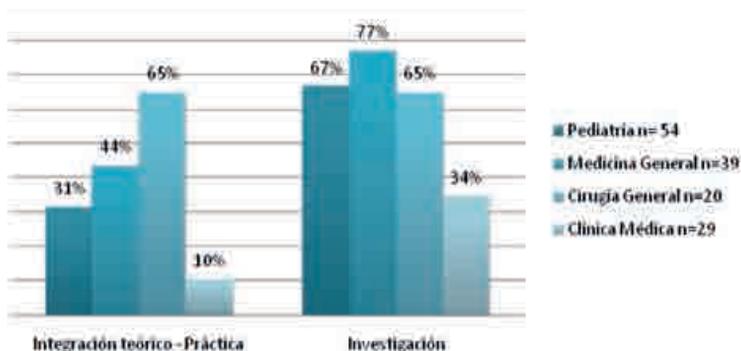
Fuente SNARES. Ministerio de Salud de Nación

Las Residencias de Clínica Médica tienen una mayor integración teórico-práctica y formación en investigación, son las que reciben menos recomendaciones. (Gráfico 5)

Las Residencias de Cirugía General tienen una mayor proporción de recomendaciones de integración teórico práctica. En general las Residencias quirúrgicas jerarquizan las posibilidades de realización de prácticas y procedimientos en detrimento de la formación teórica.

Es pareja y alta la proporción de recomendaciones sobre promoción de la investigación en las Residencias de Medicina General, Pediatría y Cirugía General.

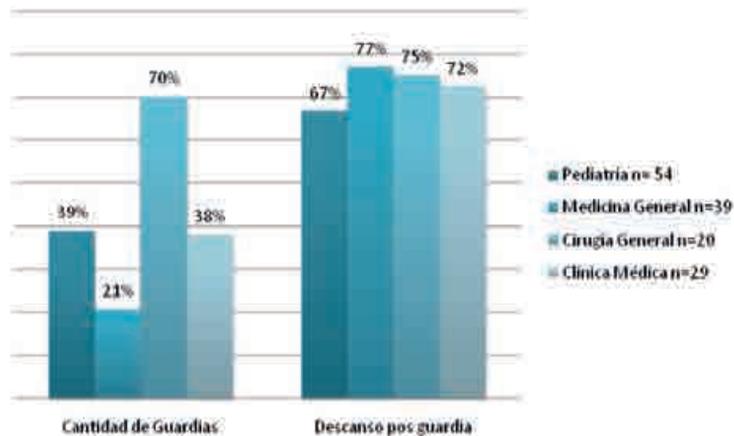
Gráfico 5: Integración Teórico-Práctica e Investigación



Fuente SNARES. Ministerio de Salud de Nación

El descanso posguardia, no solo es el primero en el ranking de recomendaciones si no que esta proporción es la mayor en las cuatro especialidades estudiadas. (Gráfico 6).

Gráfico 6: Guardias

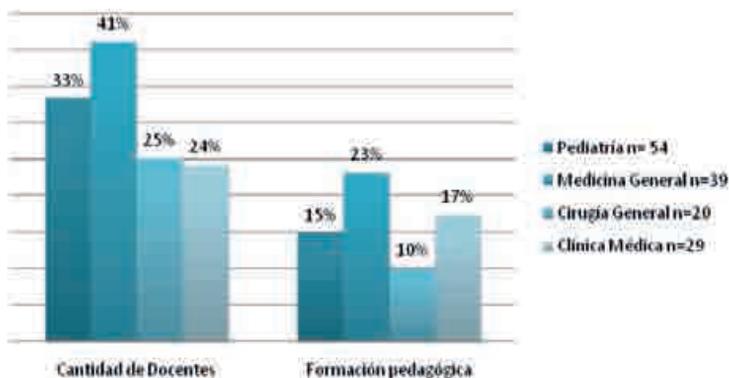


Fuente SNARES. Ministerio de Salud de Nación

La Residencia de Cirugía General tiene la mayor proporción de recomendaciones respecto de ajustar la cantidad de guardias a los estándares (no más de 8 guardias por mes). En este sentido, se trabaja con la posibilidad de que, sin perjuicio de adquirir las competencias necesarias de la especialidad, se puedan programar / organizar estas prácticas a lo largo de toda la Residencia. Para garantizar una formación y prestaciones de calidad se extiende el tiempo de formación de la especialidad Cirugía General a 4 años lo que se expresa en su Marco de referencia.

Así como en el nuevo reglamento de Residencias Nacionales se incorpora el descanso pos guardia de seis horas, se regula la duración de las guardias a 12 horas. Esto se refleja también en los Nuevos Estándares de Acreditación propuestos. Todas estas incorporaciones se han trabajado en todos los ámbitos de discusión y consenso que se encuentran en el SNARES: Comisiones de elaboración de Marcos de referencia de las especialidades, Comisión Asesora y Comité Técnico, Cursos de formación docente y en los talleres con los responsables de las Residencias. En todas las situaciones se discutió sobre su implementación y trabajo con los servicios

Gráfico 7: Docentes

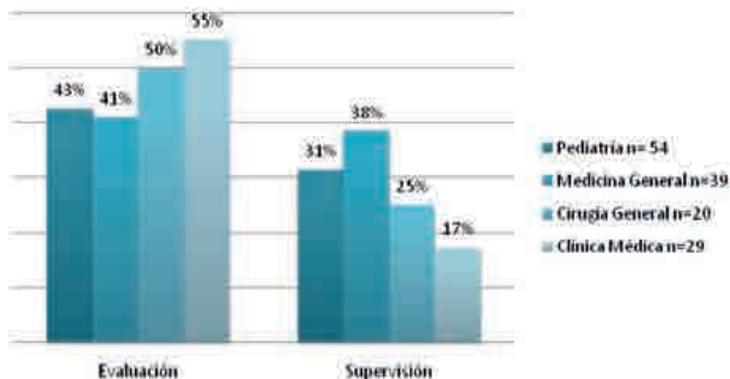


Fuente SNARES. Ministerio de Salud de Nación

Residencia de Medicina General es la que tiene mayor deficiencia. Tanto en la formación pedagógica como en la proporción docentes por residentes. (Gráfico 7).

En los distintos ámbitos se plantean discusiones acerca de cómo identificar la formación docente de los referentes de las Residencias. Tomando como referencia algunos indicadores fallas en la programación, criterios para la evaluación, uso de registros, la DNCHySO en el año 2013 inició un Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. Estrategia y Herramientas pedagógicas, dentro del Campus Virtual de OPS el que se repitió durante los años 2014 y 2015.

Gráfico 8: Evaluación y Supervisión



Fuente SNARES. Ministerio de Salud de Nación

La necesidad de reforzar la evaluación de los Residentes con diferentes herramientas se detectó en forma pareja en todas las especialidades. La deficiencia en la supervisión por especialidad es directamente proporcional a la necesidad de incorporación de docentes (Gráficos 7 y 8). En los nuevos estándares propuestos así como en el nuevo reglamento de Residencias Nacionales la supervisión en la formación de posgrado toma relevancia como algo sustantivo en el mantenimiento de la calidad de formación.

El trabajo con los evaluadores

Como parte del fortalecimiento del Sistema Nacional de Residencias del Sistema de Salud, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional inició en 2013 una línea de acción de capacitación, destinada a representantes de entidades evaluadoras, como producto del análisis de

los procedimientos involucrados en la aplicación del instrumento de evaluación, la elaboración de informes y los criterios de evaluación utilizados para asignar a una categoría por parte de los diferentes evaluadores.

Los encuentros de capacitación tienen tres propósitos: encuadrar la tarea del evaluador al interior del sistema, fortalecer los procesos de evaluación y promover la elaboración de estándares por especialidad.

Con relación al encuadre de la tarea de la entidad como actor al interior del SNARES, se establece la diferencia entre dos términos que precisan tareas y responsabilidades diferenciadas: acreditación y evaluación.

Por acreditación se define el proceso para reconocer o certificar la calidad de una institución o de un programa educativo. Mientras que la evaluación es un proceso sistemático de recolección y análisis de información para la toma de una decisión confiable y objetiva. La acreditación de Residencias requiere de una evaluación con respecto a estándares y criterios de calidad, pero no se agota en ello.

Contemplar que la evaluación es una de las etapas del proceso más amplio de acreditación conduce al segundo propósito de los encuentros de capacitación: fortalecer a los equipos evaluadores en su tarea. En tales encuentros, se busca revisar las estrategias de recolección de información durante las visitas a las Residencias y promover la mejora en el uso de los instrumentos del sistema para observar, evaluar y elaborar los informes que se presentan al Ministerio. Se analizan con especial detalle los siguientes instrumentos para la recolección y el análisis de la información: programa de la Residencia, contenidos transversales, instrumento de evaluación, encuestas para residentes, estándares nacionales de acreditación, estándares específicos, matriz para la categorización, índice de informes, hoja de ruta del evaluador.

Asimismo, las reuniones de capacitación son oportunidades privilegiadas para consensuar aspectos controversiales de los estándares específicos.

Las estrategias incluidas en los dispositivos de capacitación incluyen exposiciones teóricas de presentación del rol del evaluador en el marco del SNARES, debate en pequeños grupos, plenarios y un taller de escritura de informes.

En todas las reuniones se presenta el análisis de un caso para realizar un pequeño simulacro de evaluación. Si la entidad ya ha transitado la expe-

riencia de evaluación, el caso incluye observables tomados de esas situaciones. En caso contrario, se enfatiza en fortalezas y debilidades recurrentes en las evaluaciones realizadas por otras entidades. Frecuentemente se alude a temas como: guardias (cantidad o distribución), descanso posguardia, rotaciones o procedimientos clave, adecuaciones del programa provincial a la sede de Residencia, supervisión, formación en investigación, formación teórica.

Se realizaron un total de 13 Reuniones de Trabajo en metodología de taller con referentes de las diferentes entidades evaluadoras.

Encuentros con Entidades Evaluadoras

Año	Entidad evaluadora	Especialidad
2013	Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)	Pediatría /Neonatología/Terapia Intensiva Infantil
	Federación Argentina de Medicina Familia y General (FAMFyG) y Federación Argentina de Medicina General (FAMG)	Medicina General y/o Familiar
	Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA)	Clinica Médica y otras especialidades clínicas.
2014	Asociación de Psiquiatras de la República Argentina (APSA)	Psiquiatría
	Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI)	Terapia Intensiva de Adultos e Infantil
	Sociedad Argentina de Infectología (SADI)	Infectología
	AAC Asociación Argentina de Cirugía (AAC)	Cirugía General
	Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo (UNCU)	Variadas especialidades clínicas
2015	Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuyo (UCC)	Variadas especialidades clínicas
	Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares (CACCV)	Cirugía Cardiovascular
	Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (AAOT)	Ortopedia y Traumatología
	Sociedad Argentina de Emergentología (SAE)	Emergentología
	Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)	Cardiología

Asimismo se realizaron reuniones de trabajo más acotadas, que sin llegar a ser talleres, constituyeron instancias de capacitación con la Federación Argentina

de Sociedades de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (FASGO), Sociedad Neurológica Argentina (SNA) y la Universidad Nacional de Tucumán.

Estos encuentros de capacitación con Evaluadores posibilitaron la construcción de una base común de conocimientos relativos al rol del evaluador, al proceso de trabajo y a la identificación de las dimensiones que inciden en la determinación de la categoría de acreditación según la especialidad.

La experiencia de capacitación

En el intercambio entre los evaluadores designados por cada entidad y el equipo de capacitación de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, se exponen preocupaciones de los evaluadores y se plantean particularidades en la organización de los procesos llevados adelante por cada entidad. A continuación, se presenta un punteo de estas cuestiones, que reflejan la heterogeneidad de situaciones que conforman la identidad del actor “entidad evaluadora”.

- *Modo de desarrollar marcos de referencia*

Un interés expresado por las entidades evaluadoras es el modo de elaboración de los Marcos de Referencia. Resulta especialmente valioso que las políticas sanitarias consideren la experiencia desarrollada por la sociedad que conforman en términos de planificación y evaluación de la formación.

El equipo de capacitación dedica un espacio dentro de las reuniones para comentar qué dimensiones contemplan los marcos, cómo se construyen y qué definición de competencia se considera para la definición del perfil profesional. También ofrece acompañamiento pedagógico para la construcción y revisión del documento.

- *Experiencia previa en acreditación*

Hay entidades que sólo participan de procesos de evaluación en el marco del SNARES y otras que tienen sus propios procesos de acreditación. En el primer caso, se trabaja sobre cada etapa de dicho proceso y sobre las tareas específicas que los evaluadores deben desarrollar durante su intervención. En el segundo caso, los evaluadores conocen un sistema que, si bien coinci-

de con algunos aspectos de la acreditación de la entidad, no es igual. Por lo tanto, el trabajo requiere de la diferenciación de ambos procesos (evaluación y acreditación) y del encuadre de la función específica de la evaluación en un sistema más amplio. Cuando no ocurre esto, las Residencias confunden en nombre de quién se evalúa o se acredita y puede llegar a considerar una situación de acreditación por parte del Ministerio que no es la estipulada por éste, motivo por el cual es necesario profundizar durante los encuentros que, en el SNARES, quien acredita es el Ministerio de Salud de la Nación y las entidades evalúan e informan al Ministerio sus percepciones recabadas en la visita de evaluación y en la lectura de los documentos enviados por la Residencia oportunamente (instrumento y programa).

También es importante remarcar que se evalúa y luego se acredita la capacidad formativa de la Residencia y no el servicio. La información que se solicita ampliar en uno u otro caso difiere si esta precisión no está clara.

- *Conflicto de interés*

La evaluación del SNARES es realizada por pares. En muchas ocasiones, esos pares conocen a los responsables de la Residencia evaluada e incluso hay veces en que estos responsables forman parte de la entidad evaluadora como socios. Esto se da especialmente en las entidades que agrupan pocos especialistas justamente porque son pocos los profesionales de esa especialidad en el país. Por consiguiente, puede resultar dificultoso evaluar a los colegas con los que se comparten otras actividades societarias, académicas y/o profesionales.

La mayoría de los evaluadores aluden, en forma directa o indirecta a esta dificultad. No obstante, el ejercicio de análisis de caso, se plantea para que este tema surja. Cuando esto sucede, las reacciones son muy diversas. Hay profesionales que niegan la dificultad y detallan cómo está organizada la sociedad de la cual forman parte. En otros casos, la dificultad se reconoce y se solicitan recomendaciones para resolver este problema.

El equipo de capacitación de la DNCHySO plantea tanto la posibilidad de recusar al evaluador como la posibilidad que tiene el evaluador e incluso la entidad de excusarse en la evaluación. Hay equipos que, preocupados por mantener la transparencia de los procesos, toman medidas ejemplares. Un caso a señalar es el del jefe de un servicio en el que funciona una Residencia que, siendo presidente de una entidad de su especialidad, solicitó la evaluación por otra entidad.

- *Estándares comunes frente a estándares particulares*

Si bien el SNARES incluye Estándares Nacionales de Acreditación y Estándares por especialidad (marcos de referencia o propuesta de cada entidad), toda evaluación tiene un sesgo personal que, en varias ocasiones, prima respecto de los estipulados federalmente. Esto se trasluce en informes de evaluación que son parcialmente incongruentes con dichos estándares o en conclusiones de diferentes evaluadores sobre el caso analizado que son contradictorias entre sí.

Además de las diferencias entre evaluadores de una misma entidad, hay contradicciones entre entidades por sus filosofías de base. Por ejemplo, hay entidades que tienden a colocar mayoría de categorías A (por 4 o por 5 años). Otras parten de la premisa de que todas las Residencias tienen categoría B porque “ninguna es tan mala ni tan buena”. Desde el equipo técnico de la DNCHYSO se busca minimizar todo lo posible estas diferencias y reducir el grado de subjetividad.

Las principales diferencias identificadas están relacionadas con la carga horaria y cantidad de guardias, especialmente en las especialidades quirúrgicas, la supervisión en los últimos años de la Residencia y la forma de garantizar la formación teórica. Sobre la carga horaria y las guardias, por ejemplo, hay entidades que sostienen que es un deseo de los residentes excederse en tiempo de trabajo respecto de lo estipulado en las leyes laborales. En un caso, hubo evaluadores que justificaron que los residentes de primer año hicieran más guardias que los de los últimos porque en los últimos años podían hacer guardias por fuera de la Residencia, lo cual es contradictorio con el régimen de formación a tiempo completo. Estos ejemplos son una muestra de que, en ocasiones, hay prácticas tan arraigadas en la Residencia que, en lugar de dar lugar a la revisión de tradiciones pensando en la mejora del sistema formativo, se emplean argumentos que las consolidan.

Las apreciaciones personales o institucionales son especialmente trabajadas durante los encuentros de capacitación a partir de dos estrategias: el análisis de un caso y la comparación de categorías y recomendaciones entre Residencias evaluadas. El caso recupera fortalezas y debilidades comunes identificadas en esa especialidad y se debate sobre la asignación de una categoría hipotética a partir de dichas cualidades. Los evaluadores argumentan su postura, empleando la matriz de valoración.

Si las entidades ya evaluaron Residencias, se propone además un ejercicio de análisis de recomendaciones según la categoría asignada. La comparación posibilita a las entidades revisar tendencias en las sugerencias de acreditación para, en caso de ser necesario, modificarlas.

- Conformación de entidades evaluadoras y de equipos de evaluadores

El SNARES incluye, como entidades evaluadoras, a Sociedades, Asociaciones y Federaciones científicas, por una parte, y Universidades, por otra. En la mayoría de los casos, los evaluadores desconocen que existen otras instituciones que también tienen competencia para desempeñar esta tarea. Por eso, se prevé un momento en que se sepa cuáles son ellas. En ese momento, los asistentes a la capacitación preguntan cómo fueron elegidos. En general esto ocurre con los miembros de las sociedades científicas; no así con los miembros de las universidades. A estas preocupaciones se responde enunciando los requisitos para ser entidad evaluadora que, en la mayoría de los casos, se desconoce.

Por otra parte, cada entidad tiene sus propios marcos normativos, dentro de los cuales definen quiénes pueden ser evaluadores del SNARES y quiénes no. En algunos casos, son evaluadores sólo quienes tienen reconocimiento de Profesor Universitario. En otros casos, participan interesados en cuestiones pedagógicas ligadas a los procesos de evaluación y acreditación. También hay situaciones en que participan los expertos que se jubilaron y cuentan con más tiempo para realizar esta tarea. En la mayoría de los casos, los evaluadores además son responsables de una Residencia de su especialidad.

Asimismo el SNARES ha definido pautas específicas para conformar la dupla evaluadora: deben ser de jurisdicciones diferentes a la jurisdicción de la Residencia, el ejercicio de su profesión debe ser realizado en instituciones profesionales que difieran entre evaluadores y, preferentemente, pero no en forma excluyente, uno pertenece al sistema estatal y otro al sistema privado. En el caso del Área Metropolitana de Buenos Aires, dada la cantidad de profesionales que existe, se acepta que haya evaluadores de la misma jurisdicción pero no del mismo sistema al que pertenece la Residencia. Por ejemplo, si se trata de una Residencia de la Dirección de Capacitación de CABA, los evaluadores pueden ser de capital si no son médicos municipales de planta; es decir, se puede llevar adelante la tarea si ésta es ejercida por médicos del sistema privado o de las fuerzas armadas o de seguridad.

Por otra parte, hay entidades que, además de convocar a dos pares (de la misma especialidad), incluyen a profesionales que aportan a los procesos de evaluación. Es el caso de una Asociación que está conformado por un equipo interdisciplinario. Es el caso de la incorporación de Licenciadas en Ciencias de la Educación en las evaluaciones de la AAC. En este caso, a partir de la incorporación de pedagogas, se verificó la mejora en la escritura de informes. Con todo, la respuesta de los equipos varía según la organización de cada entidad. Por ello, la discusión sobre estos criterios, aprobados por la Comisión Asesora y el Comité Técnico Federal, deben ser explicados y fundamentados con detalle, dando respuesta a las inquietudes de los profesionales designados por cada entidad para el ejercicio de la evaluación.

El trabajo en la Comisión Asesora

La regularidad en las reuniones de la Comisión Asesora permitió ampliar el espectro de temas a abordar sobre los problemas en la implementación del SNARES.

De esta manera, a lo largo de estos años, la Comisión intervino en los siguientes temas:

Alcance de la certificación de la Residencia. En noviembre de 2011 recomienda considerar la certificación de la Residencia por el Ministerio de Salud de Nación a los egresados de las Residencias (acreditadas con categoría A o B) hasta un año antes de realizada la visita de evaluación, destacando que lo observado en el momento de la evaluación es parte de un proceso que se ha iniciado con anterioridad.

Aprobación de los requisitos para la apertura de nuevas Residencias (Diciembre de 2011): Para la apertura de una Residencia deberá presentarse:

- Programa adecuado a la Guía de elaboración de Programas de Residencias, y al Marco de la especialidad cuando lo hubiera.
- Presentación de un Director de Programa con certificado de especialista y con trayectoria docente
- Sistema de ingreso de convocatoria pública y con examen.

- Instrumento de auto evaluación
- Autorización de la autoridad jurisdiccional o la institución en quien ella delegue.
- Aval de la Entidad Científica (Registro de Entidades Evaluadoras reconocidas por el Ministerio de Salud)

Conformación del equipo evaluador: En mayo de 2009, la Comisión define que la evaluación debe ser realizada por dos evaluadores y en un plazo de dos días, como máximo. En Agosto de 2012 se define que al menos uno de los evaluadores de la Residencia debe ser de una jurisdicción diferente a la de la sede evaluada. En abril de 2014 se le agrega a lo anterior que los evaluadores no pertenezcan a una misma institución asistencial y que se incorpore al instrumento de evaluación de Residencias una forma de “conflicto de interés”.

Reacreditación: Se establece que en la reacreditación se tendrá en cuenta el grado de cumplimiento de las recomendaciones publicadas en las disposiciones de acreditación anterior, para mantener o superar la categoría.

Plazo a otorgar a las Residencias para presentarse a la acreditación bajo la legislación vigente (Res. 450/06, Res.1342/07). Se acuerda como fecha límite el 31 de diciembre 2013 para la certificación de aquellas Residencias con acreditación anterior vencida.

Residencias No Acreditadas: La Comisión propone fijar un plazo mínimo de 6 meses a partir de la fecha de No acreditación, para que la Residencia pueda solicitar nuevamente la evaluación, debiendo dar cuenta de las mejoras realizadas de acuerdo a las recomendaciones recibidas.

Formación de posgrado sin remuneración: La Comisión Asesora acuerda que esta formación no corresponde a una Residencia, por lo que en el caso de presentarse a la acreditación no corresponde continuar con el circuito.

Durante el año 2015 la Comisión Asesora y el Comité Técnico, aprueban nuevos Estándares de Acreditación y un nuevo Instrumento de Evaluación que incorporan las propuestas y necesidades detectadas durante estos años en el proceso de acreditación

Reuniones de Comisión Asesora:

Año	Cantidad de reuniones	Residencias presentadas
2011	4	43
2012	6	71
2013	6	87
2014	6	104
2015	5	110

Otros desarrollos en relación con el proceso de acreditación

Los resultados del progreso de la acreditación dieron lugar a nuevos desarrollos para acompañar la gestión del Sistema y para abordar las recomendaciones realizadas a las Residencias:

Registro de Residencias en el Sistema de Información Integrada Sanitario Argentino (SISA). Se registran las Residencias que se incorporan al Sistema Nacional de Acreditación con los datos generales de la sede, responsables, año de apertura y el circuito de acreditación, conformándose progresivamente una base de datos. En el año 2015 se pone en funcionamiento un nuevo Registro de Residencias al que se le agrega la posibilidad de incorporar algunas otras características de la Residencia como: la modalidad (Básica / Posbásica), el registro de las reacreditaciones, la categoría de las recomendaciones realizadas en cada proceso de acreditación. Además cuenta con una sección de documentos para adjuntar archivos tales como programa de Residencias, Instrumento de Evaluación, Informe técnico y Disposición de Acreditación entre otros. Y otra sección para incorporar los cargos de las Residencias disponibles por año.

Registro de Prácticas y Procedimientos para la evaluación de residentes. Se diseña y distribuye entre las Residencias nacionales un instrumento para el registro de procedimientos que realiza cada residente.

Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. En conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, tiene lugar el primer

curso virtual de capacitación para los responsables de la formación de los residentes en los servicios.

Articulación con la CONEAU: La Comisión Nacional Salud Investiga aprobó el proyecto de investigación el que se está desarrollando en conjunto con la CONEAU y la Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación: “Procesos de acreditación de la formación de posgrado de carreras de salud en Argentina. Hacia la consolidación de un sistema articulado”. Su objetivo es establecer los procesos necesarios para la construcción de un sistema de acreditación conjunta de las Carreras de posgrado de Especialista Universitario en el campo de la salud que funcionan en asociación con una Residencia del Sistema Nacional de Residencias de Equipo de Salud.

Reflexiones y perspectivas

El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud tiene como objetivo mejorar la calidad de posgrado de residencias y fortalecer el rol Rector del Estado. La consecución de este objetivo se hace posible con la participación y el compromiso de los actores del Sistema, representantes de la formación y el trabajo en Salud desde sus distintos roles, y de la construcción colectiva de consensos que van fortaleciendo la institucionalidad del Sistema de Acreditación.

La elaboración conjunta de Estándares y de normativa ayuda a instalar el Sistema, y a avanzar en las mejoras a las problemáticas que se van detectando en los mismos procesos de Evaluación y Acreditación. Asimismo, la actualización y confección de nuevos instrumentos aporta a mejorar la objetividad en la evaluación e impacta en la calidad de la formación.

Es importante que el Estado asuma su rol rector en la definición de estándares y la elaboración de políticas inclusivas y de calidad, reconociendo al mismo tiempo la experiencia de profesionales e instituciones que buscan permanentemente el enriquecimiento de las prácticas formativas.

Así también, se plantea la necesidad de la existencia dentro de la coordinación del SNARES, de un equipo interdisciplinario con experiencia y formación pedagógica capaz de llevar adelante las distintas y múltiples tareas de evaluación continua de su funcionamiento y participando en su fortalecimiento.

Se valora especialmente la interdisciplinariedad y la diversidad de pertenencias institucionales en la construcción de documentos que procuran mejorar la formación de especialistas en residencias a nivel nacional. Es de destacar que los textos curriculares cristalizan debates, preocupaciones y relaciones de poder legitimadas o problematizadas y asimismo plantean nuevos desafíos en la concreción de nuevas definiciones para la formación en las distintas especialidades

Luego de más de seis años de experiencia en la elaboración de Documentos Marco de Referencia para la formación en residencias de especialidades prioritarias, un análisis como el presentado aporta a la construcción de una sólida base de conocimiento en salud y en educación.

En términos de revisión de prácticas, los representantes de las entidades evaluadoras analizan sus apreciaciones particulares a la luz de estándares comunes. El uso de herramientas construidas como parte del fortalecimiento del Sistema, tales como la matriz de categorización, reducen sesgos y evitan discrecionalidades en la sugerencia de una categoría para la Acreditación.

Los procesos que se instalan a partir de la construcción colectiva de conocimiento, recuperan instancias locales, federales y centrales. La discusión en las reuniones de capacitación de evaluadores considera las experiencias locales de evaluación, ya que cada jurisdicción tiene sus particularidades para acompañar los procesos de acreditación de las residencias situadas en su territorio. Al mismo tiempo, los equipos de evaluación son federales así como la construcción de estándares comunes y por especialidad. Así se coordina un proceso desde la instancia central conformada por el Ministerio de Salud de la Nación y sus comisiones consultivas. La articulación de estas instancias garantiza la mejora de la calidad de la acreditación en general y de la evaluación en particular.

La Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional ha desarrollado acciones por etapas para la consolidación del SNARES. El fortalecimiento de los equipos evaluadores ha signado el trabajo de los últimos tres años y la oferta de capacitación se ha diversificado para dar respuesta a las preocupaciones de cada entidad evaluadora y a las necesidades del sistema.

Las capacitaciones propuestas por el equipo técnico del SNARES permiten revisar prácticas consolidadas con relación a la evaluación de residencias, al

mismo tiempo que instalan mejoras en el propio proceso de Acreditación y en la generación de dispositivos que lo estructuran y fortalecen.

A partir del proceso de acreditación se desarrollan nuevas líneas que ayudan a acompañar la gestión y a abordar las recomendaciones realizadas a las Residencias. El trabajo con la Comisión Asesora y el Comité Técnico permite el crecimiento y avance de todos los actores dentro del Sistema y acompaña el fortalecimiento del SNARES.

Muchos son los desafíos que quedan por delante para mejorar la calidad de formación de Residencias del equipo de salud a través del SNARES, algunos de ellos son los desarrollados en los párrafos que siguen:

Extender el alcance de la acreditación, incorporando evaluadores para todas las especialidades e incentivando la evaluación y acreditación en todas las Residencias públicas provinciales del país.

Ampliar las acciones de seguimiento y asistencia técnica de las Residencias con la participación de los responsables de Residencias de cada jurisdicción, el Ministerio de Salud de Nación y las entidades evaluadoras.

Continuar con el seguimiento en la redacción de informes para la acreditación y la elaboración de marcos de referencia para todas las especialidades que todavía no lo han desarrollado.

Seguir fortaleciendo las capacidades en los equipos responsables de las residencias para el desarrollo de las actividades formativas, en pos de asegurar la calidad en las mismas.

Seguir generando espacios de discusión, construcción colectiva y validación de los procesos de Evaluación y Acreditación que mejoren la capacidad instalada en cada una de las instancias de realización del SNARES.

Tabla 1 Cronología SNARES

Año	Mes	Hitos del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias
2006	Abril	Resolución 450/06. Crea el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.
	Mayo y Agosto	Resoluciones 628/06 y 1200/06 Modifican la conformación de la Comisión Asesora.
	Noviembre	Primera reunión de Comisión Asesora.
	Diciembre	Resolución 1922/06 Modificación de los integrantes del SNARES. Creación del Comité Técnico.
2007	Abril	La Comisión Asesora aprueba la propuesta de estándares.
	Octubre	Resolución 1342/07 Define estándares y amplía los requisitos para la acreditación.
2008	Septiembre	COFESA define especialidades prioritarias (Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Neonatología, Terapia Intensiva Infantil, Terapia Intensiva de Adultos y Anestesiología) y solicita al Ministerio de Salud avanzar con la acreditación.
	Octubre	El Secretario de Políticas, Regulación e Institutos convoca a la Comisión Asesora. Se presentan las definiciones del COFESA y la Comisión acuerda avanzar con la acreditación de las Residencias de Medicina General y /o Familiar, Pediatría y Tocoginecología.
	Diciembre	Se realiza la primera reunión de las Comisiones de dichas especialidades que van a elaborar la propuesta de marco de referencia.
2009	Marzo	A través de las Disposiciones 6 a 15 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización se incorporan las primeras entidades evaluadoras al Registro.
	Mayo	Se realiza la primera reunión de la Comisión de Neonatología.
	Mayo	Se presenta la propuesta de Instrumento de Evaluación a la Comisión Asesora. La Comisión establece el canon para financiar las visitas de los evaluadores.
	Noviembre	El Comité Técnico aprueba el Instrumento de Evaluación.
2010	Marzo	Se presenta y se trabaja en taller con el Comité Técnico la propuesta de sistematización de estándares y categorización.
	Abril	La Comisión Asesora aprueba la propuesta de sistematización de estándares y categorización.
	Agosto /octubre	Se trabaja en las reuniones regionales el documento marco de Residencias.
	Septiembre	Disposición 29/2010 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización aprueba el Instrumento de Evaluación y la sistematización de los estándares y categorización.
	Octubre/ diciembre	Finaliza la elaboración de los Marcos de Referencia de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología.
	Noviembre	El Comité Técnico solicita que, además de las especialidades prioritizadas, se desarrollen los marcos de referencia de Clínica Médica,

Año	Mes	Hitos del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias
2011	Marzo	El Comité Técnico aprueba los Marcos de Referencia.
	Abril /Junio	Comienzan las Comisiones de Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Infantil, Cirugía General y Clínica Médica.
	Junio	La Comisión Asesora aprueba los Marcos de Referencia de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología.
	Septiembre	La Comisión Asesora avala el Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud.
	Noviembre	La Comisión Asesora aprueba considerar la certificación de la Residencia por el Ministerio de Salud de Nación a los egresados de las Residencias hasta un año antes de realizada la visita de evaluación. Define los requisitos para la apertura de nuevas Residencias.
2012	Enero	Se termina la elaboración de la guía para la formulación de programas
	Mayo	La Disposición 26/2012 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización homologa los efectos de las Residencias acreditadas a los residentes que se encontraran en la misma hasta un año antes de la evaluación.
	Octubre	Finaliza la elaboración del Marco de Referencia de Neonatología.
	Noviembre	El Comité Técnico aprueba la Matriz de Valoración.
	Diciembre	La Comisión Asesora aprueba la Matriz de Valoración, Establece el procedimiento para la reacreditación.
2013	Marzo	El Comité Técnico aprueba el Marco de referencia de Neonatología.
	Junio/Septiembre	Finaliza la elaboración de los Marcos de Referencia de: Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Infantil, Cirugía General y Clínica Médica.
	Junio	Comienza el Curso Virtual de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias.
	Agosto/Septiembre	La Comisión Asesora aprueba los documentos Marco de Referencia de las especialidades de Neonatología, Clínica Médica y Cirugía General. Se presenta en las reuniones regionales de la Red el Registro de Prácticas.
	Octubre	La Comisión Asesora y el Comité Técnico aprueban los documentos Marco de Referencia de las Especialidades Terapia Intensiva de Adultos y Terapia Intensiva Infantil y propone promover la formación en contenidos transversales. El Comité Técnico aprueba los documentos Marco de Referencia de las Especialidades Cirugía General y Clínica Médica. La Comisión Asesora define como fecha límite para la certificación de Residencias con acreditaciones realizadas con anterioridad y que no hayan presentado la documentación para tramitar la acreditación, el día 31/12/13.

Año	Mes	Hitos del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias
2014	Febrero	La Comisión Asesora propone fijar el plazo mínimo de 6 meses a partir de la fecha de la Disposición de No Acreditación, para que la Residencia no acreditada pueda solicitar nuevamente la evaluación, debiendo dar cuenta de las mejoras realizadas de acuerdo a las recomendaciones recibidas.
	Marzo	Se presenta la nueva página web de Residencias El Comité Técnico aprueba la propuesta por la Comisión Asesora con respecto a las No Acreditaciones en el mes de marzo. Además acuerda que los evaluadores de las Residencias no pertenezcan a la misma jurisdicción que la Residencia evaluada y que los mismos no pertenezcan a una misma institución asistencial.
	Abril	La Comisión Asesora aprueba que los evaluadores no sean de la misma jurisdicción de la Residencia a evaluar, ni pertenecer a una misma institución asistencial y que se incorpore al instrumento de evaluación una forma de "conflicto de interés"
	Junio	La Comisión Asesora propone no considerar como Residencias y suspender el trámite de acreditación a aquellas sedes que no realizan contratos con remuneración a los residentes.
	Septiembre – Octubre	Se realizan reuniones Regionales de Comité Técnico. Se presenta el Registro de formación de Posgrado de Residencias dentro del SISA – REEPPS.
2015	Febrero	La Comisión Asesora aprueba el nuevo instrumento de evaluación.
	Marzo	El Comité Técnico aprueba el nuevo instrumento de evaluación.
	Junio	La Comisión Asesora aprueba los nuevos Estándares de Acreditación y el Documento Marco de Referencia de Cardiología.
	Julio	El Comité Técnico aprueba los nuevos Estándares de Acreditación y el Documento Marco de Referencia de Cardiología.
	Agosto	El Comité Técnico aprueba los Documentos Marco de Epidemiología y Salud Mental. Se pone en funcionamiento el nuevo Registro de Residencias dentro del SISA.
	Octubre - Noviembre	Se aprueban por Disposición 104/2015 los Nuevos Estándares de Acreditación, Nuevo Instrumento de Evaluación con Encuesta para los residentes, Guía del Evaluador y Contenidos Transversales para la Formación de Residencias. Se aprueba por Res. Ministerial 2248/2015 el Marco de Referencia para la Formación en Residencia en Salud Mental y por Res. Ministeria 2277/2015 el de Epidemiología

Tabla 2: Entidades evaluadoras incorporadas en el registro y/o en trámite de incorporación.

Año	Institución
2009	Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA) Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) Sociedad Argentina de Patología (SAP) Sociedad Argentina de Urología (SAU) Sociedad Argentina de Neurocirugía Asociación Civil Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) Consejo Argentino de Oftalmología (CAO) Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER) Sociedad Argentina de Dermatología (SAD) Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología (FASO) Asociación Argentina de Cirugía (AAC) Universidad Nacional de Rosario / Facultad Ciencias Bioquímicas Universidad Nacional de Río Cuarto / Escuela de Posgraduación Universidad Católica de Cuyo / Facultad de Ciencias Médicas
2010	Federación Argentina de Cardiología (FAC) Sociedad Argentina de Coloproctología (SACP) Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFYG) Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) Universidad Nacional de Tucumán Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (AAOT) Sociedad Neurológica Argentina (SNA) Sociedad Argentina de Oftalmología (SAO) Asociación Civil Argentina de Cirugía Infantil (ACACI)
2011	Universidad Buenos Aires Facultad de Psicología Sociedad Argentina de Radiología (SAR) Federación Argentina de Medicina General (FAMG) Sociedad Argentina de Infectología (SADI) Universidad Nacional del Nordeste (UNNE)
2012	Asociación de Psiquiatras de la República Argentina (APSA) Colegio Argentino De Cirujanos Cardiovasculares (CACCV)
2013	Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC)
2014	Universidad Nacional de Cuyo Facultad de Ciencias Médicas Colegio Argentino de Neurocirujanos Sociedad Argentina de Emergencias (SAE)
2015 (en trámite de reconocimiento)	Sociedad Argentina de medicina (SAM) Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas Departamento de Medicina Familiar Sociedad Argentina de Nutrición (SAN)

Tabla 3: Documentos Marco de Formación de Residencias

Marcos de Referencia aprobados por Resolución Ministerial 1073/2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pediatría ▪ Medicina General y/o Familiar ▪ Tocoginecología
Marcos de Referencia aprobados por Resolución Ministerial 1074/2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neonatología ▪ Cirugía General ▪ Clínica Médica ▪ Terapia Intensiva de adultos ▪ Terapia Intensiva Infantil
Marcos de Referencia aprobados por Resolución Ministerial 2248/2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud Mental (*)
Marcos de Referencia aprobados por Resolución Ministerial 2277/2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Epidemiología
Documentos Marco en trámite de Resolución Ministerial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiología
Documentos Marco en elaboración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bioquímica Clínica ▪ Ortopedia y Traumatología ▪ Cirugía Infantil ▪ Dermatología ▪ Oftalmología

(*) Salud Mental, por tratarse de una formación interdisciplinaria y no corresponder a una especialidad reconocida por el Ministerio de Salud, en su Documento Marco como primer paso, tiene definidas las áreas de formación comunes y resta incorporarle aspectos propios de cada especialidad según disciplina.

Referencias Bibliográficas

Davini, M.C. (2003) "Las residencias del equipo de salud", en: Davini, M.C. et al. Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual. Buenos Aires: OPS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. UBA. Instituto Gino Germani.

Davini, M.C. y Duré, I. (Coords.) (2013) Guía para la elaboración de Documentos Marco de Referencia. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Borrell Bentz, R.M. (2005) La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires: OPS.

Cunha, M.I. da (1998) O Professor Universitário na transição de paradigmas. Araraquara, JM Editora.

Lucarelli, E.(2009)Teoría y práctica en la universidad. La innovación en las aulas. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Souza Santos, B. de ([1985] 2010) Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez; 7ª ed.

Normativa

Ley 23873 HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 28-sep-1990

ARTE DE CURAR/ LEY 17132- MODIFICACIÓN

Publicada en el Boletín Oficial del 30-oct-1990 Número: 26999

Resolución 450/2006 MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE 07-abr-2006

MINISTERIO DE SALUD / RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD / SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD - CREACION

Publicada en el Boletín Oficial del 18-abr-2006 Número: 30887

Resolución 1342/2007 MINISTERIO DE SALUD 10-oct-2007

MINISTERIO DE SALUD / RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD / SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS - IMPLEMENTACION

Publicada en el Boletín Oficial del 26-oct-2007 Número: 31268

Resolución 1073/2015 MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE 30-jul-2015

MINISTERIO DE SALUD / DOCUMENTOS MARCOS DE REFERENCIA DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS DE PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL Y TOCOPGINECOLOGÍA- APROBACIÓN

Publicada en el Boletín Oficial del 07-ago-2015

Resolución 1074/2015 MINISTERIO DE SALUD 30- ago-2015

MINISTERIO DE SALUD / DOCUMENTOS MARCOS DE REFERENCIA DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS DE NEONATOLOGÍA, CIRUGÍA GENERAL, CLÍNICA MÉDICA, TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS, TERAPIA INTENSIVA INFANTIL - APROBACIÓN

Publicada en el Boletín Oficial del 07-ago-2015

7

LA FORMACIÓN SUPERIOR EN SALUD

MARÍA DEL CARMEN CADILE
MARIANA CAVALIERI

Introducción

El primer ciclo de formación en salud se desarrolla dentro del sistema educativo a través de las distintas ofertas incluidas en el nivel superior. Éstas podrán ser de técnico profesional, pregrado y grado universitario.

Respecto del segundo ciclo de formación existen dos tipos de formación: la que ofrece en el sistema educativo, por medio de las carreras de posgrado que otorgan título de especialista, magister y doctor. Y la formación en servicio que se ofrece en el sistema de salud, a través de la modalidad de residencia para obtener la especialidad (médicas y de otras profesiones del equipo de salud), que a su vez, podrán ser básicas y/o postbásicas.

EL Sistema Nacional de Residencias comprende la formación de especialistas en servicio y se caracteriza tanto por ofrecer oportunidades de práctica intensiva y supervisada en los ámbitos asistenciales como por la asignación de una renta mensual. La oferta de formación de las Residencias incluye becas que son financiadas por diversos actores (Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios de Salud de las jurisdicciones, Universidades, Fuerzas de Seguridad y/o por Instituciones Privadas).

Este modelo de formación dentro del sistema de salud, ofrece al residente condiciones favorables para formarse a través del ejercicio profesional de su

especialidad en escenarios reales de la práctica interactuando con pacientes, colegas u otros profesionales del equipo de salud. De modo que en este caso, la práctica educativa está determinada por la realidad de la práctica dentro del servicio de salud (Duré, 2012).

El presente documento busca analizar las características que adquiere la formación en el campo de la salud dentro del sistema educativo. De modo que, reconociendo la existencia de la formación en servicio que se ofrece dentro del sistema de salud, la información aquí proporcionada se centra en las particularidades que adquieren las carreras de salud dentro del nivel superior universitario y superior no universitario.

La primer parte del documento proporciona algunas consideraciones generales acerca del nivel superior universitario y no universitario contemplando los aspectos normativos vigentes. A continuación se analiza cada tipo de formación, desde la modalidad técnico-profesional y el pregrado, pasando por el grado y el posgrado universitario. A modo de cierre, se incluyen algunas reflexiones finales como desafíos pendientes para mejorar la articulación entre el pasaje del sistema superior no universitario al superior universitario así como también su articulación con la gestión del sistema de salud.

LA EDUCACIÓN EN EL NIVEL SUPERIOR. CONSIDERACIONES GENERALES

De acuerdo con la Ley de Educación Superior 24.521/1995, la educación superior está integrada por **instituciones públicas y privadas de dos tipos: instituciones de educación superior no universitaria** (orientados a la formación docente, humanística, social, técnico-profesional y artística) e **instituciones de educación universitaria**.

Al primer grupo de instituciones le corresponde la modalidad de formación técnico-profesional; siendo sólo las instituciones de educación universitarias quienes pueden otorgar el título de pregrado y grado (licenciatura y equivalentes) y los títulos de posgrado (especialista, magister y doctor).

El conjunto de instituciones de educación universitaria está integrado por las universidades y los institutos universitarios. La diferencia entre ambos reside en que mientras las universidades deben desarrollar su actividad en

una variedad de áreas disciplinarias no afines, orgánicamente estructuradas en facultades, departamentos o unidades académicas equivalentes; los institutos universitarios circunscriben su oferta académica a una sola área disciplinar (CONEAU 1998, pp.10-11).

Las universidades e institutos universitarios dependen directamente del Ministerio de la Nación bajo la órbita de la Secretaría de Políticas Universitarias y gozan de autonomía tanto en lo administrativo como en lo académico.

La formación de pregrado y grado universitario es gratuita en las instituciones universitarias de gestión estatal y arancelada en el caso de los posgrados, sin discriminar el tipo de gestión de la institución (pública o privada).

El pregrado universitario puede otorgar título intermedio para quienes estén cursando carreras de grado o puede referir a carreras de corta duración (3 años), como en el caso de las tecnicaturas, orientadas a la práctica laboral disciplinar. La formación de pregrado universitario guarda estrecha relación con la formación técnico profesional de las instituciones del nivel superior no universitario.

Los planes de estudio universitarios están regulados por la Ley de Educación Superior N° 24.521/1995 que establece la autonomía universitaria y sus atribuciones entre las que se destacan: la formulación y desarrollo de los planes de estudio; el establecimiento del régimen de acceso, permanencia y promoción del personal docente; el establecimiento del régimen de admisión, permanencia y promoción de los estudiantes; o el régimen de equivalencias, entre otros.

Los institutos de educación superior pueden ser de gestión estatal o privada y tener dependencia nacional, provincial o municipal. El tipo de formación que se desarrolla dentro de este nivel corresponde a la modalidad técnico-profesional (equivalente con la antigua denominación de terciarios). La Ley Federal de Educación 24.195/1993 establece en su artículo 20 que el objetivo de los institutos de formación técnica será brindar formación profesional y reconversión permanente en las diferentes áreas del saber técnico y práctico, de acuerdo con los intereses de los alumnos y con la actual y potencial estructura ocupacional. En su artículo 17 le asigna a estas instituciones la función básica de proporcionar formación superior de carácter instrumental en las áreas humanísticas, sociales, técnico-profesionales y artísticas.

Producto de la descentralización del sistema educativo de la década del noventa, las instituciones formadoras del nivel superior no universitario fueron transferidas desde el nivel central hacia las jurisdicciones. En consecuencia, las normas que regulan su creación, modificación y cese están dictadas por la jurisdicción a la que pertenecen y enmarcadas dentro de la Ley Federal de Educación N° 24.195/1993, la Ley de Educación Superior N° 24.521/1995 (artículos 15 al 25) y los acuerdos del Consejo Federal de Educación.

LA FORMACIÓN TÉCNICA EN EL NIVEL SUPERIOR (UNIVERSITARIO Y NO UNIVERSITARIO)

De acuerdo con un estudio colaborativo multicéntrico de la Comisión Nacional de Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, llevado a cabo durante el período 2010-2011, el universo de instituciones formadoras de técnicos en el campo de la salud estaba compuesto por 370 instituciones distribuidas en todo el territorio nacional. De éstas, 321 corresponden a la modalidad técnico profesional (terciarios) y 49 al pregrado universitario (Laplacette y Otros 2012).

Dentro de la normativa vigente, la Ley de Educación Técnico Profesional N° 26.058/ 2005 tiene por objeto regular y ordenar la educación técnico-profesional en el nivel medio y superior no universitario del Sistema Educativo Nacional y la Formación Profesional (Artículo 1).

En su Artículo 43 la ley establece la competencia del Consejo Federal de Educación para la aprobación de los criterios básicos y los parámetros mínimos referidos a: perfil profesional, alcance de los títulos y certificaciones, estructuras curriculares y prácticas profesionalizantes, y cargas horarias mínimas, que forman los marcos de referencia para los procesos de homologación de títulos y el reconocimiento de validez nacional de los mismos. Este aspecto marca una diferencia en relación con las universidades que tienen la atribución de dictar sus propios contenidos curriculares, según lo establecido en la Ley de Educación Superior y cuyas carreras de salud también se encuentran comprendidas en este artículo.

La Ley crea un Registro Federal de Instituciones de Educación Técnico Profesional. A su vez, establece que los diseños curriculares, en el caso de carreras de riesgo social, deberán respetar las regulaciones de los distintos ejercicios

profesionales y sus habilitaciones profesionales vigentes. En la ley se expone claramente la relación de la educación técnica con el empleo y los sectores productivos, pero en ningún caso el sector salud aparece mencionado como uno de ellos.

Las carreras de riesgo social son aquellas cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público, poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes.

En el marco del proceso de regulación de las carreras técnicas, en el año 2006 el Consejo Federal Educación aprueba el documento “Proceso de homologación y marcos de referencia de títulos y certificaciones de educación técnico profesional” (Resolución Consejo Federal de Educación 261/2006). La resolución CFE 47/08 establece los “Lineamientos y criterios para la organización institucional y curricular de la educación técnico profesional correspondiente a la educación secundaria y la educación superior”, la vinculación de la formación con el mundo del trabajo y la organización institucional y curricular (Laplacette y Otros; 2012).

Los principales ejes de la resolución son: la formación integral de los estudiantes y las trayectorias formativas, las capacidades y perfiles profesionales; el compromiso institucional con la mejora continua de la calidad educativa; las prácticas profesionalizantes y la formación vinculada con el mundo del trabajo; la inserción institucional en el medio local y regional. Esta resolución establece la distribución de la carga horaria total en función de los campos formativos, que se contempla de la siguiente manera: 10% para la formación general, 20% para la formación de fundamento, 30% para la formación específica, 20% para las prácticas profesionalizantes. Estos porcentajes son mínimos. Los componentes de la organización curricular refieren: al objeto de la oferta educativa, al perfil profesional, al área ocupacional y a la base curricular.

La formación de los técnicos en salud en Argentina tuvo sus inicios vinculada a las instituciones sanitarias, siendo la Enfermería la carrera pionera dentro de la formación técnica. Originariamente no existían formaciones específicas para la realización de tareas de instrumentación quirúrgica, auxiliar en el laboratorio y en la anestesia, tareas realizadas por la enfermera.

En la Resolución del Ministerio de Salud 6624/53, el Ministro Carrillo dispo-

ne la creación de una escuela de Enfermería en cada hospital dependiente de la cartera de salud, que estaría bajo las directivas de la Dirección General de Enseñanza Técnica e Investigación Científica de ese ministerio. En 1958 se crea la Escuela de Salud Pública pero aun dependiendo del sistema de salud, con programas destinados a la formación de profesionales sanitaristas y de técnicos en radiología, laboratorio, hemoterapia, áreas que tenían graves carencias de recursos humanos formados del nivel técnico asistencial.

Progresivamente, la formación técnica fue consolidándose en el nivel superior no universitario (terciarios). Si bien persistió la formación de auxiliares con bajo nivel de instrucción (escolaridad primaria), a través de cursos de duración de no más de un año (900 horas), en el sistema de salud los “técnicos” comenzaron a estar ligados a la educación superior.

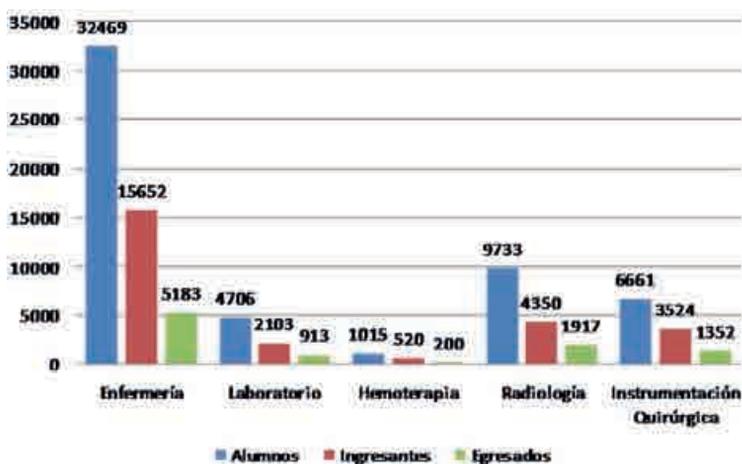
Durante muchos años la responsabilidad por la regulación de estos trayectos formativos quedó bajo la órbita del sector salud, excepto por la formación universitaria de Enfermería que fue adquiriendo mayor afianzamiento en el nivel universitario.

La Ley Federal de Educación (Ley 24.195/93) consolida las responsabilidades de la cartera educativa en la formación de técnicos en salud, al incluir a estas instituciones formadoras dentro de la estructura del Sistema Educativo Nacional. Para las instituciones formadoras ello implicó el cumplimiento de los requisitos establecidos por cada Ministerio de Educación provincial para la obtención de la validez nacional de los títulos, requisito fundamental para garantizar la libre circulación de los trabajadores de una provincia a otra (Laplacette y Otros, 2012:14). Al igual que con las universidades, en la década del noventa se produce una expansión de las instituciones, impulsada principalmente por el sector privado en el marco del modelo de mercado vigente.

Dentro de la formación técnica en salud, el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con los Estados Partes del MERCOSUR trabajan en la homologación de la formaciones para el ejercicio de las profesiones de salud con el objetivo de alcanzar la libre circulación de los profesionales prevista para el 2015, priorizando cuatro formaciones comunes y de desempeño insoslayable en sus equipos de salud: Enfermería, Laboratorio Clínico, Radiología y Hemoterapia.

Los últimos datos disponibles sobre matrícula y egresados de las carreras técnicas superiores a nivel país, datan del año 2013 y dan cuenta de que las carreras de Enfermería, seguida de Radiología e Instrumentación Quirúrgica son las que concentran la mayor cantidad de ingresantes a nivel país. En igual sentido, son las que cuentan con los mayores niveles de egresados, tal como puede observarse en el gráfico a continuación.

Gráfico 1. Cantidad de alumnos, ingresantes y egresados. Total país. Año 2013



Fuente: Elaboración propia en base a Relevamiento Anual. DiNIECE, Ministerio de Educación de la Nación. Año 2013

Merece una observación señalar que el bajo nivel de egreso respecto de la cantidad de ingresantes, evidencia la necesidad de arbitrar estrategias por parte de los Ministerios de Educación y de Salud, orientadas a mejorar tanto la retención de los alumnos en las carreras de salud como las tasas de egreso en su conjunto a fin de poder disponer de recursos humanos formados en el ámbito de los servicios.

Con relación al ejercicio profesional, la habilitación de los técnicos está ligada a los procesos de educación formal y para acceder a la matrícula es necesario poseer título de educación superior. De acuerdo con la normativa del Ministerio de Educación, las formaciones profesionales que cuentan con una carga horaria mínima de 1600 Horas, son matriculadas como técnicos, mientras que aquellas

que cuentan con 900 horas son matriculadas como auxiliares. En relación a estos últimos, desde el Ministerio de Salud se trata de desalentar la formación de auxiliares promoviendo en su defecto la profesionalización de los técnicos. Es así, como desde el año 2014 el título de auxiliar en enfermería dejó de tener reconocimiento de validez nacional dentro de los servicios de salud.

Otro aspecto que complejiza la regulación de la oferta de la formación técnica entre las distintas jurisdicciones, se vincula con multiplicidad de ofertas y de titulaciones que existen en sus territorios. Esto constituye un verdadero desafío para los Ministerios de Salud de las provincias cuando los egresados de carreras técnicas no tradicionales solicitan su matrícula o su inserción en determinados ámbitos laborales. Precisamente, se observa la coexistencia de diferentes denominaciones de títulos para una misma formación o una misma denominación de técnico con formaciones diferentes. (Laplacette y Otros, 2012:19).

Esta situación también se ratifica por la información que recopila el Sistema Integrado de Información Sanitaria (SIISA) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. En el año 2013 se registraron 120 tecnicaturas habilitadas para el ejercicio profesional, que podrían agruparse en 22 profesiones de referencia o ramas de actividad.

Se observa que en muchas jurisdicciones la matrícula responde a la denominación del título, existiendo en ocasiones más de una matrícula provincial para un mismo perfil laboral. Ello presenta un problema en la organización del campo de la formación y su articulación con el campo laboral; dado que la autorización para la creación de instituciones formadoras y de nuevas carreras es responsabilidad del Ministerio de Educación Provincial, que luego tramita la validez nacional de los títulos. En tanto la habilitación para el ejercicio profesional (matrícula) es competencia del Ministerio de Salud de cada jurisdicción que a su vez, como consecuencia de la descentralización en algunas jurisdicciones, ha sido delegada en los Colegios de Ley.

LA FORMACIÓN DE GRADO UNIVERSITARIO

Las carreras de grado son aquellas que permiten la formación en un conocimiento profundo de una o más disciplinas, tanto en sus principios, teorías, leyes, como en sus formas de construcción del saber. Los profesionales que componen el equipo de salud se forman en carreras de grado universitario.

Por Resolución Ministerial N° 6 del 13/01/1997, en su art. 1º se fija en 2600 horas reloj o su equivalente, en la modalidad presencial, la carga horaria mínima que deberán contemplar los planes de estudio, para calificar a un título de nivel de grado. Desarrollándose esa carga horaria en un mínimo de cuatro años académicos (art. 2º). El reconocimiento oficial de los títulos de grado sólo se dará cuando se cumplan los requisitos mencionados (art. 3º). Al finalizar una carrera de grado se obtiene un título profesional de Licenciatura o Profesorado.

Las leyes que regulan la formación de grado universitario son la Ley de Educación Nacional N° 26.206/06 que regula el ejercicio educativo, la formación docente y la gestión al interior del Sistema Educativo Nacional, tanto en el ámbito estatal como en el ámbito privado. En el Capítulo V del Título II, se realizan especificaciones respecto del nivel superior. Y la Ley de Educación Superior N° 24.521/95 que regula el ejercicio educativo, la formación docente y la gestión, correspondientes a las instituciones de formación superior, universitarias y no universitarias, nacionales, provinciales y municipales, estatales y privadas. Recientemente fue aprobada en ambas cámaras del Congreso Nacional una modificatoria a la Ley de Educación Superior, por medio de la cual se incorpora el principio de gratuidad para la formación de grado universitario (art. 2 bis⁸³) así como también la posibilidad de ingreso irrestricto a la formación para todas aquellas personas que hayan egresado de la escuela secundaria (art. 7⁸⁴). No obstante ello, para que estas modificaciones entren en vigencia aún resta la reglamentación de la Ley.

83. Art. 2º bis.- Los estudios de grado en las Instituciones de Educación Superior de gestión estatal son gratuitos e implican la prohibición de establecer sobre ellos cualquier tipo de gravamen, tasa, impuesto, arancel, o tarifa directos o indirectos. Prohíbese a las Instituciones de la Educación Superior de gestión estatal suscribir acuerdos o convenios con otros Estados, instituciones u organismos nacionales e internacionales públicos o privados, que impliquen ofertar educación como un servicio lucrativo o que alienten formas de mercantilización.”

84. Art. 7º. Todas las personas que aprueben la Educación Secundaria pueden ingresar de manera libre e irrestricta a la enseñanza de grado en el Nivel de Educación Superior: Excepcionalmente, los mayores de 25 años que no reúnan esa condición, podrán ingresar siempre que demuestren, a través de las evaluaciones que las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o las universidades en su caso establezcan, que tienen preparación o experiencia laboral acorde con los estudios que se proponen iniciar, así como aptitudes y conocimientos suficientes para cursarlos satisfactoriamente. Este ingreso debe ser complementado mediante los procesos de nivelación y orientación profesional y vocacional que cada Institución de Educación Superior debe constituir pero que en ningún caso debe tener un carácter selectivo excluyente o discriminador.

Carreras de grado que integran el equipo de salud

De acuerdo con datos proporcionados por la Dirección de Información Universitaria (DIU) del Ministerio de Educación para el año 2013⁸⁵, el universo de establecimientos universitarios entre universidades e institutos universitarios que ofrecen formación de grado en carreras de salud es de 92 instituciones; de ellas 50 son de gestión estatal y 42 son de gestión privada.

Asimismo, el Ministerio de Educación de la Nación a través de sus Anuarios Estadísticos Universitarios, reconoce dentro de la rama de Ciencias de la Salud a las siguientes disciplinas: Medicina, Odontología, Paramédicas y Auxiliares de la Medicina, Sanidad y Veterinaria⁸⁶. Las disciplinas incluyen a su vez una serie de carreras, siendo Paramédicas y Auxiliares de la Medicina la que presenta una mayor variedad de ofertas formativas (Enfermería, Nutrición, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Kinesiología y Fisioterapia, Instrumentación Quirúrgica, Diagnóstico por Imágenes, Obstetricia); seguida de Sanidad (que incorpora carreras como Educación para la Salud, Salud Ocupacional y Saneamiento Ambiental).

Desde la perspectiva del Ejercicio Profesional, la Legislación Nacional preveía en la “Ley 17132 Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración”, originalmente el reconocimiento como carreras de grado e integrantes del equipo de salud a las formaciones de Medicina, Odontología, Bioquímica, Obstetricia, Kinesiología. Esta norma también incluía una serie de profesiones que inicialmente eran de nivel técnico, como Enfermería, Terapistas Ocupacionales, Dietistas o Fonoaudiólogos y que progresivamente, dada la evolución del estado del arte de estas disciplinas, pasaron a ser carreras de grado, así como se fue reconociendo la intervención de otras en este equipo, como la Psicología.

Los datos que aquí presentamos, se basan en las siguientes carreras de grado: Psicología, Kinesiología, Farmacia, Bioquímica, Odontología, Medicina y Enfermería, que configuran las carreras incluidas en el Art. 43, de riesgo social y las principales del equipo de salud.

85. Último dato publicado por el DIU, ME

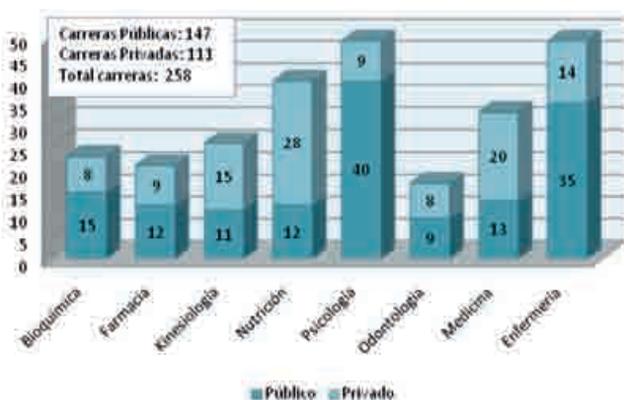
86. A los fines de este documento, los datos que se presentan fueron reelaborados y desagregados por el equipo de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, incorporando al análisis a la carrera de Psicología (que el Ministerio de Educación ubica dentro de la rama de Ciencias Humanas) y excluyendo a las disciplinas de Sanidad y Veterinaria.

Los datos sobre formación universitaria corresponden a estudiantes, nuevos inscriptos o ingresantes y egresados. Dentro del conjunto de carreras de ciencias de la salud, en el año 2013 se registran 347.441 estudiantes, 80.354 ingresantes y 21.517 egresados.

La proporción de egresados de las carreras de salud respecto del total de estudiantes universitarios es apenas del 6,1%. Al igual que como sucede con los egresados del nivel superior no universitario, este magro resultado evidencia un gran desafío para las autoridades universitarias y del Ministerio de Educación.

Del total de carreras de grado de ciencias de la salud analizadas para el año 2013 (258 carreras), se destaca una preponderancia de formaciones en instituciones públicas, especialmente para las carreras de Psicología, Enfermería, Bioquímica, Farmacia y Odontología. Mientras que para las formaciones de Nutrición, Medicina y Kinesiología hay una mayor oferta de carreras privadas.

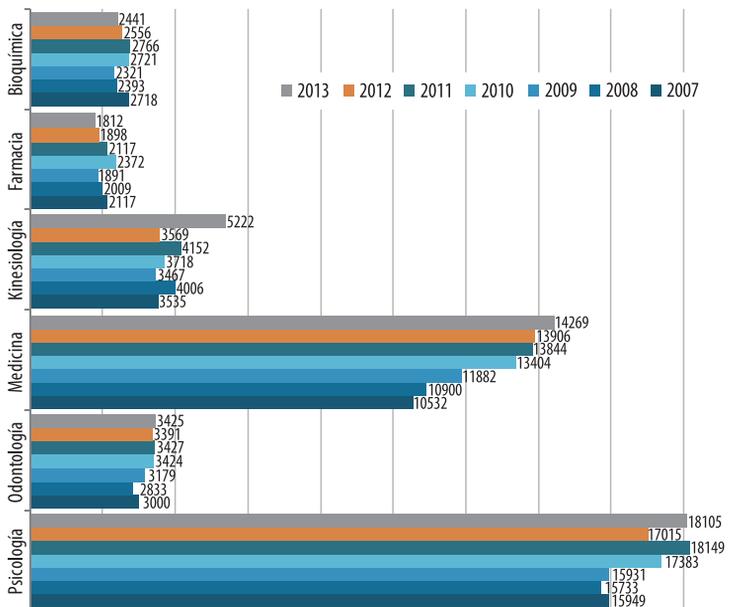
Gráfico 2. Cantidad de carreras de grado en salud según tipo de gestión. Año 2013



Fuente: Elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, a partir de información aportada por el Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación de la Nación. Año 2015

La evolución de los nuevos inscriptos entre los años 2007-2013, indica que Psicología y Medicina son las carreras que encabezan la elección de los inscriptos, se observa también en 2013 un crecimiento en la cantidad de ingresantes en la carrera de Kinesiología.

Gráfico 3. Evolución de nuevos Inscriptos de carreras de salud. Años 2007-2013

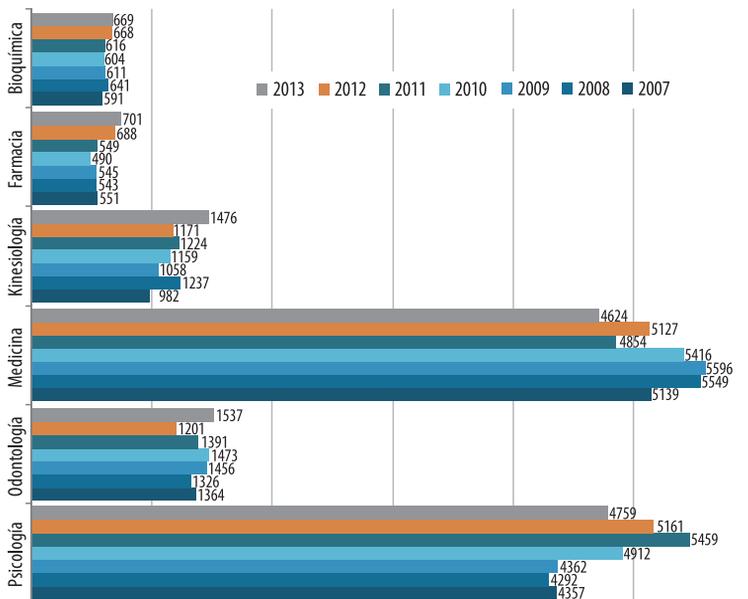


Fuente: Elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, a partir de información aportada por el Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación de la Nación. Año 2015

Dentro de carrera de Psicología, sólo toman en cuenta para este análisis aquellos títulos que reconoce el Ministerio de Salud de la Nación para el ejercicio de la profesión (Psicólogos y Licenciados en Psicología), excluyendo a los títulos de Profesor en Psicología, Psicólogo Social y Psicólogo de las organizaciones.

Los niveles de egreso muestran una mejoría en las carreras de Kinesiología y Odontología. Bioquímica y Farmacia mantienen la misma tendencia que en los años anteriores mientras que Medicina y Psicología presentan, en el año 2013, una caída de su nivel de egreso.

Gráfico 4. Evolución de egresados de carreras de salud. Años 2007-2013



Fuente: Elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, a partir de información aportada por el Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación de la Nación. Año 2015

Carreras de Riesgo Social (Art. 43)

El artículo 43 de la Ley de Educación Superior N° 24521 establece que las profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, deben cumplir dos requisitos, además de la carga horaria correspondiente:

- Los planes de estudio deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades (CU);
- Las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas. Evaluación y Acreditación de las carreras de grado universitario

En el contexto de las tendencias internacionales, durante la última década y en casi todos los países latinoamericanos, han surgido agencias públicas o privadas de evaluación cuyos objetivos generales son asegurar y mejorar la calidad de la formación universitaria.

La aprobación de la Ley 24.521 de Educación Superior estableció en el país un marco regulatorio que modificó el tradicional control burocrático que ejercía el Estado sobre las instituciones universitarias al introducir la evaluación y el aseguramiento de la calidad como nuevo eje de la política universitaria.

Desde 1996, comienza a funcionar la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). Una de sus funciones principales es la acreditación periódica de carreras de grado cuyos títulos corresponden a profesiones reguladas por el Estado.

Dentro de la normativa CONEAU, la Ordenanza 57/2010 es la que rige en materia de aprobación de pautas y procedimientos para la evaluación de proyectos de grado incluidos en el art. 43 de la LES, mientras que la Ordenanza 58/2011 aprueba los procedimientos de acreditación para las carreras de grado.

LA FORMACIÓN DE POSGRADO UNIVERSITARIO

Dentro de la oferta de formación de posgrados se circunscriben las especialidades, maestrías y doctorados que, independientemente del tipo de gestión -público o privado-, son arancelados.

Este apartado prioriza un abordaje sobre las carreras de especialidades universitarias de medicina dependientes del Ministerio de Educación, dado que junto con la formación impartida por el Sistema Nacional de Residencias, dependientes del Ministerio de Salud, constituyen las dos formas de acceder a la formación de especialistas. Además, representan el tipo de oferta con mayor peso dentro del sistema superior universitario.

No obstante ello, el siguiente gráfico da cuenta de la distribución de estudiantes, ingresantes y egresados según el tipo de oferta (especialidad, maestría doctorado) y gestión (público, privado) para todas las carreras de posgrado de ciencias de la salud.

- La Ley de Educación Superior N° 24.521/1995 que establece los lineamientos generales de la educación superior universitaria (funciones, autonomía, condiciones para su funcionamiento),
- La Ordenanza CONEAU 59/2013 que aprueba pautas y procedimientos para la acreditación de carreras y proyectos de posgrados,
- La Ordenanza CONEAU 56/2010 que aprueba los procedimientos para la evaluación de proyectos de carrera de posgrado al sólo efecto del reconocimiento provisorio del título.

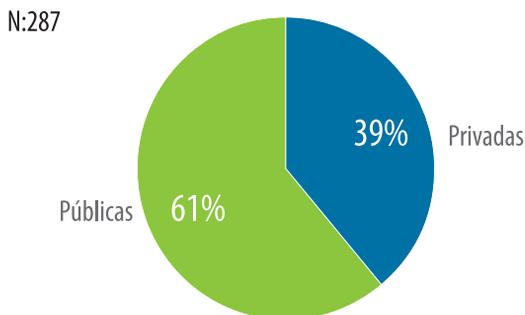
y las Resoluciones Ministeriales números:

- 160/2011 que establece los criterios y estándares para la acreditación de carreras de posgrado en reemplazo de la Resolución del Ministerio de Cultura y Educación N° 1168 del 11 de julio de 1997;
- 51/2010 correspondiente al reconocimiento oficial para el otorgamiento de títulos de posgrado que expiden las instituciones universitarias, con la acreditación de la CONEAU de la carrera en la primera convocatoria posterior al inicio de las actividades académicas;
- 462/2011 correspondiente a los requisitos para la Acreditación y Reconocimiento de Títulos incorporados al Artículo 43 de la Ley N° 24.521.

Como se señaló para el análisis de las carreras de grado, la Ley de Educación Superior (LES) modifica el control que ejerce el Estado sobre las instituciones universitarias al introducir la evaluación y el aseguramiento de la calidad como nuevo eje de la política universitaria. Ello significa que tanto las instituciones universitarias como las carreras y proyectos de posgrado deben someterse a instancias de autoevaluación -tendientes a analizar los logros y dificultades en el cumplimiento de sus funciones- y a procesos de evaluación externos que estarán a cargo de CONEAU o de entidades privadas constituidas a tal fin.

De acuerdo con los datos del Ministerio de Educación para el año 2013, la cantidad de carreras de especialidades universitarias de medicina es de 287 carreras, distribuidas en 112 carreras impartidas en instituciones de gestión privada y 175 carreras en instituciones de gestión pública.

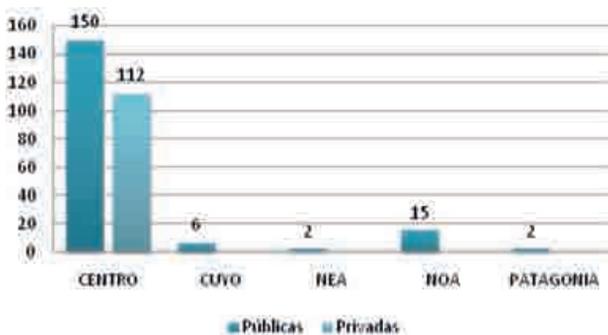
Gráfico 6. Carreras de Especialidades Universitarias de Medicina según tipo de gestión. Año 2013



Fuente: Elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, a partir de información aportada por el Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación de la Nación. Año 2015

Si bien los posgrados, entre los que se incluyen las especialidades, son arancelados independientemente del tipo de gestión de la institución, se observa en el caso de las universidades e institutos universitarios privados, que la oferta formativa se encuentra concentrada en su totalidad en la región centro. En el caso de las instituciones de gestión pública, si bien hay una concentración mayoritaria en la región centro, también existe una distribución de la oferta en el resto de las regiones del país.

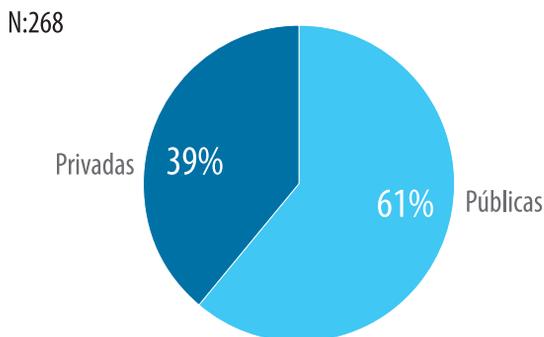
Gráfico 7. Cantidad de carreras de especialidades universitarias de medicina por región según tipo de gestión. Año 2013



Fuente: Elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, a partir de información aportada por el Departamento de Información Universitaria del Ministerio de Educación de la Nación. Año 2015

Para el año 2013, las carreras de especialidades universitarias de medicina acreditadas por CONEAU ascienden a un total de 268, de las cuales 163 pertenecen a acreditaciones de carreras del sector público y 105 a carreras del sector privado.

Gráfico 8. Cantidad de carreras de especialidades universitarias de Medicina acreditadas por CONEAU. Año 2013



Fuente: Elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, a partir de información aportada por CONEAU. Año 2015

A éstas, se incluyen otras 13 carreras nuevas (o proyectos de carrera según la denominación de CONEAU) con dictamen favorable para el reconocimiento provisorio del título y 2 carreras con dictamen desfavorable. Finalmente, otras 28 carreras que se presentaron a la instancia de acreditación de CONEAU no fueron acreditadas.

Como contraparte en la formación de especialistas desde el Sistema Nacional de Residencias, el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Consejo Federal de Salud (COFESA) ha priorizado especialidades fundamentales para la atención de la salud de la población.

En este sentido, promueve especialidades básicas en medicina que se apoyan en los modelos de atención primaria para la salud dentro del primer nivel de atención (medicina general o familiar, pediatría y tocoginecología); de las áreas críticas, por la baja oferta de formación y de profesionales (terapia intensiva de adultos, terapia intensiva pediátrica, anestesiología, neonatología, ortopedia y cirugía general); y de las interdisciplinarias de salud mental.

En los últimos años se ha producido un acercamiento entre las ofertas de posgrado universitarias y las Residencias, a partir del trabajo conjunto de los Ministerio de Educación y Salud que, a través de un Convenio (Registro Nro.58/2011), crearon una Mesa de trabajo conjunta para orientar la oferta de formación de especialistas de acuerdo con las necesidades de salud de la población.

Por su parte, la CONEAU participó de la mesa analizando los estándares para la evaluación y acreditación utilizados en el Sistema Nacional de Residencias (SNARES). De hecho, existen carreras universitarias que están asociadas a Residencias y algunas debieron pasar por un doble proceso de evaluación (tanto por parte de la CONEAU como del SNARES). Desde el 2015 participa junto al Ministerio de Salud de una investigación financiada por la Comisión de Salud Investiga (MSAL) orientado a consolidar un sistema integrado de acreditación para la formación de médicos especialistas, tendiente a alcanzar similares estándares de calidad en la formación. En esta misma línea se encuentra en trámite un convenio entre ambas instituciones con vistas a profundizar el trabajo conjunto sobre la revisión de los estándares de los posgrados universitarios y la acreditación conjunta.

Reflexiones Finales

Algunas características observadas dentro de la formación en el nivel superior universitario y no universitario evidencian una serie de desafíos que tienen por delante los organismos del Estado que deben gestionar y formar profesionales de salud.

Una primera reflexión se desprende de la definición por la negativa del propio objeto de la educación superior no universitaria. Si bien una de las características que la definen tiene que ver con la orientación hacia las demandas del mercado de trabajo, sería erróneo suponer que la oferta universitaria no contempla la ocupación laboral. En algunos países esta oferta se despliega como un segmento aparte de las universidades (modelo binario), mientras que en otros está a cargo de las propias universidades (modelo integrado), registrándose variaciones acerca de su vinculación con títulos universitarios afines. En la práctica, la diferencia se suele establecer con criterios operativos tales como la duración de los ciclos o el peso relativo de la formación básica. (CONEAU; 1998, p.15).

En nuestro país, este modelo binario requiere de un esfuerzo de coordinación de políticas al interior del propio Ministerio de Educación para revisar alcances e incumbencias y acortar las brechas entre ambos sistemas, permitiendo una circulación de estudiantes entre ambos sistemas que faciliten el reconocimiento de títulos y estudios previos y la articulación de trayectos de formación. En este marco, se debería contemplar la intersectorialidad con otros Ministerios como por ejemplo el de Salud y el de Trabajo, para que el impacto de las políticas sea aún mayor.

Otro de los aspectos a destacar tiene que ver con la cantidad de titulaciones que existen al interior y entre las jurisdicciones. Esta es otra de las dimensiones sobre las que es necesario actuar con celeridad, buscando el consenso con los distintos actores responsables en cada jurisdicción a fin de organizarlas según profesión o rama de actividad. Este problema se encuentra presente tanto en la formación de pregrado como en el grado y posgrado universitario y las consecuencias de esta superposición recaen sobre los profesionales cuando buscan insertarse en el mercado de trabajo. Una última reflexión para hacer referencia a la baja cantidad de egresados en el nivel universitario en su conjunto, entre las que se incluyen las carreras de salud. En este sentido, aumentar la tasa de graduación debería ser objeto de las políticas educativas del nivel superior y constituirse en una oportunidad para la implementación de acciones estratégicas que fomenten la terminalidad de los estudios en todo el sistema superior. Sin desconocer el esfuerzo que realiza el Ministerio de Educación de la Nación para aumentar la graduación de perfiles estratégicos para el desarrollo del país, como es el caso de la carrera de ingeniería, la baja tasa de egresados constituye un desafío no sólo para el sistema universitario en su conjunto sino también para las áreas de planificación de recursos humanos de los ministerios públicos.

Referencias Bibliográficas

Ministerio de Educación: Anuario de Estadísticas Universitarias 2011. Disponible en: <http://portales.educacion.gov.ar/spu/investigacion-y-estadisticas/anuarios/>

Dure, I. (2012) Residencias del equipo de salud. Documento Marco 2012. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Ins-

titutos [Online]. Disponible: <http://www.msal.gov.ar/Residencias/index.php/las-Residencias/que-es-la-residencia>

Laplacette, G.; Cadile, M.; Cavalieri, M.; Dure, I.; Faccia, K.; Heymans, J.; Mazzitelli, A.; Saulo, H.; Suarez, N. (2012) La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la Argentina. Primera etapa: un estudio descriptivo, cualitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria. Año 2010-2011. Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud [Online]. Disponible: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/component/content/article/8-formacion/132-documentos-de-investigacion>

Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) (1998) Institutos Universitarios [Online]. Disponible: <http://www.coneau.edu.ar/archivos/490.pdf> Consultado el 01 de septiembre de 2014.

Cadile, María Del Carmen (Comp.); Duré, M. Isabel y Williams, Guillermo (Coords.). Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. La Construcción de la Matriz Mínima de datos de profesionales de la salud del MERCOSUR desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil y Uruguay. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2015.

CONEAU (2013) Posgrados acreditados en Ciencias de la Salud. Documento de trabajo.

Ministerios de Salud de la Nación y Educación. Convenio Marco de Creación de la Mesa Intersectorial de Políticas. Firmado el 9 de noviembre de 2011. Registro de Actas, Acuerdos y Convenios N° 58/2011

Normativa:

Ley 24.195 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA 14-abr-1993

LEY FEDERAL DE EDUCACION / DERECHOS. OBLIGACIONES Y GARANTIAS. PRINCIPIOS GENERALES. POLÍTICA EDUCATIVA. SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL. ESTRUCTURA DEL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL. DESCRIPCION GENERAL. EDUCACION INICIAL. EDUCACION GENERAL BASICA. EDUCACION POLIMODAL. EDUCACION SUPERIOR. EDUCACION CUATERNARIA. REGIMENES ESPECIALES. EDUCACION NO FORMAL. EN-

SEÑANZA DE GESTION PRIVADA. GRATUIDAD Y ASISTENCIALIDAD. UNIDAD ESCOLAR Y COMUNIDAD EDUCATIVA. DERECHOS Y DEBERES DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA. CALIDAD DE LA EDUCACION Y SU EVALUACION. FINANCIAMIENTO

Publicada en el Boletín Oficial del 05-may-1993 Número: 27632

Abrogada por Ley Nro. 26.206 - Art. 132 - Boletín Oficial 28/12/2006

Ley 24.521 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA 20-jul-1995

EDUCACION SUPERIOR / DISPOSICIONES PRELIMINARES. EDUCACION SUPERIOR. EDUCACION SUPERIOR NO UNIVERSITARIA. EDUCACION SUPERIOR UNIVERSITARIA

Publicada en el Boletín Oficial del 10-ago-1995 Número: 28204

Ley 26058 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA 07-sep-2005

EDUCACION TECNICO PROFESIONAL / OBJETO, ALCANCES Y AMBITO DE APLICACION. FINES, OBJETIVOS Y PROPOSITOS. ORDENAMIENTO Y REGULACION DE LA EDUCACION TECNICO PROFESIONAL. MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA EDUCACION TECNICO PROFESIONAL. DEL GOBIERNO Y ADMINISTRACION DE LA EDUCACION TECNICO PROFESIONAL. FINANCIAMIENTO.

Publicada en el Boletín Oficial del 09-sep-2005 Número: 30735

Ley 26.206 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA 14-dic-2006

LEY DE EDUCACIÓN NACIONAL/ DISPOSICIONES GENERALES. SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL. EDUCACION DE GESTION PRIVADA. DOCENTES Y SU FORMACIÓN. POLITICAS DE PROMOCION DE LA IGUALDAD EDUCATIVA. CALIDAD DE LA EDUCACION. EDUCACION, NUEVAS TECNOLOGIAS Y MEDIOS DE EDUCACION. EDUCACION A DISTANCIA Y NO FORMAL.

Publicada en el Boletín Oficial del 28-dic-2006 Número: 31062

Resolución 51/2010 MINISTERIO DE EDUCACION 02-feb-2010

MINISTERIO DE EDUCACIÓN / EDUCACION SUPERIOR / CARRERAS DE GRADO Y POSGRADO - RECONOCIMIENTO OFICIAL Y VALIDEZ NACIONAL
Publicada en el Boletín Oficial del 09-feb-2010 Número: 31839

Resolución 462/2011 MINISTERIO DE EDUCACION 16-mar-2011

MINISTERIO DE EDUCACION / EDUCACION SUPERIOR / REQUISITOS PARA ACREDITACION Y RECONOCIMIENTO OFICIAL DE TITULOS
Publicada en el Boletín Oficial del 28-mar-2011 Número: 32117

Resolución 160/2011 MINISTERIO DE EDUCACION 29-dic-2011
MINISTERIO DE EDUCACION / EDUCACION SUPERIOR / PROCESOS DE ACREDITACION DE CARRERAS DE POSGRADO - ESTANDARES Y CRITERIOS
Publicada en el Boletín Oficial del 12-ene-2012 Número: 32316

Resolución Nº 6/1997 MINISTERIO DE EDUCACIÓN.
MINISTERIO DE EDUCACION / EDUCACION SUPERIOR / CARGA HORARIA MÍNIMA QUE DEBERÁN RESPETAR LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS CARRERAS DE GRADO UNIVERSITARIO
Disponible en: <http://portales.educacion.gov.ar/spu/legislaciones/res-min-n-6-97/>

Resolución CFE Nº 261/2006 MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN.
Consejo Federal de Educación. Disponible: www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res06/261a-06.pdf

Resolución CFE Nº 47/2008 MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN.
Consejo Federal de Educación. Disponible: www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res08/47-08.pdf

Ordenanza 058/2011 COMISIÓN NACIONAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN UNIVERSITARIA
APROBAR LOS PROCEDIMIENTOS Y PAUTAS PARA LA ACREDITACIÓN DE CARRERAS DE GRADO
Disponible en <http://www.coneau.gob.ar/archivos/ordenanzas/Orde058.pdf>

8

LA INTEGRACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

MARIANA CAVALIERI
ERICA RIQUELME

Aspectos teórico - conceptuales

En la literatura actual existen distintas acepciones relativas a la integración, como los conceptos de *articulación*, *intersectorialidad*, *colaboración*, *cooperación o coordinación de políticas*, *redes institucionales* que, con matices, sirven como punto de partida para abordar la cuestión de las políticas integradas.

El modelo político que viene implementándose en la Argentina, postcrisis 2001/2002, reivindica ideales tendientes a construir una sociedad más democrática, inclusiva y equitativa. Desde esta perspectiva, se incorpora en la agenda pública el discurso de derechos.

Según Pautassi (2012: 57), este enfoque de derechos constituye una de las vías para alcanzar una nueva institucionalidad dentro de las políticas sociales, al permitir diseñar políticas sustentables superadoras de las coyunturas políticas, para alcanzar la inclusión social. Al tiempo que advierte que, para evitar caer en la retórica del discurso, una política con enfoque de Derechos deberá vincular las políticas sociales con los principios fundamentales de los derechos humanos. Estos principios se “caracterizan por ser universales, indivisibles, interdependientes y que están integrados por el conjunto de los derechos civiles y políticos pero también particularmente, por los derechos económicos, sociales y culturales”.

Las demandas que debe atender el sector público, a partir de la reconstrucción de las capacidades de gestión del Estado, requieren de una reflexión acerca de la necesidad de formular y aplicar políticas de manera integral y congruente, enfocadas a dar respuesta a las necesidades locales para lograr una mayor integración social. Ello supone fortalecer la rectoría del Estado y la participación ciudadana, promover y garantizar una estrecha coordinación y trabajo conjunto entre las instituciones que forman parte del Estado nacional, provincial o local, a fin de lograr políticas públicas de calidad, con capacidad anticipatoria, adaptativa e innovadora, que puedan ser sostenidas en el tiempo.

Desde esta perspectiva, la gestión pública comienza a recuperar la noción del mediano plazo a través de mecanismos de planificación, gerencia, negociación y regulación en la toma de decisiones, otorgándole al Estado mayor capacidad de gestión en el acompañamiento de la decisión pública.

Llevar adelante estos procesos, requieren de la confluencia de la técnica y la política para crear valor público y fomentar las capacidades institucionales de gestión.

Hablar de acciones integrales, pone de relieve la necesidad de coordinar esfuerzos entre los organismos ejecutores de programas y políticas públicas. El tema de la coordinación de políticas en el sector público viene adquiriendo una importancia creciente desde la década de los noventa. En ese entonces, la atención a los problemas de coordinación se orientaba a generar un modelo de mayor eficiencia en el uso de los recursos invertidos en los programas y políticas públicas. En la actualidad en cambio, si bien se reconoce a la eficiencia como un valor necesario para la coordinación, los esfuerzos se orientan hacia la relación entre la coordinación y la integralidad y, por lo tanto, las líneas de acción pública buscan dar respuesta a cuestiones complejas cuyo origen debe buscarse en situaciones de multicausalidad (Acuña, 2010: 9).

Siguiendo a este autor, la multicausalidad de los problemas puede deberse a una variedad de factores: económicos, sociales, políticos, ideológicos/culturales, organizacionales, u otros. Pero independientemente de las causas, lo que destaca es que en la actualidad, las políticas públicas requieren de la integralidad en la intervención para no caer en reduccionismos que, al imputar monocausalidades, reproduzcan involuntariamente la ineficien-

cia o ineficacia en su accionar (Acuña, 2010: 9). Martínez Nogueira (2010, 14) amplía este concepto al afirmar que los problemas que deben atender actualmente las políticas públicas, son multidimensionales y de muy baja estructuración, con relaciones causales de naturaleza incierta y por lo tanto, no susceptibles a tratamientos sectoriales.

También en la década de los noventa surge con fuerza la idea de la intersectorialidad de políticas, en principio como una preocupación de “racionalidad administrativa fiscal” para moderar los programas asistenciales contra la pobreza, propios de la época neoliberal. Tiempo después, las características de los problemas sociales, su complejidad y la necesidad de intervenciones intersectoriales, le dieron un nuevo sentido a la intersectorialidad de políticas en desmedro de la lógica de la eficiencia (Repetto, 2010:47-48).

Todo ello implica el desafío de la puesta en funcionamiento de un conjunto acciones integrales que demandan la coordinación de aproximaciones multidisciplinarias, transversales e innovadoras para el desarrollo del accionar público. En este marco, se espera de la coordinación que adquiera la integralidad de políticas en el sentido más amplio: tanto en el abordaje de las políticas, como en la organización y en la evaluación del proceso desplegado y su impacto.

Licha y Molina (2006: 1) definen a la coordinación de políticas como un proceso político y técnico a la vez, de carácter tanto analítico como instrumental, orientado a lograr la coherencia y articulación de las políticas para favorecer el alcance de los objetivos estratégicos. Y agregan, que es reconocida como un procedimiento que permite eliminar contradicciones o redundancias y a la vez desarrollar políticas integrales.

De modo que a través de la coordinación, se busca reducir la duplicación o superposición de políticas, minimizar las inconsistencias entre las políticas, asegurar la coherencia entre éstas y promover una perspectiva holística, superadora de la lógica sectorial. Para alcanzar estos objetivos se requiere de sinergias entre los actores para generar acciones articuladas en espacios intersectoriales, liderazgos políticos para llevar adelante la coordinación, intercambio de información y conocimiento entre las partes, monitoreo y evaluación (Licha y Molina, 2006).

Por su parte Madoery (2001:23) se refiere a la cooperación para el desa-

rrollo local desde un sentido práctico por el cual los actores involucrados deben percibir en ella una manera más adecuada para desarrollar su propia estrategia y alcanzar sus propios objetivos sectoriales. Por ello propone fortalecer la permanencia de los lazos de confianza y la densidad institucional para que los actores perciban los efectos positivos a largo plazo de la interacción.

En síntesis y de acuerdo con estos autores, la coordinación es un proceso con las siguientes características: a) es un proceso político y técnico a la vez; b) es participativo y concertado; c) es al mismo tiempo horizontal y vertical; d) tiene diferentes alcances macro, meso y micro (Licha y Molina, 2006: 3-4).

La Coordinación de Políticas Públicas de Salud y Educación

En áreas críticas como es el caso de la salud y la educación, la integración de políticas públicas resulta fundamental para lograr la reducción de las brechas e inequidades sociales existentes. Esta integración constituye además uno de los motores fundamentales del desarrollo; dado que un mejor acceso a la educación tendrá impactos positivos como determinante de la salud de la población y a su vez, el acceso a una buena salud, repercutirá de manera virtuosa en el acceso y permanencia dentro del sistema educativo.

La OMS define a los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (www.who.int/social_determinants/es/).

De modo que este enfoque sobre los determinantes sociales propone un abordaje de la salud en clave multisectorial, donde se involucran otros sectores sociales cuyo accionar tiene impacto sobre la situación de la salud de una población determinada (Di Virgilio: 2015, 81-82).

Garantizar el acceso a un sistema de educación y de salud de calidad proyectado en el tiempo, contribuye también a reducir diferencias sociales, culturales y económicas de la población. Pero para fortalecer las sinergias

y efectos recíprocos, estas áreas requieren además, de la implementación de acciones que compatibilicen el corto plazo con una visión en el largo plazo.

En un contexto de creciente complejidad, caracterizado por un proceso de cambio social, epidemiológico y demográfico, se requieren abordajes integrales de los distintos problemas relacionados a la salud y los niveles de atención, para enfrentar los efectos de envejecimiento de la población y el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La búsqueda de consensos, sobre los grandes desafíos en materia de recursos humanos en salud, llevó en 2005 al Llamado a la Acción de Toronto⁸⁷; una propuesta regional para los países de las Américas que promueve la formulación de una serie de planes de acción de desarrollo de recursos humanos.

Estos lineamientos estratégicos para los países de las Américas, a los que se suman las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, acordados en la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana del año 2007, han constituido un encuadre para definir las agendas de trabajo de los países en materia de recursos humanos en el contexto de los Sistemas de Salud inspirados en los principios de la Atención Primaria de la Salud.

Los logros tempranos alcanzados tanto dentro del sistema educativo como del de salud permitieron superar con cierto grado de éxito el reto de la inclusión tras la crisis de los años 2001/2002. Sin embargo resta aún profundizar estrategias tendientes a mejorar los indicadores de calidad y eficiencia a fin de fortalecer el capital humano con vistas hacia el desarrollo y la igualdad.

Educación de profesionales de la salud es un proceso que requiere entre 3 y 10 años y demanda una estructura institucional sumamente compleja. Toda planificación debe partir entonces del reconocimiento que se trata de una política de largo plazo, que debe sustentarse en acuerdos entre múltiples actores y contar con un compromiso de inversión sostenida. La movilización de un mayor número de actores, implica también mayores instancias de negociación y reinterpretación de los contenidos de la acción pública.

87. Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care. Toronto, Canadá: octubre de 2005

Por consiguiente, garantizar la sustentabilidad de los acuerdos en el tiempo requiere de una política de consensos, siendo la coherencia⁸⁸ y la coordinación la mejor manera de acordar los rumbos, orientaciones, reglas de juego para la resolución de los conflictos, negociaciones, compromisos, etc. Martínez Nogueira (2010; 21) sostiene que la coordinación y la coherencia, rara vez se alcanzan a través de la jerarquización de las relaciones de poder, los mecanismos de cúpula organizacional o arreglos formales. Más bien agrega a esos recursos la coordinación al interior de redes sustentadas en liderazgos, relaciones regulares y recíprocas, con actores que comparten concepciones sobre el sentido y las orientaciones de las contribuciones particulares.

En síntesis, una política de consenso de actores implica la coordinación y la coherencia para fijar las reglas de juego, y el reconocimiento de liderazgos participativos y espacios de articulación para alcanzar los objetivos buscados.

Los recursos humanos de la salud, también requieren que mediante una política consensuada, la fuerza de trabajo del sector se vaya adecuando y modificando según el perfil de las necesidades epidemiológicas de la población, las prioridades sanitarias fijadas y los modelos de gestión y atención propuestos.

“Los complejos problemas respecto a los recursos humanos en salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientados no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios, sino también resolver problemas de migración, pluriempleo, de la carrera funcionaria y del logro de la competencia laboral”. (OPS: 2008, 6)

La actual coyuntura impone la necesidad de precisar la agenda de prioridades y de transformar los sistemas de salud frente a las nuevas demandas, optimizando las capacidades de los equipos de salud. Aun cuando el Llamado a la Acción de Toronto y las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos se encuentran en plena vigencia, este contexto exige la necesidad de definir

88. “La coherencia se refiere a los objetivos buscados, es decir a los resultados e impactos de las políticas; y a la capacidad para que éstos sean sinérgicos, acumulables, no contradictorios o mutuamente neutralizadores. La coherencia remite a la noción de unidad e integración entre los fines, las estrategias para alcanzarlos y los medios más aptos para ello. Estos medios son las políticas, y sus componentes en programas, proyectos y actividades”. Martínez Nogueira (2010, 19).

una nueva agenda Post 2015 con la construcción de sistemas que garanticen la meta de salud universal. En este sentido, la OPS ha identificado tres temas prioritarios para las próximas orientaciones estratégicas en materia de recursos humanos en salud:

- a. fortalecer la capacidad de rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de recursos humanos;
- b. garantizar la equidad en la dotación y distribución de recursos humanos para la salud;
- c. reorientar la formación de profesionales de la salud hacia la Atención Primaria de la Salud (OPS, 2015 <http://www.paho.org/arg>)

Varias de estas acciones exceden el campo de acción del Ministerio de Salud y deben ser contempladas como políticas interministeriales e interjurisdiccionales, razones que justifican la permanente articulación y la búsqueda de consenso con todos los actores relevantes; en especial con los Ministerios de Educación, Trabajo y Desarrollo Social.

En el campo de la salud y la educación, se requieren políticas y acciones integrales que exigen una combinación de enfoques, perspectivas y especialidades que ameritan una gestión intersectorial. Gestionar en la intersectorialidad, abre nuevos desafíos a la gestión pública, como son el trabajo horizontal, la gestión de redes o el de la transversalidad, donde hay mucha retórica pero pocas herramientas prácticas (Cunill Grau, 2005).

Integrar políticas sociales es más que una simple coordinación administrativa, ya que apunta a formar un espacio de cooperación, de diálogo político y concertación de actores para hacer compatibles las misiones de las organizaciones y así superar las contradicciones, a fin de posicionar al Estado y sus políticas públicas dentro de un enfoque de extensión de derechos tendiente a alcanzar la equidad, a través de una cobertura y de acceso universal, de servicios de calidad y de financiamiento sustentable.

A continuación presentamos el proceso de articulación interministerial entre los Ministerios de Salud y de Educación de la Nación: Los inicios de la Comisión Interministerial para el abordaje conjunto de las carreras técnicas superiores en salud que data del año 2002 y aún sigue vigente en

materia de regulación de la formación de los equipos de salud para el nivel técnico superior. En forma más reciente, es la Mesa de Políticas Integradas de Salud y Educación creada en 2011 por los ministros de ambas carteras la que articula las políticas conjuntas para el fortalecimiento de sus recursos humanos.

EL ROL DE LA COMISIÓN INTERMINISTERIAL EN EL ABORDAJE CONJUNTO DE LAS TECNICATURAS EN SALUD⁸⁹

Introducción⁹⁰

El impacto de la descentralización sobre el sistema educativo en la década del 90 significó para la formación la sujeción de lo educativo a las leyes del mercado. Se crearon cantidad de instituciones educativas de gestión privada y hubo una proliferación de perfiles profesionales en el área de la salud. Estos nuevos perfiles frecuentemente no respondían a las necesidades detectadas en los servicios de atención ni tuvieron una referencia clara sobre los niveles de formación del sistema educativo⁹¹.

El rol del Estado quedó desdibujado ya que el ámbito nacional dejó de lado la función de regular estos aspectos sin que las jurisdicciones asumieran esa función y, cuando lo hicieron, fue sin un marco de referencia nacional. La transferencia de los servicios significó para muchas jurisdicciones problemas financieros al tiempo que se pusieron en evidencia sus propias debilidades técnicas para la gestión. La intervención del Ministerio de Salud en el proceso de definición de los perfiles profesionales y las bases curriculares era totalmente azarosa, dependiendo de la voluntad de los funcionarios a cargo de cada propuesta. No había regulación al respecto y cuando la hubo, su aplicación fue anárquica y parcial.

En el año 2006 se dicta la Ley de Educación Nacional Nro. 26.206, en la que el Estado retoma su rol regulador, y lo hace federalmente a través del Consejo Federal de Educación (CFE). Una característica esencial al funcio-

89. Autoras: Mariana Cavalieri / Erica Riquelme

90. Este capítulo recupera los aportes sobre la articulación entre los Ministerios de Salud y Educación de la Nación realizados por Lía Cordiviola entre los años 1990-2007 para el tratamiento de los marcos de referencia de las tecnicaturas superiores en el área de salud.

91. Ver capítulo 9

namiento del sistema educativo es el establecido por su artículo 118, por el que los acuerdos del Consejo Federal de Educación son de aplicación obligatoria cuando estos lo expliciten. Bajo esa modalidad quedan los Documentos Base para la tecnicaturas en salud que son objeto de análisis en este trabajo.

El presente documento pretende ser un registro ordenador del proceso y una recuperación del encuadre de la tarea de articulación entre los Ministerios de Salud y Educación, para el campo de las Tecnicaturas en Salud del país. Constituye también un antecedente del trabajo iniciado entre ambos ministerios y que posteriormente, en el año 2011, hiciera lugar al convenio de creación de la Mesa de Políticas Integradas de Salud – Educación, celebrado entre ambas carteras.

A través del contacto con los representantes de las distintas Asociaciones Profesionales que concurren a las comisiones consultivas reunidas para cada Tecnicatura Superior, podemos constatar que las tecnicaturas se han ido configurando alrededor de la tarea de los médicos de distintas especialidades, bioquímicos, odontólogos, farmacéuticos. Sus tareas son, consideradas de colaboración (“actividades de colaboración de la Medicina y Odontología”), como lo señala la Ley N°17.132⁹².

Inicialmente los técnicos abordaron tareas rutinarias pero, con la producción de nuevos conocimientos, la evolución de la tecnología y la complejización de los servicios de salud, el campo de los técnicos fue adquiriendo mayor relevancia y niveles de formación, acordes con la exigencia de una mayor autonomía para su desempeño.

En la elaboración del presente artículo se tienen en cuenta los distintos momentos que fueron necesarios para consolidar el trabajo en políticas conjuntas entre el Ministerio de Educación y Salud para la formación de Recursos Humanos.

Historia de la construcción de viabilidad.

Hacia el año 1993 había muchas instituciones formadoras o escuelas dependientes de los ministerios de salud, dentro del sistema sanitario. Esto

92. Ley 17.132 – Título VII – De los Colaboradores – Artículos 42 al 48 - www.legislad.gov.ar

sucedía sobre todo con las de gestión estatal. En 1992, con el decreto 438/92⁹³ se definieron las funciones del Ministerio de Cultura y Educación en lo relativo a *“intervenir en la elaboración y entender en la aplicación de las normas destinadas a regular las acciones médicas, odontológicas y paramédicas en el ámbito educacional”* y del Ministerio de Salud y Acción Social: *“entender en la elaboración de normas destinadas a regular las acciones médicas, odontológicas y paramédicas en el ámbito educacional”*. Se establecía así una suerte de mandato tácito de trabajo conjunto.

También en 1993, se promulga la Ley Federal de Educación Nro. 24.195⁹⁴ en la que se propone un sistema de educación descentralizado federalmente, y la regulación propuesta para darle unidad, es la de definición de los contenidos básicos de formación.

Este nuevo marco normativo genera una redefinición de funciones de la unidad de recursos humanos del Ministerio de Salud, iniciándose un largo proceso de avances y retrocesos en la implementación de medidas tendientes a integrar la nueva propuesta.

En junio de 1995, la V Reunión Nacional de Responsables de Recursos Humanos de Salud, coordinada por la entonces Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos, estuvo dedicada al tratamiento del campo de Auxiliares y Técnicos. Del análisis referido a la formación – inserción de los Auxiliares y Técnicos de la Salud, presentadas por las jurisdicciones, se focalizaron los siguientes problemas:

- Falta de articulación entre el Sector Salud y Educación
- El desarrollo de las prácticas en el ámbito hospitalario estatal y el uso de su infraestructura por diversos organismos gubernamentales y privados que participan en la formación de este recurso humano.
- Desigual distribución geográfica del recurso humano.
- Certificaciones otorgadas sobre la base de diferentes criterios de formación.

93. Decreto 438/92 – Art 21, Inc. 7 y Art 23, Inc.4 www.infoleg.gov.ar

94. Ley Federal de Educación, derogada en el 2006

- Certificaciones en las que se mezclan en la denominación los niveles de formación.
- Matriculación de algunos Auxiliares y Técnicos y de otros no.
- Dificultades que se producen en la migración de estos trabajadores por la falta de reconocimiento de los certificados por las diferentes jurisdicciones
- Limitación en las jurisdicciones para formar el recurso humano en todas las ramas técnicas.
- Necesidad de educación continua para Auxiliares y Técnicos

A partir de entonces, el tema de las Tecnicaturas ocupó un lugar en la agenda de las distintas reuniones nacionales del Ministerio de Salud.

En el año 1999 se elaboró un proyecto de trabajo que previó los siguientes componentes: Regulación, Contenidos Básicos Comunes y Diseño Curricular Base para la formación de Auxiliares y Técnicos, Planificación de Recursos Humanos y participación en la Red de Educación de Técnicos en Salud (RETS). Los cuatro componentes han sido trabajados, con distinto grado de intensidad, dependiendo de los apoyos políticos y las urgencias planteadas a ese nivel en la gestión. Sin embargo, fue recién a partir del año 2009 cuando se empieza a dar cumplimiento con éstos.

Convenio de Articulación Salud – Educación a nivel Nacional

En el año 2002 se logró la formalización de la acción con la firma de un convenio entre los Ministerios de Salud y de Educación (Convenio 296/02). A partir de entonces, también con distintos grados de apoyo a la tarea en las distintas gestiones, se comenzó el trabajo en la definición de un Documento Base⁹⁵ para distintas Tecnicaturas. En un principio se trabajó con Pro-

95. Documento Base: Es un documento marco, de nivel nacional, que sirve de referencia para la elaboración de las propuestas curriculares de las Jurisdicciones. Consta de cuatro capítulos: Perfil Profesional, Bases Curriculares, Requisitos mínimos para el funcionamiento de la Carrera y Actividades Reservadas

fesionales interesados en la cuestión, que se acercaron a la Dirección con preocupaciones curriculares respecto de alguna Tecnicatura. Así se trabajó en la Tecnicatura en Hemoterapia, en el momento en que se redefinía la Ley de Sangre; de Esterilización, mientras se trabajaban las Normas de Calidad de los Servicios de Esterilización; de Neurofisiología, por la inquietud de los interesados en formalizar una propuesta de formación sin reconocimiento en el campo educativo hasta ese momento. Estas acciones sirvieron para instalar la Comisión Interministerial como instancia institucional de tratamiento del tema de las Tecnicaturas de Salud. (Decreto 1041/03)⁹⁶.

A nivel nacional en el transcurso del 2005, se promulga la Ley de Educación Técnico Profesional, N° 26.058, que marca el encuadre para el campo definiendo fines, objetivos y propósitos; caracterizando las instituciones formadoras y su articulación; los criterios para la definición de las ofertas formativas que serán aprobadas por el Consejo Federal de Educación; el ordenamiento de las jurisdicciones a esos criterios definidos anteriormente; la implementación de planes de formación continua; la mejora del equipamiento; la definición de los ámbitos de formación de los docentes de estas carreras; la creación del Registro de Instituciones de Educación Técnico Profesional; y el Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones.

Asimismo, la Resolución del Consejo Federal de Educación Nro. 261/2006 establece los lineamientos para la homologación y marcos de referencia de títulos y certificaciones de educación superior técnico profesional. Los marcos de referencia contemplan tres aspectos clave: identificación del título o certificado; referencial al perfil profesional y trayectoria formativa. En una primera etapa de implementación de esta Resolución se prioriza, para la elaboración de marcos de referencia, a aquellos títulos o certificados que se corresponden con ejercicios profesionales regulados por el Estado, por poner en riesgo de modo directo a la salud, la seguridad, los derechos o los bienes de los habitantes. Esta Resolución reemplaza, aunque hubo un período de coexistencia, al Documento Base por el Marco de Referencia.

En el año 2006 se inicia un trabajo de sistematización de la información, con el relevamiento de datos vinculados al campo de la formación, planes de formación nacionales e internacionales, perfiles profesionales definidos por algún otro país, normas del ejercicio profesional y toda otra informa-

96. Resolución 1041/03 – www.legisalud.gov.ar

ción documental a la que se suma, en muchos casos, la observación del campo.

A partir de este primer trabajo y de múltiples gestiones con distinto grado de éxito cada una, se fueron estableciendo diversas rutas de gestión al interior del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación que permitieron, en el año 2007, la aprobación de cinco Marcos de Referencia de Tecnicaturas Superiores: Enfermería, Técnico Superior en Hemoterapia, Técnico Superior en Esterilización, Técnico Superior en Medicina Nuclear y Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica. Dicha aprobación supuso dentro del Ministerio de Salud, gestiones ante la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, así como también ante el Consejo Federal de Salud y el Consejo Federal de Educación.

En simultaneo con el desarrollo de estos Marcos, y con diverso grado de avance, se empezó a trabajar en otras cuatro ramas técnicas: Podología, Ortesis y Prótesis, Óptico y Laboratorio. Lamentablemente todas ellas debieron ser abandonadas en ese momento, dado que los niveles de conflicto superaron la capacidad de intervención de los equipos técnicos para llegar al consenso. En todos los casos, estos conflictos tuvieron aristas corporativistas que impidieron avanzar en los acuerdos necesarios para su aprobación. En el caso particular de Laboratorio, su aprobación se produjo 10 años después de haber comenzado su discusión. Las distintas agrupaciones de Bioquímicos veían en el texto del documento una amenaza a sus actividades reservadas y a su rol de dirección en los laboratorios, razón por la cual el proceso de negociación fue prolongado.

En relación con la formación en Enfermería, además del Documento Base, se elaboró un diseño curricular de referencia y un documento de apoyo para el desarrollo de la práctica profesionalizante. Todos estos documentos fueron puestos a disposición de las jurisdicciones que lo solicitaran.

En el año 2008, el Consejo Federal de Salud (COFESA)⁹⁷ requirió que la Comisión Interministerial abordara las Tecnicaturas Superiores de Radiología, Laboratorio y Estadística. En ese mismo año se trabajó también en las Tecnicaturas Superiores en Histotecnología y Citotecnología, Vigilancia Sanitaria, Mantenimiento y Equipamiento Hospitalario y en la Formación Profesional en Puericultura.

97. Integrado por los Ministros de Salud de todas las Jurisdicciones, presididos por el Ministro de Salud de Nación y que se reúne, en distintos lugares del país, una vez al mes.

Durante esta primera fase, los integrantes de la Comisión Interministerial fueron capacitados a través de talleres sobre metodología de diseño curricular, dictados por el equipo del Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET)⁹⁸.

El campo que se regula está conformado por instituciones formadoras dependientes de los Ministerios de Educación de las jurisdicciones, aunque todavía existen algunas instituciones de dependencia compartida, como el caso de la Escuela de Salud Pública de Chaco, y unas pocas escuelas que dependen de los Ministerios de Salud.

Al interior del Ministerio de Salud, la Comisión Interministerial ha generado también necesidades de articulación con las diversas dependencias como la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de los Servicios de Salud, que tiene rectoría sobre el reconocimiento de las profesiones que requieren matriculación, y la Dirección Nacional de Registro Fiscalización y Sanidad de Fronteras, que regula el ejercicio profesional a través del otorgamiento de la Matrícula Profesional. El trabajo se aborda con el criterio de correspondencia entre validez nacional y matrícula profesional nacional de aquellas profesiones reconocidas por el Ministerio. Pese a que muchos títulos tienen validez nacional, solamente se matriculan aquellos que integran la lista de profesionales reconocidos por el Ministerio de Salud de la Nación.

Desde la perspectiva del trabajo concreto de la Comisión Interministerial con las Comisiones Consultivas, se registran problemas históricos que emergen en los procesos de concertación, la falta de datos precisos y actualizados sobre el campo de trabajo específico; las diferencias entre médicos, bioquímicos u otros profesionales que tienen la supervisión de funciones y los técnicos propiamente dichos; solapamiento de funciones a partir del desarrollo tecnológico; necesaria transversalidad de funciones entre distintos técnicos según la organización de los procesos de trabajo de cada institución; desarrollo de licenciaturas orientadas hacia la gestión separando a los técnicos de la atención a los sujetos; así como otras formaciones ligadas a los nuevos equipos tecnológicos cuando los mismos constituyen herramientas disponibles para los técnicos también.

98. El INET, es la institución dependiente del Ministerio de Educación que tiene a su cargo la Educación Técnico Profesional desarrollada en el nivel medio (secundaria) y superior no universitario (terciario) así como en las Formaciones Profesionales.

Esta situación generó la necesidad de un trabajo conjunto para identificar los actores del campo, en el año 2008 la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional impulsa el desarrollo de investigaciones⁹⁹ conjuntas con diversas áreas del Ministerio de Educación, que son financiadas desde el Ministerio de Salud a través de Salud Investiga, con el objeto de identificar las instituciones de formación técnica a nivel país.

La primera investigación logró unificar una base de datos con todas las instituciones de formación trabajando en conjunto con la Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DINIECE), el Mapa Educativo y el INET.

La segunda investigación profundizó en las características de la educación profesional de las instituciones de nivel superior terciario y universitario que forman a los trabajadores técnicos de salud, focalizando en las carreras de Enfermería, Radiología, Hemoterapia y Laboratorio.¹⁰⁰

99. Laplacette G, Duré MI, Cadile MCC, Cavalieri y otros. La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la Argentina. primera etapa: un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria. Año 2010-2011. Buenos Aires, Argentina. Revista de Salud Pública. Vol. 4. N° 16. Septiembre 2013

100. Laplacette G. Cadile MC y otros. La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la Argentina. Los casos de Enfermería, Radiología, Hemoterapia y Laboratorio. Segunda etapa: un estudio descriptivo, cualitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria. Año 2012-2013

Metodología de trabajo para la elaboración de documentos para las tecnicaturas superiores en salud

La definición de cada documento representa para cada colectivo técnico profesional, una construcción social. Por lo tanto, sujeta a un contexto histórico determinado, a los intereses de los distintos actores (políticos, corporativos, grupos profesionales), así como también a las necesidades de mejorar el sistema de atención de la salud.

El proceso de construcción de los documentos base para dar marco nacional a la formación, fue progresivamente mejorado a partir de la experiencia adquirida y la inclusión en los perfiles profesionales de los rasgos de responsabilidad, autonomía, saber hacer fundamentado y dar cuenta de ese fundamento; propio de los técnicos superiores para el proceso de mejora permanente de los servicios. Esta nueva concepción sobre el Técnico Superior propone un nivel de formación más alto que el previsto hasta ese momento por los Técnicos de Nivel Terciario. Basado en una profundización de saberes generales y de fundamento, promoviendo una autonomía en su área de trabajo, el técnico aborda problemas no rutinarios ligados a la atención del sujeto y respecto de la tecnología que implementa. Los documentos son desarrollados con un enfoque constructivista, conforman documentos marco, abiertos a nuevos desarrollos en la definición de los perfiles profesionales y a la actualización en la definición de los contenidos de formación.

Para la elaboración de los Documentos se establecen Comisiones Consultivas constituidas por actores del campo de la formación, el trabajo y asociaciones científicas. La tarea convocante es la elaboración de documentos que den un marco nacional a la formación de los Técnicos Superiores de la Salud. Cada documento se construye en torno a los requerimientos metodológicos que el Ministerio de Educación determina para la elaboración de los perfiles profesionales de la formación de Técnicos.

El Documento constituye un dispositivo pedagógico que selecciona qué es válido y qué queda afuera en la formación de los técnicos superiores de la salud, al tiempo que los enmarca tanto en el sistema educativo como sanitario. Es un enfoque constructivista basado en el diseño por compe-

tencias. La competencia es el concepto clave en la metodología de diseño curricular y en el ámbito de la organización del trabajo¹⁰¹.

La perspectiva del mundo del trabajo se expresa fundamentalmente en el perfil profesional del técnico. Este articula el conjunto de realizaciones profesionales que el técnico puede demostrar en las diversas situaciones de trabajo propias del sistema de salud, una vez que ha completado el proceso formativo. En estas realizaciones el técnico pone de manifiesto su competencia para resolver problemas de salud, en contextos cambiantes y su capacidad de aprender de las nuevas situaciones que enfrenta.

El perfil profesional es una referencia fundamental de la currícula ya que orienta el proceso formativo especificando las competencias que los estudiantes desarrollarán en el espacio de la práctica profesionalizante. Es la principal fuente para la identificación de las situaciones problemáticas que el técnico ha de enfrentar en su accionar cotidiano.

La metodología de elaboración del perfil profesional da cuenta de la complejidad del campo de atención al sujeto. Observando la vinculación del técnico con el sujeto de atención, los desempeños de los técnicos y los saberes que ponen en práctica, analizando el contenido del trabajo y reconociendo las especificidades del contexto, emergen las competencias laborales.

El Documento que se produce en el marco de la Comisión Interministerial constituye el primer nivel de planificación curricular. Las ofertas jurisdiccionales se estructurarán tomando como marco referencial los perfiles profesionales del sistema de salud aprobados por el Consejo Federal de

101. Entendemos por competencia al conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que se ponen en práctica en situaciones concretas de trabajo y en contextos cambiantes. Las competencias emergen en situaciones pedagógicas en las que tienen en cuenta los conocimientos previos, se realiza el análisis del contenido del trabajo y se reconocen las especificidades del contexto. La participación y la reflexión son los medios para la construcción del aprendizaje. Se hace necesaria la articulación entre conocimiento práctico y conocimiento teórico y la construcción de sentido positivo. Se propone un saber hacer con fundamento y poder dar cuenta del fundamento. El modo de operar es con base en la modalidad de investigación acción, lo cual implica un proceso formativo y constituye un medio para el logro de objetivos de desarrollo personal, profesional, organizacional y comunitario. Este enfoque utilizado para la definición de los perfiles profesionales, busca reorientar las adecuaciones de las bases curriculares que se hagan a nivel jurisdiccional.

Cultura y Educación y por el Consejo Federal de Salud. Ello garantizaría un mínimo de homogeneidad en la formación que se traduciría en rasgos comunes en el sistema de atención de la salud a nivel nacional. Además garantizaría una mejor movilidad de los alumnos, a través de la homologación de títulos, y de los profesionales.

En los Documentos que se producen en el seno de la Comisión Interministerial se establece el tiempo mínimo de duración para la formación de los Técnicos Superiores en 1600 horas reloj¹⁰². Cada carrera regulada en este ámbito podrá incrementar en márgenes razonables y según experiencias previas de formación esta cantidad de horas. Además establece la distribución de la carga horaria total en función de los campos formativos: 5% para la formación general, 20% para la formación de fundamento, 45% para la formación específica, 10% para las prácticas profesionalizantes, estos porcentajes son mínimos. Respecto del 20% restante que conforma la carga horaria total de la trayectoria formativa, se establece que dicho porcentaje deberá ser distribuido de forma equilibrada entre los campos y será al menos asignado al campo de Formación específica o al de Prácticas profesionalizantes. En este sentido, resulta fundamental para las tecnicaturas en salud, dada la complejidad del campo, pensar cuáles deben ser los escenarios de la práctica y la inmersión temprana en la misma.

El desarrollo curricular prevé la vinculación de las instituciones formadoras con el ámbito asistencial y el desarrollo local. Se centrará el proceso formativo en la resolución de problemas profesionales que garanticen dos rasgos distintivos de los Técnicos Superiores: saber hacer con fundamento, autonomía e investigación – acción para la mejora de la atención.

Los Contenidos Básicos Comunes comprenden al conjunto de saberes relevantes que se pretende, integren el proceso de enseñanza en todo el país. Específicamente en el área de la salud constituyen la matriz básica para una definición o redefinición del sistema de salud. La definición de estos contenidos, no constituye un diseño curricular, sino que son un insumo para su elaboración. Se han previsto dos categorías en la definición de los contenidos básicos comunes: los bloques comunes a todas las Tecnicaturas y los específicos a cada tecnicatura en cuestión.

102. Criterios y Lineamientos – ETP Nivel Secundario y Superior: Resolución CFE N° 229/14

Los bloques comunes son: Estado, Sociedad y Culturas, Comunicación en el Campo de Formación General. Salud Pública, Organización y Gestión de Instituciones de Salud, Actitudes relacionadas con el Ejercicio Profesional, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo y Primeros Auxilios en el Campo de Formación de Fundamento. Esto se completa con los bloques que corresponden a la tecnicatura en cuestión, referidos tanto al sujeto de atención y a la competencia principal a desarrollar y el bloque específico de Procesos Tecnológicos Específicos.

Desde la perspectiva operativa, esto se lleva adelante con el aporte de las Comisiones Consultivas en las que sus miembros asumen el papel de Especialistas en Contenidos en el marco de la Comisión Interministerial. Se establecen también las características que habrán de tener las instituciones formadoras, el equipo docente, los recursos materiales y los espacios de la práctica con los que se vinculen para garantizar los ámbitos adecuados para la práctica profesionalizante.

En todos los Documentos hay un apartado dedicado a las actividades reservadas, que son formuladas en espejo con el perfil profesional y constituyen un elemento ordenador del campo de salud. El conjunto de las actividades reservadas de todos los técnicos dará por resultado el entramado de relaciones funcionales y jerárquicas del equipo de salud para la atención de la persona, la familia y la comunidad.

Evolución de la articulación interministerial

Inicialmente el trabajo de la Comisión Interministerial priorizó las necesidades propias del Ministerio de Educación. Esta primera etapa da cuenta de las discusiones de la época, que se expresan en el nuevo cuerpo de leyes nacionales alrededor de las cuales se fue organizando el sistema educativo.

Entre los años 2006 y 2009 hubo una reconfiguración del escenario de los actores que quedarían a cargo de la articulación interministerial y del fortalecimiento de la Comisión. Es así, como la dirección de la Comisión Interministerial quedó bajo la órbita del INET (Ministerio de Educación) y su contraparte en Salud quedó en manos de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO).

El proceso de consolidación de la Comisión Interministerial comenzó a vislumbrarse hacia el interior de cada ministerio, y con ello fueron mejorando otros procesos de gestión delimitando la agenda de la comisión, primero desde el Consejo Federal de Salud (COFESA) y luego desde el Consejo Federal de Educación (CFE). Este mecanismo se repite en el circuito de aprobación de los otrora Documentos Base, los hoy denominados Marcos de Referencia a partir de la Ley de Educación Técnico Profesional: deben ser aprobados primero por el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) a través del COFESA y, luego de la revisión técnica del INET, son tratados y aprobados por el Ministerio de Educación a través del CFE. Una vez aprobados estos Marcos de Referencia se convierten en principios ordenadores de la oferta formativa a nivel federal y son un instrumento para la homologación de los títulos del nivel técnico superior. Estas recomendaciones suponen también, la posibilidad de incluir otras opciones que técnicamente las jurisdicciones juzguen más convenientes en función de sus propias necesidades. A través de los Marcos de Referencia se prioriza la mejora continua de la calidad de la formación de los técnicos del área de la salud.

En este nuevo contexto, la DNCHySO¹⁰³ lidera el proceso de elaboración de los documentos. Es quien propone, a partir de las necesidades detectadas en los servicios sanitarios, jurisdiccionales y regionales (MERCOSUR), los marcos de referencia que serán tratados. La convocatoria de los actores de cada comisión consultiva también queda bajo su cargo, así como la validación federal por parte de los referentes de recursos humanos de las jurisdicciones.

Se trabaja en la construcción de un campo de intercambio. Se explicitan pautas de trabajo, actividades previstas y se señala el valor de la producción que se encara desde la perspectiva socioeducativa. Este espacio común es la base de los encuentros sucesivos. Se pone en funcionamiento un dispositivo grupal como son el espacio, el tiempo, las instituciones representadas, las personas y lo fundamental: el objetivo en común. Las reuniones se realizan en el Ministerio de Salud y se solicita la continuidad de los representantes de las instituciones en el trabajo en la Comisión.

103. Duré, Isabel. "Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: la situación en Argentina", en Pronko, Marcela y Corbo, Anamaría (coord.). La silueta de lo invisible: la formación de los trabajadores técnicos en salud en el Mercosur. Cuaderno de Debates 2. Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio. Fiocruz, Fundación Oswaldo Cruz, Ministerio de Salud. Brasil.2009. Págs. 87-96.

Las Comisiones Consultivas no reducen su accionar a la funcionalidad que se les asigna en el marco de la Comisión Interministerial, sino que juegan distintos roles, ligados a sus intereses en otros ámbitos del Ministerio. Esto muestra el movimiento espontáneo de un grupo homogéneo en relación al actopoder y el movimiento de apropiación del acto, dos momentos de un proceso en los que se actúa desde los propios marcos valorativos y se convierte en propias las funciones sociales de las instituciones en las que se trabaja. Las Comisiones Consultivas muestran el fenómeno de lo grupal; son un campo de intermediación entre lo individual, lo institucional y lo social.

La validación de cada marco de referencia es la resultante de un proceso de concertación, en la que se incluye una diversidad de miradas y de actores que representan intereses y necesidades diferenciadas. Así, incluir a los referentes de recursos humanos de las jurisdicciones, incorpora en cada documento las realidades y necesidades provinciales y regionales; en igual sentido podría decirse lo mismo en relación a las asociaciones o consejos profesionales, sociedades científicas, instituciones formadoras y demás actores intervinientes.

El INET participa en cada Comisión Consultiva aportando el encuadre metodológico de la construcción del documento. Si bien como se menciona anteriormente, el equipo técnico de salud cuenta con capacitación al respecto, es el Ministerio de Educación el que aporta su experiencia usando el mismo enfoque metodológico que se aplica para todas las tecnicaturas superiores, incluyendo las de salud. En el caso de la formación en salud, al estar asociada con la atención a la población o al riesgo social, hay características particulares que requieren de la mirada sanitaria, como por ejemplo una mayor carga horaria para algunas formaciones o la garantía de contar con los espacios de la práctica, así como la orientación de la formación hacia políticas de salud pública.

En la dinámica del proceso de trabajo, confluyen tres líneas de acción articuladas: la elaboración de los documentos, que como señalamos es el producto del proceso; la elaboración de acuerdos de trabajo en la Comisión Interministerial y en el marco de las Comisiones Consultivas. Se lleva adelante una metodología colectiva de producción que conlleva el desarrollo de la capacidad de concertación y el desarrollo de la confianza en sí mismo y en los otros. El primer rasgo de los mencionados se ha hecho evidente en varios de los grupos en los que se logró el producto y el segundo rasgo, se nota claramente en las Asociaciones de Técnicos.

La estrategia permanente de los miembros del equipo de la DNCHySO en el marco del proceso de trabajo es la reflexión sobre lo hecho y la elucidación de lo dinámico para comprender y elaborar estrategias de continuidad de la tarea.

Los plazos promedio para el tratamiento de cada Marco de Referencia son de dos años aproximadamente. En ese tiempo se van configurando los intereses de todos los actores hasta alcanzar los acuerdos necesarios que orienten el documento. No obstante, cuestiones de coyuntura política o de intereses corporativos propios a cada formación, pueden demorar esos plazos, como ocurrió, por ejemplo, con el Marco de Referencia de Laboratorio para el que se necesitaron 10 años hasta su aprobación. Estas tensiones dentro del campo de cada tecnicatura superior pueden postergar, interferir en el cierre de cada documento o hasta en la aprobación del mismo como fue el caso de los documentos de Vigilancia Sanitaria, Histotecnología, Perfusión, Citotecnología, Estadística, entre otros.

Otra experiencia que incide en el fortalecimiento del proceso de articulación de la Comisión Interministerial ha sido la cooperación técnica con la Escuela Politécnica de Salud Joaquín Venâncio/Fundación Oswaldo Cruz del Brasil, institución reconocida por su trayectoria en la formación de técnicos en salud en Brasil. La Escuela Politécnica trabajó conjuntamente con la Comisión en la elaboración del perfil del Técnico en Equipamiento y Mantenimiento Biomédico, participando en varias de las reuniones, haciendo aportes sobre las orientaciones del perfil profesional y los contenidos de formación. En este sentido, su colaboración fue de gran ayuda para la definición de las competencias de esta figura técnica que no registraba antecedentes de currículos formalizados en Argentina. El Marco de Referencia fue aprobado tanto por el COFESA y CFE (Resolución 207/2013)

Los documentos ya aprobados por el CFE entre 2007 y 2015 son para las Tecnicaturas Superiores en:

- Instrumentación Quirúrgica
- Hemoterapia
- Esterilización

- Medicina Nuclear
- Prácticas Cardiológicas
- Neurofisiología
- Enfermería
- Radiología
- Mantenimiento y Gestión de equipamiento biomédico
- Laboratorio de Análisis Clínicos

En este momento, se encuentra terminado y sujeto a la aprobación del COFESA el perfil de Formación profesional de Promotor de Salud Comunitaria. Desde hace varios años, los referentes de recursos humanos de distintas provincias demandan a la DNCHySO analizar en profundidad la formación de los “Agentes Sanitarios”, “Promotores de Salud” u otras figuras similares que existen en las provincias con trayectorias formativas muy dispares. Muchos de los encargados de proveer la formación son los ministerios de salud y otras por educación. En este sentido, las políticas públicas y la necesidad de conformación de equipos de Atención Primaria de Salud instalaron en agenda la necesidad de contar con un perfil que fuese un piso para la formación de esta figura a nivel nacional. Es así como se trabajó manteniendo el mismo encuadre metodológico entre el Ministerio de Salud y Educación, se convocó a otros actores hacia el interior del Ministerio como la Subsecretaría de Equidad en Salud, la Dirección Nacional de Equidad Territorial en Salud, la Dirección Nacional de Equipos del Primer Nivel de Atención, así se formó una comisión para la elaboración del marco de referencia. En este caso, de acuerdo al análisis de competencias que realizaron los expertos, se trata de una formación profesional.

Otra de las prioridades fijadas durante el 2015 fue la construcción del perfil de Acompañante Terapéutico. En el marco de puesta en marcha de la Ley de Salud Mental y las políticas del Ministerio en esa área, se comenzó el trabajo de indagación de este perfil conjuntamente con la Dirección de Salud Mental. Se encuentra en proceso de elaboración delimitando las competencias y el nivel de formación para esta figura.

Otras instancias de articulación:

Comisión Nacional de Enfermería

Otro de los temas intensamente trabajado se relaciona con la problemática de la enfermería. Los trabajadores de enfermería son parte esencial del equipo de salud, como factor decisivo en la producción de transformaciones hacia mejores servicios que respondan a las necesidades de la población.

Recientemente con la Comisión Nacional de Enfermería, y en el marco de la Comisión Interministerial, se ha acordado un nuevo Marco de Referencia para la formación de los enfermeros y que ha servido de base para el acuerdo entre los espacios universitario y no universitario sobre entornos formativos, estándares de formación y actividades reservadas. Los acuerdos y el consenso generado en este ámbito fueron un aval importante para la incorporación de la Licenciatura de Enfermería en el Artículo 43 de la Ley de Educación Superior,¹⁰⁴ como carrera de riesgo social y la posterior aprobación de sus estándares (Resolución 2721/2015).

A partir del año 2013 los esfuerzos de la Comisión de Enfermería se han orientado al tratamiento de una problemática central para esta formación como es: la deserción y/o desgranamiento en las carreras de enfermería. A partir de la recuperación de experiencias jurisdiccionales se realizaron una serie de recomendaciones con propuestas jerarquizadas a nivel institucional, docente y de estudiantes tendientes a la retención de los estudiantes durante el primer año de la formación.

Plan de Mejora de Escuelas Técnicas de Salud

Finalmente citamos la experiencia de articulación entre los Ministerios de Educación y Salud con la Escuela Politécnica de Salud Joaquín Venâncio / Fundación Oswaldo Cruz del Brasil para la elaboración de planes de fortalecimiento de escuelas técnicas. En particular el trabajo se desarrolló con escuelas de enfermería de distintas jurisdicciones. Los planes focalizan en el fortalecimiento de la gestión organizativa e institucional de distintas instituciones, mejorando sus condiciones estructurales de funcionamiento así como los procesos de enseñanza y de aprendizaje; facilitando la formación continua y la capacitación de los docentes y directivos, el intercambio y la cooperación entre las jurisdicciones educativas e instituciones nacionales e internacionales. La Escuela Politécnica participó de dos talleres presen-

104. Este trámite fue iniciado por AEUERA en el año 2003.

ciales liderando el proceso de elaboración de los planes y lineamientos de trabajo de las escuelas de enfermería, se realizó un seguimiento virtual de las distintas escuelas seleccionadas. En este sentido, hubo un tiempo inicial de aproximación a la metodología de trabajo y a los requisitos para ser parte del plan de mejora y luego una evaluación del impacto de este trabajo en las escuelas.

Este proceso de articulación y desarrollo de la Comisión Interministerial es el antecedente inmediato de la Mesa de Políticas Integradas. En la misma han participado equipos de trabajo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación y muchos representantes de otras Instituciones que, en cooperación, han permitido la progresiva institucionalización. A ello podemos agregar también, que la regulación profesional está siendo posible de manera concertada gracias a los acuerdos logrados entre instancias gubernamentales, sociedades científicas, gremiales e instituciones formadoras, convocadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

En este contexto la propuesta intersectorial celebra la integración entre diversos sectores de las políticas públicas para generar sinergias y potenciar la capacidad de respuesta ante problemas complejos de salud pública.

LA MESA DE POLÍTICAS INTEGRADAS SALUD - EDUCACIÓN¹⁰⁵

Desde la perspectiva de la formación de equipos de salud, en el Ministerio de Salud de la Nación se desarrollan políticas activas orientadas al fortalecimiento de los recursos humanos que requieren de una coordinación entre Salud y Educación.

Una articulación esencial es en la orientación de la formación en consonancia con las políticas sanitarias, lo que requiere no sólo de la definición de los perfiles de los futuros trabajadores de la salud sino también del desarrollo de políticas de acreditación, regulación y evaluación, garantizando la equidad y la calidad en la formación en todo el territorio nacional y promoviendo la elección y retención de los estudiantes en carreras de alta vacancia social y territorial.

La regulación profesional y de especializaciones en salud está siendo posi-

105. Autora: Mariana Cavaliere

ble de manera concertada gracias a los acuerdos logrados entre instancias gubernamentales, sociedades científicas, gremiales y universidades convocadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

Por su parte, la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) lleva más de 10 años en los procesos de acreditación de las carreras de medicina y de posgrado en ciencias de la salud.

La creación de una Mesa de Políticas Integradas entre los Ministerios de Salud y Educación permitió encarar problemas de carácter nacional como los relacionados con los estándares en la formación en enfermería, la formación docente en temas de salud, la jerarquización de las carreras técnicas en salud, la reorientación de las currículas de las carreras de medicina hacia un enfoque de salud integral, entre los más relevantes.

Las políticas de fortalecimiento de los recursos humanos mencionadas, encuentran correlato en una serie acciones concretas que ambos Ministerios llevan adelante, donde la intersectorialidad es el eje que las organiza.

La agenda de políticas integradas, logros y perspectivas de desarrollo

Si bien se registran algunos antecedentes en la búsqueda de formalizar la conjugación de intereses, desde los Ministerios de Educación y de Salud nacionales, para poder elaborar una política integrada y a su vez facilitar el funcionamiento de áreas y programas, recién en 2011 se suscribe entre ambos Ministerios un convenio amplio de cooperación (Convenio 058/2011).

La finalidad de dicho convenio fue la de, por un lado, abordar la promoción de la salud para educar a las nuevas generaciones en la adopción de estilos de vida y valores que apuntasen a una sociedad más sana, solidaria y equitativa; y por el otro, el de fomentar la formación de profesionales y equipos de salud adecuados a las necesidades de la población y a las políticas sanitarias de nuestro país.

El Convenio interministerial, firmado para el quinquenio 2011-2016, tenía entre sus objetivos:

- Elaborar y extender políticas educativas en promoción de la salud integral de la población.

- Diseñar e impulsar servicios integrados entre salud y educación que apunten a garantizar la cobertura integral y de calidad de los servicios para todos los sectores sociales.
- Implementar políticas de formación y desarrollo profesional de “los agentes” de la Salud y la Educación basadas en la promoción de la salud.

La conformación de esta Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación reconoce como un hito los ejes de trabajo y los compromisos asumidos por Argentina en la XII Conferencia Iberoamericana de Salud “Hacia la Construcción de una Agenda Renovada de Integración de Educación y Salud” y en la XXI Conferencia Iberoamericana de Educación “Transformación del Estado y Desarrollo”. En dicha conferencia, los ministros de Iberoamérica destacaron la necesidad de acelerar y fortalecer los procesos de inclusión social mediante una mayor integración entre las políticas de salud y de educación a través de servicios de calidad, capaces de promover la salud y fomentar la participación social de la población.

El convenio de cooperación entre ambos Ministerios, que da nacimiento a la Mesa de Políticas Integradas Salud-Educación, institucionaliza un espacio de diálogo político, discusión técnica y concertación. Se pacta la creación de una comisión interministerial de carácter permanente y de alto nivel dedicada a potenciar la capacidad institucional de los Ministerios, en las acciones a emprender y a realizar seguimiento de las acciones acordadas (Cláusula tercera).

Si bien las interacciones entre ambos ministerios ya existían y eran diversas, la expectativa era la de mejorar la gestión de las acciones, programas y políticas ya existentes así como crear otras que dieran respuesta a las prioridades identificadas en cada sector.

Por la especificidad de las tareas a realizar, se dividieron los equipos interministeriales en dos sub Mesas de trabajo: una abordó el trabajo con los programas de salud y las escuelas y otra, a la que vamos a referirnos, dedicada a los temas de recursos humanos.

El abordaje intersectorial ligado a los equipos de salud y a los docentes se definió en tres ámbitos de actuación:

- a. las necesidades de formación de los recursos humanos de salud;

b. los docentes que se están formando;

c. los docentes en ejercicio.

De manera transversal a cada uno de estos ámbitos se acordó priorizar los entornos saludables como estrategia para la promoción de la salud: escuelas y las universidades saludables.

Por otra parte, los ejes de trabajo en la formación de equipos de salud abarcaron los niveles técnicos, de grado y posgrado, en tanto para los docentes se apuntó a la capacitación en promoción de la salud y al cuidado de la salud laboral del docente.

A diferencia de lo que ocurría en la sub Mesa de los Programas en la cual eran múltiples los interlocutores sanitarios que interactuaban con pocos educativos en el tema de recursos humanos las discusiones las llevaba adelante la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, en tanto por Educación estaban las contrapartes de los diferentes temas: el Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET), la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU), la Dirección de Gestión Universitaria. En el intercambio intersectorial, quedaba clara la inicial falta de coordinación interna entre áreas del mismo Ministerio.

Más allá de estas dificultades institucionales, en la práctica, la Mesa consolidó sus operaciones en un doble escenario:

a. como comisión ejecutora, en los temas más afines al área de intervención sobre los que cada actor tiene la suficiente autonomía, disponibilidad de recursos humanos y/o económicos para alcanzar la meta fijada y

b. como comisión asesora no vinculante, en el caso de los temas globales o generales sobre los que ningún actor tiene competencia o capacidad directa para intervenir en el curso de una acción determinada.

A continuación se presenta, en una línea de tiempo, una matriz que evalúa los logros alcanzados en torno a los ejes de actuación, desde el momento de creación de la Mesa, en noviembre de 2011 hasta la actualidad (2015). La línea de tiempo permite comprender mejor los avances y dificultades para el tratamiento de determinados temas, donde entran en juego las lógicas de funcionamiento propias a cada Ministerio.

Año 2011

Conformación de la Mesa Intersectorial (mes de noviembre)

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Definición de áreas de trabajo para la agenda renovada de integración entre Salud y Educación	Suscripción de los Ministros de ambas carteras para trabajar por la Educación y por la Inclusión Social y construir una agenda renovada de integración entre Salud y Educación.	Incorporación de diversas áreas de trabajo
Puesta en común de objetivos y espacios de intervención		

Eje Formación RHUS - Marcos de referencia de carreras técnico-profesionales

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Tratamiento y aprobación de marcos de referencia por CFE y COFESA	Aprobación de marcos de referencia de 2 carreras técnicas	Incorporación de nuevos marcos de referencia.

Año 2012

Eje Salud del docente - Campaña integral de promoción y prevención de la salud docente

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Campaña sobre salud de los docentes	Derecho del docente al acceso de programas de salud laboral y prevención de enfermedades profesionales contemplados en la Ley de Educación Nacional	Acuerdo con los gremios docentes
Desarrollo de materiales para el cuidado de la voz y la postura		Difusión en todas las escuelas que integran el sistema educativo

Eje Salud del docente - Calendario de Salud para escuelas

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Aprobación por el Consejo Federal de Educación para incorporar un calendario de salud en las escuelas	Elaboración del calendario con fechas conmemorativas	Difusión en todas las escuelas y en el portal de educación del ME

Eje Formación RHUS - Áreas de vacancia

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Identificación de áreas de vacancia de profesionales (NOA, NEA, Patagonia) Financiamiento de becas de estudio, vivienda	Estrategia de inclusión Programa Acción Afirmativa de la Universidad Nacional de Tucumán, SPU –ME Reunión de Consejos Regionales de Salud (CORESAs) en conjunto con los decanos de las facultades de las distintas regiones y las autoridades de los Ministerios de Salud y Educación de la Nación para discutir necesidades de formación.	Implementación de estrategias de carreras protegidas

Eje Formación RHUS - Foro Argentino de Facultades de y Escuelas Públicas de Medicina

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Discusión sobre "El médico que el país necesita" en el 1er. Congreso del Foro de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas con participación de las autoridades de los Ministerios de Salud y Educación de la Nación, ministros de salud provinciales y decanos	Acta constitutiva del Foro de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP) firmada por los decanos de 13 facultades y escuelas públicas de medicina en el marco del Programa de Calidad Educativa de Medicina. Financiamiento del Ministerio de Educación por 3 años para fortalecimiento de las carreras	Conformación de una agenda federal a partir de las necesidades de formación de los recursos humanos del sector salud.

Año 2013

Consolidación de la Mesa Intersectorial

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Articulación del trabajo intersectorial en ámbitos provinciales (Mesas Provinciales) Articulación del Mercosur Salud y el Mercosur Educativo	Presentaciones conjuntas sobre los avances de las acciones desarrolladas en Foro Internacional de Recursos Humanos RECIFE, Brasil Congreso de Administración Pública, Mendoza Encuentros Regionales de las áreas de recursos humanos de salud	Actas con compromisos de trabajo a nivel provincial y regional (MERCOSUR)

Eje Formación RHUS - Primera Resolución conjunta (ME/MSAL) de reconocimiento de títulos extranjeros de grado universitario del área de salud para continuar estudios de posgrado en Argentina

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Procedimiento abreviado para la convalidación de títulos y matrícula provisoria para el ejercicio profesional para extranjeros que desean realizar estudios de posgrado en carreras de salud en Argentina	Convenios de reciprocidad para el reconocimiento de títulos universitarios de grado con: Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia, Chile, Cuba, España y Méjico Demandas de posgrados universitarios Trabajo previo con la Dirección Nacional de Gestión Universitaria	Suscripción de convenios de reciprocidad para la homologación de títulos con otros países

Eje Formación RHUS - Marcos de referencia de carreras técnico-profesionales

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Tratamiento y aprobación de marcos de referencia por CFE y COFESA	Aprobación de marcos de referencia de 4 carreras técnicas	Incorporación de nuevos marcos de referencia.

Eje Docentes en ejercicio - Revista El Monitor: Publicación del Ministerio de Educación

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
El primer Dossier del año estuvo dedicado a la salud del docente y contó con una entrevista al Secretario de Políticas, Regulación e Institutos	Campaña de prevención de la salud del docente	Ampliar la difusión dentro de la comunidad educativa

Eje Formación RHUS- Incorporación de la Licenciatura en Enfermería al Art. 43 (carreras de riesgo social) de la Ley de Educación Superior

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Incorporación de la Carrera de Enfermería como carrera regulada en el marco del Artículo 43	Acuerdos en la Comisión Nacional de Enfermería del MSAL, Área de Salud de INET y Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNChySO)	Acuerdo sobre estándares comunes para la formación técnica en enfermería y el ciclo inicial de la formación de grado en enfermería. Acuerdo sobre actividades reservadas a la profesión

Eje Formación RHUS - Enfermería

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Elaboración de documento sobre la retención de alumnos de la carrera de enfermería del nivel superior.	Trabajo conjunto de la Comisión Nacional de Enfermería del MSAL, Área de Salud de INET y Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNChySO) Cooperación Técnica con la Escuela Politécnica Joaquim Venancio de Fiocruz / Brasil	Plan de Mejoras INET Propuesta de un Plan Estratégico de Formación de Enfermería

Eje Formación RHUS - Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Discusión sobre "El especialista médico que el país necesita" en el 2°. Congreso del Foro de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas con participación de las autoridades de los Ministerios de Salud y Educación de la Nación, responsables de recursos humanos de salud provinciales y decanos	Inclusión en la agenda de trabajo de la Mesa de la formación de posgrado universitario y en los servicios (residencias médicas)	Ampliación de temas en la agenda de formación de RHUS

Año 2014

Eje Formación RHUS - Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Discusión sobre "La investigación médica que el país necesita". Responsabilidad social de las carreras de medicina" en el 3er. Congreso del Foro de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas con participación de las autoridades de los Ministerios de Salud y Educación de la Nación, responsables de recursos humanos de salud provinciales y decanos.	Profundización de la agenda.	Nuevos mecanismos de financiamiento o autofinanciamiento para darle continuidad

Eje Formación RHUS - Carreras Protegidas

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Incorporación de becarios de Jujuy al Programa de acción afirmativa	Programa Acción Afirmativa de la Universidad Nacional de Tucumán, SPU-ME Reunión de Consejos Regionales de Salud (CORESAs) en conjunto con los decanos de las facultades de las distintas regiones y las autoridades de los Ministerios de Salud y Educación de la Nación para discutir necesidades de formación	Ampliación de áreas de cobertura

Eje Capacitación docente en promoción de la salud - Programa de Capacitación Permanente Nuestra Escuela

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Desarrollo de contenidos para los componentes 1 y 2 del Programa Nuestra Escuela	Articulación de Secretaría, Subsecretaría, Direcciones, Programas e Institutos del Ministerio de Salud Materiales existentes en MSAL y contenidos mínimos para el desarrollo de propuestas de formación docente en Salud para el componente 1 del de Capacitación Docente Nuestra Escuela	

Articulación con la CONEAU

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Articulación entre CDNEAU, DNCHySO y SPU para la formación de posgrado en carreras de salud	Trabajo de intercambio entre la DNCHySO y la CONEAU sobre los estándares para formación de especialistas de salud	Proyecto de Investigación conjunto en el marco de la Comisión Salud Investiga "Procesos de acreditación de la formación de posgrado de carreras de salud en Argentina. Hacia la consolidación de un sistema articulado."

Año 2015

Eje Formación RHUS - Enfermería

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Aprobación de los Estándares de Acreditación para la carrera de Enfermería Resolución ME N° 2721/2015	Trabajo conjunto y acuerdos de la Comisión Nacional de Enfermería del MSAL, Área de Salud de INET y Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO), SPU y CONEAU Presentación conjunta ante el CU del Ministerio de Salud, INET y CONEAU sobre los acuerdos alcanzados respecto de los estándares	

Eje Salud Docente - Vacunación

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Nuevo calendario de vacunación docente	DINACEI, DNCHYSO, Ministerio de Educación.	Incorporación del tema de vacunas en la currícula Estrategias de vacunación a los docentes

Eje Capacitación docente en promoción de la salud - Programa de Capacitación Permanente Nuestra Escuela INFOD. Componente 2

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Elaboración y desarrollo del curso "Escuela, Salud y Solidaridad. Aprender y enseñar sobre donación para trasplante"	Plan Nacional de Sangre, INCUCAI, DNCHYSO, Ministerio de Educación. Programa Nuestra Escuela, INFOD	Continuidad del dictado del curso de capacitación. Ampliación de cobertura territorial (nuevas sedes de dictado)

Eje Docentes en ejercicio - Campaña Integral de la salud del docente

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Continuidad de la campaña	Derecho del docente al acceso de programas de salud laboral y prevención de enfermedades profesionales contemplados en la Ley de Educación Nacional	Incorporación de temáticas relativas con la salud del docente (cuidado postural)

Eje Formación RHUS - Carreras Protegidas

Logros	Factores que contribuyeron	Formas de consolidación
Propuesta de Ampliación de áreas de cobertura	Vigencia del Programa Jornada de discusión con decanos e integrantes de la Mesa Apoyo del FAFEMP para alcanzar una definición ampliada de carreras protegidas.	Incorporar otras carreras como enfermería, fonoaudiología, kinesiología, obstetricia entre otras, para fortalecer los equipos de salud y su inserción territorial.

Reflexiones finales

Hoy podemos decir que este recorrido de las políticas integradas de Salud y Educación va mucho más allá de la voluntad de los actores políticos y/o técnicos, y conforma una herramienta de gestión interministerial que debe seguir fortaleciéndose en el devenir de las políticas de Estado en general y de las políticas sociales en particular.

Pero en la construcción de esta intersectorialidad también fue necesario sortear obstáculos y diferencias propias no sólo de los actores que intervienen en este proceso, sino también de cada institución.

Uno de estos obstáculos tiene que ver con la fragmentación al interior de cada Ministerio. En el caso de Salud, existen una multiplicidad de áreas y/o programas, cada uno de los cuales considera a su propia actividad como prioritaria (con el agravante de pertenecer a diferentes gestiones, y responder, además; a diferentes criterios para su implementación). En este sentido, resultó crítico el rol asumido desde la coordinación de la articulación interministerial para definir, priorizar e implementar los temas de la agenda. En Educación la coordinación se centró más alrededor de la escuela, procurando que las diversas acciones llegaran de manera ordenada y vinculadas entre sí.

Otro aspecto de relevancia, tiene que ver con la institucionalidad. Si bien los convenios conforman un instrumento legal y formal que dan cuerpo material al trabajo conjunto, requieren de la voluntad política para su puesta en marcha. Esto pone de relieve cierta vulnerabilidad para la continuidad de los acuerdos preestablecidos, ante el cambio de gestión o de gobierno. En el tema de formación de recursos humanos en salud, existe hoy una convicción en ambas carteras, educativa y sanitaria, respecto a que las carreras tienen que estar reguladas, que deben responder a estándares y estar adecuadas a las políticas sanitarias. Trabajar conjuntamente tiene que ser claramente una política de Estado, integrada independientemente de las autonomías. En recursos humanos es necesario planificar la cantidad de profesionales, las especialidades, los lugares de ejercicio y tantas otras cuestiones. Sin una política de Estado, todo quedaría librado a las corporaciones, las sociedades científicas, las universidades.

A nivel de la Formación de Recursos Humanos, una de las quejas recurren-

tes de las provincias es la autonomía con la cual las universidades deciden independientemente de las realidades sanitarias. Si bien ha comenzado ya un fructífero diálogo entre las instancias decisoras de políticas, es necesario seguir ahondando el vínculo a fin de arribar a una planificación que sea útil a las necesidades de la gente.

Han transcurrido algo más de cuatro años desde el inicio de un vínculo más orgánico e institucional entre las áreas de salud y de educación del Estado Nacional. Mucho se hizo pero mucho más queda aún por hacer.

La salud como fin y como medio tiene un rol central en la búsqueda armónica del bienestar material, social, cultural, educacional, laboral, ambiental y político de las personas. El diseño de políticas públicas activas requiere de la observancia de la incorporación de estas ideas a través de líneas de acción transversales en la capacitación y la formación de los equipos de trabajo en salud.

Para concluir, resulta necesario continuar consolidando más espacios de integración de políticas de salud y educación a través del fortalecimiento de equipos técnicos locales, tanto a nivel central como jurisdiccional.

Referencias Bibliográficas

EL ROL DE LA COMISIÓN INTERMINISTERIAL EN EL ABORDAJE CONJUNTO DE LAS TECNICATURAS EN SALUD

Consejo Federal de Cultura y Educación – Resolución Nº 86/98 – Trayecto Técnico Profesional - Salud y Ambiente – Buenos Aires, Argentina 1998

Consejo Federal de Educación – Resolución Nº 229/14 - Criterios Federales para la Organización Institucional y Lineamientos Curriculares de la Educación Técnico Profesional de Nivel Secundario y Superior – Buenos Aires, Argentina 2014

Consejo Federal de Educación – Resolución Nº 261/06 – Proceso de Homologación y Marcos de Referencia de Títulos y Certificaciones de Educación Técnico Profesional – Buenos Aires, Argentina 2006

Cordiviola, Lía - Tecnicaturas en salud. Una experiencia de articulación

Salud – Educación. Documento interno, Dirección Nacional de Recursos Humanos y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación – Buenos Aires, Argentina 2006

Dirección Nacional de Gestión Universitaria – Disposición N° 01/2010 – Criterios y procedimientos para realizar la evaluación curricular propuestas de creación o modificación de carreras – Buenos Aires, Argentina 2010
Instituto Nacional de Educación Tecnológica - Criterios para la definición de Niveles de Calificación en el marco de un Sistema de Formación Profesional- Buenos Aires – 2001

Instituto Nacional de Educación Tecnológica – Secretaría de programación y Evaluación Educativa – Formación Técnico Profesional. Certificación de aprendizajes – Buenos Aires- 1998

Laplacette, Graciela y otros. La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la Argentina. primera etapa: un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria. año 2010-2011. Informe de investigación. Buenos Aires. Argentina. Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativía. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud. 2012

Laplacette, Graciela y otros. La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la Argentina. Los casos de Enfermería, Radiología, Hemoterapia y Laboratorio. Segunda etapa: un estudio descriptivo, cualitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria. Año 2012-2013. Estudio Multicéntrico. Buenos Aires. Argentina. Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativía. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud. 2013

Mandon, Nicole y Liaroutzos, Olivier. Análisis del empleo y las competencias: el método ETED. Asociación trabajo y sociedad. Programa de investigaciones económicas sobre tecnología, trabajo y empleo (CONICET), Ministerio de trabajo y Seguridad Social, Lumen Humanitas. Buenos Aires, 1999. Ministerio de Educación de la Nación y Ministerio de Salud de la Nación - Convenio N° 296/02 - Creación de la Comisión Interministerial – Buenos Aires, Argentina 2002

Ministerio de Salud de la Nación Convenio marco N° 58-2011 – Creación de la mesa intersectorial de políticas entre Salud y Educación – Buenos Aires, Argentina 2011

OPS – El desarrollo de Técnicos de la Salud. Un desafío para la calidad – 2000.

Organización Panamericana de la Salud – Oficina Internacional del Trabajo. CINTERFOR – Competencia Laboral – Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector Salud.

Poder Ejecutivo Nacional – Decreto 438/1992 Ley de Ministerios – Buenos Aires, Argentina 1992

Proceso de trabajo en el marco de la Comisión Interministerial- reuniones con las comisiones consultivas- Acuerdos de trabajo- 2002 a la fecha.

Programa de Cooperación Iberoamericana para el Diseño de la Formación Profesional (IBERFOP) – Análisis Ocupacional y Funcional del Trabajo – Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER) – Cumbre Iberoamericana – Madrid España - 1998

Schön, Donald – La formación de Profesionales reflexivos - Paidós – 1992

Normativa

Ley 25165 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA 5-sep-1999 SISTEMA DE PASANTIAS EDUCATIVAS / CREACION
Publicada en el Boletín Oficial del 12-oct-1999 Número: 29248

Ley 26058 HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA 07-sep-2005 LEY DE EDUCACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL / OBJETO, ALCANCES, ÁMBITO DE APLICACIÓN
Publicada en el Boletín Oficial del 09-sep-2005 Número: 30735

Ley 1831 LEGISLATURA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 3-nov-2005 RÉGIMEN LEGAL PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS TÉCNICOS DE LA SALUD DE LA CABA.
Publicado en el Boletín Oficial CABA del 19-12-2005 Número 2341

Decreto 428/2000 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) / 29-may-2000 PASANTIAS EDUCATIVAS / COORDINACION - AUTORIDAD -
Publicada en el Boletín Oficial del 01-jun-2000 Número: 29410

Decreto 487/2000 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) 23-jun-2000
PRESUPUESTO DE LA ADMINISTRACION NACIONAL 2000 /DISTRIBU-
CION - MODIFICACION -

Publicada en el Boletín Oficial del 03-jul-2000 Número: 29431

Decreto 1041/2003 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) 06-nov-
2003 SISTEMA EDUCATIVO / INSTITUCIONES DE NIVEL SUPERIOR NO
UNIVERSITARIO/ CONTENIDOS BASICOS COMUNES Y CRITERIOS DE OR-
GANIZACION CURRICULAR DE LAS CARRERAS, PAUTAS PARA LA EVALUA-
CION Y ACREDITACION

Publicada en el Boletín Oficial del 10-nov-2003 Número: 30273

**Convenio 296 / COMISIÓN INTERMINISTERIAL / Ministerio de Salud
y de Educación.** Año 2002 TÉCNICO SUPERIOR EN LABORATORIO DE
ANÁLISIS CLÍNICO Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/
images/stories/documentos_formacion/tecnicos/MarcoLaboratorio.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/tecnicos/MarcoLaboratorio.pdf)

**Acuerdo Marco Serie A N°23 / CONSEJO FEDERAL DE CULTURA Y EDU-
CACIÓN.** Abr-2005 EDUCACIÓN SUPERIOR NO UNIVERSITARIA

Disponible en: http://www.me.gov.ar/curriform/publica/acuerdo_marco_esnu.pdf

LA MESA DE POLÍTICAS INTEGRADAS SALUD - EDUCACIÓN

Acuña, C.; Martínez Nogueira, R.; Repetto, F. (2010) Los desafíos de la coor-
dinación y la integralidad de las políticas públicas y gestión pública en
América Latina. Proyecto de Modernización del Estado. Jefatura de Gabinete
de Ministros de la Nación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Cunill Grau, N. (2005) La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la
política social, documento presentado en el X Congreso Internacional del
CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago,
Chile del 18 al 21 de octubre.

Di Virgilio, M. Aproximaciones a los planteamientos de los organismos de
salud págs. 77-90 En Chiara M (comps.) Gestión territorial integrada para
el sector salud. Los Polvorines. Universidad Nacional General Sarmiento, 2015.

Krichesky, M. (2012) Marginaciones sociales y educación. Inclusión o derecho a
la educación. Tensión para las políticas públicas. En 1eras Jornadas interdiscipli-

narias de la UBA sobre marginaciones sociales Universidad y políticas públicas: el desafío ante las marginaciones sociales. (págs. 267-291) Buenos Aires. Eudeba.

Licha, I.; Molina, C. (2006) Coordinación de la política social. Criterios para avanzar. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Serie de documentos de trabajo I-58. Washington DC., 26 págs. [Online]. Disponible: <http://www.ciesu.edu.uy/universalismo/molinalincha.pdf>

Madoery, O. (2001) El valor de la política en el Desarrollo Local. En A. Vásquez Barquero, O. Madoery (Comps.) Transformaciones globales, instituciones y políticas de desarrollo local (pp. 200-229). Rosario: Homo Sapiens.

Observatorio de Políticas Públicas: La intersectorialidad entre Salud y Educación en el Estado Nacional Argentino 2011-2015. En prensa. Buenos Aires, 2015.

OPS Reunión Regional de Recursos Humanos para la Salud. Los equipos de salud frente a nuevos y renovados desafíos. Buenos Aires, Argentina 2015.

OMS (2007) Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Un compromiso compartido [Online] Disponible: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/decada%20de%20rh/3-4-d-20-metas.pdf [Consultado el 18/03/2014].

OPS (2008) La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Nro. 2. Washington DC: OPS, 71 págs.

OPS-OMS (2012) La estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2012-2016. Buenos Aires, Argentina

Pautassi, L. (2012) Marginaciones sociales y enfoque de Derechos Humanos: transformando las políticas públicas. En 1eras Jornadas interdisciplinarias de la UBA sobre marginaciones sociales Universidad y políticas públicas: el desafío ante las marginaciones sociales. (págs. 55-63) Buenos Aires. Eudeba.

PNUD (2013) Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Argentina en un mundo incierto: Asegurar el desarrollo humano en el siglo XXI. Buenos Aires.

Repetto, F. (2005) La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina. (F. Repetto, Ed.) Banco Interamericano para el Desarrollo Social. Guatemala.

9

LA GESTIÓN DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE: UN COMPONENTE DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RHUS EN EL MINISTERIO DE SALUD

MARÍA DEL CARMEN CADILE

Resumen

La sistematización de esta experiencia tiene como objetivo presentar los **procesos de gestión de la EPS** como la herramienta privilegiada de la instalación de propuestas educativas en salud con ajuste a la demanda local. Esta experiencia realizada en el marco de la cooperación técnica con el Campus Regional de Salud Pública de OPS/OMS tiene como particularidad la construcción de una respuesta conjunta a las necesidades de formación a nivel nacional y la evolución, luego de años de cooperación, hacia el diseño de propuestas de capacitación a nivel regional.

Este doble movimiento supone haber transitado la experiencia de la cooperación, entendida en sus principios básicos de horizontalidad, consenso y equidad, pensada, fundamentalmente, como “construcción de capacidades para el desarrollo”¹⁰⁶.

Tal como lo plantea Almeida (2010) la cooperación debe integrar la formación de los recursos humanos, el fortalecimiento organizacional y el desa-

106. Freitas, Cequeira 2009

rollo institucional, rompiendo de este modo con el paradigma tradicional de la cooperación pensada como una transferencia unidireccional y pasiva de conocimientos y tecnologías.

Esta modalidad de cooperación marca el comienzo de una estrategia que apunta a integrar parte de la amplia oferta de capacitación del Ministerio de Salud de la Nación generando una sinergia entre las distintas áreas y Programas, favoreciendo la circulación de recursos didácticos y desarrollos educativos, entre los equipos de salud de todo el país.

Introducción

Los trabajadores de salud constituyen la base de todo sistema de salud, por lo tanto, su desarrollo contribuye a mejorar la calidad y la equidad en el acceso de los servicios que recibe la población.

Por este motivo, formar perfiles profesionales en salud adecuados con las necesidades sanitarias locales y en concordancia con las políticas sanitarias implica un esfuerzo para un sector que, si bien tiene trayectoria en la formación en servicio, esta función no constituye su responsabilidad primaria. El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con una importante oferta de formación y con equipos que elaboran materiales didácticos de reconocida calidad. Debido a la fragmentación programática, muchos de estos recursos, no son aprovechados por las áreas responsables de capacitar a los equipos de salud del país.

En este contexto, respondiendo a las demandas formativas que le acercaban las distintas jurisdicciones del país, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHYSO) del Ministerio de Salud de la Nación, asumió el desafío de atender a la formación de recursos humanos en diversas áreas del sistema de salud intentando no superponerse o replicar ofertas que estuvieran ya en funcionamiento.

Capacitar a los equipos de las jurisdicciones implicaba llegar a personas distribuidas a lo largo y ancho de nuestro territorio. Frente a esta demanda, el Campus Virtual de Salud Pública de OPS/OMS facilitó la instalación de una serie de iniciativas de educación permanente en salud (EPS) a través de su entorno virtual y de la asistencia técnica para

la formación en diseño y docencia virtual. El CVSP de OPS¹⁰⁷ constituye una herramienta de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para el aprendizaje en red en la región de las Américas.

Las actividades implementadas en el campus, basadas en la perspectiva de la educación permanente, representaron un importante giro en la concepción y en las prácticas de capacitación de los trabajadores de la salud. Los dispositivos elaborados y puestos en ejecución centraron los procesos educativos en el análisis y reflexión de las prácticas profesionales cotidianas de los participantes mediante diferentes metodologías y con el apoyo de distintas áreas institucionales y facilitadores organizacionales.

La educación permanente se convirtió, de esta forma, en una aliada estratégica de la política de salud. La gestión de la capacitación cobró en este nuevo paradigma educativo, un lugar central.

El trabajo en red a través del CVSP permitió comunicaciones más rápidas y permanentes, facilitando la interacción entre personas que se encontraban a grandes distancias, poniendo a su alcance distintos tipos de información. Asimismo, se pudieron flexibilizar los dispositivos de enseñanza y aprendizaje. Aprender a través de la red constituyó un punto de inflexión a nivel estructural, organizacional y pedagógico.

La Matriz de los cursos

Todos los cursos se originaron en áreas del propio Ministerio de Salud o de sus programas priorizados pero no constituyeron espacios de capacitación endogámicos sino que fueron abiertos a fin de provocar un “efecto dominó”, generando la posibilidad de replicarlos o de disponer libremente de sus materiales. De allí que jugó un rol importante el proceso de selección de los destinatarios por parte de los responsables de las áreas competen-

107. El Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS) es una red de personas, instituciones y organizaciones de distintos países, que comparten cursos, recursos, servicios y actividades de educación, información y gestión del conocimiento en acciones de formación. El propósito común es mejorar las competencias de la fuerza de trabajo y las prácticas de la salud pública, mediante el aprovechamiento y la innovación de tecnologías de información y comunicación en programas de educación permanente.

tes. Se buscó que pertenecieran a los equipos de salud y estuvieran interesados e involucrados en la problemática específica que abordara el curso.

EL Propósito y los Objetivos de todos los cursos, más allá de sus especificidades respondían a una idea fuerza común: desarrollar competencias que alentaran el trabajo en equipo, la interdisciplinariedad, la autonomía y la horizontalidad en la toma de decisiones.

La elección y organización de los *Contenidos* de los cursos respondieron a un trabajo colaborativo entre las partes a fin de generar un conocimiento significativo que respondiera a la demanda planteada. Por lo general, estos contenidos fueron organizados en una estructura modular con objetivos específicos para cada módulo y formas de evaluación permanente y procesual.

La gestión pedagógica del curso implicó la elección de un método de trabajo orientado en todos los casos a configurar e instalar nuevas concepciones y prácticas sobre el abordaje de los problemas de gestión y de salud pública. Este método de aprendizaje estuvo basado en los problemas locales y cotidianos que experimentaban los profesionales en su práctica concreta y en el trabajo colaborativo entre participantes que provenían de diferentes disciplinas, lugares de trabajo y trayectorias laborales.

La gestión de la EPS

La gestión de la capacitación se despliega en una serie de etapas o momentos que son previos a toda programación de contenidos educativos o intervenciones institucionales y que dan sustento a las decisiones que se adoptan.

En efecto, la gestión comienza cuando, previo a cualquier programación, se debe dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿cuál es la necesidad detectada? ¿Cuál la estrategia más adecuada para resolverla? ¿Es una necesidad que se resuelve con acciones de capacitación? ¿Quiénes son los destinatarios?

Cabe señalar que una de las principales limitaciones que afectan la eficacia de las propuestas de capacitación reside en la falta de un análisis previo de las necesidades o problemas que se esperan atender. Es necesario discriminar entre los problemas que pueden solucionarse a través de la

capacitación respecto de aquellos que podrían resolverse por otras vías o estrategias institucionales. En otros términos, se trata de evitar la tendencia a esperar que la capacitación solucione problemas que obedecen a otros factores.

Por ello, se trabajó fuertemente en instalar la cultura de la evaluación diagnóstica de necesidades como paso previo a la elaboración del proyecto educativo. De esta forma se puso énfasis en definir los problemas o necesidades que se buscaba mejorar, los propósitos educativos y los objetivos de aprendizaje que se persiguen para establecer con mayor claridad y pertinencia las estrategias más apropiadas y el perfil de los participantes.

En relación con la definición de quién es el destinatario es crucial determinar a quiénes va dirigido un programa o proyecto de capacitación y establecer los requerimientos de conocimientos previos de modo de favorecer la eficacia de los logros. Puede decirse que no existe un programa mejor que otro sino que el mejor es aquel que se adecua a los propósitos educativos y al perfil de los participantes.

Por último, durante el proceso se desarrollaron instrumentos para contribuir al seguimiento y la evaluación de los aprendizajes y su transferencia a la acción profesional. En este sentido, resulta conveniente evitar que la capacitación se agote en programas específicos, aislados y aún superpuestos. Es siempre recomendable integrar las acciones y pensar en la programación en conjunto con otros recursos y modalidades a fin de apuntar progresivamente a la instalación de un enfoque educativo y un programa de acciones articulado con las políticas sanitarias del MSAL.

La gestión de las iniciativas de la Dirección y de otras áreas y Programas del Ministerio de Salud se centró en trabajar con los expertos en la temática, organizando tanto de las cuestiones de desarrollo pedagógico como de las de orden administrativo que requiere toda implementación. Una vez planteada la necesidad de un proceso de capacitación de los destinatarios como mecanismo de resolución del problema detectado, se procede a su trasposición pedagógica.

En esta etapa, la gestión supone:

- a) la selección del enfoque educativo, buscando la congruencia entre los

propósitos y los problemas o necesidades de las prácticas y entre éstos y el perfil de los participantes,

b) la anticipación de las acciones organizando los contenidos, las estrategias de capacitación y las actividades de aprendizaje,

c) la previsión y selección de los recursos y de la duración y tiempos necesarios,

d) La comunicación a los otros acerca de las intenciones educativas y las actividades

e) la previsión del seguimiento, evaluación y acreditación de los logros alcanzados.

Es decir, la gestión de la EPS atraviesa todo proceso, es un conjunto de acciones que acompaña la implementación del programa y muchas de ellas quedan invisibilizadas detrás del diseño y desarrollo didáctico del curso. Sin embargo, el backstage es lo que sostiene la puesta en escena del "Curso".

Cursos virtuales nacionales situados en el Nodo Argentino de Salud Pública del Campus Virtual de OPS/OMS

A partir del año 2010 desde la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO), del Ministerio de Salud de la Nación, en cumplimiento con lo dispuesto en sus responsabilidades primarias comenzó a implementar estas iniciativas de capacitación a nivel nacional, utilizando como soporte la plataforma provista por el Campus Virtual de Salud Pública OPS/OMS.

Cada uno de los países, a través de sus nodos, puede tomar como base las propuestas educativas regionales y adaptarlas para dar respuesta a las necesidades específicas de cada contexto. De esta manera, se concreta la cooperación técnica y el aprovechamiento de los recursos generados por el área Regional del CVSP.

De allí que algunas de las iniciativas que llevaron adelante, tuvieron como antecedente cursos realizados a nivel regional en las Américas. Estas pro-

puestas educativas en consonancia con el enfoque educativo del Campus Virtual de Salud Pública (VSP/OPS) proponían construir una comunidad de aprendizaje y de colaboración para el conocimiento.

En una primera etapa, que se inicia en 2008, se gestionó con la administración del CVSP la participación de candidatos argentinos en la oferta regional de cursos, lo que permitió contar con una masa crítica de profesionales formados en el enfoque educativo y con experiencia en el manejo de los recursos MOODLE.

- Curso de Liderazgo en RRHH
- Curso de Tutores Virtuales
- Curso de Diseño de Materiales didácticos
- Curso de Salud y Seguridad de los trabajadores de salud
- Curso de Desarrollo de las capacidades para la renovación de APS
- Curso de Fundamentos en Determinantes Sociales de la Salud

La selección y seguimiento de los participantes se realizó con el objetivo principal de fortalecer los equipos de RRHH de las jurisdicciones y de las áreas y Programas del MSAL y la de formar una comunidad de prácticas.

En una segunda etapa, el objetivo fue nacionalizar la oferta regional, a partir de la necesidad de ampliar la oferta de cupos para todas las jurisdicciones. Esto implicaba disponer de un mínimo de 50 plazas que permitiera ofrecer dos plazas para cada jurisdicción. Sin embargo, por la insistencia de las jurisdicciones y las necesidades relevadas entre los equipos, la mayoría de las ediciones se abrieron con 100 plazas. Esto fue posible gracias a la masa crítica formada inicialmente y al equipo pedagógico que, además de participar en las propuestas virtuales, comenzó a brindar asistencia técnica a las distintas áreas apoyando la formulación de propuestas de capacitación *on line*.

Desde el MSAL, se implementaron las versiones locales de Liderazgo en RRHH (2010) y dos ediciones del Curso FESP (2011/2012). Este último,

fue solicitado por el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Prioritarios del Ministerio de Salud de la Nación. Los contenidos fueron adaptados a la realidad local con la asistencia técnica de la Representación Argentina de OPS y el apoyo de un consultor internacional que había participado en el diseño de la propuesta original en Colombia.

En el año 2010, se diseñó e implementó el Curso de Tutores de Enfermería, orientado a formar recursos docentes para iniciativas virtuales que apoyaran la capacitación de los recursos críticos de enfermería en todo el país. Esta iniciativa se realizó en el marco del “Convenio de los Cinco objetivos” celebrado entre OPS/MSAL para el desarrollo de acciones de cooperación técnica. Los destinatarios fueron docentes de enfermería de todas las jurisdicciones y de las Universidades Nacionales.

En el año 2011 se implementó la versión Argentina del Curso de Formación de Tutores para Propuestas Educativas en Salud Pública. El curso tuvo como objetivo contribuir a la formación de docentes que pudieran sostener las propuestas virtuales y tomando como antecedente el Curso de Tutores regional, propuso un programa que conjugaba la capacitación en las estrategias docentes para los entornos virtuales, con las herramientas para la edición en MOODLE y una orientación para el diseño de materiales. Estuvo dirigido a responsables de áreas de capacitación de las 24 jurisdicciones y MSAL y Programas Priorizados.

La tercera etapa, después de cinco años de cooperación técnica, transforma esta iniciativa de “nacionalización” de las propuestas regionales en un proceso de sentido inverso: cursos diseñados por la DNCHYSO del Ministerio de Salud de la Nación fueron “regionalizados”, vale decir, fueron abiertos a la participación de otros países de la Región.

La nueva estrategia implementada ha comenzado con el “Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. Estrategias y Herramientas Docentes”. 1ra. Edición 2013. El curso fue diseñado por el equipo pedagógico de la Dirección Nacional de Capital Humano. Tuvo un trabajo previo de talleres con las jurisdicciones y efectores de residencias para la definición de los contenidos y la orientación hacia el mejoramiento de la calidad de la docencia en la formación en servicio.

La primera edición (2013) contó con 170 participantes (140 jurisdicciones

e Institutos y Servicios del MSAL) y 30 participantes de países de la región (Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Chile, Guatemala, El Salvador, Costa Rica, República Dominicana) seleccionado por las Representaciones Locales de OPS/OMS coordinadas por la Dra. Rosa María Borrel desde el Programa de Recursos Humanos de la Representación de WDC. El perfil de los participantes fue de Instructores, Jefes de residencias, docentes a cargo de la formación en servicio.

La segunda edición (2014) del Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias contó con 200 participantes, de los cuales 15 corresponden a participantes de la región (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Panamá y Paraguay).

La tercera edición (2015) incluyó ajustes producto de evaluaciones realizadas a través de las encuestas a los participantes y talleres con el equipo docente. La estructura del curso se mantuvo, pero se modificaron actividades tendientes a mejorar los tiempos de trabajo y se *aggiornó* la bibliografía. En esta edición se sumó a la participación regional una jurisdicción nacional, la provincia de Santa Fe, que a través de un convenio con OPS/ARG incluyó 20 participantes y financió un tutor. El equipo docente entonces se amplió a 13 docentes tutores y el total de participantes se elevó a 229 inscriptos. Seleccionados por los responsables regionales de OPS se incorporaron 30 participantes de la región (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Paraguay y Perú).

Esta versión del curso recibió la **Mención Honorífica en el Congreso Latinoamericano en Educación de Residencias, realizado en Santiago. De Chile (LACRE 2015)**. Al momento de seleccionar los trabajos premiados, los evaluadores consideraron como aspectos destacados del Curso: su modalidad virtual, en la plataforma del Nodo Argentino del Campus Virtual de Salud Pública que permite alcanzar a Residencias de todo el país y a grupos de otros países de la Región, y **su oferta de capacitación abierta y gratuita, como recurso público aplicado a la formación.**

La segunda experiencia de regionalización lo constituyó el Curso Tutores Virtuales para Cursos de Salud Pública. Versión argentina 2011. Este curso se adaptó y reformuló tomando como base los Cursos Regionales de Tutores Virtuales de Salud Pública y Diseño de programas y materiales didácticos para el Aprendizaje en Red. La decisión de desarrollar formación

virtual que permitiera llegar a todas la jurisdicciones con propuesta de capacitación en Red impulsó al Ministerio a financiar un Curso que acortara los tiempos y formara tutores con capacidades de diseño en 14 semanas. De este modo, el equipo pedagógico se abocó a reformular la propuesta regional y concentrarla en un solo curso.

Esa versión, este año fue revisada e implementada en el Campus Regional de OPS/OMS para toda la región.

Otras estrategias se desarrollaron a través de las aulas del CVSP de OPS/OMS. Se generaron espacios de trabajo (Formación de Técnicos: INET/JOAQUIN VENANCIO FIO CRUZ), de asistencia técnica internacional, de Comunicación regional (Red Federal de Recursos Humanos en Salud) compartiendo materiales, noticias y agendas de trabajo, encuestas *on line* sobre ofertas de formación jurisdiccional o consultas sobre reformas normativas¹⁰⁸. Seguimiento y apoyo técnico de capacitaciones presenciales para las jurisdicciones.

Resultados de la iniciativa

El crecimiento de las propuestas educativas fue evolucionado hasta la actualidad en donde se encuentran en actividad 22 cursos, diversos espacios funcionando como redes de comunicación permanente y asistencia técnica a través del CVSP desde el Nodo Argentino, gestionados por varias áreas del Ministerio de Salud de la Nación y asistidos técnicamente por la DNCHYSO (*Ver Cuadro*).

Esta asistencia se basó fundamentalmente en brindar orientación sobre el enfoque educativo del campus virtual de SP, facilitar estrategias de gestión y herramientas pedagógicas a través del desarrollo de materiales (Guías para la elaboración de programas, Manual de gestión, tutoriales virtuales, etc.) y brindar soporte técnico a través de un enlace local a cargo de un profesional, que coordina acciones con el Administrador General de Panamá. Este trabajo colaborativo ha permitido crear una comunidad de prácticas con los responsables de capacitación de las distintas áreas y Programas del MSAL que, van eligiendo instalar sus propuestas en el CVSP, aun teniendo

108. Ver la experiencia completa de la Red Federal de Recursos Humanos en Salud en el Capítulo 2

a disposición otras plataformas. De esta manera, comienza a superarse la fragmentación y la dispersión de las actividades de capacitación existentes en el Ministerio de Salud y aumenta el aprovechamiento de los recursos educativos generados en el mismo ámbito.

El campus permite compartir un sistema de evaluación común para todos los cursos y tener un registro nominalizado de los participantes. Esto resulta muy valioso a la hora de evaluar las intervenciones educativas y su impacto en los equipos de salud.

El trabajo de aglutinar iniciativas, desde una perspectiva de EPS y basado en construir desde la colaboración mutua, ha generado un reconocimiento de la DNCHySO como un área de referencia y rectoría en el desarrollo de propuestas de capacitación. Ha contribuido a consolidar un equipo experto en desarrollo y gestión de propuestas de capacitación en entornos virtuales con una visión de la cooperación técnica como una herramienta de crecimiento institucional. Asimismo, este trabajo conjunto ha facilitado la formación de miles de participantes de equipos de salud por año, que fortalecerán las áreas de gestión de recursos humanos y contribuirán a la mejora de las funciones de salud pública en todo el país.

La gestión de la Educación Permanente en cifras:

Las iniciativas han tenido una gran aceptación por parte de los participantes, así lo demuestra el bajo nivel de deserción que se registra entre el 18 y 20% superando los valores esperables para la formación virtual. También son interesantes las respuestas de las encuestas realizadas a los participantes que dan cuenta de los motivos de interés por estas propuestas educativas. Otro indicador de la satisfacción y adherencia a estos programas son las solicitudes de vacantes para cada nueva edición.

Cabe destacar, que de acuerdo con los lineamientos del CVSP, todos los cursos finalizados son dispuestos como “recursos abiertos” en el Nodo Argentino para que puedan ser replicados por las distintas jurisdicciones o instituciones que conforman el nodo país. En este sentido, cabe destacar que este año, la dirección de Capacitación del Ministerio de Salud del GCBA, ha replicado el Curso de Formación docente tutorial para dictarlo, a través del Nodo Argentino, a sus instructores de residencias.

Recursos Abiertos
2010-2015

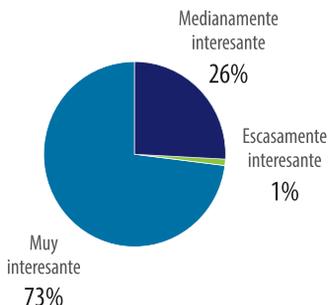
Líderes RUHS / 2010
Tutores de Enfermería / 2010
FESP / 2011
Tutores para cursos Salud Pública / 2011
Formadores de Residentes / 2013
Curso de Actualización en Salud Mental Ley 26657 / 2011
Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas
Curso para inspectores de puertos y aeropuertos RSI / 2014
Curso de Legislación Sanitaria Aplicación en la Gestión de Políticas Públicas de Regulación y Fiscalización / 2014
Curso de Vigilancia Epidemiológica en enfermedades no transmisibles / 2014
Curso de prescripción y promoción de la Actividad Física / 2014
Curso de formación en inmunizaciones componentes I y II / 2013-2014
Operatoria del Botiquín de Medicamentos Esenciales REMEDIAR /2014
Curso Taller Formación para integrantes de Comités de Gestión de Calidad de Establecimientos Asistenciales / 2014
Gestión de Calidad de las Instituciones Sanitarias / 2013

DIRECCION NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL

Curso de Formación de Tutores para Residentes – Estrategias y Herramientas

Resultados del cuestionario de autoevaluación y evaluación final

- 1. Apreciación del curso según las expectativas iniciales
- 2. Evaluación del Foro a lo largo del Curso

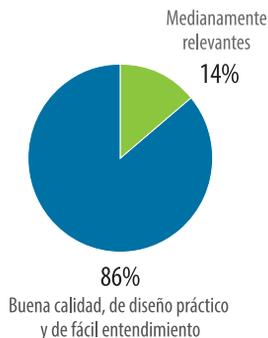


Resultados del cuestionario de autoevaluación y evaluación final

Evaluación de contenidos del Curso



Evaluación de materiales, temas y actividades propuestas



Cursos y Redes de trabajo en el Nodo Argentino del CVSP/OPS

Cursos coordinados por ONCHYSO 2010-2015	Participantes matriculados
Lideres RUHS 2010	95
Tutores de Enfermería 2010	91
FESP 2011	122
FESP 2012	120
Tutores para cursos SP 2011	118
Tutores para cursos SP 2013	90
Formadores de Residentes 2013	170
Formadores de Residentes 2014	200
Formadores de Residentes 2015	229
Total	1209

Participación de Argentina en los Cursos del Campus Regional

2008

- Curso de Tutores Virtuales
- Curso de Diseño de Materiales Didácticos y Estrategias Pedagógicas
- Curso de Liderazgo en de RRHH en Salud

2009

- Curso de Liderazgo en RRHH en Salud (14 participantes)
- Curso de Fortalecimiento Estratégico de la APS renovada (10 participantes)
- Curso de Gestión del Trabajo, Salud y Seguridad de los Trabajadores de Salud (10 participantes)
- Curso de Tutores para el Aprendizaje en Red (15 participantes)
- Curso Diseño de Materiales Didácticos y Estrategias Pedagógicas (3 participantes)

Candidatos para Cursos Virtuales Regionales / Por Jurisdicción y Dependencia. 2009

PROVINCIA	Liderazgo	Cont. T y E	APS	Tutores	TOTAL
Capital Federal					
Prov. Buenos Aires					
Catamarca		1			1
Chaco	1	1	1		3
Chubut	2	5	4	1	12
Córdoba					
Corrientes	1		1		2
Entre Ríos					
Formosa					
Jujuy	2	0	1	2	5
La Pampa	1	1	1	1	4
La Rioja					
Mendoza			1		1
Misiones	1	1	1	1	4
Neuquén	1	0	0	2	3
Río Negro	2	2	2	2	8
Salta	1	1	1		3
Santa Fe					
San Juan	1	1	1	1	4
San Luis					
Santa Cruz					
Santiago del Estero	2	4	4		10
Tierra del Fuego					
Tucumán	2	2	2	2	8
TOTAL	17	19	20	12	68

SECTOR / INSTITUCIÓN	Liderazgo	Cont. T y E	APS	Tutores	TOTAL
DNCHYSO	2	1	0	2	5
Salud Ocupacional		1			1
Prog. Med. Familiar	1	1	1	2	5
TOTAL	3	3	1	4	11
TOTAL GENERAL	20	22	21	16	79

2010

- Curso de Fortalecimiento Estratégico de la APS renovada (9 participantes)
- Curso de Gestión del Trabajo, Salud y Seguridad de los Trabajadores de Salud (5 participantes)
- Curso Diseño de Materiales Didácticos y Estrategias Pedagógicas (2 participantes)
- Curso de Liderazgo en RRHH en Salud (4 participantes)

Candidatos para Cursos Virtuales Regionales /por Jurisdicción y Dependencia. 2010

PROVINCIA	Liderazgo	Cond. T y S	APS	Diseño	TOTAL
Capital Federal	0	0	1	0	1
Prov. Buenos Aires	0	0	0	0	0
Catamarca	0	0	0	0	0
Chaco	0	0	3	0	3
Chubut	0	0	0	0	0
Córdoba	0	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	0	1
Entre Ríos	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
Mendoza	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	1
Santa Fe	0	2	1	0	3
San Juan	0	1	2	0	3
San Luis	0	0	0	0	0
Santa Cruz	1	1	2	0	4
Santiago del Estero	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0
Tucumán	2	0	0	0	2
TOTAL	4	5	9	2	20

MANEJADOR	Liderazgo	Cond. T y S	APS	Diseño	TOTAL
DNCHYSO	0	0	0	2	2
Salud Ocupacional	0	0	0	0	0
Prog. Med. Familiar	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	2	2
TOTAL GENERAL	4	5	9	2	20

Desarrollo de Cursos y Redes del MSAL en el Nudo Argentino del CVSP/DPS	Participantes matriculados
2011	
Curso Virtual de Actualización en Salud Mental en el marco de la Ley 26657	120
2012	
Gestión de Calidad en de las Instituciones Sanitarias 1ra. edición	70
2013	
Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles	82
Formación Integral en Inmunizaciones segunda versión	107
Formación para Integrantes de Comités de Gestión de Calidad en Establecimientos de Salud	32
Gestión de Calidad en las Instituciones Sanitarias 2da edición	50
Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas	115
Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles	82
Curso de Prescripción de Actividad Física ECNT	50
Operatoria del botiquín de Medicamentos esenciales REMEDIAR + REDES	100
Plan de Mejora de las Escuelas Técnicas de Salud	50
Red Federal de Recursos Humanos en Salud	48
Curso de Formación de Tutores para cursos de Salud Pública	119
Curso de Formación docente para Residencias	170
Promoción de Salud y Control de Enfermedades No transmisibles (Red)	137
TOTAL	1382

2014. Oferta de Cursos y Redes del Ministerio de Salud de la Nación

Desarrollo de Cursos y Redes del MSAL en el Nudo Argentino del CVSP/DPS	Participantes matriculados
2014	
Curso de Formación docente para Residencias	200
Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles	100
Curso de Inspectores de puertos, aeropuertos y fronteras terrestres. RSI	170
Formación para Integrantes de Comités de Gestión de Calidad en Establecimientos de Salud	30
Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas	115
Curso de Prescripción de Actividad Física ECNT	100
Cuidado de Medicamentos en Atención Primaria de la Salud. Remediar (Autoadministrado)	Acceso libre
Curso de Formación Integral en Inmunizaciones .Componente 2. (Autoadministrados)	Acceso libre
Curso de Formación de tutores virtuales para inmunizaciones	100
Operatoria del Botiquín de Medicamentos esenciales REMEDIAR+REDES	100
Curso de Legislación Sanitaria: aplicación en la gestión.	48
Red Federal de Recursos Humanos en de Salud (espacio de gestión)	89

2015	
Curso de Formación docente para Residencias (tutorías)	229
Curso de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Lesiones (tutorías)	66
Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles 2015 - 4ta. Edición (tutorías)	36
Registro Nominal Informatizado de Vacunación (Autoadministrado)	76
Temas fundamentales de la Legislación Sanitaria. Aplicación en la Gestión de Políticas Públicas - Fase I (Tutorías con encuentros presenciales)	En convocatoria
Fortalecimiento de la Vigilancia Clínica a través del Módulo C2 del SNV (autoadministrado)	938
Erradicación de la Polio - Autoadministrado	En diseño
Programa de Capacitación a Distancia del Módulo de Vigilancia por Laboratorios del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SIVILA-SNVS)	En diseño
Bioseguridad en inmunizaciones - DINACEI	Acceso Libre
Cuidado de Medicamentos en Atención Primaria de la Salud - Remediar. Curso Ciclo de Gestión del Medicamento	Acceso Libre
Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Estrategias de Abordaje	Acceso Libre
La Gestión de la Calidad en la Gestión de las Instituciones Sanitarias	Acceso Libre
Curso de Operatoria de Medicamentos y otros Insumos distribuidos por el Programa REMEDIAR	Acceso Libre
Introducción en la realización e Interpretación de Espirometrías	Acceso Libre
Diplomatura Superior Fiscalización de Medicamentos[*]	En convocatoria
Diplomatura Superior Planificación y Gestión: Salud Sexual y Reproductiva	En convocatoria
Diplomatura Superior Promotores de Salud	En convocatoria
Prescripción y farmacovigilancia en el primer nivel de atención	En convocatoria
Curso Formación Integral en inmunizaciones – Componente I	Acceso Libre
Curso Formación Integral en inmunizaciones – Componente II	43
Red Federal de Recursos Humanos en Salud (espacio de gestión)	100
Curso de verano - Prescripción y Promoción de la Actividad Física	162
TOTAL	

(*) Diplomaturas en convenio Ministerio de Salud de la Nación y la Universidad Nacional de La Matanza

10

OBSERVATORIO FEDERAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

MARÍA DEL CARMEN CADILE

Introducción

Desde principios del 2010, el **Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud** se ha conformado como un espacio de integración y sistematización de la información disponible sobre los recursos humanos en salud del país.

El Observatorio es presidido por la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación y es coordinado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Está conformado por una red de representantes de las 24 jurisdicciones y establece relaciones de cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se nutre del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA) y de las distintas unidades de injerencia normativa y de producción de información sobre Recursos Humanos de salud del Ministerio de la Nación Argentina.¹⁰⁹

Ubicado en el rol de articulador de la información, aportada por distintas fuentes del campo laboral y de la formación en salud - jurisdicciones provinciales, sistemas de información institucional y diversos sectores productores de información de la educación y el trabajo, ha sistematizado la información y la ha puesto disponible para gestores, decisores políticos, investigadores y la comunidad.

109. Ver "Talleres de Metas de RHUS. La experiencia Argentina 2010-2014"-Capítulo 11

Asimismo, ha elaborado el análisis de las tendencias más destacables de este campo y ha recopilado los documentos más pertinentes para la planificación y gestión en este tema. A partir de la primera medición de metas nacionales realizada en 2010, se desarrolló un proyecto con el objeto de realizar un medición de metas por jurisdicción. En 2012, se da inicio a los talleres regionales de medición apuntando a consolidar el Observatorio como un Nodo Integrador y propiciando una Red de Observatorios de Recursos Humanos de la Argentina.

Desde el punto de vista de su base técnica, el Observatorio se define como una modalidad de gestión del conocimiento en la perspectiva de contribuir al aprendizaje institucional en materia de desarrollo y planificación de los recursos humanos de salud. Contribuye al monitoreo y evaluación de las situaciones y tendencias de los trabajadores en los países y a la movilización de apoyo técnico para su enfrentamiento y desarrollo; así mismo contribuye al desarrollo de la rectoría y a ejercer la autoridad sanitaria de las instancias estatales, responsables de la garantía de la equidad y de la calidad de la atención. También coadyuva a la conformación de capital social en el sector salud, al promover el aprendizaje conjunto, el trabajo cooperativo, la comunicación entre actores y la generación de políticas de sólida base técnica y amplia plataforma de entendimiento político.

Objetivo general

Apoyar al desarrollo de capacidades en las distintas Unidades de RHUS de las jurisdicciones para la construcción de Observatorios Locales y Regionales que contribuyan a la formulación de políticas y la gestión del conocimiento, a través de un trabajo colaborativo en red, que aporte al desarrollo de los Recursos Humanos de salud en el país.

Objetivos Específicos.

- a) Contribuir al desarrollo de la capacidad de conducción y gestión de políticas de Recursos Humanos de Salud (RHUS).
- b) Fortalecer la capacidad de monitoreo y evaluación de las situaciones y tendencias locales de los recursos humanos en todas las jurisdicciones del

país, a través del análisis y la construcción de escenarios con la información producida por el REFPEPS y otras fuentes primarias de datos intersectoriales.

c) Apoyar al desarrollo de capacidades en las distintas Unidades de Recursos Humanos en Salud de las 24 jurisdicciones para la construcción de Observatorios Locales y Regionales que contribuyan a la formulación de políticas y la gestión del conocimiento, a través de un trabajo colaborativo en red, que aporte al desarrollo de los Recursos Humanos de Salud en el país.

Sus principales funciones serán:

a) Analizar la situación y las tendencias de la formación de recursos humanos de salud, de todos los niveles, a través de la información suministrada por el Ministerio de Educación y de la producida por la **Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional** sobre la formación en servicio, a fin de realizar las proyecciones pertinentes que contribuyan a la planificación del Sistema.

b) Analizar la situación y las tendencias de la fuerza de trabajo en salud, de todos los trabajadores cuya responsabilidad primaria sea la provisión de servicios de salud colectivos, a través de la información suministrada por el Ministerio de Trabajo de la Nación, por la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud (REFEPS) y por el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

c) Desarrollar una línea de base de información que haga posible conocer la situación de disponibilidad, distribución, las características de los trabajadores de salud y sus tendencias migratorias.

d) Cumplir y dar seguimiento a los compromisos adquiridos, en términos de información, con los organismos internacionales y los órganos responsables de los temas de Recursos Humanos de Salud del MERCOSUR Y UNASUR.

e) Contribuir a fortalecer los sistemas de información por medio de la armonización, articulación de instituciones y combinación de fuentes y métodos tendientes a formalizar un conjunto de datos estandarizados.

f) Favorecer la producción de conocimientos de las diversas problemáticas de recursos humanos en salud a través de la investigación y el apoyo técnico.

- g) Actualizar periódicamente el material bibliográfico de su repositorio a través del espacio generado en la Biblioteca Virtual en Salud de OPS/OMS y de integrar investigaciones referentes al tema, divulgar trabajos científicos y estimular el estudio de la problemática de los Recursos Humanos de Salud.
- h) Articular con “Legisalud” una sistematización periódica de la legislación referida a Recursos Humanos de salud.
- i) Desarrollar herramientas de análisis, estadísticas y toda información pertinente que permita desarrollar políticas y estrategias de acción en el ámbito de los recursos humanos de salud.
- j) Promover y financiar Estudios e Investigaciones sobre las problemáticas identificadas en el campo de los Recursos Humanos de Salud, provincial, nacional y regional.
- k) Articular acciones con otros Observatorios nacionales o internacionales, con la Escuela Nacional de Gobierno en Salud “Dr. Ramón Carrillo” y otras instituciones cuyos objetivos aporten al campo de los recursos humanos de salud.

Enfoque conceptual

Desde su dimensión conceptual, como estrategia de gestión y planificación, los observatorios han contribuido a la recolección, sistematización y análisis de la información referida a un campo determinado. Esta estrategia, toma su nombre de la astronomía y su metodología es una metáfora de “la observación de fenómenos celestes o terrestres” para la construcción de mapas.

El estudio de los cuerpos celestes, dicho en el lenguaje astronómico permitió construir una cartografía (mapa) estelar. Esta cartografía aún permite “navegar sin instrumentos”. Se podría decir entonces que esta metodología facilita la construcción del escenario, la identificación de los actores y las tendencias en materia de RHUS. Estos insumos constituyen el mapa que los gestores de estas áreas necesitan para planificar acciones, intervenciones y tomar decisiones, en otras palabras que les permitan llegar a “buen puerto”.

Esta es la concepción que subyace a la construcción del Observatorio, un mapa que oriente la planificación y facilite la estrategia de gestión para las Unidades de Recursos Humanos (URHS) que requieren la toma de decisiones informadas y la construcción de políticas que oriente la formación y el desarrollo de sus trabajadores de salud. Sin embargo, con un mapa no alcanza para la gestión, porque el campo de los recursos humanos es dinámico, las instituciones, los profesionales, las tendencias cambian, se modifican, con tiempos diversos, pero ninguno de los elementos tiene un comportamiento estático.

Por esta razón, es que además del mapa, el Observatorio debe nutrirse de los sistemas de información de RHUS que le proporcionan sustentabilidad y actualización permanente. Además, los sistemas integran datos de distintas fuentes, en general dispersas, los estandarizan, validan y sistematizan para producir información, pertinente y confiable, alineada con los objetivos establecidos.

En el mismo sentido, pero con una dinámica más a largo plazo, el impulso de estudios e investigaciones, van convirtiendo a este espacio en una referencia para las diversas áreas responsables de la formación, la gestión del trabajo, la valoración de la fuerza de trabajo y la regulación del ejercicio profesional en salud.

Historia y Gestión del Observatorio Federal de RRHH de Salud

En nuestro país¹¹⁰, se implementa por Resolución 1343/2007 del Ministerio de Salud de la Nación el Observatorio Nacional Permanente de Recursos Humanos. Entre las funciones asignadas a este se encontraba el desarrollo de bases de datos federales sobre:

- Matriculas de profesionales, técnicos y auxiliares de salud
- Legislación vigente nacional y provincial

110. La Representación Argentina de OPS, inicia sus acciones en este sentido, en mayo del 2000, en el marco de la cooperación técnica y apoyadas por otras agencias, CEPAL y la OIT, que en colaboración con el Ministerio de Salud de la Nación, instituciones formadoras y de investigación realizan las primeras publicaciones y construyen algunas bases de datos sobre, técnicos, residencias y legislación de RRHH (Borrell, 2001). Estas acciones se concretan en dos o tres estudios cuyas publicaciones fueron durante algunos años referencia en nuestro campo.

- Oferta educativa en todos sus niveles y egresados
- Títulos de técnicos, profesionales y especialistas de salud

- **Posgrados y residencias**

Es decir que debía generar información primaria y luego disponer de herramientas de análisis, estadísticas, etc. que le permitiera construir documentos de base para el sustento de políticas y estrategias de acción en el ámbito de los recursos humanos de salud.

Por otro lado, el tema de RHUS cobraba dimensión en la Argentina que participaba activamente en el proceso de integración regional a través del trabajo en la Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional, dependiente de la Comisión de Servicios del Subgrupo de Trabajo 11 / Salud (SGT11) del MERCOSUR compatibilizando la formación del RRHH y las regulaciones del ejercicio profesional en salud de los Estados Parte, con miras a la libre circulación de estos trabajadores de salud.

La aprobación de la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de la Salud del MERCOSUR, (Res GMC 27/2004) que necesitaba sistematizar información mínima armonizada de los profesionales de la salud en cada uno de los Estados Parte, constituyó un desafío para la Argentina. Debido a su organización federal requería de un trabajo de consensos políticos para su implementación, esta necesidad impulsó la formalización de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud con la firma de convenios entre todos los ministerios de Salud Jurisdiccionales y el Ministerio de Salud de la Nación.

En el año 2008 la creación de La Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) permitió cumplimentar la implementación de la matriz mínima y la integración de los registros de profesionales de la salud de todo el país. A su vez la consolidación de los sistemas de información a través del **Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA)**, especialmente en lo referido a la **Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS)** generó nuevas dinámicas para la disponibilidad y el análisis de la información de Recursos Humanos en Salud.

Estos procesos y la decisión de la Dirección Nacional de Capital Humano y

Salud Ocupacional de asumir los desafíos pendientes¹¹¹ del **Observatorio Nacional Permanente de Recursos Humanos en Salud**, se encara una reformulación que le asignará un perfil más dinámico y federal.

El proceso se inicia con el diseño de un sitio WEB que permita compartir la información disponible y a la vez, que esté disponible para el trabajo en red con las distintas jurisdicciones que, en muchos casos, no disponían de este recurso.

Debido a nuestra organización federal, este tipo de iniciativas, solo se pueden concretar a partir de consensos y acuerdos, y a través de la formación de redes colaborativas. Por esta razón, el **Observatorio Federal** se propuso como un **Nodo Integrador**, de una **red de observatorios locales**. La gestión de los contenidos del Observatorio consistió entonces, en la tarea de aunar las voluntades de las 24 jurisdicciones y avanzar en la construcción de una red de observatorios locales que permitieran tener una mirada de cada jurisdicción, de cada región, y atender las problemáticas desde una mirada de federal construida entre todos.

En este contexto de trabajo el Observatorio, en el 2010, se integra la Red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud de la Región OPS/OMS. Esta Red está organizada en varios Nodos de países de la región que componen los Observatorios: Andino, Caribe Centroamericano y Cono Sur¹¹² donde el Observatorio Argentino comparte el espacio junto con los observatorios de Brasil, Uruguay y Paraguay.

El trabajo y la gestión de la información

La gestión de la información se inició trabajando en la articulación con las áreas sustantivas del propio Ministerio, por ejemplo, el análisis de los datos depurados de la Red de Registro de Profesionales de Salud (REFEPS) del SISA. Y en conjunto con la Dirección de Regulación y Calidad de los Servicios de Salud se publicaron dos artículos, acerca de la cantidad de médicos activos (información que no registraba antecedentes desde el Censo de población del 2001) y sobre la dotación de Enfermería en el país.

111. Bases Para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Ministerio de Salud de la Nación Septiembre 2007

112. <http://www.observatoriorh.org/sur/>

Pero también fue necesario el trabajo intersectorial para incluir a otros actores claves del campo, como lo son el Ministerio de Educación y el Ministerio de trabajo.

Para describir y analizar la situación de la formación en salud, se trabajó con las diversas áreas que producen la información en la cartera de Educación. Con la Dirección de Información Universitaria, se acuerdan los datos necesarios para el seguimiento de la formación de pregrado y grado, desagregados especialmente del conglomerado “área de Ciencias de la Salud”, bajo el cual se publican habitualmente los datos del Anuario Estadístico. Esta información es analizada por el Observatorio y se publican las tendencias de las profesiones de salud, con comparaciones por año y por región. El crecimiento de la oferta de formación, la matrícula y el egreso de profesionales, comienza a demostrar empíricamente las inequidades regionales, las áreas de vacancia y señales de alerta sobre los requerimientos futuros.

De igual forma, se trabaja con la DINIECE y el INET, analizando los datos de la formación técnica superior. En este sentido, se desarrollaron investigaciones con participación de las áreas responsables de la información intersectorial que, por primera vez, lograron configurar un mapeo de las instituciones para todo el país¹¹³ que, a su vez, alimentó el Registro de Instituciones Formadoras del SIISA.

Asimismo, para el campo de la formación se referenciaron las principales normativas que regulan la formación y el ejercicio profesional de los técnicos en salud.

También se sistematiza y publica el trabajo de la Comisión Interministerial Salud Educación en la elaboración de documentos base y Marcos de Homologación para las distintas formaciones técnicas.

Cada uno de estos espacios se actualiza en función de la dinámica del trabajo que se realiza en cada área. En algunos casos, las actualizaciones están paudadas anualmente por su frecuencia de producción y publicación. En otros,

113. : Laplacette, G.; Cadile, M.; Cavalieri, M.; Dure, I.; Faccia, K.; Heymans, J.; Mazzitelli, A.; Saulo, H.; Suarez, N. (2012) La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la Argentina. Primera etapa: un estudio descriptivo, cualitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria. Año 2010- 2011. Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud

lo constituyen resultados de estudios o investigaciones, que aunque más esporádicos aportan nuevos resultados sobre los procesos o las tendencias.

En el tema de la fuerza de trabajo, la articulación es con Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales y su Observatorio de Empleo y Dinámica Empresarial en la Argentina. Ellos proveen datos por sectores con las características del movimiento del empleo en salud.

Sin embargo, el objetivo principal de esta iniciativa fue apoyar el desarrollo de las capacidades técnicas de cada jurisdicción a través de la cooperación y asistencia técnica.

Una de las acciones más importantes en este sentido fue el desarrollo de un proyecto que, con financiamiento externo, impulsó la realización de los “talleres de medición de metas de RRHH” que, con asistencia técnica de la DNCHYSO, se llevaría a cabo en cada provincia. Este sería el insumo inicial de la constitución del observatorio local y a la vez, se publicaría sus resultados en el **Observatorio Federal**.

Esta estrategia tenía como objetivo final la creación de una unidad de asistencia técnica y monitoreo, en el marco del Observatorio Federal, para apoyar el desarrollo de los observatorios provinciales. La Dirección proveía apoyo a través de la asistencia técnica para el desarrollo de los talleres y la concreción de esta actividad y con su actualización anual y la publicación en el sitio web provincial generaba un financiamiento para el desarrollo inicial del proyecto.

El desarrollo de este proyecto en cada jurisdicción estuvo íntimamente relacionado con sus capacidades, todos los años se renueva un 30% de los responsables de las áreas, las gestiones centrales no reconocen el tema de RRHH como prioritario en la agenda de trabajo. Es decir, que los tiempos previstos y los resultados esperados se extendieron más de lo previsto.

Los logros y los desafíos futuros

El Observatorio logró posicionarse y ser un referente para los investigadores, los gestores, los dirigentes de las Instituciones de Formación, que comenzaron a citarlo en sus trabajos.

Se convirtió en un espacio de consulta y logró impulsar investigaciones en áreas de vacancia que, financiadas por Salud Investiga, arrojaron evidencias sobre temas en los que solo había “percepciones y mitos” contruidos a través de un largo tiempo sin información que los pusiera en cuestionamiento.

Respecto de su constitución federal, sus logros fueron más escasos, considerando la alta rotación de los equipos de RHUS jurisdiccionales y la baja visibilidad que tiene el tema entre los funcionarios, se logró que 8 provincias realizaran el Taller¹¹⁴ y luego se realizó una evaluación y se modificó la estrategia, para mejorar los tiempos y la concreción del proyecto.

Con esta nueva modalidad se llevan realizadas a la fecha cinco mediciones locales y cinco actualizaciones (2da. etapa del proyecto). Estos resultados mostraron que el cambio de metodología facilitó a las URHUS en la ejecución del proyecto.

A pesar que los equipos reconocen la importancia de este ejercicio inaugural, que en muchos casos, ha llevado a sus funcionarios a una reflexión sobre las necesidades y desafíos de la gestión de RHUS, no se ha logrado, hasta el momento, poner en funcionamiento ningún observatorio local.

El Observatorio logró producir varios estudios que establecieron el número de médicos en actividad, por primera vez desde el Censo del 2001, su distribución provincial y su situación en relación al ejercicio profesional. Este análisis, “Médicos en Argentina. Red Federal de Registros de Profesionales de Salud”¹¹⁵, trabajado por la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de los Servicios de Salud, en conjunto con la DNCHYSO, a partir de la información producida por el SIISA, constituyó un insumo de planificación que no tenía antecedentes en la historia reciente. Presentado en distintos espacios de discusión fue ratificado y sus datos comienzan a ser referenciados.

Asimismo, al poco tiempo se publicó otro documento referido a Enfermería en la Argentina, producido también a partir del trabajo conjunto con los actores del campo y los datos provenientes del SIISA.¹¹⁶

114. Ver Talleres de Medición de Metas. La experiencia Argentina 2010-2014. Capítulo 11

115. Williams, G. y otros. “Médicos en Argentina. Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud”. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2013.

116. Enfermería en la Argentina. disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/imagenes/stories/documentos_fuerza_trabajo/15_06_2015_enfermeria_willams.pdf

Cabe destacar entre los logros, la cooperación técnica realizada con la Escuela Andaluza de Salud Pública, se trabajó un desarrollo de Demografía Médica que con base en el conocimiento logrado, los estudios realizados y la información de REFPEs, proporciona un modelo de planificación a 25 años de las necesidades de formación de especialistas a nivel país. El aplicativo para seguir trabajando en esta dirección, pero en forma local, se instalará en el Observatorio para que cada jurisdicción pueda trabajar sus propias proyecciones.

Estudios de tendencia, normativa sistematizada, repositorio de bibliografía actualizado y un sitio especial para RHUS en la BBV de OPS/OMS, son algunos logros que el trabajo ha dejado instalado como mojones en el camino. Entre los desafíos pendientes, subsiste actualizar la normativa de creación, que le permitiría seguir creciendo, cambiar su denominación actual y fortalecer su lugar de jerarquizar los temas de recursos humanos y proporcionar insumos para la gestión.

Reflexiones finales

El campo de los recursos humanos en salud constituye un universo complejo de actores e instituciones provenientes de diversos sectores como el de la formación, el trabajo, la salud y la ciencia y tecnología, con sus dinámicas y características particulares. En Argentina, la organización federal contribuye a complejizar el escenario. En este marco, promover la construcción de información de carácter público y accesible para toda la población, es uno de los principales objetivos que impulsa el trabajo cotidiano del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud.

En la última década, el Ministerio de Salud de la Nación ha conseguido importantes avances en la construcción de información sistematizada y confiable sobre los recursos humanos en salud en su vasto territorio nacional. Ello ha resultado de fundamental importancia para el reconocimiento del escenario (oferta y demanda), fortaleciendo la construcción de gobernanza sobre los procesos de planificación y gestión.

Una característica de la consolidación de la información de recursos humanos en Argentina es que ha sido, y seguirá siendo, un proceso concertado. Concertado a nivel federal, con los Ministerios y Secretarías de Salud de las distintas provincias y localidades, y también a nivel sectorial, con los Minis-

terios de Trabajo y Educación de la Nación, con los cuales se trabaja sistemáticamente en la construcción de la información en un campo complejo.

El desafío pendiente para los próximos años es estimular la creación de Observatorios locales para fortalecer una red, avanzar con el proceso de sistematización y consolidación de los datos a nivel local y provincial, mejorando los circuitos de recolección de la información, acortando los tiempos de procesamiento y la difusión de los resultados entre las unidades responsables del proceso y la toma de decisiones sanitarias.

Referencias Bibliográficas

OPS. OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD Propuesta de modelo conceptual y operacional desarrollado en la reunión de trabajo de Brasilia 6 al 8 de Abril 2010. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/centro/sites/observatoriorh.org.centro/files/webfiles/fulltext/curso_obs/lect_fun_observa_evol.pdf

OPS. "Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015" (documento CSP27/10). 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2007 Oct. 1-5; Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2007.

OPS. Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud 4-7 de octubre de 2005

OPS. Recursos Humanos en Salud en Argentina. 2001. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Representación OPS/OMS en Argentina. OPS/OMS. N° 53.2001

11

TALLER DE METAS DE RHUS LA EXPERIENCIA ARGENTINA 2010 / 2015

GABRIEL MUNTAABSKI
MARÍA ISABEL DURÉ
MARÍA DEL CARMEN CADILE

Marco referencial: Llamado a la Acción de Toronto

Una consulta en el año 2005, llevada a cabo por OPS en cinco países de las Américas, identificó claramente los cinco desafíos críticos que enfrentan los países en el área de recursos humanos en salud. Estos desafíos se convirtieron en la plataforma común para el “Llamado a la Acción de Toronto”, por medio del cual el Observatorio Regional se comprometió a una Década de voluntad política, acción enfocada, y recursos financieros hacia el desarrollo y la mejora de los recursos humanos en salud de la Región. El Llamado a la Acción de Toronto define los cinco DESAFIOS y los principios orientadores y las líneas de acción que los países seguirán para lograr una fuerza de trabajo adecuadamente formada y distribuida, motivada y comprometida en entregar atención de calidad a todos los individuos de la población.

Aunque cada país tiene énfasis específico, existen temas comunes donde se puede concentrar el trabajo conjunto. Es en éstas cinco áreas que enfocan su trabajo los Observatorios. Los desafíos comunes son:

- Definir **políticas y planes** de largo plazo para mejor adaptar a la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
- Colocar **las personas adecuadas en los lugares adecuados**, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población.
- **Regular los desplazamientos** y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población. Al mismo tiempo, desarrollar sistemas para beneficiarse de la inmigración de profesionales de salud al país.
- **Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud** que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- Desarrollar **mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud** que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

20 Metas Marcan los Alcances de una Década

En Octubre del 2007, todos los países de la Región de las Américas firmaron la Resolución CSP27/10, “Metas Regionales para los Recursos Humanos en Salud (RHS) 2007-2015.” Esta Resolución comprometió a los firmantes en alcanzar **veinte metas** durante la década, que podrán marcar la superación de los cinco desafíos de RHS.

Estas Metas Regionales adaptables y de alto nivel representan la voluntad renovada y el compromiso de los países en las Américas en actuar y movilizarse colectivamente hacia el abordaje de los cinco desafíos de recursos humanos en salud.

Muchos de los países ya han establecido líneas de base para cada una de éstas metas para comenzar a dar seguimiento a su progreso y el éxito de sus intervenciones.

Proceso de Medición de Metas en Argentina

Políticas públicas hacia el acceso universal: el caso de los recursos humanos en salud

La década de los recursos humanos en salud significó priorizar la fuerza de trabajo en salud en las agendas nacionales e internacionales. Los servicios de salud, en cualquiera de los niveles de complejidad, no llegan a las personas que los necesitan si no hay trabajadores de la salud que posibiliten ese encuentro.

El fortalecimiento de los recursos humanos en salud requiere partir de una visión global de las necesidades en términos de composición, distribución y calidad de los equipos, con capacidad para mirar la realidad con independencia de la lógica de los servicios y programas, que tienen una fuerte tradición ligada a perspectivas disciplinarias fragmentadas y con énfasis en la enfermedad.

En un contexto de creciente complejidad, caracterizado por un proceso de cambio social, epidemiológico y demográfico, se requieren abordajes integrales de los distintos problemas relacionados a la salud y los niveles de atención, para enfrentar los efectos de envejecimiento de la población y el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como prioridad. El nuevo paradigma requiere contar con equipos de salud acordes a estos cambios que están ocurriendo en el país y los que se presentarán en las próximas décadas.

En el caso del sector salud, educar profesionales es un proceso que demanda entre 3 a 10 años y supone una estructura institucional sumamente compleja. Toda planificación debe partir entonces del reconocimiento de que se trata de una política de largo plazo, que debe sustentarse en acuerdos entre múltiples actores y contar con un compromiso de inversión sostenida. La formación en servicio necesita estar acompañada de una regulación por parte del Estado, que asegure la calidad y excelencia en el

desempeño de las instituciones formadoras y de los propios profesionales.

Varias de estas acciones exceden el campo de acción de un Ministerio y deben ser contempladas como políticas interministeriales e interjurisdiccionales, razones que justifican la permanente articulación y la búsqueda de consenso con todos los actores relevantes; en especial con los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo.

En gran medida, y aunque aún existan importantes logros a alcanzar, estos desafíos han ocupado un lugar central de la agenda del Ministerio de Salud de la Nación Argentina y en la de los 24 Ministerios de Salud Provinciales.

Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud en Argentina / Abril 2010.

A partir de la construcción de las metas cuantitativas del Compromiso de Toronto, los países de la región bajo el liderazgo de la OPS, emprenden una estrategia de levantamiento de las líneas de base de las metas regionales 2007-2015.

Para ello se contó con un instrumento denominado MANUAL DE MEDICION DE LAS LINEAS DE BASE DE LAS METAS REGIONALES 2007-2015, desarrollado por un Grupo de Trabajo Regional formado por expertos en gestión de datos, análisis y políticas de Recursos Humanos para la Salud, procedentes de varios países y organizaciones de la Región de las Américas.

Los miembros del Grupo de Trabajo se reunieron en Quito, Ecuador, en el 2008 y crearon este manual de guía para complementar la Resolución CSP27/10 de la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana, "Metas Regionales para los Recursos Humanos para la Salud 2007-2015".

El manual presenta la justificación, aclara los términos y define los indicadores de cada meta. Está propuesto como una guía dirigida a los ministerios de salud, los grupos de investigación y la red de Observatorios de Recursos Humanos para establecer las líneas de base de los indicadores de metas y hacer posible el monitoreo de los avances en la implementación de los planes de Recursos Humanos.

La Coordinadora Regional de Recursos Humanos de los países del Cono Sur, encargó a un grupo técnico que había participado en la construcción del manual, el apoyo para que Argentina y Uruguay realizaran la construcción de la línea de base.

La consultoría ejecutada en Argentina tuvo dos fases: una primera, realizada durante algunos meses mediante videoconferencias, en la que el equipo de la Dirección de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación Argentina acordó con el grupo experto la planificación del taller de medición. En este intercambio se discutió sobre las particularidades del país, su organización federal, las fuentes de información disponibles y los actores sociales que debían incluirse para realizar el ejercicio propuesto.

La segunda fase fue ejecutada en Buenos Aires en un Taller de tres días en el que participaron representantes de las jurisdicciones de las cinco regiones del país, responsables de las áreas implicadas en la medición y representantes de la Organización Panamericana de la Salud de la Representación Argentina.¹¹⁷

Se organizaron cuatro grupos de trabajo con informantes claves para trabajar las metas de los cinco desafíos:

Grupo 1

Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Direcciones del Ministerio de Salud responsables de la información de RHUS del sector público y consultores de la OPS local.

Grupo 2

Representante de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Responsable de la Dirección Nacional de Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud, Representantes de Cancillería responsables de los temas migratorios, OPS.

Grupo 3

Representante de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del MSAL, representantes del Ministerio de Trabajo, representantes de la Superintendencia de Servicios de Salud y Riegos del Trabajo.

117. El listado completo de participantes se detalla al final del artículo.

Grupo 4

Representantes de las Universidades,
Decanos de Facultades de Medicina y Enfermería de las Universidades Nacionales y Privadas que son responsables de la formación de estos RHUS, representantes de las Escuelas Técnicas y representante de DNCHYSO.

A continuación se presenta los resultados del Taller de medición de las metas regionales 2007-2015 a nivel nacional.

Las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud / 2007-2015

	Desafío	Meta	% de cumplimiento
1	Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral, de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud, y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente	1 Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.	100 %
		2 Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.	43%
		3 Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de la salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.	89%
		4 La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región.	21%
		5 Todos los países de la Región habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos.	85%
2	Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado en los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.	6 La brecha en la distribución del personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.	25%
		7 Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de la salud tendrán competencias de salud pública e intelectuales comparables.	89%
		8 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.	SD
		9 El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.	SD

	Desafío		Meta	% de cumplimiento
3	Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación	10	Todos los países de la Región habrán adoptado un código internacional de práctica o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.	0%
		11	Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.	60%
		12	Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.	100%
4	Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población	13	La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.	SD
		14	El 80% de los países de la Región contarán con una política de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.	33%
		15	Al menos 60% de los agentes de servicios y programas reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.	50%
		16	El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.	100%
5	Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.	17	El 80 % de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de la salud y las necesidades de la salud del país, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.	8%
		18	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades indígenas.	NA
		19	Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%	SD
		20	El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.	100%

Conclusiones del Taller de Metas de Argentina

El taller, la revisión y aplicación del Manual permitió establecer las diferencias en la definición de algunas variables. Así como también, algunos indicadores para los cuales no hay datos o no son aplicables a la realidad nacional.

El compromiso que se asume a partir de este encuentro es fomentar el intercambio para promover el desarrollo de estos indicadores.

- Dada la característica federal de nuestro país se hará necesario replicar el taller en cada jurisdicción, para evaluar las diferencias regionales y tener un resultado más próximo a la realidad nacional.
- Fue valioso el hecho de visibilizar la falta de información en algunos aspectos de RHUS, para dotar de relevancia a la necesidad de avanzar en la producción y/o recolección de datos para el cumplimiento de los desafíos de RRHH.
- Este taller permitió formular la línea de base nacional, sin embargo, la organización federal del Sistema de Salud del país no permite aplicar linealmente algunos de los indicadores propuestos en el manual de medición de metas.
- El compromiso que se asume a partir de este encuentro es trabajar intersectorialmente y en conjunto con las jurisdicciones para promover el desarrollo de estos indicadores considerando las particularidades regionales.

Proyecto FESP I

Con el reconocimiento internacional de expertos en salud pública y basado en una determinación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que describe a las funciones esenciales de salud pública como las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para mejorar la salud pública, el Proyecto FESP inicia su actividad en el 2007, en el marco de los Objetivos del Milenio acordados por la Organización de Naciones Unidas (ONU).

El Proyecto FESP está orientado a fortalecer las capacidades institucionales de las autoridades sanitarias, nacionales y provinciales, para ejercer las responsabilidades del Estado respecto a la promoción y protección de la salud de la población mediante la medición y el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública que son de su competencia. El Proyecto se financia con fondos nacionales y a través de un préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF).

Las funciones esenciales están planteadas para favorecer y facilitar acuerdos institucionales que impliquen resultados entre los niveles nacional-provincial y local, propiciar y aumentar los espacios de participación de las personas en el monitoreo y evaluación de la ejecución del proyecto y, mejorar la capacidad del rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y el de las provincias, promoviendo la descentralización de los programas de salud pública y su responsabilidad en el sistema de salud.

Misión principal del Proyecto FESP mejorar la capacidad de respuesta de los programas priorizados y su impacto en la salud de la población.

Función: fortalecer las capacidades de acciones en salud pública a nivel nacional y provincial.

Objetivos: El Estado argentino, a través del Ministerio de Salud de la Nación, ejecuta el Proyecto FESP para cumplir con los siguientes objetivos:

- Mejorar la cobertura y calidad de 10 programas priorizados de Salud Pública en cada provincia.
- Reducir la exposición de la población a factores de riesgo asociados a enfermedades colectivas.
- Mejorar el rol de rectoría y el ambiente regulador apropiado del Sistema de Salud Pública Nacional.
- Reducir la mortalidad y morbilidad asociada con las enfermedades colectivas.

Alcance programático: Los programas priorizados se definieron en el marco del Proyecto FESP para fortalecer la capacidad del sistema de salud en

la ejecución de sus acciones, con el objetivo de prevenir y reducir la morbi-mortalidad asociada a enfermedades colectivas y enfermedades vectoriales.

Alcance territorial: 24 provincias (incluida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Destinatarios: Los destinatarios principales y directos son las personas que forman parte de los equipos de salud nacional y provinciales de los 10 programas priorizados del Proyecto FESP. El destinatario final es la población general.

PROYECTO FESP:

Componente 3: Actividad de Salud Pública (ASP) “Sistema de información de Recursos Humanos”

Descripción

La función primordial de la metodología de este sistema de información es la vigilancia de las tendencias que inciden en la labor diaria de construir y definir las políticas de recursos humanos para el sector. Es también, por tanto, un espacio intersectorial que incluye a las áreas y actores de la formación, de regulación del ejercicio profesional y de gestión del trabajo. El Proyecto se orienta a reforzar el rol rector del Ministerio de Salud de la Nación y de los Ministerios de las Provincias, a través de una red de observatorios provinciales, y a construir capacidades en los equipos de gestión del área de recursos humanos, en articulación con la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.

Con este objetivo, se propone realizar un taller de medición de metas regionales en cada provincia, para iniciar la discusión sobre la importancia de la recolección, sistematización y divulgación de la información sobre formación, regulación y gestión del trabajo. Se transferirá metodología de relevamiento de datos y se comenzará la preparación del observatorio provincial. Este taller promueve la instalación de nodos en cada jurisdicción que permitan realizar estudios e investigaciones sobre el campo de los recursos humanos, su dinámica, la evaluación de las políticas y las necesidades regionales.

La obtención de la línea de base provincial permite priorizar las intervenciones y, a nivel nacional, organizar las actividades de consultoría y capaci-

tación para contar con recursos humanos idóneos y comprometidos.

Población Objetivo/destinatarios:

1. Responsables de las áreas de RHUS, capacitación y regulación de la provincia. (Ministerios de Salud Provinciales).
2. Responsables de las áreas de estadísticas (Ministerios de Salud Provinciales).
3. Responsables del área de informática, comunicación y/ o responsables de la web del ministerio Provincial.
4. Referentes del área de formación de RHUS del Ministerio de Educación Provincial.
5. Referentes del área de gestión pública.
6. Consultor y técnicos de la DNCHYSO para coordinar el taller.

Unidad de medida:

Nodo del Observatorio Federal instalado y actualizado al menos dos veces al año con información provincial correspondiente a:

- Cantidad y distribución de recursos humanos de salud (en coordinación con el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino - SISA)
- Formación de trabajadores del equipo de salud
- Normativa sobre regulación y gestión del trabajo (en coordinación con Legisalud)
- Línea de base provincial realizada y publicada en la web del ministerio provincial en website "Observatorio federal de RH en salud"

Información obligatoria requerida para aprobación de la actividad:

1ª etapa

Línea de Base establecida: Medición de las 20 Metas Regionales de RRHH

verificadas y consensuadas por los integrantes del taller y la autoridad local.

1. Publicación de la Línea de base, conjunto de datos mínimos de RRHH, materiales utilizados para el taller. Aquí se podrá optar por:
 - a. Si el Ministerio de Salud Provincial cuenta con web propia, puede decidir publicarla en ella, con link al Observatorio Federal
 - b. Si no tiene web, lo hará en la web del “Observatorio Federal”
2. Publicación dentro de los 30 días posteriores de realizado el Taller.
3. Nota de aprobación de la actividad por la Dirección Nacional de Recursos Humanos.

2ª etapa

Construcción de la Unidad del Sistema de Información Provincial

1. Desarrollo de la web Provincial, siguiendo el esquema del Observatorio Federal.
2. Capacitación de los equipos seleccionados para la Coordinación del equipo de trabajo.
3. Indicadores para el Sistema de Información Provincial. Se apoyará desde el equipo técnico de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional con recursos de infraestructura, software y asesoramiento metodológico para la construcción de los indicadores, a fin de hacerlos compatibles y comparables con los del O. Federal.
4. Recopilación y publicación en el website del Observatorio del 60% de los indicadores identificados en el Observatorio Federal Nacional, en un plazo no mayor a 12 meses de la publicación de la línea de base Provincial (Información sobre Formación de RHUS, Matrícula, Técnicos en salud, Carrera Sanitaria, legislación Provincial).
5. Aprobación de la etapa por parte de la Dirección Nacional de Recursos Humanos.

3ª etapa

Actualización del Sistema de Información Provincial

1. Elaboración y publicación de una actualización semestral, como mínimo, sobre dos de los tres ejes del campo de Recursos Humanos.
2. La publicación de los indicadores en el observatorio Provincial será monitoreada por la DNCHYSO y una vez aprobado se liberará el aporte en concepto de apoyo pautado para la finalización del relevamiento.
3. Aprobación de la actividad por la Dirección Nacional de Recursos Humanos.

Desarrollo de los Talleres de metas de recursos humanos en salud en Argentina.

Durante el período 2012-2014 se realizaron siete encuentros provinciales bajo la conducción de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional en el marco de la ASP "Sistema de Información de Salud" del Proyecto FESP I (Chaco, Córdoba, la Rioja, Tierra del Fuego, Chubut, Mendoza y Salta) y se terminaron 7 documentos de línea de base de RHUS en el marco de la misma ASP del Proyecto FESP II (Catamarca, Corrientes, Jujuy, La Pampa, Neuquén, San Luis Y Tucumán).

De la experiencia resulta posible generar aportes acerca de las políticas de fortalecimiento de los sistemas de información de recursos humanos en salud de las provincias.

Metodología:

La actividad consistió en cuatro momentos:

- 1) Sensibilización: Se realiza en las reuniones regionales o nacionales con los representantes de RHUS de las provincias, informándoles de la naturaleza y objetivos de la actividad, los resultados esperados, los tiempos organizativos y los criterios de financiamiento del Proyecto FESP. En este momento se acuerdan las metas y plazos de la tarea, configurándose así un cronograma anual de trabajo.

2) Transferencia de metodología para la búsqueda de datos y generación de información. La misma se desarrolla en encuentros con los equipos técnicos provinciales en jornadas de capacitación en la provincia y encuentros virtuales vía WEB, donde se realiza asistencia técnica capacitante trabajando sobre borradores del documento.

Los temas principales tratados han sido:

- Manejo del manual de seguimiento y monitoreo de RHUS (OPS): comprensión de conceptos, uso y adaptación de indicadores, cumplimiento de metas, etc.
- Fuentes de datos: ubicación en la estructura provincial de las fuentes primarias y secundarias de datos.
- Generación de circuitos de información y recolección sistemática de información.
- Desarrollos de aplicativos para la consolidación y análisis de datos.
- Análisis e interpretación de los indicadores desarrollados.

3) Elaboración del Documento de Línea de Base de Recursos Humanos en Salud: Los equipos Técnicos provinciales presentan versiones preliminares de documento que son sucesivamente corregidos desde la DNCHySO hasta el momento de la aprobación definitiva.

4) Taller de metas provincial: El mismo consiste en la exposición por parte del equipo Técnico provincial del documento aprobado ante el conjunto de funcionario políticos de Salud provincial, entidades formadoras de recursos humanos involucradas y aquellos actores que la autoridad política provincial dispone.

La coordinación general de la actividad queda a cargo de la DNCHySO y el taller consta de un momento de exposición y un momento de debate (comúnmente separado por Desafíos, pero puede variar por provincia).

Redacción del informe final: En base a las conclusiones del taller se elabora una relatoría de la actividad, que también es aprobada por la DNCHySO como parte de la ASP.

Subir los documentos aprobado en la WEB del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud de Argentina: Una vez aprobados los documentos de línea de base y relatoría de la actividad los mismos se colocan en acceso público a través del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud de Argentina.

Actualización del documento de línea de base: Las provincias deben actualizar la información presentada en el documento por lo menos una vez al año.

Fortalezas y debilidades de la metodología aplicada.

Fortalezas:

- Generan intercambio positivo entre Nación y provincia y dentro de la provincia entre los distintos actores involucrados sobre la temática de recursos humanos en salud y la necesidad de información para la gestión.
- Capacita, fortalece y consolida el equipo de trabajo local del área de gestión de recursos humanos de los ministerios. Deja asentadas prácticas sistemáticas de búsqueda y procesamiento de información de RHUS.
- Genera visibilidad de los equipos de RHUS en el ministerio provincial.
- Produce información útil para la gestión para la provincia y la Nación. Genera línea de base provincial y actualizaciones periódicas. Obtiene informaciones que no existen a nivel nacional y no se podrán conseguir con el SIISA.
- No se puede resolver la problemática de información del sistema privado de atención. Pone en debate el “porqué y para que” resolverlo.
- Funciona como autoevaluación del rol y funcionamiento de la Unidad de RHUS del ministerio en cuestión.

Debilidades:

- El tiempo que se demora entre el primer y cuarto momento de la actividad es extremadamente largo.
- El generar una actividad pública, que permite confrontar datos de la gestión del gobierno provincial es visto con mucha preocupación por la posible utilización política del encuentro.

- La obtención de la información, así como la organización del evento es un trabajo que implica un equipo de no menos de cuatro personas a tiempo parcial durante los dos primeros momentos y completo durante los dos últimos. Esta es una limitante importante para la mayoría de las provincias, ya que sus equipos son generalmente menores y deben pedir colaboración con otras áreas. A su vez, el equipo tiene otras obligaciones que le demandan la mayor parte del tiempo, (capacitaciones, residencias) reflejando lo que algunas autoridades distritales marcan como prioritario.
- Los equipos organizadores deben lidiar con variables sobre las que no tienen control (se requiere del compromiso de otras áreas del ministerio, espacios y equipamiento dependiente de otras áreas, etc.)
- La utilización del Manual de la OPS genera la necesidad de una asistencia técnica intensa a fin de aclarar un gran número de dudas acerca de las categorías expresadas, la aplicación de los indicadores a nivel local, las fuentes de datos, la comparabilidad de indicadores entre jurisdicciones. El lenguaje técnico del manual y los indicadores presentados no ayudan ya que en muchos casos han sido confeccionados para una realidad de la región de las Américas totalmente diferente a la de las provincias de Argentina.
- Esto último también genera cierta desconfianza en las autoridades políticas quienes ven en esta actividad una finalidad excesivamente técnica y sin relación con sus objetivos de política sanitaria.

Reflexiones sobre la práctica de los talleres

En función de lo anteriormente expuesto, podemos decir que los talleres se pudieron realizar en aquellas provincias donde, en el nivel político y técnico, había una importante valoración de la necesidad de información para gestionar RHUS y un equipo comprometido y con cierta fortaleza para hacerlo.

En estos lugares el taller tuvo éxito y fue muy valorado por los actores involucrados.

En aquellos lugares que esta condición previa no se dio, los talleres se sus-

pendieron en forma sucesiva (contabilizando más de diez suspensiones o retrasos de fechas de talleres).

Los talleres generan una carga de trabajo excesiva para las capacidades de la mayoría de los equipos de las jurisdicciones.

El carácter abierto de las reuniones conspiró contra la realización de los talleres.

En vista de lo antedicho, se propuso reconfigurar esta actividad para lograr resultados en todos los distritos, tendiendo a procesos con menos exigencias desde lo organizativo, menor visibilidad política y apuntando a la generación de información más sencilla y fácil de recabar.

A partir de esta evaluación, se renegocian con el Proyecto Fesp II las condiciones del proyecto, que son aprobadas por el Banco Mundial.

Se implementa una nueva metodología que evita estas dificultades y se suprime la reunión local en taller, dándole preeminencia a la medición técnica con documentación sustentable y asistida y evaluada por el equipo de la DNCHYSO.

La aprobación de los resultados habilita a la provincia a subir los resultados al Observatorio Federal.

Con esta modalidad en el curso del 2015 se presentaron tres líneas de base de las provincias de: Misiones, Santa Cruz y La Pampa. Y cumplieron la etapa 2 del proyecto (actualizaciones) las provincias de Río Negro, Neuquén, Salta, Tucumán y Córdoba.

Resultados Alcanzados

Desafío 1: Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud.

Meta 1: Todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de RHUS de 25 x 10.000 habitantes.

Argentina posee una importante cantidad de RHUS. Solo la cantidad de médicos es de 166.187, o sea 39 médicos por 10.000 habitantes¹¹⁸. En ese sentido la meta de 25 profesionales de salud por 10.000 habitantes es muy baja para el país, lo cual genera que todas las provincias cumplen la metas al 100 %, dificultando de esa manera el análisis más profundo de esta dimensión.

Por otro lado, la elección de médicos, enfermeras profesionales y licenciadas y obstétricas, deja por fuera a un importante número de profesionales de la salud (Psicólogos, Trabajadores sociales, nutricionistas, etc.) que, en Argentina cumplen un importante rol en el cuidado de la salud, especialmente en la Atención Primaria de la Salud.

Un problema de registros que afrontamos (al igual que el SIISA) es que no se toma el número de médicos sino el número de matrículas por jurisdicción. Recordemos que en Argentina, para ejercer una profesión de las que integran el equipo de salud no alcanza con poseer un título que certifique un proceso de formación, sino que cada profesional debe estar registrado por la autoridad competente en la jurisdicción en la que se quiera ejercer. Dicha autoridad entrega una matrícula que es habilitante para el ejercicio profesional. Las instituciones encargadas de la matriculación varían en cada jurisdicción y en cada profesión, pudiendo tratarse del ministerio de salud provincial o los Colegios de Ley. Así, encontramos un amplio abanico de posibilidades en una misma jurisdicción o una misma profesión en varias jurisdicciones.

Este hecho nos hace suponer que el número de matrículas de una jurisdicción es mayor (en un porcentaje aún no determinado) que el número de médicos que en ella están trabajando en el período en cuestión.

Este problema no se da en los profesionales que trabajan en Sistema Público de Salud, el cual cuenta con registros actualizados y confiables.

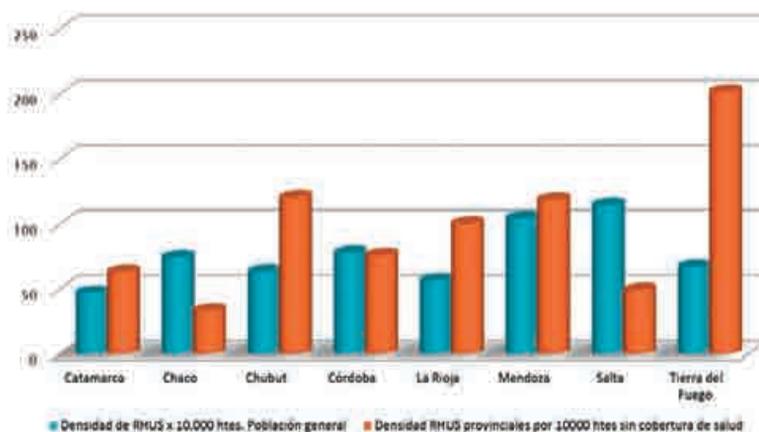
Por estas observaciones, en las provincias relevadas se tomaron ambos datos, generándose indicadores generales y del sistema público. A su vez, en estos últimos se cruzó como denominador a la población total y a la población sin cobertura formal de salud (destinatario privilegiado del sistema público), permitiendo observar las diferencias relativas de oferta de servicios entre las poblaciones citadas según provincias. Siendo este un indi-

118. Datos de Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) al 31-12-2013.

cadador de fortaleza o debilidad del sistema de salud público en el marco del sistema de salud general.

En el *Gráfico 1* se puede observar la heterogeneidad de densidades de RHUS según las provincias, no aparentando que las diferencias sean regionales (si bien deben completarse más provincias para confirmarlo). Se puede destacar que ninguna presenta densidades menores a 40 profesionales matriculados por 10.000 habitantes y que el promedio es de 57 por 10.000.

Gráfico 1 / Densidad de RHUS público y privado por población general y RHUS público por población sin cobertura de salud / Argentina 2013



Fuente: Talleres provinciales

Meta 2: Las proporciones regional y subregional de médicos de APS excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.

Desde hace más de 35 años Argentina desarrolla planes basados en la Atención Primaria de la Salud en sus provincias, especialmente en áreas periurbanas y rurales. En las últimas dos décadas se ha ampliado la cobertura de las áreas urbanas. Sin embargo, el desarrollo de legislación favorable e importantes avances de la APS en las estructuras gubernamentales del área de salud, la distribución del RHUS no pareciera seguir homogéneamente esta tendencia.

En relación con este indicador una dificultad importante se ha dado en la

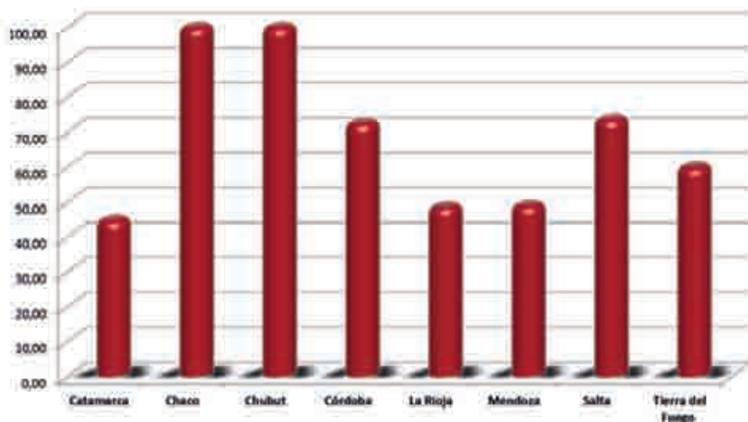
definición de médico de APS ya que la definición del Manual de Seguimiento y Monitoreo da lugar a variadas interpretaciones. Así algunas provincias prefirieron designar APS a los trabajadores de centros de salud sin interacción, otras valorizan el rol de los consultorios externos de los hospitales en la APS y esto es importante cuando nos referimos a hospitales en poblaciones medianas y pequeñas, en muchos casos semirurales. Debido a esto nuestra recomendación ha sido trabajar desde la visión integral que cada provincia tiene de su sistema de salud en relación a la APS, aún a riesgo de tener dificultades en la comparación de cumplimiento de metas.

Otro problema relacionado es la característica de trabajo a tiempo parcial de los médicos en los efectores del primer nivel de atención, que puede ocasionar una sobre estimación de oferta médica en esos efectores.

Existe unanimidad al considerar que los sistemas de atención privada de la salud no realizan acciones en el marco de la APS y que se carece de información sistemática de como se comporta la seguridad social al respecto.

Respecto a la relación entre el cumplimiento de las metas y el indicador objetivo de porcentaje de médicos en APS no se observan diferencias, pero en nuestra opinión en el nivel subnacional el indicador directo permite trabajar mejor estrategias a corto plazo.

Gráfico 2 / Cumplimiento Meta 2 (en porcentaje).



Fuente: Talleres provinciales

Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerable y movilizar redes de la comunidad.

La meta 3 hace especial hincapié en cuestiones relacionadas a la cobertura poblacional, especialmente de grupos vulnerables y el alcance de dicha cobertura. En la práctica, la mayoría de las provincias han relevado este indicador a través de entrevistas a informantes claves por no poseer información objetiva de cobertura, general ni específica por grupo. Es un hecho que todavía Argentina tiene problemas para la nominalización de la población cubierta por servicios de APS y en el caso que exista, no hay sistemas de información que puedan consolidar esos datos.

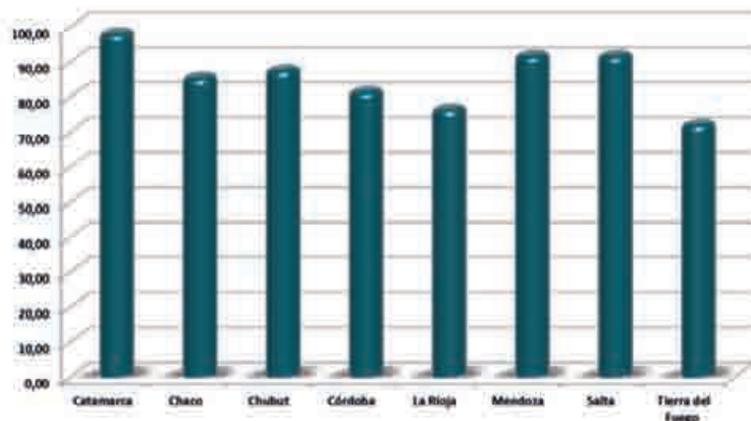
En relación con la definición a su vez, resulta contradictorio establecer objetivos de cobertura universal y medir cobertura focalizada hacia sectores vulnerables. Las preguntas sobre coberturas específicas generalmente son contestadas en forma afirmativa ya que, en más o en menos, todos tienen algún programa que los incluye, sin aclarar el alcance de dicha cobertura.

Creemos que la información recolectada por informantes claves debe ser reemplazada por métodos cuantitativos de evaluación de cobertura y competencias profesionales.

Por todas estas razones, consideramos que la Meta 3 está sobreestimando la cobertura y competencias reales de los equipos de APS de las provincias.

En esta meta no encontramos diferencia entre meta o indicador como instrumento de trabajo. Es nuestro objetivo mejorar la capacidad de medición de competencias de los equipos de APS asociando a este indicador elementos objetivos de cobertura poblacional general y específica.

Gráfico 3 / Cumplimiento Meta 3 / Encuesta de Cumplimiento (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.

La temática de enfermería es de suma importancia en Argentina. Son múltiples los trabajos que intentan dar cuenta de la real situación del sector, ya que generalmente falta información confiable. Pese a ello es generalizada la sensación de que faltan enfermeras y se ha llegado a plantear la “emergencia” en el sector.

La valoración de enfermería en comparación con el personal médico es de vieja data y ha sufrido transformaciones en el tiempo, desde la recomendación de la relación 4:1 a la actual de 1:1 todavía no parece haber un acuerdo relativo a la cantidad de enfermeras por habitante o, eventualmente por equipo de APS.

En ese sentido, en Argentina, que como ya se ha mencionado posee una cantidad de médicos por habitantes similar a la de algunos países europeos, la relación es muy diferente según el subsector del sistema de salud del cual nos ocupemos.

Así, si observamos el sistema en su conjunto vemos un desarrollo muy

heterogéneo por provincia, no teniendo, en apariencia, relación con indicadores de Desarrollo Humano o económico.

Sin embargo, si miramos el indicador desagregado y comparamos el general (que suma público y privado) con el sistema público, podemos apreciar que la relación cambia radicalmente según el subsector.

Esto nos lleva a dos perspectivas: En primer lugar la brecha existente en el sector público no solo es menor sino que en algunos casos supera la meta, permitiendo focalizar correctamente las provincias donde se deben realizar los mayores esfuerzos. En segundo lugar, se observa que en el sector privado el desbalance es mayor y motivo de fuerte preocupación (*Gráfico 4*).

Complementando el análisis, la recolección de datos asociados nos permitió generar información que nos servirá para la planificación de acciones en el campo de la enfermería.

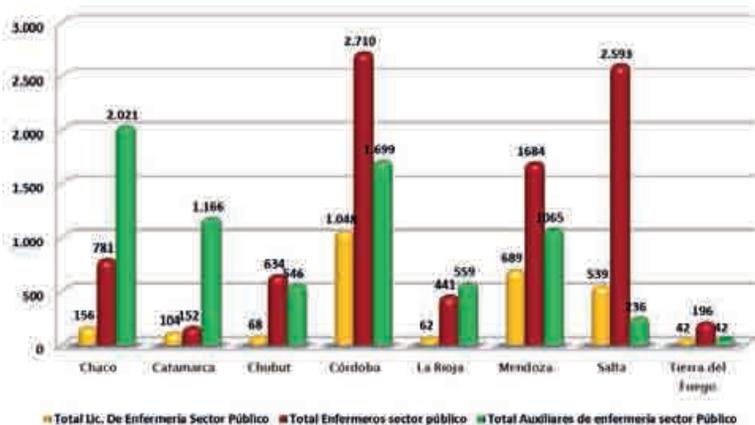
En Argentina, las enfermeras profesionales y licenciadas en enfermería, quienes cuentan con la calificación considerada adecuada para la atención sanitaria de calidad, suman un total de 93.102. Ello arroja una relación país enfermero/médico de 0,56/1, que marca la necesidad de orientar acciones para incrementar la formación de enfermería.

Si incluimos a las auxiliares de enfermería, que entre todas las jurisdicciones suman 86.073¹¹⁹, podemos ver claramente que la profesionalización de dicho recurso permitiría alcanzar la meta de 1:1 en aquellas provincias que no lo han hecho y mejoraría sustantivamente la relación en las otras jurisdicciones.

En una hipótesis de profesionalización del 100 % de las auxiliares existentes hoy en día, el cumplimiento de la meta 4, para el subsector público, quedaría cumplida en casi todos los casos.

119. Ambos datos corresponden a la REFEPS, al 31-12-2013.

Gráfico 4 / Cantidad de profesionales de Enfermería Sector Público según provincia y nivel de formación



Fuente: Talleres provinciales

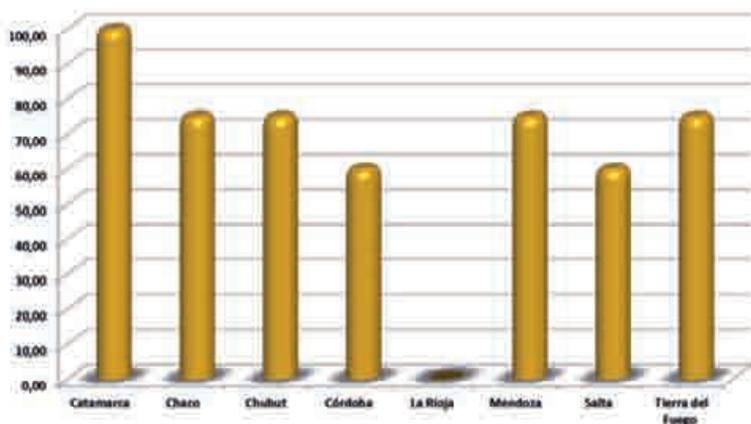
Meta 5: Todos los países de la región habrán establecido una unidad de RHUS responsable del desarrollo de políticas y planes, definición de la dirección estratégica y negociación con otros sectores, niveles de gobierno.

El desarrollo histórico de las unidades de RHUS ha sido muy desparejo en Argentina. Esas disparidades se reflejan en las conformaciones de los equipos de trabajo y las funciones que se le asignan.

Sin embargo, el sistema de recolección de datos de la meta 5 (entrevista a informantes claves) no parece reflejar exactamente la situación real de estas unidades, dado que la mayoría presenta porcentajes elevados, cuando en la práctica, la evidencia muestra que dichas unidades tienen problemas de recursos humanos, sistemas de información y su inserción en la decisión política sobre RHUS no es protagónica. Un caso particular es la provincia de la Rioja, que al no tener oficializada un área de RHUS, definió el cumplimiento de la meta como "0".

De todas formas, este es el contraste de cómo cada unidad se percibe y como es percibida por otros. Este es un tema a trabajar con los equipos y las autoridades de las jurisdicciones.

Gráfico 5 / Encuesta de Cumplimiento Meta 5 Unidad de RHUS



Fuente: Talleres provinciales

Desafío 2: Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

Meta 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.

La diferencia de distribución del RHUS entre áreas urbanas y rurales es un tema de agenda permanente en las provincias del interior de Argentina.

La medición de esta meta se encontró con dos inconvenientes principales: en primer lugar, uno de definición: si bien el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) define como área rural a toda población con menos de 2.000 habitantes, esta definición no siempre resulta útil a los fines de las áreas de salud, ya que por cuestiones de accesibilidad geográfica, de transporte o económicas, la distribución del RHUS en áreas rurales y semi-rurales se definen de otra manera. Por otro lado, es común que efectores de salud que se ubican en áreas urbanas compartan RHUS con áreas periurbanas (por definición INDEC rurales), lo cual dificulta unificar criterios de asignación de recursos.

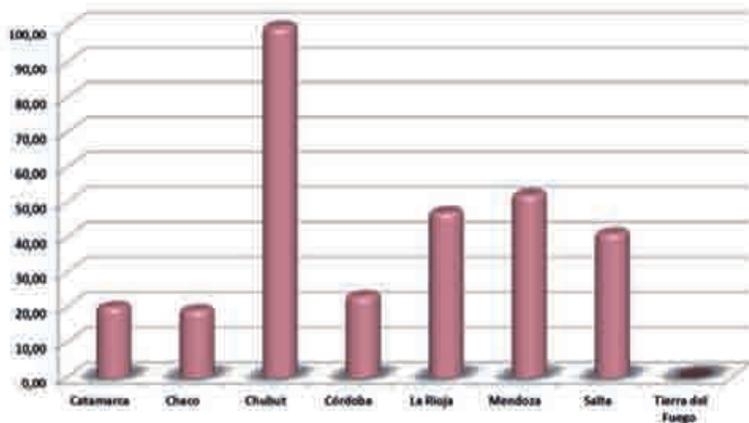
Otro problema fue la falta de una línea de base previa que permita hacer comparaciones en el tiempo. Por ello se decidió tomar esta medición como línea de base y la diferencia entre esta y el objetivo de relación 1:1 rural/urbana como cumplimiento de meta.

Los resultados muestran una significativa desigualdad de densidades a favor de lo urbano, salvo en los casos de la Patagonia, por la relativa falta de población rural.

Se puede observar que, por lo antedicho, no hay diferencias entre el cumplimiento de metas y el indicador en números absolutos.

En relación a las causas planteadas de esta brecha, en general se acuerda que la falta de recursos educativos y dificultades para la vida cotidiana que plantean los lugares rurales genera un desinterés en el personal profesional. Los incentivos económicos moderados (como los que usualmente se ofrecen por “desarraigo”) no alcanzan a compensar las desventajas y el personal destinado abandona el cargo al poco tiempo. Cabe pensar en estrategias de rotaciones de corto plazo o altos incentivos económicos. Otra estrategia es la formación de la propia comunidad, para lo cual es necesario plantearse “cupos protegidos” en las escuelas de salud, con políticas de apoyo concreto con becas, alojamiento y tutorías pedagógicas.

Gráfico 6/ Cumplimiento Meta 6 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Meta 7: Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.

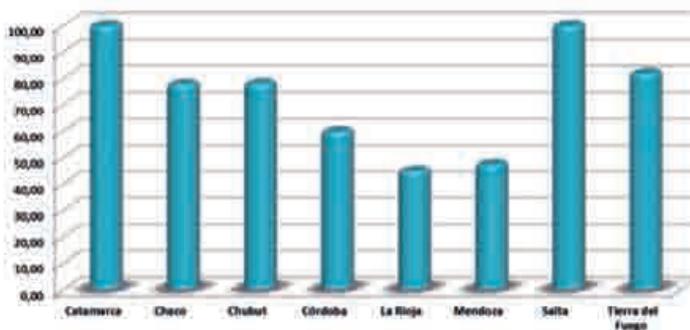
Al igual que en las metas 3 y 5, esta meta se confecciona a través de informantes claves. La determinación de las competencias adquiridas por los equipos es muy subjetiva, en función del informante clave elegido. Cabe señalar que en las provincias citadas el personal no entra originalmente al sistema por concurso, por lo que no hay un requisito previo de competencias específicas por cargo. Por otro lado, es importante aclarar que competencias interculturales no se refieren exclusivamente a aquellas que nos permiten trabajar con pueblos originarios, ya que en Argentina se interpreta esta meta así lo cual, a veces, generó subregistro.

El *Gráfico 7* muestra el carácter heterogeneo de la medición de la meta 7. En nuestra opinión es poco comparable interprovincialmente debido a los dispares criterios y evaluaciones utilizados.

Algunas provincias han incorporado la evaluación de desempeño en la carrera profesional, realizada por sus autoridades inmediatas (son minoría en el país).

Es importante sensibilizar al resto de los referentes provinciales sobre la necesidad de generar un sistema permanente de evaluación de desempeño para identificación de necesidades de capacitación. El mismo debería tener características de evaluación en servicio, con criterio objetivos de evaluación y en relación con los requisitos del puesto (lo que implica determinar estos previamente).

Gráfico 7 / Cumplimiento Meta 7 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Meta 8: 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

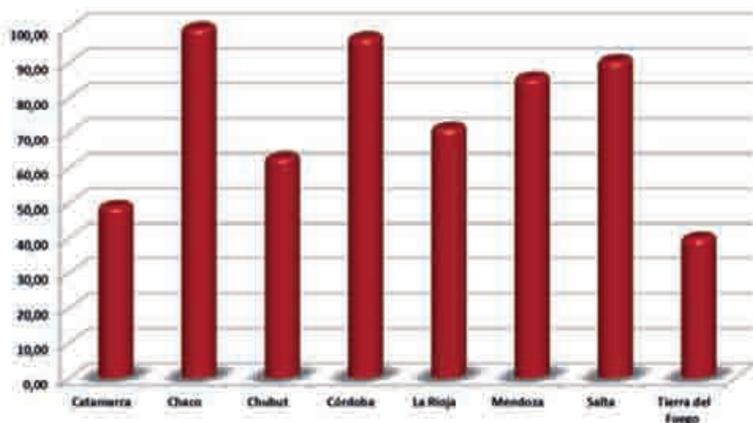
En esta meta encontramos el mismo problema que en la anterior: distintos criterios de evaluación y falta de requisitos por puesto de trabajo. A esto hay que agregar una dificultad adicional, ya que aquí se están mezclando categorías que, en términos de fuerza de trabajo, en Argentina son bien diferentes: por un lado las auxiliares de enfermería, un Recurso Humano con una formación de nueve meses (nivel Formación Profesional I), por otro los técnicos en salud, Técnicos superiores con una formación mínima de tres años (nivel Educación superior no universitaria o universitaria) y finalmente los agentes comunitarios de salud que actualmente no tienen un nivel de formación equivalente en todo el país (en general es formación profesional nivel I, pero varía de provincia a provincia).

Estas diferencias marcan que los requisitos (competencias) por puesto de trabajo son muy diferentes y sus necesidades de capacitación también lo son. Por lo tanto el agruparlos no parece conveniente a la hora de definir estrategias de desarrollo de RHUS.

Los resultados encontrados difieren entre provincias por los problemas citados y, en este caso, denotan el déficit de registro de las capacitaciones que tanto el profesional de grado como el auxiliar o técnico tienen. No existe un sistema de registro de capacitaciones (ni de las individuales ni de las realizadas propiamente por el Estado Provincial o Nacional). Encontramos una interesante experiencia en la Provincia de Córdoba: allí la carrera profesional hospitalaria incorpora de forma obligatoria las capacitaciones realizadas y esto genera puntaje para el ascenso en la carrera. Esto genera un estímulo positivo tanto para la capacitación como para el registro del mismo en la base de datos provincial.

Los resultados vuelven a mostrar heterogeneidad en los resultados, en función de las respuestas por informantes claves. Respecto a la realización de encuestas, ya sea censales o muestrales, son de suma dificultad para las jurisdicciones debido al escaso personal disponible para la realización del documento de línea de base. Es importante sensibilizar al resto de los referentes provinciales sobre la necesidad de generar un sistema de registro permanente de capacitaciones del RHUS, atado a su desarrollo en la carrera.

Gráfico 8 / Cumplimiento Meta 8 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Meta 9: El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.

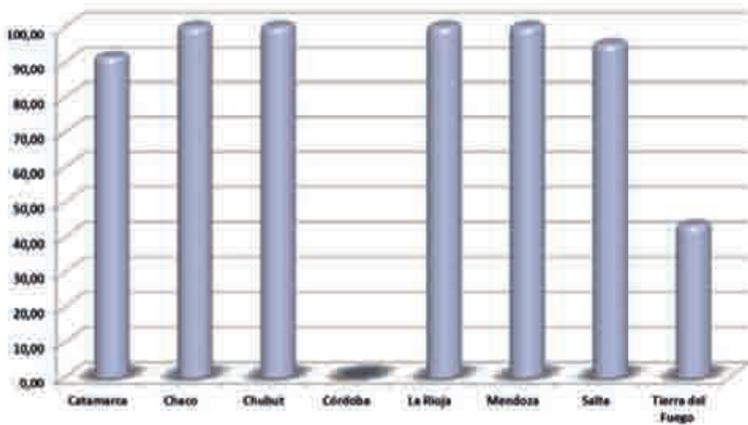
La meta 9 nos presenta una dificultad de registro ya que en ninguna provincia el legajo personal del empleado registra la localidad de nacimiento del RHUS. Generalmente se registra la provincia y, a veces, el departamento. Por lo tanto el indicador de esta meta se construyó tomando a la provincia como lugar de nacimiento.

Así, los resultados muestran que en general en la mayoría de las provincias su fuerza de trabajo es oriunda de la propia provincia. Un estudio más pormenorizado muestra que aquellas provincias que menos instituciones formadoras de RHUS tienen son las que menos fuerza de trabajo oriunda tienen. Merece especial atención la provincia de Tierra del Fuego (la más joven de las provincias argentinas) ya que la mayoría de su población no es nativa de su provincia y su indicador lo muestra claramente.

Otro aspecto a desarrollar en este punto es que es evidente que la brecha encontrada entre densidades de RHUS rurales y urbanas tiene en su génesis la falta de personal oriundo de su localidad, esto debido a la dificultad de formación local por problemas de accesibilidad geográfica, cultural y económica. Se plantea nuevamente la necesidad de generar ofertas edu-

cativas “protegidas” para estas poblaciones, que tiendan a disminuir estas barreras al acceso y a promover trayectorias exitosas que deriven en recursos humanos adecuados en áreas rurales.

Gráfico 9 / de Cumplimiento Meta 9 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Desafío 3: Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración puedan conservar su personal de salud y evitar carencias en su dotación.

No aplica para la medición de línea de base provinciales.

Desafío 4: Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

Meta 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.

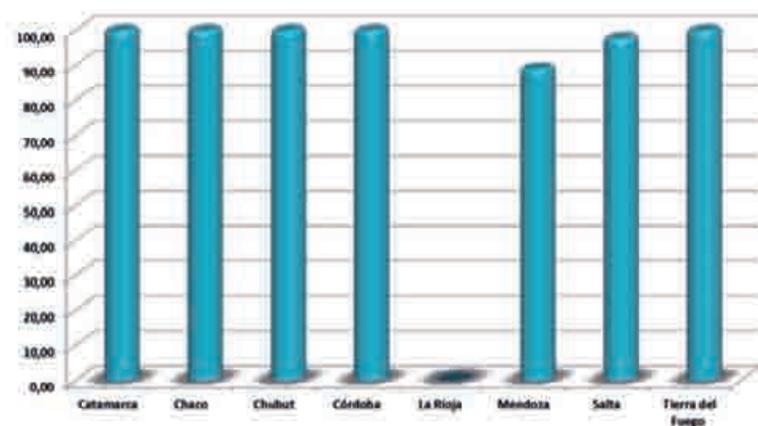
El registro de este indicador se ha realizado solo para el subsector público, pues al igual que la mayoría de las metas, se desconoce la situación de los subsectores privado y de obras sociales. El mismo presenta como proble-

ma la falta de línea de base previa para indicar el descenso indicado (salvo un par de provincias). Por otro lado, el indicador solo expresa una relación entre empleo precario y formal. De esta manera se tomó como indicador el porcentaje de empleo precario existente a la fecha y según la provincia dos criterios: 1) Tener empleo precario por debajo del 5 % de la nómina y 2) haber realizado políticas que generaron descenso de la tasa en más del 50 %.

Así podemos observar que las provincias del Chaco, Mendoza y la Rioja presentaron políticas activas de reducción del empleo precario, aunque actualmente todavía conserven valores altos de tasa. En el caso de las otras provincias, sus políticas son de mayor data y se encuentran por debajo del 5 %.

En nuestra lectura, los resultados muestran que este no es un problema de políticas de RHUS en Argentina.

Gráfico 10 / Cumplimiento Meta 13 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

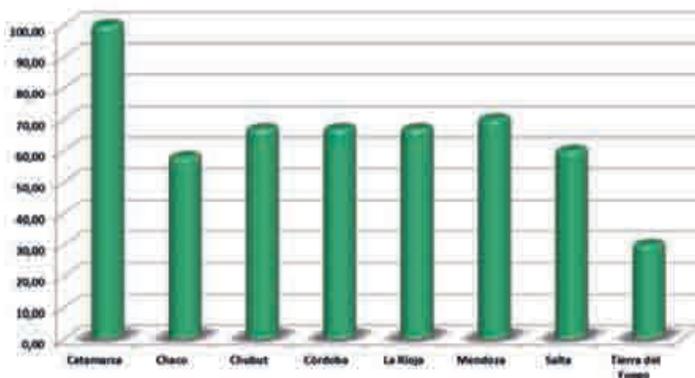
Meta 14: 80% de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.

Este indicador también se realiza por entrevista a informantes claves de

los ministerios. El resultado resalta que la mayoría de los trabajadores del sistema público de salud está cubierta por legislación apropiada y cobertura de aseguradoras de riesgo de trabajo y cobertura social.

Las diferencias se dan en el cumplimiento efectivo de las normas y equipamientos de seguridad en las instituciones públicas (del privado, nuevamente, no se tiene información). Por lo tanto los niveles intermedios de cumplimiento de metas se deben fundamentalmente a la falta de cobertura y no a la inexistencia de normas.

Gráfico 11 / Cumplimiento Meta 14 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

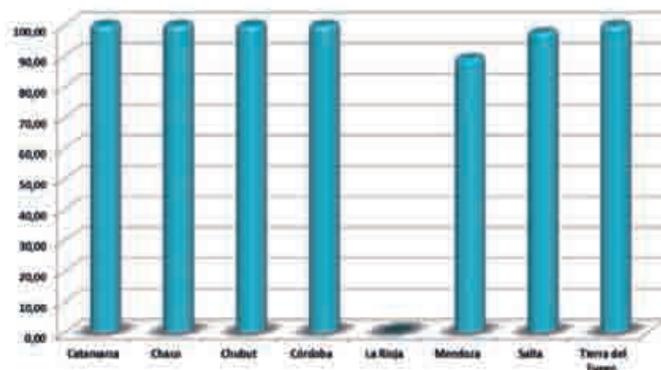
Meta 15: Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.

El cumplimiento de esta meta se realizó por encuesta y los encuestados fueron, en general, las más altas autoridades del ministerio de salud provincial hasta el rango de director de hospital.

La especialidad en salud pública no es un requisito indispensable para ser funcionario del gabinete de salud. Sin embargo en los últimos 15 años en Argentina se popularizaron los cursos de salud pública entre los médicos, especialmente aquellos que quieren hacer carrera en la gestión de salud. Igualmente, los resultados muestran heterogeneidad en las situaciones provinciales, con algunas con un largo camino a recorrer todavía. Estos resultados generaron la idea de hacer cursos a niveles gerenciales, de forma

obligatoria, especialmente donde los resultados fueron más bajos.

Gráfico 12 / Cumplimiento Meta 15 (en porcentaje)

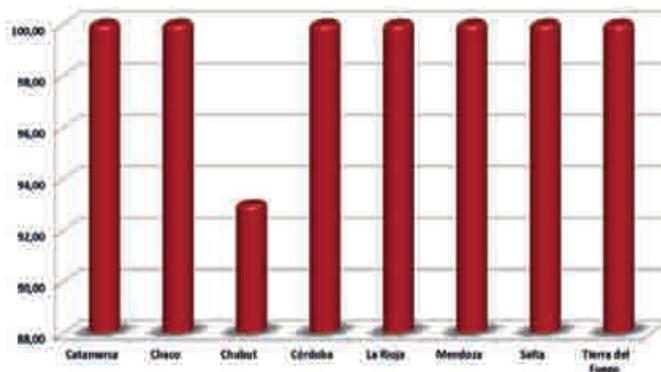


Fuente: Talleres provinciales

Meta 16: El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

La meta 16 se realizó con base en entrevistas a informantes claves y revisión de normas vigentes. El resultado demuestra que existen en forma generalizada normativas tendientes a resolver conflictos de trabajo y garantizar la prestación de servicios esenciales. El tema normativo no es un problema en Argentina.

Gráfico 13 / Cumplimiento Meta 16 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Desafío 5: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados.

Meta 17: El 80 % de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de la salud y las necesidades de la salud del país, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

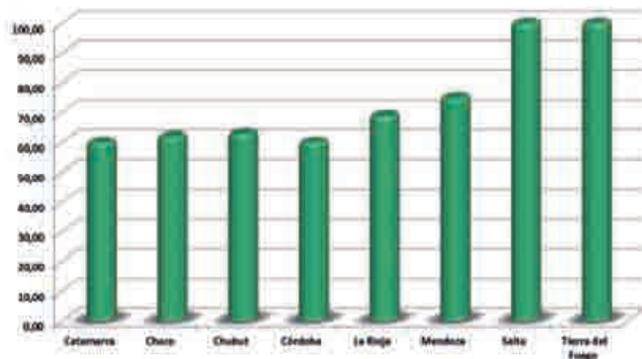
La meta 17 también está realizada en base a entrevistas a informantes claves de las entidades formadoras de RHUS. Como se puede observar en los gráficos, los resultados son de moderados a buenos, en términos de cumplimientos de metas. Esto se debe a procesos de cambio de currículo en varias de las entidades formadoras en los últimos años.

El debate se genera en torno al impacto que esos cambios han tenido respecto al perfil y capacidades de los egresados de las carreras involucradas, ya que la “sensación” (en términos de opiniones que no pueden ser avaladas por estudios más profundos) de las jurisdicciones es que todavía no se verifican los cambios de perfil deseados.

Por otro lado no está formalizado, por parte de las jurisdicciones de salud, ese perfil deseado, lo cual dificulta el dialogo Ministerios de salud entidades formadoras. Respecto a esto último, también vale decir que hay una contradicción importante entre lo planteado por los ministerios de salud y lo requerido por el mercado privado y de obras sociales, actores que nunca están en la mesa de discusión, pero que determinan, por vía del mercado, el tipo de formación.

Por estas razones, más allá de los resultados de la medición es importante generar espacios permanentes de vínculo de todos los sectores involucrados bajo la rectoría del Estado provincial a fin de generar cambios a mediano y largo plazo.

Gráfico 14 / Encuesta de Cumplimiento Meta 17 (en porcentaje)

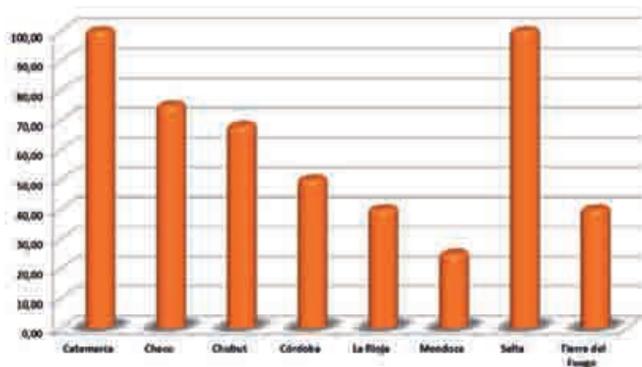


Fuente: Talleres provinciales

Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades indígenas.

La meta 18 se realizó por medio de informantes claves de las entidades formadoras de RHUS. Los resultados fueron heterogéneos y esconden diferencias entre los criterios de respuesta de cada jurisdicción. Al no estar especificado una medida de volumen o cantidad (ya sea absoluta o en relación con la totalidad de los alumnos) de los programas mencionados, la sola existencia de un programa, por mínimo que sea, generaba una respuesta positiva a la cuestión. Futuras mediciones deben fijar proporciones mínimas para dar mayor validez a la meta.

Gráfico 15 / Encuesta de Cumplimiento Meta 18 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Meta 19: Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.

La meta 19 se desarrolló en base a entrevistas a informantes claves y relevamiento de información institucional de las entidades formadoras. El principal problema encontrado es que prácticamente no existen seguimientos de cohorte que nos permitan medir fehacientemente los niveles de desgranamiento en las carreras de salud (ya sean universitarias o no universitarias). Por lo tanto lo que se miden son cálculos de ingresos versus egresos de años seleccionados, salvo algunas excepciones.

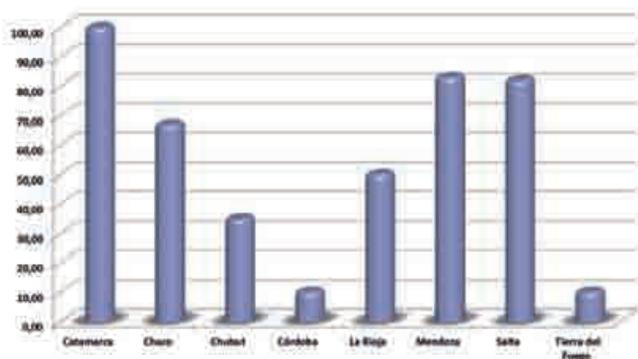
Los resultados se muestran heterogéneos y mezclan entidades formadoras de grado y pregrado (superior univ. y no univ.) lo cual le quita especificidad al relevamiento.

Hechas estas salvedades se puede observar que el desgranamiento en las carreras de salud es un problema vigente, reconocido por las entidades formadoras, y para el cual todavía no se han instrumentado políticas formales.

Es importante señalar que el Estado provincial debería ser parte de la solución de este problema y no verlo como un problema ajeno, del sistema educativo, ya que las consecuencias del mismo impactan en el sistema de salud generando falta de recurso humano en áreas críticas.

Es necesario instrumentar sistemas de seguimiento de trayectorias educativas en forma sistemática, permanente e informatizada para mejorar la calidad de la información en este tema.

Gráfico 16 / Encuesta de Cumplimiento Meta 19 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

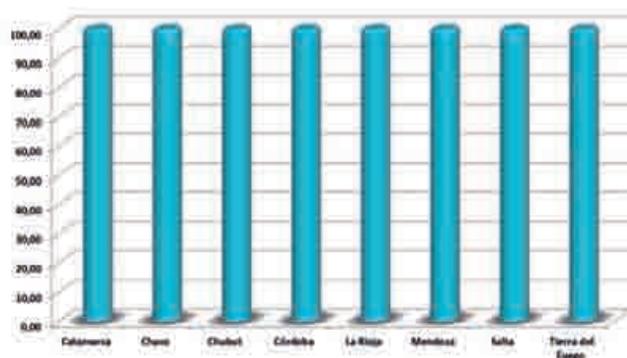
Meta 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

La meta 20 se realizó relevando las acreditaciones de las entidades formadoras de recursos humanos. En Argentina las universidades deben estar acreditadas por la CONEAU. La Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria es un organismo descentralizado que funciona en jurisdicción del Ministerio de Educación de la Nación. Su misión institucional es asegurar y mejorar la calidad de las carreras e instituciones universitarias que operan en el sistema universitario argentino por medio de actividades de evaluación y acreditación de la calidad de la educación universitaria.

La acreditación se da en el 100 % de las entidades relevadas.

Las entidades Superiores no universitarias no son acreditadas sino que funcionan bajo la supervisión y control de los estados provinciales en función de la Ley Nacional 26.058 de Educación Técnico Profesional y la ley Nacional 24.521 de Educación Superior.

Gráfico 17 / Cumplimiento Meta 20 (en porcentaje)



Fuente: Talleres provinciales

Participantes del Taller de Medición de Metas – Abril 2010

Grupos para el taller	
<p>Grupo 1 / Políticas y Dotación de RHUS y APS (Desafío 1 y 2)</p> <p><i>Alexandra Escobar, consultora externa (OPS/OMS)</i></p>	<p>Elida Marconi (Dirección Estadística Información Sanitaria [DEIS / MSAL]) Marina Koury (Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud) Carlos Guebel y equipo (DEIS) Mirna Veronelli (Chaco) Cristina Aldini, Daniel Sticotti (DINIECE) Graciela Molino (CIE / ME) Ana Speranza y equipo (Dirección Maternidad e Infancia / Msa) Diana Juárez y equipo (Programa Médicos Comunitarios)</p> <p>Coordinadores: Guillermo Williams / y Alejandro Valitutti (DNChySO)</p>
<p>Grupo 2 / Migraciones de RHUS (Desafío 3)</p> <p><i>Margarita Velasco, consultora externa (OPS/OMS)</i></p>	<p>Carolina Eymann (Cancillería) Silvina Aranovich (Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud) Pamela Pérez (San Juan) Sebastián Tobar, Sergio Madera (Dirección Nacional de Relaciones Sanitarias)</p> <p>Coordinador: Ana Heredia (DNChySO)</p>
<p>Grupo 3 / Condiciones de Trabajo de los RHUS (Desafío 4)</p> <p><i>Judith Sullivan – Consultora Regional (OPS/OMS)</i></p>	<p>María Pinto, Adriana Lozano (Depto. Salud Ocupacional), Daniel Álvarez Garmendia (Tucumán), Héctor Nieto (Superintendencia de Servicios de Salud y Riesgos del Trabajo) Héctor Palomino y Lucila Baidi (Ministerio Trabajo),</p> <p>Coordinador: Ezequiel Craveró (DNChySO)</p>
<p>Grupo 4 / Relaciones Servicios e Instituciones Formadoras (Desafío 5)</p> <p><i>Déborá Yanco (OPS/OMS) Representación Argentina</i></p>	<p>Celina Curti, Natalia Bouch (CIE ME), Eduardo Burnaschy (CONEAU), Inés González (Relaciones Internacionales ME), Gustavo Peltzer, (INET) María Cristina Rizzo (Neuquén) Hilda Velásquez (AEUERA) Martín Gill (CIN), Héctor Saurét (CRUP)</p> <p>Coordinador: María del Carmen Cadile (DNChySO)</p>



