

EDITORIAL

RESIDENCIAS MÉDICAS EN ARGENTINA 2015

La residencia configura un modelo particular para la formación de especialistas en el posgrado, que se distingue por la práctica intensiva e inmersión en los servicios de salud. El residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: no sólo profundiza en un área de conocimientos sino que aprende el desarrollo del trabajo real. Se trata de un sistema 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. Entre los jóvenes médicos, parece naturalizada la idea de que no están en condiciones de ejercer la práctica únicamente con la formación de grado. En este sentido, la residencia constituye una suerte de “camino obligado”.

Del mismo modo, la idea de que “la residencia es el mejor sistema de formación de posgrado” persiste en muchos de los actores involucrados en la formación en salud. Esta afirmación se basa en el reconocimiento de las amplias oportunidades de aprendizaje que este sistema ofrece en comparación a otras alternativas.

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. La residencia instala la dedicación a tiempo completo en estructuras que estaban destinada a la atención de medio día, con la consiguiente mejora en la calidad de atención. Los relatos sobre las primeras experiencias de incorporación de residentes a los servicios destacan los beneficios de la ampliación de la cobertura asistencial a 24 hs, la posibilidad de realizar un mejor seguimiento y control de tratamientos y la contribución en el registro y documentación (Revista AMA, 1960). Por otra parte, se menciona que la inclusión de residentes no siempre fue sencilla, generándose rivalidades y tensiones entre el cuerpo de residentes y los médicos de planta (Davini et al, 2003).

Estas primeras residencias se conformaban en estrecha conexión con centros universitarios y asistenciales considerados de excelencia. Hacia fines de los años 50', la residencia se extiende y consolida, pero sólo para unos pocos, elegidos por los maestros.

La década del 60' se caracteriza por una expansión progresiva de las residencias en el campo exclusivo de la medicina. El cambio de escala exigió el desarrollo de normativa que ordenara aspectos claves del sistema. En agosto del 1960, la Secretaria de Estado de Salud Pública aprueba la Resolución 1778 que define la residencia como “Un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad”. En la misma norma fueron contemplados los lineamientos que daban marco a las relaciones entre el residente y el hospital, los objetivos de la residencia, los requisitos hospitalarios mínimos para el funcionamiento de una residencia, los programas, las funciones del residente y los aspectos pedagógicos de la formación.

La tensión entre las dimensiones educativas y asistenciales de la formación resulta ya manifiesta en esta etapa, siendo una de las problemáticas que sigue teniendo vigencia e impacto hoy en el sistema de residencias.

Según señala Rosa María Borrell (2005), esta tensión no es sólo atribuible al carácter propio de la residencia, sino que obedece también al impacto de las residencias en las relaciones y la organización del trabajo de los hospitales. Esta dicotomía le da potencia a la modalidad pero no siempre los servicios logran adecuar su estructura prestacional y formadora para una formación de tiempo completo, por lo que recae sobre los residentes la responsabilidad de la atención vespertina, y se naturaliza esta situación, que también pasa a ser parte de la tradición de la residencia y de los servicios de salud (“la residencia sostiene los servicios”).

En los años 90' se reforma la legislación, reconociendo a la residencia completa como una de las formas de acceso al certificado de especialista, con la modificación de la “Ley Normas para el Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración” (Ley 23873, 1990). Se registra un importante

incremento no planificado en el número de residencias, de especialidades y subespecialidades asociado a las necesidades del mercado, ligado al sector privado y a centros asistenciales de corta trayectoria. En ese período, las funciones de regulación y control se encontraban claramente debilitadas, prevaleciendo una lógica que privilegiaba la incorporación de jóvenes profesionales al ámbito asistencial, sin una preocupación por garantizar las condiciones mínimas en la calidad de la formación, dejándolos librados a la lógica de los servicios.

Los años 2000 instalan una nueva configuración en la que el Estado recupera su función de rectoría. El Ministerio de Salud de la Nación impulsa la Atención Primaria de la Salud como estrategia privilegiada de acción y decide incrementar los cargos de residencias nacionales, promoviendo las especialidades básicas que sustentan la atención en el primer nivel (Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología), las de área crítica por la baja oferta de formación y la escasez de profesionales (Terapia Intensiva de Adultos y Pediátrica, Anestesiología, Neonatología) y las interdisciplinarias de Salud Mental.

La residencia, como modalidad de formación, no es la preparación para un puesto de trabajo específico. El residente debe tener oportunidades no sólo de realizar las distintas prácticas que lo llevarán a adquirir las destrezas necesarias, sino que deberá prepararse para hacerlo en diferentes espacios institucionales, para desarrollar capacidades metodológicas y espíritu crítico que le permitan interpelarse y encarar con rigor, ética y sistemática los problemas cotidianos de su ejercicio y para reconocer la necesidad del aprendizaje continuo a lo largo de su vida profesional. Es decir, se debe formar un especialista para que se inserte en cualquiera de los ámbitos de actuación del quehacer de su especialidad.

Para que estos propósitos puedan cumplirse es necesario contar con un programa de formación que ordene el proceso y con un servicio que acepte el desafío de abrirse a la educación permanente, al cuestionamiento y a la mejora continua. Una de las tensiones habituales de la residencia es que se identifica al profesional en formación como perteneciente a un servicio y no a un programa educativo. De esta manera, si la gestión del proceso de capacitación no se realiza adecuadamente y se involucra a los profesionales del servicio, las obligaciones de trabajo relegan las oportunidades de aprendizaje. Del mismo modo, si la tarea asistencial no es acompañada por un docente tutor, que vaya graduando el nivel de autonomía en las intervenciones del residente, el aprendizaje se produce de manera asistemática o inadecuada, con el consiguiente riesgo para los pacientes presentes y futuros.

Sin dejar de lado variantes regionales, la formación de especialistas debería tener una base común en todo el territorio: perfil deseable de egresado, con propósitos, objetivos y contenidos por nivel, rotaciones y actividades para la adquisición de competencias de la especialidad, sistema de evaluación.

Un camino hacia estas definiciones lo constituye el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (Resolución 450/06 Ministerio de Salud de la Nación), que aprueba una reglamentación para la acreditación de residencias, con procedimientos y estándares comunes.

Sin embargo, no es posible transitar este camino sin la participación amplia de todos los actores del quehacer de la formación, el trabajo y la regulación del ejercicio profesional en salud. Desde su rol de decisores, asesores o evaluadores, instituciones académicas, universidades, sociedades científicas, ministerios provinciales, colegios profesionales aportan al desarrollo de estándares y al proceso de evaluación.

Mientras que hace 20 años la oferta de plazas sólo alcanzaba para el 30 % de los médicos egresados (Aguilar O, 1995) y diez años atrás se creía que un 60 % de los egresados accedía a un cargo, hoy sabemos que la oferta de residencias es suficiente para los recién egresados. En el año 2013, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional identificó un poco más de 4800 plazas de residentes (entre públicas y privadas), para un volumen de egresados de 4854 en 2012. Con estos números, podría pensarse que la correspondencia entre vacantes y egresados es una ventaja en términos de lograr una adecuada formación de especialistas y, consecuentemente, la atención de las necesidades sanitarias de la población del país. Sin embargo, las disparidades en la distribución regional de los cargos, y en la cobertura de los mismos, resulta un problema. La mayor concentración de los cargos de residentes se da en el Centro del país, en donde también se concentran los mayores volúmenes de egresados de carreras de medicina.

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 y calidad.

En este sentido, el Consejo Federal de Salud (1) y sus órganos técnicos, como la Red Federal de Recursos Humanos y Capacitación en Salud, constituyen un

1. El Consejo Federal de Salud reúne a los ministros de salud provinciales y al Ministro de Salud de la Nación

modelo de gestión de políticas públicas basado en el consenso y la construcción conjunta. Producto del consenso federal es el Examen Único de Ingreso a Residencias Médicas, que va sumando voluntades hacia un concurso unificado de acceso a las residencias para todo el territorio nacional. Se trata de una iniciativa compleja que tiene como visión una distribución más equitativa de la oferta de formación de especialistas. No obstante, todavía persisten otras opciones, tanto dentro como fuera del sistema de residencias, que permiten a los jóvenes itinerar entre distintas formaciones, privando al sistema de salud de la posibilidad de una planificación ajustada a las necesidades colectivas. Dentro de estas opciones se encuentra la oferta de posgrados universitarios que debería analizarse globalmente con las residencias, a los efectos de generar sinergias e incentivos regionales hacia las especialidades priorizadas.

Como vemos, la consolidación del Sistema Nacional de Residencias es un proceso en el que confluyen múltiples objetivos e intereses. Por un lado, el incremento de las plazas de las residencias ha mostrado ser insuficiente para alcanzar las metas perseguidas: es necesario pensar en una reestructuración global de la oferta. Para ello corresponde encarar un trabajo de revisión de la diversidad de las especialidades ofertadas en las residencias, junto con las provincias y con el resto de los actores del sector. Dicha revisión deberá incluir una perspectiva epidemiológica con eje en los procesos de transición y la carga de enfermedad a nivel regional e información sobre los especialistas en ejercicio en cada una de las regiones. A partir de una definición de prioridades, deberá trabajarse en la planificación conjunta con los ministerios de salud jurisdiccionales, el Ministerio de Educación y las universidades, la cantidad de especialistas a formar en los próximos años a través de carreras universitarias y residencias.

En el mismo sentido, 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, trabajando en sentido de 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.

Asimismo, la estrategia para la planificación de especialistas debe involucrar la formación de grado, para orientar desde un primer momento la formación de Medicina hacia el médico que el país necesita y donde lo necesita.

Recapitulando, en un escenario como el descripto, 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. Sin acuerdos amplios, que orienten en conjunto las prioridades de formación y los incentivos del mercado empleador acorde a las políticas sanitarias, no será posible superar la fragmentación de la oferta de formación.

Asociación Médica Argentina (1960) Jornadas sobre residencias hospitalarias, Buenos Aires 18 de Noviembre de 1959. Rev. Asociación Médica Argentina:74.

Davini C, et al. (2003). Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual, Buenos Aires, OPS, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud, UBA. Instituto Gino Germani.

Borrell Bentz R M (2005). La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud OPS.

Aguilar O L. Discurso pronunciado en las 3º Jornadas Franco Argentinas de Medicina y Cirugía, Hospital Francés, 7 al 13 de Setiembre de 1995.

Ministerio de Salud de la Nación. Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud.

Duré I, Daverio D, Dursi C. Planificación y Gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina. Observatorio de Recursos Humanos en Salud- Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

Dra Isabel Duré.
Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.
Ministerio de Salud de Nación