

Dossier

**CAPACITACIÓN PROFESIONAL
Y SU EVALUACIÓN PARA MEJORAR LA SALUD**

Prof. Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

Correo electrónico de contacto: mtfracapani@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La capacitación de los profesionales de la salud es un valor añadido para el sistema sanitario, para la economía, para la sociedad y para la calidad de vida de la población.

Hay suficiente evidencia científica y social, sobre que los problemas de salud de la población no se resuelven construyendo más hospitales y medicalizando a los ciudadanos.¹

Por supuesto que hacen falta excelentes instalaciones sanitarias, sean hospitales o centros de salud. Pero si se quiere proteger la salud de los ciudadanos, que es un derecho humano fundamental, se debe desarrollar una estrategia que ponga a la salud en el centro de todas las políticas.²

La salud pública tiene un carácter multiprofesional. Para que esta multiprofesión pueda articularse adecuadamente, parece razonable solicitar que los graduados en distintas profesiones compartan una visión multidisciplinaria común que les permita abordar los determinantes sociales de la salud y tomar conciencia del impacto de las políticas no sanitarias. La puesta en marcha de la estrategia de salud en todas las políticas es hoy imprescindible.

Las barreras que pueden obstaculizar los cambios son muchas: inercia institucional, deficiencia en los mecanismos de coordinación y cooperación entre sectores, distintos niveles de gobierno y agentes, intereses económicos y pautas culturales, pero pueden contrarrestarse con voluntad política y una firme apuesta a un proceso de formación-reflexión-acción innovador y con perspectivas.^{3, 4, 5}

Evaluación de las residencias profesionales

La evaluación de las Residencias de las profesiones de la salud es compleja y requiere considerar las diferentes dimensiones: histórica, política, institucional, económica, social educativa y ética, entre otras.

Las Residencias en América Latina han pasado por distintas etapas históricas. Las mismas etapas se identifican en Argentina, aunque en nuestro país a diferencia de los otros de la región han nacido y se han mantenido ajenas a la Universidad.

En la década de los '60 y los '70 las Residencias se impusieron tras resolver la conflictividad de su implementación y lograron en este momento transformar la modalidad de atención. Asimismo se constituyeron en un estándar de calidad de la atención médica. Las políticas de salud, en este momento se sustentaban en el imperativo tecnológico y se hacía a cada paciente todo lo que la medicina "podía". Se consideraba que con el desarrollo científico y el progreso y bienestar humanos se podría vencer a la pobreza.

En la década de los '80 los Servicios comenzaron a diferenciarse y empezó a formarse por parte de los Residentes "un servicio dentro del servicio". El sistema de formación se transformó en un modelo "Residente forma a Residente". Jóvenes profesionales motivados, full time, cumplen funciones con eficiencia con la concepción de la salud como un problema individual y desde el neoliberalismo se privilegia a las reglas del mercado. Con esta lógica de los recursos humanos, las residencias eran consideradas desde el punto de vista de costos y eficiencia para atender a las personas desde un encuadre individualista, como consumidores de servicios.

En la década del '90 se trató de democratizar el sistema y se amplió el número de residencias y las profesiones que pueden acceder a ellas, aunque todas marchaban por carriles separados. En este momento se pierde, a veces, el sentido de acreditar previamente a los servicios para acoger una Residencia y se instalaban en sitios donde no se reunían las condiciones para su desarrollo óptimo. Tampoco se gestionaban adecuadamente las funciones del personal de planta y las de los

residentes. La falta de instructores y de personal docente también incide en detrimento de la formación.

En la provincia de Mendoza el recorrido ha sido semejante.

El Ministerio de Salud y el de Desarrollo Humano, Familia y Comunidad son en la provincia de Mendoza las dependencias rectoras del Sistema Provincial de Salud y tienen la facultad para regular la formación de personal en el campo sanitario.

En la primera evaluación diagnóstica efectuada en el 2001 por OPS-OMS, la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCuyo y el Ministerio de Salud, así como en algunos estudios de postgrado, se detectaron falencias tales como el escaso número de responsables de la formación, que además no eran rentados. Dichos responsables también carecían de instancias de actualización, perfeccionamiento y/o capacitación en formación pedagógica-didáctica.

Con respecto al currículo se detectó falta de articulación entre las áreas de docencia, investigación y asistencia desde el punto de vista pedagógico –didáctico, con énfasis en el área asistencial, programas ausentes o desactualizados y en algunos casos sin carácter formativo. Aparecía también la ausencia de un proyecto educativo sistemático y homogéneo para el logro de los estándares de desempeño significativo a nivel nacional e internacional. La interdisciplinariedad era escasa. Estaban ausentes las áreas de Gestión y de Ética y otras aparecían débiles, como por ejemplo, Educación para la Salud e Investigación. La escasez en la producción científica y en las publicaciones se consideraba como consecuencia de la falta de recursos, de la poca preparación en Metodología de la Investigación y de la escasez de tiempo. En la investigación que se realizaba había un manifiesto énfasis en lo cuantitativo. En lo referido a Metodología de la Enseñanza, no existía variedad: clases magistrales, conferencias, ateneos, revista de salas, y resolución de casos, era lo único que se utilizaba.^{6, 7}

Estas evidencias sirvieron como fundamento al anteproyecto de la ley 7857 promulgada en junio de 2008 en la provincia de Mendoza, donde también se tuvo en consideración el Reglamento del Sistema de Residencias Médicas de la provincia de Mendoza, Decreto N°2361 del 28/12/1993 y modificatorios 571 del 09/05/1997, 1097 del 08/06/2001, 902 del 02/07/2002, 570 del 14/04/2003, 105 del 23/01/2004 y 340 del 16/03/2005.⁸

Dicha ley se creó para normalizar el funcionamiento del Sistema de Residencias del Ministerio de Salud y del Ministerio de Desarrollo Humano, Familia y Comunidad, de aplicación en el ámbito de la Administración Pública Provincial, organismos centralizados, descentralizados y autárquicos, y en la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) para profesionales de la salud. A través de su adherencia voluntaria se permite a los establecimientos asistenciales de los sectores de la seguridad social, el mutualismo, el privado o el estatal no provincial, con asiento en el territorio de la provincia de Mendoza a obtener el Reconocimiento Oficial.

Se puede afirmar que el nuevo marco normativo instaurado con esta ley se constituye en un hito histórico para la salud de los mendocinos.

La ley recepta el clamor por el cambio, ya que realidades complejas, contradictorias, dinámicas y desafiantes originan que los ciudadanos requieran un nuevo contrato social con sus profesionales, que incide directamente en la formación profesional.

Para responder a las necesidades sentidas de la población, son necesarios cambios fundamentales en los sistemas de atención de los servicios, en los modelos de práctica vigente, en la distribución geográfica de los recursos humanos y sobre todo en su formación.

El bien más importante que posee el sistema de salud son sus recursos humanos, lo que se denomina “capital humano”, y éste está en manos de los docentes que lo forman.

El nuevo contrato social debe basarse en la voluntad de cumplir los compromisos de todos los involucrados en la relación sanitaria.

Por una parte los profesionales deben asegurar una prestación con elevados estándares de calidad. A su vez los ciudadanos, concientes de sus derechos y deberes, deben pagar los impuestos para financiar el sistema y además deben cumplir con su propia responsabilidad, empoderándose del cuidado de su salud. Los responsables políticos deben garantizar el acceso equitativo a la atención sanitaria, deben gestionar la financiación del sistema y garantizar su calidad.

En la fundamentación de la ley se planteaba la necesidad de una propuesta innovadora que reafirmara el compromiso asumido en los años '70 por el Ministerio de Salud de la provincia. Además de señalar la capacitación de los profesionales como una prioridad dentro del propio sistema para la prestación de servicios de la salud a la población mendocina, se remarcaban algunos aspectos fundamentales para el desarrollo de los programas formativos, tales como la necesidad de la interrelación de las instituciones de salud con las instituciones de educación superior.

El cambio de paradigma que emana de la ley se esboza claramente cuando se afirma: “Las Residencias Profesionales son una estrategia educativa para la formación de sujetos sociales, democráticos y transformadores de la realidad. Se requiere para ello el compromiso de profesionales del mundo sanitario, que además de trabajar en campos interdisciplinarios, sean capaces de actuar con otras disciplinas vinculadas directamente con la vida, la calidad de la misma y el ambiente”

En este marco son de destacar algunas de las novedades que propone la ley:

1- Una red formada por profesionales formadores que interdisciplinariamente trabajan en los distintos niveles del sistema provincial de salud. (Se incorporan los aspectos positivos de la normativa reglamentaria de las residencias médicas pero se

supera la hegemonía médica incluyendo en su texto a los profesionales comprendidos en la ley N°7759 de la provincia).

2- Tres pilares innovadores de la gestión educativa: las tecnologías de la información y comunicación (TICs), los valores y la evaluación como una estrategia de mejora e innovación de la calidad educativa.

3- Formadores de distintas disciplinas que sean capaces de formar equipos de trabajos que puedan enseñar a aprender.

4- Las residencias de Primer nivel suman al ciclo formativo prestacional un ciclo comunitario. Este ciclo comunitario tiene la finalidad de permitir al residente ejercer la especialidad en plenitud, en marcos y redes institucionales de salud acrecentando destrezas, habilidades y actitudes. Se mantiene el nexo con el centro formador a través de una consulta semanal. El usuario se beneficia al recibir prestaciones donde hay carencias cuali o cuantitativas. Desde las políticas de RRHH se logra el fomento de asentamiento o inserción en lugares donde se necesitan.

La sociedad es reconocida con servicios por lo que aporta con medios y condiciones para que pueda haber formación.

Otro hito a considerar en la planificación de las residencias es el reciente Consenso Global sobre Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina, que incidirá en el futuro de la educación médica a nivel global. Dicha formación desde 1910 recibió el influjo del informe Flexner. Desde octubre de 2010, dicho consenso reta a las Facultades de Medicina del siglo XXI a mejorar la calidad, la equidad, relevancia y efectividad en la provisión de los servicios asistenciales y la reducción de los desajustes con respecto a las prioridades sociales, la redefinición de los roles para los profesionales de la salud así como la demostración de su impacto sobre el estado de salud de la gente. El consenso determinó 10 directivas estratégicas para las

Facultades de Ciencias Médicas, con el fin de que devinieran socialmente responsables, mediante las mejoras necesarias a fin de ser capaces de :

- Dar respuesta a las necesidades de salud actuales y futuras.
- Reorientar sus prioridades educativas, las de investigación y de los servicios que proveen a dichas necesidades.
- Reforzar su gobernanza así como su partenariatzo con otros agentes sociales interesados (stakeholders).
- Utilizar la evaluación y la acreditación basada en su desempeño y en los resultados obtenidos.

El propósito de la iniciativa plasmada en el Consenso Global sobre Responsabilidad Social de la Universidad, fue obtener acuerdo sobre el alcance del trabajo necesario para que las Escuelas de Medicina tengan mayor impacto en el desempeño de los sistemas de salud y en el estado de salud de la población. En este marco de trabajo se espera poder acordar un conjunto de estándares de educación médica que reflejen esta capacidad y proponer métodos de evaluación, de acreditación y de mejora de la calidad.

El documento abarca un ámbito sistémico que va desde la identificación de las necesidades de salud hasta los efectos conseguidos sobre dichas necesidades.

Las 10 áreas reflejan una secuencia lógica, comenzando por la comprensión del contexto social, la identificación de los retos de las necesidades de salud y el establecimiento de partenariatzos para poder actuar eficientemente (Áreas 1 y 2). Además de la composición de de los recursos profesionales necesarios para afrontar las necesidades de salud se describen los roles y las competencias previstas para médicos (Área 3) como guía para las estrategias educativas (Área 4) que las Facultades de Medicina deberán implementar junto a las estrategias correspondientes

para la investigación y la provisión de servicios asistenciales (Área 5). Es preciso establecer los estándares para que las instituciones se dirijan hacia niveles superiores de competencia (Áreas 6 y 7), que las autoridades nacionales deben reconocer (Área 8). En tanto que la responsabilidad social es un valor social universal (Área 9), las sociedades locales serán las que, en última instancia, apreciarán los logros (Área 10). Es de resaltar en el tema que nos ocupa, lo señalado en el área 1, punto 1.1: La escuela de Medicina se guía en su desarrollo por valores básicos tales como relevancia, equidad, calidad, aplicación responsable de los recursos para las necesidades, sustentabilidad, innovación y colaboración, los cuales también deben predominar en cualquier sistema de salud.

En el punto 2.1 del área 2 se refiere: Las Escuelas de Medicina se comprometen a trabajar en asociación cercana con otros grupos principales interesados en la salud (por ejemplo quienes establecen las políticas sanitarias, las organizaciones de atención de la salud, las asociaciones profesionales y otras profesiones de la sociedad) y otros sectores para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y elevar el estado de salud de la gente a través de su misión de docencia, investigación y servicio.

En el área 3, en 3.5 se señala que la Escuela de Medicina reconoce que independientemente de la especialidad que los futuros médicos elijan, ellos deben ser explícitamente activos en salud poblacional y su coordinación con la salud individual, en promoción de la salud y de reformas del sistema de salud.⁹

Comisión Permanente de Residencias de la Provincia de Mendoza

La creación de la Comisión Permanente de Residencias en el ámbito de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, ha sido otro acierto de la ley 7857.Dec.340/09.¹⁰

Está integrada por el Consejo Asesor Permanente y por las Subcomisiones Asesoras.

- **Consejo Asesor Permanente**

Está conformado por representantes de: Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Humano, Familia y Comunidad, gremio de los profesionales de la salud con representación mayoritaria (AMPROS), asociaciones profesionales, universidades con carreras de grado cuyos egresados puedan acceder a residencias, sociedades científicas, y representantes de los servicios formadores

Sus objetivos son:

1º- Promover la difusión y conocimiento de la Ley 7857 en las instituciones públicas (estatales y privadas) que expresen formalmente su intención de incorporarse como Unidad Formadora, o que ya cuenten con Residencias.

2º- Supervisar la planificación de las obligaciones curriculares y la ejecución de la formación de posgrado de cada una de las Residencias con reconocimiento oficial.

La comisión trabajó con las siguientes hipótesis:

- La existencia de profesionales capacitados resulta una prioridad en el sistema de salud para la prestación del servicio a la población mendocina
- Para lograr una elevada formación y de calidad, es fundamental el desarrollo de los programas formativos y la interrelación de las instituciones de salud y las otras instituciones que intervienen en el proceso.

La tarea fue ardua en un principio, seguramente porque los mecanismos de cooperación institucionales son claramente insuficientes en nuestro medio, lo que acentúa barreras para el cambio. La tarea fue muy gratificante a medida que se diseñó y practicó un método de trabajo en que las acciones que se planificaban para mejorar las residencias profesionales lograban plasmar la opinión técnica, experiencias e intereses de todas las instituciones representadas. La implicación activa de los integrantes logró avanzar en forma consensuada en el diseño de

instrumentos objetivos de evaluación de programas y de evaluación de centros que fueron difundidos a toda la comunidad. También fue evidente que la falta de colaboración entre expertos, profesionales y autoridades sanitarias, actúan como factores perjudiciales para el sistema de salud, pero pueden contrarrestarse con voluntad política y con las normativas legales y técnicas y organizativas adecuadas.

- **Subcomisiones Asesoras**

Hay o deberá haber una Subcomisión Asesora por cada especialidad reconocida por los Consejos Deontológicos de las distintas profesiones. Cada Subcomisión por Especialidad tiene una conformación semejante a la central en el sentido de que cada uno de sus miembros representa a diferentes instituciones

Son convocadas por la Comisión Permanente de Residencias - Consejo Asesor Directivo para que asesore en las evaluaciones o toma de decisiones específicas de las distintas Residencias por especialidad y por profesión.

Las Subcomisiones Asesoras se rigen por un Reglamento Interno y deben contar con profesionales especialistas, miembros de las Unidades Formadoras, docentes universitarios con experiencia en Residencias (ex residentes, profesionales con experiencia en grupos o servicios formadores, de reconocido prestigio) y miembros o referentes de las Sociedades Científicas y de la Asociación Mendocina de Profesionales de la Salud.

Las Subcomisiones Asesoras son responsables de poner en la práctica las normativas de la Comisión Permanente de Residencias asesorando sobre pautas asistenciales, docentes, científicas y académicas en lo referido a planificación, implementación, desarrollo y evaluación de la correspondiente residencia. Además deben realizar las visitas en terreno cuando la Comisión Permanente de Residencias - Consejo Asesor Directivo lo solicite y controlar el cumplimiento de la Ley 7857.

Determinación del número de especialistas a formar

Hay dos elementos específicos en los que se debe basar el número de profesionales a formar: las necesidades de especialistas del sistema de salud de la provincia y la capacidad docente de cada uno de los centros formadores. Con respecto al primer punto, está pendiente en nuestra provincia el análisis riguroso de la cantidad y ubicación geográfica de los profesionales de la salud que se desempeñan actualmente y además la proyección de los requerimientos futuros. Esta tarea debiera ser llevada a cabo por la Comisión Provincial de Capacitación, Docencia e Investigación, tal como está previsto (ley N°7759 y ley 7857), pero que todavía no se implementa.

La capacidad docente de cada uno de los lugares de formación es otro de los aspectos que requiere de un análisis crítico a partir de los criterios de acreditación de cada una de las especialidades, tanto en aspectos cuali como cuantitativos. Los cualitativos se relacionan con el perfil curricular de los formadores, el tipo de tareas asistenciales que realiza y su actividad docente, de investigación y de relación con la comunidad.

Los cuantitativos se valoran a partir del número de profesionales de la unidad formadora, la naturaleza de las tareas que realizan en dicha unidad y la aceptación de las autoridades del centro de permitir que parte de la carga horaria del prestador sea dedicada a la tarea docente.

Le corresponderá a la Comisión Provincial de Capacitación, Docencia e Investigación analizar independientemente la necesidad de especialistas y la capacidad docente, para que ninguno tenga preponderancia sobre el otro. Sobre todo se debe tener en cuenta que la capacidad docente no puede ser superada para disponer de un número mayor de especialistas. Tampoco el número de especialistas a formar debe basarse en las necesidades asistenciales de la unidad docente.

Sistema de Acreditación y Reacreditación de Centros y Unidades Docentes

Se han establecido con claridad por parte del Consejo Asesor Permanente los criterios de acreditación y re-acreditación de centros o unidades de formación y se han hecho públicos con transparencia. En cada centro y en cada una de las residencias debieran instalarse sistemas de autoevaluación.

Está pendiente el desarrollo de un sistema de acreditación para los formadores de la residencia, a fin de garantizar la inserción adecuada de los residentes en cada uno de los servicios.

Contexto Institucional

Para lograr un perfil de excelencia de los residentes, el contexto institucional debe propiciar el desarrollo académico, científico y profesional.

Los objetivos de la residencias deben ser explícitos y se deben corresponder con las actividades programadas, que son congruentes con el perfil

Determinación de los programas formativos

De manera general, entendemos a la evaluación de los programas como aquel conjunto de procesos sistemáticos de recogida y análisis de información fiable y válida para tomar decisiones sobre un programa educativo.

La actualización periódica y frecuente de los programas formativos de las diferentes residencias es necesaria. Asimismo las diferentes especialidades deben poseer una homogeneidad en estructura y contenidos.

La actualización y perfeccionamiento de los planes de formación debe efectuarse en función de estándares regionales e internacionales comparables pero respetando los contextos.

También debe tenerse en cuenta para cada una de las especialidades la información que surge de procesos de evaluación y acreditación nacionales, regionales e internacionales (CONEAU, ARCU-Sur y RIACES).

Cada centro formador debe adjuntar al programa de residencia propuesto con los distintos elementos que la ley especifica, pero hay elementos que son esenciales: la misión institucional, los valores y principios, los actores y sus respectivos roles, el marco organizativo y el marco normativo.

La misión, los valores y principios establecidos en el marco estratégico son referentes esenciales a transmitir a los residentes a formar, en tanto que conforman la identidad y la razón de ser de cada institución.

Cada programa se debe organizar a partir del perfil que se desea alcanzar, lo que algunos denominan como meta curricular.

En su formulación se debe tener en cuenta que se corresponda con los criterios básicos de la especialidad, se contemplen campos completos del ejercicio profesional o del área disciplinar y se logre a través de las actividades institucionales programadas.

Para las residencias de primer nivel, la ley define cada una de las áreas que se deben programar:

- Asistencial
- Gestión
- Investigación
- Educación para la Salud
- TICs

En los programas deben estar claramente definidas las competencias a alcanzar y los periodos en que se deben lograr las competencias genéricas y las específicas. Deben también detallar el número mínimo de procedimientos a realizar por los residentes, como garantía cuantitativa del proceso formativo y las competencias transversales para el conjunto de especialidades o subgrupos de especialidades afines. El

cumplimiento de estas competencias transversales debiera estar garantizado por el Ministerio de Salud, en articulación con otras instituciones prestacionales o educativas, públicas o privadas. Este modelo se puede convertir en una excelente oportunidad para aprender a aprender juntos distintos profesionales y a su vez desarrollar capacidades para trabajar en equipos para responder a las demandas sociales con excelencia.

Los otros elementos del diseño curricular que se deben consignar son los contenidos, las estrategias de enseñanza aprendizaje y los recursos didácticos.

En términos estratégicos, los programas de todas las residencias deben guiarse, entre otros, por los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 y las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2008-2015.

La evaluación merece una consideración especial.¹¹

La evaluación debe contemplar tanto la planificación y el diagnóstico (al inicio) como la aplicación, a la cual también podemos llamar de proceso o formativa, como la evaluación de resultados, sumativa o integradora.

En cada momento de la evaluación los distintos actores involucrados pueden elegir diferentes elementos que constituyen distintos objetos de evaluación que son evaluados de diferentes modos.

¿Qué evaluamos? Las características del programa, los contenidos y las competencias a enseñar, deben ser evaluados antes de comenzar cada año de residencia. Durante el desarrollo de cada año se evalúa el proceso de aprendizaje de cada residente y su participación en las actividades programadas. Al finalizar el año se evalúa el rendimiento y desempeño de los residentes, así como la adecuación de los recursos educativos (materiales, bibliografía) y actividades para lograr el perfil deseado por cada uno de los residentes.

¿Para qué evaluar cuando comienza cada año? Para diagnosticar y conocer a los residentes.

¿Durante el año? Para evaluar el desarrollo de lo programado y realizar las modificaciones pertinentes.

¿Al finalizar el año? Para certificar el aprendizaje de los residentes, subsanar los resultados no esperados y planificar los posibles cambios para el siguiente año.

¿Cómo evaluamos? Podemos usar distintos tipos de estrategias, estructuradas o no. Entre las primeras podemos señalar: producciones escritas individuales y/o grupales a partir de preguntas orientadoras. A través de la expresión de los participantes en foros, chats, etc. Registro de memorias personales (portfolio)

Entre las estrategias estructuradas: encuestas, cuestionarios, grillas con escalas de ponderación, etc.

¿Quién evalúa?

- Los residentes a sí mismos (autoevaluación),
- los residentes entre sí (co evaluación)
- los docentes a los residentes o los pacientes a los residentes (hétero-evaluación)
- los residentes a sus docentes y a las distintas instancias del curso.
- el Comité de Capacitación Docencia e Investigación, las Subcomisiones Asesoras de Residencia.

Conclusión

La complejidad y heterogeneidad del campo de la Salud plantea a éste como un terreno que excede el abordaje desde una sola disciplina y requiere para su desenvolvimiento eficaz, de la convergencia de diferentes discursos, prácticas y lecturas.

Los cambios de paradigma han surgido como resultado de la reflexión crítica de las tendencias clásicas, los aportes de la sociología de las organizaciones, el análisis institucional y los nuevos conceptos en educación de adultos.

Desde este cambio de paradigma, todos los profesionales de la salud deben contribuir para alcanzar el mejor desempeño en el sistema de salud y así contribuir a lograr la salud de la población, teniendo en cuenta no sólo los problemas prioritarios de la salud, sino también con una mayor participación en la capacidad de anticiparse a las necesidades de salud de dicha población. Esto lleva a requerir nuevas competencias a los profesionales residentes para alcanzar los estándares que la sociedad de hoy requiere y a su vez los formadores deben garantizar los mecanismos de acreditación de los procesos, así como el impacto que se logra en la salud.

Si se sostiene el carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad-atención, la salud como derecho social y la necesidad de políticas activas para garantizarlo, se debe considerar a las residencias como una parte importante de los recursos humanos y por lo tanto como actores fundamentales para transformar a la salud, así como la consecuente necesidad de su integración en las políticas de salud. Las residencias de los profesionales de la salud, pueden hoy convertirse en un motor de transformación, transformándose y ayudando a transformar a la salud provincial.

La transformación como proceso circular; requiere de capital humano innovador y a su vez de ámbitos propicios para innovar.

El actual marco legal propicia profundos cambios, tales como, la intersectorialidad, la organización y pertenencia a redes, la prioridad del primer nivel y la interdisciplina.

Se hace necesario concebir la cooperación como parte integrante de las misiones de las instituciones, que deberán crear herramientas o mecanismos convenientes para promover y regular dicha cooperación.

Las residencias de los profesionales de la salud como recurso educativo para formar ciudadanos críticos y preparados para un buen desempeño profesional en un mundo globalizado, son parte del proceso transformador en salud, que pueden ayudar a colocar a este valor en el vértice de la escala de todas las políticas.

Referencias bibliográficas

1. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al. Public health in the new era: improving health through collective action. *Lancet*. 2004; 363:2084-6.
2. Stahl T. Wismar M. Olilla E. editores. Health in all policies, prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health;2006
3. Labonté R. Health Systems Governance for Helth. Equity: Critical Reflection Rev. *Salud pública* 2010; 12 (1): 62-76.
4. Venkatapuram S, Bell S, Marmot S. The right to sutures: social epidemiology, human rights,and social justice. *Health and human rights in practice* 2010; 12 (2): 3-16.
5. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de la Salud. *Rev. Salud pública* 2010; 12 sup (1): 8-27.
6. Fazio M. Autoevaluación de la Residencia de Clínica Pediátrica del Hospital Dr. Humberto Notti de la provincia de Mendoza-Argentina2003.Tesis de Maestría publicada en IESALC – UNESCO, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Playa Ancha.
7. Borrel Benz R. La Educación Médica en el Posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
8. Ley 7857, publicada en Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza el 27de junio de 2008
9. Decreto 340/09. Ministerio de Salud. Publicado el 30/03/09.
10. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools
[www .healthsocialaccountability.org](http://www.healthsocialaccountability.org)
- 11.Fazio M. internacionalización de los sistemas de evaluación y acreditación universitaria en América Latina (1998-2009). Metaevaluación de los sistemas desde la perspectiva comparada Tesis Doctoral. 2011. FFyL UNCuyo