

2º CONGRESO DEL FORO DE FACULTADES Y ESCUELAS PÚBLICAS DE MEDICINA

PRESENTACIÓN DRA. ISABEL DURÉ

31-10-2013

Este es un lugar muy importante para mí. La primera vez que vine tenía 13 años y acompañé a mi padre a recibir su título de médico. Era el año 1968, y estaba la dictadura, Onganía. Once años después volví y fue él quien me entregó mi título. Era en pleno proceso militar. Y no puedo dejar de recordar que ayer cumplimos treinta años ininterrumpidos de ejercicio democrático. Treinta años en los cuales los derechos humanos ocuparon el centro de la escena, en los que nos venimos construyendo en el diálogo y la libre expresión.

Estoy acá para contarles cómo trabajamos desde la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional y desde la Red Federal de Referentes de Recursos Humanos y Capacitación para fortalecer el sistema de residencias, en cumplimiento de los acuerdos y lineamientos políticos que definen nuestros ministros de salud en el Consejo Federal de Salud, el COFESA.

Pero este momento es especial, ya que están aquí presentes todos los actores que tienen que ver con la formación de los equipos de salud, preocupados por lo que pasa en relación con el posgrado. Y eso me alegra, porque desde el Ministerio de Salud sabemos que no podemos avanzar en políticas de desarrollo de recursos humanos sin la participación de todos los involucrados y sabemos lo complejo que ello es en el marco de las autonomías, provinciales y universitaria y las responsabilidades sectoriales. Y como estamos acostumbrados a trabajar en el ejercicio de los consensos, sabemos lo difícil que es materializar la presencia de todos en un mismo ámbito.

Y hoy estamos aquí, en la universidad, con los responsables de posgrado de las facultades de medicina, pero también con mis compañeros de trabajo, los responsables provinciales de la formación de residencias, y con representantes de los colegios médicos, que en algunas provincias tienen delegada la certificación de la especialidad. Y también están miembros de las sociedades científicas que colaboran desde estos ámbitos académicos en la formación de posgrado, quienes, por este tema de que la educación médica es un campo poco convocante, muchas veces representan a más de una institución.

Estoy segura de que si pregunto a los aquí presentes, todos vamos a coincidir en que **LA RESIDENCIA ES EL MEJOR SISTEMA DE FORMACIÓN DE POSGRADO PARA LOS MÉDICOS**. Pero qué significa eso? Por qué lo decimos?Cuál es el sentido que tienen hoy estas palabras?

“Cada modelo de formación supone y articula concepciones acerca de asuntos como educación, enseñanza y aprendizaje, entre otros, con interacciones recíprocas específicas, dando así lugar a una visión totalizadora del objeto” (Arredondo, 1989).

Cuando en el sector salud hablamos de residencia no necesitamos explicitar de qué hablamos, todos entendemos. El residente es ese joven médico que rindió un examen para poder ingresar en un servicio a



2º CONGRESO DEL FORO DE FACULTADES Y ESCUELAS PÚBLICAS DE MEDICINA

PRESENTACIÓN DRA. ISABEL DURÉ

formarse, que será su casa durante los próximos tres o cuatro años, una casa en la que no tendrá tiempo durante el primer año para comer ni dormir, en donde a fuerza de estar las 24 horas seguidas atendiendo pacientes “aprenderá” bajo las órdenes de un residente superior y de la supervisión de un médico de planta o instructor, que enseña como aprendió, pero sin formación docente adecuada para estos contextos. Que recibirá clases teóricas a las que asistirá medio dormido y será castigado con más trabajo si no se adecua a las normas o comete errores, si no se “adapta”. Y que si sobrevive a estos desafíos, impuestos por la currícula oculta porque “así aprenderá a tomar decisiones” o “la letra con sangre entra”, o “así aprendimos nosotros” logrará incluirse en el modelo hegemónico, podrá transitar los años subsiguientes de su proceso de formación en mejores condiciones de trabajo y será feliz.

Los siguientes testimonios dan cuenta de la “huella, de la impronta,” que el sistema deja en cada uno de ellos... porque se modela mucho más con el rol que con la teoría y las instituciones tienen historia en esta forma de transmisión...

“Yo hice mi residencia de Clínica Médica en ..., tengo los mejores recuerdos, hice un hermoso grupo de amigos, los momentos vividos son tan intensos que realmente uno genera grandes amistades. Recuerdo que en las vacaciones hacíamos guardias solos, R1 con 52 camas, 8 ingresos la mayoría incendiados, cuando terminabas la guardia tenías la sensación de que eras capaz de cualquier cosa”

“Sin duda el primer año de residencia (en mi caso Clínica Médica) fue el más duro de todos los años porque fue un gran salto de la facultad al hospital. Me acuerdo que éramos solo dos residentes en ese año y hacíamos guardias día por medio, con lo cual estábamos prácticamente todo y todos los días en el hospital, por supuesto dormidas, con un cansancio y una pesadez en el cuerpo que no se podían explicar. Recuerdo que una vez me levanté a la madrugada para ver un paciente y fui a verlo tan dormida que cuando le puse el estetoscopio para escucharlo, esos pocos segundos que me llevaba el examen físico de auscultarlo, cerré los ojos y pensé "como quisiera dormir un ratito mas". El segundo año lo disfrute porque ya teníamos menos guardias y teníamos a los residentes de primero quienes nos devolvieron muchas horas de sueño y de lectura. El último año, es de mucha responsabilidad porque el mayor da el ejemplo a los más chicos y toma decisiones responsabilizándose de las acciones que hace. La residencia es un camino difícil de transitar, donde a mi criterio, no se mide el gran esfuerzo físico y mental llevando muchas veces a tener el mas común de los sentimientos que es: RENUNCIAR!! Pero vale la pena el esfuerzo, siempre y cuando se mejore la calidad de vida de los residentes”

Tenemos naturalizado que así se enseña y aprende en el contexto de los servicios de salud y también que los jóvenes médicos no están en condiciones de ejercer la práctica de manera adecuada sólo con la formación de grado, aún con carreras de 7 años de duración.



2° CONGRESO DEL FORO DE FACULTADES Y ESCUELAS PÚBLICAS DE MEDICINA

PRESENTACIÓN DRA. ISABEL DURÉ

La residencia es un sistema concebido para aprovechar toda la potencia formadora de la situación de trabajo, pero esta potencia termina configurando su mayor tensión, por la dificultad en conciliar formación con asistencia. Esta tensión es estructural, ya que es también producto de la tensión entre el rol asistencial del servicio y el que asume como institución formadora. Y parece que la potencia del trabajo recae con mayor peso en el residente que en el resto del equipo.

La residencia nace como un sistema de formación de elites: los elegidos podían aprender cerca del maestro. Tiburcio Padilla, Finochietto, Mario Brea, Lanari. Comienzan ligadas a la Facultad de Medicina. Pero luego se extiende a otras instituciones.

Una resolución emitida por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (Nº 1.778/60), crea el sistema de residencias médicas hospitalarias “como instancia de formación laboral y perfeccionamiento científico” en el año 1960. Si bien ya existían, se formalizaron a partir de ese momento. El Estado jerarquiza el modelo como una política de formación de especialistas. Más tarde avanza en instancias de regulación. En 1967 se crea la CONAREME, institución normatizadora y evaluadora de programas de residencia que aún hoy muchos recuerdan. En 1979 se aprueba la Ley del Sistema Nacional de Residencias, que instala a la residencia como una forma del acceso a la certificación de la especialidad. Ambos hitos de la residencia están ligados a gobiernos de facto.

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 esta 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.

La residencia aparece con una dedicación a tiempo completo en estructuras que estaban destinada a la atención de medio día y permite extender este horario. Ello le da potencia a la modalidad pero no todos los servicios logran adecuar su estructura prestacional y formadora a este tiempo completo, por lo que se instala sobre la residencia la responsabilidad de la atención y se naturaliza esta situación, que también pasa a ser parte de la tradición de la residencia y de los servicios de salud, alimentada por los mismos actores.

“Pero no fue todo fácil; hubieron grandes resistencias por parte de médicos de planta, falta de comunicación, problemas gremiales (defensa del médico concurrente en oposición al residente) y falta de puntaje en las carreras médicas para los residentes.



2° CONGRESO DEL FORO DE FACULTADES Y ESCUELAS PÚBLICAS DE MEDICINA

PRESENTACIÓN DRA. ISABEL DURÉ

Pero todo ello generó una mística, actitud que tomamos los iniciadores y los propios médicos residentes; no queríamos doblegarnos y sí seguir luchando todos por lo que creíamos que era el mejor método de formación de post-grado.

Creo que en el momento actual, si bien las plazas disponibles para residentes no cubren ni un 30% de los egresados de las Facultades de Medicina de todo el país, sigue siendo el mejor método de formación de post-grado, pero la pregunta ahora es otra y yo me la hago; qué hacemos con ese 70% de egresados que no ingresan al sistema? Ellos también tienen derecho a estudios de post-grado.

Pero para ello se necesitan recursos, acreditación de programas educacionales con mejoramiento franco de las instituciones y servicios y dentro de una política universitaria y de salud bien definida.”

Dr. Oscar L. Aguilar, Director Ejecutivo del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos

Discurso pronunciado en las 3^{er} Jornadas Franco Argentinas de Medicina y Cirugía, Hospital Francés, 7 al 13 de Setiembre de 1995

Y ahora les voy a hablar de nuestro sistema de acreditación. En el año 2006 se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, previa aprobación del COFESA.

El Sistema tiene una particularidad: incluye a todos los actores que estamos aquí presentes.

- Coordinación: Ministerio de Salud
- Comisión Asesora: Entidades representativas de la formación y del trabajo (Academia de Medicina, AFACIMERA, FAFEMP, COMRA, CONFEMECO, ADECRA, SAIDEM, etc.)
- Comité Técnico: Responsables provinciales de Recursos Humanos y Capacitación
- Evaluadores: Sociedades Científicas, Universidades

Ha sido muy difícil concretar la participación efectiva de todos los actores. Porque participar de un colectivo supone ceder poder y compartir espacios que los distintos actores queremos retener como propios.

Si bien el sistema se crea en 2006 y 2007, recién en el año 2009 se incorporan los primeros evaluadores.

El proceso de acreditación tiene varios pasos:

- la solicitud de la acreditación que es voluntaria, salvo para las residencias que financia el ministerio que es obligatoria,



2º CONGRESO DEL FORO DE FACULTADES Y ESCUELAS PÚBLICAS DE MEDICINA

PRESENTACIÓN DRA. ISABEL DURÉ

- una evaluación por evaluadores externos que deben registrarse en el Ministerio para serlo,
- un proceso de triangulación de programa, informe de evaluación y encuesta a los residentes que realizamos con el equipo de mi Dirección,
- una supervisión del Consejo Asesor, y por el Comité Técnico en caso de conflictos,
- la acreditación mediante una disposición del Ministerio de Salud, que se publica en el Boletín Oficial de la Nación,
- La comunicación a la residencia de los resultados de la acreditación y las recomendaciones formuladas, que van a ser tenidas en cuenta para la reacreditación.

La primera acreditación se realizó en 2011. Ya tenemos 171 residencias acreditadas y 603 en proceso.

EL proceso de acreditación fue abriendo el escenario y la necesidad de contar con distintas herramientas.

El mayor desafío eran los estándares, los que se trabajan en consenso con todos los actores y que pasan por un proceso de acuerdo federal.

Los de estructura formadora los desarrollamos primero y lo acompañamos de una matriz de valoración para facilitar la categorización y homogeneizar los criterios. También desarrollamos herramientas y dispositivos de asistencia técnica para mejorar la formulación de los programas de formación.

Los estándares por especialidad requieren un trabajo complejo: se elaboran marcos de referencia con una metodología basada en formación por competencias y lo hacemos en comisiones por especialidad en la que participan referentes de sociedades científicas, de universidades y de las provincias y que se reúnen todos los meses durante casi dos años. No me voy a extender en el tema porque hemos presentado un poster que ustedes pueden ver en el primer piso, pero sí comentarles que en cuatro años ya elaboramos los marcos de referencia para Medicina general y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Neonatología, Terapia Intensiva Infantil y de Adultos, Clínica Médica y Cirugía General y estamos trabajando con dos residencias multidisciplinarias que son Epidemiología y Salud Mental. También como parte del trabajo con todos los actores del campo, estos documentos los estamos compartiendo con la CONEAU, que los está utilizando como referencia para los estándares de la acreditación de las carreras de especialistas.

Este proceso nos ha aportado una gran cantidad de información. Cuáles son las áreas de las residencias a las que debemos apuntar para mejorar la calidad de las residencias? Esto lo hemos consolidado a partir de las recomendaciones de los informes de evaluación y de la opinión de los instructores de residentes que han participado de un curso virtual que acabamos de terminar.

Recomendaciones:



2° CONGRESO DEL FORO DE FACULTADES Y ESCUELAS PÚBLICAS DE MEDICINA

PRESENTACIÓN DRA. ISABEL DURÉ

- Implementar régimen de descanso post guardia, ajustar la cantidad de guardias a los estándares y distribuir las uniformemente durante el transcurso de la residencia.
- Ajustar la carga horaria semanal (48 hs. semanales).
- Mejorar la formulación del Programa de Formación (objetivos por año, por rotación).
- Incluir contenidos transversales en el Programa de formación.
- Aumentar la participación de los residentes en la cultura de la investigación.
- Formalizar el sistema de evaluación continua y sistemática del proceso de formación. Instalar/implementar el registro de prácticas de cada residente como parte de la evaluación de la formación.
- Formalizar los convenios con las instituciones donde se desarrollan las rotaciones externas.
- Fortalecer la supervisión de las residencias: cantidad, formación de formadores, etc.
- Lograr un equilibrio entre formación académica y demanda asistencial.
- Mejorar la accesibilidad a las bibliografías calificadas con tecnologías apropiadas.
- Estimular la retroalimentación y espacios de reflexión con los residentes.

Pero también nos ha permitido conocer más sobre la oferta de las residencias, a partir de las demandas de acreditación. Comenzamos a consolidar un registro de las residencias (1280 registradas) y nos propusimos, a pesar de la fragmentación existente, buscar la información de los cargos ofrecidos para primer año en todo el país. La verdad es que tuvimos una sorpresa grande cuando llegamos a contar 4.700, sin haber logrado relevar la oferta privada de Provincia de Buenos Aires y Córdoba. Si nos remitimos a la última información con la que contamos sobre egresados médicos del 2011, que es de 4.850 en todo el país, podemos afirmar que la oferta de residencias es suficiente para todos los egresados.

Qué ocurre entonces? Porque si nosotros miramos en forma aislada la cobertura de los cargos de residencia que ofrece el Ministerio, nos encontramos con que muchos quedan vacantes. Y también en la mayoría de las jurisdicciones, en el sector público.

Y las especialidades con mayor déficit de cobertura son las que han sido priorizadas por los ministros de salud en el COFESA: Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología. Son especialidades que se definieron como pilares para el primer nivel de atención, en el marco de la estrategia de APS.

Pero la información de la que disponemos ahora nos permite una nueva mirada sobre la elección que los jóvenes realizan respecto de su ejercicio profesional a futuro.



2º CONGRESO DEL FORO DE FACULTADES Y ESCUELAS PÚBLICAS DE MEDICINA

PRESENTACIÓN DRA. ISABEL DURÉ

No sé si ustedes saben que nosotros estamos trabajando en conjunto con las jurisdicciones en un proceso de unificación del examen de ingreso a residencias. En el año 2011, a partir de una iniciativa de las provincias patagónicas, comenzamos a trabajar la elaboración de un único instrumento de examen, el cronograma de los concursos y la posibilidad de readjudicar en las jurisdicciones participantes con la nota del examen.

Esta iniciativa continuó creciendo y este año convocó a 18 provincias, con la particularidad de que en algunas jurisdicciones, como en Santa Fe, participaron la Universidad y los Colegios Médicos con sus residencias. Para el año 2014 estamos sumando a los hospitales de la UBA.

Hacia los egresados médicos, el Examen Único se consolida como un proyecto que favorece la accesibilidad a las residencias, en tanto:

- Promueve el pasaje de aspirantes entre provincias.
- Simplifica el proceso de concurso para los aspirantes que pueden concursar en distintas jurisdicciones con el puntaje que obtienen en un mismo examen.
- Facilita y fortalece la gestión provincial de selección de aspirantes.

Como proyecto federal que tiende a la cohesión del sistema de residencias en todo el país, tiene la fortaleza de que se construye a partir de la voluntad política de las jurisdicciones participantes, en un complejo proceso de discusión y acuerdos. Es difícil de transmitir la riqueza de esta construcción. Cómo a lo largo de estos años vamos con el Comité de Examen Único revisando las decisiones a la luz de los resultados. Una de las discusiones más fuertes ha tenido que ver con la inclusión en el sistema de residencias: qué hacer con los que no aprueban cuando hay cargos sin cubrir? Quiénes son los que más necesitan la formación? Queremos a los mejores en la residencia o necesitamos que se formen los que tienen mayores dificultades? Aquí las miradas son diferentes según se trate de los responsables de los servicios o de los gestores de los ministerios.

Y qué quieren los médicos jóvenes?

El examen nos ha permitido contar también con mayor información sobre las preferencias de los jóvenes profesionales, que completa la que ya tenemos de nuestra base de residentes y que quisiera compartir con ustedes.

Todos ustedes tienen clara la feminización creciente de los estudiantes de Medicina. Si observamos esto en relación con las especialidades priorizadas por el Ministerio, lo que se ve es una mayoría de mujeres en todas ellas, excepto en Anestesiología, Cirugía General y Terapia Intensiva. Al mismo tiempo, la edad de ingreso a la residencia está entre los 27 y los 29 años. Esto tenemos que mirarlo en relación a los



2º CONGRESO DEL FORO DE FACULTADES Y ESCUELAS PÚBLICAS DE MEDICINA

PRESENTACIÓN DRA. ISABEL DURÉ

proyectos de vida, el deseo de construir una familia que tienen cualquier joven a esta edad, pero en el cual las mujeres ponen el cuerpo.

“A mí me tocó una experiencia muy dura en la institución privada donde me formé, ya que NO había mujeres... (en verdad, yo rendí 2 veces en ese lugar...aprobando el examen...pero en la entrevista me decían que "no aguantaría 12hs diarias durante 4 años". Pero... como soy algo testaruda... rendí al año siguiente... y entré: me admitieron!!!). Pronto me di cuenta que no admitían chicas por 2 motivos: no aguantarían las 12hs. diarias, y el riesgo para ellos de quedar embarazada (algo lógico que puede suceder durante estos 4 años) y por consiguiente NO poder hacer la guardia de TAC por las radiaciones... y así sobrecargar al varón. Qué aberración!”

Los datos de las preferencias del EU marcan que las especialidades con mayor proporción de postulantes por vacante son las consideradas más rentables. De hecho, otro factor que observamos es que los profesionales eligen para hacer la residencia el lugar en el que tienen fijado su domicilio, cerca de su familia, y que están dispuestos a cambiar de especialidad para permanecer en su región, excepto en el caso de las especialidades ligadas al beneficio económico.

Y esto también tiene que servirnos para orientar la oferta regional. Pero debemos hacerlo en conjunto, no competir entre instituciones públicas con la responsabilidad final de acercar una mejor salud a la población. No hay vocaciones cristalizadas, excepto las ligadas al mercado. Nosotros no deberíamos permitir que el sector privado condicione el perfil de los profesionales que necesitamos.

Estamos en un momento en el que la evidencia nos exige revisar nuestros mitos. “La residencia es el mejor sistema de formación para graduados recientes”. Pero ante una oferta importante, los jóvenes parece que opinan diferente. Y quizá sea bastante razonable si pensamos en que todavía es un sistema que tiene que democratizarse, que tiene que plantearse cómo mejorar las condiciones en la que se enseña y que éstas sean compatibles con los proyectos personales. Como responsables de la formación, deberíamos atender a las señales que nos están dando las nuevas generaciones y buscar cómo generar mejores condiciones para el aprendizaje y modelos de formación aggiornados. Tenemos un camino a transitar para mejorar la calidad y la humanidad de nuestras residencias.

Creo que oportunidades como este Congreso son inmejorables para que podamos discutir e conjunto estas preocupaciones, encontrarnos con otros que están trabajando en el mismo sentido. Y tejer alianzas en pos de mejores profesionales para una mejor salud.

Dra. Isabel Duré

Directora Nacional de Capital Humano
y Salud Ocupacional
Ministerio de Salud de la Nación