

## **EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS**

### **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Maria Tanuz**

**Ministerio de Salud**

**Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional**

**Argentina**

### **Instrumento N° 3**

#### **Descripción del programa perspectivas de los actores de la implementación**

#### **Cuestionario Base para la Evaluación de Programas de Recursos Humanos en Salud**

##### **► Programa 1:**

<p style="text-align: center;"><b>Nombre de la organización:</b> Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Capital Humano</p>
<p style="text-align: center;"><b>Título del programa:</b> Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del equipo de salud</p>
<p style="text-align: center;"><b>Misión, metas y objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>I. Establecer criterios mínimos para la formación profesional de postgrado a través del sistema de residencia.</li><li>II. Asegurar mediante lineamientos curriculares comunes formación de calidad en</li><li>III. todo el territorio nacional</li><li>IV. Lograr que la formación a través de todas las residencias del país sea equivalente a nivel Nacional</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>Expectativas del programa en lo que respecta a producción, resultados e impactos generales sobre el sistema de salud:</b></p> <p>Unificar en todo el territorio nacional, a través de bases comunes preestablecidas la formación de profesionales a través del sistema de residencia medica.</p> <p>Mejorar la calidad de formación de profesionales, en forma integral en todo el territorio nacional</p>

**Descripción de las acciones concretas que se han adoptado para lograr cada uno de los objetivos fijados:**

- Propuesta consensuada en el marco de Consejo Federal de Salud para generar el sistema de acreditación
- Integrar las comisiones evaluadoras con referentes de las Sociedades Científicas
- Elaboración de marcos referenciales por disciplina, con requisitos comunes para su desarrollo, donde participaban referentes del Ministerio de Salud de la Nación provinciales y sociedades científicas. Estos documentos enuncian un conjunto de criterios básicos y estándares mínimos sobre perfil profesional y la trayectoria formativa de las especialidades de residencias. Constituyen una herramienta central para la armonización y mejora del sistema de acreditación de residencias a nivel nacional, en tanto definen parámetros mínimos que deben ser contemplados por las ofertas de formación que aspiran a otorgar certificados reconocidos por el Ministerio de Salud de la Nación.
- Definición del procedimiento administrativo, documento marco para las disposiciones
- Incorporación de las entidades formadoras al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina.
- Coordinación del proceso de evaluación de las Residencias, el cual involucra a varios actores. Esta actividad tiene un tiempo promedio de siete meses or provincia
- Supervisión de los centros que se encuentran en proceso de acreditación y/o se encuentran con disposición emitida

**Describir la magnitud de los problemas de RHS a que el programa se dirige:**

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

Argentina es un país federal, constituido por provincias autónomas que tienen a su cargo la implementación del sistema de salud, respetando el marco constitucional. En las mismas, se generaron en los últimos 60 años, instituciones formadoras de residentes que carecían de programas comunes, en mucho casos con distinto título de egresado para similares competencias, y con falencias propias de la tensión existente entre la formación y la asistencia, situación que era más relevante en las regiones alejadas de los centros que poseían facultades del medicina. Las críticas a estas situaciones se generaron en todos los actores: residentes, profesionales de las instituciones formadora, sociedades científicas y de la comunidad ya que los profesionales egresantes del sistema no cubrían las expectativas.

**Identificar cuáles de las 20 metas están relacionadas al programa:**

- I. Meta 1: Alcanzar una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes
- II. Meta 2: La proporción de médicos de atención primaria excederá el 40% de la fuerza laboral médica total
- III. Meta 6: La brecha de la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.
- IV. Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.
- V. Meta 15: Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.
- VI. Meta 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

**Identificar si el programa está en desarrollo, culminado o se encuentra actualmente en operación**

El proceso de acreditación se enmarca en las Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación N° 450/06, que crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y N° 1342/07, que aprueba los criterios y estándares básicos para la evaluación de las residencias, el esquema de presentación de programas y los requisitos de inscripción de entidades evaluadoras. A éstas se agrega la Disposición N° 29/2010 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, que establece el Instrumento Nacional de Evaluación de Residencias del Equipo de Salud. Se encuentra en desarrollo, ampliando su cobertura en las distintas disciplinas que integran el sistema de residencia.

**Identificar los socios que han participado en el programa:**

- I. Sociedades académicas y del quehacer laboral.
- II. Referentes de recursos humanos de los ministerios de salud provinciales
- III. Referentes de la Dirección Nacional de Capital Humano y salud ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación.

**Identificar los afectados por el programa incluyendo todos los beneficiarios:**

- Profesionales que se encuentran integrados al sistema de residencia
- Instituciones formadoras, o sedes del sistema de residencia
- Comunidad en general.

**Describir cualquier seguimiento o proceso de evaluación que se haya realizado:**

- I. Programas de residencia: se inicio el proceso con un relevamiento que permitió consensuar contenido curriculares mínimos e insertar contenidos transversales, tales como salud pública, Atención Primaria de la salud
- II. Definición de marcos referenciales, y dispositivos que permitían sistematizar la información para generar los procesos de acreditación.
- III. Tareas de supervisión en terreno, consensuadas previamente por las autoridades provinciales a fin de desarrollar ordenadamente el procedimiento y establecer acuerdos ya que en función de los resultados, puede requerir actividades correctivas ara impone.

**Resultados preliminares**

- I. En función de la diversidad de actores involucrados, esta tarea de consenso bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, dio como productos los siguientes elementos indispensables para vehiculizar la propuesta. En el año 2006, se genera el dispositivo legal que crea el Sistema Nacional de Acreditación de residencias. En el 2007, se aprueban los criterios y estándares básicos. En el año 2009 comienza a integrarse el registro de evaluadores y en el 2010, se aprueba el instrumento Nacional de Evaluación de residencias del equipo de salud.
- II. Durante del año 2011, se definen los circuitos administrativos, incorporando a las sociedades científicas en el registro de formadores. Al inicio del mismo, la solicitudes las realizaron 174 residencias en todo el país, de las cuales el 73 % solicita ser evaluadas, iniciándose la supervisión y los informes técnicos correspondientes. A fines del mismo año el 90% solicita evaluación (se incrementa el número de residencias a 180), de las obtienen el dispositivo de acreditación el 17 %. Fundamentalmente se inicia el trabajo por las aéreas del Noroeste y Noreste Argentino.
- III. Durante el año 2012, las residencias evaluadas son el 50%, y acreditadas el 24%. Se inicia la prueba de incorporar dentro de Sistema Integrado de Información del sistema sanitario argentino a las instituciones formadoras. Se consensua continuar con las áreas geográficas correspondientes a Cuyo y Patagonia.
- IV. En el año 2013, se extiende el proceso de acreditación a la zona centro. En los informes agosto de este año, se encuentran registradas 1217 residencias, de las cuales 718 se encuentran en proceso de acreditación, 149 ya han sido acreditadas.

Desde el año 2004 al 2013, se han duplicado los cupos de residencia nacionales-nuevo ingreso: de 705 a 1557, de las cuales quedan vacantes el 33%. En estos casos es el Ministerio de Salud quien define su distribución y prioridades en función de las necesidades planteadas desde las distintas provincias y acordadas por la Dirección de Capital Humano. A su vez, existen jurisdicciones que poseen residencias provinciales o se la salud privada, a los cuales se ha invitado a sumarse a este programa y se encuentran incluidos actualmente. Tanto el observatorio de Recursos Humanos como el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina son herramientas que permiten un mejor análisis de la situación.

## CONTEXTO DE DESARROLLO

En la Argentina, adquieren el título de grado médico 5000 universitarios, (se incluyen universidades de financiamiento privado y público). El sistema de residencia es la propuesta educativa de postgrado para el profesional de la salud. En la Argentina tiene sus orígenes en la década del 50, siendo en sus inicios fundamentalmente dirigida a médicos.

En sus orígenes se desarrolló en la ciudad de Buenos Aires (capital del país), generándose posteriormente un crecimiento importante y anárquico, a partir de tres factores (Borrell, "La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa", pag 107, 2005):

- sector elite de desarrollo profesional, imitando modelos internacionales,
- lógica estatal, tal como generación de nuevas plazas o dotaciones por demanda directa de los centros hospitalarios, para mejorar su calidad de atención y adquirir "prestigio"
- mercado de trabajo, cambios en la profesionalización con mayor tendencia a la especialización y complejidad.

En algunos casos, existe articulación con carreras universitarias para dotar del título de especialista y en otros no. El 85 % de las plazas están financiadas por ministerios de salud provinciales y /o nacionales de las cuales, en su mayoría no hay vinculación con universidades. El mecanismo de ingreso es a través de concursos jurisdiccionales, (previo a la propuesta que posteriormente se detalla), regidos en su implementación por normas provinciales con una gran diversidad de programas.

Argentina es un país federal, o sea que presenta dos órdenes territoriales de organización del Estado, con distintas responsabilidades, atribuciones y recursos. En este esquema, significa que las provincias conservan las atribuciones no delegadas al poder central. Se torna indispensable para el ministerio de Nación establecer herramientas de coordinación interjurisdiccional.

A partir del año 2009, en el marco del Consejo Federal de Salud, se define como línea prioritaria, Cohesionar el sistema de residencia, bajo del principios de Rectoría y Gobernanza. Es la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional, la encargada de liderar el desarrollo de las propuestas.

Hay acciones concretas, por ejemplo:

❖ en el eje Rectoría:

1. Especialidades priorizadas, se estableció un incremento de plazas, tales como Medicina General en un 63%, pediatría y toco ginecología en un 100% durante el periodo 2004-2012 (en valores absolutos, de un total de 1463 a 2773). También se identificaron las denominadas áreas críticas, con cupos separados, entre las cuales se encuentran:

anestesiología, terapia intensiva pediátrica y neonatología. Actualmente se incorporaron Salud mental y Epidemiología

2. Sistema nacional de acreditación de residencias ( 1ª programa a evaluar)

❖ En el eje Gobernanza:

- Examen Unificado: programa 2ª a evaluar
- Red Federal: Desde la Red Federal, conformada por los Responsables de Recursos Humanos y Capacitación de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales y el Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud se monitorean las tendencias en la elección de especialidades y cobertura de residencias. Se acordó un proceso de pre inscripción on line para las residencias que permite consolidar información de todo el país. Se definen líneas de investigación para analizar los factores que influyen en la elección de la especialidad y lugar de realización de la residencia, con énfasis en la situación de Medicina General y/o Familiar.

1. ¿Cuál fue el proceso seguido para desarrollar el programa?

**Sistema nacional de acreditación de residencias**

Se realizaron diagnósticos situacionales del sistema de formación a través de la residencia, entre los que se destacan fue el proceso de Autoevaluación, realizado mediante un instrumento , bajo la forma de encuesta, en cuyo diseño participo la Organización Panamericana de la Salud con sede en la Argentina. Se analizaron las respuestas de 426 residencias, y se agruparon los problemas identificados en: problemas de regulación y planificación, orientación y gestión, del ámbito de formación y pedagógicos (Borrell, pag 115, 2005).

El ministerio de Salud de la Nación como coordinador del Consejo Federal de Salud, propuso generar este sistema nacional de acreditación de Residencias, con el objetivo de lograr una formación que sea equivalente a nivel nacional y que sus contenidos compartan los objetivos propuestos de reforma sectorial. Este proceso requirió de un trabajo conjunto con otros actores: referentes provinciales, representantes de unidades científicas y académicas, para establecer en principio las líneas de acción y el marco normativo necesario para su implementación: Resoluciones MSAL 450/06, 1922/06 y 1342/07, mediante las cuales se crean los órganos del sistema y los lineamientos para la acreditación y la Disposición SSPRyF 29/10, que aprueba el Instrumento de Evaluación y los estándares para la acreditación.

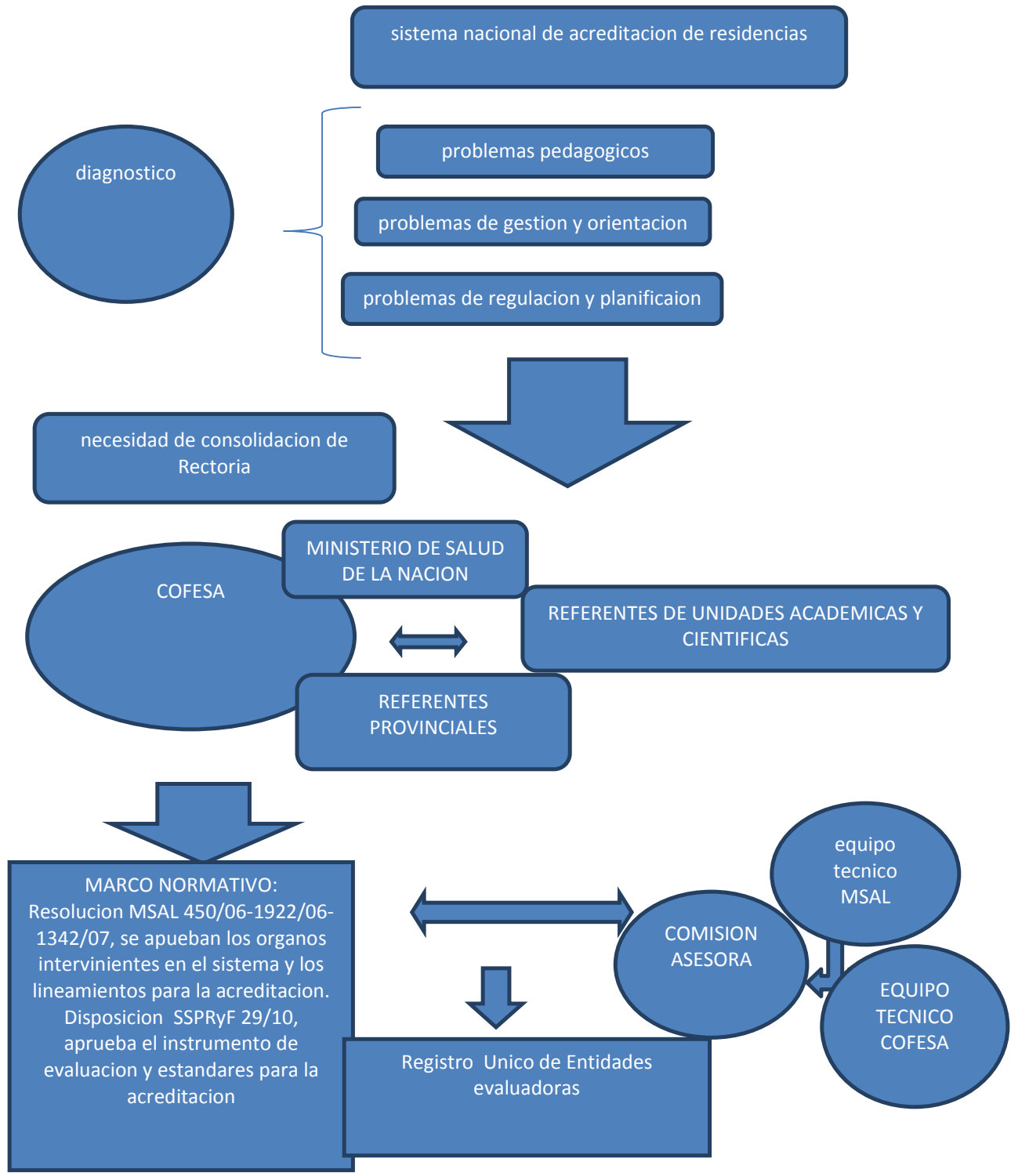
Se conforma el Registro Único de Entidades evaluadoras, y se establecen los equipos que participan; por parte del Ministerio de Salud de la Nación, equipo técnico con la coordinación de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, presidido por Subsecretaria de Política, Regulación y Fiscalización; Comisión Nacional Asesora, constituida por entidades referentes en el país, tales como Organización Panamericana de la Salud, Academia Nacional de Medicina, Universidades, Instituciones Privadas y Confederaciones de referentes de profesionales de la salud y por el COFESA

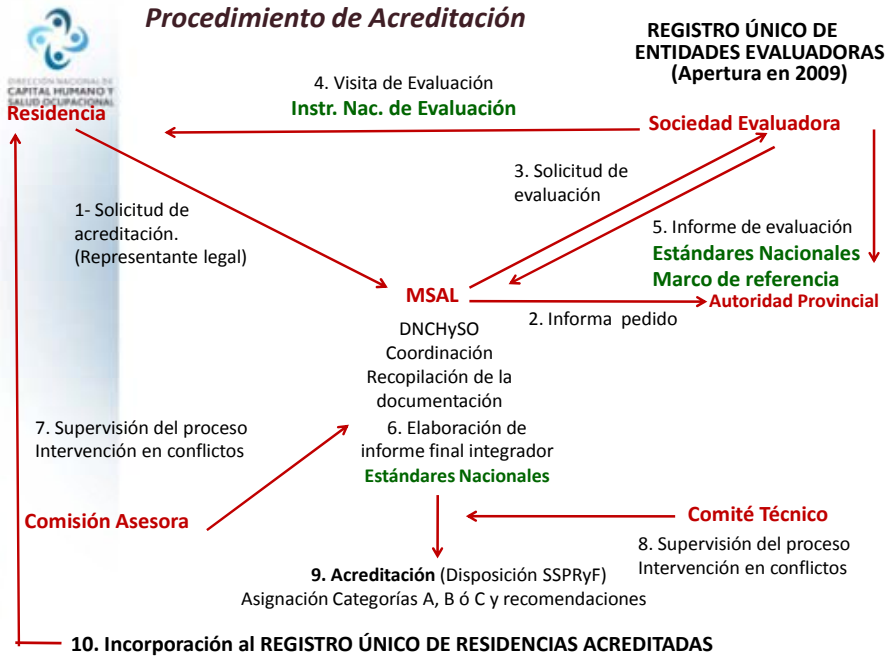
Los componentes marco de este proceso son:

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

Todo este proceso se inicio en las disciplinas priorizadas en el marco del consenso federal y se trabajo por regiones tal como se describe en el cuadro en donde se individualiza el programa. Se plantearon nuevos desafíos que se integran a esta propuesta, como la homologación de títulos, modificaciones curriculares con la incorporación de contenidos transversales que fortalezcan la estrategia de Atención Primaria y los servicios de salud organizados en redes integrales. En los procesos micro gestión, se trabaja en herramientas de registros que acrediten el cumplimiento de destrezas mínimas; en meso gestión, elaboración de consensos para definir un nuevo instrumento de evaluación y seguimiento y en macro gestión, articulación con entidades privadas para su acreditación, contemplando las mismas estrategias de contenidos de formación y requerimientos que el sector publico.







2. ¿Hasta qué punto las partes interesados en el país han participado en el desarrollo del programa?

Indicar: A menudo (AM) - A veces (AV) – No incluido (NI)

<i>Sindicatos</i>	AV	<i>OPS</i>	AM
<i>Asociaciones Profesionales de Salud</i>	AM	<i>ONGs</i>	NI
<i>Sector privado</i>	AV	<i>Organismos Donantes</i>	NI
<i>Instituciones de Cuidados de Salud</i>	AM	<i>Miembros del Observatorio</i>	AM
<i>Regiones de Salud / Unidades de Salud</i>	AM	<i>Universidades</i>	AM
<i>Otros departamentos gubernamentales</i>	NI	<i>Colegios Comunitario (¿?)</i>	AV
<i>Organizaciones Públicas</i>	AM	<i>Otros (listar y describir)</i>	a

a- En el ámbito de las distintas provincias, existen consejos profesionales de distintas disciplinas de la salud, bajo cuya órbita se ejerce el control de la matrícula habilitante. Se diferencian de los colegios, ya que estos se comportan a nivel local como entidades gremiales mientras que los consejos son deontológicos.

3. Dentro de los acuerdos interjurisdiccionales, que impulso su tratamiento en el COFESA?

Tal como se describe en la sección del contexto, el número de creciente de residencias, adoptadas en su mayoría ante el déficit de profesionales de determinadas áreas marcando un

incremento en la tensión formativa/asistencial, determino la necesidad de replantear el rol de rectoría y gobernanza del Estado, a través de sus distintos ministerios. El objetivo final fue acordar dentro del sistema una cualificación que permita lograr el mismo nivel de formación en todo el territorio nacional, y modular sus programas con contenidos transversales que potencien la propuesta de reforma sectorial. En síntesis, en el sistema de acreditación uno de los componentes son los Marcos de Referencia para la Formación en Residencias Médicas constituyen una herramienta central del proceso de armonización de la formación en Residencias en tanto establecen los componentes mínimos que tienen que estar presentes en la formación.

#### **IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

4. ¿Qué acciones e actividades han sido implementadas en este programa?

- relevamiento del marco normativo de las distintas provincias y nacional, sobre el sistema de Residencias, que integran la legislación en Salud del Observatorio de Recursos Humanos
- unificación del registro de entidades evaluadoras, integradas por las distintas sociedades científicas
- elaboración de instrumentos marcos de acreditación y contenidos curriculares de especialidades. El orden se constituyó en base a las prioridades establecidas en el Consejo Federal de Salud. Se instauró la comisión Asesora por distintas entidades colegiadas, OPS, Universidades e instituciones formadoras del sector privado referentes de Asociación de profesiones con injerencia en el dictado del marco teórico referencial para la tarea
- conformación de los equipos técnicos de acreditación
- el ministerio de salud, a través de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional instrumentó los procesos administrativos para generar el relevamiento de las entidades formadoras, incluyéndolas en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina.
- relevamiento de los programas de residencia existentes, implementación de grupos de trabajo conjuntos con universidades y asociaciones profesionales para la elaboración de Marcos de Referencia de la residencia: contenidos mínimos

5. ¿Cuáles son los principales éxitos del proceso de implementación del programa en relación con el objetivo general?

Incorporación en la agenda política, de la necesidad de contar con ámbitos de formación que reúnan requisitos mínimos y programas de acuerdo a las necesidades del país. Se visualiza por las distintas reuniones del Consejo Federal de Salud, donde la problemática de recursos humanos adquirió papel sustancial

Consolidación de la Información de Recursos Humanos en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino

Relevamiento de las entidades formadoras, que solicitaron incorporarse en este sistema de acreditación aceptando los instrumentos propuestos y comprometiéndose a favorecer los cambios necesarios para lograr la acreditación

Acuerdos con referentes de Universidades y Sociedades Científicas, conjuntamente con equipos técnicos nacionales para constituir los marcos de referencia para la residencia. A la fecha, se trabajó en medicina general, pediatría y neonatología. Estos instrumentos son aprobados posteriormente en el Consejo Federal de Salud.

6. ¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas en el proceso de implementación de programa de RHS?

- Diagnóstico: se evidenció la necesidad de contar con instrumentos de evaluación participativa: autoevaluación, que pudieran referenciarse a nivel de todo el territorio

- Diseño: Fue sustancial la incorporación de socios estratégicos, tales como los que constituyen la comisión asesora. El ministerio de Salud ejerció el rol coordinador interjurisdiccional al aprobar sus acciones en el marco del COFESA. La elaboración de las herramientas y documentos necesito del acuerdo de todos los actores involucrados, acuerdos que abarcan desde la homologación de títulos hasta la propuesta curricular.

- implementación: este proceso iniciado tiene tiempos diferentes en función de las jurisdicciones y las comisiones evaluadoras. Estos deben respetarse, ya que de sus definiciones se logra la implementación del sistema de acreditación y el cumplimiento de sus objetivos.

7. ¿Cuáles son los mayores desafíos?

Establecer marcos de referencia para las residencias en todas las disciplinas, incorporando contenidos transversales que fortalezcan la estrategia de Atención Primaria y la integración en redes.

Lograr que las entidades formadoras cuenten con requisitos mínimos para constituirse como tales. Paralelamente, se está implementando en este año, con el apoyo de OPS, a través del campus virtual el primer curso de Formación Docente Tutorial para el sistema de Residencias.

Generar nuevos instrumentos de evaluación, disminuyendo los tiempos invertidos en los procesos.

8. ¿Cómo podría mejorar el actual proceso de implementación del programa?

- Marcos de Referencia: se están ejecutando los procesos correspondientes. Se trabaja con prioridades, ya que los equipos técnicos son generalmente los mismos que participan con los referentes: universidades, sociedades científicas y asociaciones de distintas disciplinas, tienen que coordinar encuentros y lograr los consensos

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

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

9. ¿El desarrollo del programa y el proceso de implementación han tenido resultados negativos o no deseados? ¿A qué factores pueden ser atribuidos tales resultados no deseados?

A la fecha no se han identificado efectos negativos o no deseados a la propuesta.

## **RESULTADOS DEL PROGRAMA**

10. ¿Qué acciones se han producido como resultado del programa u iniciativa?

- Elaboración de instrumentos de referencia

- Conformación de equipos de supervisión en función de las demandas presentadas, (se colocó un gráfico de las etapas de este proceso). Se pueden determinar 10 pasos: solicitud de acreditación al Ministerio de Salud de la Nación, informe del pedido al ámbito provincial, solicitud de evaluación a la entidad evaluadora, visita de evaluación, informe de la evaluación que se remite a las entidades provinciales y a la Dirección Nacional donde se realiza el informe final integrador. La comisión asesora supervisa el proceso e interviene en los conflictos al igual que la comisión técnica. El noveno paso es la asignación de categorías de Acreditación y recomendaciones y por último, Incorporación al Registro Único de Residencias acreditadas

- Articulación con el área de educación en post de mejorar la calidad formativa, generando un espacio de consenso en beneficio de la red de atención.

11. ¿En qué medida el programa ha logrado los resultados previstos?

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

En agosto del 2013, se encuentran registradas 1217 residencias, de las cuales 718 se encuentran en proceso de acreditación y 149 ya han sido acreditadas

Hay documentos marcos de residencias aprobados y difundidos para su implementación. Aprobados por el COFESA Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Toco ginecología. A la

firma en el COFESA: Neonatología; en proceso de elaboración: UTI Pediátrica y Adultos, Clínica Médica, Cirugía General, Salud Mental y Epidemiología

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

12. ¿Qué factores facilitaron el logro de los resultados previstos?

El apoyo político: brindado fundamentalmente por el Consejo Federal de Salud. El ministerio de Salud de la Nación, establece la agenda de este organismo, y tal como se verifica en sus actas, figura en las instancias de acuerdos. Se fortaleció el rol de rectoría a nivel provincial, si bien esta estrategia de política pública no es punitiva, logro la adhesión de las distintas jurisdicciones.

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

El presupuesto del programa, se considera que en su implementación hay un apoyo nacional manifiesto desde la dirección, provincial ya sea constituyendo el equipo técnico como facilitando procesos de mejora en las entidades formadoras. Las distintas instituciones que integran la comisión asesora, aportan el asesoramiento a través de profesionales calificados.

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

La implementación y diseño del programa, la claridad de objetivos: surgió desde la dirección, en etapas consensuadas a nivel político, en el marco del Consejo Federal de Salud, generando posteriormente acuerdos con los otros actores involucrados.

13. ¿Cuáles son las brechas que aún persisten con respecto a la consecución de los objetivos del programa?

No se pueden nominar como brechas, ya que se encuentra en implementación, avanzando en las distintas regiones del país.

14. ¿En qué medida el programa ha contribuido al fortalecimiento del personal de salud?

A partir de los problemas identificados en el diagnóstico:

- Regulación y planificación: distribución de vacantes de residencia en función a las necesidades de la población, respetando criterios de adecuación de estructura organizativa y distribución cuali-cuantitativa de residencia.
- Sobre el enfoque de formación: adecuación de los programas contemplando las necesidades actuales de las entidades formadoras y de la población, renovación de currículas e incorporación de contenidos transversales, en función de acuerdos metodológicos.
- Relacionados con aspectos pedagógicos, generando espacios para el desarrollo: físicos, de disponibilidad horaria que potencian el ejercicio asistencial en forma directa.

15. ¿En qué medida el programa ha mejorado la prestación de los servicios de salud?

Hay investigaciones en salud que referencian que la calidad de atención médica se relaciona directamente con el ejercicio en esta de instituciones formadoras. (Borrell, pag. 99, citando a Paganini).

El sistema Nacional de Acreditación de Residencias, se encuentra en proceso de implementación, supervisión y diseño de instrumentos referenciales por lo que no se puede determinar impacto en los procesos de atención.

16. ¿Qué nuevo programa o intervención es necesario para seguir avanzando en la agenda de RHS?

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

**DESCRIBA BREVEMENTE LOS ACTORES Y EL PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA LA SOLUCIÓN DE ESTE CUESTIONARIO (USO TÉCNICO INTERNO)**

El presente cuestionario surge de los siguientes dispositivos:

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

## ► Programa 2:

<p><b>Nombre de la organización:</b> Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Capital Humano</p>
<p><b>Título del programa:</b> Examen Único para ingreso a Residencias</p>
<p><b>Misión, metas y objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora la calidad del instrumento de examen</li> <li>• Brinda mayor transparencia y previsibilidad sobre la cobertura de los cargos</li> <li>• Incrementa la información sobre la oferta de residencias y facilita a los jóvenes médicos el acceso a residencias en todo el país.</li> <li>• Aporta información sobre las preferencias de los postulantes</li> <li>• Instala un proceso de discusión sobre la heterogeneidad de los concursos y la necesidad de convergencia</li> </ul>
<p><b>Expectativas del programa en lo que respecta a producción, resultados e impactos generales sobre el sistema de salud:</b></p> <p>El sistema de residencia se encuentra en los ámbitos públicos y privados de la salud en la Argentina, sus fuentes de financiamiento son diversas: nacionales, provinciales, seguridad social, privado.</p> <p>Cada provincia tiene una ley o reglamentación de residencias en el ámbito de la salud que establece dentro de su articulado, características propias del ingreso a la residencia, en algunos casos se promedia el examen con otros instrumentos tales como entrevista,</p>



antecedentes y el promedio de la facultad. En algunas jurisdicciones se sumaba la generación del examen, la entrevista en un solo actor, dando lugar a una pérdida de transparencia en el proceso.

Con respecto a los aspirantes, les permite conocer la oferta de plazas en el país y concursar en más de una jurisdicción sin tener que dar un nuevo examen o desplazarse lejos de su domicilio.

En forma indirecta, permite detectar los déficit de formación de los profesionales, a partir del análisis de los errores más frecuentes, lo que se transformó en una herramienta utilizada por las facultades de Medicina. Son referentes de las facultades quienes participan en el diseño de la evaluación y obtienen a partir de sus resultados, elementos para modificar procesos en la formación.

**Descripción de las acciones concretas que se han adoptado para lograr cada uno de los objetivos fijados:**

- Las provincias participantes firman un convenio entre ellas y con el Ministerio de Salud de la Nación.
- Se crea un Comité Técnico de Examen Único conformado por un referente de cada provincia participante. Todas las decisiones se toman por consenso en el Comité y quedan asentadas en actas. El equipo del Ministerio de Salud de la Nación coordina todo el proceso
- Se genera un Instrumento de evaluación que consiste en 100 preguntas de selección múltiple, donde consta que para su aprobación debe tener 50 puntos. Estas preguntas surgen de un banco de preguntas, que son enviadas por todas las jurisdicciones participantes. Sobre esta base y la tabla de especificaciones acordada, se realiza el examen. Como Bibliografía se utilizan: Textos tradicionales del grado, guías del Ministerio de Salud de la Nación y legislación
- Gestión: Cada provincia se hace cargo del Concurso. Los exámenes los entrega al referente provincial el Ministerio de Salud de la Nación ante escribano. El examen se toma el mismo día y a la misma hora en todas las jurisdicciones.
- A continuación se realizan los procesos de adjudicación y re adjudicación.

**Describir la magnitud de los problemas de RHS a que el programa se dirige:**

La fragmentación en los procesos de selección al sistema de residencia potenciaba la distribución inequitativa de aspirantes y establecía barreras en el acceso para aquellos que no tenían posibilidades de trasladarse para dar examen. La falta de criterios comunes para realizar los exámenes, transformaba en erróneo el mecanismo de cualificación de los aspirantes.

La ausencia de un mecanismo común de concurso dificultaba la redistribución de los

profesionales en aquellas provincias que contaban con oferta no cubierta, en particular de las especialidades priorizadas por el Consejo Federal de Salud

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

**Identificar cuáles de las 20 metas están relacionadas al programa:**

- I. Meta 2: La proporción de médicos de atención primaria excederá el 40% de la fuerza laboral médica total
- II. Meta 6: La brecha de la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.
- III. Meta 10 Todos los países habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.
- IV. Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.

**Identificar si el programa está en desarrollo, culminado o se encuentra actualmente en operación**

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

En el año 2013, participan 18 provincias (de las 23) y el INAREPS; se plantea incorporar en el 2014 a los hospitales universitarios y nacionales

**Identificar los socios que han participado en el programa:**

Referentes de recursos humanos de los ministerios de salud provinciales conjuntamente con coordinadores docentes de los centros formadores.

Referentes de la Dirección Nacional de Capital Humano y salud ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación.

En algunas provincias se sumaron universidades, colegios médicos y centros formadores privados

**Identificar los afectados por el programa incluyendo todos los beneficiarios:**

- Profesionales que aspiran a ingresar al sistema de residencia
- Instituciones formadoras, o sedes del sistema de residencia
- Comunidad en general.

**Describir cualquier seguimiento o proceso de evaluación que se haya realizado:**

Existe un mecanismo de evaluación del examen por parte de los postulantes, respecto del instrumento de examen y de la organización de las sedes, a través de una encuesta que completan en forma individual al finalizar el examen. El equipo pedagógico a partir de la lectura óptica, hace una evaluación del índice de dificultad, discriminación y error frecuente de los resultados del examen. En este año, 2013 se solicitó una evaluación informal del instrumento a referentes de dos universidades que participaban de la Comisión de Clínica Médica respecto de su pertinencia para evaluar conocimientos del grado.

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

En dos años, de continuos procesos de articulación, 18 de las provincias de la Argentina se han integrado, siendo el desafío continuar implementado en el resto del país. Desde la misma dirección Nacional se identificaron situaciones a optimizar, tales como repasar los mecanismos de gestión, revisar fechas para evitar cruces de sedes y entrevistas, acordar validez del puntaje de examen en llamados provinciales. En algunas provincias los índices de aprobación son inferiores que otros.

**Resultados preliminares**

- En el año 2011, se inició este instrumento en 6 provincias: las cifras son las siguientes: 519 preinscriptos, 246 rindieron examen, 93% aprobaron, 7% desaprobaron
- En el año 2012, sumaron 11 provincias, y los datos muestran: 695 preinscriptos, 302 rindieron examen, 83,4% aprobados, 16,6% desaprobados
- En el año 2013, participaron 18 provincias. Se preinscribieron 2446, 1666 rindieron examen, aprobando el 79,5 %.

El seguimiento de los postulantes a través del sistema de información sanitaria, permite conocer, a su vez, las distintas migraciones profesionales. Hay una encuesta anónima generada para el proceso de preinscripción que permite complementar la información respecto de las preferencias de los aspirantes.



## **CONTEXTO DE DESARROLLO**

Reiterando lo planteado en el contexto de desarrollo del programa Sistema Nacional de Acreditación de Residencias, en la Republica Argentina la característica del Estado como país Federal, determina autonomías provinciales que generan atribuciones, que no son delegadas al Estado Nacional.

La base de datos de legislación en Salud, perteneciente al Observatorio de Recursos Humanos, muestra que cada provincia tiene una legislación referente al desarrollo de las Residencias dentro del ámbito de la Salud. En la misma se establecen los mecanismos de selección, ingreso y los derechos y obligaciones de los residentes, inclusive en aquellas en las cuales el financiamiento es nacional y/o compartido.

Esta característica local, determina que los procesos de selección sean dispares, siendo en algunos solamente el resultado de variables tales como promedio de la facultad mas resultado del examen, e incorporándose en otros casos antecedentes, puntaje adicional por ser nacido y criado en la jurisdicción y entrevistas personales. En esta última instancia, la misma esta generalmente a cargo de los profesionales de las entidades formadoras, no utilizándose para su sistematización ningún instrumento.

A los determinantes mencionados, se suma la disparidad de procesos de evaluación, específicamente tipo de examen, con diferente grado de complejidad, generalmente realizado por los instructores de residencia locales, consensuado con referentes provinciales.

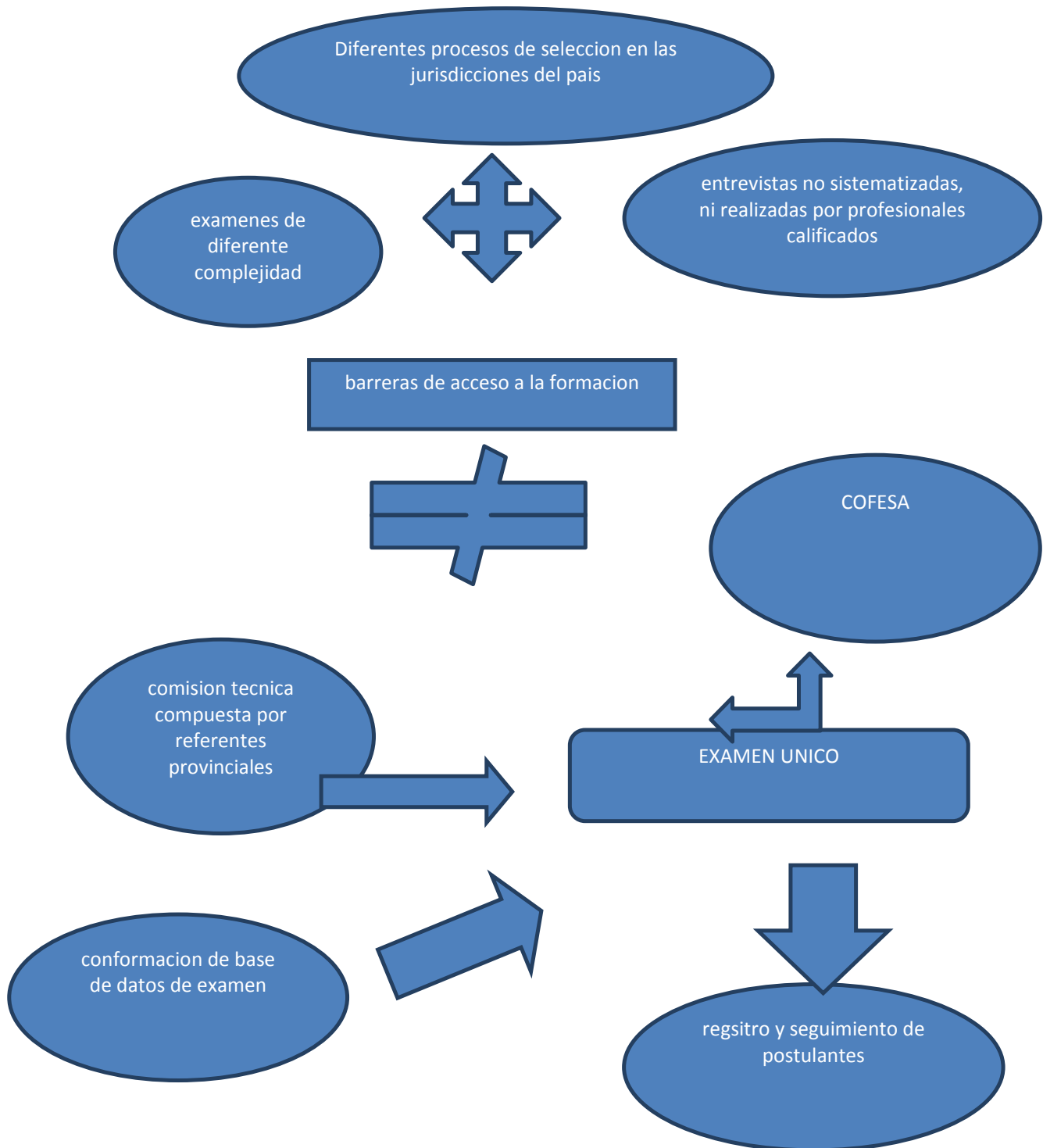
Es como consecuencia de lo explicitado que en el marco del Consejo Federal de Salud, en el año 2009 se planteo que el fortalecimiento de la rectoría y la construcción de gobernanza en un país federal plantean a la autoridad sanitaria nacional el desafío de acercar propuestas que respeten las autonomías pero a la vez apunten a generar condiciones de equidad, en este caso en el acceso a la formación en residencias.

### **1. ¿Cuál fue el proceso seguido para desarrollar el programa?**

Se plantea en el marco del Consejo Federal de Salud la unificación del instrumento de examen y el cronograma de concurso para ingreso a residencias médicas. Cada provincia mantiene el resto de los elementos de su concurso. El MSAL Nación coordina la gestión.

Se crea un Comité Técnico de Examen Único conformado por un referente de cada provincia participante. Todas las decisiones se toman por consenso en el Comité y quedan asentadas en actas. El Comité define la tabla de especificaciones y aprueba la bibliografía para el examen. El equipo pedagógico establece los criterios para la formulación de las preguntas, a partir de los cuales se constituye una base de datos donde se incorporan las preguntas remitidas por las jurisdicciones participantes. De su elaboración, participan los referentes de las residencias implementadas en la provincia, estas se remiten a la Dirección de Capital Humano y Salud

Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, donde son analizadas por profesionales cualificados en el desarrollo de estos instrumentos.



2. ¿Hasta qué punto las partes interesados en el país han participado en el desarrollo del programa?

*Indicar: A menudo (AM) - A veces (AV) – No incluido (NI)*

<i>Sindicatos</i>	<i>NI</i>	<i>OPS</i>	<i>AM</i>
<i>Asociaciones Profesionales de Salud</i>	<i>NI</i>	<i>ONGs</i>	<i>NI</i>
<i>Sector privado</i>	<i>NI</i>	<i>Organismos Donantes</i>	<i>NI</i>
<i>Instituciones de Cuidados de Salud</i>	<i>AM</i>	<i>Miembros del Observatorio</i>	<i>NI</i>
<i>Regiones de Salud / Unidades de Salud</i>	<i>AV</i>	<i>Universidades</i>	<i>AV</i>
<i>Otros departamentos gubernamentales</i>	<i>NI</i>	<i>Colegios Comunitario (¿?)</i>	<i>AV</i>
<i>Organizaciones Públicas</i>	<i>NI</i>	<i>Otros (listar y describir)</i>	<i>b</i>

b- Estructura docente de las instituciones formadoras: Coordinadores de residencia y consejos locales asesores de la misma (dependiendo del marco legal vigente)

3. ¿qué determino el grado de implementación de este proceso en el territorio nacional?

En la última década, en Argentina se trabajo intensamente para construir un país federal, donde todas las jurisdicciones tengan participación firme en las definiciones de las políticas y estrategias de gobierno. Este lineamiento es la base de las políticas públicas implementadas. El Ministerio de Salud de la Nación, a través de su Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, genero su liderazgo mediante encuentros periódicos de los equipos técnicos lo que potencio la construcción de confianza y el armado de una red.

Se puede identificar dos dimensiones: por un lado la correspondiente a la capacidad negociadora y logística del articulador, en este caso el Ministerio de Salud de la Nación , a través de la Dirección Nacional que debió instrumentar los procesos de llamado, logística e integrarlo al Sistema de Información Socio sanitaria. Se resalta que la adhesión a esta estrategia era voluntaria por parte de las provincias, ya que la complejidad del mismo requería de determinadas condiciones jurisdiccionales para su implementación.

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

## **IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

4. ¿Qué acciones e actividades han sido implementadas en este programa?

Cuando definen su voluntad de participación, las provincias firman un convenio entre ellas y con el Ministerio de Salud de la Nación. Se crea, entonces, un Comité Técnico de Examen Único conformado por un referente de cada provincia participante. El equipo del MSAL coordina todo el proceso. Cada provincia se hace cargo de la gestión de su proceso de concurso.

Elaboración del instrumento de evaluación, el mismo está conformado por 100 preguntas de selección múltiple, cuya aprobación es con 50 puntos (cifra acordada en los referentes provinciales). Se conforma un banco de preguntas, que son enviadas por todas las jurisdicciones participantes. Sobre esta base y la tabla de especificaciones acordada, se realiza el examen. La Bibliografía esta constituida por textos tradicionales del grado, guías de Ministerio de Salud de la Nación y legislación. La distribución de preguntas por área temática, sigue el siguiente esquema: clínica y pediatría, 32 % cada una, tocogineco y cirugía 15% cada uno y varios 6 %, En síntesis, se plantea que debe ser representativa de temas y contenidos presentes en el grado, con equilibrio entre área relevantes de formación, accesible, y referenciarse con textos tradicionales en las diferentes áreas al igual que incluir temáticas relevantes de salud pública y para el ejercicio profesional: epidemiología, legislación Dentro de sus responsabilidades de logística, el MSAL imprime y entrega los exámenes a los responsables provinciales ante Escribano. El examen se toma el mismo día y a la misma hora en todas las jurisdicciones, inclusive CABA.

5. ¿Cuáles son los principales éxitos del proceso de implementación del programa en relación con el objetivo general?

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

Este instrumento de evaluación se propone cumplir con las siguientes funciones: social, ya que verifica la idoneidad profesional y pedagógica, regulando el proceso de enseñanza aprendizaje.

6. ¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas en el proceso de implementación de programa de RHS?

Esta iniciativa comenzó a aplicarse en el 2011, primero en las provincias patagónicas (6), en el 2012, fueron 11 y en el 2013, 19 de las 23 que tiene Argentina. Tanto su implementación, como su estructura fueron consensuadas y aprobadas en el marco del Consejo Federal de Salud. Es la provincia la que expresa su voluntad de adherirse a la modalidad.

Esta propuesta se integra con las modificaciones sustanciales deseables del Sistema Nacional de Residencias, demostrando que es factible la posibilidad de avanzar en procesos de cohesión en el formación de residentes a partir del trabajo colectivo y los consensos.

7. ¿Cuáles son los mayores desafíos?

Avanzar hacia un concurso unificado, construido progresivamente, al igual que generar un Examen único para otras profesiones integrantes del equipo de salud.

Se ha descripto la necesidad de continuar avanzando en este proceso de construcción colectiva, en establecer fechas de examen e ingreso acordes a los requerimientos de las entidades formadoras; acordar una estructura de puntajes equivalentes en todas las jurisdicciones, de tal forma que el examen, el promedio y los antecedentes / entrevista tengan un valor equivalente para la construcción de un ranking común.

Analizar con las instituciones formadoras, el error frecuente en el examen, como proceso de complementariedad del instrumento

Incorporar en el próximo ejercicio anual, los hospitales universitarios y los nacionales, y la provincia de Buenos Aires, que es la que mayor cantidad de cargos ofrece.

8. ¿Cómo podría mejorar el actual proceso de implementación del programa?

Establecer una ponderación equivalente de todos los elementos del concurso en una primera etapa, para luego pasar a un ranking unificado estilo MIR

Determinación de las fechas: definir un cronograma consensuado por el comité técnico a nivel nacional de todas las entidades formadoras. Incorporar a todas las provincias, incorporar otros actores (se invitó al Foro de facultades de públicas a que envíe un experto al equipo que elabora el instrumento de examen

Preestablecer mediante acuerdos del consejo federal de salud (COFESA), la validez de los instrumentos utilizados (dispositivo de norma) y los puntajes acordados. Esta particularidad se refiere fundamentalmente al hecho, que determinadas provincias incorporan mas aspirantes disminuyendo el puntaje necesario para el ingreso.

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

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

9. ¿El desarrollo del programa y el proceso de implementación han tenido resultados negativos o no deseados? ¿A qué factores pueden ser atribuidos tales resultados no deseados?

No se han descripto efectos negativos o no deseados.

## **RESULTADOS DEL PROGRAMA**



10. ¿Qué acciones se han producido como resultado del programa u iniciativa?

Seguimiento de los postulantes, al encontrarse los mismos registrados on line, se puede visualizar la movilidad dentro del territorio, como así también las preferencias de formación.

Mayor publicidad sobre la disponibilidad de vacantes y su distribución geográfica.

No en forma cuantificada, pero este mecanismo fue recibido desde las provincias, como un símbolo de mayor transparencia en los procesos de selección, refiriendo algunas de ellas, menos conflictos en la asignación de cargos

11. ¿En qué medida el programa ha logrado los resultados previstos?

Se encuentra en proceso de implementación, aun no abarca la totalidad del territorio. Si se analizan las cifras, en el año 2011, de 519 preinscriptos, 246 rindieron examen (47 %), 7 % desaprobaron y 119 tomaron el cargo (menos de la mitad)

En el año 2012, se inscribieron 695, 302 rindieron examen (43%), desaprobaron 16,6% y 200 tomaron el cargo (la tercera parte).

Debe continuar la integración de todo el territorio para poder analizarse su potencialidad, por ejemplo reasignación de cargos, cobertura de áreas críticas o geográficamente desfavorecidas.

12. ¿Qué factores facilitaron el logro de los resultados previstos?

El apoyo político, voluntad expresada a través de los acuerdos entre las jurisdicciones, en el marco del Consejo Federal de salud.

.Los niveles de participación, se evidencia en la conformación de la Comisión técnica evaluadora.

El presupuesto del programa, la erogación es compartida entre las entidades provinciales que realizan el llamado a concurso y el ministerio de salud de la nación que otorga la logística

La coordinación del programa, está a cargo de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Como socio estratégico de la dirección, la información obtenida en esta iniciativa forma parte integrante del Sistema de Información Socio sanitaria Argentina.

La implementación del programa, su diseño, definición de objetivos fueron acordados en la agenda política como mecanismo que permita equidad en el acceso a la formación del recurso humano en salud

13. ¿Cuáles son las brechas que aún persisten con respecto a la consecución de los objetivos del programa?

Incorporar a entidades formadoras de grandes ciudades, algunas de ellas con estrecha relación con instituciones universitarias.

14. ¿En qué medida el programa ha contribuido al fortalecimiento del personal de salud?

Esta iniciativa se encuentra en etapa de implementación, debiendo generalizarse para impactar ampliamente en las instituciones.

15. ¿En qué medida el programa ha mejorado la prestación de los servicios de salud?

No se ha evidenciado impacto en la prestación directa de la atención sanitaria.

16. ¿Qué nuevo programa o intervención es necesario para seguir avanzando en la agenda de RHS?

A nivel interjurisdiccional, extender los acuerdos para implementar esta iniciativa en todo el territorio

Extender la implementación del examen a todas las residencias del ámbito sanitario, no medicas

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

DESCRIBA BREVEMENTE LOS ACTORES Y EL PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA LA SOLUCIÓN DE ESTE CUESTIONARIO (USO TÉCNICO INTERNO)

El documento de este programa surge:

- Entrevista con referentes del ministerio de salud de la nación
- Documentos presentados en el Gabinete del MSAL tales como agenda de la Dirección de Capital Humano y Salud ocupacional, marzo 2013, documento elaborado en la dirección sobre Examen Único Medico para ingreso a Residencias del sistema de salud