



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Percepción de la calidad del sistema de formación de posgrado en la Residencia
del equipo de Salud en Kinesiología.
Una visión desde los y las Residentes.

Estudiante: María Soledad Relancio

Tutor: Jorge Francisco Ungaro

Cotutora: Sonia Bazán.

ÍNDICE

I.	Resumen	3
II.	Palabras clave	3
III.	Introducción	4
IV.	Problema	5
V.	Objetivos	5
VI.	Marco teórico	
	● Residencias de Salud	6
	● Criterios y estándares de formación	6
	● Programa de formación de las residencias	10
	● Calidad educativa	14
	● Historia de la creación de las residencias	16
	● Historia de la kinesiología en Argentina	17
VII.	Diseño metodológico	19
VIII.	Resultados	21
IX.	Aspectos éticos	40
X.	Discusión	40
XI.	Conclusión	42
XII.	Referencias	44
XIII.	Anexos	
	● Encuesta a Residentes de Kinesiología	48
	● Resolución 1993/2015. Reglamento básico general para el sistema nacional de residencias	51
	● Resolución 450/2006. Residencias del Equipo de Salud. Criterios básicos. Integrantes del sistema. Registros	67

I. RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo indagar sobre la valoración que tienen los y las residentes de Kinesiología acerca de la calidad de su formación de posgrado. Los y las residentes de Kinesiología pertenecían al sistema de residencia nacional, residencia provincial y municipal de la provincia de Buenos Aires, y residencias municipales de Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El trabajo de investigación se realizó a partir de las respuestas obtenidas de un cuestionario semiestructurado con escala Likert. Y además dos entrevistas a Kinesiólogos referentes de la formación. Este trabajo se planteó desde un enfoque descriptivo, orientado al descubrimiento de la percepción y concepción que tienen los residentes acerca de su propio proceso de formación. El tipo de diseño fue descriptivo no experimental, de corte transversal o transeccional, prospectivo. A partir de los resultados obtenidos se concluyó que la percepción de la formación es positiva en las tres dimensiones analizadas (estructura de servicio, recursos académicos y proceso de formación).

II. PALABRAS CLAVES

Residencia. Kinesiología. Calidad educativa.

III. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge a partir de las vivencias propias como residente, desde el año 2007 hasta el 2011. Durante el transcurso de mi residencia surgieron diferentes situaciones que interfirieron con el cumplimiento pleno del programa y objetivos de formación. Hacia la finalización de la misma, siendo Jefa de Residentes, surge la oportunidad de realizar la formación de Postgrado en Docencia Universitaria, donde se plantearon y profundizaron elementos que invitan a cuestionar desde una postura constructiva dicho proceso y sumar herramientas que permitan mejorar la formación de una residencia de posgrado.

La residencia constituye una instancia de formación que permite el desarrollo profesional de manera supervisada. Por lo cual, para quien se inicia en el campo laboral de la salud permite un acercamiento al paciente y al sistema de salud, con la consecuente puesta en práctica de los saberes adquiridos durante la educación de grado con el respaldo, apoyo y asesoramiento de profesionales disciplinares capacitados y con experiencia. Además, por ser un sistema de becas, las y los residentes cuentan con un pago mensual, lo cual constituye una característica distintiva y totalmente contrapuesta a cualquier otra modalidad de postgrado, los cuales son en su gran mayoría arancelados. Lo expuesto constituye una gran oportunidad para quienes egresan de la Universidad, oportunidad tanto en términos de capacitación como laboral. Por este motivo, es de suma importancia que pueda optimizarse su calidad, de acuerdo a los objetivos de las reglamentaciones vigentes estipuladas por el Ministerio de Salud de la Nación.

Al considerar los alcances, posibilidades e intereses de este proyecto, es que se pretende indagar cuál es la percepción de la calidad en la formación que tienen los propios sujetos implicados en el sistema, en este caso los residentes de Kinesiología. Así, a partir de una revisión crítica, se espera poder aportar elementos plausibles de ser considerados para optimizar el proceso de formación, lo cual contribuirá a mejorar la calidad del perfil del profesional.

IV. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Residencia de Kinesiología cobra importancia porque tiene la característica de ser una instancia de formación que permite el desarrollo profesional de manera supervisada y acompañada de los profesionales que se inician en el campo laboral. Tiene la impronta de ser una modalidad de formación en servicio, la cual posibilita aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en la formación de grado.

Es de significancia conocer la percepción de los y las residentes para generar una revisión crítica de la calidad de formación y pensar procesos continuos de mejoras, que se adapten a los cambios permanentes necesarios a cada contexto y realidad sociosanitaria.

De aquí se desprende la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción que tienen los y las residentes de Kinesiología acerca de la calidad del sistema de formación de postgrado en salud?

V. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Indagar las percepciones que tienen los y las residentes de Kinesiología acerca de la calidad del sistema de formación de posgrado en salud.

Objetivos específicos

- Identificar las potencialidades y debilidades que perciben los y las residentes respecto de la estructura de los servicios de la Institución a la que pertenecen.
- Reconocer las potencialidades y debilidades que perciben los y las residentes respecto a los recursos académicos en la formación de la residencia de la Institución a la que pertenecen.
- Puntualizar potencialidades y debilidades que perciben los y las residentes respecto al proceso de formación en la totalidad de la duración de la residencia de kinesiología.

VI. MARCO TEÓRICO

Residencias de Salud

La resolución 1993/2015 expone que la Residencia del Equipo de Salud es un sistema de formación integral de posgrado para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud, cuyo objeto es completar su formación de manera exhaustiva, ejercitándose en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente, bajo la modalidad de formación en servicio. Se trata de un modelo formativo remunerado, acotado en el tiempo, con objetivos educativos anuales que deberán ser cumplidos conforme lo establecido en la presente y de acuerdo a la modalidad prevista para cada ciclo de capacitación, que se desarrollará mediante la ejecución supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad, los cuales deberán estar definidos en los programas de formación.

El residente se ve beneficiado con una beca anual. Se desarrolla según un programa de formación predeterminado que se encuentra a cargo de instructores: personal de planta de la misma especialidad, jefe de servicio, docentes de postgrado y jefe de residentes. Promueve la integración de un Equipo de Salud que trabaja de manera interdisciplinaria, al asistir los problemas de salud de la comunidad y atender a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para la solución de los mismos.

Las residencias del Equipo de Salud son reconocidas como formación de excelencia de especialidades médicas y no médicas. Tienen dedicación exclusiva y acceden mediante concurso público. Se establecen contratos de formación en servicio entre las instituciones y los profesionales. Se trata de una oferta consolidada que se extiende por todo el territorio argentino.

Criterios y estándares de formación

Dentro del marco del Plan Federal de Salud se fijaron bases de la política sanitaria nacional desde el año 2004 hasta el 2007, y con el ánimo de establecer criterios mínimos básicos que aseguren la calidad en la formación de los recursos humanos en el ámbito de la salud, tanto para el ámbito privado como público, en el año 2006 por medio de la Resolución 450 se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES). En el artículo 1° establece como criterios básicos de su función los siguientes puntos:

1. Preservar el espacio de las residencias del equipo de salud como sistema de formación para la promoción y cuidado de la salud de la comunidad.

2. Articular las necesidades de formación con la necesidad del recurso humano en salud relevado en el sistema de salud.

3. Desarrollar un modelo educacional con programación supervisada, con integración docente asistencial, incentivando en la misma la concepción interdisciplinaria para la formación de equipos de salud.

4. Considerar la formación para la acción, en escenarios emergentes o no tradicionales, teniendo en cuenta condicionantes socio-sanitarios y epidemiológicos.

5. Incorporar el criterio de calidad como una construcción continua, más que como un resultado y la periodicidad de la acreditación como un mecanismo de calidad.

6. Promover la formación de recursos humanos en salud enmarcada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, asegurando modelos de supervisión y evaluación permanente, adaptando la estructura de apoyo docente a los cambios dinámicos del entorno y articulando las oportunidades de formación con las verdaderas necesidades de la comunidad.

En la actualidad, el SNARES establece criterios de evaluación orientados a asegurar la calidad de las ofertas de formación en residencias de ciencias de la salud. A través de ellos, el estado establece pautas mínimas para el funcionamiento de las residencias de todo el país, implementa procesos de evaluación y coordina su acreditación, con el propósito de garantizar la calidad de la formación de los recursos humanos en salud.

Asimismo, se constituyen los criterios y estándares básicos de las residencias del equipo de salud, el esquema de presentación de programas docentes de residencias y los requisitos para la inscripción de entidades evaluadoras.

En la Resolución 1342 (Argentina: Ministerio de Salud, 2007) se establecen los siguientes criterios y estándares básicos:

La Residencia es un sistema de formación en servicio que debe ser planificado, conducido y supervisado, que tiene las siguientes características:

1. El programa debe dar respuesta a las necesidades que en materia de formación de recurso humano se hayan identificado.

2. De ninguna manera puede ser una estrategia para cubrir deficiencias o carencias actuales de personal del servicio.

3. Es un sistema de aprendizaje sistemático y supervisado. No se trata de una enseñanza y aprendizaje incidental y/o autogestionado.

4. Se necesita personal que cumpla la función docente, la residencia no debe ser "autosuficiente".

5. La supervisión de la capacitación requiere profesionales con experiencia, dispuestos y entrenados para orientar y acompañar al residente.

6. Debe promoverse una práctica profesional basada en la mejor evidencia.

7. Debe estimularse y/o fortalecerse el trabajo interdisciplinario en salud y promoverse la formación del equipo de salud.

8. Debe jerarquizarse la atención integral de las personas.

También se establecen estándares mínimos comunes a todas las residencias en las siguientes áreas:

a) Estructura de los servicios

1. Debe estar inserto en un establecimiento asistencial habilitado por la autoridad competente. Dar cumplimiento a las exigencias determinadas en las normativas de habilitación categorizante según la legislación vigente en cada jurisdicción y en los tiempos que la autoridad jurisdiccional establezca.
2. Es necesario que el establecimiento donde se desarrolle el Programa de Residencia cuente con un Comité de Docencia e Investigación.
3. El establecimiento debe tener espacio físico en condiciones dignas, adecuado para el funcionamiento de la residencia: lugares para estudio, comida, descanso y sanitarios.
4. Poseer espacio físico para la realización de clases y ateneos, así como una biblioteca equipada con material científico actualizado.

b) Recursos académicos:

1. Poseer Programa de Formación Científico-Asistencial actualizado y aprobado por la autoridad de competencia en el que consten:
 - i. fundamentación, justificación, razones por las que se desarrolla el programa.
 - ii. perfil del egresado.
 - iii. objetivos de aprendizaje a lograr en cada uno de los años de la residencia y competencias a desarrollar.
 - iv. contenidos - temas.
 - v. experiencias de aprendizaje: tareas asistenciales supervisadas, rotaciones: lugares-secciones y cantidad de prácticas a realizar en cada rotación; guardias; talleres, clases, ateneos bibliográficos, ateneos clínicos; participación en

trabajos de investigación clínica-epidemiológica y redacción de informes; presentación de temas en congresos de la especialidad.

- vi. recursos indispensables para que las experiencias de aprendizaje tengan lugar.
 2. Poseer un equipo formador de residentes estructurado con sólidos conocimientos en el área de su incumbencia que permita una pronta orientación en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación entre los casos vistos.
 3. Se debe contemplar un sistema de evaluación de los residentes.
 4. La residencia debe tener un responsable del programa que puede ser el jefe de servicio u otro profesional de planta debidamente designado, que es el responsable del cumplimiento del programa.
 5. El servicio, sede de un programa de residencia, debe asegurar una producción asistencial suficiente como para que los residentes tengan todas las oportunidades de aprendizaje necesarias para alcanzar los objetivos establecidos.
 6. El servicio, sede de un programa de residencia, debe tener un programa de educación continua o actividad de educación permanente para el personal del servicio (ateneos, revisión de historias clínicas, discusión de casos, talleres de reflexión, etc.) en el que puedan participar los residentes.
 7. El servicio, sede de un programa de residencia, debe tener una participación activa en los congresos y reuniones científicas de la especialidad.
 8. El servicio, sede de un programa de residencia, debe tener personal con la dedicación horaria necesaria para que los residentes siempre tengan la supervisión que corresponde.
 9. Es deseable que el servicio cuente con normativa escrita de los procedimientos que en él se efectúan.
- c) Proceso de formación del residente
1. Formación y entrenamiento en habilidades de comunicación con las personas que asisten y su entorno respetando las identidades sociales y culturales.
 2. Capacidad para detectar situaciones de conflicto psicosociofamiliares con las personas que asisten y su entorno respetando las identidades sociales y culturales.
 3. Capacidad para transmitir a la persona que asiste su derecho a la atención y a la autodeterminación con responsabilidad social respetando las identidades sociales y culturales.

4. Capacidad de integración y trabajo en equipos con los restantes profesionales que intervienen en el proceso.
5. Capacidad de coordinación y comunicación fluida con todos los actores que intervienen en el proceso.
6. Disposición a la capacitación permanente y actualización de conocimientos.
7. Confidencialidad sobre las actuaciones suyas y del equipo.
8. Conocimientos de los circuitos, procedimientos e interacción entre los distintos servicios asistenciales y administrativos.
9. Capacidad de derivación y responsabilidades en la continuidad asistencial de la persona asistida.
10. Conocimientos de las responsabilidades ético-legales, profesional-administrativas y profesional- asistenciales derivadas del ejercicio profesional.
11. Conocimientos de epidemiología y normativas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de su especialidad o profesión.
12. Capacidad en el desarrollo metodológico de la investigación.
13. Desarrollo de las tareas que se le asignen bajo la supervisión y consulta al referente ante la complejidad de un caso.

La Resolución establece que las pautas mínimas propuestas para asegurar la calidad en la formación de los recursos humanos en salud deben ser aplicadas a todas las entidades implicadas según los procedimientos por ella pautados y bajo la supervisión de los organismos responsables.

Programa de formación de las residencias

Debe destacarse la diferencia cualitativa entre el contexto universitario de pregrado y las residencias en los servicios de salud. En el primero, el análisis de problemas está programado en el currículo y se presentan como casos en papel para la acción, a partir de un enunciado y sus informaciones. En cambio, en las residencias se generan situaciones reales en la acción, es decir, en las prácticas mismas, muchas veces imprevisibles o cambiantes.

Las prácticas refieren tanto al desarrollo de habilidades operativas, técnicas o para el hacer como a la capacidad de intervención y acción en contextos reales complejos, ante problemas integrales que incluyen distintas dimensiones. También a la toma de decisiones en el tratamiento contextualizado de desafíos o dilemas éticos en ambientes sociales e institucionales. En otros términos, en las residencias se presentan desafíos genuinos (Davini, s/f, p. 1).

Davini (1989) propone reflexionar acerca de los modelos pedagógicos predominantes en la práctica formativa de personal de servicio en las instituciones de salud. Plantea que la práctica profesional que se realiza en hospitales y centros de salud, la mayoría de las veces deja poco o ningún tiempo libre para la reflexión sobre sí misma, para realimentarse con nuevas fuentes de información o intercambiar experiencias (p. 7).

En el área de salud se emplea el currículum basado en resolución de problemas. Esto es un ejemplo de organización curricular por competencias como relación holística e integrada. La competencia abarca un conjunto de atributos como conocimientos, actitudes, valores y habilidades, necesarios para desempeñar situaciones específicas. Además, incorpora la bioética, ya que las cuestiones a resolver se refieren a personas con valores, vivencias y creencias diferentes, que se deben respetar a la hora de proponer y/o tomar una conducta (Anijovich et al., 2010, p. 181,182).

La Residencia rescata la potencia de la formación en el trabajo y, en ese sentido, la encuadramos conceptualmente en la perspectiva de la educación permanente en salud como proyecto educativo que, al decir de Davini (1995), integra:

- La revisión de la cultura del trabajo, de los valores que subyacen en las prácticas. El enriquecimiento personal de los participantes se da a través de una propuesta formativa que contempla tanto el saber académico como el saber individual /grupal que nace de la experiencia vivida por las personas.
- La apropiación de un saber tecnológico como construcción activa, que integra la práctica y la teoría a la resolución de problemas dentro de aquellos marcos valorativos, a diferencia de una mera recepción pasiva de conocimientos (p. 25).

Rovere (1993) aporta que los trabajadores de la salud deben ser: 1) Flexibles: el principal atributo para mantener e incrementar la capacidad de aprender; 2) Críticos y autocríticos: insatisfechos con la calidad, cobertura, accesibilidad y eficacia de los servicios que se brindan; 3) Democráticos: con responsabilidad social por los conocimientos puestos “en nuestra custodia”; 4) Cooperativos: capaces de trabajar en equipos interdisciplinarios de liderazgos flexibles y rotativos en función de las situaciones que enfrentamos; 5) Participativos: con vocación de protagonismo y liderazgo para propiciar cambios y al mismo tiempo facilitar procesos macro o microsociales de participación (p. 5).

La mayoría de los programas de las residencias de kinesiología están estructurados por áreas o año, por módulos o bloques. Aportan información como: objetivos, contenidos temáticos, duración, quien otorga la certificación, coordinación, lugar, requisitos, organización de la residencia e instructores. Deben cumplir con los estándares mínimos en cuanto a los recursos académicos; poseer

un programa de formación científico-asistencial actualizado y aprobado por la autoridad de competencia en el que consten: fundamentación, justificación, razones por las que se desarrolla el programa; perfil del egresado; objetivos de aprendizaje y competencias a desarrollar; contenidos y temas; experiencias de aprendizaje y recursos para las experiencias de aprendizaje; y un sistema de evaluación.

Cada residencia de Kinesiología genera un perfil profesional diferente según sea la especialidad, incorporando conductas y conocimientos para responder a cada necesidad y realidad intrainstitucional. Es por ello que cada Unidad de residencia posee programas diferentes, dando respuesta a la formación específica de cada área.

Borrelt Bentz (2005) manifiesta que el currículo es la forma de acceder al conocimiento, por tanto, no puede agotar su significado en algo estático. En él se reflejan los valores, los contenidos, las formas de éstos y las prácticas que se realizan. Aquí intervienen muchos tipos de acciones que le dan forma a su configuración y está determinado por factores o condiciones concretas donde se desarrolla: el encuadre político y administrativo, la planificación y el diseño, las decisiones y el compromiso de los docentes, las tareas de aprendizaje que realizan los estudiantes y los mecanismos de evaluación (p.155).

Más allá de un plan de estudio visible o un currículum escrito, el análisis de las prácticas educativas y las reglas implícitas de interacción, distribución y evaluación han llevado a construir la noción de currículum oculto o latente, como configurador real de la acción. La literatura especializada le otorga una importancia decisiva por el papel destacado que juega en la construcción de significados y valores de los que el colectivo docente y el propio alumnado no son plenamente conscientes (Borrelt Bentz, 2005, p. 160).

En la conferencia “La integración de la educación experiencial en el currículo universitario” que dictó en la Universidad Nacional de San Martín en el 2012, Camilloni describió algunas características importantes de la educación experiencial (una estrategia de enseñanza con enfoque holístico, destinada a relacionar el aprendizaje académico con la vida real), como que se realiza fuera del aula, se relaciona con los propósitos del estudiante, es diseñada y evaluada por la universidad, e integra aprendizaje y desarrollo personal del alumno. Sobre los propósitos, indicó que eran, entre otros, orientar en la elección de la carrera, especialidad u ocupación, desarrollar habilidades y destrezas, reforzar valores éticos personales y sociales, y aplicar conocimientos para la solución de problemas reales, que son probablemente complejos, multidisciplinarios y multiprofesionales (Universidad Nacional de San Martín, 2012, p. 3).

Según Davini (1989), se distinguen tres modelos pedagógicos relativos a la teoría y práctica en la educación de adultos, la formación profesional y la capacitación en servicio del personal de Salud (p. 33-42). Ellos son:

1. Pedagogía de la transmisión;
2. Pedagogía del adiestramiento;
3. Pedagogía de la problematización.

Cada uno de ellos se apoya en hipótesis y supuestos fundamentales propios y tienen estrategias de acción y estilos de trabajo diferentes.

1. La pedagogía de la transmisión puede representarse como de la nutrición: A (formador) le da de comer a B (formado).

La principal actividad recae en el profesor “A”, mientras que “B” es sustancialmente pasivo; a nivel pedagógico su oportunidad en la actividad se ve limitada. Es un modelo conocido, que otorga seguridad y dependencia, donde la relación que se establece es de individuo a individuo, rompiéndose la estructura de grupo como unidad de interacción y aprendizaje. El profesor es el que sabe y está allí para resolver todas las situaciones, esto reduce por lo tanto la iniciativa del que aprende, su creatividad. La relación pedagógica es asimétrica.

Se basa en el modelo deductivo en donde la teoría antecede a la práctica, considerándose a ésta última como sólo un campo de aplicación y no como una fuente de saber. El papel del docente queda definido como de autoridad y control. Se produce una ruptura entre la teoría y la práctica. Así, se dificulta la construcción del conocimiento por parte de los participantes. El saber impartido es incuestionable.

2. La pedagogía del adiestramiento se trata de un tipo de enseñanza individualizada, y que su único objetivo es la eficiencia. Consta de los siguientes pasos:

- a) Estudio de la tarea; el trabajador recibe una hoja donde dice exactamente lo que debe hacer.
- b) Demostración de la tarea: la realiza el instructor;
- c) Ejecución de la tarea: cada uno ejecuta la tarea, sigue una guía preestablecida aprobada por el instructor y con el tiempo el aprendiz es inducido a desprenderse de la guía;
- d) Evaluación de la tarea: no es una cuarta fase sino algo que ocurre de manera permanente. El instructor corrige el error y lo induce a autoevaluarse. El error es visto como algo negativo que hay que eliminar.

La unidad de relación pedagógica es individuo-individuo. Este modelo refuerza la dependencia del trabajador con el profesor, al igual que en el primer caso (de adiestramiento), estimula la competencia entre sujetos, no comparte la visión del proceso de trabajo como un todo y mucho menos de la organización donde se realiza y de los destinatarios de la acción.

Esta pedagogía contribuye más al logro de eficiencia técnica en tareas mecánicas específicas, que en la transformación del proceso de trabajo. Sin embargo, las características del trabajo en el ámbito de las instituciones de salud en relación con el paciente y la comunidad, hacen que el tipo de técnica que pueda ser sometida a este tratamiento pedagógico sea muy reducida. Cada paciente es una singularidad y la institución trata con seres humanos. Es más importante la comprensión global y la capacidad de interacción humana que la manipulación de aparatos.

3. La pedagogía de la problematización: los estudiantes se convierten en el soporte principal de la formación y en fuente privilegiada de conocimiento. El docente es más un estimulador, orientador y catalizador que un instructor.

Frecuentemente un problema requiere de un proceso de construcción previa y de debate de perspectivas. Lo que es problema para una persona, puede no serlo para otra. Asimismo, requiere de un análisis de las distintas dimensiones involucradas en una situación problemática. Así se supera la tendencia a dar rápidas respuestas o tomar decisiones sin un buen análisis. Este modelo permite que el pensar sea un acto colectivo y no individual.

Se busca que los residentes descubran y analicen distintas dimensiones de una situación problemática desde la complejidad. Se procura evitar que el pensamiento se encierre en la simplificación o en una única mirada, y generar una flexibilización del propio proceso de pensamiento. El análisis puede llevar a identificar un problema emergente y una serie de problemas encadenados, muchas veces no visibles en el primer análisis. La autora considera a este tipo de enseñanza como “Formación en profundidad”.

Calidad educativa

En el año 1995, el Ministerio de Educación de la Nación creó a través de la ley de Educación Superior N° 24.521 (Ley de Educación Superior, 1995) y el decreto reglamentario N° 173/96, la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). Este es un organismo público nacional de evaluación y acreditación universitaria, con capacidad legal para realizar:

- Evaluación externa de las instituciones universitarias del sistema universitario argentino. Comprende una instancia de autoevaluación que implica un análisis de sus logros y dificultades y la elaboración de una propuesta de plan de mejoramiento; y otra de evaluación externa, realizado por un comité de pares, para asistir a las instituciones en sus propuestas de mejoramiento de calidad.

- Evaluación de proyectos institucionales: autorización de nuevas instituciones universitarias, seguimiento de universidades privadas que hayan obtenido autorización parcial, pronunciamiento sobre nuevas ofertas de instituciones universitarias e instalación de sedes de instituciones extranjeras en el país y emisión de dictamen sobre entidades privadas de evaluación y acreditación.

- Acreditación de grado.

- Acreditación de carreras de posgrado.

En este punto y a modo de síntesis, se puede observar que existen dos instancias de regulación y vigilancia de la calidad de la educación: por un lado a partir del ámbito de la salud, a través del Ministerio de Salud, el cual establece organismos y procedimientos que controlan la formación de los recursos humanos de su injerencia, y por otro lado, desde el ámbito de la educación, a través de la CONEAU, donde se establecen medidas para la acreditación de carreras de grado, y procedimientos de evaluación de entidades universitarias.

El concepto general de la calidad de la educación comprende tres dimensiones articuladas entre ellas: la calidad de los recursos humanos y materiales disponibles para la educación (hacia adentro), la calidad de la educación (el proceso) y la calidad de los resultados (hacia fuera y efectos a largo plazo).

El Consejo Federal de Educación establece que la calidad educativa no es un concepto abstracto y neutro. Por el contrario, una característica propia de este concepto es su carácter social e históricamente situado. (Argentina: Consejo Federal de Educación, 2010)

Las cualidades que se le exigen a la educación responden a los sentidos que se le asignan a ésta en un momento dado y en una sociedad concreta. Estos factores son dinámicos y cambiantes, por lo que la definición de este concepto polisémico varía en distintos períodos. La concepción tradicional de la calidad educativa, basada en una visión tecnocrática de rendición de cuentas, la reduce a las dimensiones de eficiencia y eficacia, medidas a través del rendimiento de los estudiantes en las pruebas de aprendizaje. Sin embargo, Delors (1996) manifiesta que la educación tiene como fundamento cuatro grandes pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir con los demás y aprender a ser, y, con ello, deja en claro que la noción de calidad educativa no puede reducir la excelencia a una mera abstracción (p. 34).

Camilloni (2010), considera que una educación es de calidad cuando logra la democratización en el acceso y la apropiación del conocimiento por parte de todas las personas, especialmente de aquellas que están en riesgo de ser marginadas, visión ésta en la que prevalece la reivindicación de la educación como un derecho de todas las personas. Por su parte Pugliese (2010) expresa que una educación de calidad es aquella que establece objetivos socialmente relevantes, que logra que esos

objetivos sean alcanzados por un mayor número de estudiantes, que permite ayudarlos diferencialmente según sus requerimientos individuales y su entorno sociocultural, y que lo logra con los costos más económicos posibles, y que perdura en el tiempo por su significación. La calidad educativa supone, asimismo, un ambiente y una relación socio - emocional y afectiva que permita a los docentes estimular a sus estudiantes en su autoestima y guiarlos en su desarrollo.

Historia de la creación de las Residencias de salud

Las residencias de salud fueron creadas en Estados Unidos a finales del siglo pasado. Cobran impulso rápidamente y son incorporadas al resto del mundo.

Mientras tanto, en la Argentina se iniciaron con la experiencia organizada por el Dr. Tiburcio Padilla hacia 1944 en el Instituto de Semiología del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, y la que dirigió el Dr. Tiburcio Moreno a partir de 1951 en el servicio de Clínica Quirúrgica en el Policlínico de Lanús de la Fundación Eva Perón.

El sistema se extendió lentamente, hasta que en los años 60, con el auspicio de la Asociación Médica Argentina y la articulación operada por el entonces Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, se produce una notable expansión en el número y tipo de las residencias. Hoy abarcan la totalidad del país y la mayor parte de las disciplinas de salud. (Invernizzi y Lopez Val , 2001. p. 14) En el transcurso de estos setenta años de existencia, pueden identificarse distintas etapas. Cada una de ellas se distingue por ciertas tendencias y rasgos comunes.

En el documento marco de las Residencias del equipo de Salud (2011, Ministerio de Salud de la Nación) identifica una primera etapa asociada a las denominadas “proto-residencias”, que surgen en estrecha conexión con centros universitarios y asistenciales de excelencia. En la segunda etapa, que se desarrolla hasta fines de los años 50’, adquiere sus rasgos definitorios: es un régimen de actividad rentado, a tiempo completo, con dedicación exclusiva y de aprendizaje mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes. En este momento la residencia se extiende y se instala como el “mejor método de formación de posgrado”. En las décadas de los 60’ y 70’ se produce una consolidación del mismo y la definición de marcos normativos que aumentan los niveles de formalización vigentes. Durante los años 80’, la oferta de residencias amplía el grupo de profesionales: psicólogos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, trabajadores sociales y enfermeros. En los años 90’ se observa un crecimiento poco racional, 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 vertebral de las políticas de salud y se entiende a la residencia como una política de desarrollo de recursos humanos orientada a sustentarla. (p. 5)

Historia de la kinesiología en Argentina

En el año 1904, se crea en el Instituto de Fisioterapia del Hospital de Clínicas una sección de Kinesiterapia, cuyo jefe era el Dr. Octavio Fernández, creador de la Kinesiología Científica Argentina. En el año 1906 se crea la primera Escuela de Kinesiterapia. En 1922 se inicia un curso oficial de dos años de duración con dependencia de la Cátedra de Radiología y Fisioterapia. En el año 1923 egresaron los primeros diplomados argentinos con el título de kinesiólogos. En 1937 se crea la Escuela de Kinesiología en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, a cargo del Dr. Octavio C. Fernández. En ese momento se elevaba a una jerarquía superior universitaria con estudios durante tres años.

A la par de la sistematización de la carrera a nivel universitario, también comenzaba en el área asistencial los esbozos de servicios de kinesiología en los hospitales del país. En 1946 la Asociación Argentina de Kinesiólogos adquiere personería jurídica. En 1948 se habilita a los egresados de la Escuela de Kinesiología la admisión a la carrera de Profesorado. En 1949 la Escuela de Kinesiología desarrollaba: la enseñanza oficial del plan de estudios y los cursos de perfeccionamiento, trabajos de investigación, ateneos, cursos libres, publicación de revistas especializadas, producciones científicas de los profesores de la carrera e interrelación con otras cátedras de la facultad. En 1952, la carrera que se cursaba en la Escuela de Kinesiología de la Facultad de Medicina de la UBA, que duraba tres años desde 1937, pasó a tener una duración de cuatro años. Durante la dictadura militar de 1955, la Universidad y sus facultades fueron intervenidas y se generó un vaciamiento docente. En 1974 el plan de estudios vuelve a sufrir modificaciones extendiéndose a cinco años y cuyo título al egresar es Kinesiólogo Fisiatra.

Durante 1976, con el transcurso del nuevo gobierno militar, ocurre un nuevo vaciamiento docente, intervención de la escuela y se suspende la tramitación de títulos de la carrera. Dicho inconveniente fue resuelto en 1984. Aquí se establece que los estudiantes que cumplan con el plan de cuatro años recibían el título de Kinesiólogos y los que aprueben los cinco años y la monografía recibían el título de Licenciado en Kinesiología. En 1987, y luego de varias discusiones, cambia definitivamente y únicamente a Licenciado en Kinesiología y Fisiatría con una duración de cinco años de estudio. (Oleari, s/f.). Hacia la década del '90 se le permite el acceso al doctorado y a la residencia. En 1994 y luego de diversas y largas discusiones con miembros gubernamentales y otros profesionales de la salud, se reconoce el actual ejercicio profesional de la Kinesiología a través de la

Ley 24.317 y su reglamentación en el año 1997 a través del Decreto 1288/97, donde se desarrolla el ejercicio de la Kinesiología.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Como investigación educativa, el proyecto se plantea desde un enfoque y un diseño de tipo exploratorio-descriptivo. Orientado al descubrimiento de la percepción y concepción que tienen los y las residentes acerca de su propio proceso de formación.

El tipo de diseño corresponde a la investigación no experimental, dado que no se va a modificar intencionalmente ninguna de las variables, sino que se van a observar los fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural para ser medidos posteriormente.

Bajo este enfoque, el diseño es transversal o transeccional, ya que los datos son recolectados en un solo momento o tiempo único. Logra describir las variables del estudio y analizar su interrelación.

Además, a modo de ampliar la mirada sobre el proceso de formación de los y las residentes, se decide realizar la misma encuesta a dos profesionales que son referentes en el desarrollo de las mismas. Las encuestas realizadas en esta oportunidad fueron presenciales y abiertas.

Universo: Residentes de Kinesiología.

Población: Residentes de Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires del ámbito nacional y provincial, y residentes de kinesiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Muestra: se realizó una técnica de muestreo intencional no probabilístico. El cuestionario fue enviado a todas las casillas de correo electrónico de residencias de Kinesiología y correos electrónicos personales de Kinesiólogos y Kinesiólogas residentes. Las respuestas fueron recolectadas y volcadas a una matriz de datos.

Instrumento de recolección de datos:

Cuestionario semiestructurado con escala Likert: es una escala de calificación que se utiliza para cuestionar a una persona sobre su nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración.

El cuestionario está conformado por:

- Encabezado donde se explica brevemente la finalidad del proyecto, y donde se aclara la confidencialidad y anonimato.
- Datos del residente: año de residencia, ámbito (nacional, provincial, municipal o privado), edad, género.
- Escala Likert. para dar respuesta a los objetivos, se analizaron las siguientes 3 dimensiones, extraídas de los *criterios básicos y estándares mínimos* comunes a todas las residencias (Resolución 1342, 2007).:

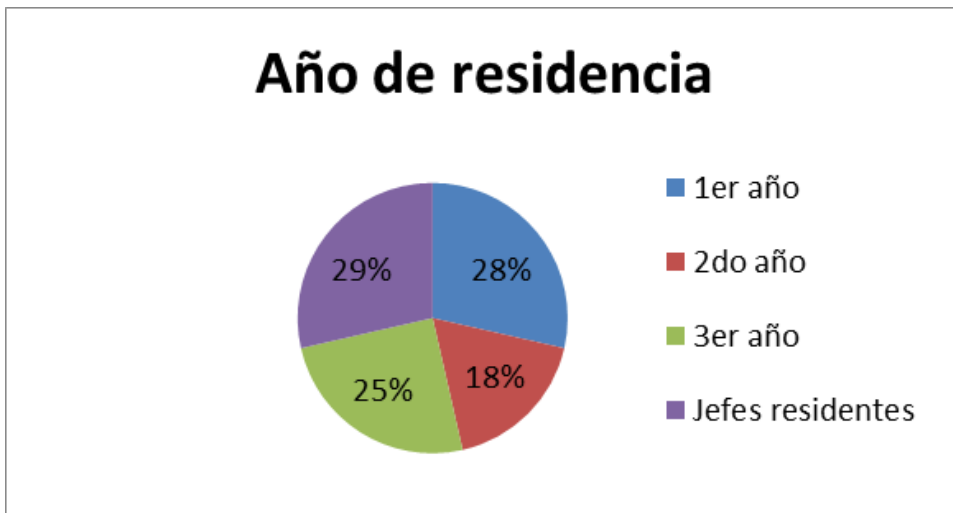
- Proceso de formación
- Recurso académico
- Estructura de servicio

Las encuestas fueron realizadas durante el segundo semestre del año 2018.

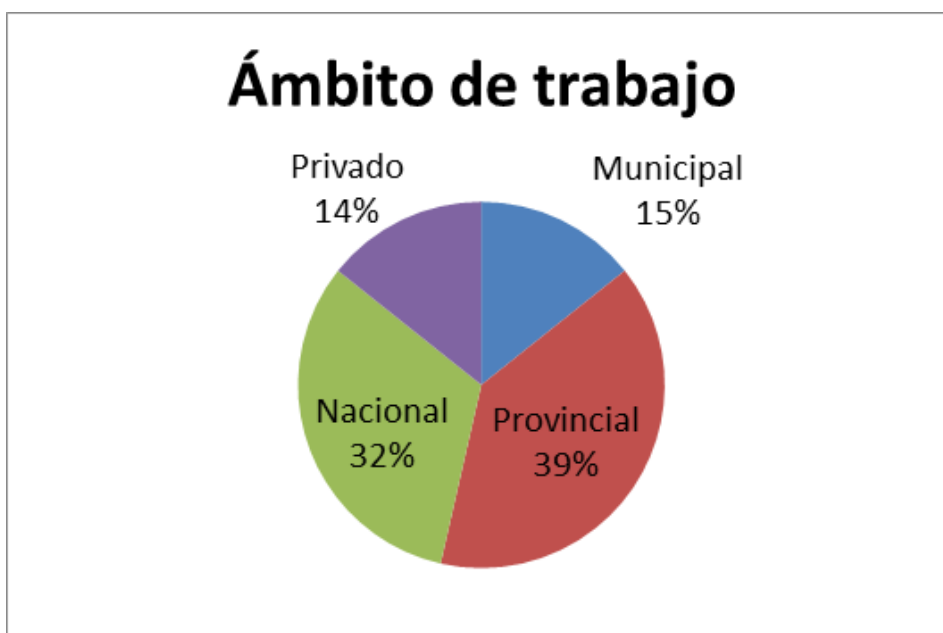
El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando el software Microsoft Excel versión 2007.

VIII. Resultados

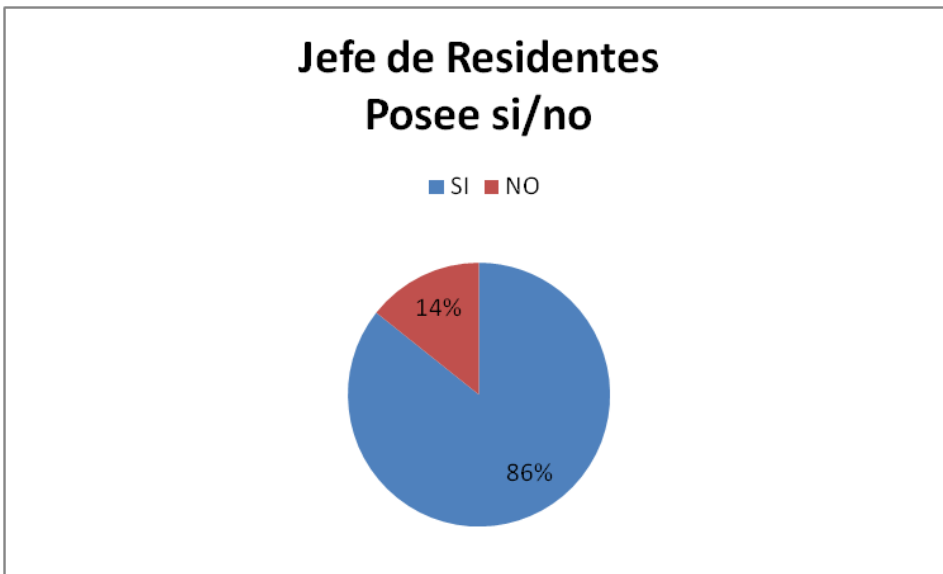
El número total de residentes que respondieron la encuesta fue 28. Del total, el 28,6 % son de 1º año, 17,8 son de 2º año, el 25% son de 3º año y 28,6 % son jefes de Residentes.



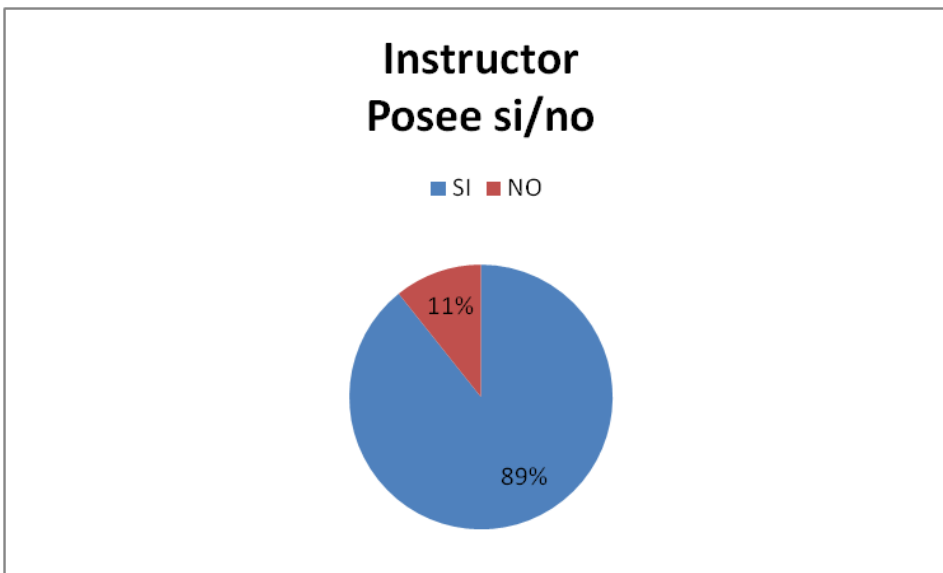
El 39,3% se desarrollan en una Institución del ámbito provincial, el 32,1 % pertenecen a residencias nacionales, presentando el mismo porcentaje de 14,3% tanto en el ámbito municipal como privado de residencias de Kinesiología.



El 86% de las residencias participantes poseen Jefe de Residentes, y el 14% no. Las residencias que no tienen jefe de residentes son provinciales.



El 89% de los residentes posee Instructor, y el 11% no. Las residencias que no tienen Instructor son municipales.



En relación a la escala de Likert las respuestas se agruparon en:

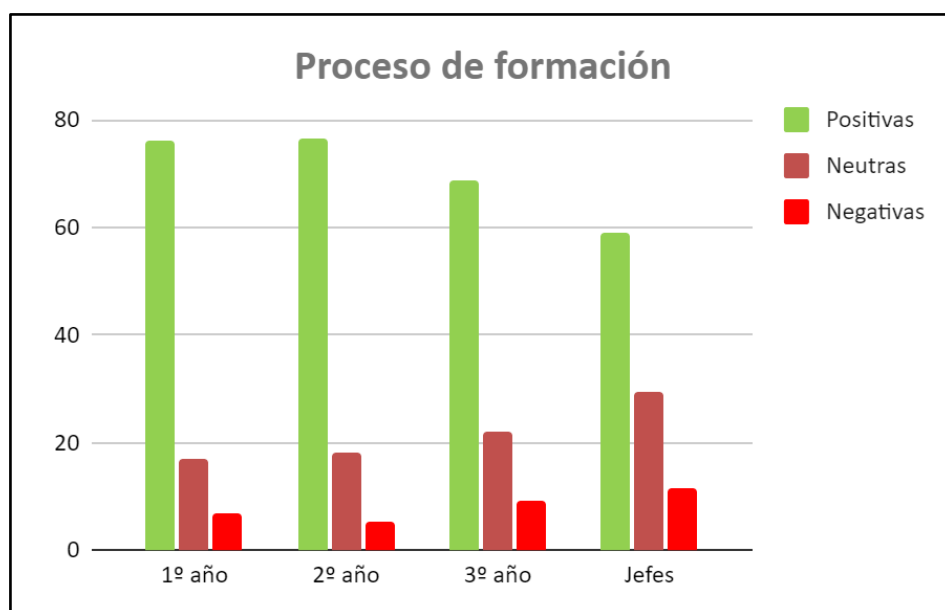
- Percepción positiva: totalmente de acuerdo, de acuerdo y medianamente de acuerdo.
- Percepción negativa: en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

El 86,36 % de los y las residentes tienen una percepción positiva del proceso de formación.

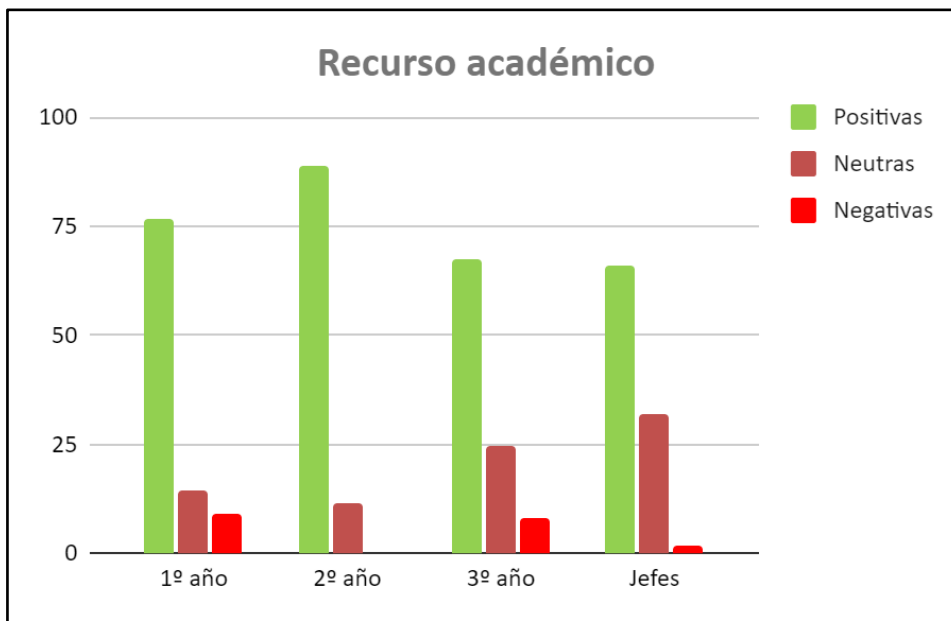
En relación a esta dimensión, en la pregunta el programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades profesional-administrativa es la que menos satisfacción genera (respuesta promedio 3.18).

El encuestado N°1 considera que “la promoción del conocimiento de las responsabilidades profesional-administrativa está presente. En cuanto a las cuestiones administrativas es necesario cumplir con algunas normas propias de cada institución, como ,por ejemplo, que los jefes de residentes deben cumplir con la organización de la residencia”.

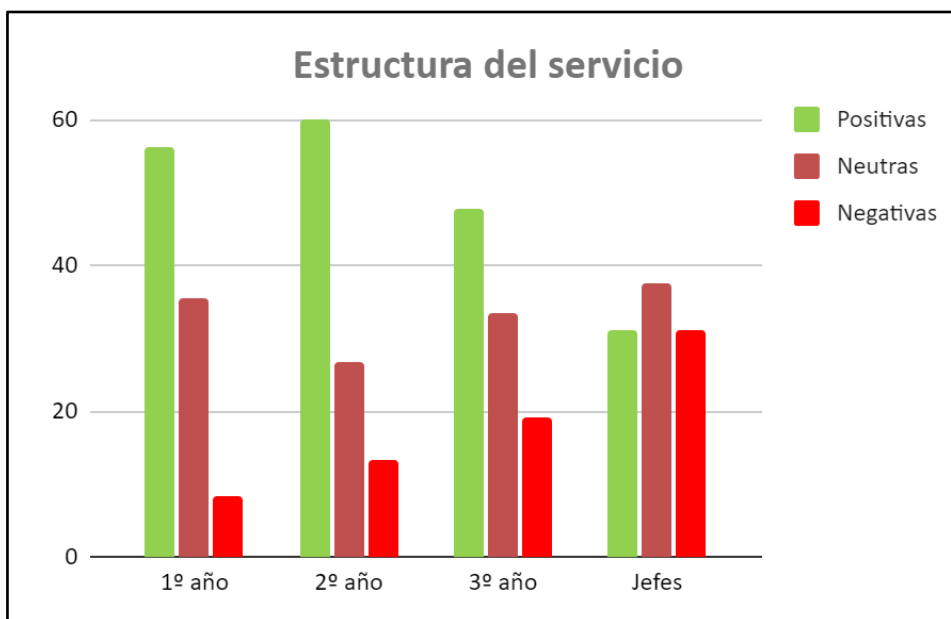
El encuestado N°2 en consonancia opinó “que el programa promueve todas las responsabilidades que se nombran (ético legales,, profesional administrativo y profesional asistencial) , que en la experiencia concreta no se lo vive desde el programa, si no desde las personas que están a cargo, en el ejercicio de la jefatura. Si los jefes de residentes están atentos a esas cuestiones, como los compañeros profesionales, generan que los residentes estén formados en las diferentes responsabilidades. Si los responsables no están en sintonía fina, no se transmite y no se aprende. Además se suma la característica hospitalaria, dado que el hospital público tiene algunas características administrativas muy diferentes a un programa de residencia de un hospital privado. Y también, depende del periodo histórico, en el cual se lleve adelante la residencia Hay algunas intervenciones por parte de personal administrativo, como puede ser el área de recurso humano, que dan charlas, se instruye, se informa de cómo funciona la burocracia intrahospitalaria”.



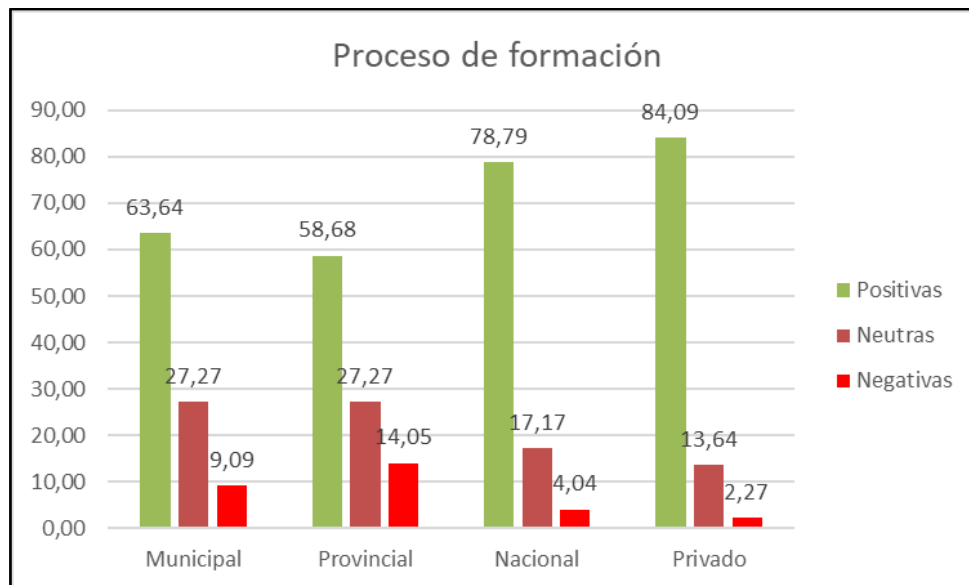
Respecto a los recursos académicos, el 94,9% de los y las residentes tienen una percepción positiva.



En relación a la dimensión estructura de servicio, el 67,26% de los y las residentes tienen una percepción positiva.



En relación al ámbito de desarrollo de las residencias, en la dimensión del proceso de formación, se observa una mayor percepción positiva en instituciones nacionales y privadas.



El 37.5 % de los jefes de residentes consideran que el programa de residencia no promueve el conocimiento de las responsabilidades ético-legales; y el 50% considera que tampoco se promueven las responsabilidades profesional-administrativa; sin encontrar diferencias en los diferentes ámbitos de trabajo (municipal, provincial, nacional o privado).

En relación con esto, el entrevistado N°1 tiene una percepción positiva, considera que: “Si se hablan de estos temas y surgen situaciones institucionales que se elaboran en conjunto con los profesionales de planta. En la institución contamos con un departamento legal donde trabaja una abogada, la cual asiste a distintas problemáticas y orienta ante situaciones puntuales”.

Respecto al Recurso académico se observan porcentajes de percepción positiva mayores al 89 % en todos los años de residencia, sobre todo en la pregunta “El programa de residencia incluye actividades de formación continua como ateneos, revisión de historias clínicas, discusión de casos, entre otras”. Este resultado coincide con la percepción que tienen ambos entrevistados que afirman: “Sí, existen ateneos, dentro del servicio e interdisciplinarios a nivel institucional, se trabaja en la revisión de historias clínicas y discusión de casos de manera permanente”. El entrevistado N°2 considera que: “Si es un hecho y está dentro del programa. En general se cumple. Quizá a nivel provincial en menor grado. En el período que estuve propuse y se empezaron a hacer ateneos de servicio. No existía la actividad y les encantó la propuesta, salieron muy bien y hoy se sostienen una vez al mes. A diferencia en el ámbito nacional que tiene una vez por semana”.

El grado de percepción en relación con los Recursos académicos tiene porcentajes de desacuerdo menores al 10% en todos los ámbitos de trabajo. No obstante, los residentes del sector provincial consideran que el programa de residencia no está actualizado y no se respeta el cronograma de actividades propuesto en el programa de residencias.

El 32 % de los residentes consideran que el comité de docencia e investigación no propicia espacios de supervisión y capacitación, aumentando esta percepción en los años superiores. Similar percepción presenta el entrevistado N°2 porque opina que: “Aquí voy a disociar la residencia a nivel provincial y nacional, porque en el último tiempo en el ámbito nacional se ha visto claro que no se propicia la supervisión, mucho menos se propicia la capacitación como una característica del espacio. Que ocurre es un hecho, pero no como una característica sí no como la excepción. A diferencia de la residencia provincial que si se propiciaron espacios, durante el período que fui jefe teníamos reuniones mensuales de almuerzo para charlar como venían los espacios de la residencia, aparte de otros encuentros de capacitación permanente inter residencias”.

El entrevistado N°1 difiere en esta percepción, considera que: “si existen espacios de capacitación y supervisión, quiero destacar que los espacios de capacitación son de carácter transversal entre todas las residencias. Esta es una institución que hace especialmente una formación en interdisciplina y tendemos a la transdisciplina. Me parece que es un espacio muy importante para la formación de las residencias. Cada una de las residencias tienen su programa formal y espacios. Cuentan con la posibilidad de tener espacios transversales tratando un mismo caso, viéndolo desde distintos puntos de vista. Me parece que es un espacio muy formativo y enriquecedor”.

Se observa que en relación con la estructura de servicio es donde hay mayor grado de percepción negativa, siendo que los y las residentes del ámbito privado son la excepción en este punto. Se debe resaltar que los y las residentes de los 4 ámbitos perciben que cubren las deficiencias o carencias del personal de servicio, sobre todo los de provincia y nación.

Existen diferencias en la percepción del Profesional N°1 que considera que: “la residencia es una formación en servicio. Cuando el jefe de servicio y de residentes planifican las actividades lo hacen pensando que esa persona (residente) va a cubrir un rol profesional en la atención de pacientes. Pero siempre fue una preocupación lograr que el residente, no fuera mano de obra barata”.

El profesional N°2 considera en este punto que: “sí, los residentes cubren deficiencias. El mejor ejemplo fue durante la pandemia, se ocupó de cubrir gran parte del trabajo”.

ENTREVISTA N° 1

Profesional 1. Kinesiólogo que tuvo un rol importante en la creación de una de las residencias a nivel nacional, y que hoy sigue ocupando un espacio de importancia en el desarrollo de las mismas.

Pensando en una línea de tiempo, desde el inicio de la Residencia de Kinesiología en la Institución, hasta la actualidad, qué percepción tiene de:

A - La calidad de la residencia en relación a la estructura de los servicios:

1. Los residentes cubren las deficiencias o carencias del personal del servicio.

Para empezar me gustaría puntualizar que la residencia es una formación en servicio. Cuando el jefe de servicio y de residentes planifican las actividades lo hacen pensando que esa persona va a cubrir un rol profesional en la atención de pacientes. Unos de los peores problemas que se me presentaron desde el principio fue lograr que el residente, no fuera mano de obra barata, eso fueno se, no me puedo evaluar hasta qué punto se pudo conseguir o no. Pero siempre fue una preocupación.

2. El personal a cargo de la formación del residente posee trayectoria académica y profesional. Puedo destacar dos etapas. En una primera etapa considero que no: realmente uno transmitía lo que sabía, lo mejor que podía. Con el tiempo, con el ingreso al servicio de ex residentes y que ellos empezaron con la formación docente y alguna experiencia en cátedras de la carrera de Kinesiología, creo que eso se cubrió bastante y considero que actualmente saben cómo enseñar, se aplican a eso, comprenden la función de la transmisión del conocimiento mejor que como se hacía antes.

3. El comité de docencia e investigación propicia espacios de supervisión y capacitación.

En un principio el comité funcionaba como asesor, no tenía la trascendencia que tiene hoy. Actualmente desde hace uno o dos años, el comité de docencia, se convirtió en dirección de docencia. El instituto hizo un gran esfuerzo en este sentido, valora mucho a las residencias. Desde el inicio solo existían la residencia de terapia física (Kinesiología) junto con la de Fisiatría (aproximadamente hace 20 años) y no tenían un volumen como el espacio de las residencias que tienen hoy. Hoy existe una organización mucho mayor, hay interacción entre las residencias, por lo tanto creo que desde ese comité....que se hacía en un primer momento con muy buena voluntad, pero con poca profesión, hoy está variando, con una estructura mucho más fuerte, con gente dedicada a apoyar todo el proceso de formación de la residencia. También favorece a este proceso, la comunicación más directa con las autoridades de Buenos Aires, en este punto me gustaría aclarar que las residencias dependen de talento humano, que sería como recurso humano del Ministerio de la Nación, si bien la institución se hace cargo

de la parte docente y de la residencia, el resto de la organización se realiza en buenos aires a través de talento humano, entonces hay en este momento hay una buena relación y mejores oportunidades de comunicación, por lo tanto considero que cada vez va avanzando, y qué Docencia sea una dirección habla de la importancia que le da la institución a la residencia y cuanta dedicación se les da.

Existen espacios de capacitación y supervisión, quiero destacar los espacios de capacitación son de carácter transversal entre todas las residencias. Esta es una institución que hace especialmente una formación en interdisciplina y tendemos a la transdisciplina, ojalá algún día podamos conseguirlo. Me parece que es un espacio muy importante para la formación de las residencias. Actualmente son 7: fisioterapia, terapia física, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, fonoaudiología y enfermería. Cada una de estas residencias tienen su programa formal y espacios. Cuentan con la posibilidad de tener espacios transversales tratando un mismo caso, viéndolo desde distintos puntos de vista. Me parece que es un espacio muy formativo y muy enriquecedor

4. La bibliografía disponible es accesible y actualizada.

El acceso a la bibliografía mejoró mucho. En este momento la informática da la posibilidad de acceder a actualizaciones permanentes que en un principio no teníamos la posibilidad. Actualmente contamos con el acceso a una biblioteca digital, una plataforma virtual facilitada por la Universidad Fasta y otra por el Ministerio de la Nación, que es la Biblioteca Virtual en Salud del Ministerio de Salud. Ambas son oficiales y nos permiten estar actualizados. Lamentablemente respecto a la rehabilitación en neurología y kinesiología no existe demasiada investigación. Sí tenemos más información respecto a kinesiología respiratoria. Dónde este tipo de disciplina no es el fuerte en la formación de nuestra institución, porque se trata de una residencia en neurorehabilitación, pero sí sirve como parte de la formación integral. De todas maneras considero que el nivel de acceso a la información es alto.

5. El espacio físico para realizar las tareas de docencia es adecuado.
Voy a contestar las dos preguntas siguientes en una.
6. El espacio físico para realizar las tareas asistenciales es adecuado.

Considero que el espacio físico es adecuado o muy adecuado. Nosotros estamos en una institución que fue pensada para trabajar en rehabilitación. Contamos con gimnasios y equipamiento adecuado. Considero que la rehabilitación neurológica requiere de equipamiento sencillo para desarrollarse. El espacio es suficientemente iluminado con buena circulación. Además es importante destacar que la residencia cuenta con un espacio exclusivo tipo oficina donde pueden realizar sus formación teórica: clases, ateneos y reuniones. Además el servicio de terapia física cuenta con un SUM (salón de usos múltiples), que cuenta con proyector, pantalla, donde se pueden desarrollar clases teórico-prácticas teniendo en cuenta que la mayor parte de la formación y de nuestra práctica siempre va acompañada del "saber hacer", tipo taller.

B - La calidad de la residencia en relación a los recursos académicos.

1. El programa de residencia está actualizado.

Considero que el programa de residencias está actualizado. Se revisa todos los años y se le hacen los cambios pertinentes.

Toda la formación que realizan los profesionales de planta se trata de volcar en el programa de residencia para formar a los residentes, como así también los residentes tienen la posibilidad de realizar cursos y formaciones fuera de la institución lo cual permite traer esa información al resto de sus compañeros y hacer una devolución.

Además como parte del programa se organiza la visita de ex residentes que vienen a dar una formación a los residentes en curso. Por todo esto mencionado considero que el programa está actualizado y es de calidad.

2. Se respeta el cronograma de actividades propuesto en el programa de residencias.

Si, se respeta el programa y hay una organización muy buena del tiempo. Como explicaba en el ítem anterior, las residencias dependen de talento humano dependientes del Ministerio de salud de la nación, donde se toman decisiones que a veces interfieren con la organización de la residencia, de todas maneras se respeta el programa presentado.

3. Se promueve la participación de los residentes en congresos y reuniones científicas.

Si se promueve la participación en congresos y reuniones científicas. En estos últimos años se le dio más impulso a la investigación mucho más de lo que se le daba antes. Se los impulsa a los residentes desde primer año a presentar revisiones bibliográficas, para luego poder presentar otro tipo de investigaciones, que les permitan participar de manera activa de congresos tanto en la ciudad como a nivel nacional e internacional.

4. El programa de residencia incluye actividades de formación continua (ateneos, revisión de historias clínicas, discusión de casos, entre otras)

Sí, existen ateneos, dentro del servicio e interdisciplinarios a nivel institucional, se trabaja en la revisión de historias clínicas y discusión de casos de manera permanente.

5. El programa de residencia posee un sistema de evaluación pertinente.

Si, el programa de residencia cuenta con un sistema de evaluación. Evaluaciones continuas durante el desarrollo del programa y al finalizar el año de residencia.

6. El programa de residencia promueve la práctica basada en la mejor evidencia.

Considero que siempre se hace de esta manera, y además lo hace el Instituto en general. Además el insumo que produce la residencia es utilizado por el Instituto. Me parece importante destacar, y los residentes lo saben, lo cual los hace sentir más valiosos en el trabajo.

7. El programa de residencia jerarquiza la atención integral de las personas.

Esta pregunta está en relación a todos los que vengo desarrollando en las preguntas anteriores. La atención de los residentes es participado y coparticipado con el resto de los profesionales del servicio. Nosotros consideramos que los residentes son profesionales en formación, no son más estudiantes, como tal participan activamente de los tratamientos y las decisiones. Como así también en la producción de conocimiento. Lo que se genera desde la residencia queda en la institución y retroalimenta a los futuros residentes Todo esto mejora la calidad de atención integral del paciente de las personas.

C - La calidad de la residencia en relación al proceso de formación.

1. El programa de residencia da respuesta a las necesidades de formación.

Considero que sí. Se trata de un programa general pensado para todas las residencias del equipo de salud, pero específicamente el programa en nuestra institución se adecuó a la formación que tenemos que dar en neurorehabilitación.

2. El aprendizaje en la residencia se produce de manera incidental y autogestionado.

Considero que el aprendizaje no se produce de manera incidental y autogestionado. El mismo está programado y estructurado, pero dentro de esta estructuración existe un espacio donde los residentes puedan identificar algunos puntos que desean desarrollar y profundizar a partir de sus propias inquietudes.

3. Al ingresar al sistema los residentes son informados acerca del manejo y modus operandi de la institución.

Si, se realizan reuniones específicas para esto. Se realizan para todas las residencias en general y luego para cada residencia en particular, hacia el interior de cada servicio. Sobre todo se tratan algunas cuestiones administrativas que van cambiando con el tiempo, por ejemplo: el uso del sistema de documentación digital Gedo, el sistema de historia clínica digital. Además todo lo que tiene que ver con el contrato de los residentes y la parte legal, el acceso a los derechos y obligaciones laborales como el resto de los profesionales de planta permanente.

4. El programa de residencia promueve la investigación.

Como ya lo nombré antes, contamos con una dirección de docencia e investigación y con un servicio específico en investigación, que supervisa los trabajos de investigación de los residentes.

5. La carga horaria asistencial es adecuada.

La carga horaria asistencial es adecuada. Sobretodo consideramos, como ya lo mencioné con anterioridad que la formación es en servicio, es por que le damos mucha importancia a la atención de los pacientes por la práctica clínica que esto genera, acompañados por los profesionales de planta.

Y también por la formación que se da en relación a las relaciones humanas que se generan con los pacientes, ya que son tratamientos largos, los tiempos son distintos a la prestación en agudos donde los tiempos son más acotados. En los tratamientos de rehabilitación se genera y se vivencian muchas situaciones de aprendizaje en cuanto las relaciones humanas, y eso se aprende como en el piano, donde se aprende teoría y solfeo por un lado pero en algún momento hay que sentarse a tocar las teclas, tocando es el saber hacer.

6. El programa de residencia propicia espacios de trabajo interdisciplinarios.

Considero que se propicia la interdisciplina desde el primer día . Por ejemplo por nombrar espacios contamos con un espacio que se llama SEM (sala de estimulación multisensorial), donde se atienden pacientes muy complejos, es una sala donde allí comparten las distintas

disciplinas el trabajo diario en un mismo espacio físico. O el trabajo que pueden realizar junto a enfermería en el momento de atender al paciente en la sala de internación. O cuando se planifica una atención en conjunto con otra disciplina, como por ejemplo con terapia ocupacional y fonoaudiología.

También existen espacios interdisciplinarios de evaluación de pacientes, clínicas de equipo y clínicas con familiares. En las cuales participan activamente planificando y opinando sobre las decisiones del tratamiento y de los objetivos.

Todos estos son espacios muy ricos en cuanto aprendizaje en interdisciplina.

7. El programa de residencia promueve el trabajo en equipo.

Una de las características de esta institución es el trabajo en equipo, por lo tanto la residencia promueve y promociona y hace hincapié en el trabajo en equipo.

La percepción personal que tengo es que los residentes que terminan la residencia, van a trabajar afuera, sobre todo cuando arman consultorios particulares, siempre invitan y tratan de trabajar con otros residentes que se formaron en conjunto dentro de la institución.

8. El programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades ético-legales.
9. El programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades profesional-administrativa.
10. El programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades profesional-asistenciales.

Si se hablan de estos temas y surgen situaciones institucionales que se elaboran en conjunto con los profesionales de planta. En la institución contamos con un departamento legal donde trabaja una abogada, la cual asiste a distintas problemáticas. y orienta ante situaciones puntuales.

En cuanto a las cuestiones administrativas es necesario cumplir con algunas normas propias de cada institución. Como por ejemplo que los jefes de residentes deben cumplir con la organización de la residencia.

Y en relación a las responsabilidades asistenciales considero que sí. Como ya lo desarrollé con anterioridad.

11. El programa de residencia promueve el crecimiento en la autonomía del ejercicio profesional en forma gradual y supervisada.

Considero que el aprendizaje se da en forma gradual y supervisada acompañado por residentes de años superiores y por los Kinesiólogos de planta, teniendo cuenta que es una residencia en formación de servicio y sobre todo que son profesionales que ya realizaron su carrera de grado y que ya no son más estudiantes de universidad, por lo tanto están en las mismas condiciones de conocimiento y de obligaciones que otro profesional de planta.

Por supuesto que se las acompaña en la especificidad del trabajo en neurorehabilitación y en los conocimientos crecientes desde primer año hasta el último año. Por ejemplo al iniciar primer año los residentes están acompañados por residentes de años superiores y realizan rotaciones en cada área del servicio para después empezar a atender con mayor responsabilidad con un paciente asignado en cada caso en particular de manera supervisada pero teniendo la libertad y la decisión de proponer objetivos y tipos de tratamiento.

ENTREVISTA N° 2

Profesional 2. Kinesiólogo que contestó la entrevista de inicio del proyecto siendo residente, y luego tuvo la experiencia de ser jefe de residentes en dos instituciones diferentes, una a nivel nacional y otra provincial. Actualmente es parte de la planta permanente del servicio de kinesiología en una de las instituciones donde se formó como residente, a nivel nacional.

Pensando en una línea de tiempo, desde su comienzo como residente hasta la actualidad, que se desempeña como kinesiólogo de planta, qué percepción tiene de:

A - La calidad de la residencia en relación a la estructura de los servicios:

1. Los residentes cubren las deficiencias o carencias del personal del servicio.

Es histórico que los residentes ocupan los lugares que nunca son vacíos, si la planta no lo cubre y la directiva hospitalaria es clara en cuanto al cubrimiento de la labor asistencial, y hablo de asistencial pero pueden ser en muchas otras áreas. La respuesta es sí: el residente si lo ha hecho en la pandemia, es el mejor ejemplo, se ocupó de cubrir gran parte del trabajo.

Igualmente es un hecho, cuando la miro con perspectiva, que los residentes cubren lo que el servicio demanda pero no lo que la salud pública o la institución hospitalaria a veces necesita, y quedan algunos baches en lo asistencial.

2. El personal a cargo de la formación del residente posee trayectoria académica y profesional.

Es un hecho que en los hospitales escuelas, la gran mayoría sino la totalidad de las profesionales, en los últimos 15 o 20 años han ingresado a las instituciones de salud donde se formaron, han sido residentes o tienen un recorrido que les permite tener un piso académico y profesional que garantiza un mínimo de atención esperado en cualquier otro espacio, a diferencia de donde no hay hospital escuela.

3. El comité de docencia e investigación propicia espacios de supervisión y capacitación.

Aquí voy a disociar la residencia a nivel provincial y nacional, porque en el último tiempo en el ámbito nacional se ha visto claro que no se propicia la supervisión, mucho menos se propicia la capacitación como una característica del espacio. Que ocurre es un hecho, pero no como una característica sí no como la excepción. A diferencia de la residencia provincial que si se propiciaron espacios, durante el período que fui jefe teníamos reuniones mensuales de almuerzo para charlar

como venían los espacios de la residencia aparte de otros encuentros de capacitación permanente inter residencias.

4. La bibliografía disponible es accesible y actualizada.

No sé cómo se define la bibliografía disponible. Hoy en siglo 21 está todo disponible, no sé si se refiere a lo que docencia de cada una de las instituciones propone como bibliografía que cubre el programa de residencia; si así fuera es relativamente accesible cuando es virtual, y actualizada también.

5. El espacio físico para realizar las tareas de docencia es adecuado.

Sí, considero que tanto a nivel nacional como provincial lo es.

6. El espacio físico para realizar las tareas asistenciales es adecuado.

Si lo es y, es más, a nivel nacional es un espacio envidiable para cualquier otro centro de rehabilitación. Y en el ámbito provincial, que es de agudos, es tan grande y tan diverso el hospital que no es lo mismo un piso que otro, un ala que otra, una terapia intensiva o que un shock room.

B - La calidad de la residencia en relación a los recursos académicos.

1. El programa de residencia está actualizado.

El programa de residencia está actualizado, la verdad que tanto en provincia como nación sí pude observar un seguimiento que no sé si es acorde a la realidad o es un acting. He dudado de la pantomima de hacer como que estamos monitoreando el programa de residencia, pero en la estructura en el corazón no hay modificaciones. Cambiamos algunos autores, cambiamos alguna bibliografía, pero no se cambia la estructura y lo digo desde la lectura de que el programa vigente es un programa médico hegemónico. Permite y habilita un montón de prácticas. Se están actualizando algunas cuestiones, por ejemplo: que haya perspectiva de género en un programa de residencia es algo que claramente no existe y atrasa e impone. Entonces opino, es uno de los ejemplos así como no hay otras cuestiones troncales a los programas de las diferentes residencias, y acá no hablo solo de Kinesiología.

2. Se respeta el cronograma de actividades propuesto en el programa de residencias.

Si, se trata de cumplir el cronograma, se respeta el orden y en las dos residencias ocurre que el programa prioriza. ¿Cómo hace para priorizar? Pone como uno en el programa de residencia lo tiene más casuística, lo que más cantidad de pacientes aborda, y último esa patología que lamentablemente, todos los años ocurre lo mismo y no se logra cumplir con todo el cronograma en el calendario académico. Y hay patologías que ni siquiera en lo teórico se terminan viendo en 3 años de residencia. Porque cómo se prioriza en volver a empezar el año calendario con lo más voluminoso o multitudinario en términos de enfermedad o patología, se pospone. No es ilógico porque hay que priorizar lo que más volumen tenga, pero eso sería una especie de crítica al no respeto al cronograma. Concluyendo: se respeta pero se prioriza y a veces en detrimento de.....

3. Se promueve la participación de los residentes en congresos y reuniones científicas.

Si en las dos instituciones se promueve que participen, considero que a veces se promueve demás. A veces con tal de formarse no sé cuestiona la formación, se promueve algún tipo de capacitaciones que si hubiera una actualización en el programa de residencia y hubiera una crítica constructiva quizás se dejaría de ir algunos cursos o alguna jornada, en términos de lo que rinde, por lo que resulta entre ir y lo que uno da para ir y lo que uno recibe a largo plazo.

4. El programa de residencia incluye actividades de formación continua (ateneos, revisión de historias clínicas, discusión de casos, entre otras)

Si es un hecho y está dentro del programa. En general se cumple. Quizá a nivel provincial en menor grado. En el período que estuve propuse y se empezaron a ser ateneos de servicio. No existía la actividad y les encantó la propuesta, salieron muy bien y hoy se sostienen una vez al mes. A diferencia en el ámbito nacional que tiene una vez por semana.

5. El programa de residencia posee un sistema de evaluación pertinente.

No, a nivel provincial un poco más se visualiza la evaluación trimestral y también con muchos paréntesis con muchas comillas a lo que digo. A nivel nacional no es algo que tenga relevancia, está pero más común acting. No es un hecho que pueda definir incluso que algún residente que no pase la evaluación y que no continúe su residencia.

6. El programa de residencia promueve la práctica basada en la mejor evidencia.

Es difícil de contestar esta pregunta porque tenemos la característica de ser una profesión que no tiene mucho peso en evidencia al momento de plantear la práctica. Se puede discutir cuál es la mejor evidencia, cuales son las formas de medirla, pero no es una característica ni de la profesión y creo que después arrastra a cualquier unidad de residencia. Y el profesional mismo no está capacitado en la idea de que la evidencia debe primar a la hora de realizar un abordaje.

7. El programa de residencia jerarquiza la atención integral de las personas.

No, en relación a lo que ya me referí en la pregunta 1. La atención integral no está, dado que el programa debiera ser modificado a la luz de pensar que todos los programas deben tener un tronco en común. Ocurre a nivel provincial un poco más, pero cuando uno ve que el mismo programa lo ejecuta la misma dirección de docencia que permite el modelo médico hegemónico, no prima la integralidad porque la persona está disociada en un servicio, en otro servicio y así, la puesta en común termina siendo voluntaria al profesional que va a leer la historia clínica y se acerca a preguntar a otro profesional.

C - La calidad de la residencia en relación al proceso de formación.

1. El programa de residencia da respuesta a las necesidades de formación.

Yo quisiera entender cuáles son las necesidades de formación porque no tenemos claro cuáles son en la medida en que el ministerio no comunica algunas cosas, ya sea ministerio de salud de nación o ministerio de salud de provincia u hospital.

Incluso la misión y la visión del hospital al no estar definidas con claridad no se entiende bien cuáles son las necesidades de formación. Sí es un hecho que se forma, que se forma bien a los residentes, pero si no está claro hacia dónde va cómo se sabe él como. Esa es una duda.

2. El aprendizaje en la residencia se produce de manera incidental y autogestionado.

No como tal. Incidentalmente y autogestionado ocurre mucho. Considero que hay aprendizaje en la residencia de ese modo, pero previo a ello y por sobre ello hay un método y una manera de trabajar que se propone y que se respeta.

3. Al ingresar al sistema los residentes son informados acerca del manejo y modus operandi de la institución.

Si, hay algunas actividades que yo recuerdo transversales sobre manejo desde cómo se cobra el sueldo hasta quiénes son las autoridades en términos de organigrama de gestión

4. El programa de residencia promueve la investigación.

El programa de residencia como tal no me hace pensar que sí. Creo que lo promueven las áreas de docencia de las instituciones y los promueve la inquietud profesional que busca encontrarle la vuelta. Está en el programa escrito pero no está en los hechos, no en la correspondencia entre lo que detalla el programa y lo que realmente ocurre, y ahí se relaciona con lo autogestionado e incidental.

5. La carga horaria asistencial es adecuada.

Es necesario definir adecuado a que: adecuado a las necesidades del sistema de salud, a las necesidades de los pacientes. Se que la carga asistencial debe ser la más importante porque no hay aprendizaje sin praxis y porque nada nos recuerda nos hace recordar mejor que el caso concreto delante con el monitoreo. Y ahí la duda: ¿cuánto monitoreo y cuánta cantidad de horas? Lo que sí sé es que poca nunca es. En provincia se trabajan menos horas asistenciales que a nivel nacional, y aquí no pasan las 4 horas en total por persona de trabajo, así que es una incógnita para mí, ¿es inadecuada o es adecuada? Ambas son correctas.

6. El programa de residencia propicia espacios de trabajo interdisciplinarios.

Si el programa propicia y la dinámica de la propia institución lo propicia. Esto no puede lograrse sin acompañamiento del espacio de docencia e investigación, que en principio se va logrando y a medida que pasa el tiempo más se va descubriendo que funciona, así que sí, en ambas instituciones se está descubriendo el resultado y cada vez más.

Y la formación de grado de algunos médicos hacen que también están entendiendo qué es entre todos. El equipo de profesionales no médicos lo entiende mejor desde hace más tiempo ahora por suerte o por la prepotencia de trabajo se está logrando.

7. El programa de residencia promueve el trabajo en equipo.

No tengo claro a qué equipos se refiere, si se trata del equipo entre planta y residencia, el equipo de residentes de una profesión y otra, pero en la pregunta anterior ya me referí a que la interdisciplina es la mejor forma de entender la idea del equipo. El programa no lo promueve, pero es parte de la formación incidental que aparece de manera inevitable. Y se ve a través de los resultados, lo que garantiza continuar trabajando en equipo, que el resultado es siempre superior a la individualidad.

8. El programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades ético-legales.

La pregunta se refiere al programa, yo voy a responder sobre la experiencia, la verdad que no tengo el recuerdo de haber leído el programa, no lo tengo fresco, pero si opino que el programa promueve todas las responsabilidades que se nombran aca (ético legales,, profesional administrativo y profesional asistencial) , en la experiencia concreta no se lo vive desde el programa, si no desde las personas que están a cargo, en el ejercicios de la jefatura. Si los jefes de residentes están atentos a esas cuestiones, como los compañeros profesionales, generan que los residentes estén formados en las diferentes responsabilidades. Si los responsables no están en sintonía fina, no se transmite y no se aprende.

9. El programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades profesional-administrativa.

Me voy a referir a la misma introducción que en la pregunta anterior, pero acá hago la salvedad de que además de los responsables profesionales ...se suma la característica hospitalaria, dado que el hospital público tiene algunas características administrativas muy diferentes a un programa de residencia de un hospital privado. Y también , depende del periodo histórico, en el cual se lleve adelante la residencia, hay algunas intervenciones por parte de personal administrativo, como puede ser el área de recurso humano, que dan charlas, se instruye, se informa de cómo funciona la burocracia intrahospitalaria.

10. El programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades profesional-asistenciales.

Si, esta es la respuesta más afirmativa de las 3, dado que el trabajo asistencial es prioridad en la formación, es en lo único de lo que no se tiene duda, me parece que la responsabilidad asistencial es el punto de partida.

11. El programa de residencia promueve el crecimiento en la autonomía del ejercicio profesional en forma gradual y supervisada.

También es un si. El programa lo dice y las personas responsables de la residencia lo apoyan, ya que es un hospital escuela. Tanto en la residencia nacional como provincial, se asume que en primer año se tiene contemplaciones, no se transfieren complejidades que no son tales para primer año, incluso en algunos casos para segundo. Como por ejemplo en la terapia intensiva del hospital provincial, los partes de defunción lo hacen los residentes de 3º año. Es una de las cosas más duras de la vida, por lo tanto no se les asigna esa función a los años inferiores porque se trata de promover el aprendizaje de forma gradual y supervisado. Y en la residencia a nivel nacional también, se acompaña a las clínicas de equipo y de familia a los residentes de 1º año.

IX. Aspectos éticos

Se considera la participación voluntaria de los encuestados, así como el resguardo de la privacidad de sus respuestas y confidencialidad de las mismas.

Se informa a los participantes sobre el tipo de estudio, objetivos y alcances del mismo.

X. Discusión

En el marco del trabajo, si bien la convocatoria fue dirigida de manera amplia a diferentes residencias, podemos mencionar como limitaciones del estudio el tamaño de la muestra y la escasa participación de las residencias municipales y privadas.

En el marco teórico (Resolución 1993/2015, Anexo 1, artículo 1) destaca que las residencias promueven el aprendizaje en el ámbito del trabajo. Coincidiendo con este punto, el encuestado N° 1 considera que la residencia es una formación en servicio y, apoyándose en el Reglamento básico de residencias, sostiene que cuando el jefe de servicio o el jefe residentes planifican las actividades lo hacen pensando que esa persona va a cubrir un rol profesional en la atención de pacientes.

El reglamento básico general para el sistema nacional de residencias del equipo de salud (resolución 1993/2015) destaca que la capacitación se desarrolla mediante la ejecución supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad, los cuales deberán estar definidos en los programas de formación. En consonancia, en este trabajo, se encuentra la respuesta del profesional N°1 que considera que el aprendizaje se da en forma gradual y supervisada acompañado por residentes de años superiores y por los Kinesiólogos de planta.

En los criterios y estándares básicos que propone la Resolución 1342 (Argentina: Ministerio de Salud, 2007) para las residencias del equipo de salud aparece, como uno de los puntos importantes, que las mismas no pueden ser una estrategia para cubrir deficiencias o carencias actuales de personal. En esta línea, tanto los residentes como el entrevistado N° 2 consideran que las residencias cubren deficiencias de los servicios; en contraposición al encuestado N°1.

Otro criterio que se destaca en la Resolución 1342 es que debe estimularse y/o fortalecerse el trabajo interdisciplinario en salud y promoverse la formación del equipo de salud. En este aspecto, el entrevistado N°1 destaca que los espacios de capacitación en la institución a la que pertenece son de carácter transversal entre todas las residencias y que es una institución que hace especialmente una formación en interdisciplina y tiende a la transdisciplina.

El entrevistado N° 2 considera que se propicia la interdisciplina desde el inicio de la residencia. Además, relata varios ejemplos de tareas asistenciales y de planificación de los tratamientos donde subyace el trabajo interdisciplinario. Por otro lado, menciona que la labor en

equipo no solo produce resultados intrainstitucionales, sino que residentes que finalizan transfieren esta experiencia a otros ámbitos laborales tanto de otras instituciones públicas como emprendimientos privados.

En relación con los recursos académicos, uno de los puntos que destaca la Resolución 1342 es el de poseer un Programa de Formación Científico-Asistencial actualizado. En este punto, el profesional N° 2 considera que el programa de residencia está actualizado, aunque no sabe si es acorde a la realidad o es un acting; y el entrevistado N°1 considera que el programa de residencias está actualizado. Se revisa todos los años y se le hacen los cambios pertinentes. Además, como parte del programa se organiza la visita de ex residentes que vienen a dar una formación a los residentes en curso. Por todo esto mencionado considero que el programa está actualizado y es de calidad.

XI. Conclusión

A partir de la información recabada en este trabajo, mediante las encuestas realizadas a residentes y referentes de los mismos, se puede concluir que la percepción de la calidad de la residencia de Kinesiología es positiva en las tres dimensiones analizadas.

Sin embargo, se puede observar la diferencia en cuanto a la percepción positiva de la calidad del proceso de formación y el recurso académico por un lado, en contraposición de la percepción en la estructura de servicio, que es positiva pero en menor porcentaje que en las dimensiones anteriores. Esta percepción negativa va creciendo a medida que pasan los años de formación, equiparando las percepciones positivas y negativas cuando llegan a ser jefes de residentes.

En relación al ámbito de desarrollo de las residencias, se observa una mayor percepción positiva en instituciones nacionales y privadas, en la dimensión del proceso de formación. Este resultado podría estar relacionado a que las residencias municipales refirieron que no tenían jefe de residentes y las residencias provinciales no tenían Instructor. Los cuales funcionan como organizadores y referentes de las mismas, lo que marcaría la importancia de que cada unidad de residencia tenga referentes dedicados a la tarea específica.

Un punto importante a destacar es que la mayoría de los participantes coinciden que cubren deficiencias de servicios, cuando se refieren a las estructuras de uno dentro de la Institución donde desarrollan su actividad.

A partir de este trabajo se puede profundizar en las problemáticas de cada residencia, haciendo participar de manera activa a todas y todos los actores involucrados, disciplinares y no disciplinares, con el objetivo de formar profesionales del equipo de salud con una mirada integral, que sepan valorar el trabajo interdisciplinario como manera óptima de lograr resultados en la formación de profesionales del equipo de salud en general y de la Kinesiología en particular.

Sería de gran interés la realización de nuevos trabajos que tengan una muestra más amplia y diversa, dado que la población encuestada fue en su totalidad de la Provincia de Buenos Aires, se podría ampliar a residencias de otras jurisdicciones o provincias, cada una con sus características y reglamentos, a pesar de estar basado en los principios comunes establecidos a nivel nacional.

Así mismo, ahondar en las 3 dimensiones trabajadas de la calidad de las residencias, ya que los resultados arrojaron diferencias de percepción entre cada una.

Por otro lado, teniendo en cuenta que las residencias que participaron tienen formación específica según la especialidad (Kinesiología y Fisiatría Intensivista, Kinesiología en pediatría y neonatología, Kinesiología en Rehabilitación psicofísica, entre otras), sería de interés lograr un análisis diferencial entre las mismas, que puedan aportar información valiosa en cada caso particular.

La discusión, análisis y reflexión acerca de la calidad de la residencia de Kinesiología según la percepción de los mismos profesionales en formación, y sumando la opinión de los referentes de las unidades de residencias, podría ser una de las herramientas que permita cada vez más mejorar el proceso de formación en servicio en las instituciones de salud.

XII. REFERENCIAS

Anijovich, R. Camilloni, A. Cappelletti, G. Hoffmann, J. Katzkowicz, R & Mottier Lopez, Lucie. (2010). *La evaluación significativa*. Buenos Aires: Paidós.

Argentina: Consejo Federal de Educación. (2010). Resolución N° 116/10. Anexo I. Lineamientos para la evaluación de componentes de la calidad educativa 2010 – 2020. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/14896.pdf>

Argentina: Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). Decreto reglamentario N°173/96. <http://www.coneau.gob.ar/archivos/resoluciones/RES094.pdf>

Argentina: Ministerio de Cultura y Educación. (1997). *Resolución 1168. Educación Superior. Carreras de Postgrado. Estándares y Criterios*. Buenos Aires. www.coneau.gob.ar/archivos/965.pdf

Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1979). Ley 22127. Sistema Nacional de Residencias en Salud. Buenos Aires. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/115574/norma.htm>

Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1997) Decreto 1288. Ejercicio de la Kinesiología. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47603/norma.htm>

Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1995). *Ley 24521. Ley de Educación Superior. Disposiciones preliminares. Educación Superior. Educación superior no universitaria. Educación superior universitaria. Disposiciones complementarias y transitorias*. Buenos Aires. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm>

Argentina: Ministerio de Salud y Acción Social. (1994). *Ley 24317. Ejercicio profesional de especialistas en Kinesiología.* Buenos Aires.

http://leg.msal.gov.ar/atlas/dja/LEY_C_024317.pdf

Argentina: Ministerio de Salud. (2015). Resolución 1993/2015. *Reglamento básico general para el sistema nacional de residencias del equipo de salud.*

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1993-2015-254649>

Argentina: Ministerio de Salud. (2002). Resolución 323/2002. *Reglamento básico de las Residencias de Salud.*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/74853/norma.htm>

Argentina: Ministerio de Salud. (2006). Resolución 450. *Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Criterios Básicos. Integrantes del Sistema.*

<http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/bases-normativas/resolucion-450.pdf>

Argentina: Ministerio de Salud. (2007). Resolución 1342. *Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Aprobación de los criterios y estándares básicos, el esquema de presentación de programas docentes y los requisitos para la inscripción de entidades evaluadoras.*

Buenos Aires.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=469374CB920C3C4346511F80754F8C00?id=133869>

Argentina: Ministerio de Salud. (2011). *Residencias del equipo de Salud. Documento Marco.*

Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Dirección Nacional del Capital Humano y Salud Ocupacional.

http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf

- Borrelt Bentz, R.M. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica Educativa*. Organización Panamericana de la Salud.
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/borrell-bentz.pdf>
- Camilloni, A. (2010). Planes de Estudio. [documentos del seminario]. Carrera de Especialización en Docencia Universitaria. Facultad de Humanidades Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Camilloni, A. (2012) Universidad Nacional de San Martín. “No se aprende sólo estando sentado en el aula”. *Noticias UNSAM*. <http://noticias.unsam.edu.ar/2012/11/05/alicia-camilloni-no-se-aprende-solo-estando-sentado-en-el-aula/>
- Davini, M.C. (1995) *Educación Permanente en salud*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Washington DC. PALTEX.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/310210>
- Davini, M.C. (S/ f). Acerca del aprendizaje basado en problemas. Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio Salud de la Nación. Campus Virtual de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud.
https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/218660/mod_folder/content/0/ABP%20en%20el%20sistema%20de%20residencias.pdf?forcedownload=1
- Davini, M.C. (1989). *Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18741>
- Delors J. (comp). (1996) *La educación encierra un tesoro*. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Compendio. París: UNESCO.
http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF

Duré, I. Daverio, D. & Dursi, C. (s.f.). *Planificación y gestión del Sistema Nacional de Residencias en Argentina*. [informe técnico]. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>

Lopez Val, L. & Invernizzi, C. (2001). *Digesto de Recursos Humanos en Salud. Leyes y Normativas Nacionales*. Tomo I. Publicación N° 52. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - Argentina, Ministerio de Salud.

http://www.paho.org/arg/publicaciones/pubOPS_ARG/pub52t2.pdf

Oleari, C. (s.f.). *Historia de la Kinesiología Científica Argentina (período universitario)*. [documento en línea].

http://cristinaoleari.com.ar/WP/?page_id=69

Pugliese, J.C. (2010). Universidad y marco orientador: rol, propósitos, estructuras de organización y gobierno. [documentos del seminario]. Carrera de Especialización en Docencia Universitaria. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Rovere M. (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos en salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

<https://cursos.campusvirtualesp.org/mod/resource/view.php?id=968>

Schön, D. (1992) *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.

<https://www.buenastareas.com/ensayos/Sch%C3%B6n-d-1992-La-Formaci%C3%B3n-De/4570348.htm>

XIII. ANEXOS

Encuesta a Residentes de Kinesiología

La presente encuesta tiene como finalidad recabar información en el marco de un Trabajo de investigación para la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria de la Facultad de Humanidades Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), denominado Percepción de la calidad del sistema de formación de posgrado en la Residencia de Kinesiología. Consideramos muy valioso el aporte que puedas realizar. Toda la información que recibamos será estrictamente confidencial y anónima.

1. Año de Residencia

- 1º año
- 2º año
- 3º año
- Jefe de Residentes

2. Ámbito

- Nacional
- Provincial
- Municipal
- Privado

3. Género

- Masculino
- Femenino

4. Edad

5. El programa de residencia cuenta con un Jefe de Residentes.

- Si
- No

6. El programa de residencia cuenta con un Instructor.

- Si
- No

Las siguientes preguntas, las respuestas posibles son:

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Medianamente de acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

A - La calidad de la residencia en relación a la estructura de los servicios:

2. Los residentes cubren las deficiencias o carencias del personal del servicio.
3. El personal a cargo de la formación del residente posee trayectoria académica y profesional.
4. El comité de docencia e investigación propicia espacios de supervisión y capacitación.
5. La bibliografía disponible es accesible y actualizada.
6. El espacio físico para realizar las tareas de docencia es adecuado.
7. El espacio físico para realizar las tareas asistenciales es adecuado.

B - La calidad de la residencia en relación a los recursos académicos.

2. El programa de residencia está actualizado.
3. Se respeta el cronograma de actividades propuesto en el programa de residencias.
4. Se promueve la participación de los residentes en congresos y reuniones científicas.
5. El programa de residencia incluye actividades de formación continua (ateneos, revisión de historias clínicas, discusión de casos, entre otras)
6. El programa de residencia posee un sistema de evaluación pertinente.
7. El programa de residencia promueve la práctica basada en la mejor evidencia.
8. El programa de residencia jerarquiza la atención integral de las personas.

C - La calidad de la residencia en relación al proceso de formación.

2. El programa de residencia da respuesta a las necesidades de formación.
3. El aprendizaje en la residencia se produce de manera incidental y autogestionado.
4. Al ingresar al sistema los residentes son informados acerca del manejo y modus operandi de la institución.
5. El programa de residencia promueve la investigación.
6. La carga horaria asistencial es adecuada.
7. El programa de residencia propicia espacios de trabajo interdisciplinarios.
12. El programa de residencia promueve el trabajo en equipo.

13. El programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades ético-legales.
14. El programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades profesional-administrativa.
15. El programa de residencia promueve el conocimiento de las responsabilidades profesional-asistenciales.
16. El programa de residencia promueve el crecimiento en la autonomía del ejercicio profesional en forma gradual y supervisada.

Observaciones

Resolución 1993/2015. REGLAMENTO BÁSICO GENERAL PARA EL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS
MINISTERIO DE SALUD

Resolución 1993/2015

Bs. As., 02/11/2015

VISTO el Expediente N° 1-2002-24306/15-3 del registro del MINISTERIO DE SALUD, la Ley N° 22.127, sus modificatorias y complementarias y las Resoluciones Ministeriales N° 1277 del 19 de julio de 1988; N° 804 del 23 de mayo de 1989; N° 450 de fecha 7 de abril de 2006; N° 1922 de fecha 6 de diciembre de 2006; N° 1342 de fecha 10 de octubre de 2007 y la N° 303 de fecha 10 de abril de 2008 y la Disposición Subsecretarial N° 29 del 14 de septiembre de 2010; y

CONSIDERANDO:

Que la planificación, capacitación y la distribución equitativa de los equipos de salud son un componente central en la política sanitaria de este MINISTERIO.

Que por Ley N° 22.127 se estableció el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, cuyo objeto es complementar la formación integral del profesional ejercitándolo en el desempeño responsable, eficiente y ético de las disciplinas correspondientes mediante la adjudicación y ejecución personal supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad.

Que las residencias del equipo de salud configuran el mejor sistema de formación de especialistas de salud en el posgrado, ofreciendo la posibilidad de profundizar en un área de conocimientos al tiempo que se realiza una práctica intensiva en escenarios de trabajo.

Que el MINISTERIO ha asumido la rectoría en la formación de especialistas, en particular a través de las residencias, para lo que ha aumentado progresivamente el financiamiento de los cargos de formación hacia las especialidades consideradas prioritarias por el CONSEJO FEDERAL DE SALUD —COFESA—.

Que el MINISTERIO en su rol rector genera condiciones de equidad al elaborar estándares mínimos de calidad en todo el territorio nacional, mediante la creación del SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD a través de las Resoluciones Ministeriales N° 450 de fecha 7 de abril de 2006, N° 1922 de fecha 6 de diciembre de 2006, N° 1342 de fecha 10 de octubre de 2007 y la Disposición Subsecretarial N° 29 del 14 de septiembre de 2010.

Que se han desarrollado marcos de referencia para la formación en la residencia que son la base de los programas formativos.

Que un modelo particular como el de la residencia requiere de un programa de formación diseñado y desarrollado para generar grados de autonomía y responsabilidad creciente, al tiempo que establece las tareas asistenciales y la supervisión de los residentes, en consonancia con las capacidades

adquiridas en los distintos momentos del proceso formativo, no debiendo soslayarse en ningún caso la responsabilidad de la supervisión docente de la práctica.

Que la formación en servicio debe ser revisada y actualizada para adecuarse a los avances del conocimiento y a las políticas sanitarias, contemplando la posibilidad de aumentar los años de financiamiento de residencia de acuerdo con las exigencias de la formación.

Que el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud funciona en la órbita de la SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN, diseñando acciones para concretar las políticas emanadas del CONSEJO FEDERAL DE SALUD —COFESA— a través de la coordinación operativa de la DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL.

Que por Resolución Ministerial N° 303 del 10 de abril de 2008 se aprobaron el REGLAMENTO BÁSICO GENERAL PARA EL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD, los TÉRMINOS, CONDICIONES Y PLAZOS DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN de los aspirantes a cargos de residencias y el PROCEDIMIENTO PARA LA CONFORMACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE CONTRATACIÓN y el MODELO DE CONVENIO ANUAL DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD.

Que el escenario de formación de especialistas se ha reconfigurado y presenta nuevos desafíos, como el proceso de feminización de los equipos de salud, la necesidad de contar con enfermeros con capacidades para integrar equipos especializados interdisciplinarios y las dificultades para contar con determinados perfiles, entre otros.

Que ante esta situación y la experiencia acumulada durante la vigencia de la Resolución Ministerial N° 303 del 10 de abril de 2008, se reconoce la necesidad de contar con un nuevo reglamento que consolide la gobernanza del sistema para los próximos años, facilite la gestión integral del proceso administrativo - pedagógico y posicione al Estado Nacional como rector respecto a las condiciones de formación en contextos de calidad.

Que se propone un reglamento que se centralice en el residente como sujeto de derecho y le permita transitar en forma adecuada el proceso de formación, que proteja su salud ocupacional y favorezca la incorporación de profesionales al ofrecer condiciones compatibles con proyectos personales, al tiempo que establece claramente sus obligaciones en la formación y en el servicio.

Que con el objetivo de resolver los impedimentos que generan o reproducen situaciones de desigualdad estructural, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 75 inciso 23 de la Constitución Nacional, el presente reglamento establece medidas para que las residentes puedan completar su proceso formativo cuando la extensión de las licencias relativas al embarazo, parto y puerperio impidan cumplimentar los requisitos académicos.

Que sin desconocer la guardia como un ámbito pertinente para el aprendizaje del manejo de la urgencia, la participación del residente en dicho ámbito debe responder a principios de formación; limitando su cantidad e incluyendo el descanso post-guardia, para prevenir errores asistenciales atribuibles al cansancio.

Que se ha integrado al nuevo reglamento el proceso de Examen Único, con el objetivo de avanzar en la cohesión del sistema de residencias, estableciéndoselo como un requisito para acceder al financiamiento nacional de los cargos.

Que se establecen condiciones para que los enfermeros puedan sumarse a las residencias en programas interdisciplinarios o áreas de vacancia.

Que, de tal modo, y en virtud de la cantidad de profesionales que acceden al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud corresponde continuar con la delegación de la tramitación y suscripción de las gestiones a quien detente la titularidad de la DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL, dependiente de la SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa conforme a las disposiciones de la “Ley de Ministerios - T.O. 1992”, modificada por Ley N° 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1° — Apruébase el REGLAMENTO BÁSICO GENERAL PARA EL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD que como ANEXO I forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 2° — Apruébase el MODELO DE CONVENIO ANUAL DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD y MODELO DE CONVENIO ANUAL DE JEFES DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD, para el ingreso al SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD que, como Anexo II y III respectivamente, forman parte de la presente.

ARTÍCULO 3° — Apruébase el MODELO DE ADENDA DEL CONVENIO ANUAL DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD PARA PRÓRROGA DE LA PROMOCIÓN, que como Anexo IV forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 4° — Los términos, condiciones y plazos de presentación de la documentación de los profesionales que adjudicaron cargos, para el ingreso al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, serán determinados anualmente por la DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL.

ARTÍCULO 5° — Delégase en el Titular de la DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL la celebración, suscripción y protocolización de los convenios de

vinculación entre los residentes del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud y el MINISTERIO.

ARTÍCULO 6° — Dispóngase que se financiará únicamente cargos de residencias del equipo de salud, en aquellos jurisdicciones o instituciones cuyos procesos de acreditación hayan sido debidamente cumplimentados o cuyos programas de formación hayan sido aprobados por la DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL.

ARTÍCULO 7° — Abróguese la Resolución Ministerial N° 303 del 10 de abril de 2008.

ARTÍCULO 8° — Regístrese, comuníquese y notifíquese a sus efectos. Oportunamente, archívese. — Dr. DANIEL GUSTAVO GOLLAN, Ministro de Salud.

ANEXO I

REGLAMENTO BÁSICO GENERAL PARA EL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

I.- DE LAS RESIDENCIAS. DEFINICIONES Y MODALIDADES

ARTÍCULO 1°.- DEFINICIÓN: La Residencia de Salud es un sistema de formación integral de postgrado para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud, cuyo objeto es completar su formación de manera exhaustiva, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente, bajo la modalidad de formación en servicio. Se trata de un modelo formativo remunerado, acotado en el tiempo, con objetivos educativos anuales que deberán ser cumplidos conforme lo establecido en la presente y de acuerdo a la modalidad prevista para cada ciclo de capacitación, que se desarrollará mediante la ejecución supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad, los cuales deberán estar definidos en los programas de formación.

ARTÍCULO 2°.- SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS: El Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud tiene como propósito el financiamiento estratégico de programas de formación de residencia en instituciones públicas, que se encuentren debidamente acreditados acorde a los términos de las Resoluciones N° 450/06 y N° 1342/07 del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, sus complementarias y modificatorias, en concordancia con las políticas sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación y las necesidades de la salud de la población.

ARTÍCULO 3°.- PROPÓSITOS FORMATIVOS: Las residencias tienen como principales propósitos formativos:

- a) Promover la adquisición de conocimientos y prácticas profesionales específicas de cada especialidad en contextos de trabajo.
- b) Propiciar el trabajo en equipo e interdisciplinario.
- c) Aumentar las capacidades de análisis y comprensión de los problemas de salud de la población, a través de desarrollo de marcos interpretativos y éticos.

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

e) Generar espacios para la Investigación como práctica necesaria para la formación.

ARTÍCULO 4°.- PROGRAMA DE FORMACIÓN: Las Residencias de Salud, cualquiera sea su especialidad o profesión, se desarrollarán según un programa de formación predeterminado. El programa de formación es el diseño de las actividades que permiten organizar de manera articulada y coherente los aspectos formativos. En éste se deberán incluir: perfil del egresado, propósitos, objetivos y contenidos por nivel, rotaciones, escenarios de aprendizaje, guardias y actividades para la adquisición de competencias de la especialidad, así como el sistema de evaluación previsto. Los programas deberán estar aprobados por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación y estarán en consonancia con los documentos marcos vigentes para cada especialidad, debiendo específicamente señalar la modalidad de la residencia y su duración total.

ARTÍCULO 5°.- MODALIDADES: El Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud prevé el desarrollo de dos tipos de residencias:

1. **RESIDENCIA BÁSICA:** Se denomina residencia básica a aquella residencia a la que se accede con el título universitario, sin que se requiera formación previa en otra especialidad. Dentro de esta categoría se incluyen dos tipologías:

1.1. **RESIDENCIA BÁSICA PROPIAMENTE DICHA:** Se denomina así a aquella residencia que realiza toda su formación con base en un servicio de la especialidad, con una duración mínima de tres años. Incluye rotaciones obligatorias por otros servicios, que se desarrollan de manera coordinada y bajo supervisión del servicio sede de la formación.

1.2. **RESIDENCIA BÁSICA MODALIDAD ARTICULADA:** Se denomina así a aquella residencia que inicia su formación en una especialidad básica y que completa la formación en otra especialidad. Tiene una duración mínima de cuatro (4) años. Incluye rotaciones obligatorias por otros servicios, que se desarrollan de manera coordinada y bajo supervisión del servicio sede de la formación.

2. **RESIDENCIA POSTBÁSICA:** Se denomina residencia postbásica a la residencia que focaliza y profundiza la formación en un área acotada de una especialidad básica (subespecialidad). Requiere para su ingreso de la aprobación de una residencia básica acreditada, acorde con las condiciones que se estipulen en el programa correspondiente.

II.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS RESIDENCIAS

ARTÍCULO 6°.- DEDICACIÓN: la residencia configura un modelo formativo remunerado con dedicación exclusiva y a tiempo completo.

ARTÍCULO 7°.- AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD CRECIENTE: La residencia es un modelo formativo que implica la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de acuerdo a la autonomía y responsabilidad que va adquiriendo el residente, de acuerdo con los objetivos fijados en el programa de aprendizaje. La supervisión será directa sobre todos los actos en el primer año y evolucionará a supervisión indirecta en años superiores de acuerdo al grado de competencias adquirido. La supervisión será directa en todos los casos en los que el residente adquiera nuevas destrezas y aborde nuevas prácticas. La supervisión, en todos los niveles de formación, se encontrará a cargo de los docentes, tutores, profesionales de planta y/o instructores. El grado de autonomía que alcanzó el residente para las diferentes prácticas y procedimientos deberá estar sustentado en las evaluaciones realizadas.

ARTÍCULO 8°.- INICIO Y FINALIZACIÓN DEL AÑO LECTIVO: Los programas de formación iniciarán el 1° de septiembre de cada año y deberán prever el cumplimiento de objetivos académicos anuales al 31 de agosto del siguiente año, lo que implicará la promoción del residente al año inmediato superior o la finalización del programa en el caso que corresponda. La no promoción implicará la rescisión automática del contrato de formación.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Resolución N° 701/2021 del Ministerio de Salud B.O. 26/2/2021. Vigencia: a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTÍCULO 9°.- CARGA HORARIA: Los residentes cumplirán una carga horaria diaria de hasta nueve (9) horas de lunes a viernes, en el horario que determine el establecimiento en el que realice su programa de formación.

ARTÍCULO 10°.- GUARDIA Y DESCANSO POST-GUARDIA: Los residentes, en aquellos casos en que los objetivos de aprendizaje así lo requieran y bajo la supervisión que corresponda al nivel de autonomía alcanzado, complementarán su carga horaria realizando las guardias que figuren en su programa de formación, las que no podrán exceder el máximo de dos guardias semanales de hasta doce (12) horas cada una, con un intervalo entre las mismas no menor a cuarenta y ocho (48) horas. Luego de cada guardia se deberá garantizar al residente un descanso mínimo seis (6) horas de cumplimiento efectivo fuera de la sede. El descanso post-guardia será computado en el cálculo de la carga horaria diaria.

III.- CONDICIONES GENERALES DE INGRESO AL SISTEMA

ARTÍCULO 11°.- CONCURSO: El ingreso al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud será realizado anualmente mediante concurso público y abierto, conforme las fechas y modalidades que el Ministerio de Salud de la Nación y las Jurisdicciones establezcan. Los concursos tendrán como objetivo considerar los conocimientos de grado del aspirante y sus antecedentes formativos, a través de la realización de una evaluación objetiva y documentada por medios que permitan su revisión fehaciente.

ARTÍCULO 12°.- EXAMEN ÚNICO: En los casos de aquellas profesiones en las que exista un examen de alcance federal, los cargos de financiamiento nacional se concursarán exclusivamente a través de esta modalidad, con las condiciones que se estipulen en los convenios que se suscriban con las respectivas jurisdicciones.

ARTÍCULO 13°.- PREINSCRIPCIÓN: Todos los aspirantes a ingresar al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud deberán preinscribirse a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA-<https://sis.ms.gov.ar>).

ARTICULO 14°.- INSCRIPCIÓN: La inscripción al Concurso para la cobertura de cargos del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud deberá realizarse bajo la forma y en el lugar que determine la jurisdicción en la que el aspirante procure realizar su residencia, en las condiciones y modalidades que se determinen para cada Concurso.

ARTÍCULO 15°.- ANTIGÜEDAD DEL TÍTULO: Podrán inscribirse a las Residencias Básicas aquellos postulantes cuyo título habilitante haya sido obtenido hasta cinco (5) años antes de efectuarse la selección para acceder a los programas de residencias. El cálculo debe ser computado desde la fecha de expedición del título respectivo a la fecha de cierre de la inscripción del concurso en el que se postule. Para las Residencias Post-Básicas, el plazo será de hasta nueve (9) años desde el momento de la fecha de expedición del título de grado al cierre de la inscripción. Para aquellos aspirantes que hayan realizado su formación de grado en el extranjero, se tendrá en cuenta la fecha de expedición del título de su Universidad de origen, sin que tenga validez la fecha de la convalidación del mismo.

ARTÍCULO 16.- REQUISITOS GENERALES DE LOS POSTULANTES: Podrán ingresar al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud los profesionales de grado universitario que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Ser ciudadano argentino nativo, por opción o naturalizado. Los extranjeros deberán poseer Documento Nacional de Identidad emitido por Autoridad Argentina y cumplir con las condiciones migratorias previstas en la Ley N° 25.871 y sus normas reglamentarias y complementarias al momento de su inscripción al mecanismo de selección.
- b) Ser poseedor de condiciones de conducta e idoneidad para el cargo, lo que se acreditará mediante los regímenes de selección que se establezcan en los diferentes concursos, asegurando el principio de igualdad en el acceso al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.
- c) Tener la aptitud psicofísica requerida para el cargo.
- d) Ser graduado de cualquier Universidad de la República Argentina, del ámbito Público o Privado, reconocida oficialmente, en las profesiones de las que se trate. Aquellos graduados de Universidad Extranjera, sea ésta del ámbito público o privado, deberán poseer titulación de grado universitaria reconocida por el Ministerio de Educación de la Nación (autoridad competente en la materia), habiendo completado el trámite de reválida, homologación o aquel que correspondiere.
- e) Título: Todos los ingresantes al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud deberán poseer, al momento de ingreso a la Residencia, el título de grado universitario obtenido conforme la profesión de que se trate, no aceptándose en modo alguno el ingreso al sistema de aquellos que carezcan del mismo. En forma excepcional se aceptará la inscripción al concurso de aquellos egresados de universidades de la República Argentina que cuenten con un certificado de título en

trámite extendido por la Universidad que corresponda, ello siempre que, cumplido el concurso respectivo y al momento de tomar el cargo, el postulante posea el título habilitante.

f) Poseer matrícula habilitante expedida por la autoridad sanitaria competente de la jurisdicción en la cual va a realizar su formación, en los casos que corresponda.

ARTÍCULO 17°.- EXCEPCIONES: Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior y cuando los programas de formación así lo previeran, podrán ingresar al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud Enfermeros que hayan cumplimentado el ciclo de pregrado universitario y Enfermeros Profesionales y/o Técnicos en Enfermería egresados de instituciones de nivel técnico, cuyo título tenga validez nacional y hayan sido debidamente acreditadas por el Instituto Nacional de Educación Tecnológica del Ministerio de Educación de la Nación y cumplieren los demás requisitos que sean aplicables del artículo 16° del presente reglamento.

IV.- DEL INGRESO AL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

ARTÍCULO 18.- ADJUDICACIÓN: Cumplido el concurso respectivo, y habiéndose adjudicado las vacantes financiadas por el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, cada Jurisdicción deberá remitir a la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, copia certificada del acto administrativo, acta o del documento en el que se hubieren registrado los datos del concurso realizado, el orden de mérito, el listado de los postulantes que hayan adjudicado vacantes respetando dicho orden, avalado por la Autoridad Competente.

Superado el concurso, el aspirante tendrá calidad de ingresante al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, debiendo cumplir con los requisitos establecidos para su incorporación al mismo.

ARTÍCULO 19.- REQUISITOS ADMINISTRATIVOS: Al momento de su incorporación al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud el ingresante deberá cumplir los siguientes requisitos, presentando en su caso la documentación respectiva:

a) Fotocopia certificada del título de la carrera de grado de que se trate, debiendo presentar el original para su cotejo, en el cual deberán constar las legalizaciones correspondientes.

b) Fotocopia certificada de la Matrícula Profesional correspondiente al lugar donde será realizada la actividad de formación, siendo obligatoria la obtención de la Matrícula Nacional para aquellos ingresantes que realicen la Residencia en el ámbito territorial de la Ciudad de Buenos Aires y/o que realicen su formación en Organismos, Hospitales o Instituciones descentralizadas dependientes del Ministerio de Salud de la Nación u otros Organismos Nacionales dependiente de cualquiera de los Poderes del Estado Nacional. Para los casos en que la emisión de la matrícula tenga fecha posterior al 1° de Junio, la contratación se realizará a partir de la fecha de matriculación.

c) Certificado de apto psicofísico. Una vez que hayan sido seleccionados para cubrir el cargo, deberán someterse a un examen psicofísico completo. El mismo será realizado en el órgano técnico respectivo correspondiente a la Jurisdicción (Dirección de Reconocimientos Médicos, Salud Ocupacional u otras).

d) Original del Certificado de Antecedentes Penales provisto por el Registro Nacional de Reincidencia dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad Y Derechos Humanos.

e) Todos aquellos requisitos o formularios exigidos por las normas vigentes para la contratación de personal de la Administración Pública Nacional.

ARTÍCULO 20°.- IMPEDIMENTOS: Sin perjuicio de lo establecido en los artículos anteriores, no podrán ingresar al Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud aquellas personas que se vieran encuadradas en alguno de los impedimentos determinados por el artículo 5° de la Ley N° 25.164, complementarias y modificatorias.

ARTÍCULO 21°.- INGRESO A LA RESIDENCIA: Aquellos postulantes que hayan adjudicado cargos de residencia deberán presentarse, con los requisitos del artículo 19° cumplimentados, a efectos de asumir su vacante acorde al cronograma del concurso, caso contrario la misma podrá declararse desierta y será susceptible de readjudicación posterior.

En ningún caso el ingreso a la residencia podrá ser posterior al 1° de septiembre a los efectos de garantizar el presentismo mínimo necesario para el cumplimiento del año lectivo.

ARTÍCULO 22°.- RENUNCIAS: Las renunciaciones a las residencias deberán realizarse en forma fehaciente. El residente que renunciare con posterioridad a la adjudicación y hasta cinco (5) días hábiles antes de la fecha fijada por la jurisdicción donde realiza su residencia para la readjudicación, podrá presentarse a rendir examen al año siguiente. El cargo que éste ocupaba antes de renunciar, será readjudicado de acuerdo con el orden de mérito.

Para el caso que un residente renunciare con posterioridad a esa fecha y hasta el 28 de febrero del año siguiente a su ingreso, quedará inhabilitado para optar por una residencia nacional por un período de un año a partir de su fecha de ingreso a la residencia.

V- DE LOS RESIDENTES - FUNCIONES - DERECHOS Y OBLIGACIONES

ARTÍCULO 23°.- CONTRATO DE FORMACIÓN EN SERVICIO: El profesional que hubiere cumplimentado todos los requisitos para ingresar al Sistema acorde a lo determinado por este reglamento se incorporará al mismo en calidad de Residente mediante la suscripción de un contrato con Ministerio de Salud de la Nación, cuya duración estará determinada por el Programa de Formación al que accediere y sujeto al cumplimiento de los requisitos académicos.

Los residentes desarrollarán sus tareas bajo la supervisión de instructores, tutores, profesionales de planta de la unidad y/o de escenarios de aprendizaje (incluidas las guardias).

ARTÍCULO 24°.- OBLIGACIONES: Serán funciones y obligaciones del residente:

a) Conocer y cumplir el programa de formación al que accediere, sus contenidos, ámbitos docentes, evaluaciones, rotaciones por los servicios y distintos niveles que se determinen como parte de la formación, el régimen horario y el número de guardias semanales que se establezcan en el programa.

b) Asumir con responsabilidad las tareas asistenciales que se le asignen de acuerdo al programa de formación, realizando las mismas con toda su capacidad, dedicación, contracción al trabajo y diligencia, cumpliendo las indicaciones impartidas desde el servicio, formuladas por sus instructores, tutores, profesionales de planta de la unidad y/o de escenarios de aprendizaje.

c) Consultar obligatoriamente a sus instructores, tutores y/o al jefe de servicio frente a un problema cuando la complejidad del caso lo exija, así como comunicar inmediatamente todo hecho que adquiera o pueda adquirir implicancias legales, en consonancia con las normativas vigentes en materia de protección al paciente.

d) Participar en la elaboración y presentación de trabajos científicos.

ARTICULO 25°.- DERECHOS: Los residentes gozarán de los siguientes derechos:

a) Recibir, como parte de la formación, una remuneración mensual, sujeta a las normas de liquidación y actualización vigentes, de conformidad con el contrato que a ese respecto se suscriba con el Ministerio de Salud de la Nación.

b) Recibir, en forma previa a su inicio, el Programa de la residencia a cursar actualizado y aprobado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación.

c) El Establecimiento deberá garantizar una habitación para el residente de guardia en el ámbito del mismo.

d) La Jurisdicción donde realiza su formación, o en su defecto, el nosocomio o servicio, deberá proveer al residente de las comidas que correspondan durante su horario laboral y garantizar el tiempo disponible dentro del mismo establecimiento para que pueda realizarlas.

e) El Establecimiento deberá garantizar instalaciones apropiadas para el descanso y estudio diurno, sala de estar y sanitarios propios.

f) La Jurisdicción donde realiza su formación debe garantizar el acceso a medios informáticos y/o audiovisuales de calidad, a la biblioteca y a los demás medios que garanticen el acceso a la bibliografía actualizada.

g) Recibir la información necesaria a fin de conocer los derechos y obligaciones que rigen su formación.

h) Ser incorporados al régimen previsional establecido por la Ley N° 24.241, sus complementarias y modificatorias. Del mismo modo quedan incorporados a la Obra Social de los Trabajadores del Estado Nacional de acuerdo al régimen vigente.

i) Percibir los beneficios correspondientes a las asignaciones familiares, de conformidad a la normativa vigente en la materia y se les proveerá del seguro de riesgo de trabajo que corresponda.

j) Deberá facilitarse la concurrencia de los residentes a Jornadas, congresos, cursos, y similares relacionados con la especialidad y el programa de formación, mediando la autorización del responsable de su formación y/o el Jefe de Servicio.

ARTÍCULO 26°.- RESPONSABILIDAD DE LA SEDE FORMADORA: Las jurisdicciones o instituciones a las cuales les sean asignados cargos de residentes con financiamiento nacional, asumen las siguientes responsabilidades:

a) Contar con los Programas de Formación al momento de solicitar la asignación de cargos para la residencia.

b) Garantizar al residente la supervisión de docentes y/o instructores y/o tutores y/o médicos de planta durante todo el proceso formativo, en consonancia con lo establecido en el artículo 7°.

c) Garantizar la formación docente continua de los profesionales que formarán a los residentes.

d) Contar con el equipo docente idóneo que resulte adecuado y suficiente para el desarrollo de todos los contenidos del programa de formación.

e) Contar con un área de docencia que garantice la gestión de convenios, acuerdos para el cumplimiento de todo el programa de formación, contenidos transversales e interdisciplinarios que la residencia requiera.

f) Asegurar al residente la provisión de todos los recursos materiales y organizacionales necesarios para que las actividades se puedan realizar con efectividad.

ARTÍCULO 27°.- ROTACIONES: Los residentes deberán realizar las rotaciones internas y externas establecidas en su programa de formación. Las mismas deberán ser supervisadas y evaluadas de acuerdo a los objetivos y modalidades establecidos y tener en cuenta los requisitos legales para el ejercicio de la profesión en la jurisdicción donde va a rotar. En aquellos casos donde las rotaciones o escenarios de aprendizaje sean fuera de su ámbito habitual, se deberá notificar a la ART.

Para la realización de rotaciones optativas, el residente deberá contar con la aprobación del responsable del Programa y ser autorizado por escrito por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación. En el caso de rotaciones fuera del país, el residente deberá fundamentar mediante un informe las razones por las que dicha rotación amerita realizarse fuera del país y los objetivos de la misma, especificando como ésta aporta a la formación en la especialidad que está realizando. Se deben cubrir los requisitos de coordinación, supervisión y evaluación. Para su realización, deberá contar con un seguro de viaje a nombre del residente, ateniéndose a las mismas pautas que para las rotaciones fuera del Establecimiento en cuanto al momento de realización, duración y presentación de monografía.

ARTÍCULO 28°.- LICENCIA ANUAL ORDINARIA: Los residentes tendrán derecho a la licencia ordinaria que se determine en el régimen jurisdiccional correspondiente. Sin perjuicio de ello, la licencia ordinaria deberá obligatoriamente ser usufructuada dentro del año lectivo y no podrá ser

transferida al año lectivo siguiente. Los residentes de primer año podrán usufructuar su licencia a partir del 1° de enero del año siguiente a su ingreso. En los años posteriores, se podrá usufructuar la licencia desde el 1° de junio al 31 de mayo del año subsiguiente. Las licencias no gozadas no darán derecho a indemnización alguna.

ARTÍCULO 29°.- OTRAS LICENCIAS: Al residente le será aplicable el mismo régimen de licencias del establecimiento o la jurisdicción donde realiza su residencia.

ARTÍCULO 30°.- RÉGIMEN DE SANCIONES: Será aplicable el régimen de sanciones dispuesto por la normativa de la Jurisdicción en la cual el residente realiza la residencia, aplicándose supletoriamente las sanciones establecidas en la Ley N° 25.164.

A los efectos de hacer efectiva la sanción, la Jurisdicción donde realiza la residencia deberá notificar al Ministerio de Salud de la Nación, el acto administrativo donde se procede a sancionar al residente, para que se registre y se tramite la misma, que será incorporada al legajo.

VI - DE LOS REQUISITOS PARA LA PROMOCIÓN Y PERMANENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS

ARTÍCULO 31°.- PERMANENCIA: Los residentes deberán, indefectiblemente, cumplir con los objetivos académicos y promover al año superior de la Residencia para poder permanecer en el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Serán rescindidos los vínculos con aquellos residentes que no hubieren alcanzado las metas u objetivos académicos o de otra índole, contemplados en el programa de formación.

El responsable jurisdiccional deberá informar a la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, antes del 1° de junio de cada año, la situación de promoción o no promoción de los residentes de su jurisdicción, excepto en los casos especialmente contemplados. Para los residentes que no se encuentren en condiciones de promover en la fecha estipulada, se fijará como fecha límite para el envío de los resultados de los recuperatorios el 1° de septiembre de cada año, excepto para los casos contemplados en el artículo 33°.

En caso de que la Jurisdicción realice la comunicación de la promoción fuera de término, la promoción se hará efectiva a partir de la recepción de la misma, sin tener efecto retroactivo.

ARTÍCULO 32°.- PROMOCIÓN: Para promover al año superior, el residente indefectiblemente deberá cumplir con el 75% (setenta y cinco por ciento) de presentismo en las actividades asistenciales y académicas; como así también, con el mínimo de las prácticas a realizar de acuerdo con los estándares de la especialidad, la evaluación de cada una de las rotaciones, las evaluaciones permanentes y una evaluación anual integradora desarrollada en concordancia con la propuesta formativa. En ningún caso, incluso habiendo cumplido el 75% del presentismo requerido, se podrá dar por concluida la residencia antes de los plazos previstos en la contratación.

ARTÍCULO 33°.- PRÓRROGA DE PROMOCIÓN: En aquellos casos donde las residentes que hubieren declarado su embarazo o estuvieren en uso de su licencia por maternidad y se encontraren en la situación de no poder cumplimentar con el presentismo y los requisitos académicos establecidos

en el programa de formación, se les podrá prorrogar su fecha de promoción estableciéndose como fecha límite al respecto el 30 de noviembre de cada año, el cual podrá trasladarse a los ciclos subsiguientes en caso que así se requiera. Para efectivizar esta prórroga, el responsable de la residencia deberá realizar antes del 31 de mayo de cada año un informe solicitando formalmente la prórroga; elaborando para ello un plan de recuperación, acordado con la residente y con la aprobación del Director de la institución sede de la residencia y del Responsable de capacitación de la jurisdicción, que será remitido a la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, para su aprobación al momento de reintegrarse de la licencia.

Cuando el pedido de prórroga supere los plazos establecidos en el contrato, se realizará una adenda al contrato suscripto, que en ningún caso podrá exceder el término de seis (6) meses. No se realizará adenda alguna cuando dicho período no fuera suficiente para cumplimentar los requisitos académicos, por lo que se considerará que no se han cumplido con los requisitos mínimos de promoción.

ARTÍCULO 34°.- EVALUACIONES: La evaluación debe ser coherente con las estrategias de formación implementadas y diseñadas en el programa y con los objetivos de aprendizaje para cada etapa. Debe estar sistematizada y documentada en registros de desempeño y evaluará el desarrollo de las competencias y grados de autonomía de los residentes a través de sus conocimientos teórico-prácticos. La evaluación será realizada en la sede del programa respectivo y tomará en cuenta la perspectiva:

- a) Del Responsable del programa y el equipo docente.
- b) De los Jefes de Residentes y residentes de otros años.
- c) De las personas que fueron atendidas por el residente.
- d) De la autoevaluación que realice sobre su tarea el propio residente.

Todas la evaluaciones deberán ser comunicadas en forma fehaciente al residente en un plazo no mayor a siete (7) días corridos de efectuadas, quien podrá, en los casos que corresponda, requerir su revisión.

ARTÍCULO 35°.- REVISIÓN: El residente, en el supuesto caso de no alcanzar los objetivos académicos contemplados en los artículos anteriores, tendrá el derecho de solicitar la revisión de su evaluación o la aclaración de los motivos de su no promoción. Esta solicitud deberá ser realizada por escrito, en nota dirigida al Comité de Docencia e Investigación del establecimiento donde realiza su residencia en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles luego de su notificación. El Comité de Docencia e Investigación deberá conformar una Comisión Evaluadora, la cual estará integrada por:

- a) Un representante del área de Recursos Humanos y/o Capacitación -o equivalente- de la jurisdicción, que actuará como Presidente de la Comisión Evaluadora.
- b) El Director del Establecimiento o en su defecto un representante del mismo.
- c) El Responsable del programa o un representante del mismo, en cuyo caso deberá tener no menos de cinco (5) años en el ejercicio de la especialidad y antecedentes docentes.

d) El Comité de Docencia e Investigación o representantes del mismo, los cuales tendrán derecho a un voto en su conjunto.

e) Un veedor de la especialidad designado a tal efecto por el interesado.

La Comisión Evaluadora deberá emitir un dictamen en un plazo no mayor de veinte (20) días corridos a partir de la presentación de solicitud de revisión por parte del residente, el que resultará inapelable para el Residente.

ARTÍCULO 36°.- EGRESO: Para obtener el certificado de residencia completa el residente deberá haber cumplimentado todos los requisitos de evaluación previstos en el programa, no pudiendo abandonar la residencia en forma previa a la finalización del contrato.

ARTÍCULO 37°.- FINANCIACIÓN: Los residentes del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud podrán disponer del apoyo financiero con partidas presupuestarias de origen nacional por un período máximo de seis (6) años. A los efectos del financiamiento se entenderá a la jefatura de residencias como una residencia más, contando el plazo de su ejercicio dentro del término fijado en el párrafo anterior. Sin perjuicio de ello, no podrán financiarse dos residencias básicas para un mismo residente.

VII. - DE LOS JEFES DE RESIDENTES:

ARTÍCULO 38°.- DEFINICIÓN: El Jefe de Residentes será un profesional que ha cumplido el programa completo de la residencia en la especialidad y será elegido entre los graduados recientes que hayan completado el programa respectivo en el establecimiento, que estén dispuestos a desempeñar dicha tarea y posean aptitud para el desempeño docente.

ARTÍCULO 39°.- ELECCIÓN: El Jefe de Residentes será elegido por sus pares, los instructores de residentes y el Coordinador docente, en base a una propuesta de gestión docente en función de los programas vigentes que los interesados deberán elaborar.

La elección deberá ser realizada conforme la modalidad que determine cada jurisdicción y al leal saber y entender de los responsables de la residencia, debiendo éstos hacer constar en forma fehaciente la fundamentación del veredicto en un acta labrada a tal efecto.

En la selección deberán ser considerados, entre otros, los siguientes atributos personales de los candidatos:

- a) Capacidad de conducción de grupos.
- b) Aptitud para la organización de actividades propias y grupales.
- c) Aplicación de los principios éticos de la profesión.
- d) Buena predisposición para la transferencia de conocimientos.

- e) Los conocimientos adquiridos durante el período de su residencia.
- f) Las evaluaciones que hubiere realizado durante todo su ciclo de formación como Residente.
- g) El concepto personal que el candidato hubiere alcanzado entre sus pares y superiores.
- h) La consideración del conjunto de los residentes del programa.

ARTICULO 40°.- El Jefe de Residentes permanecerá un (1) año en sus funciones como colaborador docente, plazo no renovable y en el que no podrá solicitar rotaciones o pasantías; desempeñará sus funciones con dedicación exclusiva y tendrá las mismas obligaciones y derechos que los profesionales residentes.

ARTICULO 41°.- Sólo con carácter excepcional, cuando en una residencia no haya habido egresados o no existan interesados en el cargo o cuando los interesados carezcan de condiciones para ocupar dicha jefatura, podrá ser reelegido por única vez el Jefe de Residentes del año anterior de la misma Residencia, Servicio y Establecimiento o se procederá a realizar un Concurso Público y Abierto entre ex-Jefes de Residentes de otros establecimientos de la misma especialidad o residentes recién egresados de la misma especialidad de otros establecimientos.

En el caso que el concurso resulte desierto, podrá realizarse un nuevo concurso donde se prevea el ingreso de profesionales especialistas universitarios.

ARTICULO 42°.- Los residentes que alcancen el cargo de Jefe de Residentes, tendrán las siguientes funciones y obligaciones:

- a) Organizar y coordinar las tareas de los residentes acorde a lo dispuesto por el programa de formación.
- b) Tener fluida comunicación con los residentes, de manera de organizar el desarrollo de las tareas asignadas dentro del servicio.
- c) Reunirse periódicamente con el responsable Institucional de la Residencia y/o Jefe de Servicio o Unidad para coordinar las tareas de los residentes.
- d) Coordinar las tareas comunes con los Jefes de Residentes de otros departamentos o servicios.
- e) Promover el trabajo interdisciplinario durante la residencia.
- f) Participar en la evaluación periódica de los residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético.
- g) Asegurar la concurrencia de los residentes a las actividades docentes del programa.

ARTÍCULO 43°.- El Jefe de Residentes gozará de todos los derechos y tendrá las mismas obligaciones técnicas y administrativas en relación con su cargo que el resto de los residentes.

ARTÍCULO 44°.- Cumplimentado el plazo previsto para la duración de la Jefatura de Residencia y si su actuación ha sido satisfactoria, recibirá un certificado extendido por la institución en la cual se ha desempeñado.

CLÁUSULA TRANSITORIA

ARTÍCULO 45°.- EXCEPCIÓN AL INGRESO AL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD POR LA VÍA DE EXAMEN ÚNICO: Para aquellas jurisdicciones que no formaren parte de la modalidad del Examen Único, y desearán continuar con cargos de financiamiento nacional, se les fijará como plazo para adecuar la normativa provincial correspondiente y adherir al Examen Único, 31 de diciembre del año 2016.

Resolución 450/2006

Créase el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Criterios básicos. Integrantes del sistema. Registros.

Bs. As., 7/4/2006

Visto el Expediente N° 2002-4338/06-7 del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE, la Ley N° 17.132 que establece las Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, la Ley N° 22.127 que establece el Sistema Nacional de Residencias y la Ley N° 23.873 modificatoria 21 y 31 de la Ley N° 17.132 que regula el empleo de títulos o certificados profesionales y las Resoluciones N° 174 de fecha 4 de abril de 1988, que crea el Comité de Evaluación de Residencias N° 323 de fecha 31 de mayo de 2002 que aprueba el reglamento básico de la residencia en salud y N° 325 de fecha 31 de mayo de 2002 que establece la competencia para efectuar la acreditación de las residencias en salud y,

CONSIDERANDO:

Que por la Ley N° 22.127 se creó el Sistema Nacional de Residencias de Salud y el Consejo Nacional de Residencias de la Salud (C.O.N.A.R.E.S.A.), a los fines de la conducción del sistema, en el ámbito de por la entonces Secretaría de Salud Pública.

Que, esta norma, incorporó la posibilidad de anunciarse como especialista a quienes tuvieran el certificado de aprobación de las residencias extendido por el CONARESA, realizando así una modificación en la de Ejercicio Profesional.

Que distintas razones frustraron el funcionamiento del CONARESA con el consiguiente perjuicio para el correcto funcionamiento y control del sistema previsto.

Que mediante Resolución N° 174/88 se implementó el Sistema de acreditación de residencias y se creó el Comité de Evaluación de las mismas, constituyendo un buen paliativo de la situación reinante.

Que mediante Resolución N° 596/91 modificatoria de la Resolución N° 174/88 se estableció una nueva constitución del Comité de Evaluación de Residencias.

Que por la Ley N° 23.873 modificatoria de la Ley de Ejercicio Profesional N° 17.132 se estableció que el ingreso a la especialidad, mediante el certificado de aprobación de la residencia, debía ser extendido por institución pública o privada reconocida al efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que establezca la reglamentación, estableciendo asimismo la duración de la misma y el registro de las especialidades reconocidas.

Que, en uso de estas facultades reglamentarias se dictó la Resolución Ministerial N° 323/ 2002, que aprobó el Reglamento Básico de la Residencia de Salud e invitó a las autoridades sanitarias de las provincias a adherir al mismo.

Que, desde el ámbito privado, existen diferentes sociedades científicas y profesionales que tienen en marcha una acreditación voluntaria, periódica y realizada por los pares de programas de residencias en salud.

Que sin perjuicio de los esfuerzos realizados, desde el espacio público como privado, no se ha logrado, tanto por factores organizacionales como normativos, la armonización federal en la formación de los recursos humanos que asegure mínimos estandarizados sostenidos en el tiempo.

Que mediante el consenso generado en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) se estableció el PLAN FEDERAL DE SALUD cuyo objetivo es fijar las bases de la política sanitaria nacional desde el año 2004 hasta el año 2007.

Que en dicho documento y en materia de Regulación de Recursos Humanos, en su punto 7.2.4. acápite a) se dispuso '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.'

Que en el acápite citado precedentemente el COFESA ha establecido la política a seguir en la formación del recurso humano, ejerciendo el rol de rectoría que le es propio.

Que en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE resulta ser la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION la instancia competente para implementar las acciones necesarias, a través de la DIRECCION NACIONAL EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD, para el cumplimiento de dichas directrices.

Que en ese contexto, se elaboró una propuesta que define las pautas mínimas que deben generarse en el continuo aprendizaje del equipo de salud, bajo el sistema de residencia, que permita reconocer a cada uno de sus integrantes el alcance nacional de la acreditación como residentes.

Que a efectos de poder lograr el éxito deseado en la formación y calificación de los recursos humanos en salud que garantice calidad; resulta necesario el aporte, colaboración y participación de los distintos actores y por ello, se crea el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD.

Que en este orden de ideas, el Sistema funcionará en la órbita del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE y será presidido por la SUBSECRETARIA DE POLITICA, REGULACION Y FISCALIZACION EN SALUD quien deberá diseñar las acciones para concretar las políticas directrices emanadas del COFESA a través de la DIRECCION NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD que actuará como Coordinadora. Asimismo lo integrarán la Comisión Asesora, las entidades evaluadoras y cada uno de los formadores.

Que para una correcta transparencia y publicidad del sistema se crea el REGISTRO NACIONAL UNICO DE RESIDENCIAS ACREDITADAS DEL EQUIPO DE SALUD en el que se inscribirán voluntariamente aquellas residencias que hayan sido certificadas por las entidades evaluadoras.

Que a idénticos efectos, las entidades que deseen participar como entidades evaluadoras deberán solicitar su inscripción en el REGISTRO UNICO DE ENTIDADES EVALUADORAS DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD que por la presente se crea y no podrán ser parte de la Comisión Asesora.

Que lo expuesto conlleva la obligación de las entidades interesadas de efectivizar su inscripción demostrando idoneidad, aptitud, antecedentes académicos suficientes y disposición para trabajar con pautas acordes a las políticas impulsadas para la formación del Recurso Humano en Salud.

Que con el fin de un mejor cumplimiento de las metas propuestas el Coordinador contará con la colaboración de una COMISION ASESORA DE EVALUACION DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD integrada por representantes de las jurisdicciones (nacional, provincial y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y por entidades académicas, científicas, deontológicas y universitarias, de reconocido prestigio dentro del Sector.

Que asimismo resulta imprescindible el establecimiento de pautas mínimas que serán exigibles a cada entidad formadora independientemente de la naturaleza pública o privada de la institución de que se trate o en la que se desarrolle la residencia respecto al cuerpo docente, asistencial, programas y demás condiciones necesarias, de acuerdo a los estándares de calidad que se determinen para alcanzar la validez nacional que otorga el reconocimiento del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE.

Que a fin de asegurar los estándares de calidad deseados resulta imprescindible que se establezcan plazos de extinción de la acreditación concedida que no superen los CINCO (5) años.

Que para respetar la situación establecida y la normativa aplicable hasta el dictado de la presente medida, se establece un período de transición en el cual serán válidas las acreditaciones realizadas a la fecha de entrada en vigencia de la presente norma, reconocidas por este Ministerio.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD Y AMBIENTE

RESUELVE:

Artículo 1º — Créase el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD, en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, el que se desarrollará de acuerdo a los siguientes criterios básicos:

1- Preservar el espacio de las Residencias del Equipo de salud como sistema de formación para la promoción y cuidado de la salud de la comunidad.

2- Articular las necesidades de formación con la necesidad del Recurso Humano en Salud relevado en el Sistema de Salud.

3- Desarrollar un modelo educacional con programación supervisada, con integración docenteasistencial, incentivando en la misma la concepción interdisciplinaria para la formación de equipos de salud.

4- Considerar la formación para la acción, en escenarios emergentes o no tradicionales, teniendo en cuenta condicionantes socio-sanitarios y epidemiológicos.

5- Incorporar el criterio de calidad como una construcción continua, más que como un resultado y la periodicidad de la acreditación como un mecanismo de calidad.

6- Promover la formación de Recursos Humanos en Salud enmarcada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, asegurando modelos de supervisión y evaluación permanente, adaptando la estructura de apoyo docente a los cambios dinámicos del entorno y articulando las oportunidades de formación con las verdaderas necesidades de la comunidad.

Art. 2° — INTEGRANTES DEL SISTEMA: Integrarán el Sistema creado en el artículo anterior: el CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA) como rector de la política a seguir en la formación del recurso humano en salud, la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION presidiendo el sistema, la DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD como Coordinador, UN (1) Comité Técnico del Organismo Rector, la Comisión Asesora de las autoridades del sistema, las Entidades Evaluadoras y cada uno de los formadores.

(Artículo sustituido por art. 1° de la [Resolución N° 1922/2006](#) del Ministerio de Salud B.O. 13/12/2006)

Art. 3° — RECTOR: Es el principal responsable del Sistema y está integrado por los Representantes de los distintos Ministerios que conforman el CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA). Su función es definir e impulsar las políticas y estrategias a seguir en la formación de los recursos humanos en el marco del Plan Federal de Salud.

COMITE TECNICO: El Organismo Rector, contará con UN (1) Comité Técnico integrado por los Responsables de Recursos Humanos de cada una de las jurisdicciones, que tendrá a su cargo evaluar, discutir, consensuar los dictámenes emitidos por la Comisión Asesora, pudiendo requerir reuniones conjuntas con la misma, para la reconsideración de temas que así lo resuelvan pertinente.

(Artículo sustituido por art. 2° de la [Resolución N° 1922/2006](#) del Ministerio de Salud B.O. 13/12/2006)

Art. 4° — DE LA PRESIDENCIA Y COORDINACION DEL SISTEMA: Presidirá el Sistema la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION EN SALUD y la coordinación del sistema estará a cargo del Director Nacional de Recursos Humanos en Salud. Ambos integrantes deberán dictar los actos administrativos necesarios para el desarrollo del sistema y gestionar como autoridades competentes todo lo que al mismo se refiera.

Art. 5° — DE LA COMISION ASESORA: La Comisión Asesora funcionará en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE y estará presidida por el Coordinador del Sistema e integrada por DIEZ (10) miembros, que representarán a las entidades y/o organismos que se detallan en el ANEXO I, cuyos representantes rotarán anualmente en la integración de la Comisión a efectos de lograr la alternancia en el seno de la misma y siempre que no se encuentren inscritas en el Registro Unico de Entidades Evaluadoras ni sean formadores. Facúltese al SUBSECRETARIO DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION, a invitar para conformar la Comisión Asesora a otras entidades públicas o privadas que considere con la adecuada solvencia para el logro del fin prefijado.

Art. 6° — OBJETIVO Y FUNCIONES DE LA COMISION ASESORA: El principal objetivo de la Comisión Asesora es colaborar con las autoridades del sistema generando propuestas de normativa para implementar las políticas definidas por el Rector del Sistema en el marco de los principios que guían el Sistema de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, asimismo deberá coordinar y supervisar los operativos de evaluación llevados a cabo por las entidades inscritas en el Registro Unico de Entidades Evaluadoras pudiendo proponer las acciones que mejoren el sistema en cualquiera de sus aspectos.

Serán funciones de la Comisión Asesora:

- a) Asesorar a las autoridades del Sistema sobre los requerimientos para la constitución y funcionamiento de un Registro Unico de Entidades Evaluadoras de las Residencias del Equipo de Salud.
- b) Coordinar y supervisar los operativos de evaluación llevados a cabo por las entidades evaluadoras que surgirán de un registro único.
- c) Desarrollar indicadores de eficiencia y calidad, que permitan el monitoreo objetivo, periódico, participativo y comprensivo tanto de las entidades como de los programas y establecimientos de la entidad formadora.
- d) Asesorar a las entidades evaluadoras sobre la adaptabilidad local de los criterios generales y específicos.
- e) Proponer y asesorar a las autoridades del sistema sobre las medidas y modificaciones que se consideren necesarias y/o convenientes para la mejora continua de las Residencias del Equipo de Salud.
- f) Dictaminar con carácter no vinculante ante los reclamos por los procedimientos y/o resultados de la evaluación de una residencia o por el funcionamiento de un formador.

g) Todas aquellas acciones que soliciten las autoridades del Sistema.

Art. 7º — REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO: La Comisión Asesora deberá en un lapso de TREINTA (30) días, contados a partir de su conformación, elaborar su reglamento de funcionamiento, que deberá ser aprobado por el SUBSECRETARIO DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION EN SALUD y establecer una Coordinación a cargo del elegido entre la terna que al efecto presenten, los miembros de dicha Comisión, al Señor Ministro.

Art. 8º — HONORARIOS: Los miembros de la COMISION ASESORA no percibirán remuneración por el ejercicio de sus funciones. En el caso de tratarse de funcionarios de este Ministerio, los mismos actuarán sin perjuicio de las tareas propias de sus respectivos cargos y su designación no implicará el desempeño de funciones superiores ni importará erogación fiscal alguna.

Art. 9º — ENTIDADES EVALUADORAS: Podrán ser entidades evaluadoras aquellas que acrediten idoneidad, aptitud, antecedentes académicos suficientes en el área del conocimiento de que se trate, y disposición para trabajar con pautas acordes a las políticas emanadas del CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA), en lo referido a la formación de Recursos Humanos del Sector Salud.

Los operativos de evaluación, que no tendrán costo económico para los equipos formadores que requiera la acreditación de una residencia, se realizarán sobre la base de los estándares de acreditación elaborados con participación de los Responsables de Recursos Humanos en Salud de las jurisdicciones y aprobados por el CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA). Los mismos serán realizados por las entidades evaluadoras con la presencia obligatoria de representantes de las jurisdicciones (Nacional, Provincial o del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), según corresponda.

Las Entidades Evaluadoras deberán ser inscriptas por el Coordinador en el respectivo registro y serán sus funciones:

- a) Cumplir con los requisitos y criterios básicos para la evaluación del equipo formador que requiera la acreditación de una residencia y así lo solicite.
- b) Recibir, tramitar y evaluar en los plazos que se establezcan la acreditación de las residencias, que así se lo soliciten y siempre que se encuentre vigente su inscripción en el Registro Unico de Entidades Evaluadoras de Residencias del Equipo de Salud.
- c) Desarrollar las tareas concretas de evaluación de los programas de residencias, cuya acreditación les fuere encomendada por el Coordinador del Sistema.
- d) Aprobar o desaprobado la evaluación fundadamente y elevarla al Coordinador del Sistema.
- e) Notificar periódicamente a la Comisión Asesora el resultado de sus acciones.
- f) Brindar en tiempo y forma oportuna toda la información pertinente que le sea requerida por la Comisión Asesora y/u otra autoridad del sistema.

(Artículo sustituido por art. 3° de la [Resolución N° 1922/2006](#) del Ministerio de Salud B.O. 13/12/2006)

Art. 10. — EQUIPO FORMADOR: Se entiende por equipo formador a los Servicios y/o Establecimientos de orden Nacional, Provincial, Municipal o Privados, que requieran acreditación de una Residencia del Equipo de Salud y completen el formulario de auto evaluación, conjuntamente con el formulario de solicitud y cuente con los siguientes requisitos, sin los cuales no es posible comenzar el trámite:

a) Comité de Docencia e Investigación, Comité de Etica y Comité de Control de Infecciones, conformados estos por: miembros que certifiquen una adecuada trayectoria académica y profesional en sus respectivas especialidades según el correspondiente nivel del establecimiento.

b) Funcionamiento de acuerdo al Programa de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

c) Biblioteca con bibliografía actualizada y disponible (información estadística del servicio y/o establecimiento y poseer Archivo Central de historia clínica única).

d) Cuerpo docente y asistencial dentro de los parámetros establecido en el ANEXO II.

e) Sistema de residencia dentro de lo establecido en el Anexo III.

La inclusión de una residencia en el sistema de acreditación es voluntaria, salvo aquellas cuyos cargos se financien desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en los que su inscripción es obligatoria.

Atento que el presente régimen no altera el principio de asignación de estos cargos en servicios públicos, invítese a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a acreditar, también con carácter obligatorio, las residencias que financian.

Art. 11. — REGISTROS: Dispónese la creación del REGISTRO NACIONAL UNICO DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD ACREDITADAS y del REGISTRO UNICO DE ENTIDADES EVALUADORAS DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD. En el primero se inscribirán a todas aquellas residencias públicas o privadas que hayan sido acreditadas a través de los procedimientos definidos en la presente Resolución; y en el otro, a todas aquellas entidades que soliciten su inscripción como evaluadoras y acrediten idoneidad, aptitud, antecedentes académicos suficientes y disposición para trabajar con pautas acordes a las políticas emanadas de este Ministerio. Ello, en tanto se trate de especialidades reconocidas por el MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE según las directrices definidas en el Plan Federal de salud. Ambos registros funcionarán en la órbita de la Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud dependiente de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización.

Art. 12. — VIGENCIA DE LAS ANOTACIONES EN EL REGISTRO: Las acreditaciones tendrán como máximo un plazo de CINCO (5) años de vigencia, durante el cual, el equipo formador se

compromete a facilitar y permitir todas las fiscalizaciones que la autoridad competente y las autoridades del sistema realicen.

La inscripción de las entidades evaluadoras se realizará por un plazo de TRES (3) años, vencido el cual deberá solicitar si así lo desea su nueva inscripción.

Art. 13. — QUEJAS, RECLAMOS Y CONSULTAS: Cualquier integrante del sistema o tercero interesado podrá presentar su consulta, queja o reclamo respecto a la revisión del acto de acreditación, la evaluación o la inscripción durante todo el tiempo que demande el procedimiento de evaluación y/o acreditación ante la DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD en las condiciones que la misma determine, y en su carácter de organismo acreditador.

Art. 14. — REQUISITO PARA EL FINANCIAMIENTO DE CARGOS DE RESIDENTES: Sin perjuicio de la validez de la normativa aplicable respecto de los requisitos exigidos para el financiamiento de cargos de residentes por el Estado Nacional, deberá incluirse entre los mismos que el formador se encuentre acreditado por el presente Sistema.

Art. 15. — INCOMPATIBILIDADES: Los formadores no podrán ser miembros de la Comisión Asesora ni de las entidades Evaluadoras. Asimismo los integrantes de las Entidades evaluadoras no podrán ser miembros de la Comisión Asesora o del Formador.

La sola detección de estas incompatibilidades, habilitará al MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE a exigir su exclusión del sistema.

Art. 16. — ADHESIONES: Invítese a las jurisdicciones provinciales y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires así como a todas las entidades públicas o privadas con régimen de residencias a adherir y/o inscribirse, según el caso en el sistema.

Art. 17. — CLAUSULA TRANSITORIA: La Comisión Asesora de las autoridades del sistema podrá aconsejar, por esta única vez, la extensión de las acreditaciones realizadas con anterioridad a la fecha de la presente Resolución, por las entidades registradas a este efecto, otorgándoles validez nacional por el lapso establecido según la respectiva evaluación y acreditación, en tanto cumplan con la presente normativa. De no ser así, deberá indicarse el temperamento a adoptar en estos casos.

Art. 18. — Derógase la Resolución de la ex- SECRETARIA DE SALUD N° 89 de fecha 26 de febrero de 1998 y la Resolución de la ex-SECRETARIA DE SALUD N° 174 de fecha 4 de abril de 1988 y modificatorias así como toda otra resolución o disposición que se oponga al presente Régimen.

Art. 19. — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Boletín Oficial. Cumplido, archívese. — Ginés M. González García.

ANEXO I

(Anexo sustituido por art. 1° de la [Resolución N° 628/2006](#) del Ministerio de Salud y Ambiente, B.O. 17/5/2006)

- Academia Nacional de Medicina.
- Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Postgrado en la República Argentina (A.C.A.P).
- Asociación de Facultades Argentinas de Ciencia Médicas de la República Argentina (A.FA.CI.ME.R.A).
- Asociación de Facultades de Odontología de la República Argentina (A.F.O.R.A).
- Asociación de Unidades Académicas de Psicología (A.U.A.Psi).
- Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo en Educación Médica (SAIDEM).
- Comisión Nacional Asesora de Evaluación y Acreditación Universitaria (CO.N.E.A.U).
- Comisión Nacional de Enfermería.
- Confederación Médica de la República Argentina (CO.M.R.A).
- Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas (CON.F.E.ME.CO).
- Ente Coordinador de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica (E.C.U.A.F.Y.B).
- Asociación de Unidades Académicas de la República Argentina de Kinesiología y Fisiatría.
- Organización Panamericana de la Salud (O.P.S).
- Confederación Farmacéutica de la República Argentina (CO.F.A.).
- Confederación de Clínicas y Sanatorios Privados de la República Argentina (CONFE.CLISA).
- Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la República Argentina – (ADECRA).

ANEXO II

A) SERVICIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS.

La formación de los residentes se desarrollará en Servicios y/o Establecimientos que cumplan con las disposiciones del Programa de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y las Residencias deberán llevarse a cabo en Establecimientos que cuenten con Comité de Docencia e Investigación, Comité de Ética y Comité de Control de Infecciones, conformados éstos, por miembros que certifiquen una adecuada trayectoria académica y profesional, en las especialidades correspondientes.

Los Servicios y/o Establecimientos deberán contar con una infraestructura pedagógica que asegure la existencia de una biblioteca con bibliografía actualizada y disponible, información estadística sobre la actividad del servicio y/o establecimiento, conexión con los servicios de apoyo u otros servicios que participen en el mecanismo de aprendizaje y Archivo Central de historia clínica única.

En el caso de Residencias que se desarrollen fuera de establecimientos asistenciales, deberán llevarse a cabo convenios con establecimientos asistenciales de referencia, con experiencia en el desarrollo de programas de residencia y requisitos similares a los exigidos para las que se realizan en establecimientos asistenciales.

B) CUERPO DOCENTE Y ASISTENCIAL.

Los Directores del Programa de Residencia serán los Jefes del Servicio, debiendo poseer, como mínimo, título o certificado de la especialidad, cuando corresponda, más de 5 años de ejercicio profesional y/o docente en la misma y adecuada trayectoria académica y profesional, debiendo contar además, con una designación específica para la función.

Los Directores de los Programas de Residencias deberán reunirse periódicamente con el Comité de Docencia e Investigación del establecimiento siendo sus funciones la preparación, ejecución y supervisión del plan de enseñanza, la organización de la formación de los residentes, la garantía de la supervisión adecuada y permanente de las actividades de los mismos, contando como mínimo con la presencia de un Instructor y/o Docente durante el horario completo de las Residencias, incluyendo guardias, y el desarrollo de programas de capacitación continua y pedagógica para docentes e instructores de la residencia.

Los docentes de la residencia, deberán ser profesionales del servicio con interés en ejercer la docencia, que acrediten antecedentes de docencia Universitaria y/o Investigación o méritos equivalentes y que hayan recibido una designación específica para el desarrollo de las funciones asignadas o comprometidas.

Los instructores de la residencia deberán ser profesionales del servicio que, hayan sido elegidos de entre los recién egresados del mismo programa, por acuerdo entre los candidatos y el Comité de Docencia e Investigación y se ofrezcan para realizar tareas de instructoría a residentes.

El jefe de residentes será un profesional que haya completado su Programa de residencia siendo elegido de entre los recién egresados del mismo programa, por acuerdo entre los candidatos y el Comité de Docencia e Investigación. Con carácter excepcional, cuando en una Residencia no haya egresados o no

existan interesados en el cargo o cuando los interesados carezcan de condiciones para ocupar dicha jefatura (capacidad de conducción de grupos, principios éticos, aptitudes para la organización de las actividades, buena predisposición para la transferencia de conocimientos, buen concepto entre sus pares y superiores, sólidos conocimientos y buenas evaluaciones durante el período de su Residencia), podrá ser reelegido por única vez, el jefe de residentes del año anterior de la misma residencia, servicio y establecimiento o bien se procederá a realizar un Concurso Abierto entre ex jefes de residentes de otros Establecimientos de la misma especialidad. De no existir interesados entre estos últimos, se procederá a concursar el cargo entre los residentes recién egresados de la misma especialidad, de otros establecimientos, debiendo en esta instancia, publicar el llamado a Concurso, por única vez, en el periódico de mayor circulación existente.

El Jefe de Residentes permanecerá un (1) año en su cargo y desempeñará sus funciones con dedicación exclusiva, con las mismas obligaciones que los demás residentes. Al final de su período, y si su actuación ha sido satisfactoria, recibirá un certificado extendido por la institución en la cual se ha desempeñado.

Serán sus funciones organizar y coordinar las tareas de los residentes, dentro de los programas preestablecidos, reunirse por lo menos una vez al día con los residentes, con el objeto de discutir el desarrollo de las tareas asignadas dentro del servicio, reunirse periódicamente con el Jefe de Servicio o Unidad para coordinar las tareas de los residentes, actuar conjuntamente con los instructores en la confección de las actividades de los residentes, coordinar las tareas comunes con los Jefes de Residentes de otros departamentos o servicios, promover el trabajo interdisciplinario durante la Residencia, participar en la evaluación periódica de los residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético y garantizar la concurrencia de los residentes a las actividades docentes del programa.

ANEXO III

a) PROGRAMA DE RESIDENCIA.

El Programa de Enseñanza deberá establecer claramente las habilidades y competencias para los actos profesionales que deberán adquirirse en cada año, debiendo contemplar actividades de promoción, prevención, curación, tratamiento y rehabilitación de la salud, enmarcadas en la estrategia de APS.

Deberán, asimismo, contemplar el proceso de salud enfermedad, mediante el análisis comparativo de estadísticas locales con otras nacionales y/o mundiales.

Los servicios o Instituciones que inicien o continúen programas de post-grado mediante el sistema de Residencias deberán presentar anualmente el programa que desarrollarán desde la iniciación hasta la finalización del período de capacitación previsto, para la dotación que comienza en cada año.

Las vacantes de las Residencias se cubrirán exclusivamente por Concurso público y abierto, que incluya como mínimo, una evaluación formalizada, que dé lugar a un orden de mérito.

Deberán generar un registro de prácticas profesionales, experiencias y actividades de formación, capacitación, docencia e investigación (presentaciones a congresos, búsquedas bibliográficas, monografías, estudios estadísticos de casos, etc.) cumplidas por cada uno de los residentes a fin de dejar constancia del proceso de capacitación continua realizado por cada uno de ellos. La evaluación permanente de los residentes deberá acreditar la adquisición de competencias, conocimientos, procedimientos y actitudes éticas.

La promoción al año superior o finalización de la Residencia, se efectuará mediante, por lo menos, una evaluación formal por medio de examen escrito.

Las Residencias deberán establecer, a través de convenios o acuerdos, la rotación externa de los residentes, a fin de garantizar que los mismos adquieran experiencia y conocimientos que no puedan incorporarse en la misma Institución y que al mismo tiempo facilite el proceso de socialización del profesional en ámbitos institucionales diversos del de origen, tomando contacto de este modo con realidades y problemáticas diferentes de las que se han conocido en el ámbito de formación.

Los residentes deberán cumplir un régimen de formación no menor a cuarenta y ocho (48) horas semanales, con dedicación exclusiva y realizar no más de 8 (ocho) guardias mensuales, en aquellas que la requieran, alternando una (1) guardia durante días hábiles y otra, durante sábado o domingo.

Las 48 horas de actividad semanal respetarán la siguiente distribución: 70% en actividades asistenciales y/o prácticas, con supervisión docente y 30% en actividades educativas: docencia, investigación y estudio también supervisadas.