



Caso de estudio

RESIDENCIAS MEDICAS EN

ARGENTINA

Dirección Nacional de Capital Humano en Ministerio de Salud de la
Nación

ÍNDICE

ARGENTINA	3
Contexto geográfico y socio político	3
Organización del sistema de salud	5
LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN ARGENTINA	6
El origen de las residencias en Argentina	7
Características de las residencias en el sector público	8
EL ANÁLISIS DEL CONSEJO FEDERAL DE SALUD	9
Mercado formativo universitario	10
Cambios demográficos	12
Estructura formativa de la residencia y mercado laboral	13
HACIA UN SISTEMA COHESIONADO Y ORIENTADO HACIA LA APS	14
Orientación del financiamiento de cargos nacionales para especialidades priorizadas.....	15
Gestión articulada a través de la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación de Salud..	18
Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas.....	19
Información e Investigación	21
El proceso de acreditación de las residencias.....	26
Fortalecimiento de las estructuras formadoras y de conducción de las residencias	29
Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas.....	29
La articulación intersectorial.....	30
CÓMO SEGUIMOS CON EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LAS RESIDENCIAS.....	31

ARGENTINA

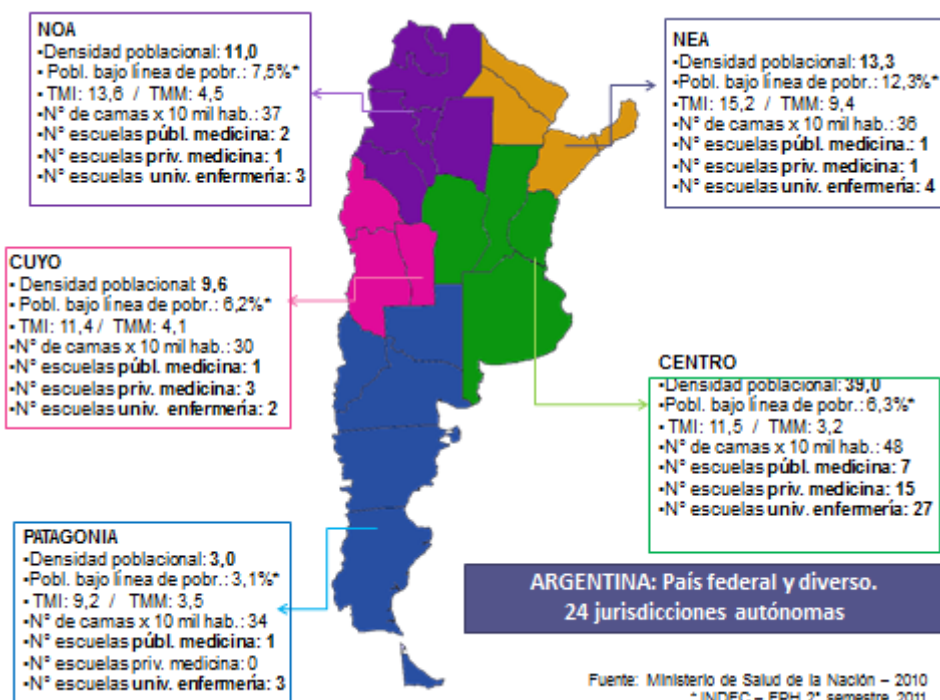
Contexto geográfico y socio político

La República Argentina se encuentra en el extremo más austral de América del Sur. Es un país sumamente extenso (3.761.274 km²), con una gran diversidad natural y una situación de heterogeneidad socioeconómica y cultural a nivel regional. Debido a esa extensión y a la variedad de relieves, posee una multiplicidad de climas, aunque el predominante es el templado.

De acuerdo con su Constitución Nacional, la nación argentina adopta para su gobierno la forma representativa, republicana y federal. Las provincias, al ser consideradas preexistentes a la nación, conservan para sí y ejercen autónomamente todos los poderes no expresamente delegados al gobierno federal.

Políticamente la estructura federal incluye los gobiernos de las 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la cual es también sede del gobierno nacional). Cinco jurisdicciones principales (Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza) concentran el 67% de la población y generan el 78% del producto bruto geográfico total. Dentro de la estructura provincial, se encuentran los municipios, que ascienden a 2.171 en total.

El país se divide geográficamente en cinco regiones: Noroeste (NOA), Nordeste (NEA), Cuyo, Centro y Patagónica.



El Censo de 2010 arroja una cifra de 40.117.096 habitantes, con una gran concentración en la Región Centro (26,2 millones), área de la mayor actividad económica del país y de mayor concentración urbana. Las regiones con menor densidad poblacional son las cordilleranas al oeste y la Patagonia al sur. Sólo el 7,2% del país vive en zonas rurales (Datos Censo 2010).

Los Indicadores Básicos publicados por el Ministerio de Salud¹ marcan una situación de transición demográfica.

La información que aquí se presenta es una recopilación de indicadores generales del país provenientes de distintas fuentes oficiales disponibles al año 2013.

Población total ambos sexos, 2010 ²	40.117.096
Población total de varones, 2010 ³	19.523.766
Población total de mujeres, 2010.	20.593.330
Tasa de crecimiento anual medio de población (0/00) (proyecciones 1991-2001). INDEC.	10,1
Esperanza de vida al nacer en 2005-2010 (en años). Ambos sexos. INDEC.	75,24
Esperanza de vida al nacer en 2005-2010 (en años). Mujeres. INDEC.	79,10
Esperanza de vida al nacer en 2005-2010 (en años). Varones. INDEC.	71,60
Porcentaje de población urbana. Total. ⁴	92,8
Índice de desarrollo humano, 2012. PNUD	0,811
Tasa de desocupación. Total de 31 aglomerados urbanos. 2to. trimestre 2013. Encuesta Permanente de Hogares Continua 2013. INDEC	7,2
Porcentaje de alfabetismo en población de 10 años y más, 2010. INDEC.	98,1
Cantidad de médicos en edad activa ⁵	160.041
Relación de médicos cada 1000 habitantes ⁶	3,88
Total de establecimientos REFES ⁷	20,323
Centros de Atención Primaria (CAPS) ⁸	7,946
Establecimientos con internación ⁹	4,726
Total de camas ¹⁰	193,459
Tasa bruta de natalidad, 2010 (por 1.000 habitantes) ¹¹ .	18,7
Tasa bruta de mortalidad general, 2010 (por 1.000 habitantes) ¹² .	7,9
Tasa de mortalidad infantil, 2010 (por 1.000 nacidos vivos) ¹³ .	11,9

¹ <http://www.deis.gov.ar/indicadores.htm>

² Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, INDEC.

³ Ídem

⁴ Ídem

⁵ Ministerio de Salud, SISA 2013

⁶ Ídem

⁷ Ídem

⁸ Ídem

⁹ Ídem

¹⁰ Ídem

¹¹ Ministerio de Salud Serie 5 N° 54/11.

¹² Ídem

Producto interno bruto per cápita en dólares, 1er trimestre 2013. ¹⁴ Ministerio de Economía	11,117
Gasto público consolidado de salud - Total (como % del PBI), 2009 (*) ¹⁵	6,21
Gasto público consolidado de educación, cultura, ciencia y técnica - Total (como % del PBI), 2009 (*) ¹⁶	6,68

*Datos provisionales.

El país cuenta con un total de 20.323 establecimientos asistenciales (Sistema de Información Sanitario Argentino¹⁷), de los cuales 4.726 (23,25%) poseen internación, involucrando un total de 193.459 camas. De estos establecimientos, la mitad pertenece al sector privado. EL 52% de los establecimientos se encuentra en la Región Centro, siendo el 56,4% de los mismos del sector privado. En el NEA y NOA se ubica el 28,7% de los establecimientos, pero en este caso, sólo el 34,4% corresponde al sector privado. Coincidentemente con otros indicadores, en la Región Centro se ubica la mayor cantidad de camas, un 72,6% del total, en tanto un 16.7% corresponden al NEA y NOA.

Respecto de la cantidad de profesionales, la densidad de médicos es de 38,8/10.000 habitantes¹⁸, con disparidades que van desde 110/10.000 en la CABA hasta cifras de 15/10.000 en Santiago del Estero, Misiones y Formosa. De esos médicos, sólo un 17% se encuentran cumpliendo tareas en Centros de Atención Primaria, para un 40% deseable establecido por la Organización Panamericana de la Salud¹⁹

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de la Argentina está compuesto por tres subsistemas financiadores, segmentados en relación al status laboral de las personas: el público (nacional, provincial y municipal), que brinda cobertura al 36% de la población²⁰, un gran subsector de la seguridad social que atiende a trabajadores estables (a través de efectores propio pero mayormente de prestadores del sector privado), y uno pequeño privado (aseguradoras, empresas de medicina prepaga) con raigambre urbana.

La salud de los ciudadanos no es una competencia delegada por las provincias en el estado nacional. Las provincias son las responsables de la planificación, gestión y regulación de sus

¹³ Ídem

¹⁴ Ministerio de Economía

¹⁵ Secretaría de Política Económica - Ministerio de Economía.

¹⁶ Ídem

¹⁷ <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>

¹⁸ Red de Registros de Profesionales de la Salud, Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, 2013

¹⁹ Taller Nacional de Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos de Salud, abril de 2010

²⁰ Ministerio de Salud de la Nación, Indicadores Básicos 2012, disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>

sistemas de salud, verificándose una situación de fragmentación en los servicios. Coexisten efectores y trabajadores de la salud con dependencia nacional, provincial y municipal.

El Ministerio de Salud es el órgano que diseña las políticas de Salud a nivel nacional, tiene a su cargo la responsabilidad de entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales, con el fin de arribar a un Sistema Federal de Salud equitativo. A la vez, entiende en la 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.

Luego de un prolongado proceso de descentralización que comenzó hace 50 años y finalizó en la década de los noventa, el Ministerio tiene apenas cinco efectores a su cargo. Entonces, las políticas se viabilizan a nivel jurisdiccional, por lo cual adquiere gran importancia el Consejo Federal de Salud (COFESA), órgano de consenso en el cual participan los Ministros de Salud de todas las provincias y en el cual se sellan los acuerdos sobre políticas.

En el marco del COFESA, se aprueba el Plan Federal 2003 -2007, que define como principio organizador para pensar las políticas de salud la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN ARGENTINA

De acuerdo con la Ley de Educación Superior, el título de grado de médico es habilitante para el ejercicio de la profesión en cualquiera de las especialidades. Egresan anualmente entre 4.800 y 5.500 médicos; más del 80% de ellos, de las universidades públicas, que son gratuitas.

Las normas de regulación del ejercicio profesional sólo establecen la necesidad de una certificación de la especialidad para aquellos que quieren anunciarse como especialistas. Estas regulaciones son provinciales y el poder de policía lo ejerce la autoridad sanitaria provincial *per se* o puede delegarlo en el colegio médico de la jurisdicción.

El Ministerio de Salud de la Nación aprueba la lista de especialidades comunes reconocidas en todo el territorio nacional. Las especialidades pasan por un proceso de análisis por los diferentes actores del campo de la formación y el trabajo de cada profesión de grado y luego se someten al consenso federal a través del Consejo Federal de Salud (COFESA).

Las modalidades para acceder a la certificación varían de acuerdo con las provincias, pero los mecanismos suelen estar comprendidos entre los siguientes:

- Contar con una residencia completa acreditada
- Poseer título de especialista universitario en la especialidad
- Acreditar un mínimo de cinco años de ejercicio en un servicio de la especialidad y pasar un examen ante la autoridad sanitaria

- Haber certificado las competencias para la especialidad ante una sociedad científica reconocida por la autoridad sanitaria para esa función
- Ser profesor universitario en la materia, con un nivel no menor a profesor adjunto²¹

La forma más frecuente de formarse como especialista son las dos primeras de la lista: la residencia o el posgrado universitario.

En Argentina, son escasas las residencias asociadas a la universidad, aunque comparten el campo de práctica en los establecimientos asistenciales. Los posgrados han crecido desde la década del 90, cuando la legislación estableció que debían autofinanciarse, pero hay pocos datos sobre su matrícula²². En el marco de la autonomía universitaria, las facultades pueden abrir carreras sin consulta previa sobre la necesidad de formación en la especialidad. Las carreras deben pasar por un proceso de acreditación por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). En 2011, la nueva reglamentación de posgrados estableció que si la especialidad no se encontraba en la lista de especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación, esta situación debería consignarse en el dictamen de la acreditación.

El origen de las residencias en Argentina

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

De manera esquemática, se identifica una primera etapa asociada a las denominadas “proto-residencias”, surgidas en estrecha conexión con centros universitarios y asistenciales de excelencia. En la segunda etapa, que se desarrolla hasta fines de los años 50’, el sistema adquiere sus rasgos definitorios. Es en este momento que la residencia se extiende y se instala como el “mejor sistema de formación de posgrado”. En las décadas de los 60’ y 70’ se produce una consolidación del sistema y la definición de marcos normativos que aumentan los niveles de formalización vigentes. Durante los años 80’, la oferta de residencias se amplía: se incorporan grupos de profesionales hasta ese momento ajenos al mismo. En los años 90’ se observa un crecimiento poco racional del sistema, asociado a los requerimientos de centros privados y con poca intervención del Estado. En la última década, el Estado recupera su función de rectoría y desde el Ministerio de Salud de la Nación se adhiere a la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje vertebrador de las políticas de salud y se entiende a la residencia como una política de desarrollo de recursos humanos orientada a sustentarla.²³

²¹ Esta modalidad cayó en desuso. Inicialmente, fue para reconocer sus credenciales en el momento en que aparece la primera legislación sobre especialidades

²² Hasta el año 2011 no tenían obligación de informar sus alumnos al Ministerio de Educación

²³ Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud

Características de las residencias en el sector público

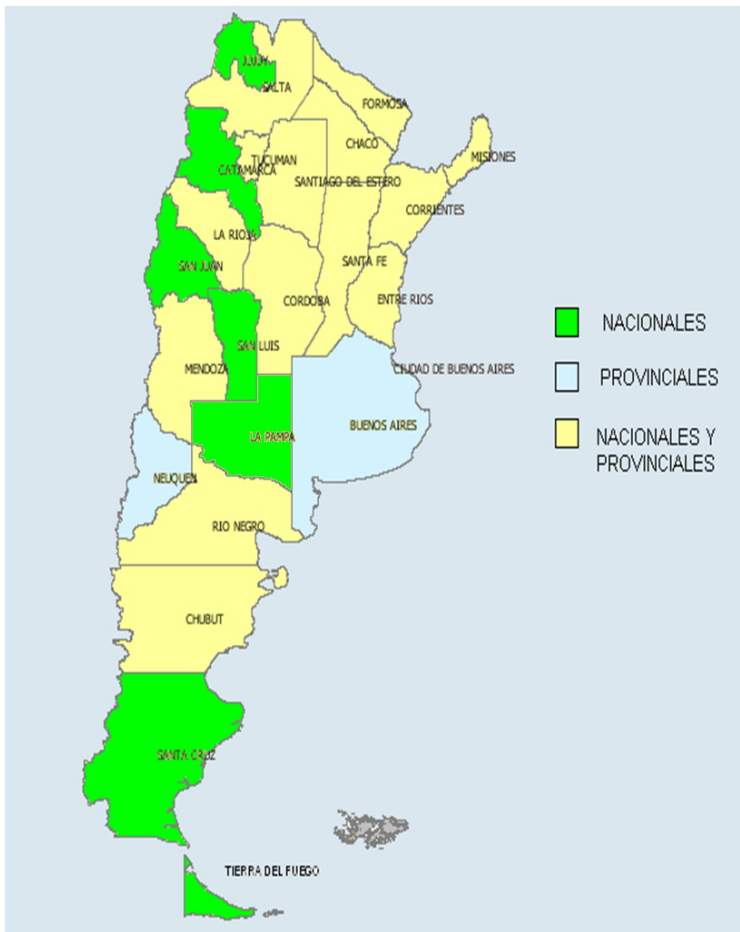
La mayor parte de las residencias se financia desde los ministerios de salud, provinciales o nacional. Se trata de una oferta consolidada y de alto reconocimiento que se extiende por todo el territorio. Existen también residencias de financiamiento público de las fuerzas armadas y de seguridad y en algunas universidades nacionales (Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Nacional de La Rioja).

Cada provincia posee su propio reglamento de residencias y realiza su propio concurso para el ingreso, sobre la base de principios comunes establecidos a nivel nacional: se trata de un sistema de formación con dedicación exclusiva para graduados recientes, al que se accede por concurso público y en el que se establece un contrato de trabajo y formación entre la institución y el profesional. Este contrato, que puede durar entre tres y cinco años dependiendo de la especialidad, se sostiene en la medida en que el residente cumplimenta los requisitos académicos de presentismo y evaluación.

A su vez, la inexistencia previa de marcos regulatorios para la formación dejó espacio a la proliferación de distintos programas en las diferentes sedes, con las consecuentes inequidades entre las propuestas formativas. Si bien en las diferentes etapas de crecimiento del sistema se llevaron adelante mecanismos para la evaluación y acreditación de las residencias, recién en 2006 se aprueba una reglamentación para la acreditación con procedimientos y estándares comunes, creándose el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (Resolución 450/06 Ministerio de Salud de la Nación).

Respecto de las residencias del Ministerio de Salud de la Nación, las mismas se desarrollan 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.

Coexisten en el país diferentes situaciones respecto del financiamiento de las residencias: hay provincias que sólo cuentan con cargos nacionales, otras en las que coexisten los nacionales, los provinciales y los municipales y un tercer grupo de provincias sin financiamiento nacional (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Neuquén). Esta diversidad también impacta sobre la información disponible: no todas las provincias guardan un registro histórico de lo sucedido con las residencias y dicha información no se encuentra consolidada en un registro centralizado de consulta.



Por otra parte, no todas las provincias tienen marcos regulatorios que les permitan ejercer el poder de policía sobre la apertura de residencias en el sector privado. En algunas provincias en las cuales el poder de policía es ejercido por los colegios deontológicos, estos se encargan también de las residencias privadas. En otras, este espacio ha sido ocupado por las universidades que tienen sede local.

EL ANÁLISIS DEL CONSEJO FEDERAL DE SALUD

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

EL problema se analizó con los diferentes actores del ámbito de la formación y el trabajo del sector. Además de las características propias de un sistema federal fragmentado, se identificó una serie de factores que influyen en la cobertura y gestión de las residencias, que pueden agruparse en cuatro grandes grupos: mercado formativo del grado y posgrado, cambios demográficos en los

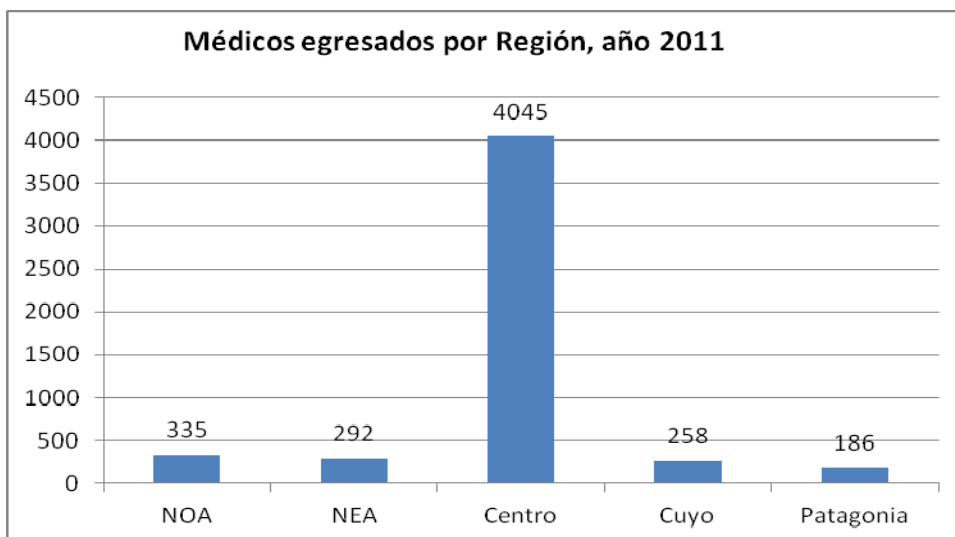
estudiantes de ciencias de la salud, estructura formadora de la residencia y mercado laboral de las diferentes especialidades.

- ✿ Mercado formativo:
 - Grado
 - ✿ Distribución de facultades de medicina y condiciones de ingreso
 - ✿ Duración prolongada de la carrera
 - ✿ Perfil del egresado orientado a especialidades hospitalarias y más rentables
 - ✿ Título de grado habilitante
 - Posgrado: Competencia con otras ofertas de formación menos intensivas
 - ✿ Carreras universitarias
- ✿ Cambios demográficos de los estudiantes de carreras de salud
 - Feminización
 - Egreso a edades más avanzadas (relacionado con la duración de la carrera)
- ✿ Estructura formativa de la residencia
 - Duración de las residencias, en el caso de las posbásicas
 - Diversidad de programas de formación. Escasez de docentes formados.
 - Jornadas extendidas de trabajo. Exceso de guardias. Baja remuneración
- ✿ Mercado laboral
 - Poca jerarquización de algunas especialidades
 - Salida laboral inmediata y/o a largo plazo
 - Preferencia por áreas urbanas
 - Procesos de trabajo de guardia

.Desde la Red Federal de Recurso Humanos y Capacitación en Salud se profundizó en las explicaciones del problema, con el objetivo de orientar las primeras intervenciones.

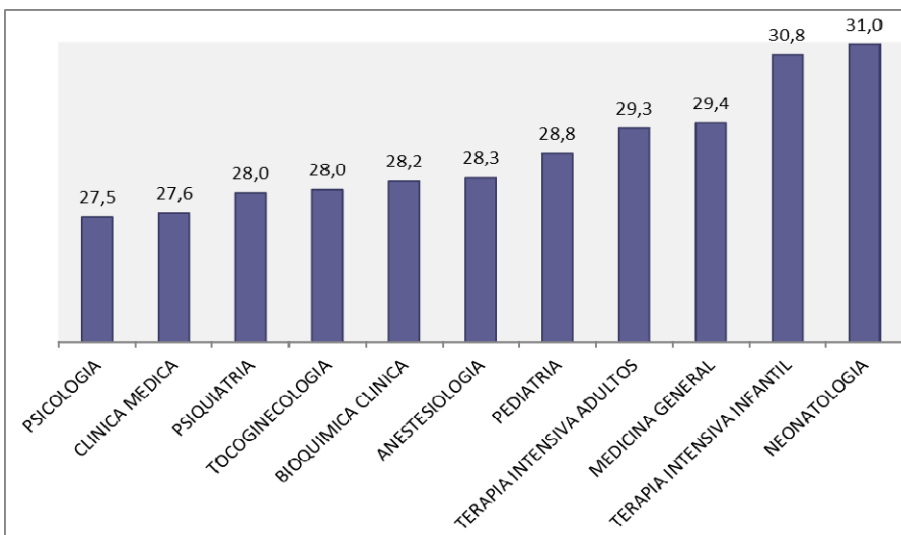
Mercado formativo universitario

La oferta de formación de médicos muestra una concentración importante en la Región Centro del país. Sobre un total de 4.854 egresados, el 83% egresa de las facultades de esa región



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

Gráfico: Edad promedio por especialidad de ingreso a las residencias nacionales, período 2003-2012



Fuente: DNCHySO, Ministerio de Salud de la Nación, 2013. Elaboración a partir de la Base de Datos de Residentes Nacionales

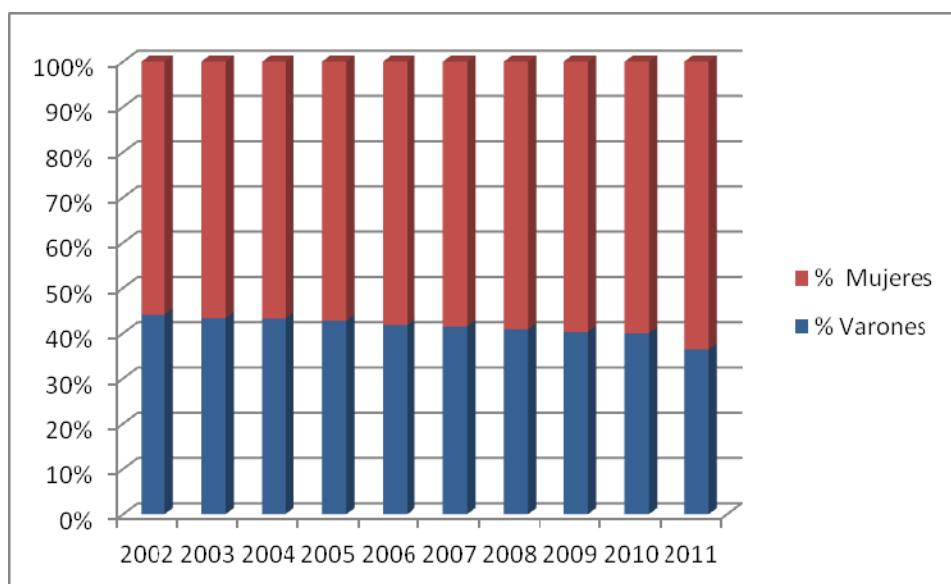
Por otra parte, si bien los estándares de acreditación de la carrera de medicina (Resolución Ministerio de Educación 1314/2007) prevén una orientación hacia la APS, todavía la estructura formativa sigue fragmentada y privilegia la enseñanza por aparatos y especialidades, con poca jerarquización de los contenidos de salud pública y de los ámbitos comunitarios como espacio de formación y perfiles de egreso más ligados a la lógica del mercado y la hiperespecialización.

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

Cambios demográficos

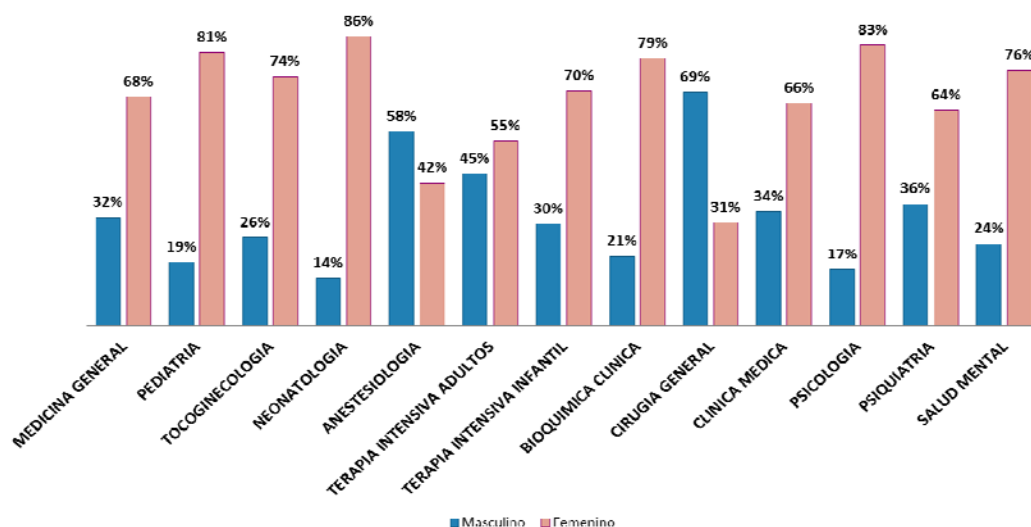
El predominio femenino entre los estudiantes de medicina se viene incrementando en forma progresiva en los últimos años, lo que se visualiza en forma particular en la mayoría de las especialidades priorizadas. Ante esta situación, no debe soslayarse que la residencia es un proceso formativo que originariamente fue diseñado por hombres pensando en que serían hombres quienes lo transitaran. En el caso de las mujeres, el régimen tradicional de trabajo y la duración del proceso formativo suelen plantear la disyuntiva entre realizar la residencia o encarar la maternidad.

Gráfico. Alumnos de carreras de Medicina. Distribución por sexo, período 2002-2011



Fuente: Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación (2013) Los datos del 2002 al 2010 corresponden a todas las facultades del país excepto la Universidad de Buenos Aires (UBA). Los datos del 2011 incluyen la UBA

Gráfico. Residencias nacionales. Distribución por sexo según especialidad Período 2001-2012



Fuente: Elaboración de la DNCHySO a partir información propia

Estructura formativa de la residencia y mercado laboral

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

Por otra parte, hay especialidades más jerarquizadas, tanto desde lo económico como desde el prestigio que conllevan, que son más buscadas. En estos casos, las posibilidades de inserción laboral futura prevalecen sobre las condiciones de trabajo de las residencias (escasez de docentes, baja remuneración, cantidad de guardias): el profesional realiza la residencia apostando a la salida laboral futura.

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

- Incremente la oferta de cargos de residencias

- Oriente el financiamiento a las especialidades priorizadas
- Profundice el proceso de acreditación de las residencias

HACIA UN SISTEMA COHESIONADO Y ORIENTADO HACIA LA APS

Como se ha mencionado, el Plan Federal de Salud 2003 -2007 organiza las políticas de salud en torno a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Desde esta perspectiva, el desarrollo de los equipos debía formularse pensando en el fortalecimiento de la APS, en ampliar la cobertura y el acceso a la salud colocando a trabajadores calificados en los lugares adecuados y ofreciendo una formación de calidad y con equidad para todos aquellos que desearan formarse para integrar estos equipos.

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

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

El fortalecimiento de la rectoría y la construcción de gobernanza en un país federal plantea a la autoridad sanitaria nacional el desafío de acercar propuestas que respeten las autonomías pero a la vez apunten a generar condiciones de equidad y calidad, en este caso en el acceso a la formación en residencias.

En un escenario como el descrito, la planificación de recursos humanos está signada por la posibilidad de alcanzar acuerdos federales, por el trabajo interjurisdiccional con el Ministerio de Educación y las universidades y por los consensos con las diversas asociaciones profesionales, instituciones científicas, colegios deontológicos y organizaciones prestadoras de servicios que participan en las distintas instancias del desarrollo y certificación de los especialistas.

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

Rectoría

- Orientación del financiamiento de cargos nacionales para especialidades priorizadas
- Regulación de la calidad del proceso formativo mediante el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud

Gobernanza

- Gestión articulada de las residencias a través de la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación de salud
- Fortalecimiento de la estructura formadoras

Articulación Intersectorial

- Creación de una Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación

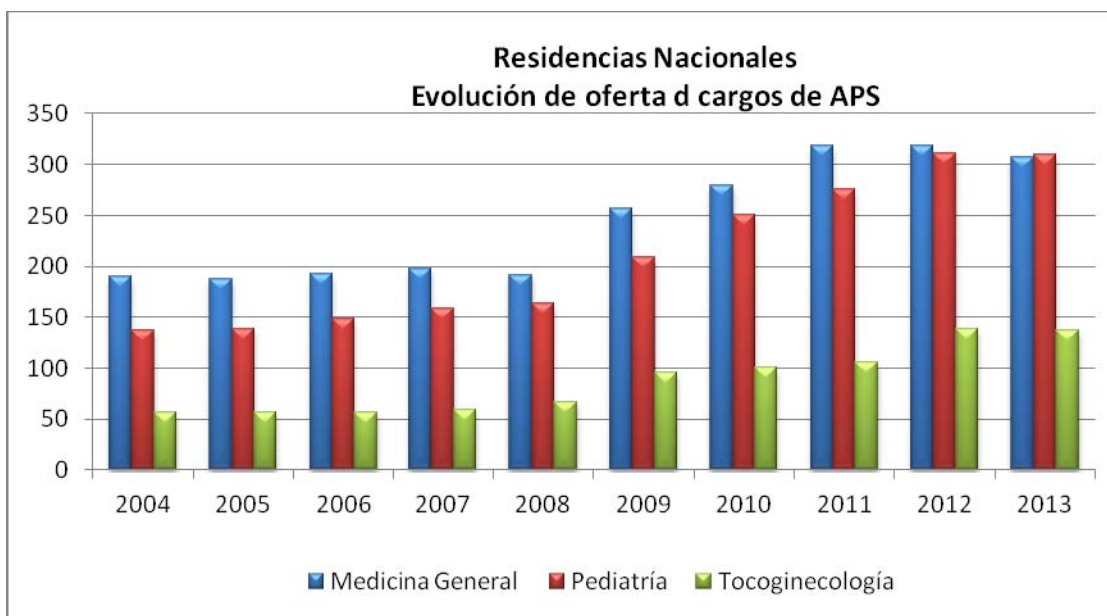
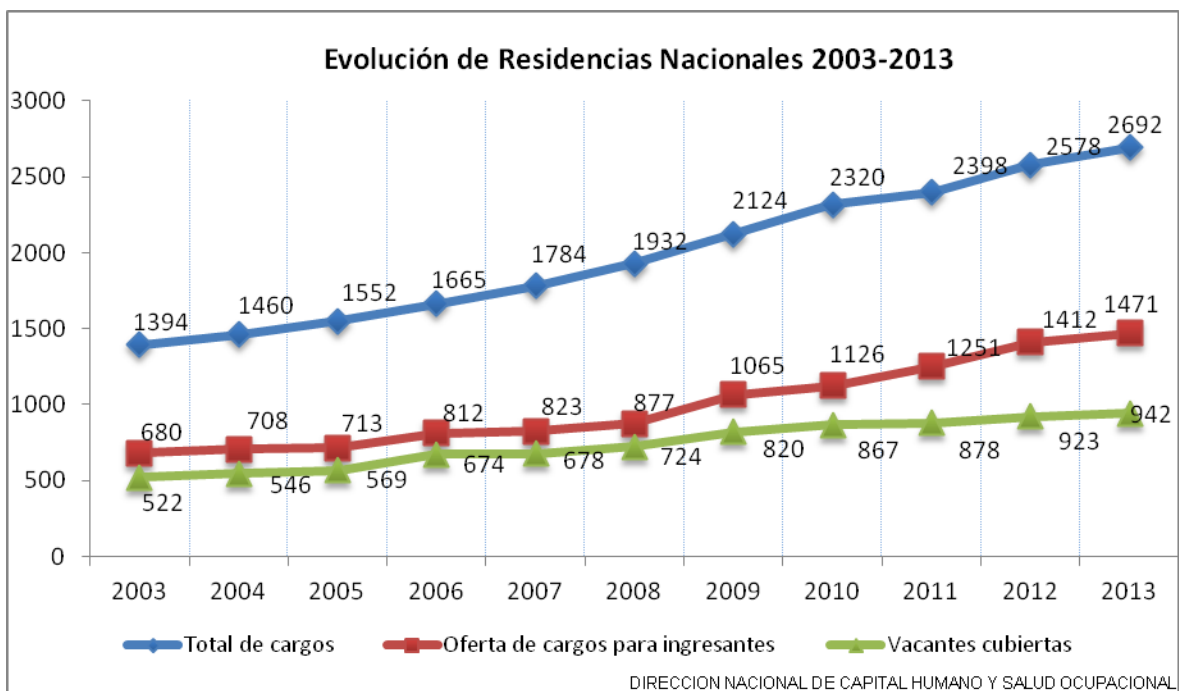
Orientación del financiamiento de cargos nacionales para especialidades priorizadas

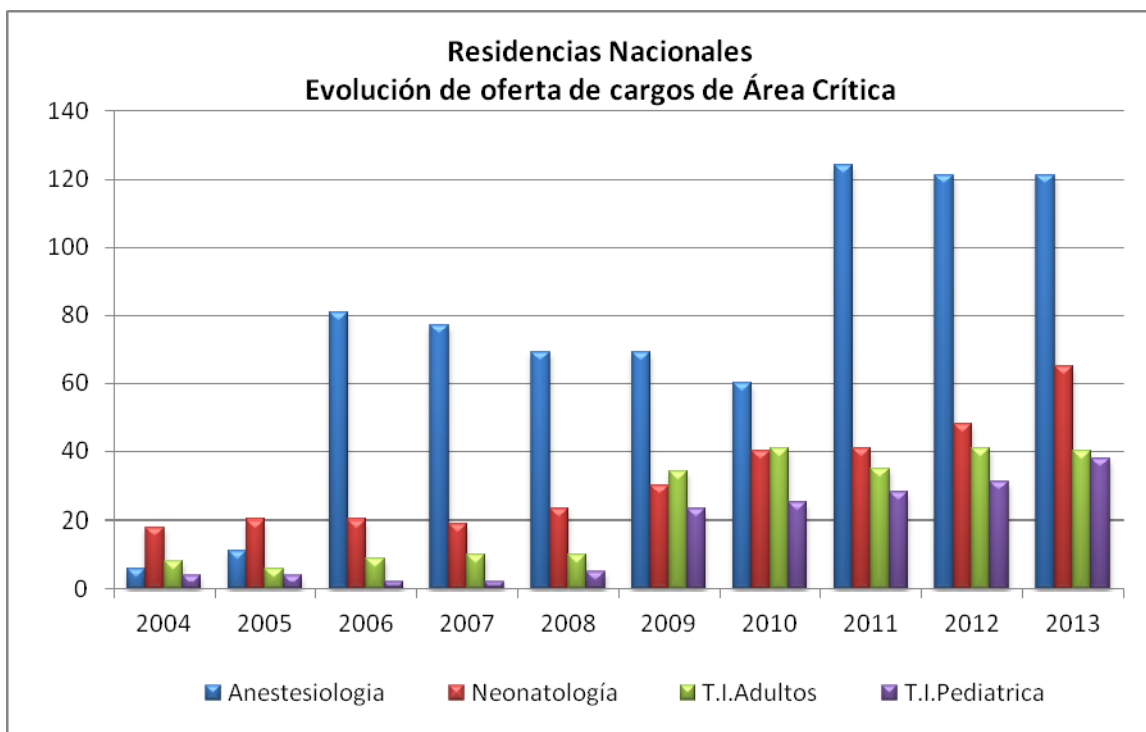
Se acordó asignar el financiamiento nacional en forma prioritaria a las especialidades de Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Neonatología, Terapia Intensiva de Adultos y Pediátrica, Anestesiología y Salud Mental interdisciplinaria. También se continuaría con la asignación de una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

Las provincias asumieron el compromiso de suplementar el monto de las becas nacionales, llevando la remuneración de los residentes a valores acordes a los salarios provinciales. Además se encargarían de financiar provincialmente otras necesidades de formación de especialistas.

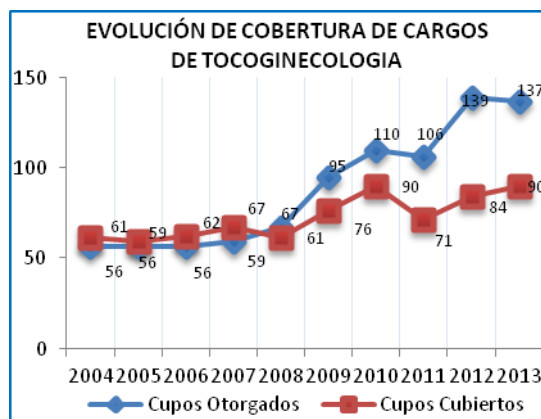
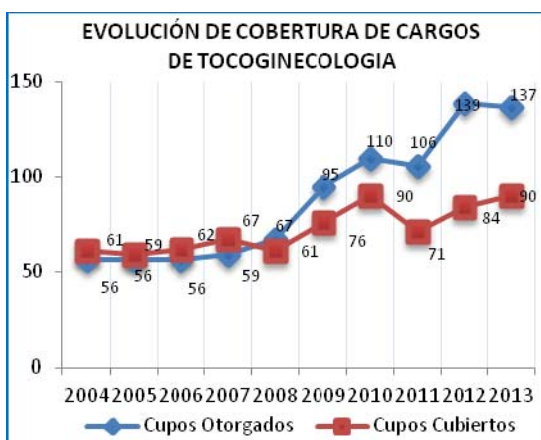
Incremento y orientación de las becas nacionales

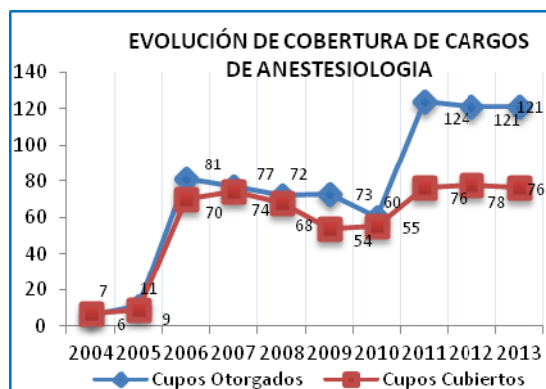
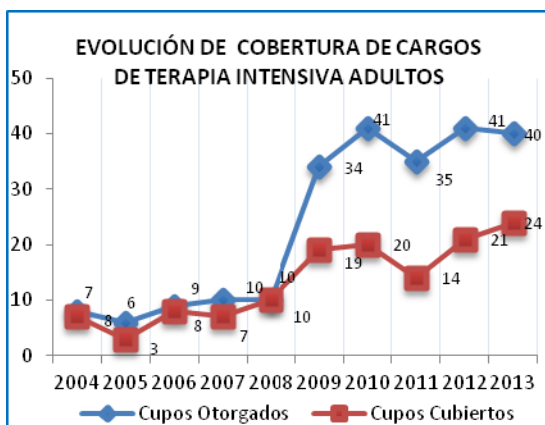
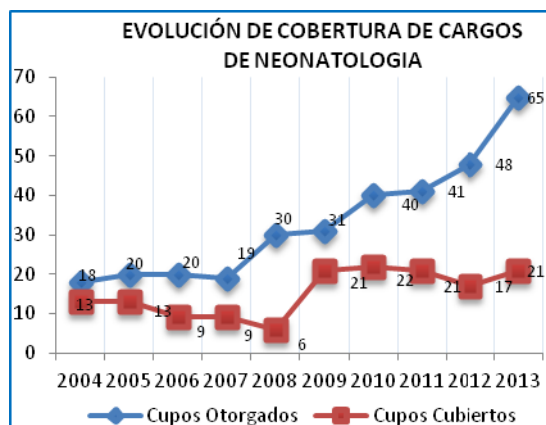
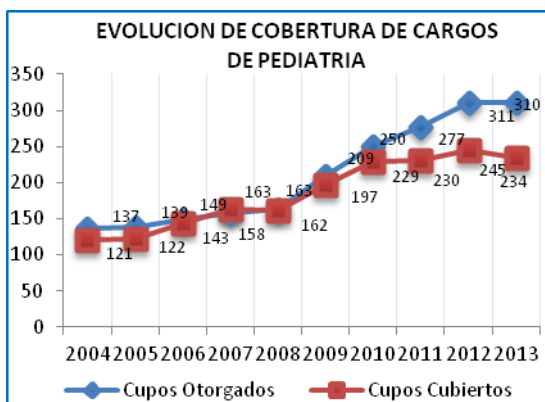
A partir de 2009 se incrementó sensiblemente la oferta de cargos de primer año, respetando las prioridades del COFESA. La planificación de la cantidad de cargos a ofertar se realiza en conjunto con cada provincia, a su requerimiento y analizando la capacidad formadora. El aumento de la oferta de cargos alcanza un 68% pero, si bien la cantidad total de ingresantes también se incrementa, no lo hace en igual proporción. .





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





Gestión articulada a través de la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación de Salud

En el año 2006, con motivo de la aprobación del Sistema Nacional de Residencias, comienzan a reunirse los responsables jurisdiccionales de recursos humanos y capacitación con las autoridades respectivas del ministerio. A partir de 2009 se consolida la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación en Salud, como parte de un modelo de gestión de políticas públicas basado en el consenso y la construcción conjunta, apoyado en diagnósticos y propuestas técnicas precisas.

Se traduce en un espacio de encuentro sistemático y de acuerdos, que orientan la asistencia técnica y la cooperación entre los equipos de recursos humanos jurisdiccionales y las áreas responsables del Ministerio de Salud de la Nación. Parte del trabajo de esta Red es el de cohesionar el sistema de residencias a través de la elaboración de documentos conceptuales y reglamentos comunes. Uno de los primeros acuerdos es el de compartir la información.

La Red se reúne a principio del año para definir los ejes de trabajo federal y regional y a fin de año para realizar la evaluación. Tienen lugar a lo largo de este período reuniones regionales para trabajar temas específicos.

Una estrategia para consolidar la Red fue la participación de los responsables provinciales en las distintas ediciones del Curso Regional de Liderazgo en Recursos Humanos del Campus Virtual en Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud. Con posterioridad, se realizó una versión nacional, adecuando los contenidos. Estas iniciativas facilitaron una base común conceptual para el abordaje de los problemas del campo, que se ha sostenido a pesar de la alta rotación de funcionarios por los cambios en las gestiones provinciales.

Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas

En 2009 comienza también a discutirse un proyecto que tiene origen regional pero que luego se extiende a otras provincias: El Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas (EU).

Dicha iniciativa nace a propuesta de las seis provincias patagónicas, las más australes del país, que buscaban alternativas para mejorar su cobertura y la gestión del examen. Se trata de provincias con baja densidad poblacional, con condiciones climáticas adversas, compuestas fundamentalmente de migrantes. Por otra parte, en la región sólo hay una facultad de medicina y la mayor parte de los candidatos a residencias en esta región provienen de la región centro del país. Al tomarse exámenes diferentes en las provincias, sólo aquellos que tuvieran recursos para desplazarse podían presentarse al concurso. A su vez, como los postulantes se presentaban en más de un concurso, la expectativa de cobertura de los cargos en función de los que daban examen era ficticia. También al ser pocas las plazas ofertadas, se tornaba ineficiente que cada provincia realizara un instrumento de examen para un número pequeño de postulantes.

Un examen común persigue el doble propósito de promover una mayor cobertura de vacantes y mejorar la accesibilidad a los concursos, al mismo tiempo, que simplifica y aliviana la gestión. Se ofrece a los aspirantes la posibilidad de participar en los concursos de diferentes provincias a través de un único examen y también de rendir examen en una sede en la Ciudad de Buenos Aires, provista por el Ministerio de Salud de la Nación. Esta primera experiencia regional desarrollada para el examen de ingreso en 2011 resultó exitosa en términos de gestión colaborativa y motivó la incorporación de más provincias, llegando a un total de 18 en 2013.

Las características más salientes del proceso son:

- ❁ La unificación del instrumento de examen y del cronograma de concurso para ingreso a residencias médicas. Cada provincia mantiene el resto de los elementos de su concurso y adjudica con ranking propio. El Ministerio de Salud de la Nación coordina la gestión.

- Los postulantes se inscriben sólo para una provincia y especialidad, lo que hace más previsible la adjudicación de cargos. Pueden readjudicar cargos vacantes en otras provincias participantes con el resultado del examen si no hubieran accedido a la vacante deseada.
- 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.
- El Comité elabora 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.
- El proceso de seguimiento *on line* de los postulantes y asignación de cargos a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA).

Evolución del Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas

2011	2012	2013
519 pre-inscriptos	695 pre-inscriptos	2466 pre-inscriptos
6 provincias	11 provincias	18 provincias
20 especialidades	21 especialidades	33 especialidades
s/d	463 habilitados para rendir	1790 habilitados para rendir
246 rindieron examen 93% aprobaron	362 rindieron examen 83,4% aprobaron	1666 rindieron examen 79,5% aprobaron
119 tomaron cargo (48% de los que rindieron)	200 tomaron cargo (55% de los que rindieron)	715 tomaron cargo (43% de los que rindieron)

El proceso de construcción federal del EU se da de manera incremental. Para el año 2016 se espera haber integrado las jurisdicciones faltantes con sus propios concursos y allí comenzará el trabajo para alcanzar un concurso único nacional con adjudicación centralizada de los cargos.

La implementación de esta política 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 médicos el acceso a residencias en todo el país. Queda aún por analizar cuáles son las elecciones de aquellos que prefieren no tomar los cargos de residencias que quedan vacantes.

Información e Investigación

Para trazar una descripción del escenario de la formación de especialistas es necesario recurrir a fuentes diversas y a información de tipo cuanti y cualitativa. En el tema de recursos humanos, los datos deben ser recopilados a partir de los productores primarios de la misma, las provincias y las instituciones formadoras, y consolidados a nivel nacional. Las investigaciones permiten completar la visión sobre el tema.

El Ministerio de Salud de la Nación, en el marco de los compromisos asumidos en el MERCOSUR, pone en marcha en 2008 la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud. A través de dicha red, que se integra con los registros de los profesionales habilitados a ejercer la profesión en las provincias dentro de la plataforma del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA) se puede contar hoy con la información de todos los médicos matriculados del país. Actualmente, se están validando los datos sobre sus especialidades, que estarán disponibles en fecha próxima.

Desde la Red Federal y el Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud se monitorean las tendencias en la elección de especialidades y cobertura de residencias, a través de diferentes dispositivos.

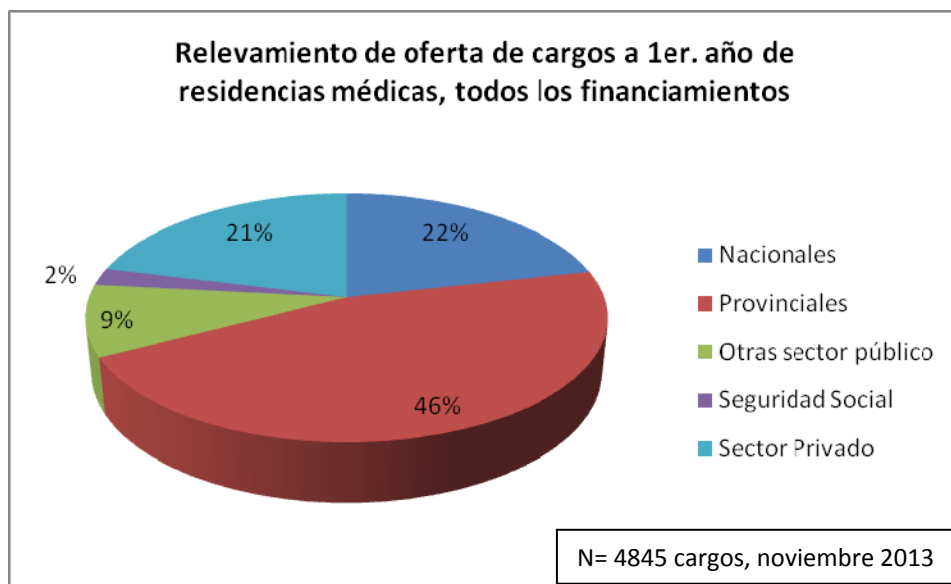
- ❁ Proceso de pre inscripción *on line* para las residencias nacionales y provinciales que permite consolidar información de todo el país.
- ❁ Centralización de la información sobre la oferta de nuevos cargos de residencia, con datos provenientes de los sistemas provinciales y del Sistema de Acreditación de Residencias.
- ❁ Líneas de investigación para analizar los factores que influyen en la elección de la especialidad y lugar de realización de la residencia, a través de la Comisión Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación.
- ❁ Mesa de Políticas Integradas de los Ministerios de Salud y Educación.

El año 2013 fue un año en el que se dio un salto cualitativo respecto de la información de recursos humanos, a partir de la confluencia de diversos procesos que venían teniendo lugar en las áreas de recursos humanos y de regulación de los ministerios de Salud y con el Ministerio de Educación de la Nación y las universidades.

Hasta el año 2012 se contaba sólo con información de las residencias con financiamiento provincial y nacional, que alcanzaba una cifra de 3.000 cargos para el ingreso a residencias médicas. Comparada con el número de egresados de la carrera de Medicina en 2011, por cada cargo ofrecido había 1,8 egresados. La cifra generaba preocupación, no sólo por ser insuficiente para brindar a todos la posibilidad de realizar una residencia sino porque aún en un contexto de escasez de cargos no se alcanzaba la cobertura deseada. La falta de una regulación específica dificultaba contar con datos válidos de otros sectores formadores, como el universitario, el privado y la seguridad social. A partir del Sistema Nacional de Acreditación y del trabajo articulado

con el Ministerio de Educación y las universidades, se actualiza dicha información a lo largo del año 2013.

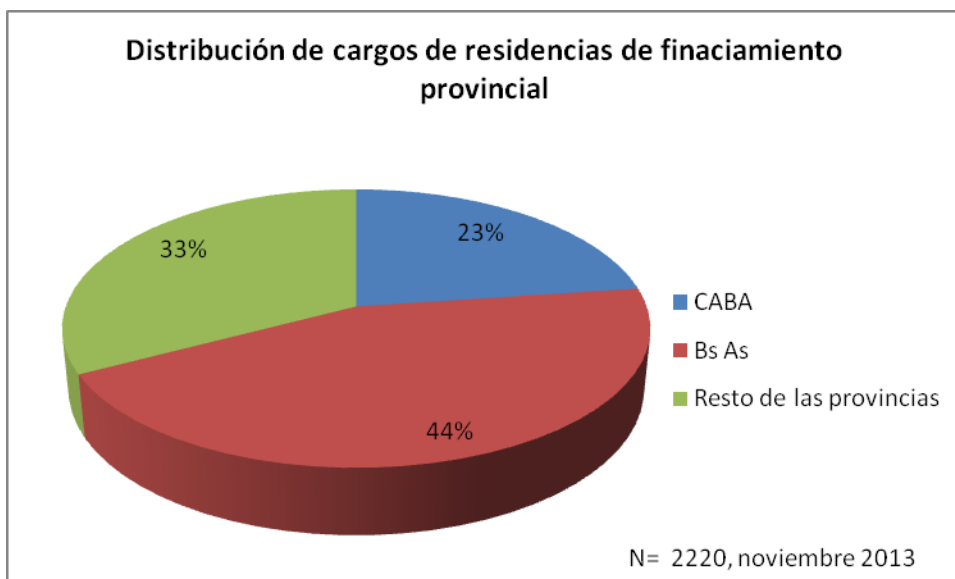
En el siguiente gráfico puede verse la distribución de la oferta de cargos de ingreso al sistema de residencias en 2013, que muestra una importante presencia de la oferta privada de residencias de la que no se tenía referencias hasta el presente.



Fuente: DNCHySO a partir de un relevamiento propio

La mayor parte de los cargos (68%) corresponde a los ministerios de salud nacional y provinciales y un 9% corresponde también a financiamiento público de las fuerzas armadas, de seguridad, municipios y universidades. Si bien estos datos son parciales, ya que aún no se cuenta con toda la información respecto de la oferta de residencias en el sector privado y de algunos municipios del país, puede visualizarse que, hasta el momento, la cifra de 1.023 residencias privadas es equivalente a la de las residencias nacionales. Esta situación cambia el escenario anterior, ya que el número global es mayor que el esperado y las residencias nacionales y provinciales ocupan una proporción menor.

Entre los 2.220 cargos provinciales, las dos terceras partes corresponden a cargos de las jurisdicciones de mayor peso en la oferta de residencias, que no tienen financiamiento nacional.



La preinscripción *on line* y el EU permitieron identificar las preferencias respecto de especialidad y lugar de realización de la residencia.

Gráfico: Elección de especialidades en el EU 2013

Especialidad	Cargos ofrecidos	Pre-inscriptos	Rindieron examen	Aprobados
Medicina general y/o medicina de familia	310	310	224	173
Pediatría	186	287	214	168
Clínica Médica	129	410	301	252
Tocoginecología	106	178	137	113
Anestesiología	65	318	213	183
Cirugía General	61	264	176	135
Terapia intensiva	43	27	15	11
Neonatología*	38	13	9	6
Ortopedia y Traumatología	35	124	82	60
Psiquiatría	27	45	32	23
Cardiología	23	99	50	40
Salud Mental	23	55	30	23
Anatomía Patológica	12	45	25	19
Oftalmología	9	50	29	21
Neurocirugía	8	36	25	20
Diagnóstico por Imágenes	8	47	22	17
Cirugía infantil (cirugía pediátrica)	8	27	14	10
Neurología	6	15	12	9
Otorrinolaringología	5	9	6	4

Infectología	6	10	4	4
Fisiatría (medicina física y rehabilitación)	5	14	5	5
Urología	4	13	7	3
Gastroenterología	3	16	10	8
Emergentología	5	4	2	2
Cardiología infantil	2	5	4	3
Neumonología	2	2	1	1
oncología	2	1	1	1
Dermatología	2	8	6	5
Terapia intensiva infantil	4	1	1	1
Geriatría	2	1	1	1
Reumatología	1	6	6	4
Genética médica	1	2	2	1
Ginecología	1	1		
Endocrinología		3		
	1142	2446	1666	1326

Por otra parte, al cruzar la información respecto del domicilio del postulante con el lugar elegido para hacer su residencia en el proceso de preinscripción, pudo observarse que los jóvenes profesionales prefieren realizar la residencia cerca de donde viven. La información muestra que aquellos que se trasladan a estudiar a otra región por falta de oferta en la propia, regresan a hacer la residencia si tienen la oportunidad.

Tabla: Elección del lugar para realizar la formación según región de nacimiento, de residencia actual o de institución formadora, preinscriptos a todas las residencias, concursos 2012

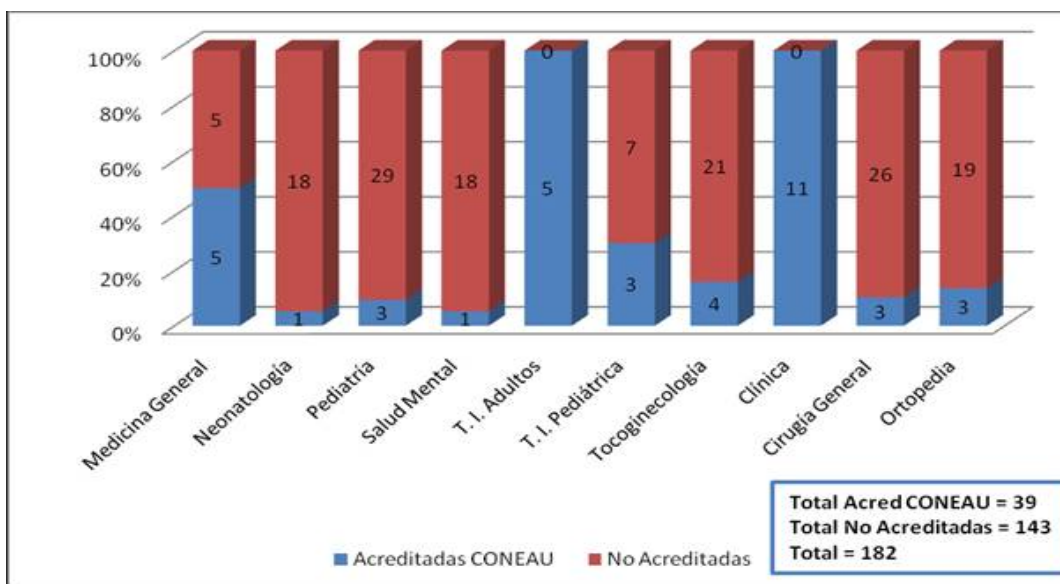
Preinscriptos a los concursos de Residencias del Equipo de Salud 2012 (4499 postulantes)					
Región de concurso	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia

Región de nacimiento	84,50%	80,68%	76,74%	80,85%	26,55%	56,81% (Centro)
Región de residencia	96,80%	86,65%	85,87%	86,58%	27,43%	66,19% (Centro)
Región Institución formadora	95,71%	77,28%	72,17%	51,95%	10,44%	78,94% (Centro)
				44,04% (Centro)		

La tabla muestra que las preferencias de los postulantes se orientan a la región en la que nacieron o en la que tienen su domicilio, excepto para el caso de la Patagonia, en que la mayoría proviene de la región Centro. Puede verse también que una importante proporción de nativos del NOA se forman en la región Centro.

El trabajo intersectorial con el Ministerio de Educación acercó la información sobre los posgrados dictados en las universidades públicas. Sobre una oferta total de 712 sedes en las que se dictan carreras de diversas especialidades médicas sólo una cuarta parte de las mismas se encontraban acreditadas de acuerdo con la Ley de Educación Superior. De estas 712, sólo 182 correspondían a especialidades básicas o priorizadas, de las cuales un 21% había superado el proceso de acreditación. Esta oferta en algunos casos está articulada con las residencias pero en otros compete con ellas.

Gráfico: Especialidades básicas y priorizadas por MSAL según Acreditación / No acreditación CONEAU



Fuente: Elaboración de la DNCHySO a partir de datos CONEAU 2012

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

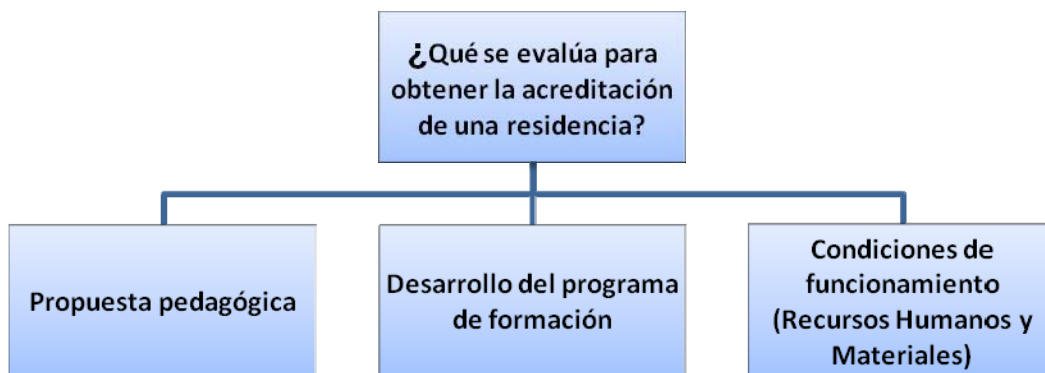
El proceso de acreditación de las residencias

El Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) se crea el 7 de abril de 2006, por Resolución N° 450/2006 del Ministerio de Salud, en vigencia del Plan Federal de Salud 2004-2007²⁴, que establecía, entre las políticas de recursos humanos, la necesidad de "Implementar procesos de evaluación del conjunto de las instancias de formación, con especial énfasis en las residencias de los equipos de salud a través de la Comisión Asesora en Evaluación de Residencias u otros mecanismos", expresando la preocupación y rectoría del Estado en la materia.

La acreditación de residencias es un proceso de armonización de los criterios mínimos para la formación que establece una base común, buscando asegurar una formación de calidad y generando lineamientos curriculares.

²⁴ Plan Federal de Salud 2004-2007 disponible en <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=732>

El objetivo de este proceso es lograr que la **formación** a través de todas las residencias del país sea **equivalente a nivel Nacional**, lo cual, siendo Argentina un país federal, es un desafío central.



A partir de las prioridades establecidas por el COFESA y los estrategias de intervención definidas por el Ministerio de Salud de la Nación se profundizan dos ejes de trabajo: uno relacionado con dar respuesta a los pedidos de acreditación que habían comenzado y a la urgencia de acreditar las residencias que eran financiadas por el MSAL; el otro, en paralelo, el desarrollo de los estándares específicos de cada especialidad y las herramientas necesarias para un proceso de evaluación sobre criterios comunes.

Desde el punto de vista normativo, la Resolución MSAL Nº 450/06 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, así como la participación amplia de diversos sectores en las distintas etapas del proceso.

En líneas generales, en el ejercicio de su rol de rectoría, el Ministerio de Salud preside y coordina el sistema, en permanente consulta con la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y del Comité Técnico. El primero es un órgano que integra a las organizaciones representativas de la formación y el trabajo en salud, tanto del sector público como el privado, que nuclean a las facultades de las distintas disciplinas del equipo, asociaciones profesionales, colegios médicos, asociaciones de clínicas y sanatorios, Academia Nacional de Medicina, CONEAU, Organización Panamericana de la Salud. El Comité Técnico en representación del COFESA, está conformado por el núcleo principal de la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación, o sea los funcionarios provinciales responsables de dichas áreas en todo el país. Forman parte también del SNARES las propias instituciones formadoras de residentes y las entidades evaluadoras, estas últimas constituidas por sociedades científicas de las distintas especialidades y facultades públicas y privadas, que se postulan para integrar el Registro de Evaluadores.

Los estándares de estructura formadora, producidos y consensuados tanto por la Comisión Asesora como por el Comité Técnico, ponen énfasis en las condiciones de trabajo y aprendizaje, considerándolas como interdependientes: supervisión docente, acceso a recursos de aprendizaje, comodidades habitacionales, cantidad máxima de guardias, etc.

La progresiva implementación del SNARES ha requerido de ajustes, del desarrollo de herramientas y de múltiples consensos para perfeccionar el proceso y definir los roles de cada uno de los actores. El procedimiento consolidado puede verse en el siguiente cuadro

Procedimiento de Acreditación

Residencia	→	1. Solicitud de Acreditación a MSAL / DNCHySO	
MSAL / DNCHySO	→	2. Informa pedido a Autoridad Provincial	→ 3. Solicitud evaluación a Sociedad Evaluadora
Sociedad Evaluadora	→	4. Visita Evaluación a Residencia <i>Instrumento Nacional de Evaluación</i>	→ 5. Informe evaluación a MSAL / DNCHySO <i>Estándares Nacionales / Matriz de Valoración</i>
MSAL / DNCHySO	→	6. Elaboración informe final integrador <i>Programa / Estándares Nacionales / Matriz de Valoración</i>	
Comisión Asesora	→	7. Revisión y aprobación del procedimiento	
Comité Técnico	→	8. Supervisión del proceso / Intervención en conflictos	
MSAL / DNCHySO	→	9. Acreditación y Categorización (Disposición de la SSPRyF)	
	→	10. Incorporación al Registro Único de Residencias Acreditadas / Boletín Oficial / Web MSAL	

Se ha avanzado en la evaluación y acreditación de residencias nacionales de las especialidades priorizadas y en la de residencias del ámbito privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Área Metropolitana. El proceso de acreditación ha permitido consolidar a la fecha un registro, aún incompleto, de 1.434 residencias en todo el país. Ello ha mostrado, como se vio con anterioridad, que la oferta de cargos de residencia es mayor que el que se tenía conocimiento hasta hace poco.

De este número, 681 residencias ya están en alguna etapa del proceso de acreditación y 182 se encuentran acreditadas.

Los avances aún son lentos. Es un gran desafío lograr que las entidades evaluadoras desarrollen su tarea en un marco de equidad entre los distintos evaluadores y evaluados, ya que, en años de ausencia del Estado, ellas habían asumido el poder de policía “acreditando” con criterios disímiles. Ha sido complejo instalar la diferencia entre la **evaluación** que realizan las entidades inscriptas en el Registro y la **acreditación** como potestad del Ministerio y rever las condiciones en que deben realizarse las evaluaciones en este nuevo marco, revisando en conjunto las prácticas instituidas. Es

intenso el trabajo que se debe realizar con los evaluadores para garantizar criterios objetivos en la aplicación de los instrumentos y la elaboración de los informes.

El trabajo con la Comisión Asesora ha crecido a partir de la regularidad de las reuniones y, además de la revisión de las acreditaciones, aporta a la definición de temas no regulados que van surgiendo en el proceso de implementación del sistema, en una dinámica colaborativa.

Fortalecimiento de las estructuras formadoras y de conducción de las residencias

Los resultados del progreso de la acreditación permitieron orientar la asistencia técnica a las residencias y dieron lugar a nuevos desarrollos para acompañar la gestión del Sistema y fortalecer las estructuras formadoras provinciales. Algunas estuvieron ligadas a herramientas específicas, como la **Guía para la elaboración de programas de residencias**, el **Registro de Prácticas y Procedimientos para la evaluación de residentes** y el **Registro de Residencias en el Sistema de Información Integrada Sanitario Argentino (SIISA)**.

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

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

Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas

El otro eje sobre el que se sustenta el proceso de regulación de la formación es la definición de estándares por especialidad, denominados Marcos de Referencia.

El Marco de Referencia es un documento que establece los rasgos definitorios de la formación en las residencias. Como tal, contempla criterios básicos y estándares que definen aspectos sustantivos de cada especialidad, para ser tenidos en cuenta durante la acreditación y la elaboración de los programas de formación de las distintas sedes y jurisdicciones.

Los documentos se elaboran en conjunto entre el Ministerio de Salud de la Nación, Sociedades Científicas, Asociaciones Profesionales, Universidades, referentes provinciales y de programas de nivel jurisdiccional y/o nacional. Para ello, se conforma una comisión por especialidad que se reúne mensualmente durante un período aproximado de veinte meses, y que discute y consensua:

- el Perfil del Egresado
- los Bloques de Contenido de la especialidad²⁵ y
- los Requisitos Mínimos para el funcionamiento de la residencia.

El proceso de elaboración del documento constituye una revisión sobre el objeto epistemológico y ejercicio de la especialidad en cuestión. Mediante la discusión y la construcción colectiva se intenta dirimir conflictos y superar estereotipos, ya que se incluyen las voces tanto de los actores que históricamente han definido políticas de formación como de los que recrean buenas prácticas sanitarias y no siempre han sido incluidos en esas definiciones.

Una vez elaborado por la comisión *ad hoc*, el documento sigue el circuito de aprobación de la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias y de la Comisión Nacional Asesora del Ejercicio de las Profesiones de Grado Universitario en Salud y es validado federalmente por el Comité Técnico.

Los Marcos que ya cuentan con validación federal son los de Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Neonatología, Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Infantil, Clínica Médica y Cirugía General. Se encuentran en elaboración Epidemiología y Salud Mental.

La articulación intersectorial

En el año 2011, a través de un convenio, los Ministerios de Salud y de Educación formalizan un espacio permanente de trabajo para abordar los temas conjuntos. A partir de dicho convenio, se crea la Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación con dos espacios

²⁵ Entre los bloques de contenido se han definido una serie de contenidos transversales que abordan problemas centrales del campo de la salud y de la atención, comunes a todas las profesiones y que son poco jerarquizados en el grado. Se organizan en tres ejes que destacan dimensiones en el desempeño del profesional de la salud. El primero recalca el rol del profesional como parte y actor del sistema para garantizar el derecho a la salud. El segundo subraya el vínculo del profesional con los otros sujetos de derecho que acceden a las instituciones de salud. El último enfatiza el valor de la educación permanente y de la investigación para la mejora de la atención.

claramente definidos: uno dirigido a las políticas de desarrollo de recursos humanos y otro para la promoción de la salud a través de los ámbitos educativos.

La Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación la conforman referentes políticos y técnicos de ambos ministerios y trabaja sobre las necesidades de los distintos niveles de educación superior. A medida que se acuerda una agenda común, cada Ministerio actúa en consecuencia para el logro de los objetivos fijados con sus equipos técnicos.

Respecto de la formación de posgrado, ha comenzado a plantearse la importancia del análisis conjunto de las carreras de especialista universitario, a los efectos de generar incentivos regionales para la formación en especialidades priorizadas.

Paralelamente, se compartieron con la Comisión Nacional de Acreditación y Evaluación Universitaria los estándares utilizados para la acreditación de residencias, que fueron tomados como referencia para la evaluación de las carreras de especialistas universitarios.

CÓMO SEGUIMOS CON EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LAS RESIDENCIAS

Orientación de la oferta

El incremento de las plazas de las residencias ha mostrado ser insuficiente para alcanzar el objetivo buscado; es necesario pensar en una reestructuración global de la oferta. Para ello corresponde encarar un trabajo de revisión con las provincias y con el resto de los actores del sector público sobre la diversidad de las especialidades ofertadas en las residencias.

La revisión deberá incluir una perspectiva epidemiológica con eje en los procesos de transición y la carga de enfermedad a nivel regional, información sobre los especialistas en ejercicio en cada una de las provincias y también de la oferta de formación universitaria.

A partir de una definición de prioridades ya no sólo a nivel nacional sino regional, se trabajará en la planificación conjunta con los ministerios de salud jurisdiccionales y el Ministerio de Educación la cantidad de cargos en cada especialidad y los incentivos para la formación a través de carreras universitarias. Este camino se fortalece con el trabajo encarado con el Ministerio de Educación y el Consejo de Universidades para compartir los estándares de formación y la duración de las carreras, de manera de generar sinergias y avanzar en la convergencia de la acreditación de residencia y carreras universitarias.

El escenario se completa a medida que se consolida la información en la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud, en el cual se deberá incorporar la información sobre la formación a

través de la residencia, y con la continuidad de la línea de investigación sobre las preferencias de los jóvenes graduados.

Mejora de las condiciones de formación de la residencia

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

Para una mejora efectiva, tanto de la cobertura de cargos como de la calidad del aprendizaje, deberá tenerse presente el proceso de feminización que se da en la matrícula de las facultades de medicina. Debe trabajarse en una reestructuración del sistema de residencias hacia uno más humanizado, que permita a todos los profesionales compatibilizar el proyecto de formación con los proyectos familiares en un único proyecto de vida.

Perfil de los egresados de Medicina

También parte de la estrategia para la planificación de especialistas debe involucrar la formación de grado. En el marco de las políticas integradas con el Ministerio de Educación y la articulación con las universidades, es importante la participación del Ministerio de Salud en el proceso de revisión de los estándares de la carrera de Medicina.

Desde otra perspectiva, el Ministerio de Salud está promoviendo la apertura de nuevas facultades de medicina, para brindar mayores posibilidades de formación allí donde se han detectado áreas de vacancia. En estas zonas, en conjunto con el Ministerio de Educación y las universidades, se desarrolla el proyecto de carreras protegidas, mediante el cual se ofrecen vacantes preferenciales para aquellos estudiantes con buen rendimiento académico, apoyándolos en sus comunidades para la preparación de las pruebas de admisión y ofreciendo una tutoría especial en su inserción en el ámbito universitario de aquellos que ingresan.

Organización de las redes provinciales

En el marco del respeto por el federalismo, se promoverá una mayor discusión sobre la organización de los modelos de atención y gestión, jerarquizando la estrategia de Atención Primaria de la Salud y la tarea de los médicos que trabajan en el primer nivel de atención.