La formación de los Recursos Humanos de Salud. 2016-2019

DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO

COBERTURA UNIVERSAL de SALUD

Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Autoridades

PRESIDENTE DE LA NACIÓN
Ing. Mauricio Macri

MINISTRA DE SALUD
Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN
Dra. Carolina Stanley

SECRETARIO DE GOBIERNO DE SALUD
Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

SECRETARIA DE REGULACIÓN
Y GESTIÓN SANITARIA
Dra. Josefa Rodríguez Rodríguez

SUBSECRETARIO DE CALIDAD,
REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN
Dr. Javier O'Donnell

DIRECTOR NACIONAL DE CAPITAL HUMANO
Dr. Marcelo García Diéguez

COORDINADORA DE POLÍTICAS
DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD
Dra. Cintia L' Hopital

COORDINADORA DE FORMACIÓN
DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD
Dra. Roberta Inés Ladenheim

Integrantes del equipo de trabajo de la Dir. Nacional de Capital Humano

Andrade Anabel
Aranda Coria Silvia Elizabeth
Arceri Tatiana
Avellaneda Rosana
Cadile María del Carmen
Caffarena Walter
Cavalieri Mariana
Chera Silvia Gisela
Citate Julieta
Cumo Analía
De Socio Daniel
Deguer Carolina
Delgado Leonel
Dursi Carolina
Farias Pablo Daniel
Fernández Daniela Liliana
García María José
Garcia Carolina
Gilligan Clara
Goldman Ariana
Goyechea Laura
Luna Maria Eugenia
Martínez María Catalina
Migoni Patricia Florencia
Perez Pereyra Facundo
Prizze Ana Clara
Quiroga Malena
Riquelme Érica
Ruiz Ana Julia
Rujinsky Sabrina
Sánchez Toledo Adriana
Skoumal Gladys
Suarez Cristian
Venezziale Gustavo
Zamboni Lucas Milton

Editores

García Dieguez Marcelo
L'hopital Cintia
Ladenheim Roberta

Diseño

Pérez Pereyra Facundo

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano
La formación de los recursos humanos de salud 2016-2019 / 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-950-38-0279-3

1. Recursos Humanos En Salud. 2. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. I. Título.
CDD 610.6

Índice

P. 11 Prólogo. Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

P. 15 Prefacio. Dr. Marcelo García Diéguez

P. 19 1. Estado de situación de la formación en salud y la regulación de las carreras de salud.

P. 31 2. El ingreso a la formación en servicio: una política de equidad para el acceso a la formación de especialistas.

P. 33 2.1. Examen único Federal

P. 58 2.2. Concurso Unificado

P. 65 2.3. La población de profesionales extranjeros en el Examen Único de Ingreso a Residencias. Período 2016-2019.

P. 89 3. Las políticas intersectoriales de Salud-Educación para la formación de RHUS

P. 91 3.1 El trabajo intersectorial a través de la mesa de articulación Salud-Educación

P. 93 3.2. Estrategias para el fortalecimiento de la formación y la retención de los profesionales del primer nivel de atención

P. 113 3.3 Articulación de la práctica final obligatoria y el 1er año de residencia en medicina familiar y/o general: propuesta de un proyecto piloto

P. 123 4. Las políticas de fortalecimiento de la calidad de la formación

P. 125 4.1. Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

P. 161 4.2. Desarrollo de la Guía de Evaluación de Escenarios Formativos en el Primer Nivel de Atención.
Educación Permanente: una estrategia para la transformación de las prácticas de los recursos humanos en salud.

P. 183 5. Gestión del conocimiento

Prólogo

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

En la Argentina, el acceso a la salud es universal. Esto significa que todas las personas tienen derecho a utilizar los servicios de salud sin costo alguno, en cualquier punto de atención del sistema público; sin embargo, cobertura efectiva no es cobertura nominal, sino la posibilidad de acceder a los servicios con efectividad, equidad y calidad

Uno de los objetivos de esta gestión es mejorar ese acceso a una cobertura sanitaria efectiva y la principal limitación a esta accesibilidad está dada por la disponibilidad de equipos de salud en todos los lugares y para todas las personas. Por este motivo, uno de los ejes principales de la implementación de la cobertura universal de salud es la aplicación de una estrategia de salud familiar y comunitaria. El componente de la salud familiar y comunitaria -estructurada desde la atención primaria de la salud- es uno de los canales que permitirá fortalecer la implementación de la Cobertura Universal de Salud (CUS) a través de procesos de trabajo en los que los equipos de salud tengan población nominal a cargo y trabajen sobre líneas de cuidados y estándares de seguimiento.

En ese sentido, es necesario trabajar en el cambio de la formación de recursos humanos en aspectos que hacen a las residencias médicas y de otras profesiones. Esto requiere de diferentes intervenciones y estrategias, que se enfocan en soluciones de corto plazo como reorientar el perfil profesional para que esté alineado con la estrategia de cobertura y otros de más largo plazo.

Entendemos que la formación como política sanitaria no solo debe orientarse a la adquisición o la mejora de las competencias,

sino que debería cambiar la práctica para permitir el cambio en el modelo de atención, es decir, la manera en que los profesionales realizan su quehacer cotidiano. Es un camino más largo pero de resultados más duraderos.

Todas estas políticas requieren disponer de información válida y confiable que asista a los tomadores de decisiones y criterios de calidad que orienten la formación especializada. La rectoría sobre los sistemas claves de formación, como el Sistema Nacional de Residencias y el fortalecimiento de la especialidad medicina general y o familiar a través de distintas líneas de trabajo fueron una prioridad para esta Secretaria de Gobierno de Salud.

Este conjunto de estrategias destinadas al sector salud deben necesariamente articularse con el sector educación y, en esta gestión, se ha realizado un fructífero trabajo conjunto que ha dado a luz varias de las propuestas que se describen en los capítulos siguientes.

La presente publicación da cuenta de la visión y los resultados de las intervenciones de la Dirección Nacional de Capital Humano orientadas a fortalecer el capital humano en salud.

Dr. Marcelo García Diéguez

Prefacio

Una de las debilidades en la concreción de políticas sanitarias es contar con los recursos humanos de calidad, en el número y lugar adecuado para su ejecución.

La Dirección Nacional de Capital Humano, desde largo tiempo, ha generado políticas tendientes a fortalecer el recurso humano, dotarlo de las competencias necesarias, contar con información confiable para la toma de decisiones a través de acciones concretas que se han continuado a lo largo de diferentes gestiones.

Esta Dirección es un acabado ejemplo de políticas de estado, entendiendo estas como aquellas políticas que forman parte de las estrategias centrales de un país. Son aquellas políticas que no varían a pesar del color político-ideológico de cada gobierno y son sostenidas en tiempo. La mayor dificultad para esto es encontrar los consensos necesarios entre los actores del sistema, y eso también ha sido posible en base a la amplia convocatoria, exenta de sesgos que se generaron en cada consulta, en cada grupo de trabajo, a lo largo de diferentes gestiones. El secreto de las políticas de estado es que se orientan al futuro, construyen paso a paso sus líneas estratégicas y evitan constreñir sus miradas al tiempo de duración de una gestión.

Por eso este libro intenta ser un resumen de las acciones, de un periodo determinado, pero no pudiendo evitar dar cuenta de las acciones previas sobre las que se sustenta. En él se abordan los ejes de formación, con especial énfasis en la primera etapa de formación de profesionales. Se aborda la necesaria interacción entre salud y educación para potenciar las acciones relacionadas a esta formación y los aspectos relacionados a la calidad de formación. Finalmente se recorre la gestión del conocimiento, sustento necesario para la toma de decisiones informadas.

En la primera sección se hace un análisis de toda la información de formación de profesionales de salud, así como la relación entre el numero de graduado y las necesidades. Se repasa el rol de la acreditación de las carreras de grado como forma de garantizar la calidad de formación de los profesionales.

En la segunda sección se analiza en profundidad el ingreso a las residencias medicas, tanto los aspectos de gestión y de calidad del examen, como el involucramiento de nuevas instituciones y distritos que marcan su crecimiento en esta etapa de gestión. También se da una mirada la información de los postulantes, Y se profundiza sobre la presencia de extranjeros en esta etapa formativa.

En la tercera sección se pone a la luz los frutos de políticas coordinadas entre Salud y Educación lo que permite buscar soluciones creativas para incrementar la elección de especialidades necesarias para dar respuesta al incremento la cobertura universal en salud. Tanto a través de la reorientación de perfiles profesionales, como en la garantía de la calidad en los escenarios de formación, o en los incentivos económicos para especialidades priorizadas.

En la cuarta sección se repasa todo el crecimiento de los sistemas de fortalecimiento de la calidad de formación centrados en dos ejes. Por un lado, las residencias con los marcos formativos y las acreditaciones de sedes. Por otro, un gran logro de esta etapa, la integración de capacitaciones de Salud a través del Sistema de Gestión Integral y Registro de la Formación y Capacitación de los Equipos de Salud. Este proceso que permitió armonizar las propuestas buscando ejes comunes orientados a la necesidades y las políticas globales.

Finalmente, la ultima sección se aboca a repasar la gestión del conocimiento y el rol del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud con su rol clave en la provisión de información confiable para la toma de decisiones. Información producida a través del análisis de diferentes fuentes primarias, pero también el rol proactiva en la búsqueda de respuesta que ha significado la creación de las Becas de investigación en Educación de RHUS y el desarrollo de investigaciones sobre temas claves.

En suma, el libro de cuanta de un enorme trabajo de profesionales comprometidos con la tarea y con los objetivos de la Dirección, que junto con una serie de Directores y Coordinadoras, que condujeron diferentes etapas, entienden que el desarrollo del

capital humano necesario para dar cuenta de las necesidades sanitarias solo es posible si se tienen visiones compartidas y estrategias de largo plazo. En las que cada periodo de gestión debe contribuir por medio del fortalecimiento de los logros previos, y la colocación de nuevos ladrillos en esta construcción, que la hagan mas perdurable y pueda sustentar nuevos proyectos de desarrollo.

1. Estado de situación de la formación en salud y la regulación de las carreras de salud.

Julieta Citate // Mariana Cavalieri // Carolina Dursi

Durante la gestión, la intervención en las políticas sanitarias se focalizó en trabajar de manera articulada y consensuada con la cartera de educación sobre distintos ejes, entre los cuales se destacan: la articulación de las carreras de grado y el posgrado en salud; las carreras de grado que requieren ser reguladas por el Estado en tanto comprometen el interés público; la vida y la salud de la población; y el fortalecimiento de las especialidad de medicina general y/o familiar dada su relevancia para la implementación de la estrategia de la Cobertura Universal de Salud.

En este apartado, se presentan los datos disponibles sobre la formación en los distintos niveles. Esta información ha servido de base para las acciones llevadas a cabo en este período, las cuales serán descriptas en los siguientes capítulos de esta publicación.

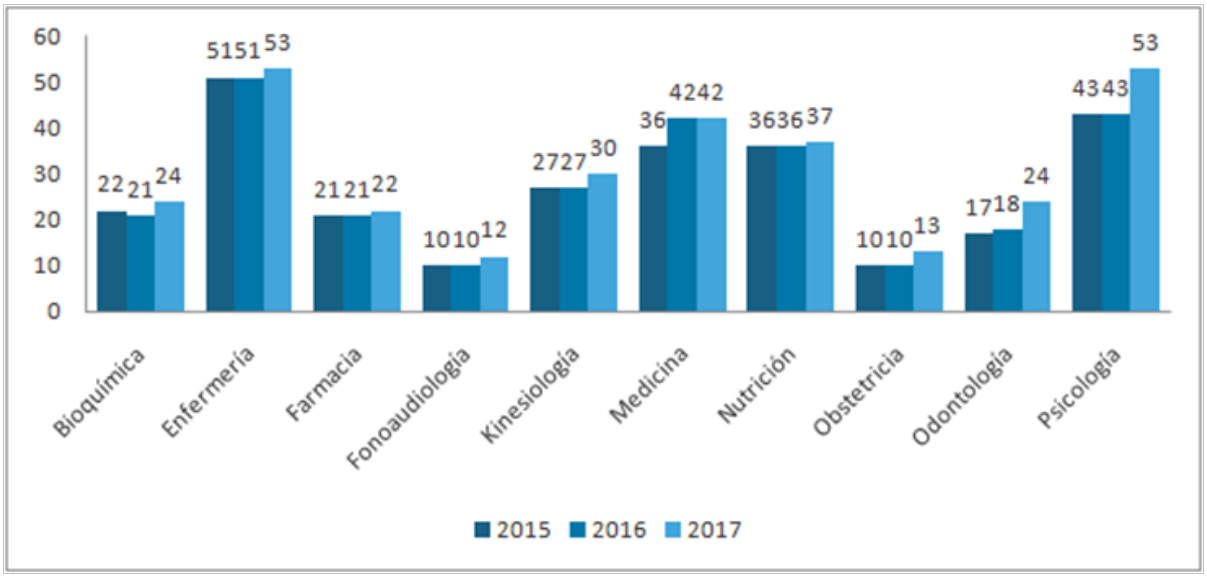
Situación de las Carreras de grado en salud

Los datos sobre la formación de grado permiten establecer un estado de situación para cada una de las carreras de salud y, con ello, armar distintas series de información relativa tanto a las carreras (evolución de las carreras, distribución regional, cantidad de carreras comprendidas por sector público o privado) así como a las personas (evolución de ingresantes y egresados, proporción de mujeres y varones, proporción de extranjeros). En esta oportunidad, se presentarán datos relacionados con las carreras.

Los datos son proporcionados anualmente por la Dirección de Información Estadística del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología a partir de un requerimiento especial del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (OFERHUS) y tienen una fecha diferida de dos años.

A continuación se presenta una síntesis sobre las carreras de grado de salud para los años 2015-2017, en la que se incluyen únicamente las carreras completas, es decir que no se consideran los tramos intermedios ni del pregrado ni de los ciclos de complementación para obtener la licenciatura. Tampoco se incluyen las sedes de las instituciones.

Gráfico 1. Cantidad de carreras de grado de Ciencias de la Salud en Argentina. Años 2015-2017



Fuente: Elaboración OFERHUS Dirección Nacional de Capital Humano. Secretaria de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Con base en datos proporcionados por el DIU – MECCYT. 2019

Durante el 2017, el crecimiento de carreras de salud más significativo fue en Psicología y en Odontología. En el caso de Odontología, las 6 nuevas ofertas de formación corresponden a instituciones de gestión privada de la región centro. Mientras que en Psicología, se abrieron 11 nuevas carreras distribuidas entre instituciones de gestión nacional (2 en la región Patagonia, 1 en región Cuyo y 3 en región Centro), provincial (2 en región Centro) y privada (3 en región centro) y cerró 1 oferta en La Rioja conformando un total de 10 nuevas carreras.

Esta información, en conjunto con los datos provenientes del sistema nacional de residencias, conforma un insumo para la planificación de las necesidades de los recursos humanos del sector en nuestro país.

Oferta para la formación de especialistas en servicio

La residencia refiere a un sistema de formación en una especialidad 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 oscila entre los tres y cinco años de duración dependiendo de la especialidad, se sostiene en base al cumplimiento de requisitos académicos de presentismo y evaluación por parte del residente.

En Argentina, la mayor parte de las residencias se financia desde los ministerios de salud provinciales o la secretaría nacional. Existen también residencias de financiamiento público 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), aunque son minoritarias numéricamente. Del mismo modo, algunas instituciones privadas ofrecen esta formación.

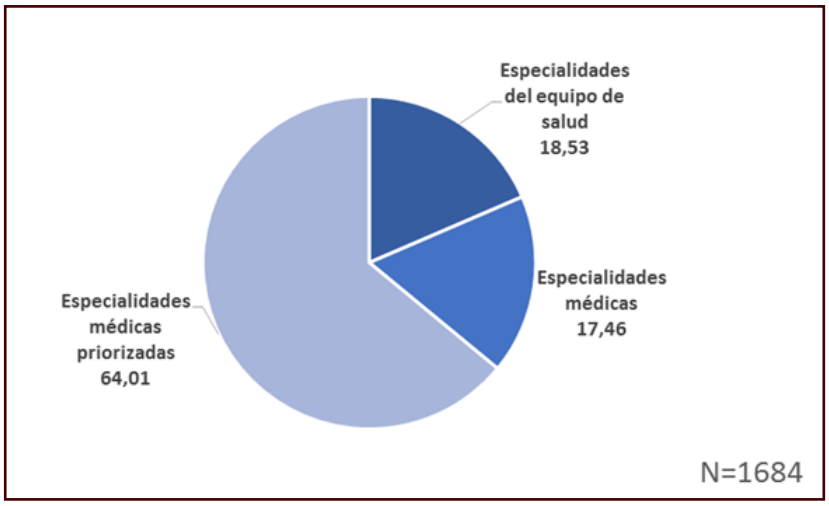
En relación con el financiamiento público, coexisten en el país diferentes situaciones: algunas provincias sólo cuentan con cargos nacionales, en otras coexisten los nacionales, los provinciales y los municipales y hay un tercer grupo de provincias sin financiamiento nacional (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Neuquén).

Las residencias de la Secretaría de Gobierno de Salud se desarrollan tanto en las instituciones descentralizadas y los institutos desconcentrados de su dependencia como en los centros de formación dependientes de las provincias. La distribución de cargos entre las provincias se realiza en forma conjunta, de acuerdo con las necesidades y la capacidad formadora de las sedes.

En el gráfico que sigue, se presenta la distribución de la oferta de estos cargos para residencias de acuerdo al tipo de especialidad: especialidades médicas priorizadas por COFESA, otras especialidades médicas y especialidades del equipo de salud. Como puede observarse, el 64% de los cargos ofrecidos son para la formación en especialidades priorizadas del primer nivel de atención y del área crítica.

Gráfico 2.
Distribución de la oferta de cargos de residencias nacionales por tipo de especialidad, para residentes de primer año y jefes/as de residencia. Año 2019.

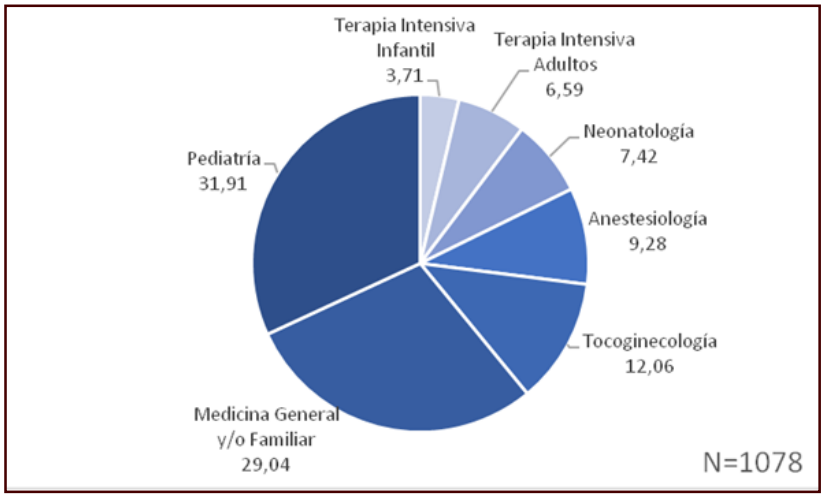
Fuente: Elaboración OFERHUS, Dirección Nacional de Capital Humano. Secretaria de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.



Ello se debe a que en el año 2008, el Consejo Federal de Salud (COFESA) expresó su preocupación por la dificultad para incorporar residentes en algunas especialidades consideradas prioritarias en relación la necesidad de recursos humanos en salud: 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). De este modo, a partir de 2009 se incrementó la oferta de cargos nacionales para la formación en ellas.

Gráfico 3.
Distribución de la oferta de cargos de residencias nacionales, para residentes de primer año y jefes/as de residencia, correspondientes a especialidades priorizadas por COFESA. Año 2019.

Fuente: Elaboración OFERHUS, Dirección Nacional de Capital Humano. Secretaria de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.



El gráfico precedente muestra la distribución de los cupos que se ofrecen en las especialidades del primer nivel de atención y del área crítica. Las primeras reúnen el 73% del total, lo que se encuentra en concordancia con las políticas de la gestión en relación con la estrategia de la CUS.

Situación de las carreras de salud reguladas por el Estado (Art. 43 LES 24521)

La Ley de Educación Superior establece en su artículo 43, la regulación por parte del Estado de aquellas carreras que pudieran comprometer el interés público, poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes (Ley 24.521. Art.43). Además de la carga horaria correspondiente, las carreras reguladas deben cumplir dos requisitos:

a - Deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas.

b- 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 de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades.

Entre los años 1999 y 2013 se fueron incorporando al artículo 43 ocho carreras del sector salud, tal como se presenta en la tabla a continuación.

Asimismo en el año 2019, a partir del interés de la Dirección Nacional de Capital Humano se realizó una consulta al Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología para incluir cuatro nuevas formaciones del sector. Se priorizó dar inicio a este proceso con la Licenciatura en Obstetricia, para lo cual se elaboró un informe técnico sobre la profesión dando cuenta de las fundamentaciones sanitarias que impulsaban su incorporación.

A partir de este primer requerimiento, se realizaron tres nuevas solicitudes para incluir a las carreras de Licenciatura en Nutrición, Kinesiología y Fonoaudiología. En todos los casos se presentaron informes técnicos al Consejo de Universidades avalando su solicitud (Ver detalle en el Capítulo 5). Como resultado de esta gestión, las cuatro carreras fueron incluidas recientemente al régimen del Artículo 43.

Tabla 1.
Carreras de salud reguladas según año de incorporación

Fuente: https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/formacion/grado-universitario

- Medicina RM 238/1999
- Bioquímica RM 254/2003 - Farmacia RM 254/2003 - Odontología RM 254/2003 - Veterinaria RM 254/2003
- Ingeniería Biomédica RM 1603/2004 - Psicología RM 136/2004
- Enfermería RM 1724/2013

Incorporadas al Art. 43 noviembre 2019: - Fonoaudiologìa - Kinesiologìa - Nutrición - Obstetricia

La regulación de las carreras de salud por parte del Estado Nacional resulta de gran importancia para garantizar, a través de la construcción de estándares y posterior evaluación, la calidad de la formación de los profesionales que se integrarán al sistema de salud.

Estándares de acreditación de carreras de posgrado en salud

La Dirección Nacional de Capital Humano fue invitada por el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología a formar parte de una Comisión Técnica Especial, conformada para elaborar un documento sobre los estándares que se deberían aplicar en los procesos de acreditación para las carreras de posgrado.

Esta comisión, creada en el seno del Consejo de Universidades (CU), estuvo integrada por el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), el Consejo de Rectores de Universidades Privadas (CRUP), la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) y la DNCH como invitada. El objeto de su conformación fue la elaboración de un documento que tuviera los criterios y estándares mínimos a tener en cuenta en los procesos de acreditación de las especializaciones médicas, odontológicas, farmacéuticas y bioquímicas.

Luego de un trabajo de consenso, el CU elevó una propuesta que modifica la RES.160/11 y establece los "Estándares para la acreditación de Especializaciones Médicas, Bioquímicas, Farmacéuticas y Odontológicas". A continuación, se presenta un gráfico con la evolución de las carreras de especialistas universitarios según disciplina, para el período 2015-2017.

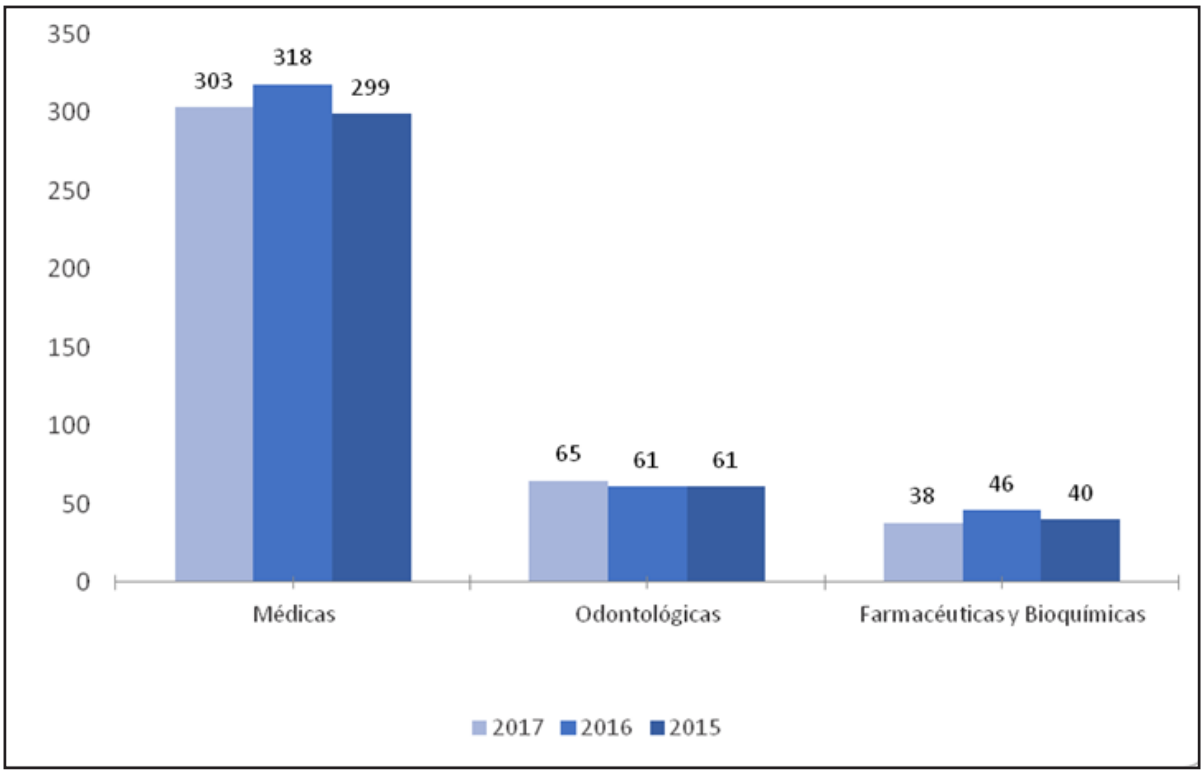


Grafico 4. Evolución de las carreras de especialistas universitarios. Total país. Años 2015-2017

Fuente: Elaboración OFERHUS Dirección Nacional de Capital Humano. Secretaria de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Con base en datos proporcionados por el DIU – MECCYT. 2019

Existe una estrecha relación entre la formación de posgrados y la certificación de las especialidades. En este sentido, una de las condiciones para poder anunciarse como especialista en cualquiera de las disciplinas incluidas en el documento de estándares mencionado, es poseer un título de especialista de una universidad nacional o privada reconocida por el Estado. La certificación, en el caso de las especialidades médicas y odontológicas es responsabilidad de la SGS y en el caso de las farmacéuticas y bioquímicas del Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal.

1- La Resolución MS 1814/2015 para las médicas, la Resolución MS 956/2010 para las odontológicas y las Resoluciones MS 1186/2013 y 1341/2013 para las Farmacéuticas y Bioquímicas respectivamente.

Todas estas profesiones, han desarrollado diversas modalidades de formación de posgrado lo cual ha determinado la existencia de numerosas especializaciones dentro de cada disciplina, que requieren de la intervención del Estado para su ordenamiento, planificación y distribución de los recursos humanos de salud.

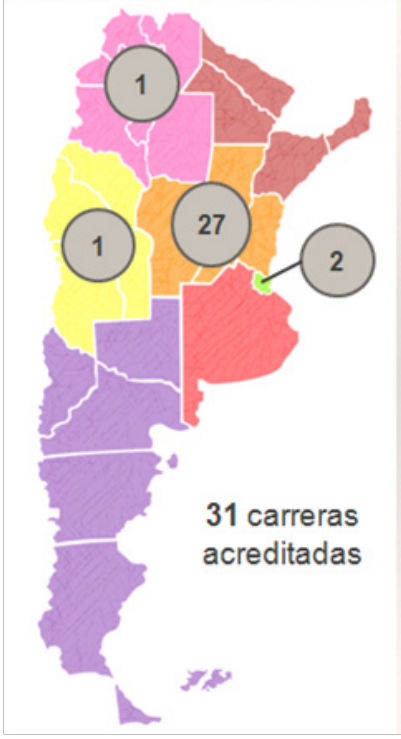
El COFESA reconoce, a través de distintas normativas, el listado de especialidades que integran cada una de estas disciplinas[1]. Con ello busca armonizar con las jurisdicciones provinciales cuáles especialidades deberán ser reconocidas en todo el país y estimular su formación en función de las necesidades de salud de la población.

Por último, y dada la importancia de la especialidad de medicina general y/o familiar para las políticas sanitarias, se incorporan los datos sobre la distribución de las ofertas de posgrado acreditadas por CONEAU para la misma. Se presentan organizados por CEPRES (Consejos de Planificación Regional de la Educación Superior) y por título de formación (especialidad y maestría).

Gráfico 5. Distribución de la oferta de Posgrado de Medicina Familiar. Año 2019.

Fuente: Dirección de Acreditación. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU)

Distribución por CPRES



Especializaciones

CPRES	Cantidad de carreras	Carrera	Institución
Metropolitano	1	Especialización en Medicina de Familia	Instituto Universitario CEMIC
Nuevo Cuyo	1	Especialización en Medicina Familiar	Universidad del Aconcagua
Centro	26	Especialización en Medicina Familiar y General	Universidad Nacional de Córdoba
		Especialización en Medicina General y Familiar	Universidad Nacional de Rosario

Maestrías

CPRES	Cantidad de carreras	Carrera	Institución
Metropolitano	1	Maestría en Medicina de Familia	Universidad del Salvador
Centro	1	Maestría en Salud Familiar y Comunitaria	Universidad Nacional de Entre Ríos
NOA	1	Maestría en Salud Familiar y Comunitaria	Universidad Nacional de Santiago del Estero

Los datos incluidos en este capítulo permiten introducir los temas que serán abordados en profundidad a lo largo de esta publicación. Vale destacar los avances en la construcción de información sistematizada y confiable sobre los recursos humanos en salud, a partir de la construcción de consensos entre distintos actores con el objeto de fortalecer la gobernanza en los procesos de planificación y gestión.

2. El ingreso a la formación en servicio: una política de equidad para el acceso a la formación de especialistas

Duré, Isabel // Garcia, Maria José // García Dieguez, Marcelo // Ruiz, Ana Julia.*

2.1. Examen Único Federal

Introducción[1]

En la Argentina el sistema de residencias es un modelo particular dentro de la formación de posgrado, donde 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.

El sistema de residencias en sus distintas modalidades nacionales, provinciales, privadas ofrece en conjunto aproximadamente 5300 vacantes anuales[2] para realizar la formación en diversas especialidades médicas. Las distintas jurisdicciones y los hospitales privados realizan la selección de aspirantes para las residencias de sus instituciones.

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 y las preferencias de los postulantes. En la Argentina, la autoridad sanitaria inició un proceso de integración de los concursos de selección, con miras a alcanzar en un futuro el objetivo de centralizar la distribución de cargos, a través del Examen Único de Ingreso a Residencias (EU)

¿Qué es el Examen Único?

El EU es parte de un proceso de construcción federal en torno a la formación de profesionales de salud, que se inscribe en una política dirigida 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, para lo cual se suscribieron convenios con cada provincia.

1) Se toma la introducción de Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas, (2015) DURE, I; DURSI, C de La gestión del recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015 https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf

2) Datos año 2017, de acuerdo con el relevamiento realizado por la DNCH. No se poseen datos de todas las instituciones privadas

El Examen Único (EU), nace en el 2011 por impulso de las seis provincias patagónicas y se extiende progresivamente a lo largo del país. 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 hace más eficiente la gestión de los concursos.

Las características más salientes del proceso 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 local[3]. El Ministerio de Salud de la Nación coordina la gestión.

• 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 Nación[4].

• 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 transparenta las acciones ante todas las jurisdicciones participantes.

• La corrección centralizada, a partir de un proceso de escaneo local de los exámenes o lectura óptica.

3) Cada jurisdicción agrega al concurso otros elementos para la selección de los aspirantes, como promedio, entrevista personal, antecedentes, idiomas, puntaje adicional a nacidos y criados en la provincia, etc. El valor relativo que tiene cada uno de estos componentes en el concurso es definido por cada una de ellas.

4) En cuanto a la elaboración del instrumento de evaluación, está conformado por 100 preguntas de selección múltiple, 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.

La gestión del EU: etapas, actores, y procesos transversales

La gestión de un proceso federal enfrenta el doble desafío de articular las particularidades provinciales e institucionales y al mismo tiempo respetar la historia y autonomía de cada una de las jurisdicciones. La entidad política de aunar voluntades e ir realizando modificaciones progresivas en cada jurisdicción en función de mayores beneficios colectivos es sustentada por una gestión que requiere una planificación rigurosa, en simultáneo con una atención permanente para la resolución de los problemas que surgen de la coordinación de 23 provincias, sus respectivas autoridades e instituciones y casi 10.000 postulantes que deben dar un examen el mismo día y hora en 29 sedes del país. A ellos se suman los responsables del sistema de información (SISA), de la elaboración del instrumento de examen y el proveedor de la logística de impresión, distribución, lectura y corrección.

Este proceso es liderado por la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud.

Dicha gestión queda habitualmente invisibilizada detrás de un cronograma estricto y de un dispositivo que viene siendo exitoso desde su inicio, no por la ausencia de problemas sino por la capacidad de resolución que ha desarrollado un equipo que involucra multiplicidad de actores de la órbita nacional, provincial y universitaria. Queda opacado detrás de estadísticas que dan cuenta de la cobertura de cargos, su objetivo final.

Entendiendo que esta gestión forma parte del proceso de formación de recursos humanos, es que en el presente capítulo se describirán las diferentes etapas del EU.

Etapas de gestión del examen instrumento

Las etapas del examen implican la intervención de los diferentes actores, que serán considerados a partir de que comienza el proceso de preinscripción.

En forma previa, los responsables del Comité Técnico realizaron los acuerdos complementarios para el año: aprobación de cronograma, modalidad de examen, ampliaciones, bibliografía y tabla de especificaciones, recolección de preguntas.

Para los postulantes, el Examen consta de etapas o instancias de participación que, a su vez, conforman momentos clave para los equipos de los ministerios de Nación y de las provincias y de todas las instituciones que forman parte del EU.

La primera etapa es la **preinscripción online** que realizan los postulantes a través de la plataforma SISA (Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino), en la que manifiestan su primera voluntad de sumarse al EU. En su formulario de preinscripción, los postulantes completan sus datos personales y de formación, seleccionan el concurso para el cual desean postularse, la especialidad para la que concursan y la sede donde prefieren rendir el examen.

La segunda instancia es la **inscripción**, momento en el cual los postulantes presentan su documentación (Documento de Identidad, título, promedio, etc) para que sea verificada por las autoridades del concurso elegido. La documentación a presentar, así como la modalidad, es definida por cada jurisdicción, que destina localmente un equipo para el control de la misma y la habilitación de los postulantes en el sistema SISA. De esta habilitación en el sistema depende que, al momento de rendir, que el postulante cuente con un examen en la sede elegida. La capacitación en el uso del sistema SISA corre por cuenta de la Dirección de Capital Humano y se realiza todos los años antes del inicio de la preinscripción. La etapa de inscripción/habilitación en el sistema suele ser, para las jurisdicciones que concentran gran cantidad de postulantes y para aquellas que por renovación de equipos están llevando adelante la tarea por primera vez, un momento en el que requieren más soporte, desde la DNCH y desde el equipo de soporte SISA.

Una vez habilitados los postulantes, en la fecha estipulada en el cronograma, comienza la tercera etapa: se realiza el corte y la normalización del padrón desde la cartera nacional. Acto seguido, la DNCH y el proveedor llevan adelante el **operativo de impresión**. Es ese momento, se realiza una nueva revisión de cada tema del instrumento de examen en forma previa a la impresión, separación y embalaje de los exámenes, que quedan a la guarda del Correo Argentino para su distribución en todas las sedes del país. En las jurisdicciones con grandes volúmenes de postulantes, la clasificación de los exámenes debe realizarse no solo por sede sino también por aula

Cada jurisdicción participante del EU pone a disposición una **sede** para que los postulantes puedan rendir el examen cerca de sus domicilios, independientemente del lugar donde quieran tomar un cargo. Si bien el armado de la sede es responsabilidad de

cada provincia/institución participante del EU, el operativo del día del examen sigue un procedimiento normatizado para garantizar sincronía, igualdad de oportunidades y seguridad del examen en todo el país. En la semana previa al examen, se realizan capacitaciones y puestas a punto para garantizar que el día que se rinde, a las 9 de la mañana los postulantes de todo el país puedan comenzar a dar su examen.

El día del examen, el equipo de la DNCH establece un centro operativo para monitorear el dispositivo en todas las provincias, corroborando:

- que la entrega de exámenes se haya realizado en tiempo y forma,
- que el examen comience en el mismo horario,
- que se lleve adelante con normalidad en cada sede,
- que se finalice a las 4 horas de iniciado.

En el centro operativo, los responsables de la elaboración del instrumento de examen revisan nuevamente el instrumento y evalúan reclamos sobre posibles errores en su construcción e impresión, para tomar decisiones sobre la eliminación de alguna pregunta.

También integra el centro operativo el equipo del Correo Argentino encargado de la corrección y el de la DNCH que realiza el soporte para el control de la lectura de las imágenes. Dicho proceso puede requerir de varias revisiones para detectar inconsistencias y minimizar los posibles errores.

Una vez corregido el examen, los responsables de la DNCH cargan en el sistema SISA el puntaje obtenido en el examen de cada postulante. Desde 2018, también se incluye la imagen escaneada de cada grilla para fortalecer la transparencia y facilitar la revisión de la corrección por parte del postulante.

Para la construcción del orden de mérito, los referentes provinciales cargan otros puntajes que forman parte de la fórmula de su concurso (entrevista, antecedentes, idiomas, etc.). Luego de esta instancia, el SISA calcula en forma automática el puntaje final y el orden de mérito para cada especialidad.

A partir de este momento, cada jurisdicción continúa con la etapa de adjudicación, donde los postulantes toman cargo de acuerdo al orden de mérito calculado en el sistema e ingresan a la residencia.

Luego proceden la preinscripción e inscripción para la re adjudicación, de la que participan aquellos postulantes que aprobaron el examen.

El proceso finaliza con la evaluación conjunta por parte del Comité Técnico. Y a partir de allí, comienza su preparación para el año siguiente.

A continuación, se puede observar de manera esquemática la participación y responsabilidad de los distintos actores del EU.

Postulantes	Provincias/instituciones	DNCH
-Preinscripción -Inscripción -Examen -Consulta de resultados -Adjudicación -Toma de cargo	-Normativa de concurso -Aportes a temario y bibliografía -Preguntas para examen designación de referente para comité técnico envío de cupos -Publicación de cargos y requisitos de su concurso en su web -Atención de consultas recepción de documentación -Habilitación en SISA apertura y gestión de sede provincial -Toma de examen trasmisión de imágenes -Corrección manual carga de otros puntajes en el sistema -Cálculo de puntaje final/ orden de mérito Acto de adjudicación Gestión de contratos	-Generación de los acuerdos nacionales y las normativas del proyecto. -Asignación de cargos -Propuesta de Cronograma -Propuesta de Temario y Bibliografía -Organización de reuniones nacionales y del comité técnico -Confección de exámenes -Convocatoria a Universidades para revisión de exámenes -Contrato con proveedores de sede, mezcla, impresión, distribución y corrección -Gestión de nuevos convenios con provincias e instituciones -Configuración de llamado a concurso en el sistema y carga de cupos -Organización de sedes Nacionales -Mezcla de exámenes -Impresión -Embalaje -Distribución de exámenes y materiales -Coordinación operativa de todas las sedes el día del examen -Toma de examen -Procesamiento y corrección -Carga de notas y grillas en SISA -Análisis de encuestas y resultados de examen -Gestión de contratos
Comunicación, capacitación, sistema informático		
Atraviesan todo el proceso. Son responsabilidad del equipo de DNCH		

Procesos transversales del EU: Comunicación, Capacitación y SISA (sistema informático para la gestión)

La comunicación con los participantes y los referentes

La comunicación atraviesa transversalmente todo el proceso del EU y tiene como destinatarios todos los actores que participan en el mismo, a los que se debe informar y/o divulgar. Gestionar la comunicación del EU implica definir un conjunto de acciones y procedimientos mediante los cuales se despliegan una variedad de recursos de comunicación para apoyar las etapas del examen.

Comunicación hacia los postulantes:

La comunicación con los postulantes se desarrolla como un proceso acumulativo, que luego de varios años permite prever las necesidades de los mismos y planificar acciones y herramientas adecuadas para satisfacerlas y facilitar de esa manera la comprensión del proceso.

El avance de la tecnología y el uso de la misma por parte de los jóvenes y el elevado incremento de los postulantes en los últimos años nos puso en el desafío de potenciar la utilización de las redes sociales y mejorarlas, así como la necesidad de incrementar la capacitación del equipo para afrontar los requerimientos de comunicación.

Herramientas:

• Consultas por E-MAIL por año

2014	2015	2016	2017	2018	2019
2207	2576	3493	3765	4886	**9136**

Las consultas recibidas varían entre pedido de información y/o dudas, que involucran a todas las instancias del proceso, la preinscripción, la inscripción, el examen propiamente dicho, los resultados, las adjudicaciones.

• Página web del Ministerio. Fue re diseñada teniendo en cuenta las inquietudes de los participantes, para lograr visibilizar las etapas del proceso y contar con un espacio que ordenara toda la información y al cual derivar desde las redes sociales. Fue re diseñada y migrada en el 2019, de acuerdo con la experiencia recogida.

• Se incorporó el facebook y el tweet como herramientas de difusión de mensajes puntuales y para responder y clarificar cuestiones cuando surgen preguntas frecuentes.

• Medios de comunicación masivos, se llama a concurso y se co-

munica la convocatoria al examen a través de los diarios de mayor difusión de alcance nacional y en los diarios de las provincias que conforman el EU y que habilitan sede para rendir.

Con los referentes y miembros del EU la comunicación es necesaria para llegar a acuerdos y/o tomar decisiones de carácter federal durante todo el proceso y en momentos de urgencia, como por ejemplo la anulación de una pregunta en el mismo momento del examen. Esto requiere de mecanismos alternativos a los encuentros presenciales o la comunicación radial.

Para ello, se habilitó en el Nodo Argentino del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS un espacio específico para la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación de Salud, dentro del cual hay un apartado dedicado al Examen Único, donde se socializa toda la información para las etapas del EU y donde hay un foro de intercambio.

El Campus es una herramienta que se utiliza no solo para comunicación, es principalmente una herramienta que colabora con la gestión, ya que por este medio, se resuelven cuestiones de logística, prácticas y también, desde la merma presupuestaria para realizar reuniones nacionales, resolutivas, como las consideraciones y discusiones sobre resoluciones de Comité técnico y firma de actas.

Por otra parte, se utilizan las video-conferencias a través de Telesalud como medio sincrónico para las discusiones y acuerdos.

La capacitación

Las instancias de capacitación para los referentes y equipos que participan o colaboran con las diferentes etapas de EU requieren una planificación y preparación anual diferencial.

Desde los primeros años, se contó con una guía para orientar a los equipos provinciales sobre las diferentes etapas del proceso, como base para la capacitación. Pero pronto se hizo evidente la importancia de adecuar las capacitaciones en forma anual, y contar con estrategias diferenciadas para las provincias que se iban incorporando o ante la frecuente rotación de los referentes, tanto a nivel provincial como nacional, y las restricciones presupuestarias.

Los destinatarios:

Referentes institucionales y provinciales: se realizan capacitaciones a lo largo del año sobre la gestión de la inscripción a través del SIISA, preparatorias para las ediciones de cada examen. Las mismas cuentan con diferentes módulos, que se desarrollan según las necesidades puntuales del público seleccionado. Los módulos que van desde herramientas básicas de informática, el sistema SIISA como integralidad, las actualizaciones del sistema, carga y manejo de los datos, y, principalmente, de la función y gestión del referente provincial en cada uno de los procedimientos generales.

Responsables de sedes provinciales, personal de la sede nacional, personal de la DNCH, residentes voluntarios para el día del examen y posterior corrección: La capacitación sobre el dispositivo de examen es una pieza fundamental para la sincronización y logística, ya descripta, para esa jornada. Año a año cambian los responsables de esta instancia, o las sedes seleccionadas, o la modalidad de los exámenes, de transmisión de grillas y o de corrección. Todo esto debe ser trabajado en capacitaciones previas, que se realizan en forma presencial para las sedes nacionales y vía Telesalud para las 26 sedes restantes.

El sistema integrado de información sanitaria argentina (SIISA)

SIISA es el sistema informático en línea que se utiliza para la gestión de los concursos que involucran el EU y otros concursos provinciales para distintas profesiones. Es un proyecto de tecnología de la información impulsado y financiado por el Ministerio de Salu d de la Nación, pero de participación y concepción federal.

A través del SISA se gestionan el ingreso a residencias de los concursos para:

- Residencias Médicas básicas (EU y otros)
- Residencias Médicas pos-básicas
- Residencias no Médicas

El sistema permite el seguimiento de la situación de los postulantes y la gestión masiva de padrones y resultados de examen,

así como de la posterior cobertura de vacantes. Los referentes provinciales son responsables por la gestión de aquellos que desean realizar la residencia en su jurisdicción. Para ello, cuentan con un usuario específico, que les permitirá realizar y registrar los procedimientos de inscripción, habilitación, carga de antecedentes, confección de ranking definitivo y adjudicación de los postulantes.

A su vez, el equipo nacional está habilitado para configurar el sistema con la oferta de cargos para cada jurisdicción, realizar las correcciones en las inscripciones cuando hubiera errores en la carga de datos, corte del padrón, carga de notas e imágenes de examen y otros procedimientos que abarquen a todas las jurisdicciones y concursos.

El equipo de trabajo de EU trabaja en conjunto con el equipo de soporte de SISA en dos etapas diferenciadas: el semestre de preparación del examen, donde se realizan todas las modificaciones, arreglos, actualizaciones, mejoras al sistema, la imagen y la comunicación. El semestre operativo, momento donde se trabaja específicamente en el soporte, consultas. En ambos momentos es crucial la imbricación de ambos equipos y el trabajo en conjunto.

Cada incorporación provincial, modificación de modalidad, actores nuevos, de los que hablaremos a lo largo del capítulo, representan un desafío, ya que la gestión y el sistema deben configurarse para admitir particularidades institucionales de cada una de ellas.

Durante el período 2017-2019, los cambios sustanciales, con la incorporación de las jurisdicciones más grandes del país y su consecuencia en el caudal de cupos y participantes, así como instituciones privadas de la CABA, implicó cambios sustanciales que conllevaron al rediseño de las funcionalidades, la configuración de los concursos y de la inscripción, convirtiéndolo en un sistema intuitivo para facilitar las etapas y disminuir la necesidad de consulta apoyado en manuales d de ayuda en línea.

Consolidación del Examen Único

El Examen Único de Ingreso a Residencias es una política federal que se ha sustentado en el tiempo a través de:

- La unificación de objetivos
- La gestión continua,
- La participación activa y comprometida de las jurisdicciones
- El liderazgo del proceso por parte de la Dirección nacional de capital humano del ministerio de salud de la Nación.
- La conformación de equipos expertos a nivel nacional y en las jurisdicciones
- La inclusión e incorporación constante de nuevos actores

Hasta el 2015 el proyecto de EU tuvo una etapa de primera expansión y apertura a las particularidades institucionales. A partir del 2016, comienza una etapa de consolidación en la que se destacan cinco hitos:

- La normatización del proyecto, que se desprende de los acuerdos nacionales
- La incorporación de las provincias con mayor caudal de postulantes y oferta de residencias, en el 2017 se incorpora Buenos Aires y Misiones, en el 2018 La Universidad de Córdoba y en el 2019 Ciudad Autónoma de Bs AS, Mendoza e instituciones privadas de la CABA
- La decisión del Comité Técnico de EU, conformado por representantes de todas las jurisdicciones intervinientes y de la Secretaría de Gobierno en Salud, de federalizar la prueba de ingreso a las residencias a las profesiones de Enfermería y Bioquímica.
- Reformas en la modalidad del EU incorporando etapas.
- La convocatoria a nuevos actores, como las instituciones privadas que se suman a los ya participantes.

Por último, la unificación en un único proveedor (Correo Argentino) de todo el procedimiento logístico y nuevos ajustes de las etapas (impresión, embalaje, distribución, digitalización, corrección y procesamiento) con la administración de más de 10000 exámenes y 29 sedes correlativas, colaboró en el ordenamiento y eficacia del trabajo, permitiendo a su vez encarar el salto cuantitativo en términos de postulantes y exámenes que se dio en el EU 2019.

Gestión de la consolidación

El proceso de construcción federal del EU se ha dado de manera progresiva y ha requerido de diversas adecuaciones y modificaciones normativas y de solidez en los equipos de gestión, para sortear los cambios institucionales en todos los niveles y sustentar la viabilidad política e institucional que requiere un proyecto colectivo.

Los cambios acaecidos para la edición 2019 del EU han sido un avance sustancial y serán descritos a continuación.

Acuerdos Federales

Para consolidar la política de EU, el consenso federal y los acuerdos alcanzados por el Comité Técnico han sido el pilar de sostén de la gestión. Estos acuerdos fueron creando los cimientos normativos, circuitos y procedimientos, para mejorar la accesibilidad al examen y aportar a una formación más equitativa. Dichos acuerdos tuvieron lugar, en un principio, a través de reuniones presenciales, organizadas y mediadas por la Dirección Nacional de Capital Humano, de las que participaron todos los referentes provinciales. Luego, durante el período 2016 y 2019 se consolidaron las formas virtuales de gestión: se potenció la utilización del campus virtual en discusiones asincrónicas y registro documental y se pudieron implementar videoconferencias a través de Telesalud.

Es interesante revisar la cronología de algunos acuerdos que traslucen la consolidación del EU:

Febrero de 2012: se decidió que el requisito de contar con título y matrícula para los profesionales formados en universidades argentinas se exige para la toma del cargo pero no para rendir el Examen, al que se puede acceder con título en trámite, ampliando de esta manera la posibilidad de ingreso al sistema. Los egresados de universidades extranjeras debían contar con la homologación del título

Noviembre de 2012, se definieron las condiciones para la preinscripción a la readjudicación estableciéndose que podían acceder quienes: 1) hubieran aprobado el Examen; 2) no tuvieran una vacante adjudicada o hubieran adjudicado y renunciado. También se resolvió que cualquier postulante podría rendir en cualquier sede de las provincias que participaran del Examen Único.

2014: se resolvió que el promedio que se utilice para el orden de mérito de los concursos que participan del Examen Único será: el promedio histórico de la carrera con aplazos, sin puntos adicionales.

2015: se resuelve que el Ministerio de Salud no contratará en ninguna provincia a residentes que hayan dejado un cargo adjudicado en el marco del EU en cualquiera de las jurisdicciones participantes y que, en el caso que se produzcan llamados provinciales con posterioridad al EU, las provincias no aceptarán postulantes que hubieran adjudicado cargos en el marco del EU

2018: para la edición 2019, se incorporan modificaciones a la organización y alcance el EU, en esta reunión se incorpora la 2da readjudicación a la planificación del EU; se elimina la línea de corte del EU, se modifica la modalidad de adjudicación para la readjudicación, unificándola por profesión en vez de por especialidad como es la adjudicación. Se acuerda incorporar dos nuevos exámenes a la modalidad EU, Bioquímica y enfermería.

2019: se aprueba el instrumento que estandariza, homogeniza y crea un procedimiento de armado de preguntas y exámenes.

Proceso normativo

En el 2019 se consolidó y fortaleció el Proyecto del EU, mediante la aprobación de la Resolución 186/2019, que le da marco normativo y formal. La misma establece: "al EXAMEN ÚNICO DE RESIDENCIAS DEL SISTEMA DE SALUD (EU), como instrumento de evaluación y unificación de cronograma para los cargos de residencias médicas básicas, articuladas y otras especialidades del equipo del sistema de salud." y en su artículo 2°, constituye el COMITÉ TÉCNICO del EU, dando entidad al órgano que desde 2011, a través de los convenios, resolvió sobre los diferentes asuntos que norman al EU.

Las resoluciones del comité técnico han enmarcado, consolidado y favorecido el trabajo conjunto de las jurisdicciones y permitido un diseño ajustado a la realidad federal y el consiguiente crecimiento del proyecto.

Incorporación de Provincias e Instituciones

En el 2016 se incorporó la provincia de Misiones, en el 2017 la provincia de BS As, 2018 la Universidad de Córdoba y en el 2019 lo hicieron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Mendoza. De

esta manera, exceptuando la Provincia de Córdoba, las residencias públicas de dependencia provincial y nacional del país quedaron unificadas en su sistema de ingreso bajo las condicionalidades de ordenamiento del EU.

La experiencia de los primeros años del EU mostraron la necesidad de reunir fuerzas para facilitar la inserción de los aspirantes al sistema, priorizar la cobertura de cargos y evitando la dispersión de recursos. Esta visión se concreta en la organización de concursos regionales, como el caso del concurso de Santa Fe (Provincia de Santa Fe, UNR, Colegio de primera y colegio de segunda) y del Litoral (UNNE, Corrientes y Chaco). En el caso del Concurso Unificado fue creciendo a partir de incorporaciones graduales: en el 2014 se incorporan las Instituciones Nacionales, luego se incorpora la Provincia de BS As y en 2019 se unió la Ciudad Autónoma de Bs As tanto al EU como al concurso unificado.

Incorporación de Exámenes

Hasta el 2019, la convocatoria del EU era exclusivamente para profesionales médicos. Durante este año, se incorporan dos grupos profesionales al EU a nivel nacional: los de Bioquímica y Enfermería.

Esto implicó un gran avance respecto de la concepción y consideración del valor de otras profesiones dentro del sistema de salud: al poder expandir los alcances, potencialidades y beneficios hacia otras profesiones, el EU puede también traccionar hacia la ruptura de la hegemonía médica.

Estas inclusiones implican un acuerdo entre las provincias y sus servicios, un reordenamiento hacia adentro de los servicios de esas profesiones en las provincias, la unificación y consenso con respecto a una bibliografía y tabla de contenidos comunes, banco de preguntas común e instrumento de examen unificado. También colabora en la consolidación de los estándares para las propias carreras, transversaliza temáticas y colabora con la actualización de las profesiones.

Provincias que participan de los diferentes exámenes.

	Concursos participantes por profesión EU 2019		
	MEDICINA	ENFERMERÍA	BIOQUÍMICA
Concurso unificado	√	√	√
Instituciones Santa Fe	√	√	√
Univ Nac Córdoba	√		
Univ Nac Nordeste	√	√	√
Catamarca	√	√	
Chubut	√	√	√
Entre Ríos	√	√	√
Formosa	√	√	
Jujuy	√	√	√
La Pampa	√	√	√
La Rioja	√	√	√
Mendoza	√	√	√
Misiones	√	√	√
Neuquén	√		√
Río Negro	√	√	
Salta	√	√	√
San Juan	√	√	√
San Luis	√		√
Santa Cruz	√		
Santiago del Estero	√	√	
Tierra del Fuego	√		
Tucumán	√	√	√

En el siguiente cuadro podemos ver la cantidad de cargos ofrecidos por profesión, la cantidad de inscriptos a cada examen, los que rindieron y el grado de cobertura para 2019.

	MEDICINA	ENFERMERÍA	BIOQUÍMICA	TOTALES
Cargos ofrecidos	4291	280	127	4698
Preinscriptos	8059	1389	299	9745
Habilitados para rendir	6479	518	203	7199
Rindieron examen	6139	434	187	6759
Adjudicaron vacante	2810	158	111	3079
% cobertura	65,49%	56,43%	87,40%	

Fuente:
Base de datos SISA, DNCH, elaboración propia, 2019.

Estos números llevan a reflexionar sobre el alcance de la residencia como proceso formativo de posgrado en las distintas profesiones del equipo. El caso de enfermería tiene particularidades dado que en algunos distritos se incorporan Licenciados mientras que otros pueden admitir egresados del nivel técnico, observándose diferencias en los porcentajes de cobertura en uno y otro caso. No puede tampoco soslayarse la demanda de esta profesión en el mundo laboral lo que puede llevar a un menor interés en la residencia como opción al egreso

Cambio en la modalidad del EU

Como se ha adelantado en este informe, se incorporaron tres modificaciones sustanciales a la modalidad del examen.

Línea de corte de la nota del examen: hasta el 2017 la misma fue de 50 puntos válidos para la adjudicación y 40 puntos para la readjudicación. A partir del 2018, se redujo a 40 puntos para todas las instancias, con la incorporación y requerimiento de la provincia de Buenos Aires. Para 2019, luego de debates entre los miembros del comité técnico, se eliminó la línea de corte. Se consideró que la misma no influencia en el desempeño de los postulantes en el examen, y que la búsqueda no es determinar niveles de competencia sino un orden de mérito para la adjudicación, dado que todos los ingresantes son profesionales matriculados y por tanto habilitados para la práctica de sus respectivas profesiones. La decisión promueve la incorporación de todos los egresados a la residencia, considerado que todos aquellos que manifiestan su elección por continuar su formación deben contar con esta posibilidad y que aquellos con mayores dificultades probablemente sean los más beneficiados por sumarse al sistema de residencias.

Readjudicación por profesión: el proceso de readjudicación se realizaba por especialidad. La experiencia de algunas provincias mostró la efectividad de realizar la readjudicación con un ranking común a cada profesión, lo que facilita el cambio de especialidad. Se implementó en las provincias de Chubut, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Tucumán y los concursos de la UNNE (Chaco y Corrientes), Instituciones de Santa Fe, Concurso Unificado y UNC, debe leerse también en conjunto con la eliminación de la línea de corte, como estrategias que amplían las posibilidades de elección y de cobertura.

Incorporación de la segunda readjudicación a las etapas del EU: el dispositivo de EU finalizaba luego de la primera readjudicación, pero ante la falta de cobertura, las jurisdicciones continuaban con convocatorias y adjudicaciones provinciales, generando contradicciones y desnaturalizando el proceso. La segunda readjudicación formalizó las situaciones de adjudicaciones de los concursos por fuera del EU y posibilita seguir optimizando el sistema, utilizar la nota del examen para esta etapa, realizar la misma con inscripción en SISA, sincronizar las fechas entre todos los concursos y restringir la posibilidad de especulación de los postulantes

dejando vacancias en el sistema.

Todas estas mejoras le dan previsibilidad al sistema, lo ordenan y le brindan información que lo retroalimenta en pos de la mejora continua.

Adhesión de instituciones privadas al EU

Desde el Ministerio se comenzó a trabajar con las instituciones privadas en post del objetivo final del examen, la unificación de toda la oferta de residencias.

En 2019 en carácter de adherentes al EU se incorporan el Hospital Alemán, El Hospital Italiano, CEMIC, la Fundación Favaloro y FLENI, adecuándose con condiciones particulares y sin participación en el comité técnico, respetando la normativa general del examen participan sólo de la etapa vinculada al instrumento de evaluación, aportan preguntas y coordinan su etapa de adjudicación con la del Examen para evitar la competencia entre instituciones y la especulación de los postulantes en la adjudicación.

El desafío es que las instituciones privadas formen parte de los concursos existentes en su territorio, como por ejemplo sucede en la provincia de Santa Fe y La Rioja, evitando la competencia a nivel local, mejorando el sistema de cobertura y ofrecimiento de cargos.

La calidad del examen. Estudios psicométricos

Desde su comienzo el examen ha sido el producto de una tabla de especificaciones que refleja los conocimientos esperados de un graduado reciente. Para el caso del examen médico, el de mayor trayectoria, se agrupan en salud del adulto, de la mujer, del niño y el adolescente y de la salud pública con porcentajes equilibrados y sostenidos a los largo de los años. Esto garantiza la validez de la evaluación. Asimismo se ha hecho sistemática análisis del índice de dificultad global, que ha oscilado entre 56% y 66% entre 2016 y 2019, y de las proporciones de preguntas agrupadas por grado de dificultad.

A partir del año 2017 la Dirección de Capital Humano comenzó el desarrollo de una serie de estudios psicométricos que permitan conocer un poco más de la confiabilidad de estas pruebas. El primer estudio se realizó previo a la incorporación de los grandes distritos comparando las características de sus exámenes, como paso previo a la unificación, con el objeto de potenciar las fortalezas de cada uno (Serralunga, 2017). Con posterioridad se realizaron estudios para evaluar la confiabilidad siguiendo la teoría de la generalizabilidad para los exámenes del 2018 y 2019. Los

resultados del examen 2018 (Serralunga, 2019) muestran un Coeficiente G absoluto de 0,84, Coeficiente G relativo de 0,87, lo que denota la confiabilidad para establecer un orden de mérito del instrumento. Preocupados por el número total de pregunta se llevó a cabo un estudio D que mostró que el Gabsoluto es de 0,81 con 80 preguntas y va aumentando, aunque se ameseta a partir de las 110 preguntas, por lo que las 100 preguntas actuales parecen un número adecuado acorde estos estudios.

En el año 2019 se repitieron los estudios para los 3 exámenes. Para el examen médico fueron idénticos al año previo, para bioquímica Coeficiente G absoluto de 0,81, Coeficiente G relativo de 0,85 y para enfermería un poco menores Coeficiente G absoluto de 0,42, Coeficiente G relativo de 0,60 tal vez influenciado por la gran varianza de los resultados que puede explicarse por los diferentes niveles formativos incluidos en esta convocatoria.

Los alcances del EU: su evolución 2011/2019

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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Preinscriptos	519	695	2466	4439	4240	4500	5204	6235	8059
Provincias participantes	6	11	18	19 provincias Instituciones Nacionales	19 provincias Instituciones Nacionales	19 provincias Instituciones Nacionales	21 provincias Instituciones Nacionales	21 provincias Instituciones Nacionales	23 provincias* Instituciones Nacionales
Especialidades	20	21	33	40	39	39	47	46	51
Cargos ofrecidos	s/d	s/d	1124	1293	1340	1415	2897	3123	4291
Habilitados para rendir	s/d	463	1790	3498	3456	3622	4297	5354	6479
Rindieron examen	246	362	1666	2954 (+286 asociados)	2862 (+340 asociados)	3009 (+291 asociados)	3732 (+372 asociados)	4811	6139
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)	859 (28,5% de los que rindieron)	1669 (44,7% de los que rindieron)	2025 (42% de los que rindieron)	2787 (45,3% de los que rindieron)
% cobertura	s/d	s/d	64%	67%	66%	61%	59%	65%	65%

Tabla1. Información general sobre alcances del EU 2011-2019. (NO se cuenta con los datos de la segunda readjudicación)

A partir del año 2014, con la incorporación de las Instituciones Nacionales, el volumen de cargos y postulantes que mueve el dispositivo se ha amplía 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, aumenta 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 el 2017 con la incorporación de la Provincia de BS As se produce otro salto cuantitativo en el número de cargos ofrecidos, habilitados para rendir, postulantes que rindieron examen y, principalmente, se duplican los postulantes que toman cargo a nivel general, manteniéndose el nivel de cobertura.

En El 2019 con la incorporación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Mendoza, no solo se consolida el proyecto, sino que vuelve a producirse un incremento de más de 35% de preinscriptos y de postulantes que rindieron examen.

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 sigue observando una tendencia de cobertura de cargos total que no supera los dos tercios de la oferta a nivel país, con variaciones en ciertas especialidades y regiones del país.

En relación con el número global de cobertura, con la incorporación de las jurisdicciones de Provincia de BS As, Mendoza y Ciudad Autónoma de BS AS., aumentó considerablemente la cobertura de cargos, esto se relaciona con que son los distritos con mayor demanda del país y concentran la mejor relación entre postulantes y cargos ofrecidos.

Alcances y cobertura por concurso 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.

Alcances y cobertura EU médico 2016/2019, según jurisdicción de concurso.

	2016			2017			2018			2019		
	Rindieron	Rindieron /Cargo	Cobertura	Rindieron	Rindieron /Cargo	Cobertura	Rindieron	Rindieron /Cargo	Cobertura	Rindieron	Rindieron /Cargo	Cobertura
Concurso unificado	1520	8.94	101%*	2424	1.22	52%	3009	2.01	76%**	4393	1.79	72%***
Instituciones Santa Fe	473	3.75	96%	431	3.01	86%	916	2.07	93%	918	1.79	92%
Univ Nac Córdoba	-	-	-	-	-	-	7	0.88	75%	7	0.88	75%
Univ Nac Nordeste	**170**	0.79	44%	**118**	0.49	34%	131	0.59	40%	250	0.81	24%
Catamarca	**25**	1.00	40%	**14**	0.78	s/d	**9**	0.47	s/d	6	0.26	13%
Chubut	**37**	0.62	40%	**37**	0.62	48%	**19**	0.33	28%	17	0.25	18%
Entre Ríos	**94**	0.90	46%	**64**	0.79	46%	**73**	0.88	51%	67	0.78	49%
Formosa	**17**	0.35	15%	**16**	0.30	25%	**22**	0.45	29%	81	1.04	67%
Jujuy	**40**	0.66	43%	**25**	0.45	34%	**29**	0.50	28%	47	0.67	31%
La Pampa	**17**	0.68	60%	**7**	0.23	20%	**11**	0.39	36%	18	0.50	39%
La Rioja	**55**	0.87	43%	**55**	0.85	60%	**38**	0.46	29%	38	0.43	38%
Mendoza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	285	1.14	70%
Misiones	-	-	-	**57**	0.76	59%	**80**	1.00	55%	86	0.77	58%
Neuquén	**119**	1.92	92%	**97**	1.39	84%	**100**	1.35	81%	101	1.23	85%
Río Negro	**53**	1.23	53%	**56**	1.30	72%	**60**	1.33	78%	66	1.08	59%
Salta	**130**	1.21	56%	**128**	1.28	37%	**107**	0.97	53%	105	0.92	59%
San Juan	**90**	1.43	79%	**70**	1.11	57%	**85**	1.29	64%	78	1.07	73%
San Luis	**17**	0.47	36%	**12**	0.30	23%	**23**	0.55	40%	26	0.59	48%
Santa Cruz	**7**	0.37	32%	**2**	0.17	s/d	**2**	0.17	17%	1	0.08	8%
Santiago del Estero	**21**	0.41	27%	**26**	0.58	24%	**21**	0.41	27%	17	0.35	29%
Tierra del Fuego	**10**	1.67	83%	**6**	0.75	75%	**6**	0.55	36%	11	1.00	82%
Tucumán	**116**	0.90	66%	**88**	0.72	43%	**91**	0.71	45%	141	0.89	50%

*Fuente: Base de datos SISA, DNCH, elaboración propia, 2019. * Instituciones nacionales. **Instituciones Nacionales y Provincia de Bs As. ***Instituciones nacionales, Provincia de Bs As y CABA*

La cobertura global, aunque es fluctuante no varía considerablemente a lo largo de los años ya que, como mencionamos, el valor más alto se registra en el concurso unificado, 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 Concurso unificado, 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. La tendencia sigue marcando las dificultades para incidir en las elecciones de los jóvenes con concursos diversos, la importancia de alinear la oferta de cargos en una adjudicación unificada y, en el futuro, revisar la posibilidad de contar con condiciones mandatorias para la formación de posgrado

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.

Alcances y cobertura EU 2016-2019, según especialidad de concurso.

	2016			2017			2018			2019		
Etiquetas de fila	Rindió	Rindió/ Cargo	Cobertura	Rindió	Rindió/ Cargo	Cobertura	Rindió	Rindió/ Cargo	Cobertura	Rindió	Rindió/ Cargo	Cobertura
Alergia e inmunología	1	1,00	0%	2	1,00	50%	2	0,67	33%	2	0,40	20%
Anatomía patológica	31	2,38	62%	31	1,24	68%	31	0,91	56%	58	1,09	62%
Anestesiología	**387**	**4,96**	**118%**	**450**	**3,36**	**110%**	**522**	**3,60**	**107%**	**556**	**3,20**	**101%**
Bioquímica Clínica					0,00	0%				187	1,47	87%
Cardiología	133	5,54	100%	143	2,27	67%	278	3,27	98%	350	2,24	87%
Cardiología infantil							2	2,00	100%			
Cirugía cardiovascular				8	2,00	150%	6	1,50	25%	20	1,82	73%
Cirugía cardiovascular pediátrica										14	3,50	175%
Cirugía de tórax				2	1,00	50%	1	1,00	100%		0,00	0%
Cirugía general	257	3,38	75%	336	1,92	78%	451	2,31	90%	625	2,57	87%
Cirugía infantil	46	3,54	100%	54	3,86	79%	76	4,75	156%	72	3,79	153%
Cirugía plástica y reparadora	24	24,00	100%	16	16,00	400%	12	12,00	100%	11	5,50	0%
Clínica médica	358	2,54	64%	404	1,17	48%	595	1,47	60%	751	1,31	65%
Dermatología	30	10,00	167%	63	7,00	189%	100	6,25	144%	195	3,55	91%
Diagnóstico por imágenes	70	4,12	94%	139	2,32	98%	208	2,89	119%	268	2,73	78%
Ecografía general										10	5,00	450%
Emergentología	4	0,25	13%	9	0,25	22%	26	0,76	50%	30	0,53	37%
Endocrinología	15	15,00	200%	19	4,75	100%	23	7,67	167%	57	2,11	81%
Enfermería					0,00	0%				433	1,55	56%
Epidemiología	8	1,00	13%		0,00	0%	2	0,29	14%	3	0,25	8%
Farmacología clínica					0,00	0%	1	1,00	100%			
Fisiatría	7	0,70	20%	14	1,00	64%	9	0,50	39%	23	0,96	54%
Gastroenterología	30	7,50	150%	54	3,86	143%	74	4,35	112%	93	1,98	87%
Genética médica	11	2,75	50%	8	1,33	67%	15	3,75	75%	10	2,50	25%
Geriatría		0,00	0%		0,00	0%	5	0,42	8%	13	0,72	50%
Ginecología	3	1,50	100%	1	0,50	50%	3	0,60	20%	6	1,50	100%
Hematología	5	2,50	100%	15	2,14	71%	12	1,20	70%	30	1,43	76%
Hemoterapia e inmunohematología					0,00	0%		0,00	0%	4	1,33	133%
Infectología	14	3,50	100%	25	1,32	74%	26	1,08	50%	38	0,84	53%
Inmunología										1	1,00	100%
Medicina general y/o medicina de familia	177	0,55	36%	218	0,48	31%	207	0,44	32%	262	0,51	42%
Medicina nuclear										5	2,50	100%
Nefrología	15	3,00	20%	15	1,88	63%	21	1,40	67%	41	1,37	80%
Neonatología	27	0,93	28%	76	0,65	44%	76	0,63	51%	61	1,09	80%
Neumonología	8	2,00	100%	16	1,33	75%	29	1,81	75%	29	0,78	54%
Neurocirugía	81	7,36	109%	74	3,22	100%	90	3,60	96%	114	3,26	106%

Fuente: Base de Datos de SISA, elaboración propia, 2019.

En el informe realizado en el año 2015 se daba cuenta de las especialidades más elegidas por los profesionales. En este informe podemos apreciar que no ha variado la situación desde entonces.

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 siguen manteniendo una cobertura total a lo largo de los años analizados.

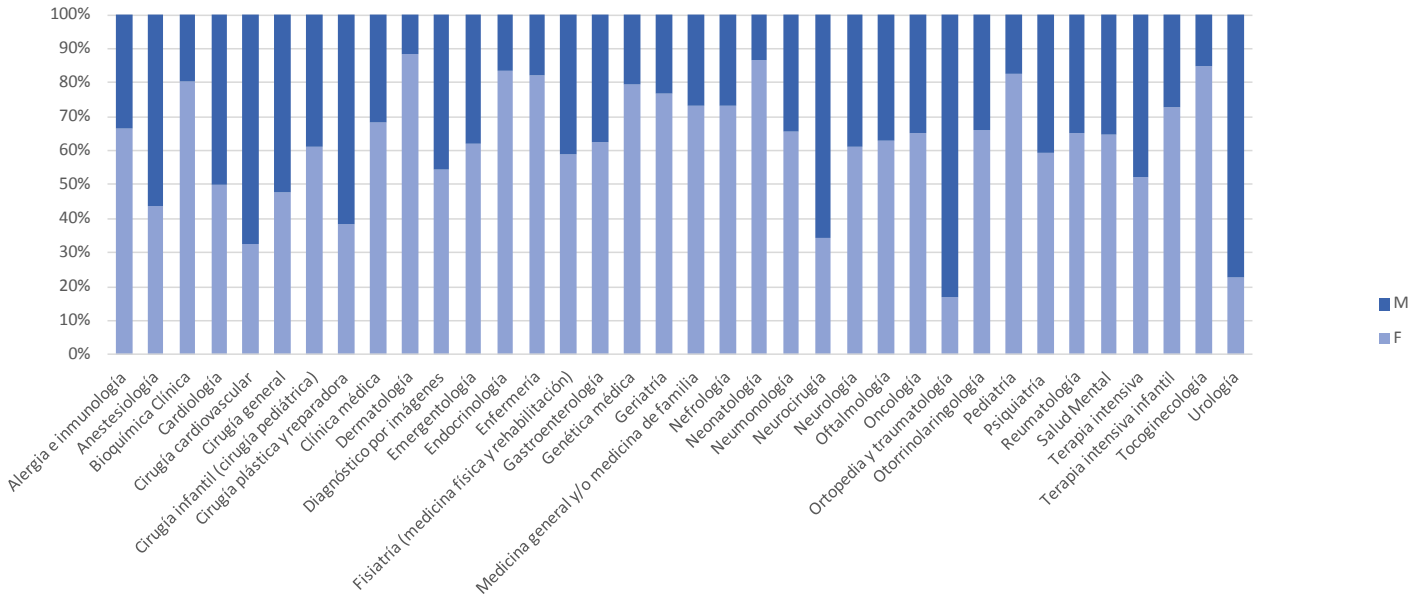
Al mismo tiempo, otras especialidades cuentan con más de un postulante que rinde por cargo (incluso más de dos o tres), y logran alcanzar una cobertura superior a la media nacional en todos los años, aunque no completa. Tal es el caso de Cardiología, Ortopedia y Traumatología, Clínica Médica y Pediatría, 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 Psiquiatría.

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.

Alcances y cobertura discriminado por sexo.

Es importante evaluar la participación de los estudiantes en el examen discriminada por sexo. La proporción de postulantes mujeres inscriptas es del 64% y refleja la feminización progresiva de las profesiones.



Fuente: Base de Datos de SISA, elaboración propia, 2019.

En lo que atinente a la elección de las especialidades discriminada por sexo, se destacan como elecciones mayoritariamente femeninas las especialidades de Pediatría, Clínica médica, enfermería, tocoginecologia y medicina familiar, en tanto los hombres se inclinan por anestesiología, cirugía, ortopedia y traumatología.

A pesar de esta segregación horizontal en la elección de especialidades, es importante destacar la presencia femenina en todas ellas, tendencia que viene incrementándose con la incorporación de las mujeres en las carreras de salud (PNUD 2018).

2.2
Concurso Unificado

La importancia de la coordinación de la gestión

Como parte de los avances del EU, optimizando la asignación de cargos y cobertura de vacantes, se integraron en un Concurso Unificado las Instituciones Nacionales, el Ministerio de Salud la Provincia de Buenos Aires y sus municipios asociados y las residencias dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Si bien ya las dos primeras jurisdicciones habían unificado su concurso en 2016, la incorporación del GCBA vino a solucionar un problema recurrente de duplicidad en la toma de cargos, al estar los concursos separados.

Esta decisión política requirió un trabajo intensivo en términos de consenso, que respetara la autonomía jurisdiccional, sus marcos regulatorios, sus culturas institucionales, generando a la vez condiciones de equidad para los postulantes. El producto de los acuerdos se concretó en un reglamento unificado para el concurso aprobado por Resolución.

EL desafío comprendió el desarrollo de diversos exámenes que no formaban parte del EU, pero que estarían incluidos en el concurso y multiplicó las exigencias logísticas.

Como acciones preparatorias, ya para el examen 2018 los responsables jurisdiccionales habían alcanzado algunos acuerdos relativos a la unificación de los componentes para el cálculo del orden de mérito. Ello permitió que la organización 2019 contara con un marco previo de consensos.

Se conformó una mesa de trabajo, dependiente del Comité Técnico de Concurso (CTC)

Acuerdos alcanzados para operativizar el CU.

Todos los acuerdos alcanzados se incluyeron en el reglamento que las tres jurisdicciones aprobaron en espejo y que conteniendo los acuerdos en los siguientes temas:

Residencias incluidas, según sede y dependencia:

Nacionales: Todas sedes de residencia de las instituciones dependientes de la Secretaría de Gobierno de Salud (Asistenciales, ANMAT, ANLIS y Dirección de Epidemiología), Instituto de Investigaciones Hematológicas Mariano Castex.

Provincia de Buenos Aires: Todas las sedes de residencias de hospitales y centros de atención primaria de dependencia provincial y de municipios con convenio de adhesión al régimen de residencias provinciales.

CABA: Todas las sedes de residencia y concurrencia de hospitales y centros de salud dependientes del GCABA. Residencias del Sanatorio Méndez y de la Facultad de Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires.

Cantidad de Sedes por Jurisdicción

Sedes	Instituciones Nacionales	Provinciales	GCBA y asociados	Municipales (convenio Pcia Bs As)
Cantidad	14	102	45	6

Especialidades incluidas

Se realizó un proceso de armonización de las especialidades a concursar de cada jurisdicción y sus puntos de coincidencia.

Ello require:

- Confección del listado de todas las residencias
- Compatibilización de denominaciones
- Determinación de los requisitos de ingreso de cada una
- Identificación de coincidencias
- Definición del examen correspondiente
- Definición de la modalidad de inscripción y adjudicación de cada especialidad

Exámenes

Se acordó incorporar al Concurso Unificado todos los exámenes para el ingreso a residencias básicas (24) y posbásicas (25), tanto disciplinares como multidisciplinares.

Los exámenes de Medicina, Bioquímica y Enfermería se encontraban incluidos en el EU. Los restantes exámenes (46) fueron elaborados en el marco del concurso, por referentes de las residencias de las tres jurisdicciones.

Se conformaron equipos responsables por examen, que incluyeron una asesora pedagógica. Se realizaron reuniones para acordar bibliografía, temario y modalidad de elaboración de las preguntas. Un responsable de cada equipo fue el encargado de la entrega del examen

Exámenes incluidos

Especialidades básicas	Especialidades pos básicas
Arquitectura	Adolescencia
Bioquímica	Anatomía Patológica
Control de Calidad de Medicamentos	Bioquímica
Derecho	Cardiología
Enfermería	Cirugía Cardiovascular Pediátrica
Economía y Administración Hospitalaria	Cirugía General
Epidemiología	Clínica Médica
Farmacia	Diagnóstico por Imágenes en Pediatría
Fonoaudiología	Farmacia
Ingeniería	Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos
Inocuidad y Seguridad de Alimentos y Productos Domisanitarios	Interdisciplinaria en Gerontología
Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud	Investigación en Salud
Kinesiología	Mastología
Medicina	Medicina del Trabajo
Musicoterapia	Medicina Nuclear
Nutrición	Nutrición Clínica
Odontología	Ortopedia y Traumatología Infantil
Obstetricia	Pediatría
Psicología	Psicología
Psicopedagogía / Educación Permanente en Salud	Psiquiatría
Sistemas de Información en Salud	Salud Pública y Epidemiología
Terapia Ocupacional	Seguridad y Eficacia de Medicamento
Trabajo Social	Sistema de Información en Salud
Veterinaria	Toxicología
	Trabajo Social en trasplante

Sistemas

La inscripción y monitoreo de los postulantes se realizó en el Sistema de Información Sanitaria Argentino, bajo responsabilidad de la Secretaría de Gobierno en Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, con el conjunto de concursos pertenecientes al EU.

Se realizaron en SISA las preinscripciones, habilitación para rendir, corte del padrón para la impresión, carga de notas de exa-

men, carga de otros puntajes y cálculo de puntaje final y orden de mérito. Idénticos procesos se configuraron para las dos re adjudicaciones. El sistema permite realizar auditoría sobre los procesos de verificación.

Se cargó en la ficha de cada postulante la imagen de su examen.

Los cálculos de orden de mérito no pudieron realizarse por sistema en la fecha prevista, por lo que hubo que realizar una primera etapa manual para la publicación. Requirió de ajuste del sistema.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires fue el responsable de la confección del sistema de adjudicación, ya que era la única de las tres jurisdicciones que tenía el sistema de adjudicación vinculado al de contratación. Por esta razón, fue también la encargada de la entrega de los datos finales de las adjudicaciones a las dos jurisdicciones restantes.

Sedes

Para la inscripción, la provincia de Buenos Aires habilitó sedes de inscripción (oficinas verificadoras de la documentación) en las 12 (doce) sedes de las Regiones Sanitarias. La CABA recibió documentación en la sede del Ministerio de Salud, en donde se concentró la recepción de documentación de extranjeros, por la complejidad de la revisión. La cartera nacional habilitó una oficina en el Hospital Garrahan, como se ha hecho desde el inicio de la incorporación de las instituciones nacionales al EU.

Para el Examen, la provincia de Buenos Aires habilitó sedes de examen en La Plata, Pergamino y Bahía Blanca; la CABA utilizó su sede tradicional en el Facultad de Medicina de la UBA; la DNCH contó con dos sedes; en el Correo Argentino (edificio Barracas) y en el Hospital Garrahan.

Para operativizar la adjudicación y las re adjudicaciones, se alternaron las adjudicaciones y readjudicaciones entre las sedes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, edificio de la Escuela de Sanidad de La Plata, y la sede de la Academia Nacional de Medicina, CABA.

Modalidad de Adjudicación y readjudicación.

La adjudicación se realizó por especialidad para los médicos y por profesión para el resto del equipo.

Las residencias multiprofesionales adoptaron fórmulas especia-

les para garantizar una conformación multidisciplinaria.

Para la readjudicación se conformaron órdenes de mérito por profesión, inclusive para medicina.

Fueron ocupados en total 2482 cargos de residencias y 399 de concurrencias.

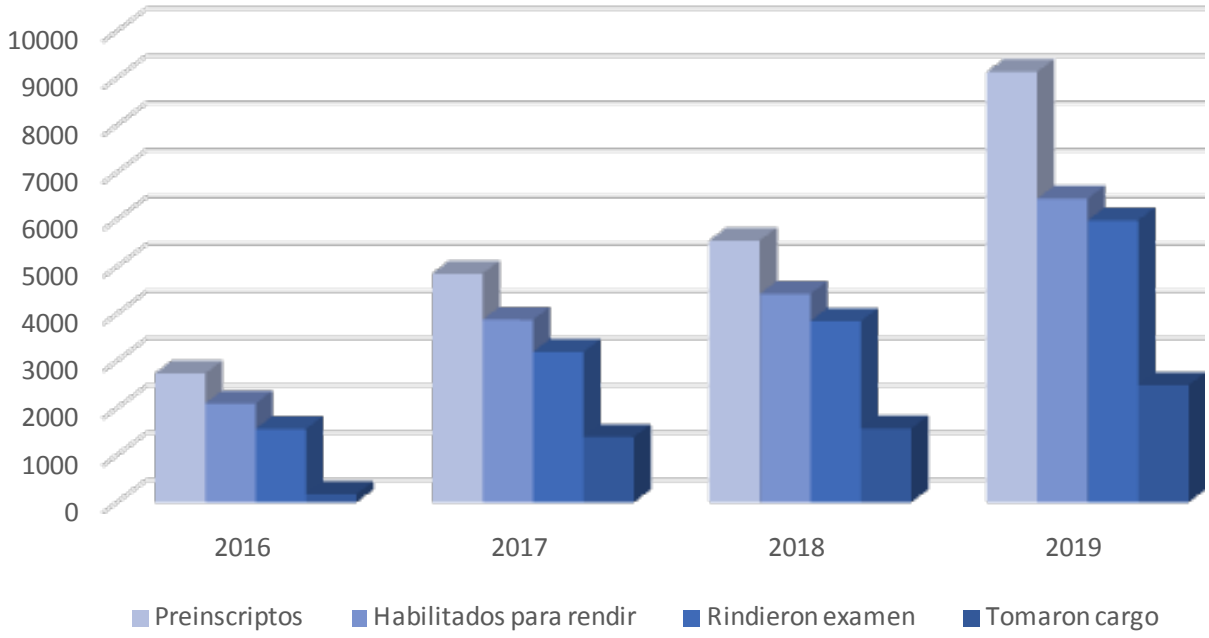
Resultados Concurso Unificado

Cuadro general del concurso que incluye todas las especialidades básicas.

CONCURSO UNIFICADO	2016	2017	2018	2019
Participantes	Instituciones Nacionales – H. Garrahan – H. del Cruce	Instituciones Nacionales – H. Garrahan – H. del Cruce – Prov Buenos Aires y Municipios asociados	Instituciones Nacionales – H. Garrahan – H. del Cruce – Prov Buenos Aires y Municipios asociados	Instituciones Nacionales –Prov Buenos Aires y Municipios asociados – Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Cargos ofrecidos	188	2057	2022	3470
Cargos ofrecidos especialidades no médicas	18	78	527	1017
Especialidades básicas concursadas	36	61	58	74
Preinscriptos	2732	4852	5557	9133
Habilitados para rendir	2096	3873	4422	6444
Rindieron examen	1558	3189	3845	5983
Aprobaron	Línea de corte 50 1430	Línea de corte 50 2939	Línea de corte 40 3692	Sin línea de corte 5983
Tomaron cargo	171	1384	1562	2482
% cobertura	83%	64,82%	61,27%	55,31%

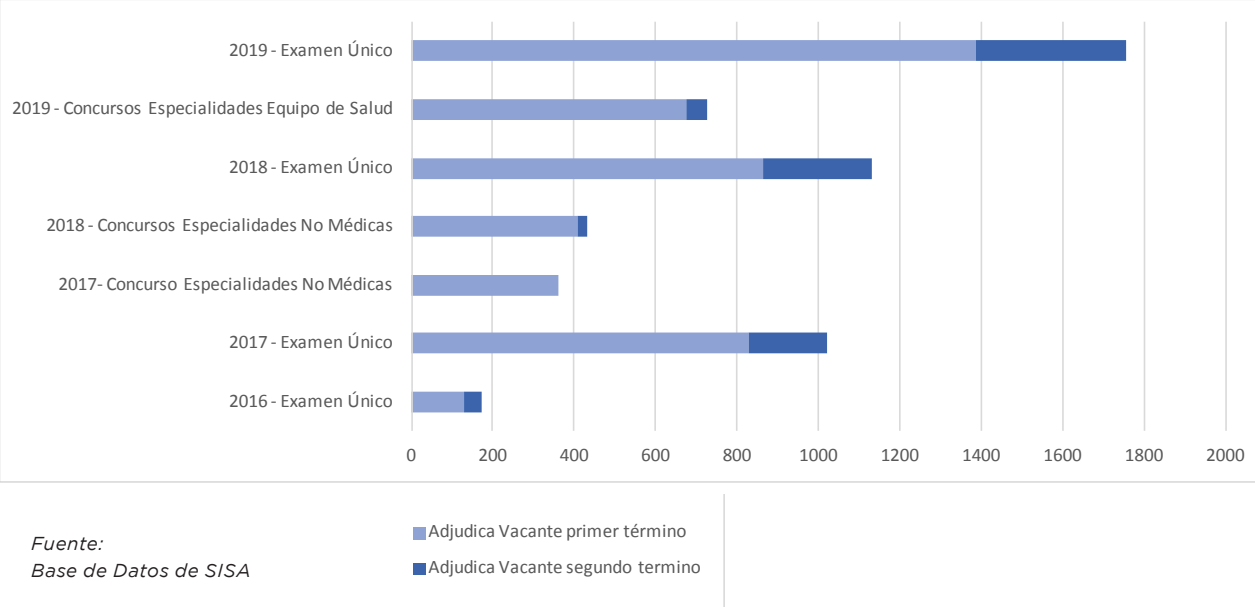
Fuente: Base de Datos de SISA, elaboración propia, 2019.

Al mirar el gráfico de las cuatros instancias por la que se registra el paso de los participantes a lo largo de los últimos cuatro años, se ve que se mantiene la proporcionalidad de las mismas y a simple vista se observa el crecimiento del concurso en magnitud de participantes.



Fuente:
Base de Datos de SISA

El siguiente gráfico es una desagregación de los datos del cuadro previo que grafica la toma de cargos, adjudicación en primer y segundo término (readjudicación), comparado entre los últimos cuatro años.



Fuente:
Base de Datos de SISA

Es destacable la disminución del número de postulantes que rinden por cargo para el concurso Unificado debido a la incorporación de las jurisdicciones de Buenos Aires y CABA. Se pasa de 8,94 postulantes en 2016 a 1,79 en el 2019. Esto podría estar indicando la concentración de los postulantes que aspiran a alcanzar plazas en el área metropolitana de Buenos Aires, que con anterioridad al Concurso Unificado, se postulaban a los exámenes de todas las jurisdicciones de la zona.

2.3 La población de profesionales extranjeros en el Examen Único de Ingreso a Residencias. Período 2016-2019

En los últimos cuatro años, se ha verificado un incremento progresivo de los profesionales extranjeros que se postulan al Examen Único de Residencias. Una aproximación a los datos sobre las características de este grupo poblacional en el Examen Único de Ingreso a Residencias (EU) aportará a los proceso de planificación de recurso humanos en general y de especialistas en particular

La presencia de extranjeros en la formación de posgrado va de la mano de las particularidades de las políticas migratorias de Argentina, de los procesos de homologación de títulos extranjeros y de la amplia oferta de formación de posgrado con la que cuenta nuestro país. Una breve descripción de este contexto nos permitirá comprender algunas de las variables que determinan la presencia extranjera en el EU, que se suman a las características propias de la residencia médica en los países de origen de los postulantes.

Con posterioridad, tomando como base los datos procedentes del proceso de gestión del EU registrados en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), analizaremos la composición de los profesionales que se presentaron a EU durante el período 2016-2019.

Migraciones. Conceptos

Se denomina migración el desplazamiento humano de un lugar a otro durante un tiempo determinado. Según la definición de la UNESCO, las migraciones son desplazamientos de la población de una delimitación geográfica a otra por un espacio de tiempo considerable o indefinido.

Existe cierta indeterminación acerca de qué desplazamientos humanos pueden ser considerados como movimientos migratorios y cuáles no. En este sentido, algunos autores han señalado

que para que un traslado se considere como migración deben concurrir circunstancias espaciales (desplazamiento entre dos localidades geográficas significativas), temporal (el desplazamiento debe tener cierta duración) y social (el desplazamiento debe suponer un cambio significativo de entorno social y cultural)

Según su duración, las migraciones pueden ser temporales o definitivas, en tanto según el lugar, encontramos migraciones internas (dentro del propio país) o externas u internacionales. Una tercera categoría contempla las causas que las producen, clasificándolas en libres o espontáneas, que se dan en busca de formación o por trabajo, y migraciones forzosas causadas principalmente por guerras o persecuciones de distinto tipo (religiosas, políticas, étnicas, etc). Aún en el caso de las migraciones libres, las personas son sometidas a procesos de desarraigo que son vividos con diferentes grados de dificultad.

Dentro de la migración profesional (migración calificada), la de los profesionales de salud es una de las más analizadas por la bibliografía. Es tratada como una cuestión cuyo origen reside en causas estructurales, ya que se parte de que los sistemas de salud están en crisis debido a la escasez de profesionales sanitarios. Sin embargo, es escasa la información sobre desplazamientos para la formación especializada.

Un estudio realizado sobre estas migraciones en los países de la región andina (Organización Panamericana de la Salud, 2013), señala algunas características que comparten todo tipo de migraciones:

"1. ... son producto de la desigual integración capitalista contemporánea, y de las brechas sociales, económicas y políticas que esta produce al interior de los países y entre estos.

2. ... flujos migratorios contribuyen al desarrollo, tanto de los países de origen, por el envío de remesas, como en los de destino, por la incorporación de migrantes a la fuerza laboral.

3. Los migrantes, como tendencia generalizada, trabajan en condiciones de creciente precarización laboral y exclusión social. Los migrantes profesionales, (...), también suelen percibir un ingreso menor al de sus pares de los países receptores.

4. Un rasgo compartido es la forma de operación de los desplazamientos. (...), ... configuran redes migratorias transnacionales, que arreglan traslados y fungen de soporte emocional y laboral,

cuando estos migrantes deben insertarse en el lugar de destino..."

Si bien el presente análisis realizará un abordaje preliminar, estas características pueden ofrecer un primer marco explicativo para comprender la afluencia de migrantes temporarios al sistema de formación de posgrado en las residencias médicas

Políticas migratorias y convalidación de títulos en Argentina

Argentina tiene una tradición de país abierto a las migraciones que comienza en el siglo XIX, al amparo de la Ley Nº 817 de Inmigración y Colonización (conocida como "Ley Avellaneda") que fomentaba la inmigración de europeos garantizándoles los mismos derechos civiles que a los ciudadanos argentinos (Canelo et al., 2018). Si bien esta apertura transitó diversas rupturas a lo largo del siglo XX, particularmente durante los diversos gobiernos de facto, la sanción (2003) y reglamentación (2010) de la Ley Nacional de Migraciones 25.871, actualmente vigente, considera a la migración como un derecho humano, incorpora la igualdad de trato y enuncia derechos fundamentales que asisten a los inmigrantes ligados al trabajo, a la seguridad social y atención médica, a la educación superior, etc. La ley vigente también define como objetivo de la política migratoria argentina a la integración de los extranjeros al cuerpo social en un plano de igualdad con los nacionales, promoviendo la integración regional.

Respecto de la homologación de títulos, paso imprescindible para el ingreso a una residencia, se realiza a través de dos vías: la convalidación por el Ministerio de Educación de la Nación o la reválida a través de las universidades nacionales (Secretaría de Políticas Universitarias, 2019)

1. A través de las universidades nacionales de gestión estatal: Se revalidan los títulos otorgados por instituciones universitarias extranjeras, de países que no han firmado convenios específicos con la Argentina o que, habiéndolo firmado, el caso no está contemplado en el mismo. Se trata de un proceso por el cual la universidad analiza cada una de las materias del plan de estudios original y las compara con las del propio, estableciendo las equivalencias con miras a homologar la formación y que el profesional obtenga un título de la universidad que realiza la reválida. Para ello, el interesado rendir las asignaturas que la universidad determine y

de acuerdo con ello es la demora en la emisión del título.

2. A través del Ministerio de Educación de la Nación: Se convalidan los títulos otorgados por instituciones universitarias extranjeras de países que han firmado convenios específicos de reconocimiento recíproco con la Argentina para que los profesionales puedan ejercer su actividad, o continúen sus estudios de posgrado en nuestro país. En estos casos, se realiza un trámite administrativo ante el Ministerio de Educación de la Nación, que se encuadra en los términos del convenio suscripto con cada país. Este trámite es más expeditivo, con una duración promedio de entre seis a doce meses.

Países que mantienen Convenios con Argentina son: República de Bolivia, República de Chile, República de Colombia, República de Cuba, República de Ecuador, Reino de España, República del Perú y Estados Unidos Mexicanos.

En el caso de títulos de Venezuela y Siria si bien no hay convenio por medio de resoluciones ministeriales, en 2018 se habilitó la convalidación para facilitar a los profesionales que puedan ejercer su profesión en nuestro país o proseguir sus estudios. Para el año 2019, el Ministerio de Educación facilitó la culminación de la convalidación para aquellos profesionales procedentes de estos países que se hubieran pre inscripto para rendir el EU, a partir de un acuerdo establecido a través de la Mesa de Políticas Integradas Salud - Educación entre la Dirección Nacional de Capital Humano y la Dirección Nacional de Gestión y Fiscalización Universitaria.

Por otra parte, aquellos profesionales de países con convenio que quieren realizar una carrera de especialista universitario en el ámbito de la CABA, bajo una modalidad diferente a la de la residencia, acceden a una convalidación y matrícula profesional exclusiva para estudios mediante un procedimiento aprobado mediante resolución conjunta, Resolución 351/13 (Ministerio de Educación)- Resolución 178/13 (Ministerio de Salud)

Caracterización de los profesionales extranjeros que se presentaron al EU según nacionalidad y procedencia del título

Médicos

Entre 2016 y 2019 se presentaron a rendir el EU un total de 3708 profesionales con nacionalidad diferente de la Argentina, un 21% de todos los médicos que dieron examen el período.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

Gráfico 1: Médicos que rindieron EU según nacionalidad

La mayoría de estos extranjeros contaban con nacionalidad de Bolivia, Colombia y Ecuador, países con los que la Argentina tiene convenio bilateral de convalidación. Un 82,6% del total de los extranjeros habían obtenido su título en una universidad por fuera de la Argentina.

Un 17,4% % eran egresados de universidades argentinas. Esta situación era predominante en países que no cuentan con convenio y son limítrofes con Argentina, pero también fueron mayoría los formados en nuestro país entre los postulantes de Chile y Perú,

países que sí tiene convenio recíproco.

En el caso de Venezuela, el número de postulantes es menor y corresponde a 2019, siendo la mayoría de ellos procedentes de universidades de ese país.

País Nacionalidad	Egresado Universidad ARGENTINA	Egresado Universidad EXTRANJERA	Total general*
Bolivia	38	1725	1767
Colombia	59	787	846
Ecuador	28	475	503
Brasil	221	3	224
Perú	111	18	130
Chile	53		55
Paraguay	40		40
Venezuela	4	20	24
Otros países	91	25	117

**en 15 casos no se pudo identificar el dato de la universidad de procedencia*

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

Según el país de procedencia, encontramos que los grupos mayoritarios pertenecen a profesionales con nacionalidad boliviana (47,65%) y colombiana (22,86%), siguiendo en número los procedentes de Ecuador (13,56%) y, en menor cantidad, de Brasil y Perú.

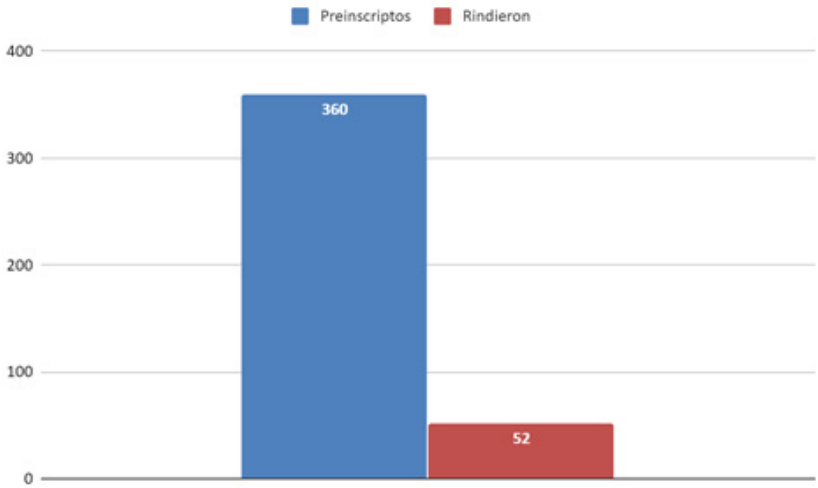
Enfermería

Como ya se ha mencionado, en 2019 se incorporan al EU las profesiones de Enfermería y Bioquímica

De un total de 433 enfermeros que rindieron examen, 52 eran de nacionalidades diferentes de la Argentina.

Sin embargo, como puede verse en el gráfico a continuación, se preinscribió una proporción siete veces superior a la de los que finalmente se presentaron al examen.

Gráfico 2: Cantidad de postulantes extranjeros que se preinscribieron y rindieron el examen de Enfermería en 2019



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

Si contemplamos la Tabla 2, en donde se pone en relación la nacionalidad de los postulantes en con la procedencia del título, y su situación respecto de las etapas del examen podemos presumir que una de las explicaciones que surgen a esta diferencia probablemente resida en el proceso de homologación de títulos. Como puede observarse, de los postulantes de nacionalidad venezolana únicamente rindió examen uno de ellos, que se había formado en una institución argentina, sobre un total de 163, de los cuales 160 eran egresados de una universidad extranjera.

Es importante destacar las diferencias con el caso de los médicos ya que entre los enfermeros, a excepción del caso de los procedentes de Venezuela, son mayoría los que se formaron en Argentina.

Tabla 2: Cantidad de postulantes de Enfermería formados en universidades extranjeras según etapa de examen

País Nacionalidad	Preinscriptos	Preinscriptos de Universidad extranjera	Preinscriptos de universidad argentina	Rindieron examen
Venezuela	163	160	3	
Perú	85	1	84	
Bolivia	81	3	78	
Paraguay	15			
Colombia	8	2	6	
Ecuador	2		2	
Brasil	2		2	
Chile	2		2	
Cabo Verde	1		1	
Uruguay	1		1	
Total general	**360**	**166**		

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

Bioquímica

Una situación similar a la observada para Enfermería se verifica en el caso de Bioquímica, en el cual se pre inscribieron 68 extranjeros, sobre un total de XXX preinscriptos. La mayoría de ellos era de nacionalidad venezolana, quienes, al igual que los enfermeros, luego no rindieron el examen. En este caso, la presencia de extranjeros de otros países es poco significativa sobre el total.

Tabla 3: Cantidad de postulantes de Bioquímica formados en universidades extranjeras según etapa de examen

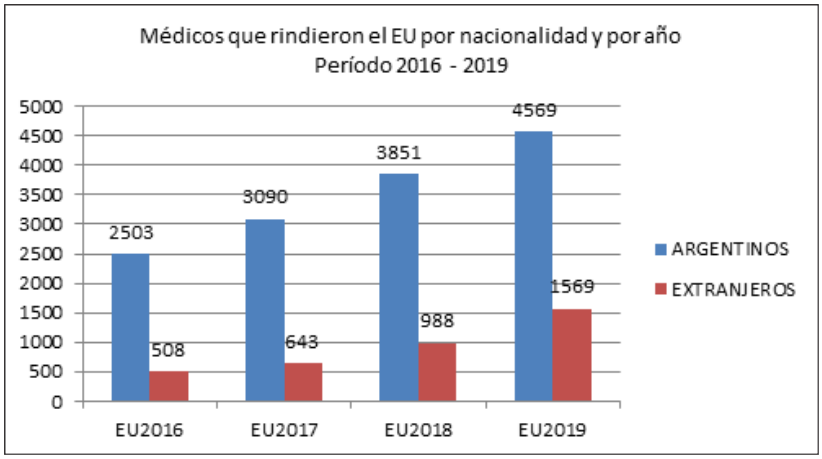
País Nacionalidad	Preinscriptos	Preinscriptos de Universidad Extranjera	Preinscriptos de universidad argentina	Rindieron examen
Venezuela	63	62		
Bolivia	2	2		
Paraguay	1		1	1
Chile	1		1	1
Costa Rica	1		1	1
Total general	**68**	**64**		**3**

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

La elección del concurso de residencia

Durante el período, se incrementó la proporción de extranjeros que se presentaron al EU, que pasó de un 16,9 % en 2016 a 25,6 % en 2019

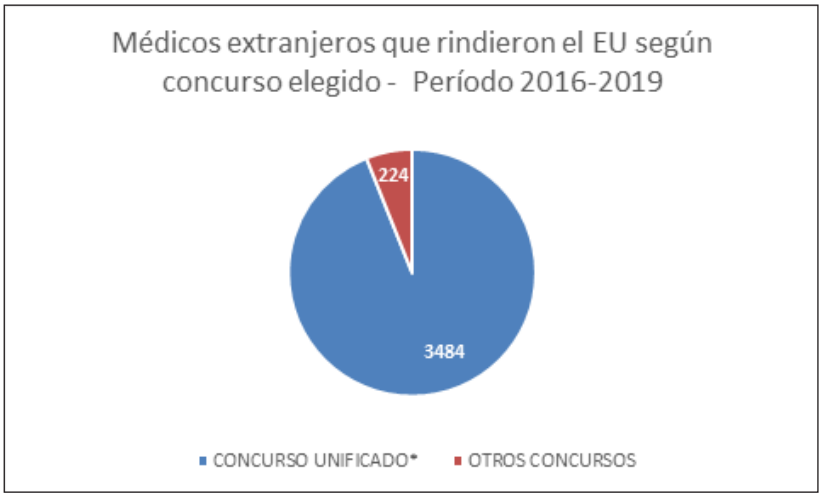
Gráfico N°3: Médicos que rindieron el EU por nacionalidad y por año



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

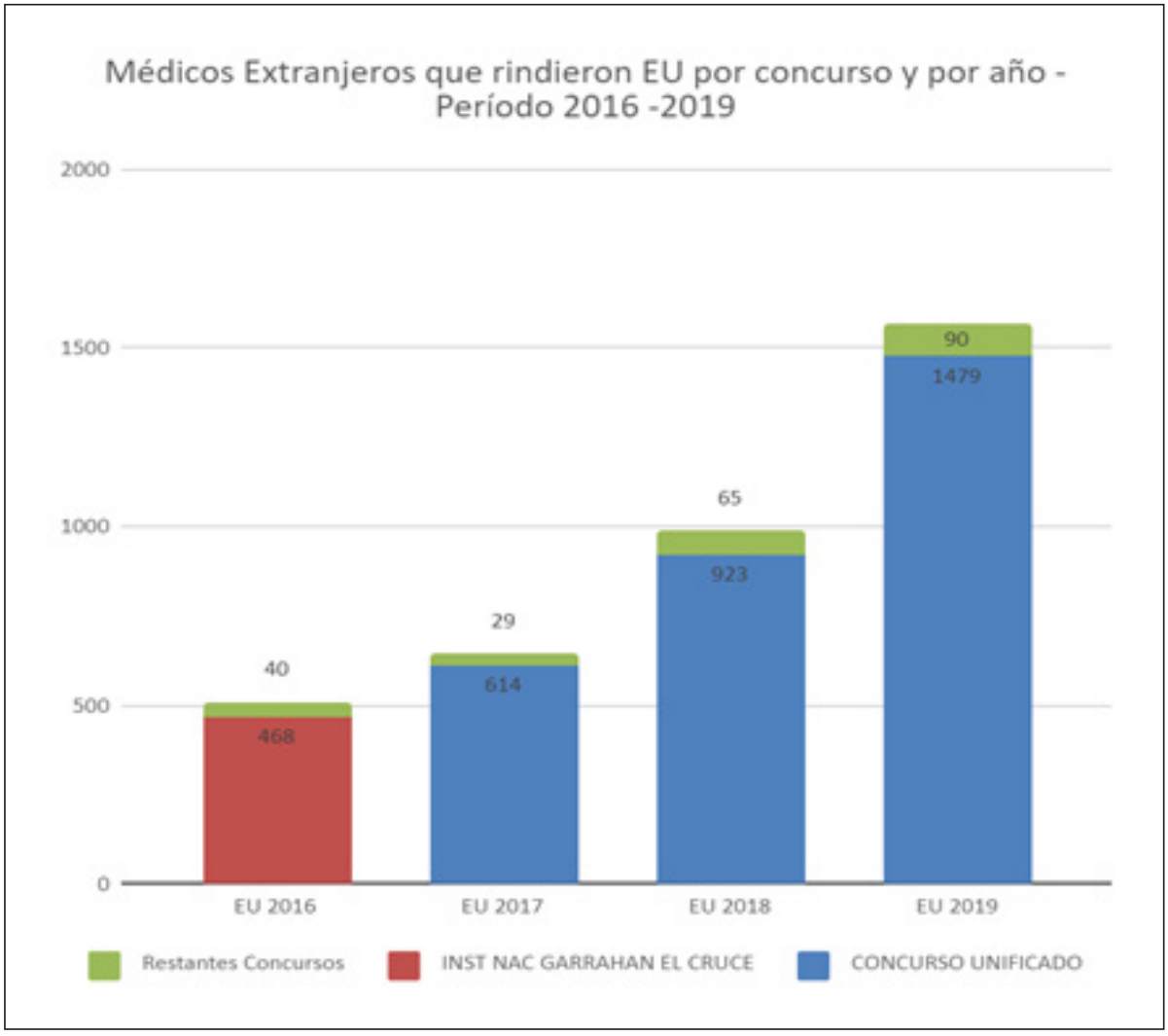
Dicho fenómeno es coincidente con la incorporación de la Provincia de Buenos Aires en 2017 y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2019 al Concurso Unificado.

Gráfico N°4: Médicos extranjeros que rindieron el EU según concurso



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

Como puede apreciarse en el gráfico anterior el 94% de los extranjeros que rindieron el EU lo hicieron para el Concurso Unificado: en 2016 al Concurso de Instituciones Nacionales –GARRAHAN –EL CRUCE y, con posterioridad, al concurso que incluyó a las citadas jurisdicciones.



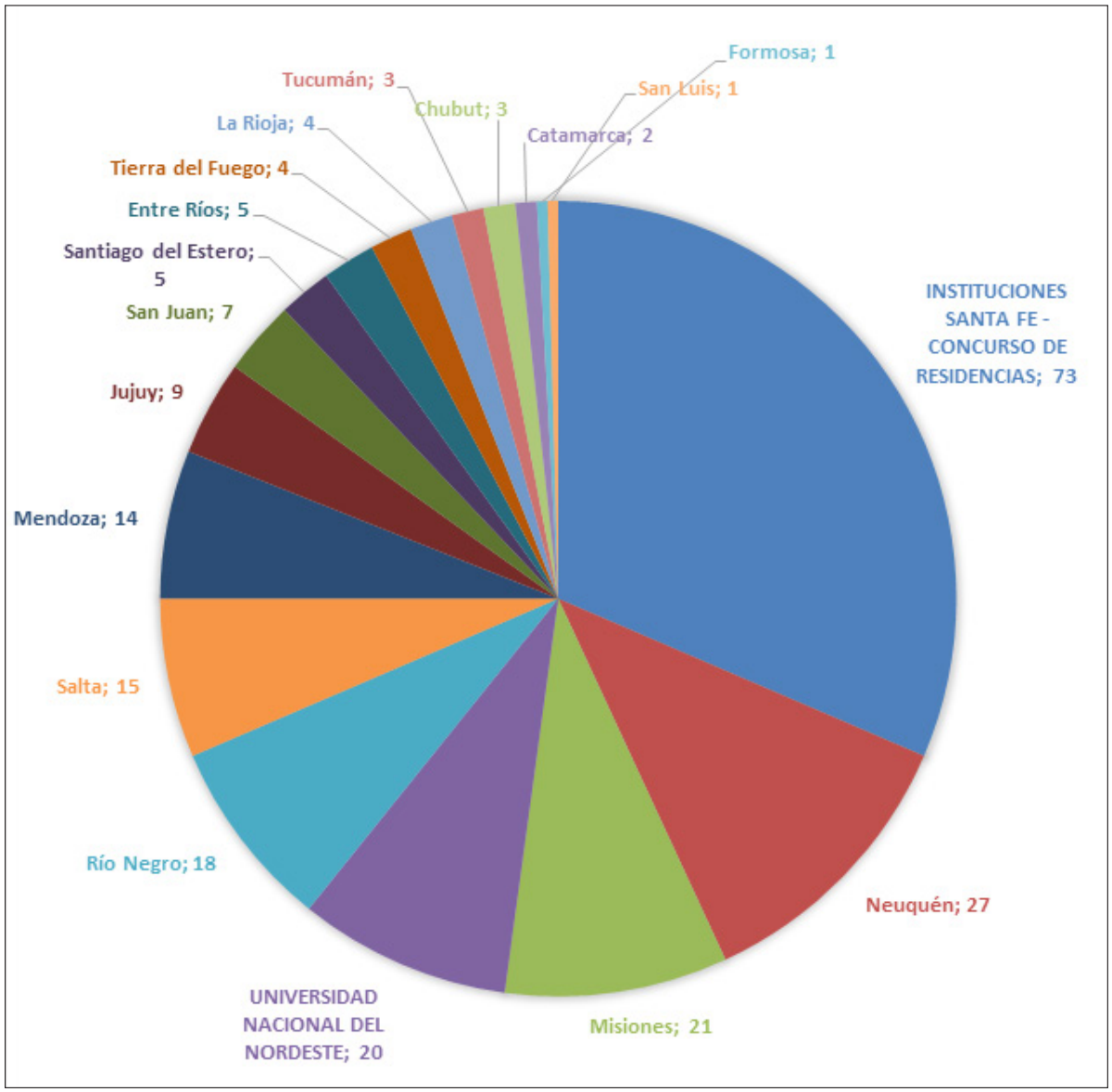
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

La incorporación de la Provincia de Buenos Aires en 2017 no conllevó un incremento significativo de extranjeros hasta 2018, cuando se duplica la cantidad en relación con 2016. Es al sumarse

las residencias del GCBA que la participación de los profesionales de otros países se triplica en un período de tres años.

A continuación, podemos visualizar cómo se distribuye el 6% de los postulantes que eligieron otros concursos.

Gráfico N°4: Médicos extranjeros que rindieron el EU distribuidos por concursos diferentes del CU. Período 2016-2019



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

Esta elección podría fundamentarse en la concentración de la oferta de cargos en el área metropolitana del GBA tanto del sector público como el privado. Esta hipótesis se vería reforzada al mirar la distribución de postulantes extranjeros en las restantes provincias, ya que se encuentra mayor cantidad en aquellas que ofrecen mayor cantidad de cargos, aunque deben considerarse otras variables como los límites de edad de ingreso, políticas provinciales de radicación, etc, que exceden el alcance del presente análisis.

Si bien no se cuenta con datos específicos, en el caso particular del área metropolitana del Gran Buenos Aires, los migrantes pueden acceder también una oferta amplia de formación, ya sea a través de residencias del sector privado o universitario no incluidas en el EU, como también a diversidad de figuras de becarios (fellows) y a carreras de especialistas universitarias, con diferente costo.

La elección de especialidad

SI analizamos las especialidades que convocan a mayor cantidad de extranjeros, nos encontramos con algunas diferencias respecto de las que demandan los argentinos. Tomando en cuenta que el 21% de los postulantes del período 2016-2019 eran extranjeros, vemos que especialidades como Ortopedia y Traumatología, CArdiología, DIagnóstico por Imágenes, Terapia Intensiva de Adultos, Neurocirugía y Otorrinolaringología tienen una demanda que supera dicha proporción, aunque (excepto por Terapia Intensiva) coinciden con las más demandas por el global de postulantes.

En el caso de Terapia Intensiva de Adultos, especialidad con baja cobertura, la presencia de extranjeros favorece la ocupación de los cargos, aunque habrá que prestar atención a la permanencia de estos profesionales en Argentina o su regreso a su país de origen. Como contrapartida, otras especialidades con baja cobertura son poco requeridas como Tocoginecología o directamente no figuran entre las preferencias, como Medicina General y/o Familiar. Puede plantearse como hipótesis que existe una demanda de las especialidades con mayor rentabilidad, pero habría que realizar una investigación sobre el mercado de trabajo en los países de origen de los postulantes y la intención de regresar de los mismos

Tabla N° 4: Proporción de postulantes médicos argentinos y extranjeros que rindieron EU, según especialidades más demandadas, 2016-2019

ESPECIALIDADES 2016-2019	Extranjeros	% postulan	Argentinos	% postulan	Total postulante
Pediatría	484	18,40	2146	81,60	263
Cirugía general	382	17,91	1751	82,09	213
Clínica médica	336	16,03	1760	83,97	209
Ortopedia y traumatología	267	33,71	525	66,29	79
Diagnóstico por imágenes	250	36,71	431	63,29	68
Cardiología	233	26,00	663	74,00	89
Anestesiología	146	10,30	1272	89,70	141
Terapia intensiva	155	45,59	185	54,41	34
Dermatología	152	39,48	233	60,52	38
Tocoginecología	145	11,24	1145	88,76	129
Oftalmología	101	16,75	502	83,25	60
Neurocirugía	102	28,41	257	71,59	35
Otorrinolaringología	96	39,83	145	60,17	24

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

A continuación, se pueden ver las especialidades más requeridas por los profesionales extranjeros de los países con mayor presencia.

Tabla N° 5: Postulantes extranjeros que rindieron EU, según especialidades más demandadas y país de procedencia, 2016-2019

RINDIERON EXAMEN 2016-2019	Bolivia	Colombia	Ecuador	Brasil	Perú	Chile	Paraguay	Venezuela	otras nacionalidades	Total general
Pediatría	248	133	62	22	8	6	5	6	14	504
Cirugía general	199	83	38	29	23	6	4	3	12	397
Clínica médica	156	111	15	24	15	7	8		12	348
Ortopedia y traumatología	143	66	40	9	5	1	3	2	6	275

Diagnóstico por imágenes	81	126	22	8	6	4	3	3	1	254
Cardiología	162	8	39	14	6	1	3		8	241
Anestesiología	47	40	4	28	17	8	2	2	16	164
Terapia intensiva	119	14	14	5		3		1	0	156
Dermatología	55	50	34	6	5		2		3	155
Toconinecología	58	38	24	9	9	4	3	1	5	151
Oftalmología	38	28	15	9	7	2	2	2	6	109
Neurocirugía	57	19	15	7	3		1		0	102
Otorrinolaringología	21	35	31	7	2				1	97
otras especialidades	383	97	150	47	24	13	4	4	33	755
Total general	1767	848	503	224	130	55	40	24	117	3708

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

En general, no se puede establecer mayores diferencias en la elección por países, pero hay dos casos que llaman la atención: La elección de Diagnóstico por Imágenes en los profesionales procedentes de Colombia y la de Terapia Intensiva y Cardiología entre los bolivianos

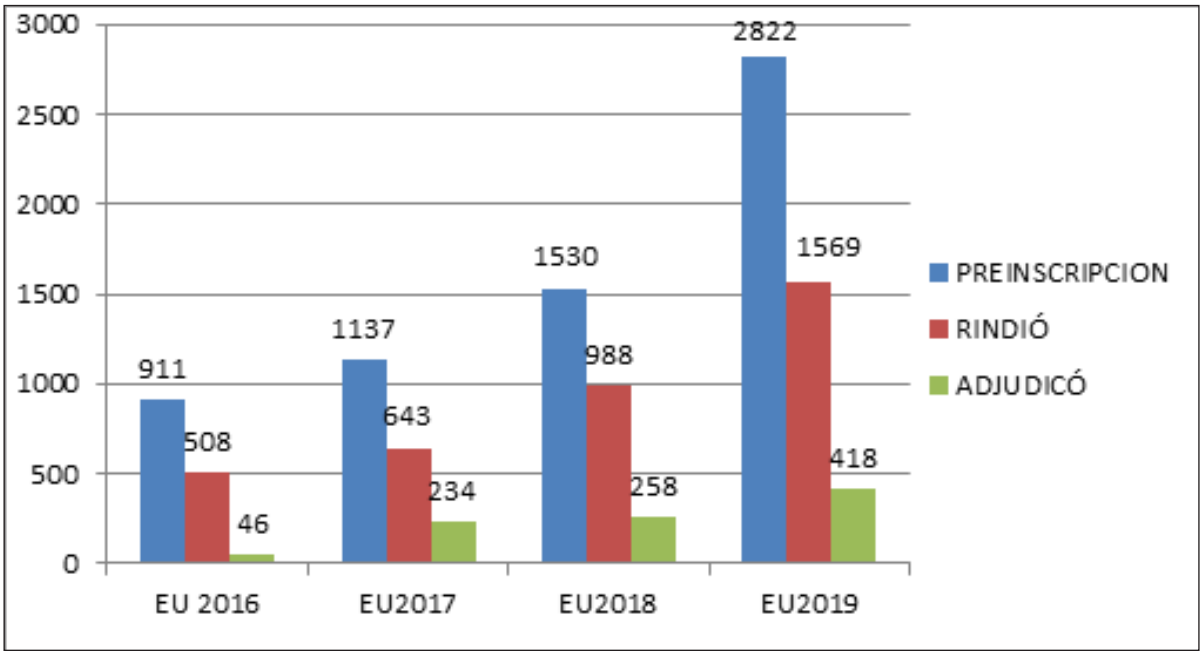
Progresión de la presencia de extranjeros en las distintas etapas del EU

El proceso del EU incluye diferentes momentos de tipo administrativo y académico hasta acceder en forma definitiva a la plaza de residencia. Si bien los postulantes manifiestan una primera voluntad al preinscribirse on line a través del Sistema de Información Sanitaria Argentina (SISA), para lograr la habilitación para rendir el examen deben completar su inscripción mediante el envío de la documentación avalatoria que acredita la homologación de su título. Finalmente, su posición en el ranking del concurso y especialidad elegida será la que les permita acceder a una plaza de residencia en la especialidad elegida.

Si bien en el presente análisis nos hemos enfocado en los que

rindieron examen, un análisis de la relación entre la inscripción on line y las etapas posteriores puede dar cuenta de algunas situaciones que ayudarán al momento de planificar la formación de posgrado y la gestión del EU.

Gráfico N° 5. Número de médicos extranjeros que se preinscribieron, rindieron examen y adjudicaron un cargo en el marco del EU entre 2016 y 2019



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Examen Único de Ingreso a Residencias, SISA, 2019

Se pre inscribieron 6400 médicos extranjeros, de los cuales un poco más de la mitad (58% =3708) rindieron efectivamente examen. Posteriormente, sólo tomaron cargo 956, que corresponde a un 25,8% de los que rindieron y a un 15% de los que se preinscribieron. Esto corresponde a un 5,4% del total de los que rindieron examen y 13,02% de los que acceden a un cargo (7340 durante el período) en el marco del EU.

La evolución entre los que se preinscribieron y rindieron examen osciló entre un 55% y un 56%, excepto en 2018 donde dicha proporción sube a 64,60%

Observando cuál fue la relación entre los que rindieron y adjudicaron cargo, puede observarse que de una proporción muy

baja (9%) en el año 2016, cuando aún no se habían sumado la CABA y Pcia de Buenos Aires, se pasa a una incorporación significativa de extranjeros con la integración de esta última al EU en 2017 (36,40%). El año siguiente, esta proporción disminuye (26,1%), aun cuando se verifica un incremento de un 50% de postulantes: sólo ingresan 258 extranjeros, 24 profesionales más que en 2017, con las mismas jurisdicciones en el Concurso Unificado y un número similar de oferta de cargos. Aquí debería tomarse en consideración que hubo también un incremento importante de argentinos que rindieron examen (761), que pueden haberlos desplazado en el ingreso a los cargos. En estudios previos realizados en el marco de EU, se ha verificado un rendimiento superior en el examen de los egresados de las universidades argentinas

En 2019, prácticamente se duplican las preinscripciones en relación con 2018. Aunque el crecimiento de los que rinden examen es un poco menor, 37%, esta cifra aporta para triplicar la presencia de médicos extranjeros en relación con el 2016.

En este número tienen un peso importante los pre inscriptos de nacionalidad venezolana, de los cuales no se habían registrado preinscripciones durante 2016 y 2017 y sólo 6 postulantes en 2018. Para el examen 2019, el total de médicos venezolanos pre inscriptos ascendió a 483, de los cuales sólo 20 rindieron finalmente examen.

Algunas consideraciones para seguir investigando

La demanda de formación de posgrado por parte de extranjeros es un fenómeno que se verifica también en España en el examen de ingreso a residencias (MIR). Según cifras oficiales publicadas en la Revista Redacción Médica, en 2019, de 15475 personas admitidas en dicho proceso, 4463 eran de otras nacionalidades. Sin embargo, sólo la mitad de estos profesionales competía por plazas en idénticas condiciones que los españoles. El resto, 2387 personas, sólo podría acceder a alguna de las plazas del cupo fijado para extranjeros (272 plazas sobre las 6797 ofrecidas a españoles y comunitarios). Los profesionales extracomunitarios que se postularon en 2019 pertenecían mayoritariamente a Colombia (786), seguidos por ecuatorianos (464), venezolanos (451) y bolivianos (405).

En el caso de Estados Unidos, se incorporan médicos formados en el exterior, ya se trate de ciudadanos estadounidenses o de otros países (Educational Comission for Foreign Medical Gradua-

tes, 2019). En 2019, para 32.194 posiciones se presentaron 11.949 profesionales formados en el extranjero, de los cuales ingresaron 2.997 que eran ciudadanos estadounidenses y 4.028 de otras nacionalidades. Estos médicos formados en el exterior configuran una cuarta parte de la fuerza de trabajo de la profesión y son un sostén de la atención primaria en zonas desatendidas, en un contexto en el cual la Asociación de Colegios Médicos Estadounidenses estima un déficit global de 121.000 para el 2030.

Sin tratarse de un proceso exclusivo de ingreso a residencias, el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina de Chile (EUNACOM, 2019)para acceder a la matrícula profesional y para cargos en el sector público. En la última edición de julio de 2109, se presentaron 4518 médicos, de los cuales 93% eran extranjeros. LA cifra de extranjeros se incrementa desde 2015, ante la oferta de cargos en el primer nivel de atención.

Si bien las oleadas migratorias y la demanda de formación deben indagarse en relación con las condiciones que determinan los movimientos en cada uno de los países de origen y las facilidades que ofrece Argentina en un período preciso, podemos considerar que en el caso que nos ocupa coexisten tres tipos de grupos migratorios:

1. Un número mayoritario de migrantes libres y temporales en busca de formación de posgrado, como podría ser el caso de los de nacionalidad boliviana, colombiana y ecuatoriana.

2. Un grupo más pequeño de migrantes libres, pero más permanentes, ya que han realizado su carrera de grado en Argentina, como puede ser el caso de los migrantes brasileños y peruanos, y que han decidido continuar aquí su formación de posgrado.

3. Un grupo más reciente de migrantes forzosos provenientes de Venezuela, que han llegado ya con niveles de especialización, pero aún tienen problemas para convalidar su título, por lo que el EU puede haber sido una oportunidad para acelerar el trámite (OIM, 2019)

Es conveniente señalar algunos factores que podrían haber incrementado la presencia de extranjeros en el período desde las

políticas de nuestro país, tanto en la etapa de pre inscripción como de examen.

La política migratoria argentina de corte integracionista y la facilidad de para la convalidación de títulos de aquellos países que cuentan con convenios ofrece un primer marco de oportunidad.

Cumplimentados los requisitos migratorios y de homologación, los profesionales extranjeros compiten en el concurso con idénticas reglas que los nacionales: eligen su cargo de acuerdo con el orden de mérito y perciben igual contratación, salario y beneficios sociales que los nacionales. No hay condiciones restrictivas.

Existe una importante oferta de cargos para la formación de posgrado tanto en residencias como en carreras de especialista universitario. En el caso particular de las residencias, los extranjeros ocupan cargos en zonas que no suelen ser requeridas por los nacionales.

La incorporación de la CABA es importante en términos de oferta formativa en cantidad y prestigio. Un estudio reciente sobre la demografía de los residentes de esa jurisdicción (ANtonietti et al, 2019) señala que la presencia de extranjeros en la residencia pasó de 3,0% y 1,7% en los bienios 1997/1998 y 1999/2000 a 8,9% y 9,9% en los bienios 2015/2016 y 2017/2018 respectivamente, lo cual muestra su crecimiento como destino educativo para el posgrado. Quienes eligen esta jurisdicción tienen la posibilidad de hacer a la vez la residencia y el posgrado universitario.

Si bien el presente análisis se ha realizado sobre las residencias, la jurisdicción de CABA también ofrece concurrencias a las que se podía acceder mediante el EU, lo cual podría reforzar la elección del CU. A su vez, para 2019, muchas instituciones privadas del distrito que ofrecen formación a extranjeros bajo diferentes modalidades exigieron cumplimentar el EU.

Por otra parte, es una jurisdicción con una presencia importante de habitantes de los países de los postulantes. De hecho, la presencia de nacidos en otros países dentro del total de no nacidos en CABA se incrementó de un 23,3% entre el 2000 y 2009 a 39,4% entre 2010 y 2019. Ello da cuenta de la existencia de redes migratorias de contención en la jurisdicción que la configuran como un destino privilegiado, principalmente de países limítrofes.

En el caso de Venezuela, la Argentina asume una política migratoria particular ante la crisis política de dicho país, favoreciendo

el ingreso de sus migrantes, que también eligen Argentina por su condición de país del Mercosur y las consecuentes facilidades administrativas que ofrece para la radicación. En 2018, la Dirección Nacional de Migraciones entregó 60.687 radicaciones temporarias y 9.844 permanentes a personas venezolanas en la República Argentina. El 76% fueron otorgadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 11% en La Plata y GBA, el 4% en Córdoba, el 3% en Mar del Plata y el 2% en Neuquén. Estas cifras dan cuenta de una gran concentración de la población en el AMBA y en menor medida en zonas urbanas del interior del país (OIM,2019).

Si bien no ha sido el objetivo de este informe indagar en las condiciones de los países de origen, es de destacar que tanto en Bolivia como en Colombia, los médicos no cuentan con una oferta equivalente para la especialización de sus egresados.

En Bolivia, para la última convocatoria de 2019, se presentaron 982 postulantes que ocuparon una oferta de 272 cargos (UMSS, 2019).

En el caso de Colombia, se acaba de reglamentar una nueva ley que establece una remuneración mínima para los residentes. En este país, la oferta de residencias se encontraba fragmentada, regulada entre los Ministerios de Salud y Educación, sin un ordenamiento jurídico específico. Además de no percibir remuneración o percibirla de acuerdo con lo establecido por el empleador, en muchos casos del sector privado, los residentes deben afrontar costos obligatorios de seguro de riesgos, seguro social del posgrado universitarios, lo cual reduce el acceso a la formación a los sectores con capacidad de pago (Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 2013). El costo de la formación oscila entre u$3.500 y u$7.000 por período académico que puede ser de 6 meses o un año (Hernández Ayazo y Sierra Merlano, 2018). En el último quinquenio se ha duplicado la cantidad de egresados (se proyecta en 3000 para 2020) de los cuales sólo el 50% acceden a una residencia.

Una situación a analizar es la creciente demanda de formación de grado en Medicina de estudiantes procedentes de diversos países de Latinoamérica. De 40.000 extranjeros que estudiaban en universidades públicas en 2016 (Secretaría de Políticas Universitarias, 2016), 8.400 se encontraban estudiando Medicina, la carrera más demandada, en tanto en el sector privado la cifra de era de 3.640 cursantes sobre un total de 15.446. La segunda ca-

rrera más elegida también pertenecía al sector salud: Enfermería contaba con 3.545 estudiantes en universidades públicas y 1.045 en las universidades privadas. Entre los estudiantes de Medicina, 6.721, la mitad del total, procedían de Brasil, país en donde la oferta de acceso a la educación universitaria pública y gratuita es escasa y el costo de estudiar en el país supera al de vivir y estudiar en Argentina.

Para finalizar, si bien el número de extranjeros muestra una tendencia creciente en el contexto del EU, el presente estudio es sólo una aproximación a partir de la información que provee la base de datos del EU. Dicha tendencia requerirá una confirmación con otros estudios que profundicen en las hipótesis aquí formuladas.

Será importante monitorear cómo las nuevas regulaciones en Colombia y en el MIR pueden modificar la demanda de plazas por parte de extranjeros en nuestro país y si inciden las crisis políticas que se están produciendo en la región.

Sería conveniente analizar con mayor profundidad cuáles son los cargos a los que acceden por especialidad y por sede y su posición el ranking.

Las metodología cualitativas facilitarían el conocimiento en profundidad de las preferencias de los migrantes y su elección por nuestro país como destino de formación

Conclusión

La implementación de la política del EU en forma paulatina y progresiva ha permitido avanzar 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 el acceso a residencias en todo el país.

Desde que la oferta de cargos a nivel del país, en especial en la profesión médica, se equipara con el número de los graduados y diferentes modificaciones normativas apuntan a consolidar la residencia como la modalidad para la especialización de postgrado, el Examen Único se convierte en una poderosa herramienta para planificar esta formación acorde las necesidades del país. La construcción progresiva de los consensos necesarios para au-

mentar la cobertura, la incorporación de los distritos faltantes y de otras profesiones, así como el análisis de las necesidades son el camino a seguir para seguir fortaleciendo este proceso.

Merece una análisis individualizado el impacto de las políticas migratorias y la oferta formativa del país. Es evidente la creciente participación de profesionales extranjeros, recibidos fuera del país y en universidades locales, que se incorporan al proceso formativo de residencia. Esto se suma a la corrientes migratorias regionales ligadas a cuestiones políticas. Conocer más sobre sus preferencias y futuro profesional, resulta clave para poder determinar el impacto de esto en la composición futura del capital humano en salud. Investigar y luego planificar en función de los resultados resulta crítico para poder proyectar una cobertura de las necesidades de profesionales de salud en futuro mediato.

.

Referencias

Antonietti, Laura. Características de ingresantes al Sistema de Residencias del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus modificaciones a lo largo de 20 años .- 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, 2019. Libro digital, PDF https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/demografia_residencias_caba_0.pdf

Canelo, Brenda, Gavazzo, Natalia, & Nejamkis, Lucila. (2018). Nuevas (viejas) políticas migratorias en la Argentina del cambio. Si Somos Americanos, 18(1), 150-182. https://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482018000100150

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2013) Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20

Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas_versi%C3%B3n%206%20%282%29.pdf el 15 de noviembre de 2019

Dure, M. I, Cadile; M del C. Comp (2015) La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015. Ministerio de Salud de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf

Educational Comission for Foreign Medical Graduates "IMGs Continue to Show Gains in 2019 Match. Growth in Primary-care Specialties Offers Enhanced Opportunities", USA, Marzo 2019. Recuperado de https://www.ecfmg.org/news/2019/03/15/imgs-continue-to-show-gains-in-2019-match/ el 22 de noviembre 2019

Examen Único Nacional de Conocimientos en Medicina (2019) "Aprobación de EUNACOM por médicos extranjeros", Chile. Recuperado de http://www.eunacom.cl/ el 22 de noviembre de 2019

Hernández Ayazo, Helí; Sierra Merlano, Rita Magola (2018) La formación de médicos en Colombia, Educación Médica, Volume 19, Supplement 1, July 2018, Pages 31-35. Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300287

Organización Internacional de Migraciones (2019) Integración LAboral en el sector salud de la población venezolana en la República Argentina, OIM, Buenos Aires, Recuperado de http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022761/integracion_laboral_sector_-salud_poblacion_venezolana-republi_Aeqpy29.pdf el 15 de noviembre de 2019

Organización Panamericana de la Salud (2013) Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos y perspectiva en los países de la región andina, Lima, Perú, OPS https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/RH-migra-cali-subreg-andina-2013.pdf

PNUD (2018) Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. https://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/PNUD_InformedeGenero_2018.04.04.pdf

Posgrado en Medicina UMSS. Notas del Examen de la Residencia Médica 2019. Sistema NAcional de Residencias Médicas.18 de febrero 2019 Bolivia. Recuperado de https://medicina.umssvirtual.net/notas-del-examen-de-la-residencia-medica-2019/ el 15 de noviembre de 2019

Redacción Médica (2019). Examen MIR 2019: más de 2.380 extranjeros afectados por el cupo Revista Redacción Médica,España, 4 de enero 2019. Recuperado de https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/examen-mir-2019-mas-de-2-380-extranjeros-afectados-por-el-cupo-1323 el 22 de noveimbre de 2019

Secretaría de Políticas Universitarias (2016) Estudiantes extranjeros de pregrado y grado por carrera. Año 2016. Sistema de Consulta de Estadísticas Universitarias, Ministerio de Educación, Argentina. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1zUU45k0agEx1flsK7OdlLWmDY1uh-NY2/view

Secretaría de Políticas Universitarias (2019), Convalidaciones de Títulos Universitarios Extranjeros, Ministerio de Educación, Argentina, Recuperado de https://convalidaciones.siu.edu.ar/. el 22 de noviembre de 2019

Serralunga, G., del Valle, M. , Reig, M .E. , Ladenheim, R. , Skoumal, G., García Dieguez, M. (2019). Examen Único Nacional de selección de residentes 2018: Análisis psicométrico y características de los postulantes. En A. Hoylt,T (Presidente). Congreso Latinoamericano en Educación de Residentes (LACRE). Pontificia Universidad Católica de Chile - Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Santiago de Chile

Serralunga, M.G., del Valle, M, Yulita, h., Rodriguez, P.,Molina, M.P., Pikas, F., Durante, E., Garcia Dieguez, M (2017) Selección de residentes en Argentina: análisis y comparación de los exámenes de admisión de los tres sistemas públicos con mayor oferta de cargos Inv Ed Med. 2017,6, e29

Resolución 186/2019. Ministerio de Salud de la Nación. https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/201188/20190205

** Las autoras agradecen la colaboración de Pedro Pereyra, referente técnico del SISA para el procesamiento de los datos*

3. Las políticas intersectoriales de Salud-Educación para la formación de RHUS

María del Carmen Cadile

3.1. El trabajo intersectorial a través de la Mesa de articulación Salud-Educación

A mediados de 2017, el Consejo Directivo de la OMS aprueba la "Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud" (documento CE160/18) donde solicitan a los Estados Miembros que recuperen la rectoría de la formación de los recursos humanos en salud a través de políticas nacionales, ejerciendo la regulación y la planificación estratégica. Asimismo, proponen la toma de decisiones basadas en las necesidades del sistema de salud y el aumento de la inversión pública. Todas estas intervenciones de parte de los Estados se orientan a objetivos muy concretos: fortalecer la calidad de la formación y el empleo en el sector salud para incrementar y garantizar la disponibilidad de recursos humanos y de este modo mejorar los resultados de salud y contribuir al desarrollo económico.

Este contexto llega para fortalecer y ratificar el rumbo de un trabajo intersectorial que desde casi dos décadas se realiza entre los ministerios de salud y educación, sedimentando acuerdos básicos y un lenguaje común, para la identificación de necesidades y la construcción de una respuesta integral a los desafíos que generan los continuos avances de la ciencia y la tecnología.

Este campo de intervención estatal es protagonizado por diversos actores que a través de una "mesa" discuten y elaboran propuestas integrales que luego se traducen en políticas nacionales de regulación de la formación para todas las profesiones de salud.

A partir de estos consensos y de la continuidad del trabajo se han producido algunas políticas públicas para el sector salud, en el sentido que las define Ozlak, *"....decisiones de una o más organizaciones estatales, simultáneas o sucesivas a lo largo del tiempo, que constituye el modo de intervención del estado frente a la cuestión..."*[1].

1- Oszlak Oscar, O'Donnell Guillermo: *"Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación".* Publicado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Documento G. E. CLACSO/ Nro. 4, 1981.

Considerando también que estas políticas buscan garantizar que la población acceda a una atención de salud que garantice su bienestar a través de una formación de calidad, contribuyendo también a reducir diferencias sociales, culturales y económicas.

Sin embargo, uno de los desafíos mayores en la articulación de estos dos sectores, salud y educación, ha sido producir una sinergia tal que compatibilice también las diferencias de tiempo que tienen los procesos de ambos sectores. Es decir la implementación de acciones que compatibilicen el corto plazo, que siempre requiere salud, con una visión de largo plazo que tiene el sector educación en función de la duración de sus procesos de consenso y sus propuestas educativas.

En este contexto y tomando el modelo y la experiencia previa de una Comisión Intersectorial[2] (2002) integrada por representantes de las áreas responsables de la formación técnica de ambos ministerios, se consolida en el 2011, una primera "Mesa de Políticas integrales de Salud y Educación" que fue evolucionado con el paso de los años integrando a todos los niveles de formación y a la agencia de acreditación de la calidad de la formación de grado y posgrado (CONEAU).

Un nuevo ciclo de esta mesa se inicia en 2016, con la incorporación de otros actores relevantes del campo, como son las organizaciones que nuclean las instituciones universitarias: AFACIMERA y FAFEM. Así como se va ampliando la participación de los actores de educación, también se van ganando espacios de protagonismo de actores de salud en los espacios propios de discusión del sector educativo, por ejemplo, la participación de funcionarios de salud en las Comisiones Técnicas de Consejo de Universidades.

En este ciclo, predominan las iniciativas ligadas a la necesidad de acompañar la política sanitaria vigente de Cobertura Universal en Salud (CUS) fortaleciendo la formación de especialistas en medicina general mediante estrategias de reorientación de médicos sin especialidad e incentivos para la retención de estos profesionales. Así como también, la evaluación de los espacios formadores en el primer nivel de atención y el fomento de las estrategias de Educación interpersonal.

2. "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".
Pág. 275. "La Gestión de los Recursos Humanos: una estrategia de consensos". (2015) disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.p

Cabe destacar que en esta etapa, la participación de Salud crece ganando presencia en espacios de debate universitario, siendo convocada a trabajar en Comisiones técnicas especiales del Consejo de Universidades para la discusión de estándares de posgrado en carreras de salud, plasmados en la resolución correspondiente a medicina, odontología, bioquímica y farmacia. Del mismo que con la realización de aportes a través de documentos técnicos para solicitar la regulación de carreras prioritarias para la conformación de los equipos de salud como la obstetricia, la nutrición, la kinesiología y la fonoaudiología.

Por otro lado, se impulsan en la Mesa proyectos tendientes a la articulación del grado universitario y el posgrado en servicio, buscando acortar los tiempos de formación de los profesionales y mejorar la calidad de sus perfiles.

En los apartados siguientes se describirán las acciones concretas que mostrarán cómo cobra relevancia la continuidad de estos espacios intersectoriales de intercambio y de qué manera permiten el trabajo de construcción de políticas públicas sustentables a través de las cuales se va fortaleciendo la calidad de la formación en recursos humanos.

3. 2. Estrategias para el fortalecimiento de la formación y la retención de los profesionales del primer nivel de atención

Cintia L'hopital

Fortalecimiento de la especialidad Medicina General y familiar

La preocupación por el desarrollo de Recursos Humanos de Salud (RHUS) adecuados, disponibles y calificados para atender las necesidades de salud de la población forma parte de las agendas mundiales, regionales y locales de las últimas décadas. En este sentido, la Estrategia Regional de RHUS (OPS/OMS, 2017) para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, aprobada en el año 2017, enfatiza la relevancia de contar con equipos de RHUS capaces de dar respuesta a los nuevos requerimientos del sistema y puntualmente señala "la escasez de algunas especialidades básicas, particularmente medicina familiar y comunitaria, además de la ausencia de planificación sobre el número y el tipo de especialistas que necesita el sistema de salud de cada país".

La Cobertura Universal de Salud (CUS) (MSyDS-SGS, 2018) como política pública sanitaria organiza el sistema y reorienta las estrategias y acciones, desde la perspectiva de la estrategia de la atención primaria de la salud (APS). La Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC)[3], como uno de los ejes fundamentales de la implementación de esta política, implica un conjunto de acciones sanitarias, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan la promoción y la protección de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud. Se desarrolla a través de prácticas de gestión sanitaria, democráticas y participativas, sostenida en la dinámica del trabajo en equipo, dirigidas a resolver los problemas de salud de mayor prevalencia e importancia en su territorio.

En este sentido, los equipos del primer nivel de atención son los que facilitan el acceso universal y continuo a los servicios de salud de calidad, articulando las acciones de promoción de la salud, reducción de daños, vigilancia epidemiológica, tratamiento y rehabilitación desde la planificación estratégica, por lo que es fundamental que dichos equipos y los actores que los integran, cuenten con las competencias necesarias para dar respuestas pertinentes.

González Calbano y otros (2018) mencionan las principales recomendaciones que realizó la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, sobre el compromiso político de los gobiernos para asegurar la estructura y el financiamiento necesarios para consolidar el modelo de medicina familiar como mecanismo de instrumentación de la atención primaria de la salud. Destacan, promover incentivos para el mejor desempeño, el desarrollo profesional permanente, y la certificación y recertificación periódica de los médicos de familia

El problema

La velocidad de cambio de los conocimientos en salud, sumado a la distribución de los profesionales y los servicios hace que se torne complejo su proceso de educación permanente como parte de una estrategia de mejora continua de su calidad de trabajo. La constitución de los equipos de salud del primer nivel de atención no es regular a lo largo del país y está condicionada por las diferencias en la disponibilidad de médicos en las distintas jurisdicciones[4]. Por otro lado, la mayor parte de los egresados

3. Resolución 32/2019. Apruébese la Estrategia de salud familiar y comunitaria de la Cobertura Universal de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. Argentina, Buenos Aires, 09 de enero de 2019. [Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/

4. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Secretaria de Gobierno de Salud, Dirección Nacional de Capital Humano, Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2019). Fuerza de trabajo en el sector salud. Datos Informe técnico. [Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180918-fuerza-trabajo-sector-salud-2016.pdf]

de las carreras de medicina aún se forman en carreras con currículas tradicionales, con una perspectiva flexneriana que orienta la formación de profesionales en medicina hacia prácticas que abordan partes del cuerpo, órganos, sistemas, dejando de lado la integración de los problemas de salud de las personas, familias y comunidades (L'hopital C, 2014). Aproximadamente un 30 % de los egresados de las carreras de medicina no eligen hacer una residencia y un 60% eligen especialidades no básicas[5]. Por otra parte, persisten inequidades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud (entre países y dentro de los países, entre los niveles de atención y entre los sectores público y privado), escasa retención en áreas rurales y subatendidas, altas tasas de movilidad y migración, así como precariedad en las condiciones de trabajo, baja productividad y limitada calidad del desempeño, lo que impide la expansión progresiva de los servicios, sobre todo en el primer nivel de atención. Otras de las situaciones que aparecen es que donde sí hay recursos humanos disponibles, estos no siempre tienen el perfil y las competencias adecuadas o el enfoque intercultural, ni tampoco están siempre en el lugar y en el momento adecuados para mejorar la salud de las comunidades a las que cuidan (OPS/OMS, 2017).

A partir de lo enunciado se pueden enumerar algunas situaciones problemáticas a las que nos enfrentamos:

- Baja disponibilidad de profesionales formados en la estrategia de Atención Primaria de salud, con distribución irregular y gran concentración en centros urbanos y regiones desarrolladas,

- Una creciente especialización y subespecialización, con sus consecuencias sobre los costos económicos y la dependencia de tecnologías más sofisticadas que no dan respuesta a las necesidades del sistema de salud.

- Predominio de la formación hospitalaria y centrada en los aspectos biológicos y tecnológicos de la asistencia.

5. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2018) Evolución de cargos totales, oferta para nuevos ingresantes y cargos cubiertos para nuevos ingresantes, 2003-2018. Informe técnico. [Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/evolucion_de_cargos_totales_oferta_para_nuevos_ingresantes_y_cargos_cubiertos_para_nuevos_ingresantes_2003-2018.pdf]

• Existencia de médicos trabajando en el primer nivel de atención sin especialidad.

• Existencia de médicos especialistas en medicina general /familiar pero que no trabajan en el primer nivel de atención del subsector público.[6]

Con el propósito de favorecer la implementación de la estrategia de salud familiar y comunitaria, específicamente con el armado de los equipos de salud del primer nivel de atención, y, considerando que los especialistas en medicina general y familiar (MGF) tienen el perfil y las competencias necesarias para contribuir a la mejora en el acceso a la salud y la calidad de atención de la población[7], es que se desarrollaron distintas líneas de trabajo con el fin de aumentar la disponibilidad de estos especialistas, mejorar su distribución en el país y garantizar el acceso a las competencias necesarias en su formación.

Estas líneas de trabajo estuvieron orientas a distintos destinatarios, por un lado, a los médicos que ya estaban trabajando en el primer nivel de atención en las jurisdicciones, que no contaban con especialidad certificada y que habían quedado fuera del sistema nacional de residencias (más de cinco años de egresados de la carrera de grado), por otro, los egresados recientes de las carreras de medicina que tenían que elegir especialidad para su posgrado, los residentes de la especialidad que estaban dentro del sistema de formación, y los MGF que ya estaban trabajando dentro del sistema de salud.

Para estos distintos destinatarios se propusieron las siguientes líneas de trabajo:

• Desarrollo e implementación de un programa de formación en MGF para médicos sin especialidad certificada.

• Creación de un programa de incentivos para aumentar la elección de la especialidad MGF y las adjudicaciones de los cupos

6. Kremer, P. (2013); L'hopital, C. (2014); Silberman, P. et al (2016).

7. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (2010). Marco de Referencia para la formación en Residencias Médicas Especialidad Medicina General y/o Familiar. Aprobado por Resolución Ministerial 1073/2015. [Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/

naciones en todo el país, especialmente en las zonas con menor cobertura histórica.

• Firma de convenios con las jurisdicciones para la mejora en las condiciones de formación de los residentes de MGF.
Implementación de un programa de Educación Permanente con acceso a capacitación a distancia a través de la Plataforma Virtual de Salud y Telesalud.

• Priorización de las acreditaciones de las residencias de MGF del Sistema Nacional de acreditaciones.
Trabajo conjunto con el Ministerio de Educación, las asociaciones facultades y escuelas de medicina (FAFEMP y AFACIMERA) y CONEAU, en el marco de la mesa intersectorial, para favorecer las residencias universitarias de MGF y la incorporación de trayectos formativos comunes entre el grado y posgrado en MGF.

• Realización de un proceso de validación de un instrumento que permita evaluar la calidad de los escenarios de formación en el primer nivel de atención con el fin de jerarquizar el primer nivel como espacio de formación.

• Propuesta de líneas temáticas relacionadas con la elección, formación y permanencia en la especialidad MGF en los concursos de las becas de Salud Investiga de la Dirección de Investigación en Salud (DIS) y las becas para investigación sobre Educación de la Dirección Nacional de Capital Humano (DNCH).

En este apartado se desarrollaran las líneas del Programa de Reoerientacion de perfil y de incentivos para los residentes de MGF, ya que las otras líneas son transversales a otras estrategias y serán desarrolladas en otros capítulos.

Primera estrategia: Programa de reorientación de perfil para médicos sin especialidad certificada

En conjunto entre los equipos técnicos de la Dirección Nacional de Capital Humano y la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria, se planifico e inició la ejecución del programa de Reorientacion de perfil con el propósito de contribuir a la mejora del acceso a la salud, la calidad de atención y a las condiciones de vida de la población. El objetivo del programa fue incorporar y fortalecer las competencias de médicos y médicas que formaban parte de los equipos de salud del primer nivel de atención, orientadas a la estrategia de la atención primaria de la salud desde un enfoque de cuidado. Los destinatarios son médicos y médicos sin especialidad certificada o con otra especialidad que están trabajando dentro del subsector público, en el primer de atención, con 5 años o más de egresados de la carrera de grado por lo cual quedaban fuera del sistema nacional de residencias.

El programa se conforma de dos componentes, uno con un trayecto obligatorio y continuo, un curso, y otro flexible, con acumulación de créditos a través de diversas capacitaciones, a partir de las cuales, junto con la certificación de la práctica, pueden rendir examen y certificar la especialidad en las asociaciones científicas de la especialidad o la Secretaria de Gobierno de Salud (SGS).

El componente obligatorio y continuo es el curso de Medicina General Familiar que tiene una duración de 18 meses (bianual) y es de modalidad semi-presencial, combinando múltiples estrategias educacionales, alternando actividades virtuales a través del Plataforma Virtual de Salud (PVS) con sesiones presenciales intercaladas en su desarrollo y tutorías en terreno basadas en la reflexión sobre la práctica. Los encuentros presenciales son mensuales, algunos de estos encuentros consisten en talleres intensivos para incorporación de nuevas prácticas.

El enfoque de esta propuesta educativa está basado en la Educación Permanente, como estrategia sistemática y global, apunta no sólo al mejoramiento del desempeño del personal a partir de

la actualización de conocimientos o de competencias técnicas específicas, sino también a promover la transformación de la cultura institucional de los servicios de salud. A partir del reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, esta perspectiva incorpora el enseñar y el aprender a la realidad de las organizaciones; sitúa a la propia práctica como fuente de conocimiento, y entiende a los sujetos que aprenden como actores reflexivos en continua interacción con otros, abordando a todo el equipo de salud sin restringirse a fragmentaciones disciplinarias (Davini M.C, s/f).

Esta propuesta formativa, orientada al protagonismo de los participantes, que utiliza nuevas tecnologías, tiene como objetivo favorecer la autonomía, el trabajo colaborativo y comunitario desafiando las limitaciones relacionadas con la ubicación espacial, con el tiempo y con la cultura institucional.

Estas posibilidades de interacción con profesionales de diferentes localidades y jurisdicciones, se ofrecen como un campo propicio y fértil para poner en práctica estrategias de enseñanza y aprendizaje que favorezcan más a la construcción colectiva de significados que a la transmisión de información.

Los contenidos del curso se organizan por líneas de cuidado atravesados transversalmente por los componentes esenciales de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria centrados en la salud colectiva según seis dimensiones: preventiva, clínica, familiar, comunitaria, social y de gestión.

Los ejes horizontales se organizaron en los siguientes módulos:

- Módulo 1. Marcos Conceptuales de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención.
- Módulo 2. Herramientas en salud familiar y comunitaria
- Módulo 3. Cuidado de la Salud en la persona adulta I
- Módulo 4. Cuidado en la persona adulta II- Riesgo cardiovascular
- Módulo 5. Cuidado de la Salud en la persona adulta III- Problemas prevalentes en APS
- Módulo 6. Salud Sexual Integral I
- Módulo 7. Salud Sexual Integral II
- Módulo 8. Niñez y Adolescencia
- Módulo 9. Abordaje socio-sanitario y salud mental

Para la implementación de esta propuesta educativa se constituyó un equipo de coordinación central con representantes de las dos direcciones participantes y a cargo de la coordinación de políticas de la DNCH. Se contrató un equipo técnico pedagógico constituido por dos medicas de la especialidad y una pedagoga, también se contrató un equipo de expertos temáticos y, en conjunto, se elaboraron los nueve módulos del curso y se realizó el montaje en la Plataforma Virtual de Salud (PVS) con el apoyo del equipo de educación permanente de la DNCH.

Con la convicción de la importancia de construir políticas de consenso se convocaron a otros actores del campo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las Universidades Naciones con carreras de medicina, y las sociedades científicas de la especialidad, la FAMG (Federación Argentina de Medicina General) y FAMFYG (Federación Argentina de Medicina Familiar y General), firmando convenio solo esta última. Las universidades, a través de los convenios con la Secretaria de Gobierno de Salud (SGS), y con el apoyo de la Coordinación del área de capacitación de la Dirección Nacional de Medicamentos Esenciales y el equipo del área de Terapéutica Racional en APS (TRAPS), son las responsables del dictado del curso en sus componentes virtual y presencial, en tanto la sociedad científica coordino al grupo de expertos y las tutorías en terreno que se realizan a través de la contratación de médicos con especialidad certificada a nivel local en cada jurisdicción. A través de OPS se contó con asesoría técnica y se contrató a los equipos de expertos y los tutores de campo.

El equipo planificador pedagógico trabajó en conjunto con el grupo de expertos para la elaboración de los módulos, se consensuo con cada dirección de la SGS de la dependía el área temática de cada línea de cuidado, se realizó una búsqueda de bibliografía, guías de práctica clínica y manuales ya existentes en las distintas áreas de la SGS y se realizó una capacitación a los equipos docentes de las universidades, de forma presencial y virtual durante seis meses. También se realizaron reuniones de consenso del programa y los módulos con las universidades.

En esta primera etapa, el curso se inició en conjunto con tres Universidades Nacionales: Universidad Nacional de Cuyo, Universidad Nacional de Tucumán y Universidad Nacional del Noreste con participantes de las provincias de Corrientes, Chaco, Misio-

nes, Tucumán, Santiago del Estero, Jujuy, Mendoza y San Juan.

Actualmente se encuentran cursando los primeros cuatro módulos 198 participantes.

Si bien favorecer la posibilidad de certificación de la especialidad a profesionales que no han recorrido el sistema de residencias para adquirirla, es controvertido, y ha sido un tema de discusión con los actores del campo participantes, estamos convencidos que la prioridad es mejorar la calidad de atención que reciben los ciudadanos y que los profesionales que ya están dentro del sistema de salud son actores críticos de este proceso, por lo cual, es responsabilidad del estado garantizar un estandard la calidad en los procesos de cuidado y priorizar los perfiles profesionales que dan respuesta a las necesidades de la población.

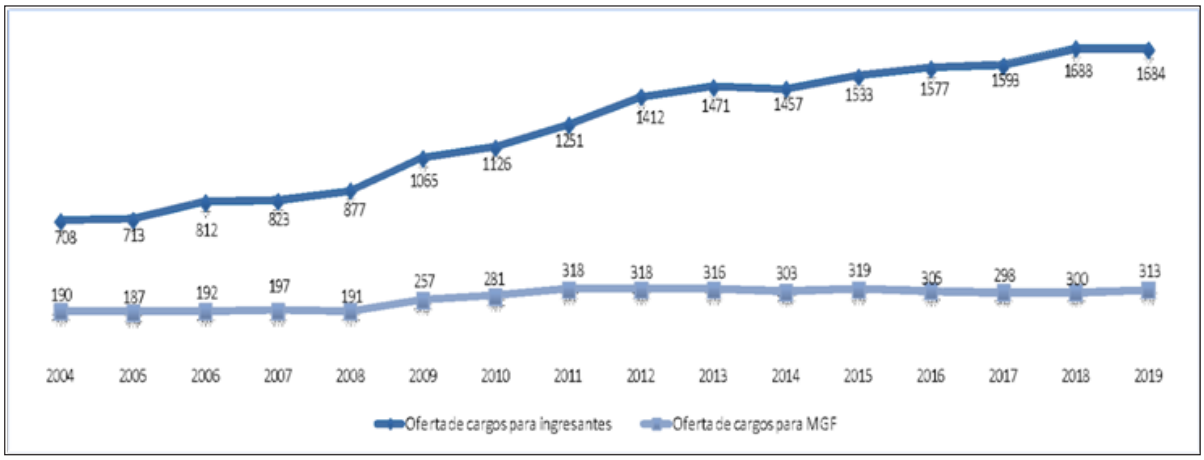
Segunda estrategia: Programa de incentivos para los residentes de la especialidad Medicina General y Familiar con financiamiento nacional

El Médico Generalista y/o de Familia es el profesional que, guiado por valores de universalidad, equidad y solidaridad, reconoce los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención tanto a nivel colectivo como individual en sus dimensiones generales, singulares y particulares. Trabaja en la atención integral, continua y longitudinal de una población con referencia territorial, responsabilizándose del cuidado de la salud en todos los momentos del proceso salud–enfermedad– atención de la comunidad. Realiza intervenciones de carácter promocional, preventivo y asistencial considerando a la persona, como un sujeto, dentro de su contexto familiar y comunitario[8].

A partir de 2009, en el marco del Plan Federal de Salud y con el propósito de promover la implementación de la estrategia de atención primaria, se incrementa la oferta de vacantes para la especialidad al ser definida como prioritaria en el Consejo Federal de Salud (COFESA). Esta política se sostuvo a lo largo de los años como se muestra en el siguiente gráfico.

8. *Ibídem.*

Gráfico 1. Residencias nacionales. Evolución de cupos ofrecidos, totales y de Medicina General y/o Familiar (*)



(*) Cupos para residentes (R1) y jefes de residencia.

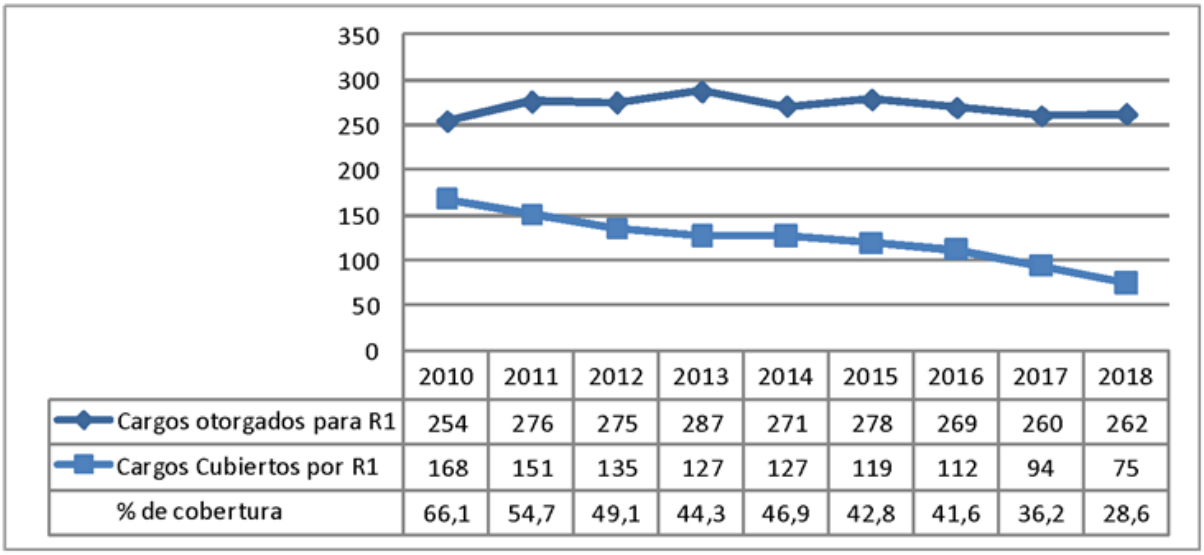
Fuente: Elaboración OFERHUS. Base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano. Secretaria de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social

No obstante, el interés de las y los jóvenes médicas/os no ha acompañado en el mismo sentido, sino que, por el contrario, la tendencia se muestra a la baja en términos de cobertura, registrando los últimos dos años cobertura inferior al 40%, las más bajas de la serie histórica.

La cobertura de cargos nacionales de MGF en 2018 alcanzó a un 33%. Sin embargo, si excluimos los cargos de jefes de residentes, la cobertura baja a 28,6 % ya que ingresaron 75 residentes en primer año sobre 262 cupos nacionales ofrecidos. Este número representa una profundización del problema de la baja disponibilidad de estos especialistas en el primer nivel de atención (PNA), debido a la disminución de la demanda de cupos de esta especialidad priorizada. Esta situación es más grave en algunas provincias de nuestro país[9].

9. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Secretaría de Gobierno de Salud, Dirección Nacional de Capital Humano, Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Informe de la situación de la especialidad medicina general y familiar en nuestro país. [Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/iinforme-sobre-especialidad-medicina-general-familiar.pdf]

Gráfico 2. Evolución de ofertas de los cargos para R1 y cobertura Residencias nacionales de Medicina General y/o Familiar, 2010-2018



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cargos otorgados para R1	254	276	275	287	271	278	269	260	262
Cargos Cubiertos por R1	168	151	135	127	127	119	112	94	75
% de cobertura	66,1	54,7	49,1	44,3	46,9	42,8	41,6	36,2	28,6

Fuente: Elaboración OFERHUS. Base de datos de Residencias de la Dirección Nacional de Capital Humano. Secretaria de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social

La implementación de la CUS requiere de una disponibilidad y distribución crítica de médicos especialistas en MGF para integrar los equipos nucleares de la estrategia de salud familiar y comunitaria en todo el país.

A partir de este diagnóstico, se desarrolla una propuesta consensuada con el área de jurídicos de la Secretaria de Gobierno de Salud destinada a promover el ingreso a la especialidad MGF para formarse en la especialidad dentro del Sistema Nacional de Residencias de los Equipos de Salud.

Esta propuesta fue aprobada por presupuesto, para lo cual se realizó una asignación de fondos específica al presupuesto de la DNCH.

Se elaboró un proyecto de resolución que se aprobó con el numero RESOL 2019-900-APN-SGS#MSYDS que dispuso que los residentes de Medicina General y/o Familiar, ingresantes a partir del año 2019 y mediante la suscripción de un convenio entre la jurisdicción provincial correspondiente y la SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD, percibirán una suma adicional a modo de incentivo equivalente al cien por ciento (100%) de la beca de formación que asigna el Gobierno Nacional, a través de las actas acuerdos emanadas por la Comisión Negociadora del Convenio

de Trabajo General para la Administración Pública de acuerdo al año de residencia que se esté cursando y de forma extensiva también alcanza a los profesionales que se desempeñen como como jefes de residentes.

Se elaboraron los convenios con las jurisdicciones para comprometer a las provincias a no retirar aporte jurisdiccional del salario para que haya un aumento efectivo en los ingresos de los residentes de esta especialidad. Dicho convenio también incluye cláusulas de compromiso jurisdiccional en la mejora de las condiciones de formación en promoviendo la instalación de teledisposivos para favorecer el acceso a la supervisión y capacitación.

A pesar de que se sabe que no solo depende de condicionamientos económicos la falta de elección de la especialidad[10], sino que es multidimensional, se espera que estas políticas, que están dentro del ámbito de decisión nacional, contribuyan en alguna medida a la mejora de la elección de la especialidad con aumento de la cobertura de los cupos nacionales ofrecidos, sin embargo, deberá ser sometida a un seguimiento, con monitoreo y evaluación del impacto en los próximos años.

Regulación de la formación de los agentes sanitarios: Aprobación del Marco de referencia

La estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud (OPS/OMS, 2017) y la cobertura universal de salud (MSyDS-SGS, 2018) plantean la necesidad de desarrollar estrategias que permitan lograr el máximo despliegue de las competencias profesionales, según modelos adecuados de coordinación y supervisión, incluyendo el cambio de tareas, la incorporación de nuevos perfiles profesionales que permitan ampliar la cobertura y la calidad de atención según las necesidades, y una mejor definición del rol de los trabajadores comunitarios en el equipo de salud. En esta línea, y con la definición política y sanitaria de la importancia y la necesidad de contar con este perfil profesional dentro de los equipos de primer nivel de atención, desde el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (OFERHUS) se realizó un relevamiento jurisdiccional para poder realizar un diagnóstico de la situación de los trabajadores comunitarios a nivel país.

Ver Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. (1995) y World Health Organization (2010).

El relevamiento se realizó en cuatro etapas:

1. Una síntesis de antecedentes y resultados de relevamientos anteriores (Encuesta a Referentes de RHUS realizada en 2015).

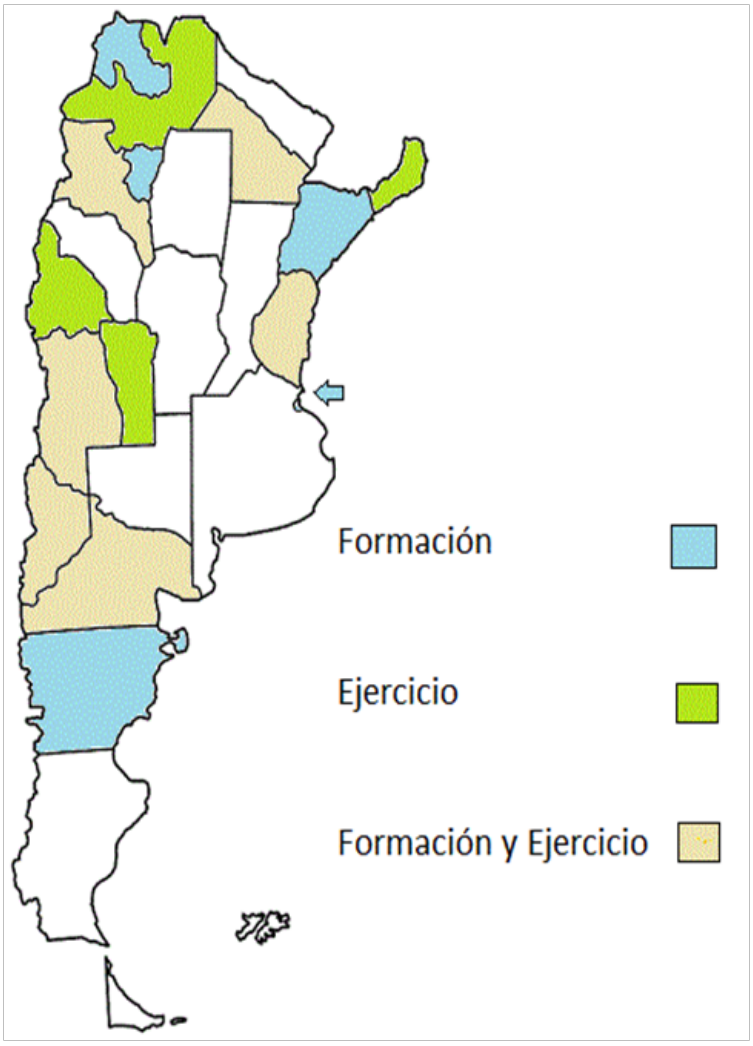
2. Una búsqueda de normativa pertinente a nivel federal, esto es, que regulan y/o configuran de alguna manera la formación y/o el ejercicio de los/as agentes/promotores.

3. Una adecuación en base a estas etapas previas y la elaboración de una nueva encuesta en la que participaron 17 jurisdicciones compartiendo información.

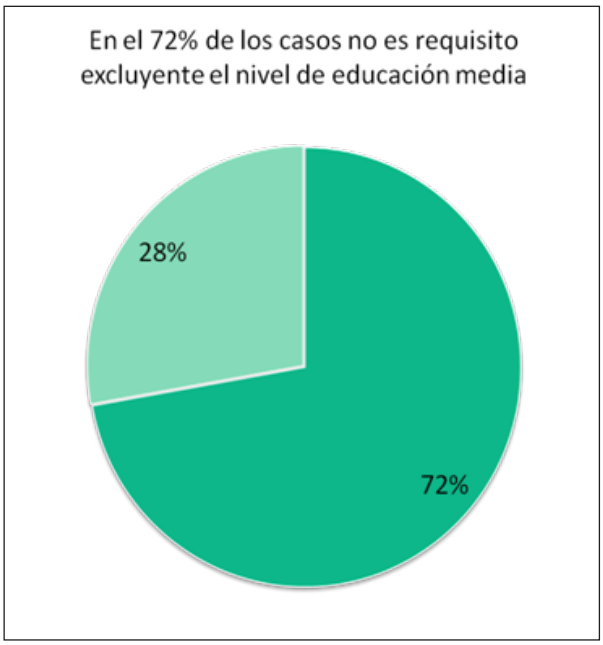
4. Un análisis general de la información resultante de todas estas etapas.

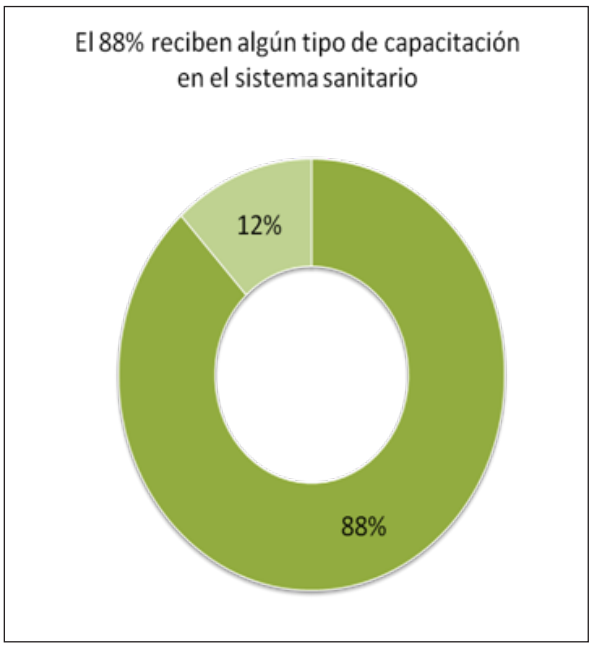
Algunos de los resultados más relevantes son:

Normativas de agentes sanitarios:


Formación
Ejercicio
Formación y Ejercicio

De la encuesta a referentes de RHUS participaron 17 jurisdicciones del relevamiento: CABA, Chaco, Chubut, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tucumán. Respecto a la formación se obtuvieron los siguientes resultados:





Luego de realizado el relevamiento y en el marco del trabajo conjunto con la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria, se decidió avanzar con el marco de referencia de los trabajadores comunitarios. En este sentido, se tomó como base una propuesta elaborada en el año 2015, donde ya habían participado miembros del equipo técnico de esta dirección. El marco de referencia permite establecer cuáles son las competencias que deben adquirir los profesionales para asegurar un standard de calidad en la formación. Por otro lado, en el ámbito de la mesa intersectorial con educación, los marcos de formación profesional, nivel técnico, se trabajan en conjunto con el Instituto Nacional de Formación Técnica (INET) del Ministerio de Educación. Una vez aprobado por ambos ministerios, el titulo puede ser válido a lo largo de todo el país.

Para la elaboración del mismo, se consensuó con distintos actores con experiencia en el campo de trabajo de los trabajadores comunitarios y con referentes del INET. De esta forma, se acordó el nombre Agente Sanitario y se definieron las competencias.
Este documento, fue presentado en encuentro anual de referentes provinciales de la Dirección Nacional de Capital Humano donde fue validado y luego fue aprobado por los ministros provinciales en el COFESA, en el mes de agosto de 2018. Cumplida esta etapa, se envió al INET, donde permanece en comisión para ser evaluado y presentado en las reuniones de Concejo Federal de Educación para su definitiva aprobación. .

A continuación se presenta el marco aprobado en COFESA (agosto, 2018).

MARCO DE REFERENCIA PARA LA FORMACIÓN DEL AGENTE SANITARIO

I. Identificación de la certificación

I.1. Sector/es de actividad socio productiva: **SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS Y SOCIOCOMUNITARIOS**
I.2. Denominación del perfil profesional: **AGENTE SANITARIO**
1.3. Familia profesional: SECTOR SALUD
I.4. Denominación de la certificación de referencia: **AGENTE SANITARIO**
I.5. Nivel y ámbito de la trayectoria formativa: **FORMACIÓN PROFESIONAL.**
I.6. Tipo de certificación: **CERTIFICADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INICIAL.**
I.7. Nivel de la Certificación: III

II. Referencial al Perfil Profesional del Agente Sanitario.

El Agente Sanitario articula entre las necesidades de la población y el Sistema de Salud, ocupa un espacio intersectorial entre las áreas que comprenden la salud, el desarrollo social, la educación y el medio ambiente, promoviendo una concepción de la salud entendida como un derecho de la población y un deber del Estado.
Esta figura integra equipos interdisciplinarios que abordan las problemáticas sanitarias locales consolidando un modelo de atención de salud colectiva, favoreciendo la democratización de las políticas en salud.
Realiza prácticas que propician la promoción y prevención de la salud

identificando los factores protectores y de riesgo en las personas y en su comunidad, mediante la orientación, acompañamiento y educación popular.
Favorece y facilita el acceso de la población a las acciones y servicios de salud.

Funciones que ejerce el profesional.
Funciones del Agente Sanitario
1. Acompañar a la población favoreciendo el acceso a las acciones y servicios de salud, promoción social y protección de la ciudadanía.
2. Contribuir a la organización de la comunidad para garantizar su acceso a la salud desde un abordaje integral, acercando la perspectiva de la comunidad respecto a los servicios de salud.
3. Promover, desarrollar y organizar actividades de promoción de la salud desde una mirada integral y territorial.
4. Desarrollar acciones con el equipo interdisciplinario para la construcción y/o consolidación de entornos locales saludables, que promuevan la consulta y atención de las necesidades en salud de la comunidad.
5. Gestionar acciones institucionales y/o territoriales para la construcción de redes sociosanitarias.

Área ocupacional.
El Agente Sanitario realiza sus funciones formando parte de equipos de trabajo interdisciplinarios /equipos básicos que desarrollan estrategias de Atención Primaria de la Salud, en todos sus componentes y niveles de complejidad.

III. Trayectoria Formativa del Agente Sanitario
1. Las capacidades profesionales y los contenidos de la enseñanza.
El proceso de formación habrá de organizarse en torno a la adquisición y la acreditación de un conjunto de capacidades profesionales que se corresponden con los desempeños descriptos en el Perfil Profesional.
Capacidades profesionales generales a desarrollar en esta formación:
- Establecer relaciones de liderazgo, cooperación, coordinación e intercambio con el equipo interdisciplinario y otros actores locales de las redes sociosanitarias.
- Identificar procesos de trabajo, información, tecnologías y procedimientos utilizados en la promoción de la salud comunitaria.

-Desarrollar habilidades comunicacionales.

Interpretar información específica escrita o verbal vinculadas con la promoción comunitaria de la salud.

-Comprender, producir y difundir diferentes actos comunicativos, simples orales y escritos relacionados al área específica de trabajo.

-Detectar y anticipar posibles situaciones de conflictos vinculados a la problemática sanitaria.

-Conocer diversas técnicas para la resolución de problemas y/o conflictos.

-Organizar, planificar, programar y evaluar actividades de promoción de la salud comunitaria.

-Desempeñar sus funciones en forma responsable y ética ejerciendo sus derechos y obligaciones como ciudadano y trabajador.

Capacidades Profesionales Específicas para este perfil en su conjunto:

-Interactuar con los individuos, con la comunidad y las instituciones, respetando los valores, tradiciones, culturas y saberes populares.

-Desarrollar acciones de promoción de la salud que apunten a la mejora de la calidad de vida de la población y a la gestión social de las políticas públicas de salud.

-Desarrollar acciones de prevención y monitoreo dirigidas a grupos específicos y a enfermedades prevalentes conforme a un plan, a los protocolos de salud pública, y a situaciones de riesgo ambiental.

-Participar de las acciones inherentes al Plan Nacional de Inmunizaciones cumpliendo con los requisitos necesarios para el mismo.

-Identificar las demandas de las personas, comunidad e instituciones favoreciendo el acceso a las acciones y servicios de salud.

-Evaluar la pertinencia y la oportunidad de las acciones y procedimientos que realiza, tomando en cuenta a las personas, grupos y poblaciones a que se refiere su práctica.

-Desarrollar habilidades para el trabajo en equipo.

-Remitir la información resultante de sus actividades a las instancias de coordinación correspondientes.

Contenidos de la enseñanza asociado a las capacidades:

Eje1: El agente sanitario como sujeto activo en el sistema de salud.

-El rol del agente sanitario.

-Enfoque integral de la salud. Salud comunitaria. Construcción colectiva de la salud. Determinantes sociales de la salud.

-El derecho a la salud. Marco Normativo Nacional y Provincial.

-Procesos históricos. Historia y organización del sistema de salud argentino. El inicio conceptual de la medicina social. Subsectores. Sistema de salud local.

-Estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS): Componentes. Barreras a la accesibilidad. Promoción de la Salud y Prevención. Programas nacionales, provinciales y locales.

-Redes en salud. La participación social y la organización territorial como factor de transformación. La intersectorialidad. Educación popular. Interculturalidad.

-Planificación estratégica. Programación local participativa. Diseño de Proyectos.

Eje 2: El agente sanitario como productor de información sanitaria.

-Análisis de situación de salud. Herramientas para el abordaje territorial. Herramientas de registro. Guía de recursos y dispositivos locales.

-Epidemiología Comunitaria. Herramientas de la epidemiología comunitaria. La construcción de indicadores.

-Comunicación en salud. Estrategias y técnicas comunitarias.

Eje 3: El agente sanitario y su participación en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados individual y colectivo.

-Desarrollo y crecimiento infantil. Enfermedades prevalentes de la infancia. Prevención de accidentes en el hogar

-Adolescencia y salud.

-Embarazo, parto y el puerperio: Accesibilidad a controles y cuidados. Lactancia y alimentación

-Salud y cuidados del adulto mayor

-Salud sexual y reproductiva. Prevención y cuidados de la salud sexual y reproductiva. Consejería en salud sexual y reproductiva. Enfoque de géneros. Diversidad sexual.

-Nutrición e inmunización en las diferentes etapas del ciclo vital.

-Salud bucal. Prevención de caries y enfermedad periodontal. Técnicas de higiene bucal.

-Primeros auxilios. Resucitación cardiopulmonar básica (RCP).

-Salud ambiental. Mapa de riesgo ambiental.

-Educación vial desde la perspectiva de la salud.

-Problemáticas prevalentes de salud a nivel local.

-Problemáticas complejas de salud: conceptualización sobre los pa-

decimientos mentales. Personas con discapacidad. Violencia. Consumo problemático de sustancias.

-Enfermedades endémicas. Zoonosis. Estrategias de abordaje territorial/comunitario.

-Enfermedades Crónicas no transmisibles. Factores protectores y de riesgo cardiovascular. Hipertensión Arterial. Diabetes. Sedentarismo. Tabaquismo. Obesidad. Hábitos saludables. Controles y cuidados de la salud.

3.- Carga horaria mínima.

La formación del Agente Sanitario de salud requiere una carga horaria mínima total de 450 horas

4.- Referencial de ingreso.

El ingresante deberá haber completado el ciclo básico de educación secundaria y/o educación secundaria completa.

5.- Prácticas profesionalizantes.

Las prácticas deben ser organizadas, implementadas y evaluadas por el centro de formación y/o institución oferente y estarán bajo el control de la propia institución educativa y de la respectiva autoridad jurisdiccional, quien a su vez certificará la realización de las mismas. Las prácticas pueden asumir diferentes formatos pero sin perder nunca de vista los fines formativos que se persigue con ellas.

Toda Institución que desarrolle esta oferta formativa, deberá garantizar los recursos necesarios que permitan la realización de las prácticas profesionalizantes.

Uno de los ejes de la propuesta didáctica es situar al participante en los ámbitos reales de trabajo con las problemáticas que efectivamente surgen en la práctica.

Las prácticas se desarrollarán en dos ámbitos: institucionales y de intervención comunitaria, y con el debido acompañamiento y supervisión profesional.

La carga horaria destinada a la realización de las prácticas profesionalizantes, debe ser como mínimo del 50% del total del curso.

Mariana Cavalieri / Ariana Goldman / Roberta Ladenheim / Cintia L´hopital / Marcelo García Dieguez

3.3. Articulación de la práctica final obligatoria y el 1er año de residencias en medicina familiar y/o general: Propuesta de un proyecto piloto

Este proyecto se inserta en el marco de una serie de iniciativas promovidas por la Dirección Nacional de Capital Humano (DNCH) orientadas al fortalecimiento de la especialidad en Medicina General y/o Familiar. En este sentido no es una iniciativa aislada, sino por el contrario se integra con los ejes de trabajo que fueron acordados en el marco de la Mesa de Articulación Salud Educación[11].

Por tratarse de una propuesta en curso, aún no es posible mostrar resultados. No obstante es interesante describir el proceso de trabajo que se realizó a partir de la articulación intersectorial entre diversos actores.

La Secretaría de Gobierno de Salud mantiene una larga trayectoria de cooperación técnica con organismos internacionales con quienes ha implementado distintas líneas de acción a lo largo del tiempo tendientes a fortalecer sus políticas, programas y proyectos sanitarios a nivel nacional. En ese contexto, se pudo llevar a cabo una consultoría con un centro canadiense de medicina familiar para conocer el modelo sanitario y formativo de la especialidad de Medicina Familiar implementado en ese país a partir de la década del '90. El sistema de salud de Canadá tiene un sólida orientación basada en la atención primaria, lo cual le ha permitido disponer no sólo de la cantidad de médicos que requiere para atender sus necesidades sanitarias, sino lograr un equilibrio entre médicos generalistas y especialistas, en una proporción cercana a 50% para cada uno de ellos.

La consultoría sobre la formación en Medicina Familiar y la Atención Primaria se llevó a cabo en Argentina durante los días 18 al 22 de marzo de 2019 bajo la coordinación de dos expertas de la especialidad, provenientes del Colegio Real de Medicina de Familia de Canadá. La misma contó con el financiamiento del Banco Mundial y su implemen-

11. La Mesa de Articulación Salud Educación cuenta con la participación del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología a través de la Dirección Nacional de Gestión Universitaria y del Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET), la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) y la Dirección Nacional de Capital Humano (DNCH) de la Secretaría de Gobierno de Salud. Adicionalmente participan de este espacio las dos las dos entidades que nuclean a las facultades y escuelas de medicina del país (AFACIMERA y FAFEMP).

tación constó de tres etapas siendo el proyecto piloto uno de los productos que surgió en las recomendaciones para fortalecer la especialidad en medicina general y/o familiar.

A partir de las necesidades de investigación sobre la formación de medicina general planteadas por la DNCH a los equipos del Centro Besrour de Canadá y el Banco Mundial, el primer momento se centró en una serie de intercambios a distancia orientados al diseño y la planificación. Durante esta etapa, el equipo canadiense realizó una revisión documental para conocer las particularidades del sistema de salud y del sistema de formación de la Argentina[12]. En igual sentido, el equipo de la DNCH también tuvo acceso a una serie de documentos sobre el sistema de salud y de formación canadiense.

Se optó por la videoconferencia como modalidad de trabajo para esta etapa. En total se realizaron 3 videoconferencias de tres horas cada una, que facilitaron el intercambio de materiales de trabajo, la definición del equipo de expertas que viajaría durante la segunda etapa y conocer las necesidades locales relacionadas con la formación de la especialidad. Durante esta etapa de preparación, las partes acordaron que se harían presentaciones de caso tanto del sistema canadiense como del argentino, el desarrollo de workshops y entrevistas con actores claves.

El segundo momento consistió en la visita de las expertas canadienses y la representante designada por el Banco Mundial a Buenos Aires para realizar una evaluación técnica sobre el perfil del médico general y/o de familia y el modelo de competencias utilizado en el marco de referencia de la formación de la especialidad. Los objetivos que se definieron para esta fase fueron los siguientes:

1. Realizar una revisión del perfil profesional de medicina familiar que permita vincular una reforma educativa Argentina con una reforma el sistema de salud orientado hacia el primer nivel de atención.
2. Entender mejor cómo pueden articularse los trayectos formativos de grado y posgrado para contribuir a la formación de los futuros médicos de familiar en Argentina.
3. Desarrollar una estrategia de implementación basada en un modelo educativo por competencias para el entrenamiento de graduados en medicina familiar.

12. Estos materiales incluyeron documentos relacionados con las políticas de recursos humanos en salud, la implementación de la estrategia de la cobertura universal de salud, el marco de referencia de la especialidad de medicina general y/o familiar, el perfil profesional del médico general y/o familiar, la fuerza de trabajo en el sector salud y la normativa vigente.

Durante la estadía en Buenos Aires se realizaron entrevistas a referentes de la Secretaría de Gobierno de Salud, el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, la CONEAU, autoridades universitarias y de residencias de medicina general y/o familiar. También se realizaron intercambios de información sobre el sistema de salud canadiense, workshops de discusión con métodos situacionales de análisis, entrevistas a informantes claves y reuniones entre las partes para discutir potenciales abordajes para fortalecer la especialidad. Participaron de esta etapa una diversidad de actores provenientes tanto del sistema formador como del sistema de salud.

Debilidades detectadas:

- Baja elegibilidad de la especialidad en medicina general y/o familiar
- Baja presencia de medicina general y/o familiaren las propuestas curriculares universitarias
- Sistema de acreditación complejo

De la visita surgieron tres cuestiones para trabajar: la baja elegibilidad de la especialidad en medicina general y/o familiar por parte de los estudiantes de medicina; una baja presencia de la medicina general en las propuestas curriculares universitarias y un sistema de acreditación complejo.

Como resultado de la evaluación técnica, el tercer y último momento refiere a las recomendaciones realizadas por el equipo canadiense para fortalecer el primer nivel de atención de salud en Argentina.

Estas recomendaciones fueron de diversa índole, algunas de las cuales implican la articulación y la cohesión de acciones intersectoriales para poder llevarse a cabo, tal como se describen a continuación:

• Fortalecer el perfil de la medicina familiar a través de la incorporación de un mayor número de docentes de esta especialidad dentro de las universidades, aumentar el número de investigadores en la especialidad, así como la cantidad de proyectos de investigación en este campo.

• También se alienta a los ministerios de salud y de educación a que desarrollen procesos de acreditación conjuntos para la especialidad de medicina general y/o familiar.

• Desarrollar un proyecto piloto que cuente con la participación de los sectores educativos y de salud, con el objeto de identificar

y modificar las prácticas del proceso de formación (práctica final obligatoria) a fin de aumentar el número de médicos de familias con las competencias necesarias para trabajar en un modelo de atención basado en el primer nivel.

• Realizar una evaluación de resultados del proyecto piloto a fin de asegurar su futura aplicación en todo el país.

• Revisar el perfil del médico general y/o de familia y el modelo de competencias utilizado en el marco de referencia de la formación de especialistas, con la intención de promover la integración de la formación de grado y posgrado para adecuarse a los requerimientos de la Cobertura Universal de Salud (CUS).

• Crear un plan de capacitación docente dentro de las facultades de medicina, orientado en clínica médica, a fin de contar con este perfil docente en los centros asistenciales donde los estudiantes realizarán su práctica final.

Recomendaciones para el fortalecimiento de la especialidad:

- Aumentar el número de docentes de la especialidad en la carrera de grado
- Promover proyectos de investigación sobre Medicina general y/o familiar en el grado
- Fomentar las acreditaciones conjuntas de la especialidad entre los ministerios de salud y de educación.
- Implementar un proyecto piloto y realizar una evaluación posterior del mismo.
- Revisar el perfil de competencias de la especialidad para integrar la formación del grado con el posgrado
- Desarrollar un plan de capacitación docente en los centros del primer nivel de atención donde los estudiantes realicen sus prácticas.

Varias de estas propuestas exceden al campo del sector salud y requieren del diálogo y el abordaje consensuado con el sistema educativo. En este sentido, para el desarrollo del proyecto piloto, se realizó una convocatoria amplia, de la cual participaron 15 facultades de medicina de gestión pública y privada de diferentes jurisdicciones del país, junto

con el Ministerio de Educación, la CONEAU y la Secretaría de Gobierno de Salud. En términos generales, la propuesta tuvo una buena recepción por parte de las facultades y varias de ellas manifestaron interés en participar del proyecto. A partir de esa convocatoria inicial se empezó a delinear el alcance, los objetivos, el propósito y la metodología del proyecto piloto, tal como se describe a continuación.

Atento a las necesidades de conformación de equipos de recursos humanos en salud en el primer nivel de atención, el objetivo general de esta propuesta busca aumentar la elección de la especialidad en medicina general y/o familiar generando una mayor integración con la carrera de formación.

En este sentido, a través de la implementación del proyecto piloto se articular la práctica final obligatoria (PFO) de la formación de grado con el posgrado en servicio, mediante el reconocimiento del trayecto formativo por parte de las residencias en Medicina general y/o familiar a fin de incentivar su elección por parte de los residentes y mejorar la cobertura de estos cargos en el Sistema Nacional de Residencias. Es decir, que los egresados de las facultades participantes de este proyecto que cumplan con las condiciones establecidas en su práctica final, tendrán un reconocimiento por parte de la Secretaría de Salud para integrar su práctica final a la residencia en medicina general y/o familiar.

Propósitos formativos del proyecto piloto:

a) Garantizar un ámbito de práctica sobre situaciones de salud-enfermedad-atención-cuidados en el campo de la salud colectiva y la práctica ambulatoria del primer nivel de atención, con un nivel de adquisición de competencias de forma espiralada y bajo supervisión, y ejecución de tareas de progresiva complejidad.

b) Promover la adquisición de conocimientos y prácticas profesionales específicas de la especialidad en contextos de trabajo

c) Fortalecer saberes teórico-prácticos adquiridos en los ciclos previos, para afianzar la resolución de problemas clínicos prevalentes en la comunidad, perfeccionando las habilidades y destrezas requeridas.

d) Ampliar y profundizar la disposición al aprendizaje continuo y a la actualización profesional necesaria en contextos de cambio.

e) Reorientar el perfil de egresados de la carrera de Medicina hacia la especialidad de Medicina General y/o Familiar.

f) Aumentar el número de referentes de Medicina G y/o F dentro de la carrera de grado de Medicina.

En la actualidad, existen competencias dentro del perfil del egresado de la carrera de medicina que incluyen una serie de habilidades y destrezas que se asemejan a los contenidos curriculares del primer tramo de la residencia. Por lo tanto, articular ambos trayectos formativos podría resultar una estrategia para fomentar la elección de esta especialidad. La Ley 1314/2007 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, es la norma que establece los contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de las carreras de Medicina, así como los ejes curriculares correspondientes a la práctica final obligatoria.

Respecto a la práctica final, se exige el cumplimiento de una carga horaria de 1.600 horas (internado rotatorio, pasantía rural u otras denominaciones) pero no se establecen mayores precisiones al respecto.

Por su parte la Residencia de Medicina General y/o Familiar cuenta con su marco de referencia, aprobado por RM 1073/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, donde se establecen los componentes mínimos para esta formación, tales como: perfil profesional; bases curriculares;

Áreas de competencias definidas:

1. Cuidar de la salud de la comunidad

2. Cuidar de la salud de la persona y su familia

3. Gestionar el proceso de atención de salud de la persona, familia y comunidad

4. Participar de procesos de investigación y educación médica continua y permanente

requisitos mínimos para el funcionamiento de la residencia y capacidades de los egresados.

Con estas características en vista, se empezaron a delinear las condiciones que debían cumplir los programas de la práctica final obligatoria para obtener el reconocimiento de sus egresados por parte de la Secretaría de Gobierno de Salud y se elabora un acta acuerdo donde las carteras de educación y salud se comprometen al reconocimiento de este trayecto formativo.

En las reuniones de trabajo con las universidades, y posteriores intercambios, se acordó que se llevaría a cabo una adecuación de los programas de la PFO para que se articulen con la residencia de la especialidad de Medicina General y/o Familiar garantizando que un 50% de las actividades se realicen en el Primer Nivel de Atención y que el estudiante efectúe una práctica supervisada. También se recomiendan las actividades profesionales que se deberán adquirir al finalizar la PFO a partir de las competencias definidas en el Marco de referencia de la especialidad.

En el Encuentro Nacional de Políticas y Gestión de Recursos Humanos en Salud, llevado a cabo los días 7 y 8 de agosto de 2019, se presentó a los referentes provinciales la propuesta del proyecto de la prueba piloto. La misma fue bien recibida, reconociendo su viabilidad, a partir de modificaciones y adaptaciones que se deberían considerar.

Todos los acuerdos entre las partes, se plasmaron en un proyecto de resolución para que se pudiera implementar esta prueba piloto con

el reconocimiento de este trayecto formativo de sus estudiantes. Se espera que las universidades puedan comenzar el proyecto piloto de su PFO en el año 2020 y que sus egresados se incorporen a las residencias nacionales de Medicina General y/o Familiar a partir del año 2021.

En conclusión, este proyecto forma parte de un proceso reflexivo a partir de la articulación entre diversos actores, tendiente a jerarquizar los aprendizajes que realizan los estudiantes de medicina en su práctica final para que se armonicen con la modalidad de formación en servicio de la residencia en medicina general y/o familiar y fortalecer el primer nivel de atención.

4. Las políticas de fortalecimiento de la calidad de la formación

Elizabeth Aranda Coria / Silvia Chera / Daniel De Socio / Ariana Goldman / Ana Clara Prizze / Malena Quiroga / Érica Riquelme / Adriana Sanchez Toledo / Gladys Skoumal / Roberta Ladenheim

4.1. Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

De dónde partimos

El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) se creó el 7 de abril de 2006, por Resolución N° 450/2006 del entonces Ministerio de Salud de la Nación (luego modificado por la Resolución N°1922/2006), con el objetivo de lograr que todas las Residencias del país ofrezcan oportunidades de formación equivalentes y de calidad. Los estándares básicos comunes que deben cumplir todas las residencias quedaron fijados en la Resolución N° 1342/2007. El énfasis del SNARES es lograr una armonización federal en la formación de los recursos humanos y asegurar estándares mínimos de calidad en la Residencia.

Las normativas que completan su funcionamiento incluyen la disposición N°104/2015 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, donde quedaron plasmados, entre otros aspectos, los insumos que se utilizan para la evaluación y categorización de una residencia:

- los nuevos estándares nacionales para la Acreditación de Residencias del Equipo de Salud,
- el instrumento nacional de evaluación de residencias.
- el circuito de apertura de residencias
- la ruta del evaluador

Estos instrumentos fueron el resultado de elaboraciones y definiciones conjuntas establecidas por representantes jurisdicciona-

les, la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y entidades representativas del trabajo y la formación en salud.

Los antecedentes del SNARES fueron descriptos en dos publicaciones anteriores (Duré.2015 y Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.2014), donde se detalló la estructura, el circuito administrativo, la normativa que lo regula y su implementación, recuperándose lo realizado a siete y diez años de su creación respectivamente.

Los distintos actores que fueron convocados y que forman parte del proceso de Acreditación de una Residencia, con diferentes roles y funciones, son:

- Comisión Asesora, con su propio reglamento de funcionamiento, revisa y aprueba el procedimiento de acreditación realizado que queda reflejado en los informes técnicos elaborados por profesionales de la Dirección Nacional de Capital Humano.

- Comité Técnico, órgano técnico que representa al COFESA, interviene luego de la Comisión Asesora y revisa los dictámenes elaborados.

- Responsables provinciales, participan en la elaboración de los estándares para la acreditación y están presentes en los operativos de evaluación por parte de las entidades evaluadoras.

Para obtener la acreditación de una residencia, las entidades evaluadoras contemplan elementos tales como: la propuesta pedagógica, el desarrollo del programa de formación y las condiciones de funcionamiento (recursos humanos y materiales). La información que se obtenga respecto a esas categorías se analiza a la luz de los estándares establecidos y de ahí se desprende la categorización y acreditación que alcanzará la residencia.

Todo el proceso requiere un liderazgo y coordinación por parte de la Dirección Nacional de Capital Humano (DNCH) para garantizar las condiciones de implementación y coordinación con multiplicidad de actores involucrados. Es, en última instancia, el Ministerio, ejerciendo su rol de rectoría, el que por norma determina la acreditación de una residencia que, luego, es publicada en el Boletín Oficial.

El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES), a lo largo de estos años de trabajo, se fue consolidando como un espacio genuino para garantizar la calidad de la formación de posgrado en la modalidad de residencias del equipo de salud. Esto permitió que se pueda mejorar, fortalecer y agilizar el circuito de acreditación, los procesos técnico-administrativos a través del trabajo colaborativo con los distintos actores del Sistema.

El SNARES es un sistema de Acreditación "joven" en relación a otros sistemas existentes en nuestro país.No obstante ello, en estos 13 años de creación, implementación y desarrollo, se consolida como una política pública que permite continuar fortaleciendo el rol de rectoría por parte del Estado. El afianzamiento del Sistema se fundamenta en políticas de consenso y representatividad federal. El control y la transparencia de todo el proceso de evaluación, sumado al entendimiento de la acreditación como una oportunidad de mejora en la formación, y no como una instancia punitiva, lograron la creciente legitimación del mismo por parte de los actores involucrados.

Situación Actual del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

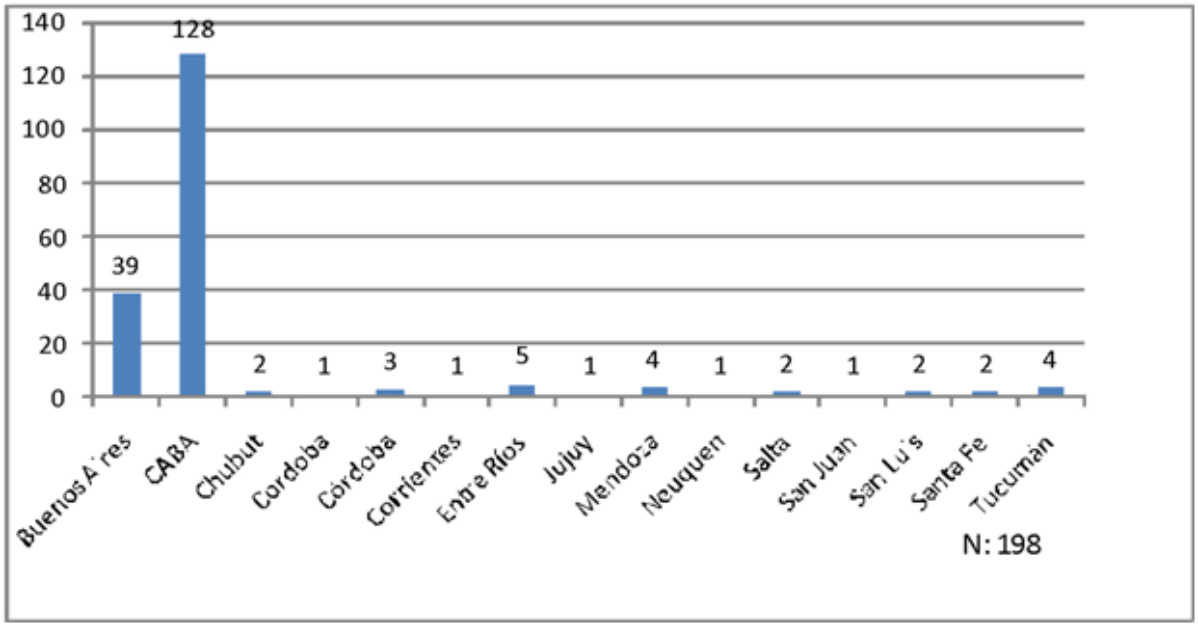
Desde la creación del SNARES, se iniciaron 1775 trámites de acreditación, lo que denota un masiva voluntad de acreditación de las residencias. Un gran porcentaje no cumplimentó la documentación necesaria para continuar con el proceso. De ese universo, 1077 fueron solicitadas a la entidad evaluadora para que realice la visita de evaluación, solo 613 finalizaron el proceso con la Disposición publicada en Boletín Oficial. Este número se compone de 563 trámites correspondientes a una primera acreditación y 50 de la reacreditación de la misma residencia. El número restante continúa tramitando en distintas etapas del proceso ó fueron dados de baja en un plazo de 2 años por no cumplir con la documentación requerida.

Durante el periodo 2016-2019 la Comisión Asesora se reunió en 19 oportunidades. Del total de expedientes presentados, correspondientes a informes técnicos realizados en la Dirección con la información de la evaluación de las residencias, hubo 176 resi-

dencias con disposición de acreditación publicadas en Boletín Oficial y 22 que se encuentran en trámite de disposición.

Para el desarrollo de este apartado se tomaron las líneas de análisis de publicaciones anteriores elaboradas por la Dirección Nacional de Capital Humano (años 2010 y 2015). En esta oportunidad se analizaron 176 acreditaciones vigentes y las 22 en trámite de disposición, dando un total de 198 (N). Se focalizó en esta información para dar cuenta del proceso de consolidación gradual del sistema que toma como referencia normativas y documentos que acompañan el desarrollo de la formación en la modalidad de Residencias. La información presentada en los gráficos reflejó algunos lineamientos para el último período en el que se estableció un recorrido en base a criterios de priorización, a la efectiva aplicación de regulaciones del sistema de residencias (Res. 1993/15; Disposición 104/15) y el fortalecimiento de sus diferentes componentes.

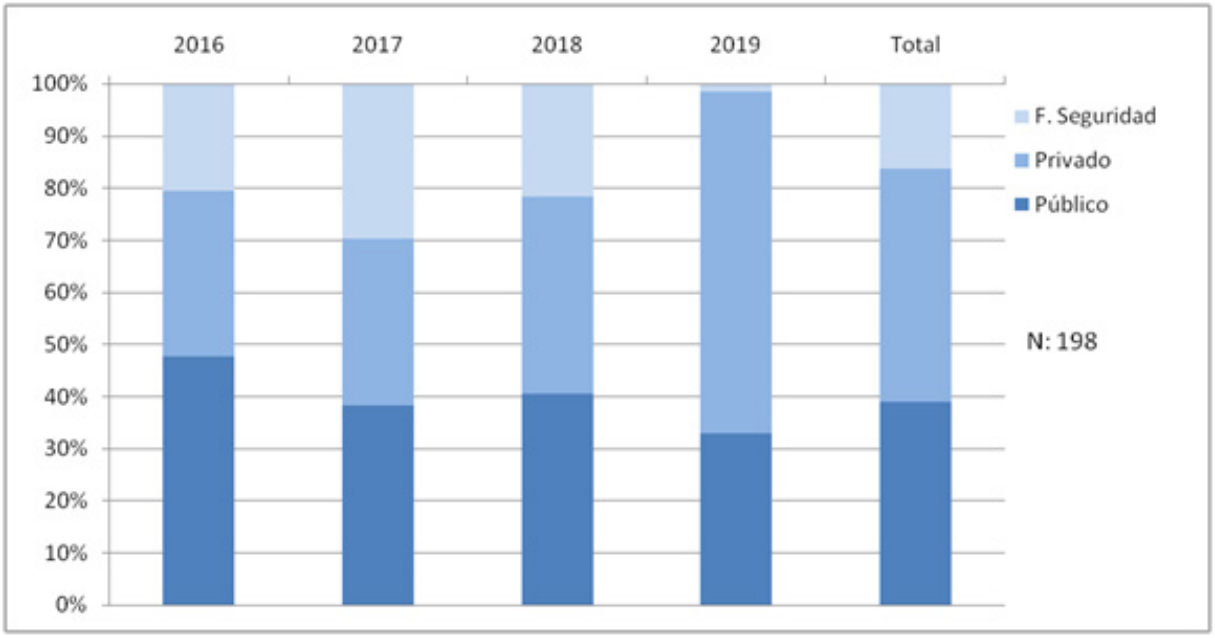
Gráfico 1. Distribución de Residencias Acreditadas por Jurisdicción



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNARES

En publicaciones anteriores se explicitó, que la evaluación de residencias estuvo ligada al financiamiento nacional y a los lineamientos del Consejo Federal de Salud (COFESA) de evaluar y acreditar residencias correspondientes a la formación en especialidades priorizadas. En este último período, en un intento por ampliar el espectro y avanzar en la evaluación y acreditación de residencias se contemplaron especialidades priorizadas y no priorizadas por COFESA y de gestión pública, privada y de las fuerzas de Seguridad en el área Metropolitana (Gráfico 1).

Gráfico 2. Distribución de Residencias Acreditadas según financiamiento



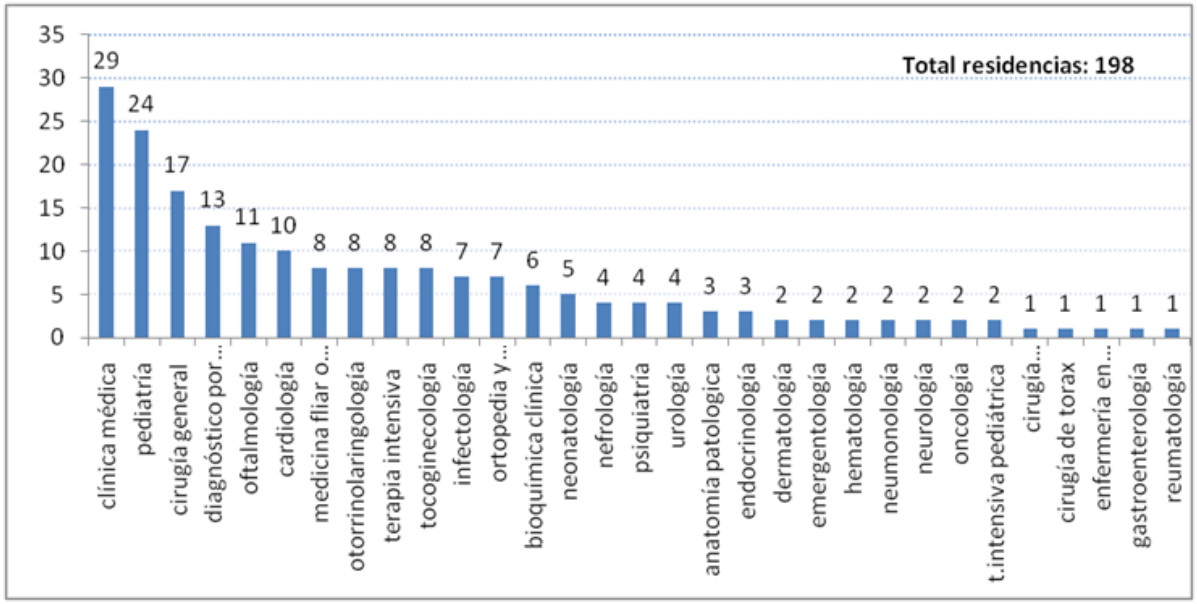
Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNARES

De la información del Gráfico 2 se desprende que, de 24 jurisdicciones del país, 15 (62%) pasaron alguna vez por el sistema durante el período 2016-2019. En esta etapa se priorizó el área metropolitana -CABA y provincia de Buenos Aires- debido a que representan las jurisdicciones con mayor cantidad de oferta formativa de residencias y mayor concentración de población.

Organizar el sistema en este nuevo escenario posibilita una perspectiva más amplia sobre la calidad de la formación y atender a

particularidades de residencias de otras especialidades, como es el caso de Diagnóstico por imágenes, anestesiología, cirugía de tórax, bioquímica clínica. La acreditación de residencias de especialidades no priorizadas, que fueron solicitadas varios años antes, fue posible, entre otras cuestiones, debido a la incorporación de nuevas entidades científicas y de universidades al registro de evaluadores (Gráfico N°3). La incorporación al registro de evaluadores de la especialidad de Anestesiología completó el conjunto de especialidades priorizadas.

Gráfico 3. Distribución de Residencias Acreditadas según especialidad



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNARES

Aportes del Sistema a la calidad de la formación.

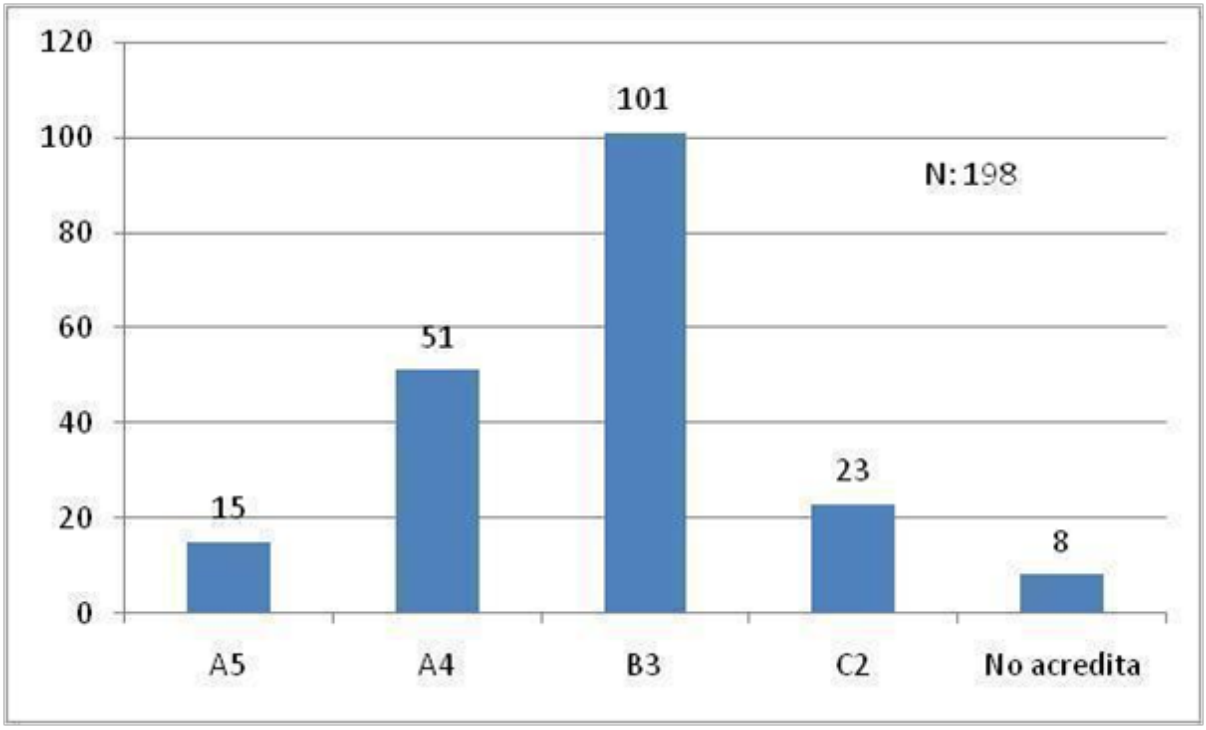
Desde el inicio del Sistema, el propósito fue mejorar la calidad de la formación de postgrado en modalidad de residencias. Se trató de incorporar paulatinamente la mayor cantidad de sedes de residencias al sistema, promoviendo la evaluación externa como mecanismo de mejora en la formación de los especialistas. En este sentido, la Dirección Nacional llevó adelante diferentes acciones como: desarrollo de instrumentos de evaluación, elaboración de estándares generales y particulares por especialidad (Marcos de referencia), diseño de guías y materiales de trabajo para el desarrollo de las residencias, documentos de encuadre, reglamento de residencias (Disp. N°1993/15) y visitas de apertura y asistencia técnica.

Las instancias de consolidación de políticas de formación, precisan de tiempo, tanto para su implementación como para la identificación del impacto que los cambios generan en la vida cotidiana de las instituciones y transformación de prácticas. Estas políticas que se llevan adelante con los actores del sistema requieren de acuerdos formales para lograr el consenso y cambios genuinos.

¿Cómo trabajar para lograr el consenso? Si bien el sistema tiene acuerdos formalizados desde su creación, la inclusión y rotación actores -entidades evaluadoras- y cambios de autoridades jurisdiccionales, implica la generación de nuevos espacios de diálogo y trabajo permanente desde el nivel central. En este sentido, desde el inicio la DNCH privilegió el diálogo como forma para articular la gestión de procesos en los distintos ámbitos que componen el sistema.

Particularmente, la producción de informes de acreditación y de otros documentos por parte del equipo técnico contribuyó al proceso de consolidación de la evaluación desde el enfoque metodológico de la triangulación de datos (instrumento, encuestas, informes, estándares, matriz de categorización). Esta forma de analizar la información aportó mayor objetividad y rigurosidad para el establecimiento de las categorías de acreditación. La mirada se focalizó en los aspectos cualitativos del proceso de formación.

Gráfico 4. Distribución de Residencias Acreditadas por categoría.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNARES

Sobre estos dos últimos gráficos (Gráfico 4) pueden hacerse diferentes lecturas, la primera de ellas es que en estos últimos años, aumentaron las residencias que tiene una categoría B3 (es una categoría promedio), si bien son residencias que cumplen parcialmente los requisitos formativos, aún deben seguir ajustando parámetros importantes para alcanzar categorías superiores con la máxima cantidad de años segùn fijan los estándares. Esto muestra una diferencia en relación a los años anteriores donde la distribución presentaba una mayor polarización centrándose en las categorías A (4 / 5 años) y C (2 años).

¿Qué pudo haber sucedido para que las categorizaciones se distribuyeran de esta forma? Quizás los hitos sean la aprobación de estándares y reglamento de residencia a fines de 2015. La implementación de los mismos posibilitó categorizaciones teniendo en cuenta ejes que en otras evaluaciones no habían sido contemplados o solo parcialmente. Es por ello que la categorización de la

residencia se vuelve mucho más precisa y objetivable, contrastable hacia el interior de una especialidad (con mayor facilidad en las que tienen marco de referencia) y comparable entre especialidades en ejes generales para cualquier tipo de residencia.

Desde otra perspectiva, se puede pensar que se jerarquizaron en la categorización ciertos núcleos problemáticos que se encontraban "naturalizados" en las formación de los residentes, tales como guardias, supervisión y contenidos transversales. Desnaturalizar estos temas con la intervención de la Comisión Asesora, las entidades evaluadoras, referentes de la formación y de recursos humanos jurisdiccionales y el equipo coordinador hizo posible instalar paulatinamente estas cuestiones recurrentes que incidían en la calidad de la formación y la atención de las personas y constituirlas en una oportunidad de mejora.

La Comisión Asesora a través de sus intervenciones acordó como criterio que para obtener la categoría máxima de acreditación, las residencias no sólo deberían garantizar las oportunidades de aprendizaje referente a casos, tecnologías, procedimientos o prácticas sino también la mejor supervisión y calidad de vida en torno al aprendizaje en servicio.

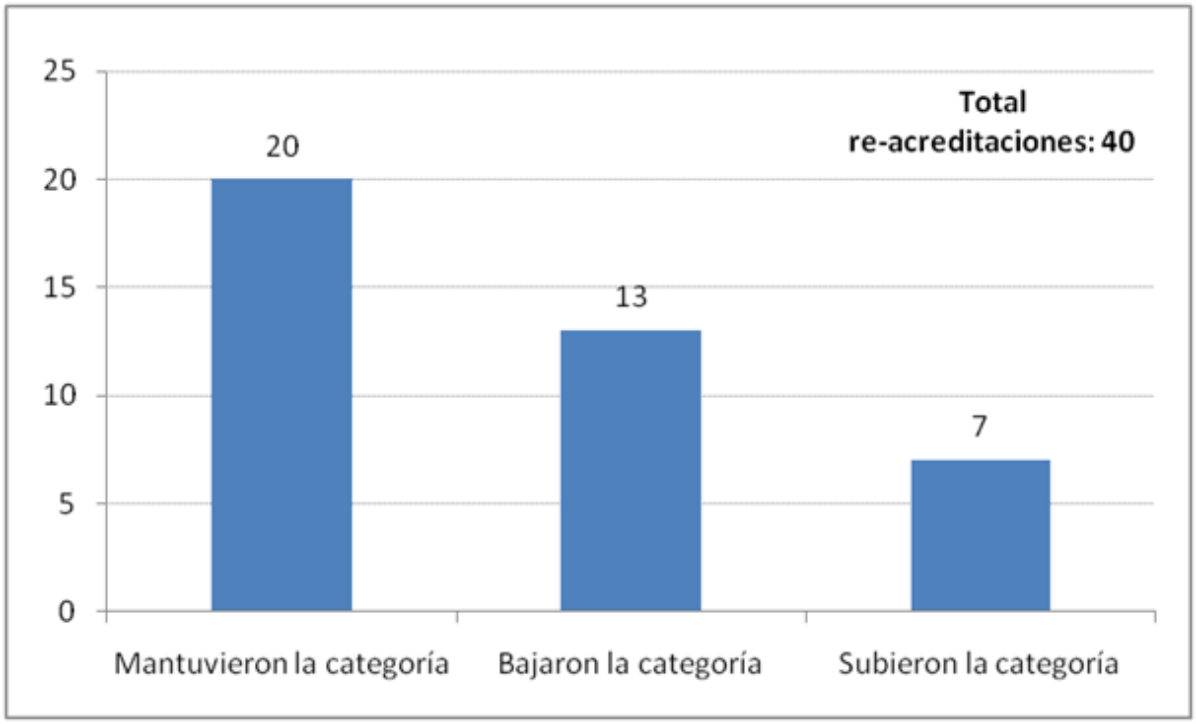
Por otra parte, la aprobación del reglamento de Residentes 1993/2015 materializó discusiones sobre la necesidad de pensar otros estilos de aprendizaje en servicio, gestión pedagógica de las guardias, análisis de escenarios de aprendizaje, cuestiones de género en relación a extensión de contratos por licencias, como consecuencia de esto se formalizaron nuevas recomendaciones de acreditación.

¿Qué fue lo que pasó con ello? la implementación de reglamento y estándares en muchos casos fueron resistidos, en particular por aquellos actores en los cuales la práctica quirúrgica compone la mayor cantidad de espacios formativos y también en especialidades que tienen una tradición de acreditación por sociedad científica con sistemas propios. Si bien la resistencia forma parte de lo que ocurre al implementarse una norma, lo cierto es que muchas especialidades y sedes de formación vieron en esto una oportunidad para fundamentar cambios en sus procesos formativos. La formación en servicio como eje de la formación en residencia tiene una estructura tradicional que en algunos es poco permeable a los cambios. En este contexto complejo, lleva

tiempo adaptar, planificar y modificar estructuras que tienen tiempo funcionando de un modo. Luego de 4 años de trabajo se están visualizando algunos resultados y muchas sedes fueron mostrando voluntad de cambio y acercamiento a estándares a través de pequeñas modificaciones entre un proceso de acreditación y reacreditación.

En relación a los procesos de reacreditación, en muchos casos ocurrió que desde la primera acreditación hasta su reacreditación se aprobaron los marcos de referencia de la especialidad y los estándares generales lo que provocó una "nueva mirada" sobre la mejora de la calidad en la formación.

Gráfico N° 5. Situación de las re-acreditaciones. Años 2016-2019.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNARES

En las primeras reacreditaciones, de algunas especialidades que contaban con marco de referencia, los evaluadores tuvieron puntos de disonancia entre las recomendaciones anteriores, que en muchos casos habían sido cumplidas, y las exigencias de la norma actual, que ponía en evidencia falta de rotaciones, duración de las

mismas, cantidad de guardias, tipos de procedimientos etc. Entonces, la residencia mostraba mejoras pero aún así no alcanzaba la categoria máxima o incluso tenían una categoría inferior a la que habían obtenido en su primera acreditación.

Algo similar como proceso de modificación de las recomendaciones se presentó en los casos de especialidades que no contaban con marco de referencia y éstos fueron elaborados en el transcurso de la primera acreditación a la siguiente.

En relación a esto, cabe mencionar que en las primeras acreditaciones había recomendaciones apuntaban a cuestiones generales y algunas en relación a la especialidad, en su mayoría señaladas únicamente con el criterio de la Entidad Evaluadora. Esas primeras recomendaciones funcionaban a modo de orientación, y pese a que serían tenidas en cuenta en la próxima visita de evaluación no eran obligatorias para la residencia.

Otro hito dentro del proceso de consolidación tuvo que ver con la decisión de Comisión Asesora de que las **recomendaciones deberían ser vinculantes** para la reacreditación.

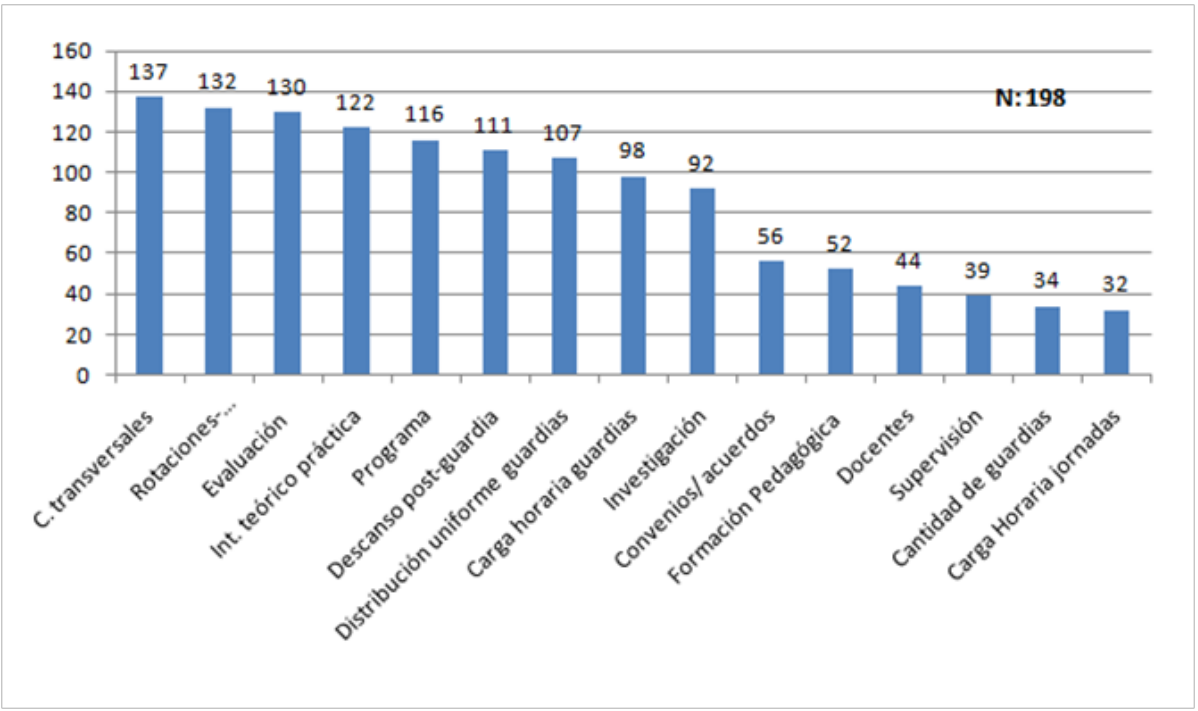
Evolución de las recomendaciones

¿Por qué las recomendaciones cambian? Las recomendaciones cambian a medida que se consolida el sistema. Inicialmente una de las líneas de trabajo tenía que ver con que la mayor cantidad de residencias del país atraviesen por un proceso de evaluación y acreditación. Una vez que las residencias se fueron sumando y que los mismos actores voluntariamente están interesados en acreditación, el mismo sistema debe ir un paso adelante en la mejora. La implementación de nuevos instrumentos, reglamentos, la experiencia sobre el proceso formativo tras algunos años de análisis de información, trajo aparejada recomendaciones mucho más específicas y complejas de acuerdo a la especialidad y a la residencia evaluada. Como coordinadores del sistema no podemos pensar las recomendaciones como estructuras rígidas sino más bien en continuo ajuste para cada residencia que aún en la categoría más alta de acreditación siempre puede tener ejes perfectibles.

En el período anterior, el análisis de las recomendaciones promovió acciones orientadas a: la realización de talleres para la elaboración de programas, la incorporación de actividades de inves-

tigación en todos los años de la residencia y la implementación del descanso post-guardia. Así como los marcos de referencia establecieron los escenarios formativos/rotaciones específicas para las especialidades lo que facilitó la consideración de las recomendaciones para las futuras acreditaciones.

Gráfico 6. Ranking de recomendaciones. Período 2016-2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNARES

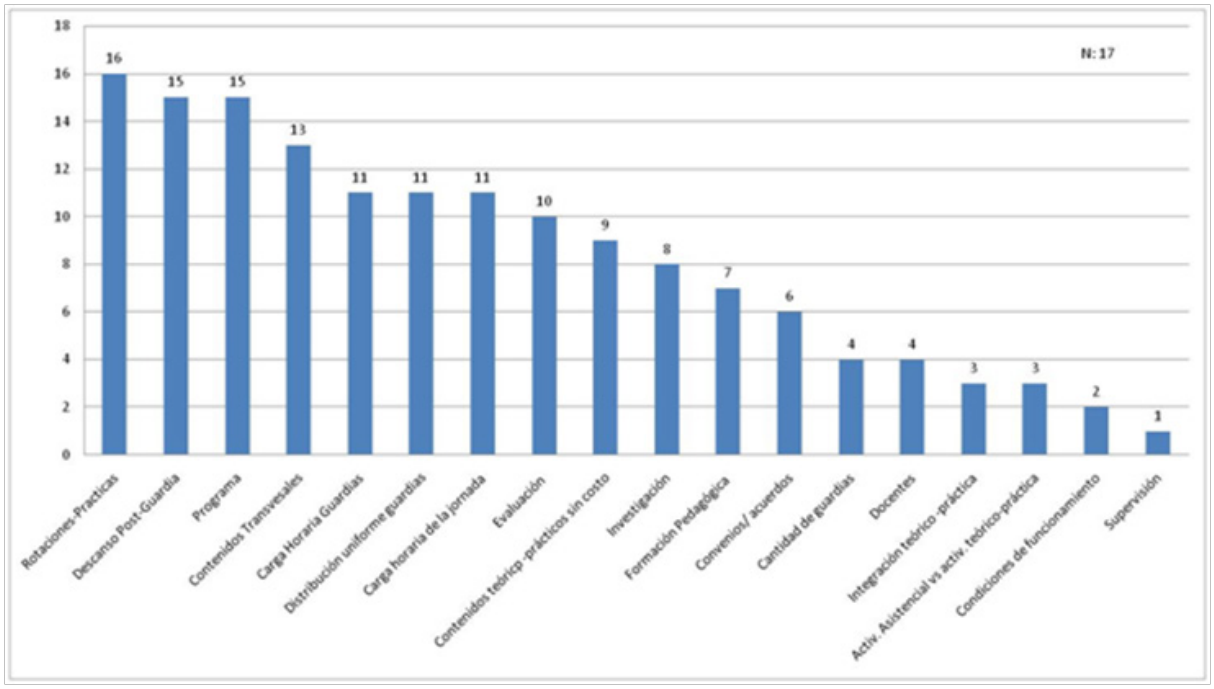
En este último período, en una lectura general de las recomendaciones más frecuentes, se observa que el orden se modificó, pasaron a ser más significativas la organización de las rotaciones, la implementación de los contenidos transversales y la evaluación. Un primer análisis reflejó lo antes dicho respecto de la implementación de los documentos marco de referencia, tanto para las entidades evaluadoras al momento de la evaluación, como para el equipo técnico y los posibles señalamientos al triangular la información. Esto también fue evidente al revisar las recomendaciones en las reacreditaciones de especialidades que tuvieron marco aprobado en los últimos años. El salto cualitativo quizá más importante tuvo que ver con los contenidos transversales.

Las distintas acciones que se tomaron en años anteriores jerarquizaron este tipo de contenidos en todas las residencias, progresivamente integrandolos a las competencias de cada especialidad. En este sentido la Comisión Asesora también cumplió un rol importante destacando que todo aquello que mejorase la calidad en la formación, debía ser obligatorio para la alcanzar la categorías máximas de acreditación. Entonces, resultó lógico que esta recomendación fuera de las más frecuentes, ya que es crítica para el concepto integral de competencia. Esto resultó en que comenzó a darse sentido pedagógico en la planificación de estos aspectos y valorarla como relevante para la formación del especialista.

Como se señaló con anterioridad, es esperable que las recomendaciones cambien a medida que avanza el Sistema, esto va en consonancia con las acciones que se definen desde la DNCH para abordar, y dar un soporte que permita el avance en la formación de calidad. Las decisiones sobre la elaboración de documentos, guías y otras acciones técnicas es un reflejo de la información aportada por proceso de acreditación. Por tanto, las acciones fueron y son contextuales y flexibles en función de los alcances paulatinos. Se podría pensar que el sistema se nutre de la información de las acreditaciones y genera información para fortalecer los puntos críticos en las residencias.

¿Qué pasó con las recomendaciones en algunas especialidades? Se tomó a cirugía general para analizar comparativamente las recomendaciones realizadas hasta antes de 2015. Analizar esta especialidad tuvo que ver con que durante este período hubo tiempo para la implementación del marco de referencia y además es una de las especialidades con mayor cantidad de acreditaciones entre 2016-2019

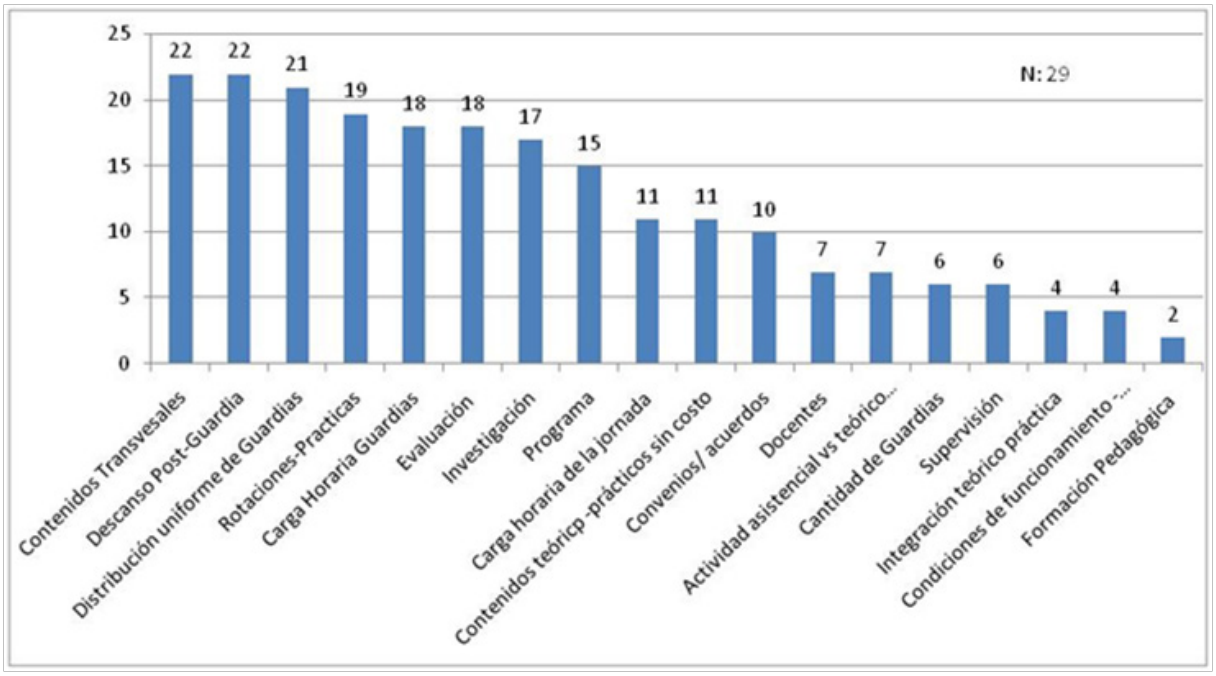
Gráfico 7. Cirugía general. Ranking de recomendaciones, por categoría. Años 2016-2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNARES

Como se observa en las dos primeras recomendaciones, rotaciones y descanso post-guardia guarda relación con lo observado en general. No obstante hacia el interior de la especialidad se puede inferir que pese al trabajo de varios años, el descanso post guardias sigue siendo un punto crítico en las residencias quirúrgicas. Sin embargo los contenidos transversales ocupan el cuarto lugar, tomando las de mayor frecuencia general podemos decir que paulatinamente se incluyen los contenidos transversales dentro de los programas de formación. Con respecto a las recomendaciones sobre las rotaciones podemos asociarlo a la implementación del marco de referencia de la especialidad que tiene diferentes niveles de incorporación en los programas de residencia.

Gráfico 8. Clínica médica. Ranking de recomendaciones, por categoría. Años 2016-2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNARES

Nuevamente podemos encontrar coincidencia con las recomendaciones del ranking general. Sin embargo en este caso, los contenidos transversales fueron los que lideraron el ranking de clínica lo que da cuenta de la necesidad de trabajar con esta especialidad sobre estas temáticas y acompañar a las residencias para que en futuras presentaciones puedan cumplimentar con las observaciones. En esta especialidad también el descanso post-guardia es un punto crítico por los procesos de formación en servicio que tienen larga tradición y porque además, hay una distribución desigual de las guardias a lo largo de los años, constituyendo el primer año la mayor carga. Coincidentemente el primer año es compartido también con especialidad articuladas.

Más allá del marco de referencia de cada especialidad es importante destacar que se usaron los estándares previstos en la RM 1993/15 para señalar todo aquello que tenga que ver con el descanso post-guardia y la distribución homogénea de guardias.

Producción de Documentos del SNARES

La rectoría en la formación de especialistas del equipo de salud dentro del desarrollo del sistema de acreditación exige la definición de criterios y estándares que orienten esas formaciones. Desde el año 2008, la Dirección Nacional de Capital Humano se encuentra elaborando Documentos Marcos de Referencia que enuncian dimensiones del perfil profesional y trayectorias formativas de las especialidades para la formación en Residencias. La continuidad en el desarrollo de estos documentos es de la política de fortalecimiento del sistema.

Tal como se presentó en publicaciones anteriores, este proceso de elaboración de Marcos de Referencia, produjo inicialmente documentos para las especialidades prioritarias definidas por COFESA. Si bien se trataba de un trabajo técnico que se venía realizando en la Dirección Nacional de Capital Humano con la formación de técnicos, a partir de la creación del Sistema de Acreditación, se le dio un encuadre metodológico acorde a la formación de postgrado en residencias y se los jerarquizó como documentos centrales del SNARES, ya que establecen un piso mínimo para la formación de los especialistas que fija parámetros de calidad a nivel federal.

La articulación interinstitucional en la Mesa de Políticas Integradas de Salud y Educación, y el trabajo continuo con CONEAU, habilitó el uso de estos documentos en la armonización de la formación de especialistas en salud en el sistema de carreras de especialistas universitarios. Así, estos documentos se constituyeron en herramientas indispensables desde el SNARES para la mejora del sistema de residencias a nivel nacional, ampliando su uso como referenciales para la acreditación de la formación de posgrados en salud.

Esta línea de trabajo, lleva desarrollados trece documentos, resultado de una construcción colectiva y consensuada, cuyo objetivo principal es definir un estándar para la formación y avanzar en la programación de las actividades profesionales que definen y distinguen a las diferentes especialidades lineales o multiprofesionales.

Los Documentos Marco definen una referencia común para diseñar los programas de formación; compatibilizar, transparentar y hacer comparables los requerimientos para la formación y las capacidades de los egresados de distintas jurisdicciones y sedes; desarrollar procesos de evaluación, acreditación y mejora conti-

nua de las sedes de residencias; e instalar procesos de colaboración e intercambio entre sedes y/o especialidades.

Asimismo, como parte del trabajo colaborativo con otras Direcciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y en concordancia con procesos de revisión y definición de especialidades estos documentos serán un requerimiento para aquellas entidades científicas que soliciten el reconocimiento de una nueva especialidad. El trabajo de elaboración de estos Documentos allana el camino en acuerdos sobre el alcance de una especialidad, las relaciones de interdependencia y los recortes de los campos profesionales y la definición de capacidades agregadas a una especialidad de base.

Dinámica de trabajo

La elaboración de estos documentos involucra la participación de diferentes actores del campo de la educación y del trabajo, quienes intervienen en las diferentes etapas de elaboración, validación e implementación de los documentos como parte de una política de mejora de la calidad de la formación de especialistas. Son el producto de un gran trabajo de consenso que ha incluido a todos actores del campo de cada especialidad, reunidos en un proceso de construcción conjunta con la coordinación técnica del equipo del SNARES.

Como modalidad de trabajo se crearon comisiones de elaboración, formadas por actores claves del campo de la formación en cada especialidad, que mantuvieron alrededor de 20 reuniones mensuales coordinadas por el equipo de la Dirección de Capital Humano. Los primeros marcos estuvieron disponibles a partir del año 2010, fueron aprobados por la Comisión Asesora y el Comité Técnico; posteriormente aprobados por el COFESA y luego por resolución ministerial y publicados en Boletín Oficial.

Las Comisiones de trabajo se constituyeron a partir de la convocatoria amplia a actores relevantes del campo disciplinar, incluyendo a sociedades científicas, universidades que dictan carreras de especialistas, referentes de recursos humanos de las provincias, responsables de la formación en residencias, y otras organizaciones referentes reconocidas de cada especialidad. Con esa modalidad de comisiones ampliadas se trabajaron los Marcos de las especialidades médicas de Medicina General y Familiar, Pedia-

tría, Tocoginecología, Neonatología, Terapia Intensiva de adultos, Terapia intensiva pediátrica, Cirugía General, Clínica Médica, Cardiología; y de dos especialidades interdisciplinarias, Epidemiología y el trayecto común de Salud Mental.

Es significativo el trabajo realizado en el proceso de construcción conjunta dentro de cada comisión como una oportunidad de revisión y acuerdos de los alcances de cada campo disciplinar así como la definición de perfiles profesionales con un enfoque orientado a la atención de la salud acorde a las necesidades y contexto de nuestro País.

Los subsiguientes documentos fueron realizados a partir de un borrador inicial elaborado por sociedades científicas que luego de un proceso de trabajo con el equipo técnico del SNARES mediante el mismo encuadre que los anteriores, se elaboraron documentos preliminares que luego fueron corregidos y validados por referentes especialistas de la disciplina y de recursos humanos de las provincias, de universidades, y de otras instituciones del campo siguiendo el mismo proceso de aprobación por Comisión Asesora, Comité Técnico, COFESA y acto administrativo publicado en Boletín Oficial. Con esa segunda modalidad fueron desarrollados los marcos de Cardiología, Traumatología y Ortopedia, Oncología y los que están actualmente en elaboración de Cirugía Infantil, Bioquímica clínica, Farmacia Hospitalaria, Dermatología, Cirugía de Tórax y Hematología.

La dinámica de elaboración de los marcos iniciales mediante la gestión continua de consensos, generó también la posibilidad de diálogos fluidos con los referentes de las jurisdicciones. El espacio de confianza construido en el tiempo a partir de compartir la tarea; el conocimiento de las tensiones y fortalezas en el proceso de elaboración de los Marcos; y la certeza también compartida, acerca de la utilidad de los mismos para la regulación y mejora de la calidad de la formación y para la armonización entre las distintas modalidades de acceso a la especialidad que hay en nuestro país, son dimensiones que permiten sostener procesos de construcción a distancia, a través del campus virtual o de encuentros desde Telesalud.

De los doce documentos publicados hasta la fecha, los últimos aprobados incluyen a Epidemiología, formación a la cual pueden acceder un gran número de profesiones involucradas en la

comprensión de los problemas de salud de las poblaciones y sus determinantes; el trayecto común de la especialidad en Salud Mental, orientado a equipos interdisciplinarios integrados por distintas de salud mental definidas en la Ley Nacional de Salud Mental. Posteriormente se concluyeron los marcos de Cardiología y Ortopedia y Traumatología.

Documentos Marco de Referencia Aprobados

- Medicina General y /o Familiar.	Resolución Ministerial N° 1073/2015
- Pediatría.	Resolución Ministerial N° 1073/2015
- Tocoginecología.	Resolución Ministerial N° 1073/2015
- Cirugía General.	Resolución Ministerial N° 1074/2015
- Clínica Médica.	Resolución Ministerial N° 1074/2015
- Neonatología.	Resolución Ministerial N° 1074/2015
- Terapia Intensiva de Adultos.	Resolución Ministerial N° 1074/2015
- Terapia Intensiva Infantil.	Resolución Ministerial N° 1074/2015
- Salud Mental.	Resolución Ministerial N° 2248/2015
- Epidemiología.	Resolución Ministerial N° 2277/2015
- Cardiología.	Resolución Ministerial N° 1001/2016
- Ortopedia y Traumatología.	Resolución Ministerial N° 1087/2019

Especialidades multidisciplinarias

Salud Mental

El trayecto interdisciplinario del **Marco de Salud Mental** fue publicado mediante Resolución 2248/2015. El proceso de construcción de este marco se referencia en la Ley Nacional nº 26657 de Salud Mental y conllevó tensiones a raíz, por un lado, de la inexistencia de una especialidad "Salud Mental" y por otro, de que del equipo interdisciplinario, las únicas profesiones que pueden acceder a la certificación como especialistas son medicina y enfermería. El Marco da cuenta también, de las tensiones del campo en relación al objeto complejo que es la salud mental, inescindible de la salud desde una perspectiva de integralidad y de la necesidad de garantizar el logro de las mejores condiciones

posibles para el desarrollo físico, intelectual y afectivo de las personas; y de la conceptualización de la Salud Mental como campo social compuesto por numerosos y diversos actores con objetivos e intereses a veces muy contrapuestos.

La comisión de elaboración estuvo constituida por Direcciones de Salud Mental de 10 provincias, referentes de dos residencias interdisciplinarias en Salud Mental; representantes de las Federaciones de Trabajo Social y Servicio Social; de Unidades Académicas en Trabajo Social; y de Psicólogos, con representación de todo el interior del país; representantes de universidades, Asociaciones de escuelas de Enfermería de la República Argentina; de la Asociación Argentina de Salud Mental; referentes de la Dirección Nacional de Salud Mental y del equipo técnico del SNARES. Estas instituciones trabajaron en la elaboración del marco, haciendo consultas permanentes hacia el interior de cada una y de todas las asociaciones provinciales incluidas en las federaciones.

Epidemiología

El Marco de la especialidad de Epidemiología fue aprobado por Resolución nº 2277/2015. En el contexto de su elaboración se profundizaron acuerdos sobre la definición del campo profesional de la práctica epidemiológica. El sentido de la práctica definido en el Marco toma en cuenta la revisión continua de los criterios metodológicos de la especialidad que incluye el carácter narrativo además de los contables, y a su vez, pone énfasis en el rol del profesional que sirve a una población en permanente contacto y diálogo con actores institucionales y comunitarios.

La comisión para la elaboración del marco estuvo integrada representantes 19 instituciones con injerencia en el campo profesional: la Dirección Nacional de Epidemiología, direcciones de epidemiología de 8 provincias, de las 6 residencias de la especialidad que se desarrollan en el país y 2 instituciones públicas de epidemiología, y referentes de capacitación de recursos humanos en salud de 2 provincias. Contó con los aportes de referentes de 11 Universidades, 2 Institutos universitarios y 2 Asociaciones de instituciones educativas universitarias.

Las conversaciones en esta comisión han contribuido a la integración de las diversas experiencias y perspectivas metodológicas en la formación de epidemiólogos (como los de las residencias

de Epidemiología de Campo orientada al control de enfermedades, y las diferentes configuraciones teóricas en las formaciones universitarias de la especialidad) con las necesidades de los diversos actores de la salud pública y la gestión, delimitando un perfil profesional integral acorde a los contextos actuales contemplando que organismos de salud de naturaleza muy diversa fueron creado espacios específicos que requieren la labor de epidemiólogos. Desde ese punto, define a los profesionales epidemiólogos con la competencia necesaria para el desarrollo de la epidemiología como una disciplina básica de la salud colectiva, que interviene en generar información para las acciones en salud, que abarca desde la determinación del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y sus consecuencias, hasta el análisis de situación, y la evaluación de tecnologías.

Define sus ámbitos de desempeño vinculados a la salud poblacional y a la planificación sanitaria en estrecha relación con los diferentes actores del sector salud y de actores externos relacionados con la salud.

Contexto y encuadre utilizado para la elaboración de los Marcos:

En la definición de la estrategia de Marcos, el SNARES instala el enfoque de competencias para la formación de posgrado de profesionales de la salud en contextos de residencias. Desde esta toma de posición, las dimensiones por las que se agruparon las áreas de competencias, estuvieron relacionadas con la singularidad de la capacidad agregada que otorga la especialidad a la disciplina de base, incluyendo en ellas dimensiones orientadas a:

a) generar profesionales que aseguren el cumplimiento del derecho a la salud de las personas

b) enfocar la centralidad de la tarea de los especialistas en los pacientes o usuarios destinatarios del conocimiento y práctica de la especialidad

c) que los especialistas se integren al trabajo formando parte de equipos y redes de trabajo y atención, como actores activos dentro del sistema de salud

De allí surge que los marcos de especialidades médicas definen entre una y cuatro competencias vinculadas concretamente al campo de la especialidad pero que incluyen en los criterios de realización, observables de estas tres dimensiones; y a su vez, entre dos y cuatro competencias que son transversales a varias especialidades como las relacionadas a la gestión, al aprendizaje continuo y a la generación de conocimiento (si bien en cada marco estas competencias transversales son descriptas con las características necesarias para el desempeño en la especialidad.

Como se mencionó con anterioridad, los marcos de referencia no son programas, por ello no tienen el propósito de establecer hitos temporales o de autonomía en la práctica para la trayectoria formativa. Las competencias se expresan integrando el perfil profesional esperado para el egresado de la residencia.

Esta forma de sistematizar las áreas de competencia surge en el contexto de nuestro país, federal y con un sistema de salud complejo, segmentado y fragmentado, que adolecía de definiciones operativas o normativas (desde el sector salud), acerca de las características y responsabilidades asistenciales de las distintas especialidades médicas. En este sentido, la Justificación del perfil definido en cada marco, contribuye a situar a la especialidad y a los especialistas en el contexto del sector salud para toda la Argentina.

Al finalizar la edición de este documento se encuentran en proceso 8 Marcos de Referencia:

a.Marcos con el borrador actualmente en proceso de aprobación por COFESA:

Ya fueron validados por la Comisión Asesora y el Comité Técnico, y falta la validación final por el COFESA, los Marcos de Referencia de Oncología y de Anestesiología.

El Marco de Oncología, cuyo borrador fue concluido en abril del 2019, fue elaborado con la coordinación conjunta del Instituto Nacional del Cáncer y el equipo técnico del SNARES.

El médico Oncólogo es el profesional involucrado en la estrategia del Control del Cáncer. Es uno de los pilares en la planificación diagnóstica, en la estadificación y en el tratamiento de los tumores sólidos en adultos, que actúa considerando los aspectos éticos y bioéticos, a favor a las necesidades de los pacientes y de la población en riesgo, apoyado en evidencia científica y en el conocimiento de los recursos disponibles. En el Marco se define al oncólogo como:

Es el especialista responsable de los tratamientos médicos de los pacientes adultos con tumores sólidos mediante agentes quimioterápicos, hormonales, biológicos y los dirigidos contra blancos moleculares específicos y otras opciones terapéuticas oncológicas futuras, y la aplicación de tratamiento de soporte clínico. Participa en el seguimiento de sus pacientes en el marco de equipos interdisciplinarios y redes de atención.

Es el profesional que tiene visión general y singular del problema de las personas adultas con patología oncológica. Desde ese lugar es un sujeto activo con habilidades comunicacionales con el paciente, con el grupo de allegados, y en la relación entre pares y en áreas claves que garanticen la atención del paciente. Facilita la coordinación, articulación y apoyo del equipo interdisciplinario interviniente en la asistencia de las personas con cáncer. Esto incluye: el trabajo con otros profesionales y especialistas del equipo de salud, y la articulación de redes de asistencia y cuidado con otros niveles de atención, promoviendo el acceso adecuado de las personas afectadas de cáncer en tiempo y forma, en cada una de las etapas de su asistencia. Conoce y puede planificar, colaborar, ejecutar, monitorear y evaluar las distintas acciones en todas las etapas del "Control del Cáncer".

Participa y contribuye en la gestión del conocimiento acerca del cáncer en instancias de investigación clínica, básica, epidemiológica, traslacional y aplicada con resguardo ético y acorde a la regulación vigente. Construye conocimiento sobre su propia práctica en un proceso de aprendizaje permanente.

El Marco de Anestesiología, tuvo un primer borrador elaborado por la Federación Argentina de Anestesia Analgesia y Reanimación, y luego trabajado con el equipo técnico del SNARES. El documento borrador fue concluido en mayo del 2019, validado en junio por la Comisión Asesora, y en el mes de agosto por el Comité Técnico.

El médico anestesiólogo es el médico especialista en el tratamiento anestésico y analgésico y en el soporte vital de los pacientes sometidos a procedimientos médicos diagnósticos y/o terapéuticos.

Realiza intervenciones médicas para el manejo del dolor, a fin de lograr la disminución de las respuestas neuroendocrinas asocia-

das a estrés quirúrgico o intervencionista, a todo tipo de pacientes, de todos los grupos etarios, incluida la diada madre-feto, favoreciendo la recuperación de la autonomía y propiciando el confort en la recuperación. Es el responsable del tratamiento del dolor agudo quirúrgico y postquirúrgico inmediato, y puede aplicar o indicar tratamiento para el dolor crónico o agudo de otra causa.

Es el médico especialista comprometido en el soporte vital de la persona en situación quirúrgica o intervencionista. Responde a los cambios de entorno y de estado del paciente aportando su visión al equipo de trabajo. Sostiene un rol de liderazgo para gestionar crisis y emergencias en diversos entornos de trabajo.

Tiene la capacidad de planificar, ejecutar y evaluar las acciones del acto anestésico con autonomía, y a la vez trabaja en equipo, identificando límites y solicitando de ser necesario el auxilio de otros profesionales, evitando conductas temerarias y propiciando el cuidado del paciente, del equipo de trabajo, y de sí mismo. Utiliza protocolos y simultáneamente responde desde lo específico y singular de la situación y del paciente ante el que se encuentre.

Como profesional integrante del sistema de salud contribuye al fortalecimiento de la salud pública incluido el compromiso con la atención de la población cubierta por el sistema público de salud en hospitales públicos, propiciando la accesibilidad a la anestesia a toda la población y contribuyendo al acceso de las personas al cumplimiento de sus derechos en relación a la calidad y seguridad de la atención anestésica. Está capacitado para comunicarse y gestionar efectivamente su área de trabajo con los múltiples interlocutores y en los diferentes niveles de gestión con los que su especialidad lo pone en contacto.

Las áreas de competencia del anestesiólogo se han definido asociadas a tres áreas de dominio: el área clínica, el área de gestión y de educación. La complejidad del área clínica, llevó a dividir operativamente, en base a la práctica de la especialidad, en tres áreas interdependientes.

b. Marcos con el borrador actualmente en proceso de cierre:

Se encuentran en proceso de cierre de la elaboración del borrador, los documentos de Cirugía infantil, Farmacia Hospitalaria y Bioquímica Clínica y. En estos tres casos se trabajó en comisión para la elaboración del documento con representantes de asociaciones profesionales.

Cirugía Infantil: El marco borrador ya está concluido, transitando el proceso de consulta federal para ser presentado a la Comisión Asesora. Este marco fue desarrollado junto a referentes y representantes de la Asociación Civil Argentina de Cirugía Pediátrica (ACACIP).

Bioquímica Clínica también en etapa de validación federal siendo consultadas Universidades, Asociaciones de Bioquímicos de provincias y especialistas en Bioquímica Clínica designados por los referentes de recursos humanos de las provincias. Este marco fue elaborado con representantes del Ente Coordinador de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica (ECUAFYB) con el equipo técnico del SNARES. Actualmente en proceso de corrección a partir de lo surgido en las consultas de validación.

Farmacia Hospitalaria: Se encuentra en etapa final de elaboración del borrador. Se desarrolló en comisión con referentes de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital trabajando con la coordinación del equipo técnico del SNARES:

c.Marcos en elaboración, con borrador presentado por sociedades científicas:

Diversas Asociaciones científicas están expresando la necesidad de contar con un Marco de Referencia para la formación en su especialidad con el fin de sistematizar los procesos de acreditación de sedes y de los aprendizajes. La Dirección de Capital Humano dando curso a esa necesidad propone a las sociedades que presenten un borrador del Marco de Referencia para ser trabajado en conjunto con el SNARES.

En esta línea, en fechas cercanas a la redacción de esta publicación, se han presentado documentos Marco borradores para las especialidades médicas de Neurocirugía, Hematología y Cirugía Torácica

Desafíos en la situación actual de la construcción de marcos de referencia

Necesidad de avanzar con la elaboración de Marcos:

La certificación de especialistas requiere como instancia previa, el reconocimiento de ciclos de formación en los que intervienen entidades con distinta responsabilidad como el sistema de residencias, las universidades, los colegios y las sociedades científicas. Dado que la legislación nacional a la fecha contempla

la existencia de 70 especialidades médicas, 10 de odontología, 8 de bioquímica, 6 de enfermería, 7 de farmacia y 4 especialidades multiprofesionales y que la acreditación de residencias es un proceso ya está instalado en el campo de la formación en salud, es necesario avanzar con la elaboración de documentos que permitan armonizar los criterios para la acreditación.

Por otra parte, las sociedades científicas, que ya se identifican como parte del sistema, demandan al estado el rol de rectoría para la definición e instalación de marcos que delimiten y visibilicen las características de cada especialidad y los criterios generales que guíen los procesos formativos como modo de acceso a las mismas.

Ya concluidos los Marcos de todas las especialidades priorizadas, se propone el trabajo a partir de borradores elaborados por las sociedades profesionales, que luego trabajen en forma breve con el equipo técnico del SNARES para luego validarse a nivel federal. Un desafío a sortear, son los tiempos para la aprobación por COFESA y el acto administrativo para la publicación como normativa nacional.

-Instrumento para la Evaluación versión 2015 aprobado por Disposición 104/2015

La actualización del Instrumento para la Evaluación de Residencias se realizó a partir de la experiencia del uso de las versiones anteriores. El trabajo de actualización duró aproximadamente un año y se realizó en consulta con todas las sociedades evaluadoras en actividad a ese momento. Tuvo aportes de sociedades de especialidades médicas tanto clínicas como quirúrgicas y de otras profesiones del equipo de salud.

Incorpora nuevas características generales desde las versiones anteriores 2010/2013:

a. Su llenado es responsabilidad de la sede y debe ser presentado en el momento de solicitud de acreditación, junto con la nota de solicitud, el programa y la documentación de la sede requerida.

b. Incluye un “Acta de Evaluación” a firmar en el momento de la visita por los referentes institucionales de la sede de la residencia y los evaluadores. La firma del acta reconoce la inexistencia de conflicto de intereses entre la sede, y la entidad evaluadora y los

evaluadores designados para realizar la visita.

c. Incorpora espacios para los evaluadores: Los evaluadores deben realizar aclaraciones/observaciones o confirmar la información registrada en el mismo instrumento en el momento de la visita de evaluación.

En esta nueva versión, el instrumento se utiliza como autoevaluación al momento de prepararse para solicitar la acreditación. A partir de la sistematización del registro, se pretende estimular la posibilidad de realizar mejoras en la sede antes de la visita de los evaluadores. Los evaluadores acceden al instrumento antes de la visita, por lo cual pueden ajustar su evaluación a las condiciones que observa en el instrumento. La sede puede, al momento de la visita, presentar un nuevo Instrumento corregido. El Acta de evaluación debe firmarse en el Instrumento con el que se observe la evaluación, y es esa versión la que se utilizara para continuar el proceso de Acreditación.

d. Secuencia del registro: los títulos están ordenados y presentados en correspondencia con los Estandartes Nacionales para la Acreditación de residencias del Equipo de Salud, comenzando por los datos generales de la institución donde se aloja la sede incluyendo los responsables de docencia. A continuación, se suceden los datos del Programa elaborado como propuesta pedagógica; de las características del Desarrollo del programa de formación; y luego, los Requisitos para el funcionamiento de la Residencia. Presenta un Anexo para ser completado por especialidades quirúrgicas.

e. El instrumento tiene la forma de una encuesta semiestructurada. No es una lista de cotejo, por lo cual permite inclusión de toda la información que la sede considere necesaria.

El modo de presentación de los ítems a completar intenta ser lo suficientemente abierto para que cada sede pueda registrar la información según la singularidad de su especialidad y su contexto.

f. Rol del evaluador con respecto al Instrumento: continente espacios específicos para que registren los evaluadores, estimulando la búsqueda de evidencia que sustente lo registrado por la

sede. Al final del instrumento, se incluye un espacio específico para los evaluadores para completar las observaciones que consideren necesarias. El instrumento debe servir como registro de los evaluadores para ser utilizado de soporte en la confección del informe de evaluación (ver “Ruta del Evaluador” Disposición 104/2015)

-Reglamento de Residencias Resolución 1993/15

Otro de los hitos en cuanto al fortalecimiento del SNARES es la actualización del Reglamento Básico General Nacional de Residencias, aprobado por la resolución 1993/2015. La norma recupera lo establecido en el Reglamento anterior (Res 303/2008), y además de describir y jerarquizar la configuración del sistema de formación de posgrado de especialistas de salud bajo esta modalidad, avanza en aspectos vinculados a la rectoría tanto en lo referente al financiamiento de los cargos de formación hacia las especialidades, cuanto a establecer estándares mìminos y delinear los ámbitos del aprendizaje y las condiciones necesarias en cada uno de ellos.

La norma, conformada por IV anexos aprueba una serie de condiciones, requisitos, derechos y obligaciones, entre los que se destacan como aportes novedosos respecto de la anterior:

-.La actividad formativa de los residentes en el escenario de las guardias queda regularizada en cuanto a los objetivos de aprendizaje,

- la supervisión necesaria, la cantidad de guardias y de horas máximas de permanencia y fundamentalmente garantizando el descanso mínimo post-guardia de 6 horas de cumplimineto efectivo fuera de la institución.

El otro artículo relevante que incorpora esta normativa, está relacionado con la Prórroga de la Promoción para la culminación de la Residencia, en aquellos casos en donde los residentes hubieren declarado su embarazo o estuvieren en uso de su licencia por maternidad y por tales motivos no pudieran cumplimentar con los requisitos establecidos en el programa de formación. Se establecen los plazos y criterios para la solicitud de la mencionada prórroga como así también la presentación de un plan de recuperación, garantizando así la formación de calidad en especialidades de salud. Este artículo atiende a caracterìsticas actuales de los profesionales mujeres que acceden a la formaciòn de posgrado bajo esta modalidad, como parte de un fenòmeno de feminizaciòn de la formación.

Nuevas estrategias e intervenciones

Atendiendo a las crecientes modificaciones contextuales y pasados 4 años de la publicación en el boletín oficial de la de la Resolución 1993/2015 el presente apartado relata las estrategias e intervenciones que se han desarrollado durante este último período, brindando progresivamente similares oportunidades a las distintas especialidades en cuanto a la calidad de la formación.

Para ello se han sistematizado algunas prácticas que surgieron en respuesta a las demandas más espontáneas, al continuo intercambio con los actores involucrados en cada una de las instancias del proceso de acreditación.

Entre las estrategias implementadas y teniendo presente la diferenciación entre la evaluación y la acreditación, como dos instancias que apuntan al mantenimiento y optimización de la calidad de la formación pero bien diferenciadas en cuanto a los procesos y objetivos de cada una, la comunicación fluida generada con las entidades científicas, así como el progreso de los informes técnicos elaborados desde el SNARES posibilitó iniciar una agenda de dictado de cursos y capacitaciones con entidades científicas evaluadoras durante la instancia de congreso de las especialidades. Se organizaron en modalidad de taller con el objetivo de acordar los criterios fundamentales en la realización de los informes de evaluación y abarcar un mayor número de representantes de las provincias.

Como instancia previa al armado de agenda de los congresos desde la DNCH se realizaron reuniones de trabajo de intercambio con los representantes de las entidades evaluadoras con el objetivo de realizar una puesta a punto, una revisión de los criterios utilizados hasta el momento en la redacción de los informes, en donde se contemplen las particularidades de cada especialidad, ya que si bien los criterios mínimos son una línea de base para sostener una postura equitativa, era preciso también contemplar los requerimientos de acuerdo a la experticia de los representantes de cada especialidad.

Entre los ejes propuestos y relevantes se destacan la utilización de la Matriz de valoración para la categorización de Residencias (2017) como insumo en la consideración de la categorización de acreditación sugerida, la integración de la normativa y la utilidad de los aportes que puedan realizar, así como también la redacción de los informes en base a los estándares.

Se han trabajado las limitaciones y las perspectivas acerca del rol del evaluador, la objetividad requerida para realizar una evaluación conforme a lo requerido para la acreditación, la comprensión de su desempeño resaltando la relevancia del mismo, considerando que su función es un elemento dentro del proceso que culmina en la Comisión Asesora.

De los encuentros realizados en los eventos científicos de las entidades evaluadoras, se aprecia el interés de las mismas en optimizar su actividad, en pos de realizar las tareas programadas con criterios más ajustados a la normativa vigente, en función de los estándares actualizados a la fecha, ya que de acuerdo a su implementación se han visto afectados los resultados de las evaluaciones.

Desde el año 2018 al presente se realizaron talleres en los Congresos de Medicina interna, de Cirugía Torácica, de Anestesiología, de Diagnóstico por imágenes convocados por la SAR. El resultado un mayor involucramiento y participación de los representantes de las entidades evaluadoras, generando el interés por replicar este tipo de actividades.

En la misma línea otra estrategia utilizada por la SNARES fué la la confección de informes técnicos agrupados por especialidad, permitiendo así nivelar los requerimientos, agilizando y posibilitando la comparación, homogeneización y revisión de los criterios mínimos para otorgar la categoría de manera más equitativa entre las instituciones o servicios de la misma especialidad. Como resultado de esta estrategia se propició un intercambio productivo con los integrantes de la Comisión Asesora, permitiendo la discusión, acuerdos y generación de nuevas recomendaciones.

En cuanto al fortalecimiento de la calidad de la formación, mediante la certificación de las especialidades en salud, se ha continuado con el trabajo de implementación del proceso de acreditación articulada junto con la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

En base a la información recabada en estudios anteriores (Duré.2015) se observa que ambos sistemas son complementarios y que mediante las distintas experiencias de evaluación desarrolladas apuntan a la optimización y mejoramiento tanto de las carreras universitarias como de las Residencias.

El trabajo intersectorial llevado adelante por los Ministerios de Salud y Educación de la Nación produjo un reconocimiento del

trabajo mutuo y la posibilidad de potenciar la intervención en las áreas de convergencia. (Cavalieri y Riquelme, 2015) Así como también los datos obtenidos sobre las confluencias y divergencias de los dos sistemas permiten detectar las dificultades para el progreso de las tareas a realizar y convertirlas en oportunidades de trabajo conjunto, evitando el doble proceso de evaluación que involucra situaciones de duplicación de estándares en la calidad de la formación y multiplica la carga de trabajo administrativo.

Si bien ambos procesos de acreditación coinciden respecto a los aspectos considerados en la evaluación tanto en el desarrollo de la propuesta formativa desde lo teórico y práctico, el seguimiento y evaluación de los aprendizajes, la adecuación en cantidad y diversidad de los casos que ofrecen los escenarios de formación para garantizar la adquisición de competencias del futuro especialista, la composición y antecedentes del cuerpo docente y condiciones materiales para garantizar los aprendizajes,difieren en algunas características de los mismos, tal es así en las etapas y requerimientos para el inicio, como en cuanto a las exigencias para integrar la nómina de evaluadores y la relación establecida directa o medida con que se comunican con los sistemas, o en las diferencias en cuanto a los estándares referidos, obviando la Ley 23.873 en donde se establece que al ser ambas formaciones base para acceder a idéntica certificación en términos del ejercicio profesional, deberían tener estándares similares, es relevante prestar una particular atención a la formación de especialistas en salud.

Uno de los mayores obstáculos encontrados para el avance y posterior concreción del objetivo primordial de esta estrategia que se ha comenzado a trabajar, es la falta de sincronicidad en los mecanismos utilizados para la presentación a la acreditación de ambas entidades, ya que la CONEAU utiliza un sistema por convocatoria y la Secretaria de Gobierno de Salud lo realiza mediante un sistema continuo, generando un desafío el coordinar ambos sistemas en pos de una implementación efectiva.

En base a lo referido se ha rectificado en agenda la importancia de continuar con el trabajo sinérgico sobre la implementación del proceso de acreditación articulado y para ello se han realizado reuniones periódicas con la CONEAU, hasta el momento como resultado de dicha gestión se efectuó la acreditación simultánea de la Residencia y Carrera de Especialista de Tocoginecología del CEMIC.

Como parte de las tareas de la DNCH se interviene a modo de asesoría en expedientes tramitados en otras direcciones emitiendo opinión técnica respecto de programas de formación desarrollados por asociaciones y sociedades científicas para su reconocimiento como entidades certificantes; y en otras instituciones formadoras en consulta sobre validez de los títulos para la posterior matriculación.

La DNCH también asesora a las diferentes jurisdicciones a partir del análisis de programas de residencia por cambio de modalidad o solicitud de apertura; revisa y orienta en la elaboración de los planes de recuperación por extensión de licencia por maternidad.

Desafíos y perspectivas.

El Sistema Nacional de Acreditaciones de Residencias del Equipo de Salud tiene como fin mejorar la calidad de la formación en residencias y el fortalecimiento de la rectoría del Estado como parte de una política pública inclusiva y de calidad para la formación de recursos humanos en salud.

El mayor desafío lo constituye el sostenimiento en el tiempo la política de consenso que incluye a todos los actores con representatividad tanto en cada campo disciplinar como en el campo del trabajo. Así también, incorporar fuentes de financiamiento que permitan mayor consolidación del sistema en el ámbito público a nivel nacional.

Nos proponemos para seguir fortaleciendo el sistema en los próximos años:

- Extender el alcance de la acreditación incorporando entidades evaluadoras.
- Continuar con la elaboración de documentos marco de referencia para las especialidades que no los tienen, siguiendo con la lógica de consenso y comisión ampliada.
- Generar una red de relaciones con las instituciones formadoras a partir de la utilización de los marcos como referencial para el desarrollo de los trayectos formativos, que paulatinamente van incorporando las dimensiones de competencia incluyendo las dimensiones de la ética y del derecho a la salud, sistémicas de trabajo con otros, de gestión y de generación de conocimiento que se definen en las áreas de competencia con los criterios de

realización y los contenidos transversales.

• Ampliar la elaboración de documentos específicos que guían y mejoran el proceso de formación en aspectos relativos a la programación, supervisión y evaluación de los desempeños y aprendizajes.

• Utilizar la Guía para la elaboración de marcos de referencia con diferentes actores vinculados a la formación en Residencias, apitalizando la experiencia relevada en estos casi diez años de trabajo y de afianzamiento en la definición de los perfiles profesionales que atiendan a las necesidades y particularidades de cada campo profesional .

• Reanudar las acciones de seguimiento y asistencia técnica con la participación de responsables de las jurisdicciones interviniendo en los diferentes momentos vinculado con la acreditación, ya sea en la apertura de nuevas residencias o en las instancias de implementación de los planes de mejora para la reacreditación.

• Fortalecer el rol del referente jurisdiccional de recursos humanos como actor clave en el proceso de evaluación para la acreditación de residencias públicas y privadas.

• Generar nuevos dispositivos para la formación de los actores del sistema que agilicen el conocimiento y desarrollen las habilidades en la evaluación. Curso virtual para evaluadores, guia para la elaboración de marcos.

• Atender a las demandas de los residentes en función de la implementación del reglamento de residencias, visibilizando el proceso de formación en servicio con sus particularidades inherentes al posgrado de una especialidad.

• Analizar el impacto a mediano y largo plazo de la implementación del reglamento de residencias respecto a las cuestiones de género, atendiendo a la creciente feminización en todas las especialidades médicas.

• Mantener el vínculo con otras instituciones nacionales responsables del proceso de Acreditación de carreras de posgrado para trabajar en forma conjunta logrando progresivamente la articulación en la evaluación y acreditación de residencias y carreras de especialistas.

Por último, cabe destacar que los avances en la participación de las jurisdicciones tanto en su inclusión al examen único de residencias -incorporándose a un procedimiento colectivo y con-

sensuado para el acceso de profesionales a la formación en las especialidades- así como la mirada evaluativa sobre el proceso de formación a partir de la evaluación para la acreditación dan cuenta del trabajo continuado y a largo plazo que lleva adelante esta Dirección. Sostener las políticas públicas en un Sistema complejo reconociendo las diferencias que se plantean en un país federal con regulaciones disímiles y multiplicidad de actores, pero con el objetivo común de la mejora de la calidad en la formación de equipo de salud para contar con los profesionales adecuados en aquellos lugares en los cuales se los necesita no podría llevarse adelante sin el trabajo permanente de negociación y consenso. Seguir trabajando todos los días considerando cada uno de los aspectos presentados en este apartado es el verdadero desafío de la gestión de recursos humanos en salud.

Bibliografía

- Duré,MI; Cadile, MC (comp.)2015.*La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015*. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires

- *Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.2014. Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud.Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación*. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

- Duré, María Isabel (Coordinadora) *2015.Procesos de Acreditación de la Formación de postgrado de carreras de salud en Argentina. Hacia la consolidación de un sistema articulado.* Programa de becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría ESTUDIO MULTICÉNTRICO, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Normativa:

- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1342/2007 Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud -Aprobación de los Criterios y estándares básicos, el Esquema de presentación de programas docentes y los Requisitos para la inscripción de entidades evaluadoras

- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 450/2006 Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud -- Creación en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación -- Criterios básicos -- Integrantes del sistema

- DISPOSICIÓN 104/2015 Nuevos estándares nacionales para la acreditación de residencias del equipo de salud que como ANEXO I se incorporan a la presente.

- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N°1993/2015 Reglamento básico general para el sistema nacional de residencias del equipo de salud

- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1814/2015 Especialidades médicas reconocidas

- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 956/2010 Especialidades odontológicas reconocidas

- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1337/2011 Especialidades multiprofesionales reconocidas

- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 199/2011 Especialidades de licenciados en enfermería
- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1186/2013 Especialidades farmacéuticas reconocidas
- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1341/2013 Especialidades bioquimicas reconocidas

- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N°2643/19 Estándares para la acreditación de especializaciones médicas, bioquímicas, farmacéuticas y odontológicas. (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA, CIENCIA Y TECNOLOGÍA)

- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1073/2015. Aprobación marcos de referencia de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología.
- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1074/2015 Aprobación Marcos de Referencia de Cirugía General, Clínica Médica, Neonatología, Terapia Intensiva De Adultos y Terapia Intensiva Infantil
- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 2248/2015 Aprobación Marco de Referencia de Salud Mental
- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 2277/2015 Aprobación Marco de Referencia Epidemiología
- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1001/2016 Aprobación Marco de Cardiología
- RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1087/2019 Aprobación Marco de Ortopedia y Traumatología.

Julieta Citate / Cintia L'hopital

4.2. Desarrollo de la Guía de Evaluación de Escenarios Formativos en el Primer Nivel de Atención

Este proyecto surge de la necesidad de disponer de un instrumento para conocer los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención (PNA) que funcionan como sedes de formación de grado, posgrado y capacitación en servicio, conjugando prácticas y saberes, desde la interdisciplina, para el equipo de salud, con una mirada centrada en los determinantes de la salud, para el análisis y el abordaje de la complejidad de los problemas que los equipos enfrentan en su tarea cotidiana.

Los estudiantes en el PNA tienen una aproximación a la realidad de salud y un espacio de formación en donde se producen y circulan conocimientos relevantes, se generan interrogantes y se acercan a problemas concretos de la comunidad, alcanzando un acercamiento y contacto real con las personas, familias y servicios de salud, con el fin de obtener mejores resultados en la salud de la comunidad.

Diferentes experiencias demostraron que una institución con estudiantes, en la que se enseña y se aprende, se beneficia del cambio y los desafíos que esta situación genera, estimulando un ambiente que promueve la mejora constante. En este sentido, "... acercar la educación a la vida cotidiana de los servicios de salud y a los problemas de las prácticas se asienta en el reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo. En otros términos, que en el trabajo no sólo se brinda asistencia de la salud sino que, especialmente, se forma, se modela una práctica y se aprende". (Ministerio de Salud 2013: 15)

La propuesta consiste en la elaboración de un instrumento y su validación para utilizarlo en la selección de centros de salud del PNA donde puedan concurrir estudiantes de grado y posgrado de profesiones y/o especialidades priorizadas en el marco

de la estrategia de atención primaria de la salud. En tanto los centros de atención primaria en Argentina no están identificados en relación a su capacidad formativa de recursos humanos de salud, se busca, disponer de una herramienta validada que permita caracterizar a los centros formadores, para futuros procesos de acreditación, certificación, evaluación y/o elección de espacios formativos dentro del PNA por los diversos actores involucrados en el proceso: universidades, ministerios de salud y educación y organismos de acreditación.

Con este instrumento se espera contribuir con la formación de los recursos humanos en salud orientados a la APS, promoviendo la disponibilidad de escenarios de formación de calidad, que favorezcan las prácticas tempranas de estudiantes y residentes, y el rol y la formación docente dentro del PNA.

Etapas de elaboración

Para llevar adelante el proceso de elaboración y validación de la guía, se plantearon distintas etapas para organizar el trabajo. Se detallan a continuación:

i. Revisión bibliográfica. Con la finalidad de recopilar la información existente sobre esta temática, se realizó una revisión bibliográfica, la cual evidenció que si bien hay muchas experiencias de acreditación de centros de salud, no existen experiencias orientadas a formación que estén documentadas.

ii. Consultas con áreas expertas. Se mantuvieron reuniones internas dentro del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSyDS), puntualmente con la Dirección del Programa Nacional de Calidad y Acreditación, y externas, con la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). Esta última facilitó ejemplos del formulario que presentan las distintas universidades para posgrados, con información requerida de los centros de salud donde se desarrollan.

iii. Convocatoria de expertos y actores del campo de la formación. Con la colaboración de las instituciones que participan de la Mesa intersectorial Salud – Educación (AFACIMERA, INET y CONEAU), se generó un listado de 30 expertos docentes y/o profesionales de la salud vinculados al PNA, con experiencia en servicios, gestión, actividades de prevención y promoción de la salud y procesos de acreditación de residencias.

Se realizó un encuentro presencial en el que se trabajó con 11

expertos, siguiendo una técnica de grupos nominales que aportaron numerosos ítems que consideraban debían estar presentes en los CAPS que funcionan bien como centros formadores. Se seleccionaron 41 ítems y se organizaron en 3 dimensiones: 1) Recursos físicos / Infraestructura /Equipamiento; 2) Equipo de trabajo asistencial y docente; y 3) Perfil de atención del CAPS.

iv. Refinamiento de ítems. Para el refinamiento del listado inicial de los ítems, se aplicó el método Delphi, realizando la consulta vía formulario google a 16 expertos docentes y coordinadores de residencias. En el análisis de las respuestas se aplicó el método RAND (Martínez-Sahuquillo Amuedo 2001). Tomando la clasificación de este método, de los 41 ítems, 39 fueron "apropiados" (con mediana en el rango de 5-4) y 2 ítems "dudosos" porque independientemente de la mediana tenían un desacuerdo. De este modo, fue validado el 95% de los ítems propuestos en la primera reunión.

v. Prueba piloto del uso de la guía. Se elaboró un formulario, que se aplicó en seis CAPS de las provincias de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe. A partir de ese piloto se reorganizaron los ítems, siendo cinco eliminados por considerarse reiterativos y/o poco claros. Asimismo se amplió la opción de respuesta.

vi. Readecuación y revalidación de la guía. En función de los resultados arrojados en la prueba piloto, se readecuó la guía tomando las sugerencias y aportes de los evaluadores con lo que se definió un instrumento final (ver anexo).

Anexo. Guía de Evaluación de Escenarios Formativos en el Primer Nivel de Atención

Este instrumento está destinado a conocer las características de los CAPS formadores.

Los siguientes ítems se desprenden de 3 grandes dimensiones: 1) Recursos físicos / Infraestructura /Equipamiento;

2) Equipo de trabajo asistencial y docente; y 3) Perfil de atención del CAPS.

Evaluador/a

Nombre y Apellido:
Datos de contacto (mail y teléfono):
Institución a la que pertenece:

Datos del Establecimiento

Nombre:
Provincia y ciudad:
Dirección:
Datos de contacto (mail y teléfono):
Dependencia:

Fecha: _____ **Hora de comienzo:** ___:___

Para cada uno de estos ítems responda con una cruz (X) por SI, PARCIAL o NO, según verifique en el CAPS			
	SI	**Parcial**	**No**
Equipo de trabajo asistencial y docente			
1- Jefatura o coordinación del CAPS			
2- Personal de atención al público accesible en el horario de funcionamiento del CAPS			
3- Equipo de salud acorde al perfil a la demanda y población a cargo			
4- Equipo de salud acorde al perfil a formar			
5- Reuniones de equipo periódicas para gestión y planificación			
6- Ateneos y espacios de reflexión sobre las prácticas			
7- Dispositivos de educación permanente			
8- Equipo de salud formado en APS			
9- Formadores con formación docente			
10- Formadores rentados			
11- Articulación con otros centros formadores			

Recursos físicos / Infraestructura /Equipamiento			
1- Accesibilidad geográfica al CAPS (transporte público y caminos accesibles)			
2- Servicios públicos (gas, luz, agua)			
3- Registros de Historias clínicas accesible y unificado para todas las disciplinas			
4- Salón de Usos Múltiples (SUM) para actividades			
5- Lugar disponible y apto para la guarda de medicamentos y para vacunas			
6- Sala de espera calefaccionada y refrigerada con asientos y sanitarios acorde a la demanda			
7- Teléfono			
8- Conectividad a Internet			
9- PC disponible para uso de estudiantes y/o residentes			
10- Espacio áulico cerrado con sillas móviles			
11- Estar para los estudiantes y residentes (p/ actividad no asistencial)			
12- Espacios de atención con dimensiones y equipamientos/insumos acorde al perfil de formación			
Perfil de atención del CAPS			
1 - Población a cargo nominalizada			
2- Horarios de atención acorde a la carga horaria formativa requerida			
3- Tiempo de atención suficiente al n° de pacientes			
4- Horarios protegidos para el equipo de salud para reuniones de equipo, actividades no asistenciales y actividades comunitarias semanales			
5- Implementación de programas de salud nacionales, provinciales y locales sobre problemas prioritarios			
6- Farmacia accesible durante todo el horario de CAPS con disponibilidad de medicamentos acorde para la población que asiste			
7- Servicios de diagnóstico (ecografía, laboratorio, electrocardiograma) accesible localmente desde el CAPS acorde al perfil de formación			
8- Red asistencial formal con turnos protegidos y programados, telefónicos o virtuales en otros CAPS y/o en 2do nivel			
9- Mapa de recursos institucionales y comunitarios / recursero con datos para el acceso			
10-Planificación de actividades comunitarias con cronograma semanal/mensual			
11- CAPS con aceptabilidad de la población de referencia (evidenciable con algún método de medición)			

Hora de finalización: ___:____

Referencias

Martínez-Sahuquillo Amuedo, M. y Echevarría Ruiz de Vargas, M. (2001) *Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA»* en Rehabilitación; 35(6):388-392. Disponible en https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdfsimple&pii=S0048712001732203&r=3

Ministerio de Salud de la Nación (2013). Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Normativa, Guías y Estándares a 7 años de su creación. Buenos Aires.

4.3. Educación Permanente: una estrategia para la transformación de las prácticas de los recursos humanos en salud

Creación del Sistema de Gestión Integral y Registro de la Formación y Capacitación de los Equipos de Salud

Carolina Deguer / Laura Goyechea / Sabrina Rujinsky / Cintia L´hopital

En este capítulo se presentan las acciones realizadas desde el área Educación Permanente en Salud (EPS), dependiente de la Coordinación de Políticas de Recursos Humanos de Salud (CPRHS) de la Dirección Nacional de Capital Humano (DNCH[1]) , que posibilitaron la creación e implementación, a partir de febrero de 2019, del **Sistema de Gestión Integral y Registro de la Formación y Capacitación de los Equipos de Salud**, en el ámbito de la Secretaría de Gobierno de Salud (SGS)[2]

El equipo de Educación Permanente en Salud brinda asesoría pedagógica y asistencia técnica a todas las unidades y dependencias de la SGS que necesiten desarrollar una propuesta educativa, ya sea en modalidad presencial o a distancia, bajo el formato de curso u otro tipo de dispositivo (como talleres, jornadas, seminarios o redes de trabajo virtual).

La misión del área es contribuir con el desarrollo de una estrategia de formación y capacitación, tendiente a integrar las distintas propuestas educativas de la SGS con un mismo enfoque educativo y estándares de calidad, con el objetivo de formar perfiles profesionales en salud adecuados a las necesidades sanitarias de la población y en concordancia con las políticas públicas.

> *El enfoque de la educación permanente, como estrategia sistemática y global, apunta no sólo al mejoramiento del desempeño de los equipos de salud a partir de la actualización de conocimientos o de competencias técnicas específicas, sino también a promover la transformación de las prácticas en los servicios de salud.*

A partir del reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, esta perspectiva incorpora el enseñar y el aprender a la realidad de las organizaciones; sitúa a la propia práctica como fuente de conocimiento, y entiende a los sujetos que aprenden como actores reflexivos en continua interacción con otros, abordando a todo el equipo de salud sin restringirse a fragmentaciones disciplinarias (Davini, s/f)[3].

Antecedentes

La Dirección Nacional de Capital Humano tiene entre sus responsabilidades primarias desarrollar las pautas de formación de los recursos humanos en salud, así como promover las acciones destinadas a la capacitación y fortalecimiento de los integrantes del equipo de salud, con el fin de mejorar la calidad de atención.

Desde el año 2008 la Dirección inicia un proceso de **cooperación técnica con el Campus Virtual de Salud Pública de OPS/OMS** (CVSP/OPS), acercando sus propuestas relacionadas con la formación de competencias docentes a las distintas áreas del entonces Ministerio de Salud de la Nación y a referentes jurisdiccionales. Esta primera etapa tuvo como propósito formar una masa crítica de profesionales que pudieran implementar estrategias educativas para la mejora de los servicios y calidad de atención en salud.

En un segundo momento el objetivo se trasladó a la nacionalización de la oferta regional, es decir, se adecuaron las propuestas formativas a las necesidades y perfiles locales. Esto posibilitó una mayor participación de los programas y direcciones ministeriales de nivel central y jurisdiccional en las propuestas del CVSP/OPS.

El proceso de gestión de estas capacitaciones permitió la consolidación de un equipo que se constituyó como un área de asesoramiento para el resto de las unidades del Ministerio de Salud, que formularon una serie de iniciativas destinadas a implementarse en el CVSP, en el marco de la educación permanente en salud.

En una tercera etapa, cursos elaborados por la Dirección fueron regionalizados, es decir, se ofertaron a participantes de otros países de la Región. Entre ellos cabe destacar el *"Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. Estrategias y Herramientas Docentes"* cuya primera edición es de 2013 y el "*Curso Tutores Virtuales para Cursos de Salud Pública*" realizado en 2011. Ambas propuestas constituyen el antecedente directo

1. A partir de la Decisión Administrativa 307/2018, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO) pasa a denominarse Dirección Nacional de Capital Humano (DNCH). [Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/180149/20180314]

2. A partir del Decreto 801/2018, del 5 de septiembre de 2018, el Ministerio de Salud pasa a ser Secretaría de Gobierno de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. [Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/190818/20180905]

3. Davini MC (s/f). Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. [Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini_Educacion_permanente_rhus.pdf.]

de las estrategias que actualmente se ofrecen a las direcciones y programas de la SGS: el "*Curso Formación de Formadores*" y el *"Curso Herramientas Básicas de Moodle para Edición y Montaje".*

Desde 2016, en el CVSP/OPS se produce un crecimiento exponencial de propuestas educativas a distancia y de redes de trabajo desarrolladas por las áreas ministeriales. En simultáneo, aumentó la oferta de capacitaciones autoadministradas y se incrementó el número de participantes en todo el territorio nacional. Este proceso fue posible gracias a la formación de recurso humano ya mencionada y a la asistencia pedagógica y técnica para la formulación de diversas propuestas de capacitación por parte del equipo de Educación Permanente en Salud (EPS) de la Dirección.

De este modo, el equipo de EPS se consolidó como un área que brinda asesoramiento a los programas y direcciones con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de las propuestas educativas y disminuir la fragmentación de las acciones de capacitación al interior del ámbito nacional.

Con el propósito de profundizar la integración de los procesos de formación y capacitación bajo un marco de calidad pedagógica que apunte a promover las políticas sustantivas de la Secretaría de Gobierno de Salud, se conformó en el año 2018 una **mesa de trabajo** con responsables de capacitación de las distintas áreas, programas y direcciones nacionales. En el marco de la mesa se llevaron a cabo una serie de encuentros con el fin de generar consensos para la creación de un Sistema de Gestión Integral y Registro de la Formación y Capacitación de los Equipos de Salud.

Para contar con un primer diagnóstico de las acciones de capacitación implementadas a nivel global desde el ministerio, entre los meses de mayo y julio de 2018 se llevó a cabo desde el equipo de EPS un **relevamiento** de las propuestas educativas (en todas las modalidades) brindadas por las distintas áreas y dependencias nacionales. Los resultados del mismo muestran una oferta muy importante en cuanto a cantidad de propuestas, temáticas, modalidades, dispositivos y soportes (utilizándose diez plataformas diferentes para el desarrollo de los proyectos). Sin embargo, se observa una escasa articulación entre áreas que llevan adelante acciones en una misma temática o línea de cuidado, en algunos casos con superposición de capacitaciones en cuanto a contenidos, destinatarios, lugares y/o fechas, y sin un enfoque educativo común que permita una mayor integración en la gestión e imple-

mentación de las propuestas formativas.

Entre los primeros pasos para la creación del mencionado sistema se destacan la decisión de incorporar todas las capacitaciones de la SGS en una única plataforma *e-learning* llamada Plataforma Virtual de Salud (PVS); el desarrollo de un mismo formulario para el registro de datos, gestión y seguimiento de los capacitados y la elaboración de un circuito para la implementación de los proyectos de capacitación.

Creación de un sistema de gestión integral de las capacitaciones

A partir de la Resolución 210, vigente desde el 5 de febrero de 2019, se crea el **Sistema de Gestión Integral y Registro de la Formación y Capacitación de los Equipos de Salud**, cuya implementación se encuentra a cargo de la Coordinación de Políticas de Recursos Humanos de Salud (CPRHUS) de la DNCH.

Esta resolución apunta al logro de una mayor coherencia e interrelación entre las estrategias de formación del recurso humano en salud y las políticas de transformación de los servicios a lo largo del territorio nacional. Tal como lo expresa Cristina Davini (s/f)[4] la evidencia empírica muestra una disgregación de los esfuerzos de transformación cuando una multiplicación de proyectos, destinados a producir un cambio organizacional, tienen muy baja coordinación entre sí y se sitúan en lo local con sus lógicas diversas de trabajo, proponiendo un *bricolage* antes que un programa de acción compartido (p. 4). De esta forma, para que el aumento que hoy se observa en el número de capacitaciones brindadas desde las áreas de la SGS produzca un cambio cualitativo en las prácticas de los servicios y en la calidad de atención, es fundamental contar con una estrategia que integre las distintas acciones formativas, desde un enfoque de EPS.

Dicha estrategia supone la implementación de un sistema que tiene por objetivo la gestión integral y el registro coordinado de las acciones formativas y de capacitación, realizadas por las unidades y programas de la SGS. La CPRHUS es la responsable de establecer los procedimientos para la puesta en marcha de las capacitaciones en su modalidad virtual y presencial. Asimismo, tiene entre sus funciones brindar asesoramiento pedagógico y armonizar dichas propuestas educativas en pos de mejorar su calidad formativa. De esta manera se busca evitar la duplicación o superposición de contenidos similares o la existencia de enfo-

4. Ibídem

ques contradictorios entre sí en las capacitaciones que se ofrecen desde diversas dependencias de la Secretaría.

La creación y puesta en marcha del sistema implica un importante trabajo de articulación entre el equipo de EPS y el área de Fortalecimiento de las Competencias para la Gestión Sanitaria de la Dirección de Articulación de Coberturas Públicas Jurisdiccionales (DACPJ). En primer lugar se desarrolló el **circuito para la gestión y registro de las actividades de capacitación de la SGS**.

Desde 2019, las propuestas formativas desarrolladas por las diferentes unidades ministeriales, que cuentan con certificación oficial y tienen como destinatario principal al equipo de salud, se brindaron a través de la **Plataforma Virtual de Salud (PVS)**. Esta plataforma es una herramienta fundamental para el desarrollo del Sistema de Gestión Integral y Registro. Entre sus características pueden destacarse las siguientes:

• Es un **sistema interoperable y abierto**, es decir, que opera en forma descentralizada para la construcción colaborativa de métodos, conocimientos y herramientas de aprendizaje en red.

• Es una plataforma[5] **accesible** desde diversos dispositivos (tablet, celulares, notebook, etc.), y sus aulas se encuentran en la "Nube"; lo cual permite una mayor flexibilidad, ahorro de espacio y seguridad, evitando pérdida de datos e información.

• Utiliza un **formulario online de postulación e inscripción**, que proporciona una base de datos, administrada por el coordinador de la propuesta educativa, y es una herramienta indispensable para la gestión académica.

• Cuenta con **reportes** generados automáticamente, para que los responsables de las propuestas formativas puedan descargar los datos relativos a las mismas. Dichos informes se presentan como soporte para el monitoreo y evaluación de las capacitaciones, aportando información sobre cantidad de participantes postulados y matriculados, finalizados, aprobados, perfil de los cursantes, certificados descargados, entre otros indicadores.

5. Plataforma Moodle 3.5

• La plataforma ofrece un servicio de **mesa de ayuda** para las consultas de los usuarios (docentes y participantes). Actualmente la misma está atendida por el equipo del área de Fortalecimiento de las Competencias para la Gestión Sanitaria de la DACPJ.

Otra ventaja es la emisión automática de certificados. Los mismos pueden descargarse de forma digital, y cuentan con certificación conjunta de la DNCH y los responsables de la propuesta formativa. A su vez, cuentan con un código de verificación que permite validar cada certificado emitido.

A lo largo del 2019 se desarrollaron en conjunto con la DACPJ los contenidos para el **diseño de la nueva imagen de la plataforma**. Y a la par se gestionó con el área de Prensa y Comunicación Pública de la SGS la incorporación de un botón de acceso directo a la PVS desde el sitio **https://www.argentina.gob.ar/salud**

A su vez, desde la página de la Dirección Nacional de Capital Humano se puede acceder a la PVS (https://www.argentina.gob.ar/salud/capitalhumano/educacion-permanente-salud) y a diversos contenidos y materiales elaborados por el área EPS.

Por otro lado, desde el área de EPS además se coordinan los procesos de gestión para la implementación de propuestas en el **Campus Virtual de Salud Pública de OPS/OMS (CVSP/OPS)** y en la **Red de Telesalud de la SGS**.

En el primer caso, el trabajo de cooperación técnica con el Campus de la OPS continúa a través del desarrollo de Redes de trabajo colaborativo coordinadas por diversos programas y direcciones nacionales; también se alojan en esta plataforma algunos cursos cuyos destinatarios incluyen perfiles distintos de los integrantes del equipo de salud (capacitaciones dirigidas a la población general y/o a actores de otros sectores).

También se estableció, en forma conjunta con el equipo responsable de Telesalud, un circuito de gestión particular para aquellas propuestas formativas que se alojan en la Plataforma Virtual de Salud y requieren, a su vez, utilizar su red de nodos para realizar encuentros sincrónicos de teleducación.

Asesoramiento pedagógico: un camino para la implementación de propuestas educativas

El diseño y puesta en marcha del circuito de gestión de las capacitaciones fue un trabajo conjunto con el área de Fortalecimiento de las Competencias para la Gestión Sanitaria de la DACPJ. Desde sus comienzos a la actualidad esta experiencia de articulación creció y se expandió notoriamente en la elaboración de criterios consensuados para la implementación de las capacitaciones.

El proceso de gestión de las capacitaciones se inicia cuando un programa o dirección de la SGS envía su propuesta formativa (presencial o virtual) al área de EPS, completando una "hoja de ruta[6]" en la que plasma la estrategia educativa, elaborada en función de las necesidades y problemas relevados por el equipo responsable del proyecto.

A partir de allí el equipo de EPS acompaña a los responsables de la propuesta ofreciendo **asesoramiento pedagógico**. Este proceso de trabajo implica la lectura de la propuesta y la elaboración de recomendaciones para la mejora de la calidad pedagógica de la misma, que son comunicadas a través de devoluciones escritas y/o en encuentros presenciales. A lo largo del año 2019, se trabajó en conjunto con 32 áreas de la SGS en este proceso de acompañamiento (Ver Tabla 1).

6. La Hoja de Ruta es el formulario para la presentación de proyectos de capacitación por parte de las áreas de la SGS, y representa el primer paso del circuito para la implementación de una propuesta educativa.

Tabla 1. Listado de direcciones
y programas con acompañamiento pedagógico. Año 2019

Subsecretaría	Direcciones y programas
Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización	**Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria**
	Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica
	Dirección Nacional de Capital Humano
	Dirección Nacional de Habilitación, fiscalización y Sanidad de Fronteras
	Área Técnica de Radiofísica Sanitaria
	Dirección de Investigación para la Salud
	Coordinación de Investigación en Cannabis
Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias	**Dirección de Articulación de Coberturas Públicas Jurisdiccionales**
	Programa Redes
	Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud
	Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria
	Dirección de Atención Primaria de la Salud
Subsecretaría de Coordinación Administrativa	**Dirección General de Programas y Proyectos Sectoriales y Especiales**
	Área Técnica de Salvaguarda Ambiental
	Área Técnica de Salvaguarda Social
Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles	**Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud**
	Coordinación de Vectores
	Sala de Situación
	Área de Vigilancia de la Salud
	Área Resistencia Antimicrobiana
	Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
	Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y TBC
Subsecretaría de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	**Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles**
	Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas
	Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad
	Programa Nacional de Control de Tabaco
	Programa Nacional de Detección y Control de la Enfermedad Celíaca
	Área Servicios de Salud
	Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia
	Programa Nacional de Salud Escolar
	Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia
	Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuente
	Área de Neonatología
	Área de Nutrición
	Área de Salud Infantil
	Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos	**Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias**
Subsecretaría de Programación Técnica y Logística	**Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria**
	Coordinación de Medicamentos Esenciales

Fuente: Elaboración del área de Educación Permanente en Salud en base a datos propios

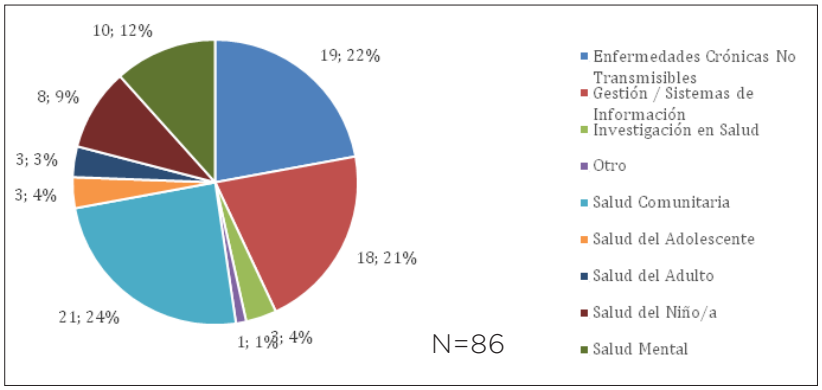
A lo largo de este proceso de asesoramiento a los programas y direcciones nacionales se busca analizar la concepción de enseñanza desde la cual es pensada la propuesta, entendiéndola como una "mediación" entre el contenido que se enseña -conocimientos, habilidades, prácticas culturales-, y las características y necesidades de las personas o grupos que aprenden y su contexto. De allí el énfasis en contemplar las características de sus destinatarios y el mundo laboral en el que se desempeñan (Davini, 2008)[7], así como la necesaria coherencia entre objetivos de aprendizaje, dispositivos de enseñanza y modalidades de evaluación.

7. Davini, M. C. (2008). Métodos de enseñanza: Didáctica general para maestros y profesores. 1ª ed. Buenos Aires. Santillana. 2008.

Una vez que la propuesta de capacitación está en condiciones de implementarse se solicita al equipo de la Plataforma Virtual de Salud –dependiente de la DACPJ- la apertura del aula. Y comienza una nueva etapa, en la que desde el área de EPS se brinda **asistencia técnica para el montaje y edición** de aulas virtuales.

Desde el lanzamiento de la Plataforma Virtual de Salud el trabajo articulado con los diferentes programas y direcciones responsables de las capacitaciones dio por resultado una amplia progresión del número de cursos ofertados. Durante el año 2019 se abrieron 86 aulas virtuales en las que se desarrollaron capacitaciones sobre diversas temáticas, entre las que prevalecen las vinculadas a la salud familiar y comunitaria (24%), a las enfermedades crónicas no transmisibles (22%) y a la gestión y sistemas de información (21%) (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de aulas en PVS según área temática. Año 2019



Fuente: Elaboración del área de Educación Permanente en Salud en base a datos propios

A la par de la diversidad de las temáticvas abordadas se observó un crecimiento del número de integrantes de los equipos de salud de las distintas jurisdicciones participando en los cursos ofertados.

Dichas propuestas educativas se implementan en tres modalidades diferentes

• **Virtual** autoadministrada, con tutoría o mixta[8].

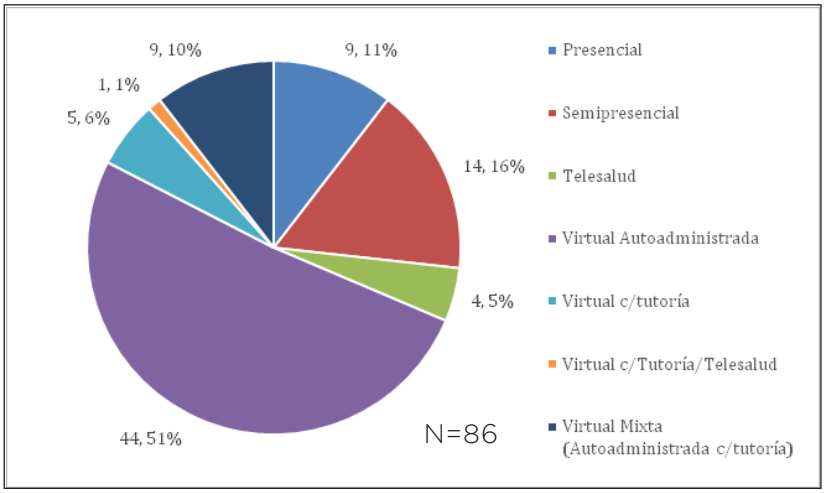
• **Telesalud con aula virtual**. Algunos cursos incorporan el uso de esta red para encuentros sincrónicos y lo combinan con actividades y descarga de certificados[9] en la PVS.

• **Presencial.** Se trata de propuestas que cuentan con aula virtual para seguimiento de asistencia y descarga de certificados oficiales. A veces pueden incluir la entrega de una evaluación final vía el aula virtual.

• **Semipresencial** que combina actividades presenciales y en línea.

El 44 % de las propuestas que se llevaron a cabo en 2019 se implementaron en la modalidad virtual autoadministrada. En el Gráfico 2 se puede observar la distribución de las modalidades mencionadas en relación con las capacitaciones que se encuentran en la plataforma.

Gráfico 2. Distribución de capacitaciones según modalidad en PVS. Año 2019



8. Curso autoadministrado con instancias de evaluación calificadas por tutores.

9. Las certificación de la propuesta (ya sea de modalidad virtual o presencial) es otorgada y descargada a través del aula virtual que se le asignó a cada proyecto de capacitación en la PVS.

Fuente: Elaboración del área de Educación Permanente en Salud en base a datos propios

Por otro lado, teniendo en cuenta la modalidad de dictado y el momento de desarrollo, las distintas propuestas se encuentran **categorizadas** en la plataforma del siguiente modo:

• **Cursos a distancia próximos:** espacios solicitados y otorgados para nuevos cursos o clonaciones de aulas, que aguardan ser editadas y montadas para su

desarrollo; y/o se encuentran en período de postulación de destinatarios.

• **Cursos a distancia activos:** capacitaciones en modalidad virtual que se encuentran en marcha con participantes.

• **Cursos presenciales:** capacitaciones en modalidad presencial con soporte de un aula virtual en la PVS

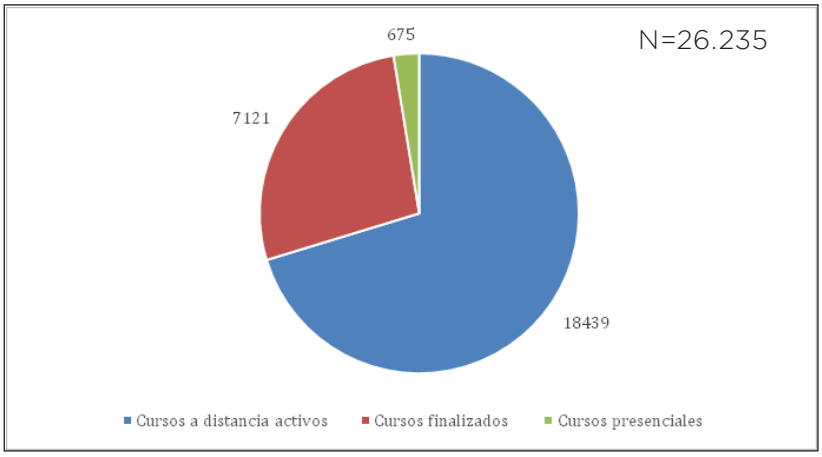
• **Cursos finalizados:** con acceso del participante para ver recursos de aprendizaje. No se realizan actividades, evaluaciones ni se emite certificación

A noviembre de 2019 la plataforma cuenta con 63 capacitaciones desarrolladas por las direcciones y programas nacionales con participantes cursando sus contenidos: 56 de ellas se ubican en la categoría cursos a distancia activos y 7 en presenciales. Por otra parte, ya han finalizado 10 proyectos y 13 se encuentran próximos a iniciar su oferta formativa.

26.235 usuarios matriculados en la PVS

Al considerar la matrícula de las capacitaciones desarrolladas durante el 2019 se observa un total 26.235 usuarios matriculados en la PVS, distribuidos entre las categorías de cursos a distancia activos, presenciales y finalizados en 73 aulas (ver Gráfico 3)

Gráfico 3: Cantidad de participantes matriculados según categoría de curso en PVS. Noviembre de 2019.



Fuente: Elaboración del área de Educación Permanente en Salud en base a datos propios

Fortalecimiento de las competencias para la formulación de propuestas educativas y desarrollo del rol docente

Con frecuencia se da por supuesto que los profesionales y gestores del campo de la salud poseen las competencias necesarias para elaborar o ser parte de propuestas educativas. Numerosos estudios evidencian que la adquisición de estas competencias requieren de una formación específica y de estrategias determinadas, que se adecúen a las características propias de cada propuesta (Steinert Y, 2016)[10] . Para ello, desde el área EPS se proponen diferentes líneas de trabajo destinadas a diversos actores con el objeto de mejorar la calidad de la oferta educativa:

• Elaboración y actualización de materiales para orientar la formulación y gestión de propuestas formativas. Es el caso de la *Guía para la formación y capacitación de los equipos de salud*[11] que presenta recomendaciones para el diseño y gestión de los proyectos de capacitación explicitando enfoques conceptuales, modalidades, dispositivos, recursos y estrategias de enseñanza[12] . Asimismo, se desarrollan tutoriales y materiales didácticos dirigidos tanto a docentes como a usuarios de la PVS.

• En relación con la mejora de la calidad pedagógica de las propuestas formativas se ofrece a los responsables de áreas de capacitación -de nivel central o local- el **Curso Formación de Formadores**, cuyo propósito es contribuir a la formación de profesionales idóneos para desempeñarse como docentes, tutores y formadores de formadores en el campo de la salud. Entre 2018 y 2019 se certificaron en total 166 participantes, 74 de ellos se desempeñan en programas y direcciones nacionales, mientras que 92 trabajan en el territorio provincial (ver Tabla 2)

• También se brinda el **Curso Herramientas Básicas de Moodle para Edición y Montaje** que tiene como fin introducir a docentes y tutores en el uso de herramientas de edición y montaje que les permitan gestionar de manera autónoma las aulas virtuales en la plataforma Moodle. Esta capacitación aún no ha finalizado y cuenta con 58 participantes activos distribuidos entre quienes pertenecen a dependencias nacionales y quienes desarrollan su labor en las provincias.

.

10. Steinert Y, Mann K, Anderson B, Barnett BM, Centeno A, Naismith L, Prideaux D, Spencer J, Tullo E, Viggiano T, Ward H, Dolmans D. (2016) A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. Med Teach, Vol 38, pp 769-786.

11. El documento es una versión actualizada de "La Gestión de los procesos de capacitación, orientaciones técnicas y operativas", material elaborado por la DNCH, cuya primera edición es del año 2014 y la última revisión del 2018. [Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180617-guia-gestion-procesos-capacitacion.pdf]

12. DNCH – SGS (2019). Guía para la formación y capacitación de los equipos de salud. [Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/capitalhumano/educacion-permanente-salud/material-consulta]

Tabla 2. Curso Formación de Formadores: Aprobados según jurisdicción. Periodo 2018-2019

Provincia	Aprobados
Buenos Aires	29
Catamarca	1
Chaco	5
Chubut	2
Córdoba	4
Corrientes	1
Entre Ríos	3
Jujuy	2
La Pampa	2
La Rioja	5
Mendoza	4
Neuquén	1
Río Negro	3
Salta	7
San Juan	4
San Luis	3
Santa Cruz	2
Santa Fe	2
Santiago Del Estero	4
Tierra Del Fuego	1
Tucumán	7
Total	**92**

Fuente: Elaboración del área de Educación Permanente en Salud en base a datos propios

Ambos cursos se desarrollan en modalidad virtual con tutores que acompañan el proceso formativo de cada participante. De este modo colaboran con ellos en las dudas que puedan surgir, en la resolución de actividades y problemas de aprendizaje guiando el proceso de reflexión individual y grupal.

Hacia un sistema de información de las capacitaciones

La información es un recurso estratégico para la planificación de recursos humanos en salud. En ese marco, el sistema creado a partir de la Resolución 210/2019 impulsa el registro sistemático de la oferta de capacitaciones brindadas desde la SGS. Así se espera contar con datos que permitirán el monitoreo y evaluación de los recursos humanos en salud capacitados y disponibles; así como de las necesidades a cubrir por las estrategias de educación permanente elaboradas por los programas y direcciones nacionales.

Uno de los primeros pasos tendientes a implementar el sistema de registro de información fue el desarrollo de los **formularios de postulación e inscripción** a las capacitaciones que brindan datos sobre el perfil de los matriculados. Este proceso de trabajo fue llevado adelante en conjunto con el área de Fortalecimiento de las Competencias para la Gestión Sanitaria de la Dirección de Articulación de Coberturas Públicas Jurisdiccionales (DACPJ).

A partir de estos datos y otros relativos al desempeño académico en los cursos se espera en el futuro estar en condiciones de consolidar un **sistema de gestión de datos y monitoreo** que permita generar evidencia para la toma de decisiones informada en pos de mejorar las propuestas de capacitación en el marco de la educación permanente en salud.

Bibliografía consultada

- Barberá E (2006) *Aportaciones de la tecnología a la e-Evaluación. RED* Revista de Educación a Distancia Año V. Número monográfico VI. [Disponible en: http://www.um.es/ead/red/M6]

- Davini MC (s/f). *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud.* Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
[Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini_Educacion_permanente_rhus.pdf.]

- Davini MC y Duré I (s/f) *Guía para la elaboración de programas de capacitación de los trabajadores de salud*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud.

- Duré I y Cadile MC (2015) *La gestión de recursos humanos en salud en argentina. Una estrategia de consensos 2008-2015*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud.
[Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf]

- Pérez Serrano G (2001) A*prender a lo largo de la vida. Desafío de la sociedad actual.* España Universidad de Huelva
[Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/3435]

- Steinert Y, Mann K, Anderson B, Barnett BM, Centeno A, Naismith L, Prideaux D, Spencer J, Tullo E, Viggiano T, Ward H, Dolmans D. (2016) *A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME* Guide No. 40. Med Teach, Vol 38, pp 769-786.

- Tarasow F (2010) *"¿De la educación a distancia a la educación en línea? ¿Continuidad o comienzo?"*. En: Diseño de Intervenciones Educativas en Línea. Buenos Aires FLACSO Argentina.
[Disponible en: http://www.pent.org.ar/institucional/publicaciones/educacion-distancia-educacion-linea-continuidad-comienzo]

- *Decisión Administrativa 307/2018. Apruébanse estructuras organizativas. Ministerio de Salud*. Boletín Oficial de la República Argentina, Ciudad de Buenos Aires, 13 de marzo de 2018.
[Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/180149/20180314]

- *Decreto 801/2018. Modificación. Ley de Ministerios. Boletín Oficial de la República Argentina*, Buenos Aires, 5 de septiembre de 2018. [Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/190818/20180905]

- *Resolución 210 / 2019. Sistema de Gestión Integral* – Créase. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 5 de febrero de 2019. [Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-210-2019-319665]

5. Gestión del conocimiento

María del Carmen Cadile / Clara Gilligan

¿Qué es la gestión del conocimiento?

La producción sistemática de información es una actividad ineludible en los procesos que implican la toma informada de decisiones para la transformación de los escenarios. Con ello, la utilidad de los sistemas de información sistematizados públicos y accesibles constituyen una fuente de análisis y consulta para la toma de decisiones en materia sanitaria disponible para una línea temporal extensa.

Para el caso particular de los Recursos Humanos de la Salud (RHUS), su calificación y cuantificación, así como su disponibilidad a lo largo del territorio; resultan esenciales para garantizar el acceso universal a la salud. El desarrollo de tecnologías de la información adecuada permitirá entonces la generación de registros dinámicos, que respondan a las transformaciones de manera permanente y que constituyan una base de información confiable y actualizada.

El campo de los RHUS constituye un universo complejo de actores e instituciones que persiguen objetivos específicos pero, a la vez, intervinculados. A grandes rasgos podríamos señalar a la formación, el trabajo, la salud y la ciencia y tecnología; cada uno de estas áreas con dinámicas y características particulares (Ministerio de Salud 2015). Promover la construcción de información pública acerca de los Recursos Humanos de Salud, en un país federal, implicará la institucionalización de la comunicación, el trabajo en red y la unificación de criterios. Los y las trabajadores/as de la salud son sin duda el actor fundamental en cualquier sistema sanitario y es por ello que se vuelve un requerimiento ineludible contar con sistemas de información intersectoriales (fundamentalmente entre Salud, Educación y Trabajo) de actualización permanente que propicien el análisis de esta información[1] y con base en ello orientar la planificación y las políticas de intervención en el campo.

1. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/refeps_aclaraciones_metodologicas.pdf

Estrategia 2030

Esta misión, que tiene su propia historia de desarrollo local, confluye a su vez con la "Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud", compromiso que asumieron todos los países de la región de las Américas en la 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana (Organización Panamericana de la Salud 2017). Esta estrategia se propone orientar el diseño de las políticas nacionales de recursos humanos para la salud, en tanto considera que la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia, relevancia y competencia del personal de salud son factores clave para alcanzar la salud universal y los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En línea con ello, son necesarias políticas intersectoriales que garanticen estas condiciones materiales. Se destacan, dentro de ellas, las que se orienten a fortalecer los procesos de planificación estratégica. Para ello es preciso contar con sistemas de información sobre recursos humanos para la salud que permitan la planificación a largo plazo fundada en un conocimiento de este campo y su complejidad intrínseca.

El Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud. Construcción de evidencias como sustento de las políticas de RHUS

El Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud (OFERHUS) - en el marco de la Dirección Nacional de Capital Humano (DNCH) - se constituye, desde 2010, como espacio de integración y sistematización de la información disponible acerca de los RHUS en nuestro país. En tanto articulador de la información producida por diversas fuentes institucionales[2] (Secretaría de Gobierno de Salud 2019) sistematiza y realiza análisis de la información con el fin de hacerla accesible a gestores, decisores políticos, investigadores y la comunidad en general. La Resolución Ministerial 1775/2016[3] establece sus objetivos y funciones, recuperando la historia de trabajo inter e intra sectorial y proyectando su futuro como articulador de la gestión y las políticas del campo de los RHUS.

El Observatorio se posiciona entonces como actor activo en la gestión del conocimiento, con la perspectiva de contribuir en materia de desarrollo y planificación. Contribuye al monitoreo y a la evaluación de situaciones y tendencias de los/as trabajadores, así como al desarrollo de la rectoría y la autoridad sanitaria de las distintas instancias estatales responsables de garantizar el acceso equitativo y de calidad a la salud. Participa también en la promoción del aprendizaje conjunto, el trabajo cooperativo, la

2. Jurisdicciones provinciales, distintos sectores nacionales que producen información; entre otros.

3. La Resolución del MSYDS 1901/2019, relocaliza su dependencia en la Dirección Nacional de Capital Humano (DNCH).

comunicación entre actores y la generación de políticas con una sólida base técnica (Ministerio de Salud 2015).

Como mencionamos en la presentación, el campo de RHUS constituye un universo complejo de actores e instituciones. En nuestro país, además, la organización gubernamental y sanitaria federal agrega desafíos específicos a este escenario. Entonces, reconociendo estas condiciones, la construcción de información de carácter público se constituye en el principal desafío cotidiano para el Observatorio.

En los últimos diez años, se han alcanzado avances significativos en la construcción de información sistematizada, actualizada y confiable acerca de RHUS a nivel nacional. Este proceso ha contribuido directamente a fortalecer el desarrollo de la planificación y la gestión a través de la elaboración de políticas acordes. A su vez, el robustecimiento y la consolidación de la información de RHUS en Argentina es resultado de un trabajo consensuado y realizado a nivel federal e intersectorial. Esto es, por un lado, de la mano de Ministerios y Secretarías de Salud de distintas jurisdicciones. Por el otro, a través del trabajo con otras dependencias y organismos nacionales, ya sean del área de Salud, como también, de Educación, Trabajo, Estadística, Demografía; entre otros.

El Observatorio se nutre de distintas fuentes de información que se elaboran con objetivos diversos y en línea con los propósitos de cada uno de estos organismos y dependencias. Para avanzar en análisis propios, se realizan cruces y una puesta en diálogo de estas fuentes que posibilitan, a través de este trabajo, elaborar nueva información: Documentos que se constituyan en la base del sustento de políticas y estrategias de acción dirigidas específicamente a dar respuesta a problemáticas que involucren a la salud en general y a los RHUS en particular.

La construcción de información de RHUS: rectoría y consensos

El Observatorio contribuye al desarrollo de la capacidad de rectoría y a ejercer la autoridad sanitaria de las instancias estatales en base a la sistematización y construcción de información de las 24 jurisdicciones a fin de delinear el escenario nacional del campo de RHUS. De esta forma se facilita la posibilidad de visualizar espacios propicios para la intervención nacional mediante políticas que garanticen la equidad en el acceso universal a la salud.

Asimismo, tiene la función de responder a los requerimientos de los organismos internacionales que integran información de distintos países. En este marco, se ha participado en los encuentros y talleres de discusión para la aprobación de la Estrategia 2030 de RHUS, aprobada recientemente por la OMS, y se han realizado diversos informes destinados a fundamentar la toma de decisiones en este ámbito.

Del mismo modo, ha participado en los procesos de revisión, transversalización y seguimiento del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) - en el marco de la Agenda 2030 -. El Observatorio integra también la coordinación nacional para las cuentas nacionales del personal de salud, informando sobre la situación del personal de enfermería en el país.

En este sentido cada documento o informe elaborado por el Observatorio, se realiza de acuerdo con requerimientos, que involucran (aunque nunca únicamente) a los RHUS. Es por ello que se demandará, en cada caso, la utilización de distintas fuentes de información, que den respuesta a demandas concretas por conocimientos específicos. A su vez, comprender cabalmente cómo se produce la información sistematizada acerca de profesionales de la salud, implica considerar el análisis de dos planos vinculados entre sí: la formación y el ejercicio profesional. El análisis de la formación de RHUS, se realiza por medio de la articulación con las distintas áreas que sistematiza la información dependiente de la cartera de Educación. Las modalidades normativas o regulatorias del ejercicio profesional –tanto a nivel nacional como en las distintas jurisdicciones– y las de registro, se realizan a través de las áreas que sistematizan información en la cartera de Salud. Junto con ello, será necesario también recurrir a otras fuentes en función de las especificidades de la información que se busca elaborar.

Esta articulación entre varios tipos de fuentes es el resultado de una presunción previa: partimos de considerar que la información se construye. Esto es, si bien el ideal es recurrir a datos que son resultado de bases consolidadas, pocas veces esto implica una respuesta unívoca a una demanda específica por información. La elaboración de informes o documentos adecuados demanda un ejercicio metodológico y creativo, partiendo de asumir que siempre existe algún tipo de información sobre un tema dado. Por su-

puesto que podrá estar más o menos sistematizada, más o menos rigurosamente construida, o será resultado de distintas metodologías. Incluso puede ser difícilmente homologable o comparable, o encontrarse en instancias de desarrollo muy disímiles. Es allí donde radica el aporte diferencial del Observatorio. En desplegar estrategias específicas que sean acordes a los objetivos de cada caso y en consolidar datos - que pueden no haberse vinculado previamente - para dar respuesta a necesidades específicas de comprensión y conocimiento de una problemática dada.

Por lo tanto, este trabajo de integración de diversas fuentes de información, no es un proceso unívoco; ya que los datos pueden no estar siempre disponibles o, en caso de estarlo, demandan una adecuación a la nueva información que se está intentando construir en función de una demanda particular. Esta tarea implicará, entonces, una gestión específica para cada situación.

En el siguiente apartado, describiremos con mayor precisión algunas de estas actividades relacionadas con demandas específicas de otros colectivos sociales para comprender algunas de las afirmaciones anteriores.

Produciendo evidencias: informes técnicos para demandas específicas

En este apartado describiremos, en un registro más específico, algunas de las actividades que dan forma a los informes o documentos finales que se producen para dar respuesta a demandas de información sobre temas particulares. El fin de ello no es enumerar exhaustivamente un conjunto de tareas, sino otorgar cierta densidad descriptiva al proceso de trabajo que anticipamos, de manera general, en los párrafos precedentes. Con ello, el foco estará puesto en evidenciar la diversidad de recursos que son puestos en diálogo y que constituyen la base de datos adecuada al escenario al que nos proponemos contribuir mostrando, estados de situación sumamente diversos.

Siguiendo con esta línea, afirmamos nuevamente que no existe una manera unívoca de producir evidencia, que los datos nunca están dados ni disponibles para ser recolectados. Por el contrario, lo que nos sugiere esta reflexión sobre nuestra tarea cotidiana es que la información implica siempre e ineludiblemente un trabajo de construcción interpretativa. Retomaremos esto en el cierre del apartado.

1. Participación como punto focal por el área de Recursos Humanos en la Evaluación Externa Conjunta del Reglamento Sanitario Internacional (OPS/SGS). Desarrollo de plan de acción 2020-2024. En este caso se requirió información relativa al estado de situación de RHUS vinculados directamente con una serie de indicadores que serían sujetos a evaluación externa para mesurar el nivel de desarrollo del Reglamento Sanitario Internacional en nuestro país. Esto implicó sintetizar un corpus normativo relativo al ejercicio y la formación profesional en nuestro país, recurrir a datos elaborados por el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Nación, consultar al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria, así como también a la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (dependiente de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria) y a la coordinación de la Residencia de Epidemiología, dependiente de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud

2. Producción de Informes técnicos para el Consejo de Universidades sobre el estado de situación de cuatro carreras de formación en salud (Obstetricia, Nutrición, Fonoaudiología y Kinesiología) para solicitar su incorporación al artículo 43 de la Ley de Educación Superior 24521 (1995). La regulación de las carreras de salud por parte del Estado Nacional, constituye una necesidad relevada por esta cartera sanitaria, en tanto se requiere consensuar un programa de formación que garantice la calidad de los futuros profesionales en todo el país y que acompañen la implementación de las políticas sanitarias acordes con las necesidades de salud de la población. Desde la perspectiva del ejercicio profesional, esta Secretaría de Gobierno considera que su práctica “pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud” (Ley 24521 1995) y, por lo tanto, requiere ser regulada a través del establecimiento de estándares para su formación y la evaluación periódica de sus propuestas. En línea con ello, se elaboró un conjunto de informes que fundamentan la necesidad de considerar de interés público a estas carreras. Cada uno de ellos, fue incorporado a un expediente dirigido a la Secretaría del Consejo Universitario, a través de la Dirección de Gestión Universitaria del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología.

De acuerdo con las especificidades en el desarrollo de cada una de estas profesiones en nuestro país, se recurrió a distintas fuentes de información para producir un estado de situación lo más descriptivo posible.

3. Elaboración y publicación en la web del Informe sobre la especialidad en Medicina General y/o Familiar en la Argentina[4]. La información presentada consolidó datos sobre la distribución de los cargos y cobertura de la residencia de Medicina General y/o Familiar (de distintas jurisdicciones y fuentes de financiamiento) con el objetivo de mostrar el estado de situación actual de la formación en la especialidad. Se incluyeron también datos sobre formación universitaria de posgrado y de especialistas registrados en la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud (REFEPS). Este trabajo implicó entonces la articulación de diversas fuentes de información producidas por: la Dirección Nacional de Capital Humano (SGS, MSyDS), la Dirección General De Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires), el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un relevamiento a 21 referentes provinciales de RHUS realizado por la DNCH, el Departamento de Información Universitaria (Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología), la Dirección de Acreditación de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), la Red Federal de Registros de Profesionales en Salud de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud (SGS, MSyDS).

4. Elaboración y publicación en la web del estudio Especialidades médicas. Estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación[5]. En este trabajo se describió un estado de situación en base al cual diseñar una propuesta regulatoria para las especialidades profesionales del equipo de salud. Se trabajó fundamentalmente en base a la normativa federal y jurisdiccional, en vínculo con ello, se realizó una contextualización histórica, otorgando una perspectiva genealógica a este corpus normativo. Por otro lado, se realizó un relevamiento de antecedentes a nivel internacional para identificar alternativas. Se pudo así elaborar un mapa de especialidades nacionales y provinciales, identificando

4. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/iinforme-sobre-especialidad-medicina-general-familiar.pdf

5. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/especialidades_medicas_2019.pdf

coincidencias y su relación con la formación. A partir de dichos resultados, se realizará una propuesta que contemple la necesidad de vincular el reconocimiento formal de las especialidades con las condiciones del proceso formativo y orientar la formación desde el Estado de acuerdo con la política sanitaria.

5. Elaboración y publicación en la web del Informe Obstétricas. Formación y Ejercicio Estado de situación en Argentina[6]. Este documento tuvo por objetivo contextualizar la formación y el ejercicio en Obstetricia en nuestro país. Para ello se realizó un relevamiento normativo en cuanto al ejercicio a nivel federal y se consolidó información relativa a la oferta formativa. Por otro lado, se incluyó un análisis de algunos indicadores directamente relacionados con el ejercicio de estas/os profesionales y recomendaciones de organismos internacionales junto con compromisos asumidos por el país directamente vinculados con el ejercicio de esta profesión. Esto implicó, como en otros casos ya mencionados, articular información legislativa, datos provistos por Educación así como variadas fuentes provenientes del campo de la Salud de distintas jurisdicciones, Estadísticas vitales, entre otras.

6. Publicación del Informe metodológico La construcción de datos de matriculación y ejercicio profesional de trabajadores/as de la salud en Argentina[7]. Este documento fue elaborado a solicitud del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, de la Dirección de Estadísticas Sectoriales, en base al requerimiento realizado por dicho organismo se construyó una serie de los últimos 10 años sobre la de cantidad de médicas/os y enfermeras/os con apertura por sexo y jurisdicción. La finalidad de este informe fue explicar cómo se producen estos datos y por ello ha sido publicado en la web junto con datos en indicadores de la fuerza de trabajo en salud en nuestro país[8].

7. Participación en el Estudio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales. Aportes para el desarrollo humano en Argentina N° 9[9]. Este trabajo analiza características sociodemográficas y ocupacionales de trabajadoras/es de la salud en el país. Revela la feminización profesionalizada e identifica condiciones

6. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/obstetricas._ejercicio_y_formacion_2019.pdf

7. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/refeps_aclaraciones_metodologicas.pdf

8. https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/datos/fuerzadetrabajo

9. https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/human_development/Aportes9.html

laborales desiguales de género. Analiza transformaciones durante las últimas décadas en la distribución de médicas y médicos e identifica brechas entre especialidades y en jerarquías. En línea con ello, da cuenta de una feminización sostenida en la población estudiantil. El OFERHUS participó, junto con otras áreas de la SGS, con el aporte de información acerca de RHUS a nivel nacional.

8. Relevamientos nacionales específicos: Agentes sanitarios, Médicos/as especialistas en Anestesiología, Odontología. En este caso, debido a pedidos específicos de información, se sistematizaron datos en base a relevamientos realizados con referentes provinciales de RHUS, a información provista por la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud y se vincularon con estados de situación normativa a nivel federal.

Síntesis de documentos referidos

- Recursos Humanos en la Evaluación Externa Conjunta del Reglamento Sanitario Internacional (OPS/SGS)
- Obstetricia. Fundamentos para su incorporación al art. 43 de la Ley de Educación Superior 24521
- Nutrición. Fundamentos para su incorporación al art. 43 de la Ley de Educación Superior 24521
- Fonoaudiología. Fundamentos para su incorporación al art. 43 de la Ley de Educación Superior 24521
- Kinesiología. Fundamentos para su incorporación al art. 43 de la Ley de Educación Superior 24521
- Informe sobre la especialidad en Medicina General y/o Familiar en la Argentina
- Especialidades médicas. Estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación
- Obstétricas. Formación y Ejercicio Estado de situación en Argentina
- La construcción de datos de matriculación y ejercicio profesional de trabajadores/as de la salud en Argentina
- Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales
- Relevamientos nacionales específicos: Agentes sanitarios, Médicos/as especialistas en Anestesiología, Odontología.

Algunas fuentes de información referidas[10]

- Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (Secretaría de Gobierno de Salud)
- Guía de Carreras Universitarias (Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología)
- Legisalud (Secretaría de Gobierno de Salud)
- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos)
- Estadísticas vitales. Información básica Argentina (Secretaría de Gobierno de Salud)

La finalidad de este apartado ha sido mostrar, a través de algunos ejemplos concretos, que no hay una única manera de producir evidencia, sino que esto se define caso por caso. Ello, a su vez, adquiere características particulares de acuerdo a qué se está describiendo; para qué y quién o quiénes serán los destinatarios de los informes o documentos producidos. En base a lo expuesto hasta aquí, sugerimos que la información siempre se construye. Este proceso implica no sólo la interpretación de un conjunto de datos sino también, y fundamentalmente, la del contexto de producción y de los objetivos de la información que se demanda. Este conjunto de actividades no son fortuitas, sino que dependen directamente de lo propuesto en el apartado anterior. Si partimos de considerar que siempre existe información sobre un tema dado -aún reconociendo la variedad de estados de situación con la que podemos encontrarnos- el desafío será definir con qué recursos intentaremos dar respuesta a determinada necesidad de conocer y comprender una problemática.

10. De acuerdo al planteo más amplio que asumimos en este capítulo, son muchas más las fuentes de información consideradas. En el recuadro se incluyen únicamente Bases consolidadas.

Políticas de investigación: Becas de investigación en Educación de RHUS

Uno de los objetivos del OFERHUS es promover la realización de estudios e investigaciones sobre problemáticas en el campo de RHUS identificadas en el ámbito nacional. Las Becas se proponen fortalecer las políticas de salud pública de recursos humanos a través del incentivo a la producción de conocimientos en temáticas priorizadas por la Secretaría de Gobierno de Salud. Con este

propósito, en 2018 se crean las Becas de Investigación en Educación de Profesionales de la Salud. En apoyo con la Coordinación de Políticas de RHUS de la DNCH, el equipo técnico del OFERHUS propuso líneas de investigación y tuvo a su cargo la gestión administrativa.

Las Becas se dirigieron al financiamiento de estudios desarrollados por equipos de entre 3 y 5 profesionales con inserción profesional en diversas instituciones como: hospitales, centros de atención primaria, universidades, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Estas últimas, en tanto institución coordinadora, avalan la postulación del/la investigador/a responsable.

En la primera convocatoria, llevada a cabo en 2019, el equipo técnico del OFERHUS elaboró el instrumento administrativo, la difusión en la web y el modelo de plan de trabajo para los proyectos. Las áreas temáticas priorizadas en esta oportunidad fueron: Educación de profesionales en el primer nivel de atención, Calidad en la formación en residencias del equipo de salud y Procesos de profesionalización de la enfermería. A su vez, cada una de estas líneas se desdobló en una serie de sublíneas con mayor nivel de especificidad. Se proyectó el financiamiento de un máximo de 20 becas, distribuidas en 5 proyectos de investigación.

De un total de 54 proyectos presentados, se evaluaron 39 que se ajustaban a los requisitos, la pertinencia y adecuación a las líneas de investigación priorizadas. Con el asesoramiento de evaluadores expertos se elaboró un instrumento de evaluación y se constituyó un orden de mérito. Resultaron ganadores 5 proyectos que reunían un total de 19 becarios[11]. En la actualidad se encuentra en desarrollo la Convocatoria 2020 que proyecta financiar 4 proyectos (con un total de 16 becas) para las siguientes áreas temáticas: Estudios sobre trayectorias profesionales de médicos/as, enfermeros/as y obstétricos/as, Evaluación de la implementación de las recomendaciones derivadas de procesos de acreditación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y Educación Permanente en Salud (EPS) para el fortalecimiento de la fuerza de trabajo.

11. Los proyectos ganadores se aprobaron por Resolución 2019-1946-APN-SGS#MSYDS: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/217015/20190920

Desarrollo de investigaciones multicéntricas

El OFERHUS participó en la producción activa de conocimiento por medio de investigaciones financiadas a través de becas de la Dirección Nacional de Investigación en Salud que contribuyen directamente a profundizar en la comprensión del campo de los RHUS.

Entre 2017 y 2018 se llevó a cabo el Estudio exploratorio descriptivo para la caracterización de la Educación Interprofesional de la Salud en instituciones formadoras en la Argentina que tuvo por objetivo describir y analizar la situación de la educación interprofesional en salud dentro de instituciones formadoras (tanto en el caso de carreras de grado como residencias). Este estudio se propuso generar evidencias para avanzar en la incorporación de la educación interprofesional en las carreras de grado y posgrado en servicio de salud como estrategia para garantizar el acceso universal en salud.

Entre 2018 y 2019 se realizó el Estudio multicéntrico[12] Evaluación del "Curso de formación docente tutorial para el sistema de residencias. Estrategias y herramientas pedagógicas" ediciones 2013, 2014, 2015 y 2017. El curso, desarrollado por el área de educación permanente del OFERHUS en cooperación con el Nodo Argentino del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/ OPS) tuvo su primera edición en el año 2013 y se replicó en 2014, 2015 y 2017 a nivel nacional. Estuvo destinado a la formación de instructores (o responsables de la docencia) que forman, orientan, organizan y acompañan a los Residentes en los servicios de salud, en distintos niveles de responsabilidad. A partir de considerarlo en tanto política generada para mejorar la calidad de la formación en servicio, se lo evaluó en relación con los aprendizajes logrados, utilidad y relevancia para la práctica docente.

12. Informe final disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_final_em_2018-evaluacion-curso-residentes-_vl_0.pdf

Reflexiones finales

Como señalamos previamente, la construcción de información pública sobre los Recursos Humanos de Salud, implica, en un país federal, el trabajo en red y el establecimiento permanente de consensos.

El Observatorio articula una diversidad de fuentes de información producidas con distintos objetivos. Con el propósito de generar nuevos abordajes que den respuesta a necesidades emergentes de conocimiento, estas fuentes son puestas en diálogo para constituirse así en nuevas producciones que sean el sustento de políticas dirigidas a dar respuesta a problemáticas que involucren a la salud en general y a los RHUS en particular.

El conocimiento se construye, y con ello, la producción de información adecuada para cada problemática implica un ejercicio creativo que se basa en reconocer que siempre contamos con algún tipo de información preexistente. El aporte diferencial del Observatorio radica precisamente en desarrollar estrategias orientadas a los objetivos de cada caso. Así, se articula información que no había sido vinculada previamente, para dar respuesta a necesidades específicas de conocimiento acerca de determinada problemática. Es por ello que esta tarea de integración, no es un unívoca: los datos podrían no estar disponibles o, necesitar adecuarse a la nueva información que se está demandando. Entonces, esto configura una gestión particular para cada caso.

Este capítulo ha tenido por objetivo evidenciar que la producción de conocimiento se adecúa a cada situación particular.. Esto es, no existe una manera única de hacerlo, sino que será acorde a qué se describe, para qué y a quién o quiénes estará destinada la nueva información generada. Ello implica la interpretación de un conjunto de datos pero esencialmente, comprender el contexto de producción y los objetivos de este nuevo conocimiento sistematizado. Esperamos, hasta aquí, haber contribuido a la comprensión de un campo tan complejo como es el de la gestión del conocimiento acerca de los Recursos Humanos en Salud.

Referencias

- Cadile, María (2019). *Evaluación del "Curso de formación docente tutorial para el sistema de residencias. Estrategias y herramientas pedagógicas"* ediciones 2013, 2014, 2015 y 2017. Informe final presentado ante la Dirección de Investigación para la Salud. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_final_em_2018-evaluacion-curso-residentes-_vl_0.pdf

- *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012).* Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Resultados definitivos, Serie B Nº 2. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

- *Ley Nacional 24521 (1995)*. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm

- Ministerio de Salud de la Nación (2015). Duré, M. y Cadile, M. (comp.) *La gestión de Recursos Humanos en Salud En Argentina. Una estrategia de consensos 2007-2015*. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Secretaría de Gobierno de Salud (2018). *Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2017*. Disponible en: http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf

- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 29.a Conferencia sanitaria panamericana*. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/29-conf-sanitaria-panamericana-2017.pdf

- *Resolución 2019-1946-APN-SGS#MSYDS.* MInisterio de Salud y Desarrollo Social, Secretaría de Gobierno de Salud. Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/217015/20190920

DIRECCIÓN NACIONAL DE
CAPITAL HUMANO

COBERTURA UNIVERSAL de SALUD

Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación