

Especialidades médicas

Estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación.

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

AUTORIDADES**Presidencia de la Nación**

Ing. Mauricio Macri

Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretaría de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Luis Rubinstein

Unidad de Coordinación General

Dra. Analía López

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Dra. Josefa Rodríguez Rodríguez

Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización

Dr. Javier O'Donnell

Dirección Nacional de Capital Humano

Dr. Marcelo García Dieguez

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

Dra. Mariela Barani

Coordinación del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud

Mgter. María del Carmen Cadile

Autores de este documento: María Isabel Duré, Mariano Fernández Lerena, Clara Gilligan

Colaboradores: Mariana Cavalieri, Gladys Skoumal

Introducción

En el área de la formación especializada de las profesiones de salud, en particular de la Medicina, la diversificación de los procedimientos, la influencia del mercado y las presiones corporativas han promovido la proliferación de especialidades y especialistas. Dicha diversificación, generadora de su propia demanda, tracciona sobre el modelo de atención fragmentando las líneas de cuidado, y tensiona el campo de la regulación sanitaria reclamando el reconocimiento de nuevas especialidades y subespecialidades médicas. Estos procesos no siempre son consecuentes con las políticas sanitarias sustentadas en especialidades básicas que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación se propone alcanzar a través de la estrategia de la Cobertura Universal de Salud.

La demanda de reconocimiento de nuevas especialidades es permanente y puede verificarse en el incremento de las especialidades reconocidas por este Ministerio, que de reconocer cuarenta y dos especialidades básicas y cinco dependientes en 2001, pasó a que en la actualidad se establezca una nómina de setenta especialidades médicas.

La ley 17.132, modificada por la Ley 23873, establece que es el Ministerio el que determina las especialidades médicas y odontológicas reconocidas, sin establecer un mecanismo. A nivel federal, la Resolución del entonces Ministerio de Salud de la Nación 1105/2006 ha sido la herramienta utilizada como mecanismo de consenso, intentando cohesionar el reconocimiento de especialidades en todo el país. Como resultado de este procedimiento, la Resolución 1814/2015 establece el listado de setenta especialidades médicas con consenso del Consejo Federal de Salud (COFESA)¹. Si bien dichas normas consolidan una nómina, no se acompañan regularmente del perfil esperado para cada especialidad.

A partir de los avances del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (Ministerio de Salud, 2014), se aprobaron marcos de referencia para la formación de especialistas de diversas especialidades médicas. La construcción de los marcos se realiza a través de un proceso gradual de consenso que convoca a los actores relevantes de cada especialidad. En cada uno de ellos se incluye los perfiles de competencias de cada especialidad, lo que permite una definición más ajustada de cada una de ellas. La íntima relación entre certificación de especialidad y formación de posgrado permite abordar en forma común los perfiles. De hecho, así como la existencia de una residencia o carrera de especialista universitario es un antecedente a

¹ Lo propio hacen la Resolución MS 956/2010 para las odontológicas, la Resolución MS 199/2011 para las de Enfermería, la Resolución MS 1337/2010 para las especialidades multiprofesionales, y las Resoluciones MS 1186/2013 y 1341/2013 para Farmacia y Bioquímica respectivamente.

considerar para el reconocimiento de una nueva especialidad, este último hecho promueve indefectiblemente la apertura de espacios de formación. Es responsabilidad del Estado regular ambas instancias, no sólo para proteger la salud de la población sino para orientar la planificación de los equipos de salud en relación con las políticas.

Atendiendo a la cantidad de especialidades vigentes y a la demanda incesante de sociedades científicas y espacios de formación para incorporar otras, consideramos un desafío impostergable definir con mayor claridad los criterios para su inclusión en el listado de especialidades reconocidas, así como revisar la metodología utilizada para su evaluación y generar un plan de trabajo para completar los perfiles de aquellas que ya lo integran. En consonancia con dichos perfiles y las competencias requeridas, con posterioridad se podrán establecer las modalidades más adecuadas de formación.

Propósito y objetivos

El presente trabajo tiene como propósito describir un estado de situación en base al cual diseñar una propuesta regulatoria para la incorporación y categorización de las especialidades profesionales del equipo de salud en nuestro país. Para tal fin, se trabajó fundamentalmente en base a la normativa federal y jurisdiccional vigente. En vínculo con ello, se realizó una contextualización histórica, otorgando una breve perspectiva genealógica local a este corpus normativo. Por otro lado, se realizó un relevamiento de antecedentes a nivel internacional. Esto último tuvo como fin identificar alternativas para mejorar la propuesta regulatoria de incorporación y categorización de las especialidades.

A través de los relevamientos de normativas nacionales, provinciales e internacionales, de residencias, de la revisión de antecedentes y estudios, se pudo elaborar un mapa de especialidades nacionales y provinciales, identificando coincidencias y su relación con la formación. A partir de dichos resultados, se realizará una propuesta regulatoria para trabajar a futuro que contemple la necesidad de vincular el reconocimiento formal de las especialidades con las condiciones del proceso formativo y orientar la formación desde el Estado de acuerdo con las prioridades de la política sanitaria.

Preguntas orientadoras

El reconocimiento de un número creciente de especialidades ¿tiende a mejorar las condiciones de vida de una población o, por el contrario, contribuye a intensificar un abordaje fragmentario de la salud de las personas?

¿Qué calificaciones merecen un reconocimiento especial? ¿Quién debe otorgarlo y bajo qué regulaciones?

¿Cómo se conforma la oferta de formación de especialistas desde el Estado?

La formación en una especialidad ¿debe implicar la existencia de una residencia o carrera de especialista? ¿Cómo condiciona su propia demanda la existencia de una nueva especialidad?

¿Qué avances científico-tecnológicos ameritan una nueva especialidad? ¿Cuáles integran el campo de una especialidad ya reconocida?

¿Qué tipo de regulaciones debemos proponer para orientar el reconocimiento de nuevas especialidades?

Ejes de trabajo

El análisis realizado se ha desarrollado en diferentes líneas de indagación:

- Una síntesis del desarrollo histórico particular de la profesionalización médica en nuestro país.
- Un relevamiento exploratorio de antecedentes nacionales e internacionales relativos al reconocimiento de especialidades.
- Un relevamiento de la normativa y el número de especialidades vigentes en las diferentes jurisdicciones en Argentina
- Un registro de la oferta de residencias nacionales y provinciales en sus diferentes modalidades.

Antecedentes históricos

Las especialidades médicas implican la consolidación de una cierta autonomía de saberes. Sin embargo, este no es un proceso que ocurra mecánicamente, sino que depende en gran medida del quehacer de sociedades médicas que controlan y validan el acceso a estos conocimientos delimitados como pertinentes y necesarios (Patiño y Rodríguez 2015). Las historias de profesionalización no se constituyen en procesos

meramente formativos o de incorporación de saberes. Sino que dan cuenta, ante todo, de una dinámica a través de la cual, grupos de profesionales demandan un conjunto de privilegios para el ejercicio de su profesión (Machado, 1991; Detsky y otros, 2012). Es por ello que estos procesos adquieren particularidades acordes a cada contexto de desarrollo y consolidación.

En miras a comprender el estado actual de la tarea médica y su abordaje desde las especialidades, realizaremos un breve recorrido histórico. Para el caso particular de Argentina resulta esencial reconocer los espacios que los médicos ocuparon, tempranamente, en tanto funcionarios de Estado. En nuestro país la consolidación del Estado nacional es contemporánea al proceso de institucionalización de la Medicina como saber legitimado por éste para intervenir sobre distintos aspectos de la vida de la población. Es posible rastrear este proceso considerando como se plasma en la creación de instituciones sanitarias, formativas y cuerpos de normativas.

El recorrido que lleva a que un conjunto de saberes se convierta en una disciplina científica necesita – por lo menos – de otras dos etapas que garanticen su desarrollo y autonomía: En primer lugar, la legitimación de esos saberes como objeto de políticas públicas. En segundo lugar, y subsidiario del anterior, el reconocimiento estatal de instancias de formación que garanticen las bases del mercado profesional. De ello se desprende el rol central que juegan en este proceso las instituciones formales educativas (Buschini, 2015). El análisis de procesos de profesionalización – dentro de los cuales ubicamos los de especialidades médicas - evidencia, en todos los casos, un conjunto ineludible de actores implicados dentro de los cuales sobresale exponencialmente el Estado.

Los procesos de profesionalización son el resultado de una suma de acciones tendientes a definir el objeto de una determinada profesión dentro de un campo de relaciones de poder. Para comprender su desarrollo, son centrales la descripción y el análisis de los procesos políticos que atraviesan su constitución histórica. Es en el marco de estas condiciones que se negocian concesiones de mayor o menor grado de exclusividad para desempeñar ciertas tareas, para formar futuros profesionales y para vincularse con otras profesiones que intervienen en el campo (Freidson, 1978; Schapira, 2003; Faccia, 2015).

Los saberes médicos fueron constituyéndose en un elemento imprescindible en la creación de políticas públicas. La participación directa de médicos en tanto funcionarios estatales se dio de manera simultánea con el proceso de consolidación del propio Estado nacional. Como funcionarios, estos profesionales ocuparon posiciones jerárquicas, condujeron la actividad estatal priorizando problemáticas específicas y actuaron estableciendo vinculaciones con nociones instaladas a nivel internacional. En línea con ello, estos grupos sostuvieron activamente su participación en redes profesionales y desde estos espacios se aseguraron cierta autonomía y exclusividad sobre campos intervención. Por lo tanto, a la par que impulsaban la creación de instituciones estatales, se consolidaban como profesión (Armus 2000; González Leandri, 2004; Nari, 2004; Belmartino 2005).

Entonces, a la hora de indagar en los desarrollos históricos de las distintas especialidades médicas es preciso contemplar: Los estudios locales iniciales de la especialidad, los primeros abordajes estatales y el desarrollo de programas formativos. A su vez, el ascenso y la consolidación de una rama de saberes en tanto especialidad se da en diálogo con el contexto internacional, en especial con países considerados *referentes* así como también con organismos internacionales (Buschini, 2015).

La formación involucra, además, la consecuente demarcación de sus alcances e incumbencias profesionales. La creación de instituciones e instancias de formación es subsidiaria de este proceso en la medida en que constituye la base sobre la que se delimitan límites entre quiénes son especialistas y quiénes no. Ello supone exclusividad en el mercado de trabajo especializado, garantizada por el Estado, que respalda cierto grado de autonomía. Las disputas en torno a la legitimidad para delimitar objetos de intervención y constituirse en tanto voces autorizadas en la materia van a darse, por un lado, entre expertos, y a su vez, entre expertos y legos. Ahora bien, esto no es un proceso autónomo, sino que forma parte de la expansión – y en caso de Argentina, de la universalidad y gratuidad - del sistema educativo de niveles primario y medio que contribuye directamente a afianzar esta legitimidad sustentada en instancias educativas formales (Buschini, 2015).

Hasta aquí desarrollamos un breve recorrido histórico que describe algunas de las particularidades del proceso de profesionalización de la Medicina en Argentina. En él emergen dos actores fundamentales: grupos y/o asociaciones de profesionales y Estado. Los límites de participación entre unos y otros no son rígidos, por el contrario, la pertenencia a una y otra esfera por parte de las corporaciones médicas sigue una tradición no sólo de permeabilidad sino incluso de mutua conformación. En el siguiente apartado avanzaremos en un análisis acerca de algunas implicancias claves que atraviesan a las especialidades en la actualidad.

Construcción conceptual

En este apartado describiremos las maneras en que se definen conceptualmente las especialidades médicas. En líneas generales podemos sugerir que la *especialidad* se describe, primordialmente, en tanto formación práctica con pares. En vínculo con ello, en todas las definiciones subyace una noción que podemos sintetizar con la idea de *aprender haciendo* (Bourdieu, 2007). Por último, en la mayoría de los casos se destaca el rol del/la tutor/a/instructor/a/maestro/a como actor fundamental en este proceso. A su vez, los *criterios* que establecen los límites conceptuales son específicos para cada una de ellas. Lo que se manifiesta en campos de intervención y competencias que se definen según criterios muy variables. Como por ejemplo:

- Áreas/fragmentaciones corporales
- Clasificaciones de patologías
- Modalidad de intervención

- Momento de la vida
- Una combinación de más de uno de estos criterios

Actualmente las especialidades médicas tienden a ser descriptas en términos que enfatizan su carácter estrechamente vinculado a la idea de *profundización de conocimientos*. De la mano de ello, y como mencionamos algunos párrafos atrás, la *formación* aparece en tanto estrategia privilegiada para alcanzar este dominio. Ahora bien, a pesar de que este tipo de definiciones puedan resultarnos autoevidentes, consideramos que la noción de especialidad o especialización, no adquiere los mismos significados aplicables a cualquier profesión. Ya que, de incurrir en este tipo de generalizaciones, estaríamos omitiendo las particularidades de cada profesión en tanto resultado de un proceso histórico específico. La especialidad médica sin dudas puede ser comprendida en términos de profundización de conocimientos. Sin embargo, esta noción proviene fundamentalmente del ámbito académico. En el caso particular de las especialidades médicas, dicho énfasis no debería descuidar los fines específicos del ejercicio profesional: Ligados primordialmente a objetivos terapéuticos. Esto es, de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Para profundizar en esta línea, en el siguiente apartado ahondaremos en algunos de estos aspectos.

Fragmentación en la atención

Considerando que identificamos los principales actores involucrados en el proceso de consolidación de una especialidad médica, continuaremos analizando otros aspectos de su desarrollo actual. En línea con ello, algunos estudios señalan, además, factores que inciden en - lo que definen como – *elección* de una especialidad². En ese sentido se sugiere que los avances tecnológicos pueden demandar la necesidad de un entrenamiento especial. Algunas veces este proceso termina derivando en la creación de una nueva especialidad, aunque como vimos, ello es el resultado de demandas y negociaciones. A su vez, las consideraciones económicas juegan un rol fundamental: Producto del incremento poblacional, la urbanización y expansión de medios de transporte y vías de comunicación; los mercados de cuidados médicos especializados se han expandido. De la mano de ello, las remuneraciones diferenciales acordes al tipo de especialidad influyen directamente en la formación de estos profesionales (Detsky y otros, 2012).

Uno de los problemas abordados en esta línea, es el impacto que la proliferación de especialidades ha tenido en la fragmentación de la atención e, incluso, sobre la propia

² Utilizamos este concepto haciendo explícita la salvedad de que esta posibilidad de *elegir* se encuentra restringida por muchos otros factores que no son considerados en los trabajos referidos. En nuestro país las condiciones de posibilidad en cuanto a la especialidad médica permanecen fuertemente atravesadas por la desigualdad de género, incluso a pesar del evidente y exponencial crecimiento del número de mujeres que ejercen en la actualidad esta profesión. Sobre esta temática se recomienda la lectura del informe de PNUD (2018) Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales. Disponible en: http://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/human_development/Aportes9.html

corporalidad. El reconocimiento de las especialidades médicas se manifiesta directamente en la organización de la atención hospitalaria en *servicios* distribuidos de acuerdo a cada especialidad. Estudios provenientes de distintas disciplinas han mostrado cómo esta organización de la atención ha contribuido a una fragmentación deliberada de la experiencia subjetiva de enfermedad. Esta fragmentación recae inevitablemente sobre los/as pacientes, quienes asumen por defecto la responsabilidad de articular³ indicaciones, tratamientos e intervenciones provenientes de las distintas especialidades. Un especialista que aborde únicamente su área de especialización puede generar tensiones con otros abordajes coexistentes. Es así que los efectos de las múltiples comunicaciones provenientes de especialistas independientes que tratan a una misma persona impactan directamente sobre la calidad de la atención. (Cortés 1997, García 2009, Detsky 2012).

La pregunta que surge en este punto, es qué grado de especialización médica sería necesario para una sociedad. La respuesta va a depender, en gran medida, del efecto de la especialización en los resultados de salud, así como la calidad de vida y los costos – no sólo económicos - para el sistema sanitario (Detsky y otros, 2012). Como vimos, el rol del Estado en aportar elementos que contribuyan a estas determinaciones, así como asegurar a la población el acceso universal a la salud, es fundamental.

Formación y trabajo

Una vez reconocida una especialidad, la certificación de especialistas es responsabilidad directa del Estado. A partir de ello en nuestro país⁴, se habilita la posibilidad de anunciarse en tanto tal. Esto requiere, como instancia previa, el reconocimiento de ciclos de formación. En nuestro país intervienen en este proceso entidades con distintas responsabilidades que se vinculan entre sí: Universidades, colegios y sociedades científicas. (Mera y otros, 2007). En este fragmento presentaremos, brevemente, algunos conceptos vigentes en torno a la vinculación entre trabajo y formación.

Graizer (2008) ha señalado que los saberes requeridos por el mercado laboral contribuyen a la creación de fronteras alrededor de la legitimidad del conocimiento educativo. Esto influye directamente sobre la conformación de *identidades pedagógicas y laborales* que se constituyen en tanto entidad de intercambio mercantil. En este tipo de modelos formativos, atravesados por los requerimientos del mercado, la noción de *competencias* es central, ya que da cuenta de intentos por sintetizar este

³ Por ejemplo: “la atención de las mujeres infectadas embarazadas se organizaba en un circuito en el cual el trabajo entre los distintos profesionales se efectuaba a partir de la división de competencias sobre las cuales intervenir (entendidas como distintos desórdenes fisiológicos estructurales y funcionales): los médicos obstetras monitoreaban el desarrollo del embarazo, mientras que los médicos infectólogos controlaban los indicadores de la progresión del virus y la carga viral mediante la prescripción del tratamiento antirretroviral” (García, 2009).

⁴ En otros países, es condición necesaria para el ejercicio profesional de la Medicina.

complejo vínculo educación-trabajo. Esta y otras denominaciones afines reproducen un proceso de transformación de los conocimientos demandados por el mundo laboral en productos susceptibles de ser traducidos en propuestas pedagógicas (Graizer, 2008).

En este nivel de planificación, podemos observar también el rol que juega la negociación entre actores e intereses que conforman el campo. En línea con ello, los perfiles se definen como resultado de *acuerdos*. Para delinearlos se recurre a las *competencias*, noción que destaca propuestas pedagógicas orientadas a evaluar desempeños en contextos materiales. Estas conceptualizaciones no son meramente discursivas, sino que da cuenta de maneras de abordar los procesos formativos:

“...a la vez que se proponen regular las formas de adquisición del conocimiento, definen formas de desempeño en los contextos de trabajo, formatean imágenes sobre el trabajo, sobre los mismos estudiantes / trabajadores, orientan la labor docente y los intercambios institucionales internos y externos.” (Graizer, 2008: 53).

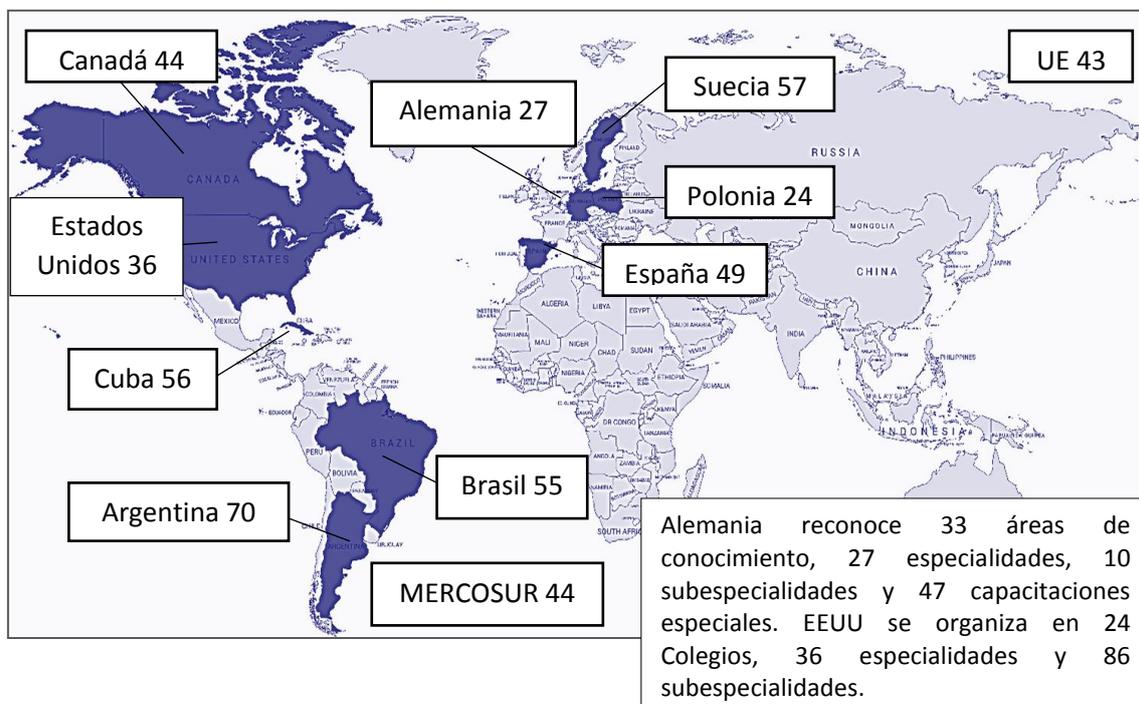
La conceptualización de *competencia*, involucra tanto saberes teóricos como habilidades materiales: no puede pensársela escindida de la acción. Supone conocimientos razonados, pero no se ha desarrollado sin la capacidad de ejecutar ciertas prácticas que la competencia demanda. Por esto mismo se transforman y son sometidas a prueba de manera permanente, en tanto implican la resolución de problemas concretos en contextos específicos (Gallart y Jacinto, 1995). Por ello la *competencia* no es el resultado de la incorporación de una currícula formal, sino que es la capacidad de recurrir a saberes que den respuestas pertinentes a acontecimientos precisos. Esto es producto de un conjunto de conocimientos previos y de la propia trayectoria resultante de la experiencia laboral.

El rol del Estado

El Estado legitima la existencia de una profesión o especialidad y le otorga un ámbito de actuación, atento al interés público que esta legitimación conlleva. “Una proliferación de especialidades sin una justificación adecuada puede confundir al público sin crear un bien social” (Cassel y Reuben, 2011). Aún así, en la regulación del ejercicio profesional, juegan un rol activo las corporaciones profesionales; incidiendo tanto en la incorporación de nuevas disciplinas o especialidades como en el control deontológico y calidad de los profesionales. El Estado se ha constituido históricamente y se constituye en la actualidad como el actor sobre el que ineludiblemente recae la responsabilidad de dirimir estas cuestiones, afirmándose su responsabilidad y rectoría.

Situación en otros países

A nivel internacional, se identifica la existencia de diversos criterios en la incorporación de especialidades⁵, relacionados con las políticas sanitarias y los mercados laborales y su relación con los intereses del complejo médico industrial (Stevens, 1998). Suele darse una relación directa entre un número menor de especialidades reconocidas y los países con modelos centrados en la atención primaria. El número total en cada caso es variable de acuerdo a las categorizaciones que se realizan. Es así que podemos observar niveles diferenciados para distintos tipos de calificaciones: especialidades, especialidades dependientes o subespecialidades, capacitaciones agregadas/especiales o áreas de experticia. Es destacable que en los acuerdos supranacionales respecto de especialidades, las reconocidas por todos los países de Mercosur y Unión Europea rondan las 40. En el siguiente mapa se sintetiza información obtenida de este relevamiento, indicando el número de especialidades médicas reconocidas en los países referenciados:



La regulación de las especialidades médicas en Argentina

En Argentina, por su organización institucional federal particular, la competencia para autorizar el ejercicio profesional de los médicos así como la certificación de éstos como

⁵ Se incluye más información en un Anexo.

especialistas no ha sido constitucionalmente delegada al gobierno nacional, por lo que es parte de las competencias originarias de las provincias.

Encontramos entonces que esta competencia de regulación y fiscalización es ejercida por los estados provinciales ya sea a través de los Ministerios o Secretarías de Salud, o delegándola a los Colegios o Consejos médicos, como espacio de autorregulación profesional. Por su parte, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación es la autoridad sanitaria de regulación y fiscalización del ejercicio profesional de los médicos en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y territorios federales - por no haber sido transferida aún dicha competencia.

Cada jurisdicción tiene la capacidad de generar regulación referente a la matriculación de médicos, el reconocimiento de las especialidades y sus modalidades de certificación. Esta dispersión normativa ha generado históricamente condiciones de inequidad, obstaculizado la circulación de los profesionales y fragmentado la información y el registro (Maceira y Cejas, 2010). Si bien existen herramientas de coordinación y articulación federal con alto grado de institucionalidad, como la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS), el escenario inicial es de una gran autonomía en el reconocimiento. El modelo nacional que desarrolla la Ley 17.132 del año 1967 de Ejercicio Profesional de la Medicina y la Odontología, y que se aplica para el ámbito de regulación y fiscalización del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, especifica como modalidades de certificación de las especialidades médicas al: a) Reconocimiento de la formación a través de una residencia acreditada por autoridad competente; b) Reconocimiento por carrera de especialista universitario; c) Reconocimiento al profesor titular o adjunto de una cátedra de la especialidad; d) Reconocimiento efectuado por sociedad científica de la especialidad, siendo dicha entidad debidamente acreditada por autoridad competente; y e) Reconocimiento por evaluación de antecedentes y examen de autoridad jurisdiccional. Con pocas variaciones, estas son las modalidades también adoptadas en las distintas jurisdicciones por los ministerios de salud o los colegios de ley para la certificación de los médicos (Duré y Cadile, 2015).

Estrategias de cohesión en torno a las especialidades médicas.

En el ejercicio de la rectoría sanitaria, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social ha desarrollado una estrategia de búsqueda de unificación de criterios referente a las especialidades, apoyándose en un entramado normativo que busca al consenso como herramienta principal.

A nivel nacional la Resolución MS N° 1337/01 fue la primera que buscó definir especialidades médicas, odontológicas, farmacéuticas, bioquímicas y de kinesiología y fisioterapia basándose en acuerdos con las diferentes provincias e instituciones del ámbito sanitario. El mecanismo de reconocimiento de especialidades fue revisado y fortalecido a través de la Resolución N° 1105/06, que crea la Comisión Nacional Asesora de Profesiones de Grado Universitario que se convierte en el ámbito natural de discusión y acuerdo sobre las especialidades de las profesiones de la salud, donde

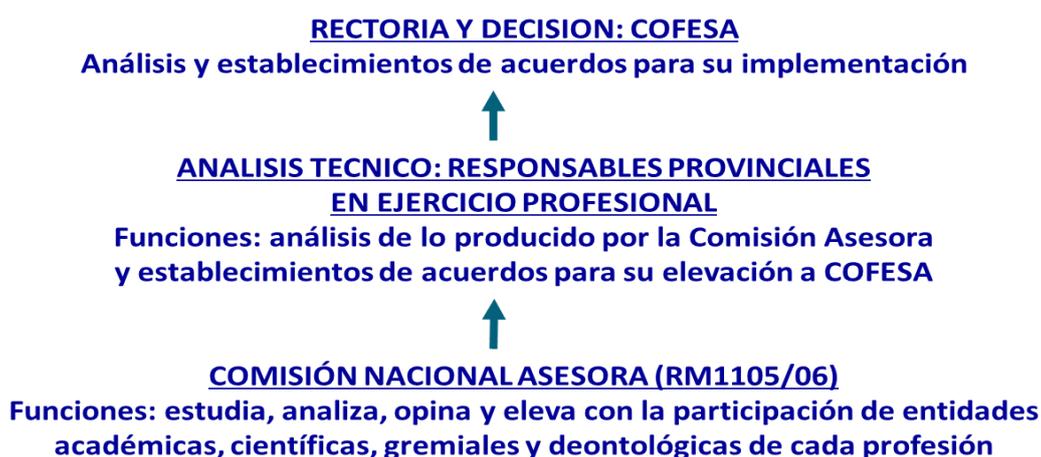
confluyen representantes de los diversos ámbitos de las profesiones de la salud: académico, científico, gremial y deontológico.

Dicha resolución crea la comisión con los siguientes objetivos:

- a) Establecer en forma armónica para todas las jurisdicciones del país las profesiones de grado universitario y las especialidades de las mismas, que deben integrar el Equipo de Salud enmarcados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (y el entonces vigente PLAN FEDERAL DE SALUD).
- b) Armonizar a nivel federal los criterios y las reglamentaciones para el reconocimiento de una profesión o de especialidades para el ejercicio profesional por la autoridad competente y según la reglamentación vigente en cada jurisdicción.
- c) Homogeneizar los mecanismos y modalidades de validación periódica de las especialidades reglamentados por autoridad competente con el fin de eliminar asimetrías y establecer mecanismos inter jurisdiccionales de mutuo reconocimiento.
- d) Señalar al Consejo Federal de Salud (COFESA) como el espacio donde se ejerce la rectoría de los diferentes aspectos a tener en cuenta sobre el ejercicio profesional de las profesiones de la salud.

A partir de la vigencia de la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación (MS) 1105/06, el mecanismo de funcionamiento es el que resume el siguiente gráfico:

ESQUEMA DE CONSENSO DE APROBACIÓN DE ESPECIALIDADES DE PROFESIONES DE GRADO UNIVERSITARIO



El funcionamiento de este proceso consolidó un listado de especialidades médicas con consenso del COFESA. El primer listado de especialidades fue por Resolución MS 1923/06, en el que estaban identificadas 62 especialidades. Posteriormente, se agregaron especialidades por Resolución MS 2273/10, Resolución MS 908/2012 y Resolución MS 1814/15, el cual se encuentra vigente y establece para el ámbito

COFESA 70 especialidades médicas, a las que se debe adicionar las 4 especialidades multiprofesionales, aprobadas por Resolución MS 1337/2011.

La dispersión normativa. Las especialidades médicas vigentes en CABA y las provincias.

Para analizar cómo se ha reflejado este proceso de consolidación de especialidades en el país, se realizó un relevamiento de las especialidades reconocidas en cada jurisdicción, elaborando una matriz comparativa de las mismas. Se incluyó en la matriz las especialidades reconocidas a nivel COFESA, aquellas reconocidas por la Federación de Entidades Médicas Colegiadas (CONFEMECO) y las que son reconocidas a nivel MERCOSUR. A través de una exhaustiva búsqueda normativa y una encuesta a los referentes de Regulación y Capital Humano de los Ministerios provinciales se logró sistematizar la información de 23 jurisdicciones⁶: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Rio Negro, Salta, San Juan, Santa Cruz, Santa Fe - Colegio de la 1° Circunscripción, Santa Fe – Colegio de la 2° Circunscripción, Santiago del Estero, Tucumán, Tierra del Fuego. No se consiguió información de Formosa, y San Luis.

La sistematización realizada evidenció que existen 270 denominaciones de especialidades y subespecialidades/especialidades dependientes reconocidas, que identifican 148 especialidades y subespecialidades/especialidades dependientes identificadas en las jurisdicciones relevadas. El tema de la denominación es una de las primeras problemáticas que saltan a la vista cuando se comienza con la sistematización. Es llamativa la dispersión existente en las denominaciones de las especialidades, probablemente debido a que en una jurisdicción se reconoce una especialidad como “pediátrica”, mientras que en otra se la denomina como “infantil”, o como el caso de Nutrición, a la que se la denomina de 5 formas diferentes (Nutrición, Nutrición médica, Medicina nutricional, Enfermedades de la nutrición y Dietólogo).

Por otro lado, observamos que las 145 especialidades y subespecialidades/especialidades dependientes casi duplican a las 74 especialidades consensuadas en COFESA. Se observa también que estas especialidades con consenso federal no son reconocidas por todas las jurisdicciones. De hecho, se identificó que sólo 42 especialidades están presentes en las 23 jurisdicciones de las que se obtuvo información, siendo 4 especialidades reconocidas también por 22 jurisdicciones y otras 7 en 21 jurisdicciones.

Incluso entre estas 42 especialidades con consenso COFESA comunes a todas las jurisdicciones, que pueden asumirse como las más habituales en los sistemas sanitarios, tenemos una dispersión en su denominación ya que son 17 las que son

⁶ Cabe aclarar que se contabilizan como jurisdicciones diferentes los Colegios de Santa Fe por tener distinta normativa.

identificadas de igual manera en todas las jurisdicciones⁷. Por otro lado, nos encontramos con 68 especialidades que se encuentran reconocidas en una sola jurisdicción, 16 especialidades en sólo dos jurisdicciones y 5 en sólo tres jurisdicciones, que por su baja incidencia federal pueden verificarse como residuales.

La adhesión a la totalidad de las especialidades con consenso COFESA sólo se evidencia en 11 jurisdicciones, en las que incluso pueden existir especialidades adicionales, como ser Mastología en CABA o Quemados en Neuquén.

La jurisdicción con mayor número de especialidades y subespecialidades y/o especialidades dependientes reconocidas es la provincia de Mendoza con 119. En la provincia de La Pampa, en cambio, se registra el menor número de especialidades reconocidas, 62. Con 74 especialidades reconocidas en COFESA, la mediana posee el mismo valor (74), evidenciando que en un contexto donde el diseño institucional favorece la fragmentación, el trabajo de consensos realizado, ha funcionado como un espacio de contención a la sobre especialización a la que tienden las especialidades médicas. En las siguientes tablas se sintetiza esta información:

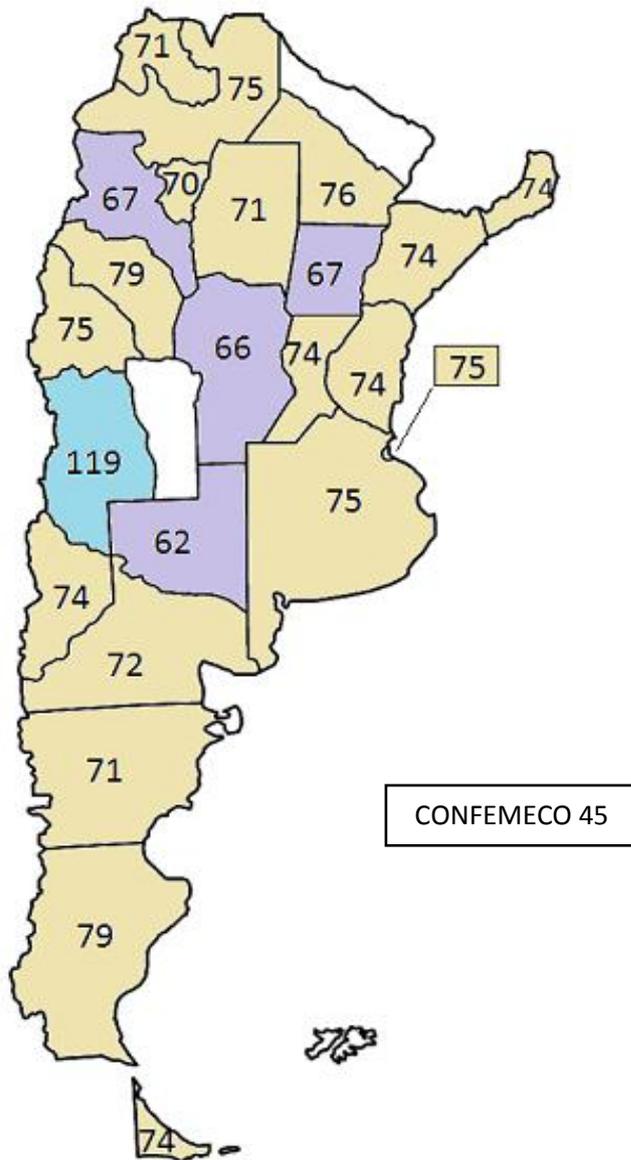
⁷ Son: Anatomía patológica, Cardiología, Cirugía cardiovascular, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Medicina del deporte, Medicina legal, Nefrología, Neonatología, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Reumatología, Urología.

Especialidades COFESA - Res. 1814/15		Nro de jurisdicciones en que está reconocida	
ALERGIA E INMUNOLOGIA PEDIATRICA	13	HEPATOLOGIA	17
ALERGIA E INMUNOLOGIA	18	INFECTOLOGIA	23
ANATOMIA PATOLOGICA	23	INFECTOLOGO INFANTIL	20
ANESTESIOLOGIA	23	MEDICINA DEL DEPORTE	23
ANGIOLOGIA GENERAL Y HEMODINAMIA	18	MEDICINA DEL TRABAJO	23
CARDIOLOGIA	23	MEDICINA GENERAL y/o MEDICINA DE FAMILIA	23
CARDIOLOGO INFANTIL	23	MEDICINA LEGAL	23
CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA	18	MEDICINA NUCLEAR	23
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	23	MEDICINA PALITATIVA	14
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	21	NEFROLOGIA	23
CIRUGIA DE TORAX (CIRUGIA TORACICA)	22	NEFROLOGO INFANTIL	21
CIRUGIA GENERAL	22	NEONATOLOGIA	23
CIRUGIA INFANTIL (CIRUGIA PEDIATRICA)	23	NEUMONOLOGIA	23
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	23	NEUMONOLOGO INFANTIL	21
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	22	NEUROCIRUGIA	23
CLINICA MÉDICA	23	NEUROLOGIA	23
COLOPROCTOLOGIA	18	NEUROLOGO INFANTIL	23
DERMATOLOGIA PEDIATRICA	17	NUTRICION	23
DERMATOLOGIA	23	OBSTETRICIA	23
DIAGNOSTICO POR IMAGENES	23	OFTALMOLOGIA	23
ELECTRO FISILOGIA CARDIACA	11	ONCOLOGIA	23
EMERGENTOLOGIA	16	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA INFANTIL	18
ENDOCRINOLOGIA	23	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	23
ENDOCRINOLOGO INFANTIL	21	OTORRINOLARINGOLOGIA	23
FARMACOLOGIA CLINICA	16	PEDIATRIA	23
FISIATRIA (MEDICINA FISICA Y REHABILITACION)	23	PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL	22
GASTROENTEROLOGIA	23	PSIQUIATRIA	23
GASTROENTEROLOGO INFANTIL	21	RADIOTERAPIA O TERAPIA RADIANTE	23
GENETICA MÉDICA	21	REUMATOLOGIA	23
GERIATRIA	23	REUMATOLOGO INFANTIL	15
GINECOLOGIA	23	TERAPIA INTENSIVA	23
HEMATOLOGIA	23	TERAPISTA INTENSIVO INFANTIL	23
HEMATO-ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	14	TOCOGINECOLOGIA	21
HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGIA	23	TOXICOLOGIA	19
HEPATOLOGIA PEDIATRICA	12	UROLOGIA	23

Provincia	Cantidad de especialidades reconocidas	Reconocen especialidades GOFESA
Buenos Aires	75	
Catamarca	67	
Chaco	76	SI
Chubut	71	SI
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	75	SI
Córdoba	66	
Corrientes	74	SI
Entre Ríos	74	SI
Jujuy	71	
La Pampa	62	
La Rioja	79	SI
Mendoza	119	
Misiones	74	SI
Neuquen	74	SI
Río Negro	72	
Salta	75	
San Juan	75	SI
Santa Cruz	79	
Santa Fe 1era Circunscripción	67	
Santa Fe 2da Circunscripción	74	
Santiago del Estero	71	
Tucumán	70	SI
Tierra del Fuego	74	SI

Mapa de especialidades

- El mapa muestra el número de especialidades médicas reconocidas en cada jurisdicción.
- En la amplia mayoría, este número es mayor a 70.
- Se destaca como excepcionalidad Mendoza, con 119 especialidades reconocidas.
- La Pampa registra 62, comparativamente el número más bajo.
- Sólo coinciden 42 especialidades en todas estas jurisdicciones.
- El número de especialidades totales relevadas asciende a 148 (número basado en una sistematización de 270 denominaciones).
- En las últimas dos décadas, las discusiones se centran en la demanda y criterios de reconocimiento de subespecialidades o calificaciones agregadas, con mayor focalización y tiempos más acotados de capacitación.



CONFEMECO 45

Los procesos de formación de especialistas en Argentina

En el presente apartado se intentará identificar la vinculación que existe en nuestro país entre el reconocimiento de las especialidades y los procesos de formación de posgrado, en particular, las residencias médicas.

La demanda de reconocimiento de nuevas especialidades se relaciona directamente con los procesos de formación. La existencia de estos últimos ha operado históricamente como legitimadora de dicha demanda. Según Fliess (2004), se incluyen en la formación de posgrado diversos estudios que con mayor o menor grado de organicidad se llevan a cabo un vez obtenida la graduación universitaria, a los que se identifica como posgrados *strictu sensu* y posgrados *latu sensu*, respectivamente. En el

primer grupo se incluyen las carreras de posgrado universitario, con nivel de especialización, maestría o doctorado. Los posgrados *latu sensu* incluyen las residencias y abarcan los distintos cursos de actualización o perfeccionamiento que forman parte de los mecanismos de capacitación permanente de los graduados universitarios (Balbinot, 2018).

Dentro de los posgrados universitarios *strictu sensu* se encuentra la especialización, definida en la Resolución 160/2011 del Ministerio de Educación de la Nación: “Especialización: tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo. Cuenta con evaluación final de carácter integrador. Conduce al otorgamiento de un título de especialista con especificación de la profesión o campo de aplicación.” (Ministerio de Educación de la Nación, 2011)

En nuestro país, la capacitación académica a nivel de posgrado se ha concentrado principalmente en el ámbito universitario, pero esta no ha sido una característica excluyente. Numerosas entidades no universitarias tales como las sociedades científicas o las asociaciones profesionales han desarrollado programas de formación cuaternaria, especialmente a nivel de especializaciones. Esto, sumado a la variedad de la oferta, configuró la heterogeneidad del llamado sistema de posgrado. Las modalidades de formación de posgrado de mayor demanda son las residencias, usualmente financiadas y reguladas por los ministerios de salud nacional y provinciales, y las carreras de posgrado universitario, reguladas por la Ley de Educación Superior 24.521 (1995). En términos de certificación de especialidad, la residencia configura la modalidad más frecuente para el acceso a la misma. Sin embargo es importante destacar que en un estudio realizado sobre carreras de salud acreditadas y en proceso de acreditación, se encontró que entre las médicas el 91% de las mismas coincidían con especialidades reconocidas (Duré y otros, 2016).

El Sistema de Residencias

La Ley 22.127 crea en 1979 el Sistema Nacional de Residencias de la 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” (Ley 22.127/1979) La residencia configura un modelo particular para la formación de especialistas en el posgrado, que se distingue por la práctica intensiva e inmersión en los servicios de salud. El/la residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: profundiza en un área de conocimientos al mismo tiempo que aprende el desarrollo del trabajo real. En nuestro país, la idea de que “la residencia es el mejor sistema de formación de posgrado” se encuentra consolidada en muchos de los actores involucrados en la formación en salud (Aguilar, 2003; Malamud, 2008; Benaim, 2009; Correale, 2011). Esta afirmación se basa en el reconocimiento de las amplias oportunidades de aprendizaje que este sistema ofrece en comparación con otras alternativas de la educación, ya que se vincula con el modelo de *aprender haciendo* y la

adquisición de competencias complejas. El residente transita en su recorrido entre la formación y la atención, entre su rol de educando y el de trabajador que le demanda el sistema de salud en el cual está inserto.

La residencia implica una modalidad de formación que no sólo incluye al “maestro” sino que se aprende también entre los pares (Ministerio de Salud de la Nación, 2012). Ello implica una continuidad en el proceso de incorporación de la residencia en cada sede, por lo cual la apertura de una nueva requiere de una planificación rigurosa en términos de necesidades de profesionales y recursos para sostenerla a lo largo de los años. Existen diversas modalidades: aquellas a las que se accede con el título de grado, habitualmente denominadas como “básicas” y las que requieren una especialidad previa o “pos básicas”. En ocasiones, una misma especialidad puede ser ofrecida bajo ambas modalidades⁸. En el ámbito de la salud de los niños, las conocidas como “subespecialidades” requieren una formación pos básica.

Origen e historia de las residencias y su relación con el reconocimiento de la especialidad

La residencia, como sistema de formación y en su relación con la certificación de la especialidad ha atravesado diversas etapas. La etapa inicial de las denominadas “protoresidencias”, se da en estrecha conexión con centros universitarios y asistenciales de excelencia. En la segunda etapa, hasta fines de la década de 1950, la residencia se extiende como modelo para la formación de especialistas, aunque limitado en la oferta y restringido a unos pocos elegidos discrecionalmente por los “maestros” de centros de vanguardia. En las décadas de 1960 y 1970 se produce la consolidación de marcos normativos que aumentan sus niveles de formalización, mientras que a partir de los ‘80, la oferta de residencias se amplía a otros grupos de profesionales. En los ‘90 se observa un crecimiento poco racional del sistema, asociado a los requerimientos de centros privados y con poca intervención del Estado. En la primera década del siglo XXI, el Estado recupera su función de rectoría y desde el Ministerio de Salud de la Nación se entiende a la residencia como una política de desarrollo de recursos humanos orientada a sustentar la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

La residencia no fue, en un principio, condición necesaria para obtener el certificado de especialista en la órbita nacional. De acuerdo con la Ley N° 12.912/44 la certificación, podía alcanzarse con la acreditación de cinco años de experiencia en la especialidad. La norma resultaba adecuada a la modalidad de organización de la profesión médica, en la que predominaban mecanismos informales de reconocimiento mutuo y aceptación dentro de un círculo restringido de especialistas. Por otra parte, al ser el título de grado el habilitante para el ejercicio profesional, la certificación de la especialidad no era requerida ni por empleadores ni por los propios profesionales, aun cuando estos eligieran profundizar en una rama particular de la medicina.

⁸ Por ejemplo, es el caso de Neumonología en la Provincia de Buenos Aires.

En 1967 se sanciona la Ley 17.132 “Normas para el Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración”, que tampoco incluye a la residencia como una de las vías de acceso al certificado de especialista. Recién en 1979, la propia que crea el Sistema Nacional de Residencias (22.127) contempla que el certificado de residencia finalizada será suficiente para el registro como especialista. Ello se completa con la sanción de la vigente Ley 23.873, que en 1990 cuenta a la residencia completa como una de las formas de acceso a la certificación de especialista. En ese momento, la cantidad de residencias sólo alcanzaba para ofrecer a un 30% de los egresados de la carrera de medicina una formación de posgrado (Aguilar, 1995). Actualmente, la situación ha cambiado y la oferta de residencias públicas y privadas es suficiente para ofrecer un cargo a cada egresado, aun cuando las disparidades en la distribución regional de los cargos, y en la cobertura de los mismos, continúe siendo una problemática vigente (Duré, 2015).

Distribución de residencias y especialidades

Formaciones con mayor oferta

En 2015 se realizó un Estudio sobre Distribución de Especialistas en Argentina (Navarro Pérez, 2015) que identificó que dentro de las residencias de financiamiento nacional se ofrecen treinta y ocho (38) especialidades médicas distribuidas en veintiuna (21) provincias y en las instituciones⁹ que dependen del Ministerio de Salud y Desarrollo Social¹⁰, en tanto las de financiamiento provincial ascienden a sesenta y tres (63). En el primer caso, producto de prioridades establecidas mediante acuerdos federales, el 91% de los cargos corresponden a diez especialidades: Pediatría, medicina general y/o familiar, anestesiología, tocoginecología, psiquiatría, clínica médica, neonatología, terapia intensiva, cirugía general y ortopedia y traumatología (en orden decreciente). Entre las especialidades provinciales, las diez que cuentan con la mayor proporción de cargos alcanzan al 70% de los mismos, coincidiendo en gran medida con las nacionales (Pediatría, Clínica Médica, Cirugía General, Medicina General y/o Familiar, Tocoginecología, Ortopedia y Traumatología, Psiquiatría, Anestesiología, Neonatología y Diagnóstico por Imágenes). El 30% restante de las residencias provinciales se distribuye entre cuarenta y una (41) especialidades para el año del estudio. Es de destacar que entre las residencias nacionales, sólo las especialidades de neonatología y terapia intensiva pediátrica son residencias que requieren formación pos básica, en tanto entre las provinciales treinta y una (31) de las especialidades de residencia se desarrollaban como formaciones pos básicas.

Relación entre formaciones y especialidades reconocidas

⁹ De estas 21 provincias, seis cuentan sólo con residencias nacionales y el resto con ambos tipos de residencias nacionales y provinciales. Las tres jurisdicciones que no reciben residencias nacionales son la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Provincia de Buenos Aires y la de Neuquén.

¹⁰ Hospital Nacional “Profesor Alejandro Posadas”, Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Hospital “Dr. Néstor C. Kirchner-Alta Complejidad en Red El Cruce”, Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”, Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (Mar del Plata), Centro Nacional de Genética Médica, Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones - ex CENARESO, Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca”.

Si bien no contamos con información actualizada sobre la totalidad de las sedes de residencias a nivel nacional (particularmente del sector privado), los exámenes de ingreso a las residencias - ya sean básicas o pos básicas - nos proveen datos sobre la oferta de cargos para médicos/as en la formación en distintas especialidades. Para el ingreso a residencias médicas en el sector público, el Examen Único Médico (EU) concentra a los postulantes en veintiuna (21) provincias y en las instituciones dependientes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. En 2018 se ofrecieron cuarenta y ocho (48) residencias médicas básicas para formarse en especialidades. De este total, sólo tres no integran el listado de las reconocidas por el COFESA: Salud Mental, Prevención y Asistencia a las Adicciones y Microbiología. Particularmente, estas tres residencias tuvieron baja o nula demanda¹¹.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (que hasta 2019 no participaba del EU), se ofertaron residencias básicas de cuarenta (40) especialidades médicas en 2017, de las cuales tres no se encuentran en el listado de especialidades COFESA: Inmunología, Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) e Interdisciplinaria de Sistemas de Información en Salud. Para cada una de ellas, sólo se presentó un/a postulante médico/a¹². Ambos ejemplos de baja inscripción para las residencias en especialidades que aún no cuentan con reconocimiento podrían ser una señal de preferencia de los/as médicos/as por aquellas que sí lo tienen y que además se encuentran consolidadas en el mercado de trabajo.

Residencias pos básicas y sub especialidades

Respecto de las residencias pos básicas, un análisis de la oferta de cargos de las instituciones nacionales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires muestra la existencia de 53 residencias con oferta de formación para médicos/as, que se pueden categorizar en tres grupos: Pos básicas (PB) que tienen como requisito una única residencia básica (a las que llamaremos PB monoespecialidad o dirigidas a los egresados de residencias de una misma especialidad), pos básicas a las que se puede acceder a partir de diferentes especialidades médicas (PB pluriespecialidad) y pos básicas Interdisciplinarias (PB Interdisciplinarias).

¹¹ De éstas, Salud Mental, que integra una residencia interdisciplinaria con 28 cargos para médicos ofrecidos en todo el país. A los/as médicos/as que egresan de esta residencia en algunas jurisdicciones y a nivel nacional se les reconoce la especialidad de Psiquiatría. Aún así, la cobertura fue de 57% de los cargos, en tanto Psiquiatría contó con el 72%. Las otras dos residencias mencionadas sólo ofrecían un cargo y no tuvieron inscriptos.

¹² Los 101 (ciento uno) postulantes de distintas profesiones se distribuyeron entre: Un médico, 7 (siete) Antropólogos, 7 (siete) Lic. en Obstetricia, 8 (ocho) Lic en Cs de la Educación, 6 (seis) Lic. en Cs de la Comunicación, 8 (ocho) Nutricionistas, 37 (treinta y siete) Psicólogos, 7 (siete) Lic en Trabajo Social, 5 (cinco) Lic en Psicopedagogía, 15 (quince) Sociólogos. Entre los 9 (nueve) postulantes se contaron: Un médico, 3 (tres) Sociólogos, 5 (cinco) psicólogos.

En los tres grupos se encuentran especialidades por fuera del listado COFESA, en un número mayor que de las residencias básicas, configurando potenciales demandas de reconocimiento de especialidad federal¹³. A continuación, las enumeramos:

- PB monoespecialidad: Adolescencia, Cirugía Invasiva Mínima, Hematología Infantil, Inmunología Pediátrica, Nutrición Infantil, Oncología Infantil, Anatomía Patológica Pediátrica
- PB pluriespecialidad: Diagnóstico por Imágenes en Pediatría, Mastología
- PB Interdisciplinarias: Transplantes, Adicciones, Gerontología, Investigación en Salud, Sistemas de Información en Salud y Seguridad y Eficacia de Medicamentos.

Las residencias pos básicas pediátricas constituyen un ejemplo típico de las que hemos llamado “monoespecialidad” y son las de mayor presencia en diversidad de especialidades y oferta de cargos de residencias para especialidades sin reconocimiento federal en las tres jurisdicciones analizadas. Probablemente sea producto de la complejidad de los establecimientos que se concentran en dichas jurisdicciones y de la necesidad de estos de contar con residentes para apoyar la atención en áreas específicas. Al mismo tiempo, se encuentran validadas por la Sociedad Argentina de Pediatría.

Esta tendencia a la sub especialización en Pediatría ha alcanzado un correlato regulatorio: en la Resolución MSAL 1814/2015: las 18 (dieciocho) especialidades pediátricas configuran el 25% del listado COFESA y colisionan con la necesidad manifiesta de algunas jurisdicciones de contar con Pediatras generales para la prestación de sus servicios. Tampoco se cuenta con marcos claros para la formación y el ejercicio de la especialidad base y las subespecialidades, que permitan delinear sus bordes y planificar la oferta de formación más allá de las capacidades de las instituciones.

Respecto de las residencias pos básicas “interdisciplinarias”, se da una situación diferente. Observamos la presencia de propuestas formativas o programas de formación, que podrían interpretarse como formas alternativas de abordaje de los problemas, ligadas al desarrollo de competencias transversales (Disposición Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización SSPRyF 104/2015), que no necesariamente configuran una profundización del conocimiento de una especialidad sino metodologías de trabajo diferentes comunes a varias de ellas. En estos casos, se trata de formaciones necesarias en términos de desarrollo de capacidades colectivas, pero debe reflexionarse si justifican la creación de nuevas especialidades o si se deben ser certificadas en base a otras categorías.

Recapitulando

¹³ En los últimos dos años se han presentado para su reconocimiento como especialidades en el ámbito del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación: Diabetes, Diagnóstico por imágenes pediatría, Emergentología pediátrica, Desarrollo infantil, Neurocirugía pediátrica y Flebología.

- En las residencias básicas y articuladas, se observa una coincidencia con las especialidades reconocidas.
- Las residencias de financiamiento nacional se ofrecen en 38 especialidades médicas (91% de los cargos se concentran en 10 especialidades), en tanto las de financiamiento provincial ascienden a 63 (70% de los cargos se ofrecen en 10 especialidades)
- El número de especialidades ofrecidas ronda entre 40 y 48 en las distintas jurisdicciones.
- Entre las pos básicas, de 53 residencias ofrecidas a nivel público en los distritos nacional, CABA y PBA, 15 no pertenecen a especialidades reconocidas.
- Las residencias médicas de especialidades no reconocidas tienen baja demanda.
- Al tratarse de un modelo consolidado, no sólo en la formación sino desde la perspectiva normativo administrativa, es más sencillo crear una nueva residencia que un programa de becas.

Resultados y discusión

En el presente documento hemos realizado un recorrido preliminar sobre distintos antecedentes relativos al reconocimiento de especialidades médicas. Se ha relevado también la normativa nacional y jurisdiccional, así como la cantidad de especialidades vigentes en las diferentes jurisdicciones y se ha identificado la oferta de residencias nacionales y provinciales en sus diferentes modalidades.

Hasta aquí tenemos un panorama inicial de un estado actual de situación. Describimos, a grandes rasgos, qué actores, intereses y procesos las atraviesan y constituyen. El desafío pendiente es establecer qué debería ser una especialidad médica considerando conjuntamente los fines de la profesión, los de las especialidades y qué impacto tuvieron, tienen o deberían tener sobre la salud de la población.

En la regulación del ejercicio profesional tienen un rol activo las corporaciones profesionales, incidiendo tanto en la incorporación de nuevas disciplinas o especialidades como también en el control deontológico y calidad del ejercicio de los/as profesionales. Es el Estado quien legitima la existencia de una profesión o especialidad y le otorga un ámbito de actuación, atento al interés público que esta legitimación conlleva. “Una proliferación de especialidades sin una justificación adecuada puede confundir al público sin crear un bien social” (Cassel y Reuben, 2011). En ese sentido el Estado se ha constituido históricamente y se constituye en la actualidad como el actor sobre el que ineludiblemente recae la responsabilidad de dirimir estas cuestiones, afirmándose su responsabilidad y rectoría.

Conceptualmente, la definición de especialización identificada en el ámbito académico como “profundización del conocimiento” en forma genérica para todas las disciplinas, no es suficiente para connotar la de especialidad en el marco del ejercicio profesional de la medicina, que conlleva implicancias directas sobre la salud de las personas. En

línea con ello, es de destacar que la búsqueda de definiciones sobre especialidad en este contexto arroja conceptos que la ligan indefectiblemente a la formación.

Respecto a los antecedentes, se identifica a nivel internacional la existencia de diversos criterios en la incorporación de especialidades, relacionados con las políticas sanitarias, mercados laborales y su relación con los intereses del complejo médico industrial (Stevens, 1998). La cantidad total de las mismas oscila y se halla en relación con las categorizaciones que se realizan. En otros países podemos observar que existen niveles diferenciados para distintas calificaciones (especialidades, especialidades dependientes o subespecialidades, capacitaciones agregadas/ especiales, áreas de experticia o áreas de actuación). A su vez aparecen menos diversificadas en los países con modelos de atención centrados en la atención primaria y organizados a partir de médicos generales o de familia. En los casos en que se mencionan criterios para la incorporación de una nueva especialidad, ello está indefectiblemente ligado a la relevancia epidemiológica, social y sanitaria, al aporte diferenciado que realizan desde la perspectiva diagnóstica, terapéutica, a la producción de conocimiento y a la existencia de programas de formación. Los criterios recientes, incluyen el reconocimiento de competencias específicas, que permiten valorar con mayor precisión las calificaciones profesionales al momento de certificar y recertificar la especialidad.

Sin perjuicio de la diversidad mencionada, nos encontramos que en los acuerdos regionales, el número de especialidades comunes ronda en cuarenta (40), y que sería el grupo de especialidades “básicas” o “madre” derivadas fundamentalmente de las tres grandes áreas en las que se segmenta la medicina: clínica, pediatría y cirugía, que luego se segmentan por aparatos o grupos de patologías. En las últimas dos décadas, las discusiones se centran en la demanda y criterios de reconocimiento de subespecialidades o calificaciones agregadas con mayor focalización y tiempos más acotados de capacitación. Los Colegios Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Rosario ya cuentan con una diferenciación en este sentido

A nivel nacional, el número de especialidades totales relevadas en las jurisdicciones asciende a 148, (en base a una sistematización de 270 denominaciones relevadas). Sin embargo, cada jurisdicción reconoce entre 62 y 79 especialidades, con la sola excepción de Mendoza (119). Pero, aún con esta proximidad numérica a las 74 especialidades médicas comunes federales aprobadas en el COFESA, sólo 42 de ellas aparecen en todas las provincias. Las que menor presencia tienen son las de reciente aprobación y las “subespecialidades” pediátricas (18 especialidades del listado). No ha sido posible indagar en esta primera etapa si las especialidades vigentes en cada provincia son previas o posteriores a los acuerdos federales.

Respecto de las residencias básicas y articuladas, se observa una coincidencia con las especialidades reconocidas: el número de residencias para formarse en especialidades ofrecidas ronda entre 40 y 48 en las distintas jurisdicciones. Entre las pos básicas, de 53 residencias ofrecidas a nivel público en los distritos nacional, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires, sólo 15 no pertenecen a especialidades reconocidas. Retomando lo planteado al inicio, y a la luz de la diversidad de especialidades reconocidas y la oferta de residencias, corresponde reflexionar respecto

a la planificación de la formación y al reconocimiento de especialidades a nivel nacional en relación con las políticas prioritarias.

De la mano de ello es pertinente analizar en qué medida algunas de las residencias y la solicitud de reconocimiento de nuevas especialidades son (de acuerdo al caso) respuestas a requerimientos jurisdiccionales o institucionales a necesidades de formar:

- En metodologías de trabajo acordes a nuevos modelos de abordaje de las problemáticas que no son realizados desde el grado (como por ejemplo, la propuesta de Educación Interprofesional), que deberían ser transversales a todas las residencias y no patrimonio de una especialidad.
- En la incorporación de nuevas tecnologías ligado a un proceso de actualización cambiante.
- En perfiles que sólo tienen como ámbito de trabajo una institución de complejidad específica (lo que se constituye en la preparación para un puesto específico de trabajo).

En todos estos casos y desde el rol rector y financiador del Estado, habrá que plantearse qué procesos formativos requieren de una residencia - con todas las particularidades e implicaciones que tiene como modalidad de formación- , y qué tipo de capacidades pueden ser adquiridas mediante otros dispositivos. Es evidente que al tratarse de un modelo consolidado - no sólo en la formación sino también desde la perspectiva normativo administrativa - y que además conlleva un aporte asistencial a los servicios en términos de fuerza de trabajo, suele ser más frecuente crear una nueva residencia que un programa de becas.

Por otro lado, los saltos tecnológicos configuran un desafío de actualización para las especialidades vigentes y las van reconfigurando. Ello requiere de una revisión de las competencias de cada especialidad (que debiera realizarse con una periodicidad de entre 5 y 10 años). No obsta que, al realizar las capacitaciones sobre nuevas tecnologías, incluidas las de gestión, los profesionales puedan contar con reconocimientos académicos específicos y exhibirlos (incluso como parte de procesos de educación continua), sin que ello implique la creación de nuevas especialidades que, con los avances de la ciencia o la proliferación de nuevos abordajes, puedan devenir obsoletas en el corto plazo. Las subespecialidades que, como las pediátricas, demandan de ciclos de formación en contextos particulares de alta complejidad y que, aun considerando esta especificidad constituyen instancias dependientes de otra especialidad.

Según Cassell y Reuben (2011), la creación de subespecialidades refleja el reconocimiento de que existen algunas poblaciones específicas de pacientes que se beneficiarían de conocimientos y habilidades altamente enfocados obtenidos mediante capacitación adicional. Es por ello que algunos de estos sub especialistas requieren de un alto volumen de pacientes para mantener el dominio de sus habilidades y, por lo tanto, su formación necesita desarrollarse en centros de referencia. Por el contrario, disciplinas como la medicina geriátrica, medicina paliativa y medicina hospitalaria se basan en necesidades clínicas más generalizadas en grupos

poblaciones mayores, pero incorporan cambios en el abordaje y la gestión de los problemas de salud. Muchas de ellas son, además, de carácter interdisciplinario.

El reconocimiento nacional de una nueva calificación debe ser cuidadosamente analizado para que no afecte los modelos de atención y de desarrollo de recursos humanos centrados en la Atención Primaria de la Salud. En esa línea es ineludible determinar la cantidad de profesionales a formar y bajo qué modalidad. Dado que la inserción de algunos de estos especialistas es acotada a algunas instituciones en particular, corresponde plantearse si no se trata de una preparación para un puesto de trabajo que debiera ser absorbido por la propia institución en forma de becas, sin necesidad de un reconocimiento específico como especialidad a nivel federal o incluirlo como otra categoría.

Propuesta

A partir de los resultados de este estudio preliminar, se proponen las siguientes acciones, sujetas a revisión por parte de las autoridades de la Secretaría y que deberían ser presentadas previamente ante la Comisión Asesora y los referentes provinciales de Fiscalización y Recursos Humanos.

- Elaborar un marco normativo acorde a la problemática planteada, esto es, que defina diferentes categorías de certificación.
- Consolidar la información sobre especialidades en la Red Federal de Profesiones de Salud (REFEPS) y en el Registro Nacional de Residencias del Equipo de Salud.
- Diseñar una propuesta de re organización de las modalidades de residencias.

Bibliografía

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

Aguilar, Oscar (2003). Medicina y Publicidad/ Certificación de profesionales médicos en la capacidad Clínica Médica. *Medicina*, Vol. 63, Nro. 2. Disponible en: <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol63-03/2/cartas.pdf>

Armus, Diego (2000). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En Lobato, Mirta (coor.) *El progreso de la modernización y sus límites. Nueva historia Argentina*VI. Sudamericana. Buenos Aires.

Belmartino, Susana (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva*. Nro.1 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652005000200003&lng=es&tlng=es.

Benaim, Fortunato (2009). Discurso pronunciado en la Asociación Médica Argentina, *Revista de la Asociación Médica Argentina*.

Bourdieu, Pierre (2007). La lógica de la práctica. En: *El sentido práctico*. Buenos Aires. Siglo XXI.

Buschini, José (2015). La alimentación como problema en la Argentina de las décadas de 1930 y 1940. Notas para su delimitación como objeto de estudio. *Cuestiones de Sociología*, nro. 12. Disponible en: <http://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar/>

Camargo, Kenneth (2005). A Biomedicina. Disponible en: *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva* v.7, n.1: 45-68. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>.

Casas Patiño, Donovan y Rodríguez Alejandra (2015). El origen de las especialidades médicas; en búsqueda de un acercamiento a la práctica médica actual. *Revista médica de la Universidad de Costa Rica*. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281189688_El_origen_de_las_especialidades_medicas_en_busqueda_de_un_acercamiento_a_la_practica_medica_actual?enrichId=rgreq-a3b4653dda2cfc9ed34bf8c9dbee132f-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI4MTE4OTY4ODtBUzo1MDk4NDYxOTg5ODQ3MDRAMTQ5ODU2ODIxNDQ0OA%3D%3D&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf

Correale, Jorge (2011). La formación de posgrado en Neurología. El sistema de residencias. *Revista de Neurología Argentina*, Vol. 3. Nro. 1. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-la-formacion-posgrado-neurologia-el-S1853002811700015>

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina (2018). *Demografia Médica no Brasil*. Coordenação de Mário Scheffer. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjHrrayzNvcAhWMDpAKHf93BI4QFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fjornal.usp.br%2Fwp-content%2Fuploads%2FDemografiaMedica2018.pdf&usg=AOvVaw0Ce5jiNLxkksYD8UCLw8Z>

Detsky, Alan; Gauthier, Stephen y Fuchs, Victor. 2012. Specialization in Medicine. How Much Is Appropriate? *Journal of American Medicine Association*. Vol 307, No. 5 <file:///C:/Users/B/Downloads/Detsky%20Specialization%20JAMA%202012.pdf>

Duré, María Isabel (2015). Residencias Médicas en Argentina, *Revista argentina de Medicina* Vol. 3, Nro 5. Buenos Aires.

Duré, María Isabel y otros (2016). *Procesos de Acreditación de la Formación de Posgrado de Carreras de Salud en Argentina. Hacia la Consolidación de un Sistema Articulado*. Estudio colaborativo multicéntrico. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acercade/Acreditacion-de-Formacion-Posgrado-Carreras-Salud-Argentina.pdf

Faccia, Karina (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En: Biernat, C., Cerdá, J. M. y Ramacciotti, K. (directores). *La salud pública y la enfermería en Argentina*. Bernal: Editorial Universidad Nacional de Quilmes.

Fernández Pardo, Jacinto (2015). Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. *Educación Médica* 16(1):57-67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181315000042>

Fliess, Enrique (2004). Especialidades médicas reconocidas CONEAU. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/FT_Categoria_Regulacion/FLIESS_Especialidadesmedicasreconocidasconeau2004.pdf

Freidson, Elliot (1978). *La Profesión Médica*. Península. Barcelona.

Gallart, María y Jacinto, Claudia (1995). Competencias laborales: tema clave en la articulación educación-trabajo. *Boletín Educación y Trabajo*. Disponible en: <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/unrnrhh/1663493913.Gallart%20OIT.pdf>

García, Guadalupe (2009). Cuerpo y narrativa: Una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la Ciudad de Buenos Aires. *Horizontes Antropológicos* 15 (32):247–272. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v15n32/v15n32a11.pdf>

Gordon, Deborah (1988). Tenacious Assumptions in Western Medicine. En: Lock, Margaret y Gordon, Deborah (editoras). *Biomedicine Examined*, Dordrecht/Boston/Londres: Kluwer Academic Publishers.

González Leandri, Ricardo (2004). El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900. *Anuario de Estudios Americanos*. 61(2):571-593. Disponible en: <https://scholar.google.com/scholar?oe=utf-8&client=firefox-b-ab&um=1&ie=UTF-8&lr&cites=8710875909131443013>

Graizer, Oscar (2008). Gobierno de la relación educación y trabajo: arenas de recontextualización. *Archivos de Ciencias de la Educación* n. 2, 47-62. Disponible en: https://www.archivosdeciencias.fahce.unlp.edu.ar/article/download/ARCHv02n02a04/pdf_52

Maceira, Daniel y Cejas, Cintia (2010). Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional. Documento de Políticas Públicas/Recomendación No82, CIPPEC, Buenos Aires.

Machado, María (1991). Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque. *Educación Médica y Salud* 25(1):28-36. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=9046&indexSearch=ID>

Malamud, Isabel (2008). Notas para la evaluación del sistema de residencias médicas, Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, Vol. 28 Nro. 2. Disponible en https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/7849_28-2-71-74-educacion.pdf

Mera, Jorge y otros (2007). *La certificación de profesionales médicos en la Argentina*. Salud Investiga. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2012). *Residencias del Equipo de Salud. Documento Marco/2011*. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/residencias/index.php/las-residencias/que-es-la-residencia>

Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Sistema nacional de Acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación*.

Ministerio de Salud de la Nación (2015). *La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos*. Duré, Isabel y Cadile, María Del Carmen (comp.). Disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/2015-12-08-GestionRHUS_Argentina_WEB.pdf.

Nari, Marcela. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Biblos. Buenos Aires.

Navarro Pérez, Pilar; Contreras Sánchez, Antonio Jesús; Junco Gómez, M^a del Carmen, Sánchez Villegas; Pablo, Sánchez-Cantalejo Garrido, Carmen; Luque Martín, Nuria. (2015). *Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina*. Disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/Demografia-Medica-Argentina-2015_2.pdf

Nolla Cao, Nidia (2001). Los planes de estudio y programas de las especialidades médicas. *Educación Médica Superior*, 15(2), 147-158. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412001000200004&lng=es&tlng=es.

Pawlowski, Maciej, y Stelmach, Włodzimierz. (2015). Nueva forma de adquirir la especialidad en Medicina Interna, en Polonia. *Revista médica de Chile*, 143 (9), 1223-1224. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900020>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2018) *Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales*. Disponible en: http://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/human_development/Aportes9.html

Rohden, Fabiola (2002) Ginecología, Gênero e sexualidade na ciencia do Sêculo XIX. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100006

Rosen George (2004) *The Specialization of Medicine with special reference to Ophthalmologie*. Froben Press. New York.

Schapira, Marta (2003). Dentistry in Argentina: The history of a subordinated profession. *Historia, ciencias, salud*. Manguinhos. 10 (3) (955-977). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19307.pdf>

Socialstyrelsen (2008). *Doctors' specialist medical training Regulations and general guidelines Descriptions of objectives*. Disponible en: <http://www.socialstyrelsen.se/english/doctorspecialist>

Tutosaus Gómez, Juan; Morán Barrios, Jesús y Pérez Iglesias, Fernando (2017) Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educación Médica* vol 19:229-34. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-historia-formacion-sanitaria-especializada-espana-S1575181317300700>



argentina.gob.ar/salud