



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación



DIRECCIÓN NACIONAL DE
CAPITAL HUMANO Y
SALUD OCUPACIONAL

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Instrumento N° 4

Maria Tanuz

Ministerio de Salud

Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

Argentina

INDICE

Primera parte:

Contexto General 3

Indicadores de Salud 4

Caracterización del Sistema de Salud 5

Segunda parte: Contexto de RHUS 8

Tercera parte: Análisis crítico y descriptivo

Programa 1: Sistema Nacional de Acreditación de Residencias 12

Programa 2: Examen Único para ingreso a residencias 19

Primera parte: Contexto General

La República Argentina es un país ubicado en el cono sur del continente americano que cuenta con una superficie total de 3.761.274 km²¹. Su geografía es heterogénea y posee una variada diversidad de climas, aunque predomina el templado. Tiene una población total de 40.117.096 habitantes (2010), que no se encuentra homogéneamente distribuida. Según informes de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, la población que vive en zonas urbanas ha ascendido a un 93,1%, siendo las ciudades más pobladas Ciudad Autónoma Buenos Aires (CABA), Córdoba y Rosario.

El territorio argentino se divide en 24 jurisdicciones autónomas: 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que es la capital y sede del gobierno federal. Como indica su Constitución: “La Nación Argentina adopta para su gobierno la forma representativa republicana federal” (Art. 1). Así, consecuentemente, las provincias “Se dan sus propias instituciones locales y se rigen por ellas. Eligen sus gobernadores, sus legisladores y demás funcionarios de provincia, sin intervención del Gobierno federal” (Art. 122) y dictan “(...) su propia constitución, (...) asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero” (Art. 123).

En 2009, el Producto Bruto Interno del país (PBI), a precios de mercado, en millones de pesos, era de 384.704. El PBI per cápita era de 9.635. De acuerdo con la Encuesta Permanente de Hogares, la tasa de empleo en la Argentina era, para el primer trimestre de 2012, era de 42,3 y la de desocupación 7,1.

La situación socioeconómica en las distintas regiones es muy variada, aunque en la última década (2001-2011) el número de personas bajo las líneas de pobreza e indigencia ha disminuido² en todas las provincias, principalmente en base a la reactivación económica producto de las exportaciones del sector agroindustrial y automotriz. La heterogeneidad recorre las cinco regiones del país pero prima la preponderancia económica del sector agrario y servicios. Para el año 2011, la población económicamente activa (PEA) fue de 17 millones, el trabajo informal fue de 34,1%¹ y la tasa de desempleo fue de 7,4% en el primer trimestre de ese año.

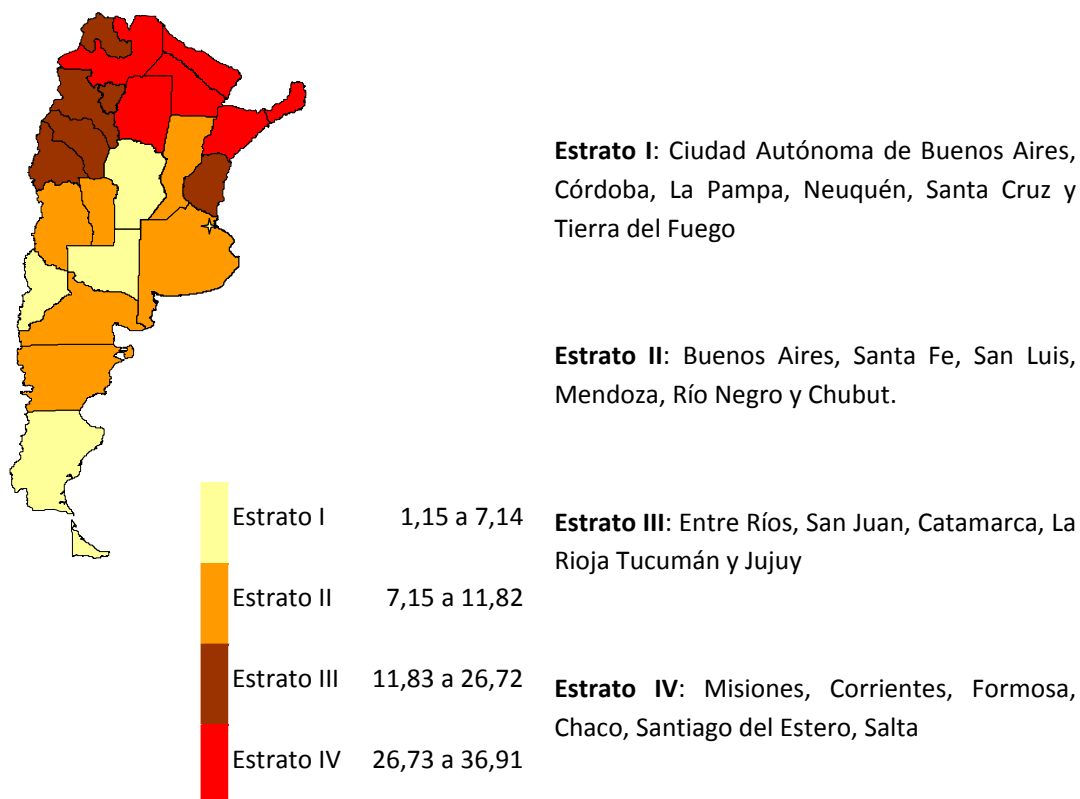
El último Censo señaló que, entre 2001 y 2010, más de 4,6 millones de personas fueron incorporadas a la red pública de agua y 4,1 a la red pública cloacal. Asimismo, el Censo 2010, reveló que el 68,7% de las personas que asistieron al primario completaron el nivel y el 57,4% de las que inició el secundario lo terminó. Al grupo de población vulnerable se suman los pueblos originarios y los inmigrantes. El 23,5% de la población indígena se encuentra con las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), valor muy alto si se compara con el total nacional (14,3%). El 16,5% de los hogares de la población indígena son rurales. La tasa de analfabetismo

¹ De la superficie total de la Argentina 2.791.810 km² corresponden al Continente Americano; y 969.464 km² al Continente Antártico) y a las islas australes (Georgias del Sur y Sandwich del Sur).

² Para más información puede acceder a la página del INDEC (<http://www.indec.gov.ar/>) y en la búsqueda temática elegir “Condiciones de vida”. A partir de 2003 la Encuesta Permanente de Hogares fue reformulada integralmente para reflejar los profundos cambios experimentados en el mercado de trabajo durante los noventa. Dado esto, la encuesta pasa a ser un relevamiento continuo que produce resultados con frecuencia trimestral y semestral.

es de 2,6% (población de 10 años y más), mayor que la media nacional, y en algunas comunidades este porcentaje supera el 20%.

Estratificación del país según porcentaje de hogares con privación convergente



Fuente: Abriata, MG en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud.. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, junio de 2008.³

En 2010 el total de extranjeros censados representó el 4,5% de la población total del país. Por primera vez desde 1914 aparece un cambio en la tendencia descendente de su participación relativa; se verifica mayor proporción de extranjeros de ambos sexos para el grupo de 20 a 29 años y leve aumento de la población migrante de niños y adolescentes.

Indicadores de Salud

De acuerdo con los Indicadores Básicos del Ministerio de Salud, en la Argentina, entre 2005 y 2010, la esperanza de vida al nacer era de 75 años. Para el 2009, la tasa bruta de natalidad -por 1.000 habitantes- era de 18,6, la tasa de mortalidad infantil -por 1.000 nacidos vivos- de 12,1 y la tasa de mortalidad materna -por 10.000 nacidos vivos- de 5,5.

En cuanto a las principales causantes de muerte en Argentina nos encontramos con cuatro grandes grupos de enfermedades que concentran aproximadamente el 70% del total de

³ www.deis.gov.ar

defunciones hacia el año 2009. La principal causante son las enfermedades del sistema circulatorio, las cuales concentran un 29,5%, (89.916 personas). A éstas les siguen los tumores malignos, los cuales significan un 18,9% (57.590 personas). Luego están las enfermedades respiratorias, infecciosas y parasitarias.

Por el lado de las principales enfermedades epidemiológicas denunciadas, la “influenza” es la que más afecta a los argentinos alcanzando una gran cantidad de casos detectados, 1.328.955 hacia el año 2010, aunque el VIH y la Tuberculosis son las principales causantes de muerte. Ambas enfermedades concentran la mayoría de los casos en la provincia de Buenos Aires aunque también se denota endemismo de TBC en el norte argentino. También se encuentran tasas de incidencia alta del SUH y el Dengue ha presentado rebrotes a lo largo de los últimos años.

Simultáneamente, el Mal de Chagas aparece como la más importante enfermedad endémica del país, con aproximadamente 2 millones y medio de infectados por el T. Cruzi hacia 2004, en este país. El Mal de Chagas recorre desde Chaco hasta Chubut, siendo el Noreste y el Noroeste las regiones más afectadas, y caracterizándose por estar asociada con la pobreza y la precariedad habitacional.⁴

En cuanto a la malnutrición infantil, según el Mapa del Hambre (2011) de la ONU-FAO⁵ la Argentina tiene una desnutrición en los niños de menos del 5%. Se trabajó dentro del marco de acciones de prevención, control y eliminación del “grupo de enfermedades transmisibles desatendidas”, las cuales impactan fundamentalmente sobre poblaciones vulnerables. Con apoyo de Organizaciones Internacionales: Organización Panamericana de Salud, Sistema de Naciones Unidas en el marco de programas ya establecidos y de nuevas propuestas integradoras.

El Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino (SIISA)⁶ generado como herramienta para establecer un diagnóstico situacional de la infraestructura sanitaria, indica que, en la actualidad, existen 21.105 establecimientos de salud en todo el país con 198.948 camas disponibles. Del total de los establecimientos, 9.779 son públicos y 11.326 privados. La región Centro concentra la mayor parte de los establecimientos. Los establecimientos públicos con internación son 1.500 y los privados 3.321; correspondiendo la mitad de estos últimos a establecimientos para la tercera edad. El resto corresponde a establecimientos ambulatorios con diferentes niveles de resolución que no forman parte de redes integradas, o sea, existen escasos acuerdos entre instituciones sanitarias para lograr acceso y atención equitativa a poblaciones definidas. Aunque garantizan una cobertura básica, existen grandes diferencias en el acceso tanto entre las distintas jurisdicciones como por la localización geográfica de los usuarios de los servicios dentro de ellas. La información se procesa en el Ministerio de Salud de la Nación, encontrándose en implementación los gabinetes provinciales. A pesar de ser un país federal, es deficitaria la regionalización sanitaria para la resolución de problemas asistenciales.

⁴ Barragán, H. “Perfil epidemiológico en Argentina” en *Fundamentos de la Salud Pública*. 2007, *Educp*, La Plata.

⁵ “FAO, FIDA y PMA. 2012. El estado de la inseguridad alimentaria en el Mundo 2012. El Crecimiento económico Pero no es necesario suficiente para acelerarlo Reducción del hambre y la malnutrición. Roma, FAO. Disponible en <<http://www.fao.org/publications/sofi/es/>> <<http://www.fao.org/docrep/017/i3027s/i3027s00.htm>> .

⁶ <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa> (REFES- REFEPS 27-11-2013)

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, se ha trabajado en los últimos 10 años en el acceso a medicamentos esenciales, a través de un programa denominado REMEDIAR, que abastece al primer nivel de atención. Se brinda cobertura a 6000 Centros de Atención Primaria de la Salud, identificándose los medicamentos a distribuir en función de las necesidades sanitarias de la población.

El gasto público consolidado en salud, como porcentaje del PBI, es de 6,21% (2009). De este porcentaje el 2,57% se destina a la atención pública de la salud, el 2,74% a las obras sociales y un 0,90% a la INSSJyP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados).⁷ Esta relación se incremento a partir del 2003, en valores absolutos se duplico, observándose entre el 2008 y el 2009 una disminución del mismo a expensas de las obras sociales y del Instituto Nacional de Servicios Sociales, estos datos surgen del análisis del documento denominado Estrategia de Cooperación OPS/OMS en Argentina y del informe preliminar de la propuesta de Plan Federal 2010.2016.

Caracterización del Sistema de Salud

La República Argentina reconoció la salud como un derecho universal en el año 1989, a través de la Ley N° 23.661. La Constitución Nacional considera el derecho a la salud como fundamental al dar a los Tratados Internacionales de Derechos Humanos jerarquía constitucional (Art. 75, inc. 22).

En la Argentina con la reforma constitucional de 1994, al integrarse en su texto los Tratados y Convenios Internacionales sobre los Derechos Humanos, la salud se incorpora como responsabilidad del Estado en sus tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal y bajo la condición de su cumplimiento de la cláusula federal constitucional -Art. 5, Constitución Nacional.

Como consecuencia, el Estado debe, en cada instancia de gobierno, procurar las condiciones necesarias para mantener el mayor nivel de salud física, mental y social posible en pos de concretar la vigencia del derecho a la salud para todos los habitantes del país.

Los estados jurisdiccionales son los responsables por las cuestiones referidas a la conducción y gestión sanitaria dentro sus ámbitos territoriales. El Estado Nacional tiene la responsabilidad de conducir, coordinar y modular el sistema de salud en su conjunto para que el efectivo cumplimiento de los derechos humanos, en los que se incluye el derecho social a la salud, sea ejercido a lo largo de las distintas jurisdicciones del país promoviendo medidas de acción positivas -concertadas con ellas- que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato.

Tal como se plantea en el documento de la OPS (2007) en el sistema de salud argentino coexisten subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno "especializado en estratos de acuerdo a su inserción al mercado de trabajo, capacidad de pago y la situación socioeconómica. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de población. En términos organizativos, coexisten una o más entidades (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), seguridad social (representado por una o varias

entidades), y muchos prestamistas / aseguradores y proveedores de servicios privados (dependiendo del grado de implantación de los mecanismos de mercado y la gestión empresarial de las reformas sectoriales)". El sistema de salud de la Argentina es mixto y está compuesto por tres subsistemas: el público, el de la seguridad social, que atiende a los trabajadores estables, y el privado, arraigado en las ciudades y el más pequeño. Estos subsistemas tienen distintas financiaciones: el público se sostiene a través de las rentas generales, la seguridad social a partir del aporte de los trabajadores y el privado a través del pago de los usuarios que lo contratan.

"La segmentación de los sistemas de salud es un determinante importante de la fragmentación de los servicios de salud en la región (América Latina)".⁸ El sistema fragmentado de la prestación de servicios es la "coexistencia de varias unidades o servicios de salud fuera de la red (...). Otras definiciones abarcan: a) servicios que no cubren toda la gama de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, b) servicios de diferentes niveles de atención que no se comunican entre sí; c) Servicios discontinuos en el tiempo y d) servicios inadaptados a las necesidades de la gente."⁹

En el 2011, el sector público prestaba cobertura a toda la población (100%), las obras sociales nacionales a los trabajadores formales y sus familiares a cargo (38,8%), el Instituto Nacional de Seguridad Social Jubilados Pensionados / Programa de Atención Médica Integral a los jubilados y pensionados con sus cónyuges e hijos (8,3%), las obras sociales provinciales a los empleados públicos y jubilados provinciales y sus familiares a cargo (13,7%), el Ministerio de Salud de la Nación a través del Programa Federal Incluir Salud a los beneficiarios de Pensiones No Contributivas (2,35%) y el subsector privado a los asociados voluntarios (9,0%). Esta cobertura se detalla en un listado de bienes y servicios destinados a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento médico y odontológico, y que se encuentra en el Programa Médico Obligatorio. El subsector público también garantiza el aseguramiento a la población a través de planes, programas y leyes específicas como el Plan Nacer, que consiste en un seguro público de salud para la población materno-infantil sin cobertura, y el Programa Remediar, que garantiza el acceso a medicamentos esenciales (a través del envío de botiquines a más de 6.600 centros de atención primaria). Este año se amplió la cobertura a adolescentes y mujeres hasta los 64 años de vida mediante el Plan Sumar.¹⁰

El Ministerio de Salud de la Nación diseña las políticas de salud nacional. La totalidad de sus competencias se encuentran definidas por el Art. 3° del Decreto Nº 828/2006 B.O. 10/7/2006¹¹ entre ellas nos interesa destacar " (...) la planificación global del sector salud y (...) la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social" (Inc.4) y "(...) la

⁸ [Organización Panamericana de la Salud. La exclusión de los países en Salud en América Latina y el Caribe. Serie de Extensión de la Protección Social de la Salud. No. I, Washington, 2003; Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319, Washington, DC: OPS, 2007]

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319. Washington, DC: OPS, 2007

¹⁰ http://www.pami.org.ar/me_in_historia.php; <http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php>

¹¹ Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/mision-vision-y-objetivos>

coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado” (Inc. 11).

En un país federal es imprescindible el logro de consensos federales con instrumentos eficientes de diseño y seguimiento de políticas públicas. Estos consensos deben reflejar la diversidad económica, cultural y el grado relativo de desarrollo de los servicios entre y al interior de las provincias.

Los acuerdos federales, el desarrollo institucional y la articulación en base a las prioridades sanitarias de los distintos actores en salud, hacen necesaria la formulación de objetivos y estrategias a mediano y largo plazo que aseguren la viabilidad política y la sustentabilidad técnica y financiera de las propuestas. Todo esto supone la generación de un proceso constante de planificación, evaluación y validación de estrategias. Las siguientes líneas de intervención son categorías que agrupan las principales funciones del Ministerio de Salud, de acuerdo a la Ley 26.338 (Ley de Ministerios, 2007): Liderar la conducción sanitaria dentro de un sistema participativo, federal y equitativo y el desarrollo y el fortalecimiento de la regulación y provisión de servicios centrados en las personas, integrar la oferta programática en función de los Ciclos de Vida, avanzando hacia la cobertura universal, entender en el seguimiento y monitoreo de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y de los Programas de Salud Comunitaria que se implementen en su órbita, desarrollar la capacidad de planificación, generación y evaluación de políticas. Promoverla en todas las jurisdicciones sanitarias, definir políticas de Recursos Humanos en salud y apoyar su desarrollo en todas las jurisdicciones, ejercer abogacía y gestionar ante otros sectores acciones en relación con los determinantes de la salud y asegurar una administración eficiente de los recursos institucionales

La cooperación técnica internacional ha sido y es importante para el establecimiento de una agenda de salud coherente con las necesidades de la población y en concordancia con los lineamientos internacionales. La Argentina ha adherido a la Declaración de París y ha asumido el compromiso de las Naciones Unidas con el fortalecimiento de las capacidades de los países para alcanzar sus metas de desarrollo plasmadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En lo que respecta a la cooperación multilateral en salud, ésta se desarrolla centralmente a través de organismos como el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Unión Europea, el Sistema de Naciones Unidas y el Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

La cooperación en Salud se ejecuta en el siguiente contexto: Relaciones sanitarias bilaterales: seguimiento de tratados y convenios interinstitucionales con otros Ministerios de Salud o Ambiente de otros países, relaciones sanitarias regionales/subregionales: en el ámbito del MERCOSUR Salud- Subgrupo de Trabajo Nro.11 (Comisiones Intergubernamentales de Salud y reuniones de Ministros de Salud). El otro ámbito subregional en el que Argentina participa activamente es la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR) Salud - Consejo Suramericano de Salud (CSS)- y en el proceso de Cumbres Iberoamericanas; relaciones sanitarias con Organismos internacionales: participación activa en cuerpos directivos de la OPS y de la OMS.

Con la cooperación técnica con la OPS/OMS se han establecido tres grupos de prioridades: i) políticas de salud, ii) atención a grupos sociales y problemas de salud; y iii) gestión en salud.

El primer grupo incluye el impulso de una ley general de salud como disparador de un reordenamiento general del sistema que incluye la relación Nación-Provincias, financiamiento, equidad, acceso, capacitación de recursos humanos y fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Las prioridades de atención a grupos sociales y problemas de salud apuntan a programas específicos con población objetivo definida, acciones sobre el impacto del medio ambiente en la salud de las personas y la implementación de medidas en contra de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el Chagas, el VIH/SIDA, la fiebre amarilla y el dengue, entre otras.

En cuanto a la gestión de la salud establece fortalecer de los sistemas de información nacional y provinciales; mejorar las capacidades de laboratorio, vigilancia epidemiológica, vigilancia en zoonosis y producción de insumos para salud.

La Estrategia de Cooperación con el país (ECP) de OPS/OMS 2012-2016, definió como prioridades, respondiendo a los mandatos globales y regionales de la Organización: XI Programa General de Trabajo de la OMS 2006-2015, Plan Estratégico de Mediano Plazo de la OMS 2008-2013, la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017, Plan Estratégico OPS/OMS 2008-2012, Política de Cooperación Centrada en el País, y el Marco estratégico para la cooperación de la OPS y sus componentes (Agenda inconclusa, Mantener logros y Nuevos desafíos)¹²:

- *la disminución de las inequidades en salud, privilegiando la salud como derecho, la equidad de género y la interculturalidad;*
- *la promoción de acciones integradas para facilitar el acceso a los servicios y a la cobertura universal;*
- *la promoción de las acciones sectoriales e intersectoriales basadas en los determinantes sociales de la salud;*
- *la identificación de espacios geodemográficos para el desarrollo de intervenciones*

Segunda parte: Contexto de RHUS

En octubre de 2007, en la 27ª. Conferencia Panamericana Sanitaria, la Argentina suscribió (Res. Nro. CSP27/10) las 20 “Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015”, organizadas en torno a los cinco grandes desafíos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y en el Llamando a la Acción de Toronto.

Basada en la situación de la Argentina y el compromiso regional, se estructura sobre los siguientes ejes:

¹² “La Estrategia de Cooperación OMS/OPS con Argentina 2012-2016”

1. Se trabaja en la implementación de una red federal de Observatorios y de líneas de monitoreo e investigación en recursos humanos de salud con el objeto de Fortalecer el Observatorio de Recursos Humanos de Salud. En función de los acuerdos con los distintos referentes provinciales y analizando el contexto institucional para la implementación, se brindan las herramientas para su desarrollo.
2. Asistencia técnica para el fortalecimiento de las Unidades de Recursos Humanos y Regulación de las provincias y consolidación de una comunidad de práctica. Se elaboraron lineamientos de procesos administrativos que brindan mayor transparencia a la gestión de las unidades de recursos humanos. En forma periódica, se realizan reuniones para identificar los obstáculos en la implementación de las distintas líneas de acción de la dirección y trabajar conjuntamente las propuestas de solución.
3. Conformación de una Mesa de instituciones formadoras, responsables jurisdiccionales y entes de rectoría para el establecimiento conjunto de estándares de calidad en todos los niveles de formación del equipo de salud.
4. Ampliación del alcance de la Comisión Interministerial Salud - Educación y de la Comisión Nacional de Profesiones de Grado Universitario. En esta comisión, se analizan los perfiles y curriculas de técnicos y profesionales de la salud
5. Intervención en el campo de la formación de especialidades a través de la oferta y regulación del sistema de residencias del equipo de salud.
6. Creación de un Instituto de Formación Superior de Salud.
7. Puesta en marcha del Plan Nacional de Desarrollo de Enfermería.
8. Desarrollo de un marco legal para el ordenamiento de profesiones de salud de alcance federal.
9. Concertación a nivel federal de lineamientos básicos de carrera y condiciones de trabajo para los trabajadores de la salud y de un nomenclador de puestos sanitarios.
10. Formación de una masa crítica de gestores capacitados para los entes de rectoría y conducción y para los efectores del sistema de salud. Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, se utiliza como recurso el campus virtual (a través del Aula Países o del Aula Regional) que ha permitido, a través de esta herramienta la accesibilidad a la formación de profesionales en los ejes mencionados. Las propuestas se vehiculizan a través de todas las Unidades de Recursos Humanos Provinciales, quienes envían la nomina de participantes.

La contribución de OPS/OMS en sus programas de trabajo bienal, en las líneas prioritarias establecidas, fue dirigida a apoyar la formación de recursos humanos en gestión, Economía y salud, brindar cooperación técnica para la mejora de la gestión, producción y acceso al conocimiento en salud, apoyar la consolidación de la ética en investigación, brindar Cooperación técnica en provisión de cursos virtuales y presenciales para líderes en RRHH y salud internacional, apoyar al fortalecimiento de estadísticas vitales y de salud, al desarrollo

del sistema de Información Virtual en el Ministerio de Salud de la Nación y a la implementación del observatorio de recursos humanos de salud.

Los logros del país en esta área fueron: apoyo al mejoramiento de las capacidades de los recursos humanos en salud de la Argentina a través del desarrollo nacional del Campus Virtual de OPS a partir de la nacionalización de cursos virtuales regionales, al proyecto Políticas integradas entre salud y educación, a partir de la XII Conferencia Iberoamericana y a la constitución de una mesa de trabajo conjunto entre salud y educación a nivel de las máximas autoridades de ambos ministerios.

Liderando esta política se encuentra en el Ministerio de Salud, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación que tiene como responsabilidades primarias, de acuerdo al decreto 1343/07:

- Entender en la elaboración de las pautas de formación del capital humano en salud de acuerdo a la estrategia establecida por el Ministerio en la materia.
- Promover las acciones dirigidas a la capacitación, formación y fortalecimiento de los integrantes del equipo de salud —profesionales y no profesionales— tendientes a alcanzar su desarrollo y afianzar los procesos de calidad de los servicios y su vinculación con la comunidad.
- Coordinar con los organismos de la Administración Pública Nacional las acciones orientadas a tutelar la salud de sus trabajadores.

El desafío concreto de esta área es conocer las distintas realidades/situaciones provinciales, para poder ejercer correctamente la rectoría en materia de RH y ser un área de asistencia estratégica en la materia para el desarrollo de gobernanza

Las acciones implementadas en tal sentido apuntan al:

- Desarrollo y fortalecimiento del Observatorio de Recursos Humanos: definición de metas provinciales, construcción de observatorios locales, generación de indicadores comunes.
- Rectoría en el sistema de residencias: definición de instrumentos de evaluación para la acreditación; homologación de contenidos curriculares de las distintas disciplinas, e incorporación de contenidos transversales (fortalecimiento de la APS); equidad, igualdad de acceso a la formación.
- Educación permanente en salud, cursos de capacitación docente, establecer lineamientos para la gestión y acreditación de la capacitación y la educación permanente.
- Gestión de residencias: (conjuntamente con referentes provinciales) gestión de contratación: establecer cronogramas, definir prioridades de distribución geográfica de contratos , incremento de becarios en el programa de formación.
- Articulación con educación: Mesa intersectorial:

- Educación básica: trabajo conjunto para formación en promoción de la salud: entornos saludables, estilos de vida, prevención de problemas crónicos.
- Educación técnica superior no universitaria, Marco de referencia para la formación de enfermería, en conjunto con instituciones formadoras.
- Formación universitaria, Estrategias de admisión para alumnos de zonas con vacancia; Posgrados en especialidades prioritarias; Oferta de la red de salud; Becas universitarias enfermería.

Los logros específicos en Políticas de Recursos Humanos se pueden resumir:

- Articulación con el Ministerio de Educación para el desarrollo de políticas integradas para la formación de trabajadores del equipo de salud.
- Incremento de la formación de especialistas a través de la residencia y regulación de la formación mediante la implementación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias.
- Creación de la Red de Registros del Profesionales de la Salud en el SISA.
- Suscripción de convenios con universidades y acuerdo de cogestión para fortalecer la atención primaria en todo el territorio a través de la formación de médicos comunitarios, epidemiólogos, agentes comunitarios y capacitación en terapéutica racional de medicamentos.
- Desarrollo de cursos de capacitación en cooperación con el Campus Virtual de OPS.

Las líneas estratégicas de continuidad están alineadas para:

- Orientar la formación hacia áreas de vacancia en conjunto con el Ministerio de Educación y las instituciones formadoras y profundizar los procesos de regulación para mejorar la calidad formativa.
- Continuar esfuerzos en lograr disponibilidad y capacitación de personal de enfermería.
- Armonizar la regulación del ejercicio profesional en todo el territorio y consolidar el registro articulado.
- Consolidar la información de recursos humanos en el SISA.
- Rediseñar el Observatorio de Recursos Humanos de Salud.
- Multiplicar los dispositivos de capacitación en servicio y educación permanente en conjunto con instituciones académicas y otras organizaciones del campo de la salud.
- Incorporar el uso de nuevas tecnologías para la capacitación y la gestión del conocimiento.
- Promover las investigaciones en el campo de los recursos humanos.

Desde su creación en el año 2007, la Dirección Nacional se ha organizado en función de su responsabilidad de elaborar las pautas de formación de capital humano en salud de la siguiente forma: cuenta con un área de Gestión y Regulación del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, un Área de Articulación Federal con equipos provinciales de recursos humanos, un Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud, un Área de Regulación y Fortalecimiento de la formación en salud, un Área de Coordinación de capacitación y planeamiento y un Departamento de Salud Ocupacional.

Esta estructura de trabajo potencio la generación de acuerdos intersectoriales y interjurisdiccionales lo que le permitió recuperar el rol de rectoría al Ministerio de Salud. Programas o iniciativas tales como formación permanente de profesionales o acreditación de sistema de residencias, acordados a través del Consejo Federal de Salud, fueron promovidos en forma sostenida por todas las jurisdicciones.

En su gestión la Dirección ha marcado la importancia de atender sistémicamente a los procesos de planificación situacional, poniendo el acento en generar y sostener mecanismos de comunicación permanentes y niveles de participación que contemplen la satisfacción de los participantes, su sensibilización y nivel de conocimiento, atender a la formación y apoyo del personal, definiciones de liderazgos positivos e identificación de roles y responsabilidades sustentables, buscar el apoyo presupuestario y la sustentabilidad de la información relevante.

En la Argentina, respecto del número de profesionales, el SISA registra¹³ en 2012, 160.041 médicos en edad activa y 210.000 matrículas de enfermería¹⁴ -de las cuales 120.000 (57% del total) son enfermeros profesionales y licenciados en enfermería, y 90.000 (43%) son auxiliares. La mayoría de estos profesionales se encuentran matriculados en las provincias de la región Centro y el 59% en la CABA. Para el 2013, la cantidad de médicos, cada 10.000 habitantes, era de 38,8 aunque es importante no perder de vista las disparidades entre provincias. Los trabajadores de la salud son empleados bajo distintas modalidades de contratación, siendo el multiempleo estructural en el sector.

Con dicha estrategia, el fortalecimiento de los procesos de planificación, la formación del personal y contar con el apoyo político y presupuestario para la estrategia a desarrollar se constituyen en los principales desafíos para la sostenibilidad en el tiempo de las políticas llevadas adelante.

Los programas en implementación son complejos, requieren procesos de planificación a largo plazo, sostener y profundizar acuerdos interjurisdiccionales en el largo tiempo, tales como acordar ejes curriculares o contenidos mínimos para la formación del personal (que pueden o no ser cambiantes en función del contexto) o presupuesto y apoyo.

¹³ Datos provenientes de la DIRECCIÓN NACIONAL DE REGULACIÓN Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD. SISA 2012. Estos datos fueron elaborados con base en Proyección de población para el 2012: 41.281.631 (INDEC), la depuración de las matrículas registradas en el REFEPS (SISA) duplicadas y las bajas de profesionales por el SINTyS, ANSES y RENAPER.

¹⁴SISA, 2013. Estos datos corresponden a matrículas registradas y se encuentran en proceso de depuración con el mismo sistema utilizado para las matrículas médicas. No se realiza cálculo sobre base poblacional hasta la depuración definitiva del sistema.

Los procesos se potencian en función de los acuerdos, o sea: en la medida que desde el Consejo Federal de Salud, siga apoyando esta iniciativa, se puede seguir creciendo.

Es fundamental trabajar con el Ministerio de Educación, y con las distintas instituciones formadoras de recursos humanos, para incidir desde el pregrado en estos ejes.

Hay brechas institucionales interjurisdiccionales que requieren del apoyo continuo y sistematizado por parte de la Dirección Nacional. Analizando la información del Sistema de Información Sanitaria Argentina, solo 8 de las 24 provincias han informado la logística existente como fuerza de trabajo en el campo de la salud.

Si bien se apuesta a estrategias implementadas a través del consenso y mediante acuerdos políticos, a nivel local distintos obstáculos tales como falta de continuidad de estructuras y funcionariado, la no identificación de la necesidad de contar con información para la planificación y responder solo ante las urgencias (tensión asistencial/formativa en la formación de residentes) o coyuntura determina atrasos en la implementación de las iniciativas.

Los programas RHS han contribuido a fortalecer en el territorio del país la capacidad de planificación de los RHS, la capacidad para identificar las necesidades y su correlación con la formación de los recursos disponibles. En efecto, dando continuidad a los ejes definidos de las políticas de recursos humanos los ejes rectores mencionados anteriormente: construcción Federal e intersectorial, la dirección de Capital Humano participa activamente en el observatorio de recursos humanos, a través de la generación de datos (Sistema de información sanitaria Argentina), y definición de prioridades.

Estrategias implementadas que fortalecen, los programas, destacando: diseño de contenidos transversales en la formación de post grado; formación permanente a través de formador de formadores, (campus virtual), articulación con ministerio de educación para la elaboración de contenidos curriculares marco, e implementación de cupos protegidos para las áreas con menor número de fuerza de trabajo.

Los programas que se están implementando permiten relevar una tendencia orientada a la cobertura de los servicios por personal calificado.

No es posible medir otros indicadores que requieren de brechas de tiempo mayor, tales como la expansión de la atención primaria, o la eficiencia y efectividad de cada programa, o la equidad o mejor acceso a los servicios o su mejor integralidad o satisfacción de los pacientes, o la reducción del tiempo de espera para su atención, o la reducción de la tasa de reingreso de pacientes, entre otros.

Ahora bien, tanto el observatorio de recursos humanos como el sistema de acreditación de residencias del equipo de salud, cuenta entre sus objetivos: brindar equidad en la atención sanitaria a todos los habitantes del país (distribución geográfica, calidad)

Es por ello, que la dirección trabaja a través de sus iniciativas para establecer en forma armónica en todas las jurisdicciones del país las profesiones de grado universitario y sus especialidades, que deben integrar el equipo de salud; armonizar a nivel federal los criterios y reglamentaciones de reconocimiento de una profesión o de especialidades para el ejercicio

profesional; homogeneizar los mecanismos y modalidades de evaluación periódica de las especialidades y de supervisión y monitoreo de las instituciones formadoras.

Tercera parte: Análisis crítico y descriptivo

Se consensó en el Consejo Federal de Salud que la estrategia de Atención Primaria de la Salud debe ser la respuesta social más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la salud, con equidad y justicia social. Es a partir de este concepto que se delinearon las líneas de Acción del Plan Federal de Salud (periodo 2004.2007), que es el instrumento que inició el camino para las reformas sectoriales necesarias.

Una de las líneas de acción estratégica fue el fortalecimiento del sistema federal de salud con el objetivo de aumentar la equidad regional. Para esto, se puso el acento sobre los mecanismos de redistribución de recursos. El principal mecanismo fue el establecimiento de programas específicos orientados a cubrir poblaciones objetivo que se encontraban excluidas. Los mismos se establecieron en una lógica de cooperación técnica y solidaridad entre las jurisdicciones del país. Un recurso identificado clave es el trabajador de Salud, cuya formación y /o capacitación permanente debe contemplar: el fortalecimiento de la APS, la cobertura de vacantes, “trabajadores adecuados en los lugares adecuados”, equidad de oportunidades en el acceso a la formación y calidad prestacional: recursos humanos competentes

Programa 1:

Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del equipo de salud, a cargo de la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación.

La formación de profesionales del equipo de salud en el sistema de residencia es considerada como el procedimiento de elección para generar las distintas disciplinas. Sin embargo, el Estado debe establecer y supervisar que se cumplan estándares de calidad educativa tanto en la dimensión educativa como los requisitos mínimos que deben contar las instituciones formadoras.

De manera que este Programa tiene como objetivo establecer los criterios mínimos para la formación profesional de postgrado a través del sistema de residencia, asegurando mediante lineamientos comunes una formación de calidad en todo el territorio nacional, y logrando que la formación a través del sistema de residencias en el país sea equivalente a nivel nacional.

Siendo Argentina un país federal, constituido por provincias autónomas que tienen a su cargo la implementación del sistema de salud, el establecimiento de requisitos mínimos y estándares de calidad integrales para la formación profesional de los residentes en todo el país es un desafío central.

Durante los últimos 60 años, las instituciones formadoras de residentes no contaban con programas comunes, e inclusive era diferente la titulación en muchos casos, para similares competencias, y con falencias propias de la tensión existente entre la formación y la asistencia, situación que era más relevante en las regiones alejadas de los centros que poseían facultades del medicina. Este estado de situación fue objeto de críticas por parte de los residentes,

profesionales de las instituciones formadoras, sociedades científicas, del quehacer laboral y de la comunidad, puesto que los profesionales egresantes del sistema no cubrían las expectativas, se realizaron diagnósticos situacionales del sistema de formación a través de la residencia, entre los que se destacan fue el proceso de Autoevaluación, realizado mediante un instrumento, bajo la forma de encuesta, en cuyo diseño participo la Organización Panamericana de la Salud con sede en la Argentina. Su procesamiento permitió identificar los problemas en: problemas de regulación y planificación, orientación y gestión, del ámbito de formación y pedagógicos (Borrell, pag 115, 2005).

A partir del año 2009, en el marco del Consejo Federal de Salud, se define como línea prioritaria, cohesionar el sistema de residencia, bajo del principios de rectoría y gobernanza. La propuesta del sistema de acreditación fue consensuada en el marco del Consejo Federal de Salud. Considerando los condicionantes políticos territoriales, se inicio el proceso con un relevamiento de los programas de residencia, que permitió consensuar contenido curriculares mínimos e insertar contenidos transversales, tales como salud pública, Atención Primaria de la salud.

Desde el punto de vista metodológico, y de forma participativa, fueron elaborados los marcos referenciales por disciplina, con requisitos comunes para su desarrollo, conteniendo un conjunto de criterios básicos y estándares mínimos sobre perfil profesional y la trayectoria formativa de las especialidades de residencias. Dichos documentos constituyen una herramienta central para la armonización y mejora del sistema de acreditación de residencias a nivel nacional, en tanto definen parámetros mínimos que deben ser contemplados por las ofertas de formación que aspiran a otorgar certificados reconocidos por el Ministerio de Salud de la Nación; fueron asimismo definidos los procedimientos administrativos y los recaudos a cumplimentar para la incorporación de las entidades.

Los componentes marco de este proceso son:

- Elaboración de estándares de estructura formadora y de marcos por especialidad
- Evaluación externa con instrumentos sistematizados
- Acreditación y categorización periódica

Se inicio en las disciplinas priorizadas en el marco del consenso federal y se trabajo por regiones geográficas Esta estrategia implementada requería de la adhesión de las jurisdicciones, siendo en un principio obligatoria solo para las Residencias financiadas por el Ministerio de Salud de la Nación; a pesar de lo cual, tuvo una amplia aceptación por parte de todas las entidades

Se plantearon nuevos desafíos que se integran a esta propuesta, como la homologación de títulos, modificaciones curriculares con la incorporación de contenidos transversales que fortalezcan la estrategia de Atención Primaria y los servicios de salud organizados en redes integrales. En los procesos micro gestión, se trabajo en herramientas de registros que acrediten el cumplimiento de destrezas mínimas; en meso gestión, elaboración de consensos para definir un nuevo instrumento de evaluación y seguimiento y en macro gestión,

articulación con entidades privadas para su acreditación, contemplando las mismas estrategias de contenidos de formación y requerimientos que el sector público.

En el desarrollo del programa, liderado desde el sector público nacional, se percibe en gran medida la participación de las asociaciones profesionales de Salud, las regiones y unidades del sector salud, las organizaciones públicas, los miembros del Observatorio y la Organización Panamericana de la Salud. Solo en algunas etapas se cuenta con la participación de los sindicatos, el sector privado, las universidades o los colegios profesionales. En el ámbito de las distintas provincias, existen consejos profesionales de distintas disciplinas de la salud, bajo cuya órbita se ejerce el control de la matrícula habilitante. Se diferencian de los colegios, ya que estos se comportan a nivel local como entidades gremiales mientras que los consejos son deontológicos. El proceso no permite identificar la participación por no integrar el diseño de la política pública, de otros organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales o donantes.

Su desempeño hasta el momento, muestra el relevamiento de las propuestas curriculares y las leyes de las distintas provincias y nacional, sobre el sistema de Residencias, que integran la legislación en Salud del Observatorio de Recursos Humanos; el registro unificado de entidades evaluadoras, integradas por las distintas sociedades científicas. Del relevamiento efectuado de la legislación en salud, no surgen acciones contrapuestas, por el contrario no se visualiza en las mismas el concepto de acreditación.

Se instauró la comisión Asesora por distintas entidades colegiadas, OPS, referentes de Asociación de profesiones con injerencia en el dictado del marco teórico referencial para la tarea y se conformaron los equipos técnicos de acreditación, con referentes nacionales, universidades y de las sociedades científicas

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional instrumentó los procesos administrativos para generar el relevamiento de las entidades formadoras, incluyéndolas en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina, se relevaron los programas de residencia existentes, y se implementaron los grupos de trabajo conjuntos con universidades y asociaciones profesionales para la elaboración de Marcos de Referencia de la residencia: contenidos mínimos.

Se utilizaron otros programas como insumos estratégicos tales como: Programa nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica¹⁵, Estandarización de procesos asistenciales en los servicios de salud; programa de uso racional de medicamentos; Fortalecimiento de atención primaria, así como la interface con otros ministerios e programas del MSAL¹⁶

Desde el punto de vista normativo, el proceso de acreditación se enmarca, por tanto, en las Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación N° 450/06, que crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y N° 1342/07, que aprueba los criterios y estándares básicos para la evaluación de las residencias, el esquema de presentación de programas y los requisitos de inscripción de entidades evaluadoras. A éstas se agrega la

¹⁵ <http://www.msal.gov.ar/pngcam/index.htm>

¹⁶ <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes>

Disposición Nº 29/2010 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, que establece el Instrumento Nacional de Evaluación de Residencias del Equipo de Salud. Se encuentra en desarrollo, ampliando su cobertura en las distintas disciplinas que integran el sistema de residencia.

Desde el año 2004 al 2013, se han duplicado los cupos de residencia nacionales-nuevo ingreso: de 680 a 1471, de las cuales quedan vacantes, en la actualidad, el 33%. En estos casos es el Ministerio de Salud quien define su distribución y prioridades en función de las necesidades planteadas desde las distintas provincias y acordadas por la Dirección de Capital Humano. A su vez, existen jurisdicciones que poseen residencias provinciales y de la salud privada, a los cuales se ha invitado a sumarse a este programa y que se encuentran incluidos actualmente. Tanto el observatorio de Recursos Humanos como el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina son herramientas que permiten un mejor análisis de la situación.

Durante del año 2011, se definen los circuitos administrativos, incorporando a las sociedades científicas en el registro de formadores y se sistematiza el registro de las residencias según el proceso de acreditación.

En cuanto a las residencias nacionales se inicia la acreditación para las especialidades de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología para las regiones del Noroeste y Noreste Argentino (año 2011) y para las regiones de Cuyo y Patagonia (año 2012).

En el mes de agosto del año 2013, se encuentran registradas 1217 residencias, de las cuales en proceso de acreditación están 718 y 149 ya han sido acreditadas. Se avanza su implementación en la zona Centro del país.

Es un éxito del Programa la incorporación en la agenda política, de la necesidad de contar con ámbitos de formación que reúnan requisitos mínimos y programas de acuerdo a las necesidades del país. En las distintas reuniones del Consejo Federal de Salud, la problemática de recursos humanos ha adquirido un papel sustancial. También es un logro la consolidación de Información de Recursos Humanos en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, el relevamiento de las entidades formadoras, que solicitaron incorporarse en este sistema de acreditación aceptando los instrumentos propuestos y comprometiéndose a favorecer los cambios necesarios para lograr la acreditación y los acuerdos con referentes de Universidades y Sociedades Científicas, conjuntamente con equipos técnicos nacionales para constituir los marcos de referencia para la residencia. A la fecha, se trabajó en medicina general, pediatría, neonatología, salud mental y epidemiología. Estos instrumentos son aprobados posteriormente en el Consejo Federal de Salud. Paralelamente, se está implementando en este año, con el apoyo de OPS, a través del campus virtual el primer curso de Formación Docente Tutorial para el sistema de Residencias.

El proceso de implementación del Programa demuestra la necesidad de contar con instrumentos de evaluación participativa: autoevaluación, que pudieran referenciarse a nivel de todo el territorio para un diagnóstico certero. La importancia de incorporar socios estratégicos a la hora del diseño, como lo fue la comisión asesora. El ministerio de Salud ejerció el rol coordinador interjurisdiccional al aprobar sus acciones en el marco del COFESA.

La elaboración de las herramientas y documentos necesito del acuerdo de todos los actores involucrados, acuerdos que abarcan desde la homologación de títulos hasta la propuesta curricular. Asimismo, que el proceso debe ajustar sus tiempos a las condiciones de las jurisdicciones y las comisiones evaluadoras, las que deben respetarse, ya que de sus definiciones se logra la implementación del sistema de acreditación y el cumplimiento de sus objetivos.

Los desafíos a enfrentar para el Programa son el Establecimiento de marcos de referencia para las residencias en todas las disciplinas, incorporando contenidos transversales que fortalezcan la estrategia de Atención Primaria , la integración en redes y el logro de que las entidades formadoras cuenten con requisitos mínimos para constituirse como tales, generar nuevos instrumentos de evaluación, disminuyendo los tiempos invertidos en los procesos e incorporar en esta acreditación a entidades de financiamiento privado.

La gestión del programa está trabajando sobre su desempeño e implementando estrategias de mejora. Respecto de los marcos de referencia se trabaja con prioridades, ya que los equipos técnicos son generalmente los mismos que participan con los referentes: universidades, sociedades científicas y asociaciones de distintas disciplinas, tienen que coordinar encuentros y lograr los consensos

Existe un compromiso de generar ambientes saludables a la formación en las entidades sedes, las limitaciones de recursos físicos y equipo docente requieren erogaciones presupuestarias que necesitan de acuerdos ministeriales. Como fortaleza, este proceso que tiene como órgano rector al Consejo Federal de Salud, donde participan los ministerios provinciales.

Desde la dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional se está trabajando en un nuevo instrumento, que requiere de acuerdo con las comisiones intervinientes.

Acreditación de instituciones privadas, esta demanda generada desde el inicio se incremento en la medida que se consensuaron los instrumentos de acreditación.

Entre las potencialidades del programa se encuentra que su proceso de implementación no ha generado resultados negativos o no deseados

Entre los factores que se destacan para su positiva implementación se encuentra el apoyo político: brindado fundamentalmente por el Consejo Federal de Salud. El ministerio de Salud de la Nación, establece la agenda de este organismo, y tal como se verifica en sus actas, figura en las instancias de acuerdos.

También los niveles de participación: en este proceso, las instancias de participación superaron lo planificado. Las sociedades científicas se registraron como entidades evaluadoras, las universidades y asociaciones participan como comisiones asesoras, con organismos internacionales como OPS. Las entidades formadoras, consideraban este sistema como una necesidad en post de mejorar la calidad de formación.

Para su financiación el programa, se considera que en su implementación hay un apoyo nacional manifiesto desde la Dirección de Capital Humano, a nivel provincial fortaleciendo el rol de rectoría a partir de los instrumentos elaborados, facilitando procesos de mejora en las

entidades formadoras. Las distintas instituciones (Universidades, Sociedades científicas, OPS) que integran la comisión asesora, aportan el asesoramiento a través de profesionales calificados. Las residencias tanto públicas como privadas cuentan con las mismas reglas de acreditación, siendo el MSAL quien ejerce el poder de rectoría.

La coordinación del programa, es liderada por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, que desde su creación en el año 2007, ha trabajado en estrategias que fomentan su Gobernanza y rectoría del sector, destacándose su capacidad técnica. A partir de la construcción de las metas cuantitativas del Compromiso de Toronto, los países de la región bajo el liderazgo de la OPS, emprendieron una estrategia de levantamiento de las líneas de base de las metas regionales para el período 2007-2015, con el objetivo de avanzar conjuntamente en respuesta a los desafíos que afrontan diariamente quienes trabajan para mejorar la calidad de vida de los otros y de producir un impacto en el desempeño de los sistemas de salud.

Este programa se encuentra en implementación, desde su difusión genero expectativas. A modo de ejemplo, las solicitudes de acreditación pasaron del 73 a más del 90% en un periodo no mayor de 12 meses. Se inicio en la región del Noroeste y Nordeste argentino, extendiéndose en la actualidad a las regiones Centro y Cuyo.

Tal como se menciona previamente, el número de residencias registradas creció exponencialmente a 1217, encontrándose en proceso de acreditación más del 50%.

Hay documentos marcos de residencias aprobados y difundidos para su implementación. Aprobados por el COFESA Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Toco ginecología. A la firma en el COFESA: Neonatología; en A la firma del COFESA; a la firma del Comité Técnico: Cirugía General, Clínica Médica; en proceso de cierre: Terapia Intensiva Infantil y Adultos, en proceso de elaboración: Salud Mental y Epidemiología y programados para el 2014: Ortopedia y traumatología, Oftalmología, Cardiología, Cirugía Infantil y Otorrinolaringología.

Se trabaja actualmente en dar mayor celeridad a los procesos de visita, supervisión y elaboración de informes.

El programa está contribuyendo al fortalecimiento del personal de salud, toda vez que a partir de los problemas identificados en el diagnostico, ha permitido avanzar en la distribución de vacantes de residencia en función a las necesidades de la población, respetando criterios de adecuación de estructura organizativa y distribución cuali-cuantitativa de residencia, adecuar los programas contemplando las necesidades actuales de las entidades formadoras y de la población, renovación de curricula e incorporación de contenidos transversales, en función de acuerdos metodológicos y, generar espacios para el desarrollo: físicos, de disponibilidad horaria que potencian el ejercicio asistencial en forma directa.

Ahora bien, en qué medida el programa ha mejorado la prestación de los servicios de salud, en tanto su actividad incide sobre las entidades formadoras, dicho interrogante no puede ser en esta instancia relevado. El sistema Nacional de Acreditación de Residencias, se encuentra en proceso de implementación, supervisión y diseño de instrumentos referenciales por lo que no se puede determinar aún impacto en los procesos de atención.

Finalmente, debe revitalizarse la agenda atendiendo a las siguientes dimensiones, íntimamente relacionadas con las líneas estratégicas de continuidad definidas en el marco de la Dirección Nacional:

- Mejorar la calidad de los Informes de Evaluación.
- Consolidar y federalizar equipos de evaluación.
- Aumentar el intercambio entre entidades evaluadoras.
- Seguimiento de residencias acreditadas y no acreditadas
- Sistematizar el proceso de re acreditación , debe continuarse fortaleciendo la instancia de supervisión para continuar, posteriormente a la acreditación con los procesos de recertificación.
- Sistematizar el proceso de apertura para las nuevas residencias.
- Revisar periódicamente los contenidos del marco de referencia para preparar el perfil del equipo de salud para la próxima década y los cambios que deberán pensarse a nivel de los sistemas formadores y los ámbitos del trabajo para alcanzar dicho perfil

No obstante lo señalado, de su relevamiento resulta que el programa se encuentra encuadrado en las metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015, entre las que específicamente se destacan:

Meta 1: Alcanzar una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes

Meta 2: La proporción de médicos de atención primaria excederá el 40% de la fuerza laboral médica total

Meta 6: La brecha de la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.

Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.

Meta 15: Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.

Meta 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Para el relevamiento del presente Programa fueron consultados las siguientes fuentes secundarias:.

- Documentos de la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional: informes de gestión de la Dra. Daniela Daverio, referente del sistema nacional de Acreditación de Residencias, presentaciones realizadas por la Dra. Isabel Dure en el Consejo Federal de Salud, Gestión y Trabajo en Salud en el Mercosur (Brasilia 2010), foro virtual y dialogo de Residencias Medicas (Observatorio de Recursos Humanos, OPS; 2013).
- Relevamiento: Dra. Borrell, “La educación medica de postgrado en la Argentina”, 2005, “La estrategia de cooperación de OMS/OPS con Argentina, 2012-2016”, documento OPS, octubre 2012

Asimismo fueron entrevistados los responsables del proceso de diseño e implementación del Programa a nivel nacional: Dra. Isabel Duré, Dra. María del Carmen Cadile, Dra. Daniela Daverio, y efectores provinciales del sistema.

Cabe observar que la responsable del relevamiento ha sido residente y jefa de residentes en un hospital público provincial¹⁷ de alta complejidad en la década del '80 y se desempeña actualmente como responsable de servicio en un hospital provincial¹⁸ que ha sido acreditado en el Sistema de Acreditación Nacional de Residencia.

Programa 2:

Examen Único para ingreso a Residencias, a cargo de la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación.

El sistema de residencia se encuentra en los ámbitos públicos y privados de la salud en la Argentina, sus fuentes de financiamiento son diversas: nacionales, provinciales, seguridad social, privado.

Cada provincia tiene una ley de residencias en el ámbito de la salud que establece dentro de su articulado, características propias del ingreso a la residencia, en algunos casos se promedia el examen con otros instrumentos tales como entrevista, antecedentes, lugar de nacimiento y el promedio de la facultad. En muchas jurisdicciones se sumaba la generación del examen, la entrevista en un solo actor, dando lugar a pérdida de transparencia en el proceso. La falta de transparencia en los procesos de selección al sistema de residencia potenciaba la distribución inequitativa de aspirantes. La falta de criterios comunes para realizar los exámenes, transformaba en erróneo el mecanismo de cualificación de los aspirantes.

Es como consecuencia de lo explicitado que en el marco del Consejo Federal de Salud, en el año 2010 se planteo que el fortalecimiento de la rectoría y la construcción de gobernanza en un país federal plantean a la autoridad sanitaria nacional el desafío de acercar propuestas que respeten las autonomías pero a la vez apunten a generar condiciones de equidad, en este caso en el acceso a la formación en residencias. La Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, genero su liderazgo mediante encuentros periódicos de los equipos técnicos lo

¹⁷ Hospital de Niños “Sor María Ludovica” de La Plata, Provincia de Buenos Aires.

¹⁸ Hospital “Hector Quintana” de San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

que potencio la construcción de confianza y el armado de una red. Se planteó la unificación del instrumento de examen y el cronograma de concurso para ingreso a residencias médicas. Cada provincia mantiene el resto de los elementos de su concurso. El MSAL Nación coordina la gestión y es la provincia la que expresa su voluntad de adherirse a la modalidad mediante convenio. Dentro del marco del Consejo Federal de Salud, los ministros provinciales consensuaron la aplicación de esta metodología en función de las distintas adversidades que generaba el ingreso: apelaciones, tensión dentro de la misma institución ante la pérdida de objetividad, situaciones que desprestigiaban al Sistema de Residencias en sí.

El objetivo del Programa es mejora 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/as jóvenes médicos/as el acceso a residencias en todo el país.

Asimismo, permite contar con información sobre las preferencias de los postulantes e instala un proceso de discusión sobre la heterogeneidad de los concursos y la necesidad de convergencia.

En forma indirecta, permite detectar el déficit de formación de los profesionales, a partir del análisis de los errores más frecuentes, lo que se transformo en una herramienta utilizada por las facultades de Medicina. Son referentes de las entidades formadoras y facultades quienes participan en el diseño de la evaluación y obtienen a partir de sus resultados, elementos para modificar procesos en la formación. Identificando al conocimiento como un componente de la competencia clínica, se incorpora este instrumento como elemento evaluador para verificar la idoneidad profesional que garantice una atención de calidad (Lic Amanda Galli)

Para implementar esta iniciativa, se creó un Comité Técnico de Examen Único conformado por un referente de cada provincia participante, que toma sus decisiones por consenso, asentadas en actas. El equipo del Ministerio de Salud de la Nación coordina todo el proceso

Se genera un Instrumento de evaluación que consiste en 100 preguntas de selección múltiple, donde consta que para su aprobación deben obtenerse 50 puntos. Estas preguntas surgen de un banco de preguntas, que son enviadas por las jurisdicciones participantes. Sobre esta base y la tabla de especificaciones acordada, se realiza el examen. Como Bibliografía se utilizan: Textos tradicionales del grado, guías del Ministerio de Salud de la Nación y legislación. Se constituye una base de datos donde se incorporan las preguntas remitidas por los referentes provinciales, como así también la bibliografía que avala el resultado. De su elaboración, participan los referentes de las residencias implementadas en la provincia, estas se remiten a la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, donde son analizadas por profesionales cualificados en el desarrollo de estos instrumentos. La distribución de preguntas por área temática, sigue el siguiente esquema: clínica y pediatría, 32 % cada una, tocoginecología y cirugía 15% cada uno y varios 6 %.

Gestión: Cada provincia se hace cargo del Concurso. Los exámenes los entrega al referente provincial el Ministerio de Salud de Nación ante escribano

A continuación se realizan los procesos de adjudicación y re adjudicación.

En la Argentina son pocas las facultades de Medicina que tienen una evaluación integradora final previa a la obtención del título, que en nuestro país es habilitante, y este examen puede actuar como una herramienta de estos centros para conocer el diagnóstico de situación de sus egresado.

Para la mejor implementación del sistema resultaron actores relevantes los referentes de recursos humanos de los ministerios de salud provinciales conjuntamente con coordinadores docentes de los centros formadores y los referentes de la Dirección Nacional de Capital Humano y salud ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación.

Existe un mecanismo de evaluación del examen por parte de los postulantes, respecto del instrumento de examen y de la organización de las sedes, a través de una encuesta que completan en forma individual al finalizar el examen. El equipo pedagógico a partir de la lectura óptica, hace una evaluación del índice de dificultad, discriminación y error frecuente de los resultados del examen. En este año, 2013 se solicitó una evaluación informal del instrumento a referentes de dos universidades que participaban de la Comisión de Clínica Médica respecto de su pertinencia para evaluar conocimientos del grado. Esta situación surge a partir de este programa, ya que previamente no se utilizaba al examen de ingreso a las Residencias como insumo de la evaluación de conocimientos del egresado de carrera.

Por último, luego del examen, a principios de junio 2013, se realizó una reunión del Comité Técnico para evaluar entre todos, el dispositivo del examen y las dificultades que habían surgido. De esa evaluación surgen las propuestas para el año siguiente. Desde la Dirección nacional se realiza la misma, se discute con el Comité Técnico y siendo este el encargado de su aprobación.

Este programa se encuentra en ejecución. La primera experiencia se realizó en el año 2011 para el conjunto de las provincias patagónicas; en el año 2012 se incrementó su cobertura a las siguientes 11 provincias (Catamarca, Chubut, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Río Negro, San Luis, Santa Cruz, Santiago del Estero, Tierra del Fuego) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica (INAREPS). En el año 2013, participan 18 provincias (de las 23) y el INAREPS; se plantea incorporar en el 2014 a los hospitales universitarios y nacionales

En dos años, de continuos procesos de articulación, 18 de las provincias de la Argentina se han integrado, siendo el desafío continuar implementándolo en el resto del país. Desde la misma dirección Nacional se identificaron situaciones a optimizar, tales como repasar los mecanismos de gestión, revisar fechas para evitar cruces de sedes y entrevistas, acordar validez del puntaje de examen en llamados provinciales. No todas las provincias logran que sus aspirantes lleguen al puntaje mínimo requerido.

El seguimiento de los postulantes a través del sistema de información sanitaria, permite conocer, a su vez, las distintas migraciones profesionales. Hay una encuesta anónima generada

para el proceso de acreditación que permite complementar el proceso involucrando a los aspirantes-nuevos ingresantes.

El diseño del programa permite verificar la participación de las instituciones de cuidados de salud, la estructura docente de las instituciones formadoras, tales como Coordinadores de residencia y consejos locales asesores de la misma (dependiendo del marco legal vigente); con menor incidencia las universidades, regiones y unidades de salud o colegios comunitarios. Asimismo, no contempla la participación de sindicatos, asociaciones profesionales de salud, sector privado, otros departamentos gubernamentales, organizaciones públicas, organismos donantes, miembros del Observatorio, u organizaciones no gubernamentales.

A fin de identificar su grado de implementación es posible describir dos dimensiones: por un lado la correspondiente a la capacidad logística del articulador, en este caso el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional que debió instrumentar los procesos de llamado, logística e integrarlo al Sistema de Información Socio sanitaria.

Y otra situación determinante, fue el desarrollo de la estructura docente y de logística del sector, identificándose como más favorables a la implementación del mismo a las provincias del interior del territorio nacional.

El proceso de implementación del programa facilita la difusión de la oferta de residencias y hace más previsible la cobertura. Los postulantes se inscriben para una provincia y especialidad, pero pueden re adjudicar cargos vacantes en otras provincias participantes con el resultado del examen si no hubieran accedido a la vacante deseada. Se integra el proceso de seguimiento on line de los postulantes y asignación de cargos a través del Sistema de Información Sanitario Argentino.

Se ha descrito la necesidad de continuar avanzando en este proceso de construcción colectiva, en establecer fechas de examen e ingreso acordes a los requerimientos de las entidades formadoras; acordar validez a los puntajes de los exámenes provinciales.

En efecto, sería una mejora al actual proceso de ejecución del programa, definir un cronograma consensuado por el comité técnico a nivel nacional de todas las entidades formadoras, preestablecer mediante acuerdos del consejo federal de salud (COFESA), la validez de los instrumentos utilizados (dispositivo de norma) y los puntajes acordados. Esta particularidad se refiere fundamentalmente al hecho, que determinadas provincias incorporan mas aspirantes disminuyendo el puntaje necesario para el ingreso.

El análisis del denominado error frecuente, por otra parte, actuaría como insumo para que las instituciones formadoras replanteen sus procesos de formación, sobre todo si se analiza que el instrumento de evaluación contiene preguntas denominadas "básicas o fundamentales".

Para ampliar la cobertura del examen único, se requiere, asimismo, continuar con los acuerdos estratégicos que permitan su mayor implementación.

Entre las potencialidades del Programa se destaca que su implementación no ha tenido resultados negativos o no deseados.

Entre los primeros logros detectados desde el inicio del Programa se encuentra el seguimiento de los postulantes, puesto que al encontrarse registrados on line, se visualiza su movilidad dentro del territorio, así como las preferencias de formación.

También se destaca una mayor publicidad sobre la disponibilidad de vacantes y su distribución geográfica y desde el punto de vista cualitativo, hay un impacto de mayor transparencia en los procesos de selección, en las provincias, como un símbolo de mayor transparencia en los procesos de selección, refiriendo algunas de ellas, menos conflictos en la asignación de cargos

El programa es de generación reciente, se encuentra en proceso de implementación, aun no abarca la totalidad del territorio. Si se analizan las cifras, en el año 2011, de 519 preinscriptos, 246 rindieron examen (47 %), 7 % desaprobaron y 119 tomaron el cargo (menos de la mitad). En el año 2012, se inscribieron 695, 302 rindieron examen (43%), desaprobaron 16,6% y 200 tomaron el cargo (la tercera parte). Debe continuar la integración de todo el territorio para poder analizarse su potencialidad, por ejemplo reasignación de cargos, cobertura de áreas críticas o geográficamente desfavorecidas.

Ha jugado para su implementación un rol preponderante el apoyo político, voluntad expresada a través de los acuerdos entre las jurisdicciones, en el marco del Consejo Federal de salud. La implementación del programa, su diseño, definición de objetivos fueron acordados en la agenda política como mecanismo que permita equidad en el acceso a la formación del recurso humano en salud

También los niveles de participación evidenciados en la conformación de la Comisión técnica evaluadora, el presupuesto del programa, y que la erogación sea compartida entre las entidades provinciales que realizan el llamado a concurso y el Ministerio de Salud de la Nación que otorga la logística.

Finalmente, la solvencia técnica en la coordinación del programa, a cargo de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional y que la información obtenida en esta iniciativa forme parte integrante del Sistema de Información Socio sanitaria Argentina, son dimensiones necesarias para el éxito del proceso que se lleva adelante.

Ahora bien, para avanzar en la implementación del programa es determinante obtener la incorporación de aquellas entidades formadoras de grandes ciudades, algunas con estrecha relación con instituciones universitarias.

El análisis prospectivo respecto de las virtudes del programa permite afirmar que de generalizarse impactará ampliamente en las instituciones de salud y en particular en sus recursos humanos.

Por otra parte, en este estadio, no se ha evidenciado impacto en la prestación directa de la atención sanitaria.

De manera que es necesario a nivel interjurisdiccional, extender los acuerdos para implementar esta iniciativa en todo el territorio, extender la implementación del examen a todas las residencias del ámbito sanitario, no médicas y en coordinación con educación,

Potenciar la articulación intersectorial con las instituciones formadoras, análisis conjunto de errores frecuentes para subsanarlos.

Finalmente, de lo relevado puede afirmarse que su implementación apunta a cumplimentar con las metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015, que específicamente se destacan:

Meta 2: La proporción de médicos de atención primaria excederá el 40% de la fuerza laboral médica total

Meta 6: La brecha de la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.

Meta 10 Todos los países habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.

Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.

Para el relevamiento del presente Programa fueron consultadas las siguientes fuentes secundarias:

- Documentos presentados en el Gabinete del MSAL tales como agenda de la Dirección de Capital Humano y Salud ocupacional, marzo 2013, documento elaborado en la dirección sobre Examen Único Médico para ingreso a Residencias del sistema de salud
- Actas del COFESA

Asimismo fueron entrevistados los responsables del proceso de diseño e implementación del Programa a nivel nacional: Dra. Isabel Duré, Dra. María del Carmen Cadile, Dra. Daniela Daverio.

Cabe observar que la responsable del relevamiento ha sido residente, a partir del año 1986 y jefa de residentes en un hospital público provincial¹⁹ y se desempeña actualmente como responsable de servicio en un hospital provincial²⁰ que participa del Programa desde el año 2012.

¹⁹ Hospital de Niños “Sor María Ludovica” de La Plata, Provincia de Buenos Aires.

²⁰ Hospital “Hector Quintana” de San Salvador de Jujuy, provincia de Jujuy.

SIGLAS

COFESA: Consejo Federal de Salud

RHS: Recursos Humanos en Salud